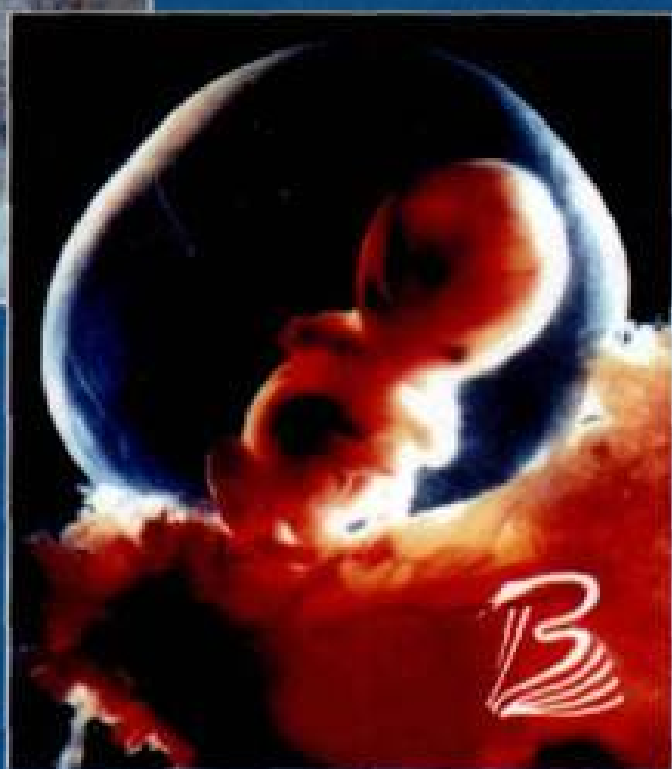


КЛІНІЧНЕ МЕДСЕСТРИНСТВО

А. М. ГРОМОВА
Г. М. АЛГУЄВ
В. В. ЛОЙКО

в акушерстві і гінекології



З М І С Т

АКУШЕРСТВО

ПЕРЕДМОВА

Розділ 1.	Структура і організація акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні.....
Розділ 2.	Медсестринська етика та деонтологія.....
Розділ 3.	Санітарно-гігієнічний і протиепідемічний режим в акушерському стаціонарі.....
Розділ 4.	Запліднення та розвиток плода.....
Розділ 5.	Зміни в організмі під час вагітності.....
Розділ 6.	Діагностика вагітності.....
Розділ 7.	Вплив шкідливих факторів на плід.....
Розділ 8.	Гігієна та дієтика вагітних.....
Розділ 9.	Медсестринська допомога під час пологів. Догляд за роділлею. Первинний туалет новонародженого.....
Розділ 10.	Дії медичної сестри під час догляду за роділлею.....
Розділ 11.	Дії медичної сестри під час догляду за новонародженим
Розділ 12.	Сучасні методи знеболення пологів.....
Розділ 13.	Фізіологія післяпологового періоду.....
Розділ 14.	Гестози.....
Розділ 15.	Кровотечі під час вагітності.....
Розділ 16.	Післяпологові інфекційні захворювання.....
Розділ 17.	Лікувальна гімнастика в акушерській практиці.....
Розділ 18.	Методика аналізу перинатальної смертності.....

ГІНЕКОЛОГІЯ

Розділ 1.	Загальна симптоматологія гінекологічних захворювань.....
Розділ 2.	Методи обстеження гінекологічних хворих.....
Розділ 3.	Клінічні прояви гінекологічних захворювань.....
Розділ 4.	Сестринський процес в акушерсько-гінекологічній практиці.....
Розділ 5.	Лікування гінекологічних хворих та мед сестринський догляд за ними.....
Розділ 6.	Робота у відділенні неоперативної гінекології.....
Розділ 7.	Структура та організація роботи відділення оперативної гінекології.....
Розділ 8.	Лікувальна гімнастика в гінекологічній практиці.....
Розділ 9.	Техніка виконання основних лікувально-діагностичних маніпуляцій
Розділ 10.	Зразки санітарно-просвітних бесід із гінекологічної тематики.....

Зміст.....

ПЕРЕДМОВА

Останнім часом з'явилося декілька підручників по акушерству і гінекології для середнього медичного персоналу.

Свій підручник ми готували для медичних сестер, які по роду своєї діяльності будуть часто стикатись з вагітними, роділлями і породіллями. Крім того, відчувається значний дефіцит інформативної літератури для медичних сестер - бакалаврів, головних сестер лікувальних закладів, середніх медпрацівників вищої категорії, для слухачів курсів удосконалення медсестер.

Медсестринський факультет Української медичної стоматологічної академії (УМСА) проводить роботу по впровадженню канадського методу підготовки середніх медичних спеціалістів на теренах України. Матеріали, що при цьому використовуються, ввійшли в цей підручник.

Останнім часом МОЗ України видано ряд наказів, які регламентують роботу акушерсько-гінекологічних закладів. Ми вважали необхідним, по можливості, включити їх до підручника.

Ми далекі від думки про остаточну досконалість нашого підручника, тому всі зауваження будуть сприйняті уважно і з подякою.

ВСТУП

Підручник з акушерства і гінекології призначений для навчання медичних сестер загального профілю, які повинні виконувати лікувально-профілактичну роботу в гінекологічному кабінеті жіночої консультації і медико-санітарної частини промислового підприємства, поліклініки, фельдшерсько-акушерських пунктах, відділення пологового будинку під керівництвом лікаря, а також для медичних сестер-бакалаврів і слухачів курсів підвищення кваліфікації.

Після вивчення курсу “Акушерство і Гінекологія” медична сестра, сестра-бакалавр чи акушерка повинні знати:

1. Основи організації акушерсько-гінекологічної допомоги;
2. Засоби забезпечення санітарно-гігієнічного режиму підрозділів пологових будинків;
3. Основи фізіологічного і патологічного перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду;
4. Обсяг медичної допомоги вагітним і гінекологічним хворим.

Медична сестра повинна навчитись виконувати основні лікувально-діагностичні процедури, здійснювати догляд за вагітною, роділлею та породіллею, новонародженими і гінекологічними хворими.

1.1 Акушерство і гінекологія – це дві спеціальності, які в практиці тісно пов'язані між собою.

Акушерство (від фран. Accoucher – допомагати при пологах) – розділ медицини, що займається вивченням процесів, які виникають в організмі жінок в зв'язку з вагітністю, пологами і післяпологовим періодом. Практичне призначення акушерства – надання раціональної медичної допомоги вагітній, роділлі і породіллі, а також новонародженому.

Гінекологія (від грец. gynes – жінка і logos – вчення) – в широкому розумінні цього слова “наука про жінку”, що вивчає здоровий і хворий організм жінки. У вузькому розумінні під гінекологією розуміють розділ медицини, що вивчає фізіологію і патологію жіночих статевих органів і зв'язані з цим станом зміни у всьому організмі жінки.

Акушерство – це найдавніша галузь медицини, а гінекологія сформувалась як окрема медична дисципліна в середині XIX сторіччя. Зараз в Україні створена широка мережа лікувально-профілактичних установ для надання допомоги матерям і дітям. Це консультації для жінок і дітей, акушерсько-гінекологічні стаціонари, ясла, дитячі поліклініки і лікарні.

Вивчення акушерства і гінекології є невід'ємною складовою частиною сучасної підготовки медичних кадрів, в тому числі і медичних сестер.

1.2. Основні етапи розвитку акушерства.

Акушерство являє собою найдавнішу частину клінічної медицини і вік його вимірюється тим періодом часу, що і розвиток суспільства. Це пов'язано з тим, що потреба в наданні допомоги при пологах виникла на зорі людства. У ті часи така допомога інстинктивно надавалась досвідченими старшими жінками.

В античному світі індуси, римляни, євреї, греки мали своїх повитух, які протягом багатьох віків тримали акушерство в жіночих руках. У разі невдачі повитухи запрошували хірургів. Зрозуміло, що при недостатньому практичному досвіді, помилкових на той час анатомічних уявленнях, браку спостережень, лікарська допомога не завжди була ефективною. Акушерські теорії, викладені в творах Гіппократа (Гіппократ II, 460-377рр. до н.е.), були значно слабкішими в порівнянні з його поглядами у галузі жіночих хвороб. Гіппократ залишив свій акушерсько-гінекологічний досвід у нарисах “Про природу жінки”, “Про жіночі хвороби”, “Про непліддя”, “Про ембріологію”. Згідно з поглядами Гіппократа, плід народжується тому, що хоче їсти, і лише тоді, коли йде голівкою наперед, спираючись ніжками в дно матки. Тому на практиці у випадках сідничних передлежань, завжди намагались утворити штучне головне передлежання, а в разі невдачі пологи вважали неможливими і робили плідоруйнуючу операцію. Такі погляди панували приблизно до початку християнської ери.

Головне джерело наших відомостей про стан акушерства на початку нашої ери – це твори Корнелія Цельса. У ті часи Олександрійською школою медиків вперше був зроблений розтин мертвого тіла, вперше почала відкриватись таємниця акту пологів. Цельс розповідає про акушерство в одному з розділів своїх хірургічних книг. Повитухи, як і раніше надавали основну акушерську допомогу, але в ті часи вже знали, що діти можуть народжуватись і ніжками наперед, і користувались в разі потреби виведенням ніжок та витяганням за них дитини. Практичне застосування так званого повороту і витягання за ніжки було кроком у розвитку акушерства більш, ніж на тисячу років вперед. Але минуло сто років і про цей спосіб забули й знову повернулись до плідоруйнуючих дій.

Не дивлячись на те, що в епоху феодалізму наука під впливом церкви та середньовічної схоластики перетворилась на служницю богослов'я, вона повільно продовжувала розвиватись.

В Італії з XI століття почала формуватись Салернська медична школа, характерною рисою якої було узагальнення досвіду лікарів-практиків. Салернська школа залишила пам'ять про жінок, які займались акушерством. Однією з таких жінок була Тротула (XI ст.), яка написала посібник з акушерства "Про страждання жінок перед, під час і після пологів". Салернським лікарям і акушеркам були відомі прийоми захисту промежини при пологах, зашивання розривів промежини, вони вперше почали застосовувати симфізотомію. Однак акушерство продовжувало залишатися на низькому рівні розвитку в порівнянні з іншими медичними дисциплінами. Розродженням, як і раніше, продовжували займатись "бабки-повитухи".

Якщо в Європі господарювала схоластика, то на сході для розвитку науки складались більш сприятливі умови.

Видатним вченим і лікарем того часу був Авіцена (Йбн-Сіна, 980-1037 рр.). У відомому "Каноні лікарської науки" Авіцени є розділи присвячені питанням акушерства і жіночих хвороб. Він описав спосіб видалення маткових поліпів, діагностику захворювань молочних залоз. Саме Авіценні належить заслуга у визначенні умов для проведення операцій, тобто можливість зробити її в певний момент при наявності показань.

З розвитком капіталізму, в медицині з'явились нові напрямки. Одним з видатних лікарів-реформаторів епохи відродження були Везалій (1514-1564 рр.), який вперше описав будову матки, Фалопій (1532-1562 рр.), який докладно описав яйцеводи. У розвитку практичного акушерства того часу одне з провідних місць займав видатний французький хірург і акушер Амбруаз Паре (1517-1590 рр.). Він повернув акушерству майже забуту на ті часи операцію повороту плода на ніжку. При кровотечі в пологах Амбруаз Паре пропонував швидке випорожнення матки від її вмісту. Заслугою А. Паре було те, що він вважав необхідним для розвитку акушерства придбання спеціальних знань і вперше в паризькому шпиталі Ноиєі - Вієі відкрив повивальну школу. Вихованець цієї школи ЖакТіємо (1550-1612 рр.) запропонував проведення кесарева розтину на живій жінці, описав випадки розриву матки і передлежання плаценти. Відомою ученицею ціколи А. Паре була Маргарита Тертер, яка з 1560 року працювала в цьому закладі і була першою в історії акушерства жінкою - викладачем.

З XVII століття починається новий розділ в історії акушерства й визначається він у теорії – набуттям фізіологічних та анатомічних відомостей, а в практиці – винаходом щипців.

Голландський анатом Реньє Грааф (1641-1673 рр.), у 1672 році показав значення яєчників як органу утворення яйцеклітин. З того часу яйцеві фолікули мають назву вченого, який їх відкрив. Але Р. Грааф зробив помилку, прийнявши фолікул за яйцеву клітину. Цей погляд існував в науці до 1827 року, коли російський вчений К.М.Бер (1792-1876) відкрив яйцеву клітину в фолікулі ссавців і людини.

Найвидатнішим акушером XVII ст. у Франції був Франсуа Морісо (1637-1709 рр.). Він написав "Трактат про хвороби вагітних жінок", де розглядав вагітність як повний небезпечностей, але фізіологічний процес. Нормальне передлежання плода Морісо вважав головним, однак припускав природне розродження при сідничних передлежаннях. У випадках поперечного положення він використовував поворот плода на ніжку, тоді як до цього часу робили поворот на голівку. З метою скорішого виведення голівки при пологах в сідничному передлежанні Морісо запропонував свій прийом, який в майбутньому вдосконалили інші акушери.

Нова епоха в розвитку акушерства почалась на початку XVII ст., коли лікарська родина Чемберленів вперше почала застосовувати щипці. Майже протягом ста років широке застосування інструменту було неможливим, оскільки будова щипців залишалась сімейною таємницею. У той час спроби винаходу своїх щипців робили А. Левре (1703-1780 рр.), Ф. Негель (1777-1851 рр.), Дж. Сімпсон (1811-1870 рр.). З початку широкого використання щипців значно зменшилась кількість плдоруйнуючих операцій. У XVII ст. широко розповсюдилось розродження шляхом кесаревого розтину.

У XVII ст. в Англії і Франції проводилась операція аборту, в Росії і Німеччині вона не визнавалась.

Батьком російського акушерства є уродженець Полтавської губернії Нестор Максимович Максимович-Амбодік (1742-1812 рр.), автор підручника "Мистецтво повивання, або наука про бабину справу", перший професор повивального мистецтва в Петербурзькій акушерській школі.

Н.М. Максимович-Амбодік для навчання запропонував використання акушерського фантому, першим у Росії наклак акушерські щипці.

Загальнознаним акушером після Н.М. Максимовича-Амбодіка був професор – В.М. Ріхтер (1767-1822 рр.), який викладав у Московському університеті і поєднував у викладанні теорію з практикою. Його "Посібник з повивального мистецтва, який оснований на найновіших дослідях", витримав три видання.

Поштовхом для розвитку акушерства у першій половині XIX століття було відкриття акушерських клінік в Московському (1806 р.), Харківському (1829р.), Казанському (1833р.), Київському (1844р.) університетах.

У Петербурзькій медично-хірургічній академії кафедрою акушерства та гінекології завідував виданий російський акушер-гінеколог С.О. Громов (1774-1856 рр.). С.О. Громов надавав значної уваги необхідності викладання поруч з акушерством гінекології і дитячих хвороб.

У 1836-1847 роках кафедру очолював С.Ф. Хотовицький, який запропонував переливання людської крові при акушерських кровотечах.

Визначним акушером XIX століття вважався Г.І. Корабльов, який описав методику ведення пологів при тазовому передлежанні, близьку до тієї, що запропонував Н.А. Цов'янов. |

Значний внесок у вчення про еклампсію зробив російський акушер В.В. Строганов (1857-1938 рр.). Принципи лікування еклампсії, запропоновані і В.В. Строгановим, зберігаються і в наш час.

Новий етап у розвитку медицини, а потім і акушерства розпочався з відкриттям Луї Пастером (1822-1895 рр.) мікроорганізмів як збудників, інфекційних хвороб. Відкриттю передувало створення угорським акушером І. Земельвейсом (1818-1865 рр.) системи профілактики пологової лихоманки, і англійським хірургом Д. Лістером (1827-1912 рр.) – антисептичної пов'язки.

За розвитком медицини слідував і розвиток сестринської справи. В усьому світі основоположницею сестринської справи вважається англійська сестра милосердя Флоренс Найтінгейл (1820-1910 рр.). в 1859 році Ф.Найтінгейл написала свої знамениті "Записи про догляд", де вона дала визначення сестринської справи як професії, показала її відмінність від лікувальної справи.

В Росії сестринська справа розпочалась в 1803 р., коли з'явилась служба "сердобольних вдов" і на доюровольних началах жінки направлялись в лікарні для нагляду за хворими. "Сердобольні вдови" були свого роду попередницями сестер милосердя і протягом довгого часу існували разом з ними. Незважаючи на те, що професія медичної сестри дала на сьогодні уявлення про сестринську справу як основу цієї професії, постійно змінюється.

З 1948 року почався рух за виділення медсестринства в незалежну професію, з того часу всі зусилля медсестер були спрямовані на те, щоб визначити медсестринство, встановити етичний кодекс професії, стандарти (норми) практичної діяльності та освіти для медсестер, поглиблення знань через проведення наукових досліджень в різних сферах медсестринства.

Але на жаль в деяких країнах, в тому числі й в Україні, до реформи медсестринства, розпочатої в 1993 році Міністерством охорони здоров'я України, медичні сестри виконували тільки призначення лікаря, їм заборонялось приймати самостійне рішення по догляду за пацієнтами, сестринські втручання орієнтувались в основному на хворих людей.

Сьогодні дійсно в розвитку та визначенні сестринської справи, проблеми в боротьбі за права людини, безперервний розвиток теорії сестринської справи продовжують стимулювати переми в цій професії і в нашій країні.

1.3. Розвиток акушерства на Україні

На Україні становлення акушерства і гінекології як науки почалось з відкриттям кафедр акушерства і гінекології в Харкові (1829 р.), Києві (1844 р.) і Одесі (1903 р.). Саме ці кафедри стали школами, з яких в майбутньому вийшли провідні вітчизняні акушери-гінекологи.

Перша акушерська клініка на 4 ліжка була відкрита (1829-1902 рр.) при Харківському університеті в 1929 році професором І.П. Лазаревичем, який у 1853 р. закінчив Київський університет, у 28 років захистив докторську дисертацію, присвячену раціональним вимірюванням жіночого тазу.

І.П. Лазаревич розширив клініку до 25 ліжок. Світове визнання йому принесло створення акушерсько-гінекологічного інструментарію, а саме акушерських щипців та відомого посібника "Курс акушерства".

У 1885 році на зміну І.П. Лазаревичу прийшов видатний акушер-гінеколог, учень А.Я. Красовського, професор М.Ф. Толочинів – автор відомих посібників "Підручник жіночих хвороб", "Підручник акушерства", "Підручник повивального мистецтва". Далі до 1912 року кафедрою завідував професор П.В. Міхін.

З 1912 року до 1946 року кафедру акушерства і гінекології Харківського медичного інституту, який було сформовано на базі медичного факультету університету, очолював професор П.Х.Хажинський. Під час Великої Вітчизняної війни інститут був евакуйований в місто Чкалов (Оренбург).

Засновником сучасної харківської школи акушерів-гінекологів вважається заслужений діяч науки і техніки СРСР, професор І.І. Грищенко (1897-1983 рр.), який завідував кафедрою акушерства і гінекології з 1946 року. Це був видатний хірург, що надавав значної уваги корекції аномалій розвитку жіночих статевих органів, вивчав антропологічні захворювання в акушерстві, займався питаннями імунологічної несумісності крові матері і плода, виправлення неправильних положень плода за допомогою проведення профілактичного повороту та фізичних вправ, сприяв поширенню генетичних досліджень в акушерстві і гінекології.

Харківську школу акушерів-гінекологів зараз плідно очолює заслужений діяч науки і техніки України, дійсний член НАН України, лауреат Державних премій СРСР і України, професор В.І. Грищенко. Ним зроблений значний внесок у розробку питань кріохірургії в гінекології і кріотерапії в акушерстві. Під керівництвом професора В.І. Грищенка вперше в Україні досягнуто успіху в штучному

заплідненні "в пробірці", вивчалися проблеми пізніх гестозів та питання перинатології. За монографію "Аntenатальна смерть плода" професор В.І. Грищенко був нагороджений премією В.Ф. Снегірєва.

Кафедру акушерства і гінекології педіатричного факультету Харківського медичного університету очолював заслужений діяч науки і техніки України, професор М.Г. Богдашкін, а зараз її очолює професор Ю.С. Паращук. Головними напрямками роботи цієї кафедри є невиношування вагітності, інфекційні ускладнення в акушерстві і гінекології, аномалії скоротливої функції матки, перинатологія.

Київська школа акушерів-гінекологів розпочинає свою історію з 1841 року, коли при Університеті Святого Володимира професором І.П. Крамаренковим була заснована кафедра акушерства і гінекології. Основними напрямками роботи кафедри були практична діяльність в умовах клініки.

З 1847 до 1882 року кафедру очолював вихованець Московського університету професор О.П. Матвєєв (1816-1882). О.П. Матвєєв був блискучим хірургом і талановитим лікарем. Йому належить заслуга втілення в акушерську практику методу профілактики гонобленореї шляхом використання 2% розчину азотнокислого срібла.

Значне розширення акушерсько-гінекологічної клініки відбулося в період з 1883 до 1900 року за часів керування кафедрою вихованця петербурзької школи професора Г.Є. Рейна. На високий рівень було піднесено викладання предмету, поширилась хірургічна активність. У 1910 році, як голова медичної ради та член Державної Думи Г.Є. Рейн був автором проекту централізації керівництва закладами охорони здоров'я шляхом створення "Головного державного управління охорони здоров'я" та організатором першого товариства акушерів-гінекологів у Києві.

Протягом 1900-1913 років кафедрою завідував професор О.О. Муратов. У 1913-1919 роках керівництво кафедрою здійснював професор Г.Г. Брюно. З 1920 до 1930 року очолював кафедру видатний радянський акушер-гінеколог, заслужений діяч науки Г.Ф. Писемський (1862-1937). В 1882 році Г.Ф. Писемський закінчив медичний факультет Київського університету, в 1904 році захистив докторську дисертацію, присвячену вивченню питань іннервації матки. Поряд зі значною науковою і практичною діяльністю Г.Ф. Писемський вів велику організаторську роботу. Він був одним із ініціаторів створення колгоспних пологових будинків на Україні та засновником першої жіночої консультації для вагітних.

А.П. Ніколаєв (1896-1972 рр.), в 1917 р. закінчив Київський університет. До 1922 р. працював шкільним, потім сільським дільничним лікарем. З 1933 р. – завідувач кафедрою акушерства і гінекології Київського інституту удосконалення лікарів. З 1936 р. – замісник директора Донецького науково-дослідного інституту охорони материнства та дитинства АМН СРСР. З 1951-1954 рр. – директор того ж інституту, а потім замісник директора Українського науково-дослідного інституту охорони материнства та дитинства. А.П. Ніколаєв опублікував понад 165 наукових праць, в тому числі 14 монографій та методичних рекомендацій. Його теоретичне обґрунтування знеболювання пологів переведене на ряд іноземних мов. За монографію "Профілактика і теорія внутрішньоутробної асфіксії плода" А.П. Ніколаєв був удостоєний в 1952 р. Сталінської премії.

В 1930 році медичний факультет Київського університету було реорганізовано в Київський медичний інститут. З 1930 до 1936 року завідував кафедрою професор О.І. Крупський. Продовжувала розширюватись клінічна база кафедри. На кафедрі навчались студенти факультетів охорони материнства і дитинства, санітарно-гігієнічного, вечірнього лікувального і стоматологічного. З 1936 року кафедру було розділено на дві самостійні кафедри лікувального і педіатричного факультетів.

З 1938 по 1958 рік кафедру № 1 лікувального факультету очолював професор О.Ю. Лур'є – член-кореспондент АН УРСР, лауреат Державної премії, на той час головний акушер-гінеколог МОЗ УРСР, засновник масових профілактичних оглядів жіночого населення, ініціатор реорганізації "консультацій для вагітних" в "консультації для жінок". Одним з перших О.Ю. Лур'є став проводити аналіз материнської смертності. У своїй практичній діяльності він приділяв значну увагу оперативній гінекології, а саме онкології.

Кафедру акушерства і гінекології № 2 Київського медичного інституту з 1938 року очолював професор П.М. Буйко, який поєднував цю роботу з завідуванням кафедрою акушерства і гінекології Київського стоматологічного інституту. Його основні наукові розробки були присвячені акушерському травматизму. За героїчні вчинки у роки Великої Вітчизняної війни професору П.М. Буйко було посмертно присвоєно звання Героя Радянського Союзу.

У роки Великої Вітчизняної війни Київський медичний інститут був евакуйований до Челябінська, де кафедру очолював професор О.М. Ольшанецький.

Після смерті професора О.Ю. Лур'є з 1959 року до 1974 року очолював кафедру акушерства і гінекології №1 вихованець школи професора І.І. Грищенка член-кореспондент АМН СРСР, професор М.С. Бакшеєв (1911-1974 рр.). М.С. Бакшеєв у 1933 році закінчив Харківський медичний інститут, з 1943 року до 1948 року працював асистентом кафедри акушерства і гінекології Харківського медичного інституту. В 1948-1950 роки – доцент кафедри акушерства та гінекології Львівського медичного інституту. Протягом 1950-1958 років професор М.С. Бакшеєв завідував кафедрою

акушерства і гінекології в м. Ужгороді. Після переведення до Києва з 1959 року – очолив кафедру акушерства і гінекології № 1 медичного інституту і був головним акушером-гінекологом МОЗ УРСР.

Під керівництвом професора М.С. Бакшеєва захищено 20 докторських і 52 кандидатських дисертацій. До сфери наукових інтересів професора М.С. Бакшеєва та його учнів увійшли питання регуляції скоротливої діяльності матки в нормі і при патології, акушерських кровотеч, гіпоксії плода та асфіксії новонароджених, пізніх гестозів, емболії навколоплідними водами, онкології.

Сьогодні на Україні успішно розвиваються декілька шкіл акушерів-гінекологів. Представниками Київської школи є головний спеціаліст МОЗ України, завідувач кафедри акушерства і гінекології №1 Українського державного медичного університету професор Б.М. Венцовський; член-кореспондент АМН, професор Г.К. Степанковська; завідувачі кафедрами і акушерства і гінекології № 2 і № 3 професор В.С. Артамонов і В.Я. Голота. Головними напрямками роботи цих кафедр є фізіологія і патологія скоротливої діяльності матки, гестози вагітних, імунологічна несумісність крові матері і плода, невиношування вагітності, післяродові інфекції, планування сім'ї.

Значний внесок у розвиток сучасного акушерства і гінекології зроблено членом-кореспондентом ПАН України, АМН СРСР і України професором Л.В. Тимошенко, який займався вивченням питань скоротливої діяльності матки, фетоплацентарної недостатності, перинатології.

Перший інститут охорони материнства і дитинства був створений у Харкові в 1923 році. Згодом такі інститути було відкрито у Києві, Дніпропетровську, Одесі, Львові, Мукачеві.

Провідним науково-дослідним акушерсько-гінекологічним закладом на Україні є Київський науково-дослідний інститут педіатрії, акушерства і гінекології Академії Медичних Наук України імені професора П.М. Буйко. Протягом багатьох років його плідно очолює академік НАН і АМН України О.М. Лук'янова. За час існування інституту поряд з іншими видатними науковцями працювали відомі в Україні та за її межами професор А.Г. Пап та член-кореспондент АМН України професор О.Т. Михайленко.

Зараз в Україні створена широка мережа по підготовці акушерсько-гінекологічних кадрів високої кваліфікації. Так, кафедри акушерства і гінекології працюють в Одесі – з 1903 року, в Дніпропетровську – з 1920 року, в Сімферополі – з 1921 року, у Вінниці – з 1924 року, у Львові – з 1939 року, в Ужгороді – з 1950 року, у Тернополі – з 1957 року.

Історія кафедри акушерства і гінекології Української медичної стоматологічної академії бере свій початок з 1956 року, коли при Харківському стоматологічному інституті було організовано курс акушерства і гінекології. Завідували курсом доцент В.А. Гринфельд (1936-1955 рр.), доцент І.І. Литвиненко (1955-1966 рр.), асистент Н.С. Шило (1966-1968 рр.). Після переведення стоматологічного інституту до міста Полтави в 1968 році курс очолював доцент П.Ф. Циганенко. У 1971 році на базі стоматологічного інституту відкрився лікувальний факультет, у зв'язку з чим в 1974 році курс реорганізовано в кафедру акушерства і гінекології. З 1976 року до 1979 року кафедру очолював професор В.Я. Голота, з 1980 року протягом 10 років – професор А.П. Голубєв, а з 1990 року – заслужений діяч науки і техніки України, професор А.М. Громова. Сьогодні головними напрямками наукової роботи кафедри є проблеми скоротливої діяльності матки, невиношування вагітності, пізніх гестозів, патології гемостазу при акушерській патології.

Розвиток акушерства і гінекології сьогодні є пріоритетним напрямком медицини. В Україні розроблені і втілюються в життя державні програми "Діти України", "Національна програма планування сім'ї", "Репродуктивне здоров'я 2001-2005" які свідчать про увагу з боку держави до питань материнства і дитинства.

АКУШЕРСТВО

I. СТРУКТУРА І ОРГАНІЗАЦІЯ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ.

1.1. Акушерсько-гінекологічні заклади в місті і селі.

Якість акушерсько-гінекологічної допомоги в значній мірі визначається її організацією.

Особлива увага приділяється об'єднанню акушерської та гінекологічної служби з загальною медичною службою, диспансеризації та оздоровленню населення в підлітковому віці, перед вступом до шлюбу і створенням сім'ї. Важлива орієнтація акушерства на перинатальну охорону плоду, покращення діяльності центрів і кабінетів пренатальної діагностики, загальної медицини і спеціалізованої допомоги вагітним жінкам.

Лікувально-профілактична допомога жінкам надається в амбулаторно-поліклінічних, лікарняних і санаторно-курортних закладах, а також в закладах швидкої медичної допомоги.

Основними закладами охорони здоров'я, які надають акушерсько-гінекологічну допомогу, є:

1. Об'єднаний пологовий будинок (загального профілю і спеціалізований по одному з видів патології вагітних: серцево-судинними і ендокринними захворюваннями, туберкульозу, серологічній несумісності крові матері і плоду, невиношуванню вагітності та ін.). В спеціалізованих пологових будинках є відділення або палати для вагітних, роділь і породіль з вказаними захворюваннями.

2. Жіноча консультація, яка може бути структурним підрозділом пологового будинку, поліклініки або амбулаторії,
3. Акушерські і гінекологічні відділення міських, обласних, районних, відділкових та інших лікарень.

Згідно з розпорядженням Міністерства охорони здоров'я можуть створюватись і інші заклади, не передбачені номенклатурою (санаторії для вагітних, медико-генетичні консультації). Крім того, акушерсько-гінекологічна допомога жінкам може надаватись закладами, які не входять в систему охорони материнства і дитини (будинки відпочинку для вагітних, акушерсько-гінекологічні відділення і жіночі консультації відомчих лікарень).

У великих містах створюються консультації з питань шлюбу та сім'ї. В них надається консультативна і лікувально-профілактична допомога при захворюваннях, які призводять до порушення сімейно-шлюбних відносин. В цих консультаціях є кабінети сексопатологічної допомоги, дитячої гінекології, жіночого та чоловічого непліддя, по невиношуванню вагітності, лікуванню патологічного клімаксу, плануванню сім'ї та інші. Також в великих містах організується медико-генетичні консультації або кабінети. Їх діяльність направлена на профілактику, своєчасне виявлення і лікування складних хвороб, невиношування вагітності і пов'язаних з цим ускладнень для матері і дитини.

Акушерсько-гінекологічна допомога в сільській місцевості проводиться поетапно:

I етап – сільський лікарський відділок (СЛВ). Він включає: фельдшерсько-акушерські пункти (ФАП), колгоспний пологовий будинок, гінекологічні ліжка, кабінети акушера-гінеколога в відділкових лікарнях або в самостійній лікарняній амбулаторії.

II етап – районні заклади. Головним з них є: районний пологовий будинок та центральна районна лікарня (ЦРЛ), яка в свою чергу об'єднує жіночу консультацію, акушерське гінекологічне відділення.

III етап – обласні заклади. Сюди входять: обласний пологовий будинок, акушерські та гінекологічні відділення обласної лікарні, міський пологовий будинок обласного центру (виконує функції обласного пологового будинку), кабінети лікарів акушер-гінекологів обласної поліклініки. Вищий рівень цього етапу – республіканські (державні) консультативні центри, науково-дослідні інститути охорони матері і дитини, кафедри акушерства і гінекології медичних вузів.

На етапі сільського лікарняного відділку за надання лікувально-профілактичної допомоги жінкам відповідає головний лікар відділкової лікарні. В районі загальне керівництво виконує головний лікар ЦРЛ, а безпосередньо – при населенні району 70 тисяч чоловік і більше – заступник головного лікаря ЦРЛ по дитинству і пологівій допомозі, при населенні меншому за 70 тисяч – позаштатний районний акушер-гінеколог. В обласних закладах відповідає головний акушер-гінеколог – штатний спеціаліст управління охорони здоров'я обласного виконавчого комітету.

1.2. Жіноча консультація

Жіноча консультація – це амбулаторно-поліклінічне відділення диспансерного типу, в роботі якого найбільш достатньо відображається основний принцип сучасної охорони здоров'я – єдність профілактики та лікування.

Метою діяльності жіночої консультації є надання лікувально-профілактичної допомоги, яка спрямована на оздоровлення жінок, профілактику материнської та перинатальної захворюваності та смертності. Для досягнення цієї мети в жіночій консультації вирішують слідуючі питання:

1. Здійснення лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на попередження ускладнень вагітності, пологів, післяродових та гінекологічних захворювань, проведення перинатальної охорони плода;
2. Надання кваліфікованої акушерсько-гінекологічної допомоги;
3. Проведення роботи по контрацепції та попередженню абортів;
4. Впровадження в практику сучасних методів діагностики, профілактики та лікування вагітних, захворювань роділь та гінекологічних хворих;
5. Проведення санітарно-просвітницької роботи;
6. Забезпечення жінок соціально-правовим захистом у відповідності з законодавством про охорону материнства і дитинства;
7. Забезпечення пріємництва в обстеженні та лікуванні вагітних жінок, породіль та гінекологічних хворих;
8. Здійснення систематичного зв'язку з половим будинком (відділенням), дорослою та дитячою поліклініками, відділенням швидкої та невідкладної допомоги, іншими лікувально-профілактичними установами (протитуберку-льозним, шкірно-венерологічним, онкологічним диспансе-рами та інше);
9. Проведення роботи по плануванню сім'ї.

Жіночі консультації працюють в поєднанні з акушерськими стаціонарами, поліклініками, а також як самостійні лікувально-профілактичні заклади.

Не дивлячись на численність завдань, які виконують лікарі під час нагляду за вагітними, головним залишається виявлення серед них груп високого ризику перинатальної та материнської смертності. Жінкам цієї групи необхідно проводити цілеспрямовані профілактичні заходи і забезпечити розродження в стаціонарі, відповідному ступеню виявленого ризику.

При визначенні ступеня ризику майбутніх пологів до I (низького) ступеню відносять пологи у вдруге народжуючих і втретє народжуючих жінок з неускладненим перебігом вагітності, вперше вагітних жінок без акушерських ускладнень та екстрагенітальних захворювань з нормальними даними акушерської антропометрії, вперше народжуючих, які мають не більше одного неускладненого аборту в анамнезі.

До II (середнього) ступеню ризику відносять пологи у вагітних з екстрагенітальними захворюваннями, анатомічно вузьким тазом, великим плодом, патологічним положенням плоду, а також у вагітних старших вікових груп (понад 30 років). До цієї групи відносяться жінки з гестозами, інфекційними ускладненнями, мертвим плодом, декількома абортами, перинатальною загибеллю плоду в анамнезі, із звичним невиношуванням та загрозою невиношування; жінки з пологами, ускладненими кровотечею, а також жінки з операціями на матці.

До III (високого) ступеню ризику відносять пологи у вагітних з важкими екстрагенітальними захворюваннями та акушерською патологією (ревматичний або септичний ендокардит, серцева недостатність, гіпертонічна хвороба II-III ст., загострення системних захворювань сполучної тканини, гепатоз, відшарування та передлежання плаценти, бактеріальний та больовий шок, емболія навколоплідними водами).

Направлення вагітних в стаціонар із врахуванням ступеню ризику дозволяє виконати принцип етапності розродження та сприяє зниженню перинатальної та материнської смертності.

Основними медичними документами жіночої консультації є амбулаторні карти (Ф.№205/У) та індивідуальні карти вагітної і породіллі (Ф.№111/У).

Особливістю роботи жіночих консультацій, яке відокремлює ці ЛПЗ від звичайної поліклініки, є проведення патронажу. Патронаж вагітних і гінекологічних хворих проводиться переважно акушеркою і має за мету знайомство з умовами життя жінок, з'ясування стану здоров'я жінок, які не з'явилися до лікаря в призначений час, контроль за використанням призначеного режиму та лікування, виклик до лікаря жіночої консультації.

При виявленні значних змін в стані вагітної або плоду акушерка викликає лікаря швидкої допомоги і транспортує хвору в стаціонар.

Адекватність роботи жіночої консультації залежить від налагодження зв'язку між консультацією, акушерським стаціонаром і терапевтичною дільницею.

Основними елементами організації такого зв'язку є:

- закріплення консультації за стаціонаром;
- проведення спільних клінічних і клініко-анатомічних конференцій для лікарів і середнього медичного персоналу;
- особисті контакти лікарів консультації, акушерського стаціонару і терапевтичної ділянки;
- подробице ведення "Паспортів вагітності" (Ф.№113);
- ретельне оформлення виписок із медичних документів при госпіталізації жінок;
- представлення дільничним терапевтом довідки про стан здоров'я жінки (Ф.№27).

Робота медичної сестри в жіночій консультації.

При першому відвідуванні консультації жінка повинна відчувати турботу і увагу медичного персоналу, повірити в позитивний наслідок вагітності або гінекологічного захворювання. Жіноча консультація обслуговує жінок певного району, який поділений на територіальні дільниці з кількістю населення 3500 чоловік на кожному з них. Одна дільниця жіночої консультації відповідає двом терапевтичним дільницям цього району. На кожній дільниці працює лікар акушер-гінеколог і акушерка (медична сестра), яка допомагає лікарю приймати жінок, під його керівництвом проводить патронажну роботу.

Години прийому вибирають з тим розрахунком, щоб жінка могла відвідувати консультацію у вільний від праці час (лікар та акушерка працюють щоденно, але приймають поперемінно у ранковий та вечірній час).

Однією з основних задач жіночої консультації є спостереження за жінкою з самих ранніх термінів вагітності. Це досягається ретельним обстежуванням її, своєчасним виявленням ускладнень, які виникають при вагітності.

Всі кабінети жіночої консультації повинні бути обладнані відповідними меблями, апаратурою, інструментами, медикаментами, м'яким інвентарем і утримуватися в хорошому санітарному стані. У кабінеті обов'язково повинно бути гінекологічне крісло, тверда кушетка, стіл для інструментів і стерильний матеріал (або бікс з цим матеріалом), столик або тумбочка для необхідних медикаментів,

письмові столи лікаря та акушерки, шафа для інструментарію і білизни, 3-4 стільці, лампа для бокового освітлення. Кабінет повинен бути обладнаний проточною водою і посудиною для обробки рук: 2% розчин хлораміну або 0,5% розчин діоксиду. В кабінеті дільничого лікаря повинні бути простирадла, щоб накрити гінекологічне крісло та кушетку, і рушник (обов'язково мати окремий рушник для витирання рук в рукавичках). Слід мати достатню кількість підкладних клейонок розміром 35x40 см, мішечок для чистих клейонок і таз для використаних. Клейонки після використання миють щіткою з милом під проточною водою, потім замочують в стерильній банці у 2% розчині хлораміну або 0,5% розчині діюциду на 4-6 годин, після чого їх висушують. Кабінет повинен бути обладнаний інструментом: гінекологічними дзеркалами і підіймачами (дзеркала Сімпса), дзеркалами Куско, пінцетами, корнцангами, зондами. В консультації повинна бути достатня кількість біксів для зберігання стерильного матеріалу і білизни та стерилізаторів для інструментів. В кабінеті повинні бути 5% розчин перманганату калію, розчин Люголя або йодіду калію, йоду, фурациліну (1:5000) і хлораміну (1-2%).

Робота дільничої медичної сестри (акушерки) – це допомога лікарю під час прийому, виконання його призначень і патронажної роботи. Перед прийомом акушерка готує кабінет для наступної роботи, перевіряє його санітарний стан, покриває стіл з стерильними інструментами. Готує документацію: індивідуальні карти вагітних, які перебувають на обліку в цій дільниці, амбулаторні картки гінекологічних хворих, призначених на цей день; відкладає одержані результати аналізів, процедурні листи, висновки інших спеціалістів, перевіряє чи є чисті листи для запису лікаря.

При першому зверненні вагітної в жіночу консультацію на неї заводять індивідуальну карту, де записують анамнез і дані об'єктивного огляду. Кожній вагітній дають направлення на аналіз сечі та калу, клінічний аналіз крові, глюкозу крові, реакцію Вассермана, визначення групової та резус-належності крові, обстеження на ВІЛ, бактеріологічне дослідження вмісту з піхви, визначається ступінь чистоти піхви, посів з носу на патогенний стафілокок, ЕКГ, консультацію стоматолога, терапевта та інших спеціалістів (за показаннями). Аналіз сечі повторюють при кожному відвідуванні жіночої консультації; ретельний огляд і наступне повне обстеження проводять при виданні допологової відпустки, реакцію Вассермана проводять не менше 3 разів протягом вагітності.

Лікар оглядає вагітну не рідше одного разу на місяць під час першої половини вагітності і один раз в 10-14 днів в другій половині. При цьому вимірюють висоту стояння дна матки, окружність живота, масу тіла, артеріальний тиск на обох руках, призначають термін наступної явки в жіночу консультацію. Якщо жінка не прийшла в призначений строк, то її повинна відвідати акушерка на дому.

Патронаж вагітних, породіль та деяких гінекологічних хворих входить в роботу дільничої медичної сестри. Вона відвідує жінок на дому за вказівкою лікаря. При патронажі визначає загальний стан хворої, знайомиться з її побутовими умовами, перевіряє виконання призначеного режиму і основних санітарно-гігієнічних правил, звертає увагу на раціональне харчування, проводить санітарно-просвітницьку роботу. Дані патронажу медична сестра записує в патронажний листок і підклеює його в індивідуальну карту вагітної або амбулаторну картку гінекологічної хворої.

Лікуванню в умовах жіночої консультації підлягають жінки із запальними процесами статевих органів, з порушенням менструально-ного циклу, в т.ч. і з матковою кровотечею, хворі, які страждають безпліддям та іншими гінекологічними захворюваннями. В амбулаторну карту при першому відвідуванні записують дані анамнезу, ретельно проведеного обстеження і дослідження піхви.

Обов'язково проводять аналіз крові на РМП і мазків, які взяті із шийкового каналу та уретри на гонокок Нейсера, онкоцитологічне дослідження мазків з шийки-матки.

Робота процедурної медичної сестри. В умовах жіночої консультації хворим можуть бути зроблені призначені лікарем внутрішньовенні, підшкірні, внутрішньом'язові вливання і різні піхвові процедури (ванночки, тампони, обробка шийки матки тощо). В процедурному кабінеті особливо ретельно дотримуються правил асептики та антисептики. Якщо процедурна медична сестра робить велику кількість ін'єкцій, особливо внутрішньовенних, то краще піхвові процедури виконувати в кабінетах дільничих лікарів.

Диспансерне спостереження в умовах жіночої консультації. Диспансеризація передбачає раннє виявлення початкових форм захворювання, вивчення причин його виникнення, попередження розвитку хвороби та її ускладнень. Кожна хвора, яка стоїть на диспансерному обліку, повинна мати два медичних документи: звичайну амбулаторну карту і контрольну карту диспансерного спостереження (форма №30). Диспансерному спостереженню підлягають жінки з хронічними запальними процесами статевих органів (з частими загостреннями і які довго хворіють), з функціональними матковими кровотечами, передпухлинними процесами (ерозії, поліпи цервікального каналу), фіброміомами, пухлинами яєчників, ті які перенесли променевої або хіміотерапії подібних захворювань. Остання група хворих стоїть на диспансерному обліку у районного онколога та ним обслуговується. Деякі хворі, які взяті на диспансерний облік, потребують лікування або додаткового обстеження для уточнення діагнозу.

Жінки з безсимптомними фіброміомами матки, опущенням статевих органів, після проведеної електрокоагуляції шийки матки, видалення поліпів, оперативного лікування з приводу фіброміоми матки і пухлини придатків потребують огляду не рідше 3-4 разів на рік.

В кінці кожного місяця медична сестра або акушерка дільниці оглядає картотеку і складає список тих, хто перебуває на диспансерному обліку, яким призначена явка в наступному місяці. Хворим, які не з'явилися на огляд, направляють виклик або медична сестра відвідує їх на дому.

При патронажному відвідуванні вона з'ясовує, чому хворі не прийшли на огляд і настирливо рекомендує звернутися до лікарні для профілактичного огляду. Дані, отримані при патронажі, заносять в диспансерну карту.

Після вилікування хворих знімають з диспансерного обліку і виймають їхні карти із загальної картотеки хворих, які підлягають диспансерному спостереженню на даній лікарській дільниці. Терміни зняття з обліку різні для окремих захворювань. Після електрокоагуляції шийки матки хворих знімають з обліку через 6 місяців, після ефективного лікування запального процесу – через рік, з доброякісними новоутвореннями матки та її придатків – після операції.

Робота медичної сестри на прийомі лікаря ендокринолога-гінеколога жіночої консультації. Лікар гінеколог-ендокринолог в жіночій консультації веде прийом хворих, направлених до нього дільничними лікарями. Лікуванню у цього спеціаліста підлягають жінки з порушеннями менструального циклу. Якщо в жіночій консультації не працює спеціальний кабінет дитячої гінекології, то гінеколог-ендокринолог проводить обстеження і лікування дівчат, які страждають ювенільними кровотечами. До цього лікаря направляють жінок, які страждають безпліддям, яке обумовлене гормональними порушеннями, а також хворих з патологічним протіканням клімактеричного періоду.

Дані про хвору, яка оглянута один раз в консультативному порядку, заносять у звичайну амбулаторну карту, яка зберігається в загальній реєстратурі. В кабінеті гінеколога-ендокринолога, крім того, є спеціальна картотека, де зберігаються історії хвороби тих жінок, які стоять під наглядом лікаря цього профілю. Завданням медичної сестри є утримання цієї картотеки. Медична сестра, яка працює в кабінеті гінеколога-ендокринолога, повинна оволодіти методикою взяття мазків, призначених для вивчення цитологічної картини піхвового виділення. До початку прийому вона повинна підготувати, крім звичайних інструментів, шпатель для взяття вмісту піхви, достатню кількість стекел і спеціальних фарбників. Після закінчення прийому медична сестра має використані предметні стекла і розкладає їх в штативи для просихання.

Кабінет планування сім'ї.

Попередження небажаної вагітності. У деяких консультаціях виділяють спеціальний прийом або кабінет по попередженню вагітності. Аборт може призвести до важких ускладнень: безпліддя, порушення менструального циклу, запальних захворювань тощо.

Тому кожна жінка, яка звернулася в кабінет контрацепції, повинна отримати найбільш ефективний, доступний, нешкідливий, довготривалий за дією, зручний у використанні протизаплідний засіб, який не порушує комфорту статевих відносин. Методи контрацепції можуть бути традиційними (механічні, хімічні, природні) та сучасними (гормональні контрацептиви, внутрішньо-маткова контрацепція).

До механічних засобів відносять чоловічий гумовий презерватив і жіночі піхвові презервативи: ковпачок "КР" і ковпачок "Кафка". Ковпачок "КР" складається із гумового чохла, який прикріплений до еластичної облямівки. Після введення ковпачка облямівка розправляється і щільно прилягає до стінок піхви. Гумовий чохол перешкоджає проникненню сперми із піхви в канал шийки матки. Ковпачки "КР" випускають різних розмірів (№60, 65, 70, 75, 80), розмір підбирають індивідуально.

Ковпачок "Кафка" з алюмінію має форму наперстка, його надягають на шийку матки на більш тривалий термін. Найбільш вживаються розміри №8, 9, 10 і 11.

Хімічні протизаплідні засоби виготовляють у вигляді кульок, пігулок і свічок, які вміщують препарати, що пагубно діють на сперматозоїди. Природні методи контрацепції засновані на утримуванні від статевих актів (або попередженні попадання сперми у піхву) в небезпечні по заплідненню дні. Гормональних оральних (для вживання в середину) засобів, відносять триквілар, логест, регулон, марвелон та інші. Жінці рекомендують вживати контрацептиви перорально тільки після обстеження і ретельного виключення протипоказань до цього виду попередження вагітності.

З 60-х років минулого століття в усьому світі здобули широкого попиту внутрішньоматкові протизаплідні засоби (ВМЗ). Ці пристосування надійно захищають від вагітності, не спричиняють подразнення, можуть бути залишені в матці на довготривалий час. Якщо жінка побажає завагітніти, то в найближчі місяці після видалення ВМЗ, як правило, настає вагітність. У більшості жінок носіння ВМЗ не викликає ніяких ускладнень. ВМЗ виготовляють із пластичних матеріалів, яким надають різну форму (інертні), поєднують з міддю (мідьвміщуючі) або гормональними препаратами (Мірена, Левоноргестрел).

Час введення ВМЗ – останній день менструації або 1-2-ий день після її закінчення. Після пологів ВМЗ можна вводити через 3-4 місяці; після абортів – через 6-7 тижнів. ВМЗ вводять на строк 2-3 роки. В дні, які спеціально призначені для введення ВМЗ, медична сестра кабінету готує все необхідне: стерильні ВМЗ і шприці-провідники для їх введення, стерильні рукавички, гінекологічні дзеркала Сімса, кульові щіпці і двозубці Мюзо, маткові зонди, затискачі, розширювачі Гегара, криві ножиці (Фергюсона), стерильні ватні кульки. ВМЗ оснащені ниткою, яка звисає в піхву і служить для

видалення її амбулаторно. В разі необхідності для видалення ВМЗ жінку направляють в гінекологічне відділення лікарні.

Медична сестра, яка працює в кабінеті по попередженню вагітності, допомагає лікарю вести документацію (журнал, звіти, виклики жінок на огляд тощо), готує і стерилізує інструменти, допомагає лікарю при введенні і видаленні ВМЗ.

Безплідний шлюб.

Для жінок шлюб яких безплідний, в жіночій консультації виділяють окремий кабінет або спеціальні години прийому одного з лікарів.

Перед обстеженням самої жінки необхідно провести аналіз сперми її чоловіка. Після одержаного сприятливого результату дослідження сперми, починають обстежувати жінку. Проводять аналізи піхвових виділень на ступінь частоти, виключають гонорею, трихомоноз, токсоплазмоз, хламідіоз, уреоплазмоз, вірус простого герпеса унтомеголовірус, папіломовірус. Проводять бактеріологічне дослідження вмісту піхви. Беруть кров на реакцію Вассермана. Після перевірки прохідності маткових труб вивчають функцію яєчників за допомогою тестів функціональної діагностики – не менше 2-3 менструальних циклів досліджують цитологічну картину піхвових виділень, перевіряють симптоми “папараті”, “зіниці”, оцінюють криву базальної температури. Зараз для встановлення прохідності маткових труб крім гістросальпінгографії застосовують ультрозвукове дослідження (УЗД) з використанням препарату Еховіст.

Медична сестра на прийомі по безпліддю веде документацію. Для кожної хворої заповнюють спеціальну карту, що зберігається в картотеці. В картотці записані результати обстеження і проведене лікування.

Кабінет онкогінеколога. Кабінет районного онколога-гінеколога може знаходитись в приміщенні жіночої консультації або районного онкологічного диспансеру. Призначення кабінету – здійснення консультативної і лікувальної допомоги жінкам даного району, у яких припускають або вже встановили наявність злоякісного новоутворення статевих органів. Крім звичайного інвентаря та інструментарію в оснащенні кабінету онколога входить апаратура для електрохірургічних операцій в умовах амбулаторії. Лікар онколог-гінеколог після відповідного обстеження і підготовки в спеціально виділені для оперативного лікування дні, може виконувати діатермокоагуляцію і діатермоекзизицію шийки матки, видалення поліпів цервікального каналу, біопсію підозрілих ділянок шийки матки. В кабінеті районного онкогінеколога щомісячно повторюють цитологічні дослідження на атипичні клітини, якщо при попередніх оглядах мазки здались підозрілими. Під спостереженням онкогінеколога знаходяться жінки з підтвердженим онкологічним захворюванням органів статевої системи, після оперативної, променевої чи хіміотерапії. В обов'язки медичної сестри кабінету онкогінеколога входить ведення і утримання відповідної документації. Перед прийомом медична сестра готує кабінет до роботи. При операціях медична сестра асистує лікарю, за його призначенням проводить лікування променевого епітелітиту (ускладнень після рентгенотерапії), проводить необхідні процедури після діатермохірургічних операцій (замазування шийки матки), при відповідних умовах вводить хіміопрепарати.

Профілактичні огляди, що проводяться жіночою консультацією. На районні і міські жіночі консультації покладається задача раннього виявлення раку статевих органів. Один-два рази на рік проводять профілактичні огляди для всіх жінок старших за 18 років, які мешкають в даному районі, на відповідних ділянках жіночої консультації. Робітниць промислових підприємств оглядають за місцем роботи. Крім того, лікар-гінеколог повинен оглядати всіх жінок, які звернулися в районну поліклініку з бідь-якого приводу.

Профілактичні огляди жіночого населення краще проводити в спеціально відведених і обладнаних кабінетах жіночої консультації, де є можливість кольпоскопічного обстеження. До огляду медична сестра готує велику кількість гінекологічних дзеркал, пінцетів, предметних стекол для взяття мазків на атипичні клітини, місткість для дезінфекції інструментів, стерилізатор для кип'ятіння інструментів, коробки для складання і транспортування предметних стекол.

Облік жінок, які пройшли профілактичний огляд, ведуть в спеціальному журналі, де записують прізвище, ім'я, по батькові, вік, професію, домашню адресу і результати огляду – діагноз у випадку виявлення захворювання. На підприємствах відповідний запис проводять в диспансерній карті працюючих жінок.

Огляд проводять таким чином. Після стислого опитування роблять огляд шийки матки за допомогою дзеркал, шпателем або зондом пінцетом беруть матеріал для виявлення атипичних клітин (мазок) іносять його на предметне скло. Попередньо спеціальним олівцем для скла на ньому пишуть номер, відповідний порядковому номеру прізвища оглянутої жінки в журналі. Після видалення дзеркал проводять звичайне дворучне піхове обстеження.

Однією з головних задач профілактичних оглядів є виявлення початкових стадій раку, а також так званих предракових станів, яке можливо лише за допомогою цитологічних досліджень і кольпоскопії.

Медична сестра допомагає лікарю при огляді шийки-матки, взятті мазків, вона мие і стерилізує інструменти, веде запис оглянутих жінок, направляє взяті мазки в лабораторію, своєчасно одержує і

заносить в журнал результати дослідження мазків. Обов'язковим при профілактичному огляді жінок є обстеження молочних залоз.

При підозрі на злоякісне новоутворення хвору прямо з огляду або відразу ж після одержаних аналізів направляють до районного онколога чи в стаціонар.

Санітарно-просвітницька робота в жіночій консультації. Санітарно-просвітницька робота – одна з найважливіших складових частин роботи жіночої консультації. В цій роботі беруть участь лікарі, юристи соціально-правового кабінету, велика роль надається акушерам і медичним сестрам жіночої консультації. Санітарно-просвітницьку роботу краще проводити згідно заздалегідь розробленому плану. Можна застосовувати різні форми: індивідуальні або групові бесіди; питання і відповіді, демонстрації кіно- і діафільмів; рекомендації спеціально підібраної науково-популярної літератури (брошур, пам'яток); організація постійно діючих виставок; оформлення приміщення жіночої консультації правильно підібраними плакатами, листками-пам'ятками, стендами.

Для проведення бесід в жіночій консультації чи в жіночих колективах виробничих установ можна рекомендувати такі теми:

1. Гігієна жінки в різні періоди життя.
2. Вагітність як фізіологічний стан організму жінки, попередження патології вагітності і пологів.
3. Статеве життя жінки та її гігієна.
4. Шкідливий вплив абортів на жіночий організм, можливі ускладнення, протизаплідні засоби.
5. Запальні захворювання жіночих статевих органів і їх попередження.
6. Профілактика і виявлення передракових і злоякісних захворювань жіночої статевої сфери.
7. Захворювання, які передаються статевим шляхом та їх попередження.

До бесід потрібно ретельно готуватися: вивчати спеціальну літературу, наводити особливо демонстраційні приклади з практичної роботи, наводити дані статистичних матеріалів, відображати досягнення сучасної охорони здоров'я.

1.3. Стаціонар пологового будинку

Стаціонар пологового будинку, акушерські та гінекологічні відділення лікарні призначені для надання кваліфікованої медичної допомоги жінкам під час вагітності, пологів, та в післяпологовому періоді, гінекологічним хворим, а також для забезпечення кваліфікованої медичної допомоги та догляду за новонародженими.

Пологовий будинок (відділення) надає допомогу за територіальним принципом, але перша та невідкладна допомога надається всім вагітним та породіллям незалежно від місця проживання та відомчої підпорядкованості установ. Госпіталізація здійснюється за направленнями компетентних медичних працівників, але жінка може сама звернутися до пологового будинку (відділення).

Стаціонар пологового будинку включає наступні приміщення: приймально-оглядові кімнати та кімнати та для виписки, пологове та післяпологове відділення, відділення патології вагітних, обсерваційне, гінекологічне відділення та відділення для новонароджених. Пологове та гінекологічне відділення пропонують по можливості розміщувати у різних корпусах. Приймально-оглядові приміщення акушерських та гінекологічних відділень повинні бути розміщені окремо. У них є кімната – фільтр та оглядові кімнати, звідки після санобробки жінка поступає у відповідне відділення. Пологове відділення (приміщення пологового блоку) має передпологові, пологові та післяпологові палати, палати інтенсивної терапії, операційну та оглядову кімнати.

В акушерському стаціонарі повинно працювати два пологових відділення: *I – фізіологічне* і *II – обсерваційне*.

В обсерваційне відділення пологового будинку госпіталізуються вагітні і роділлі, які мають (наказ МОЗ СРСР №691):

- лихоманку (температура тіла 37,6 і вища без клінічних ознак захворювання);
- довготривалий безводний проміжок (вливання навколоплідної води за 12 годин і більше перед поступленням в стаціонар);
- тромбофлебії будь-якої локалізації (гострий або хронічний в стадії загострення);
- загальні захворювання нирок та сечовивідних шляхів (гостра стадія, загострення хронічного процесу під час вагітності, безсимптомна бактерійурія – 10^5 КУО/мл сечі і більше);
- прояви інфекції родових шляхів (кольпіт, цервіцит, конділоми, хоріоамніоніт);
- клінічне або лабораторне підтвердження інфекції з високим ризиком внутрішньоутробного зараження плоду (токсоплазмоз, лістеріоз, цитомегалія, краснуха, венеричні захворювання);
- внутрішньоутробна загибель плода;
- гострі респіраторні захворювання (грип, ангіна та ін);
- прояви екстрагенітальних загальних захворювань (пневмонія, отит та ін);
- шкідливі захворювання як інфекційної, так і неінфекційної етіології;

- туберкульоз;
- при відсутності у жінок повного обстеження та необхідної медичної документації;
- у випадках самовільного переривання вагітності в терміні з 22 до 28 тижнів;
- при злоякісних новоутвореннях;
- при аномаліях розвитку плода, визначених під час вагітності;
- породілля (на протязі 24 годин після родів) у випадках народжування за межами лікарняного закладу.

Згідно наказу МОЗ України №4 від 5.01.1996 року в пологових стаціонарах введено спільне перебування матері і дитини, яке знижує частоту захворювання породіллі і новонароджених, дає можливість забезпечити раннє прикладання до грудей і навчити матір догляду за новонародженим. При спільному перебуванні матері і новонародженого їх розміщують в палатах на одне - три ліжка, оснащених медичними вагами, сповивальним столом, медикаментами, що використовуються для догляду за новонародженим.

Протипоказання для спільного перебування матері і дитини.

Протипоказання з боку матері:

- тяжкі форми пізнього гестозу;
- екстрагенітальні захворювання в стадії декомпенсації;
- операційні втручання з тяжкими порушеннями гомеостазу;
- гострі інфекційні захворювання;
- розрив промежини третього ступеня.

Протипоказання з боку новонародженого:

- недоношеність III-го ступеня;
- внутрішньоутробна гіпотрофія III-го ступеня;
- асфіксія при народженні (середнього і важкого ступеня);
- родова травма з порушенням функції життєво важливих систем;
- важкі вроджені вади;
- гемолітична хвороба важкого ступеня;
- синдром дихальних розладів II і III-го ступенів.

З пологового залу дитину забирає чергова медсестра відділення новонароджених. Час передачі медичній сестрі дитини, її стан відзначається на першій сторінці історії розвитку новонародженого і завіряється підписами акушерки та медсестри відділення новонароджених. При погіршенні стану дитини її переводять у палату інтенсивної терапії.

В першу добу перший туалет новонародженого здійснює медсестра відділення новонароджених у присутності матері, навчаючи її особливостям догляду за новонародженими, користуванню стерильним матеріалом і дезинфікуючими засобами. Контроль за культею пуповини та пупковою ранкою здійснює неонатолог, а їх обробку виконує медсестра.

Для обходу медсестра готує:

- стерилізаційний бікс зі стерильним матеріалом (кульки, вата, палички з ватою, бинт);
- стерильні пінцети для забору стерильного матеріалу по одному на кожну дитину для обробки пупкової ранки;
- місткість зі спиртом етиловим 95% – 2,0 мл;
- місткість з розчином калію перманганату 10% – 30,0 мл;
- місткість з розчином перекису водню 3% – 2,0 мл.

Запаси медикаментів, розчинів, стерильного матеріалу, історії розвитку новонароджених, комплекти наборів догляду за ними зберігають в спеціально виділеній кімнаті для медсестер.

Діти, які не можуть вихожуватись на спільному перебуванні з матір'ю, знаходяться у відділенні неонатального догляду та лікуванню новонароджених (ВНДЛН), основними завданнями якого є:

- забезпечення інтенсивного догляду недоношеним та хворим новонародженим;
- діагностика і лікування хворих новонароджених різного гестаційного віку;
- аналіз захворюваності і смертності новонароджених в акушерському стаціонарі;
- стаціонарно-просвітня робота з матерями.

Персонал в ВНДЛН здійснює догляд за здоровими новонародженими, які не можуть перебувати з матір'ю в палаті, забезпечують діагностику та лікування хворих та незрілих дітей, при відсутності відділення інтенсивної терапії новонароджених здійснювати первинну реанімацію новонароджених в пологовому залі та інтенсивну терапію.

У ВНДЛН знаходяться новонароджені:

- які не можуть перебувати з матір'ю в одній палаті, через стан її здоров'я;

- діти, що народились в стані, оціненому за шкалою Апгар 6 балів і нижче;
- з гестаційним віком менше 36 тижнів;
- з групи високого перинатального ризику незалежно від оцінки їх стану при народженні за шкалою Апгар (в перші дві доби для визначення особливостей їх постнатальної адаптації);
- з відділення спільного перебування матері і дитини, стан яких погіршився;
- з внутрішньоутробною гіпотрофією III-го ступеню;
- з гемолітичною хворобою новонароджених тяжкої форми;
- при наявності родової травми з порушенням життєво важливих функцій;
- з важкими вродженими вадами;
- з порушенням гомеостазу;
- з іншими захворюваннями.

Лікування новонароджених в акушерському стаціонарі проводять не більше 5 діб. При необхідності подальшого лікування їх переводять в спеціалізовані відділення новонароджених дитячих лікарень. Новонароджені з гнійно-запальними та інфекційними захворюваннями переводяться з акушерського стаціонару з моменту встановлення діагнозу.

1.4. Організація акушерсько-гінекологічної допомоги працівникам промислових підприємств

Постійне удосконалення організації медико-санітарного обслуговування робітників підприємств призвело до створення найбільш досконалої форми лікувального закладу на виробничому підприємстві – медико-санітарних частин (МСЧ).

Сучасні МСЧ в своїй більшості представляють собою могутні лікувально-профілактичні заклади, які забезпечують повний об'єм поліклінічної і стаціонарної медичної допомоги робітникам і службовцям.

Поруч з великим об'ємом лікувальної допомоги МСЧ виконують велику профілактичну роботу в області охорони праці робітників.

Майже кожна МСЧ має в своєму складі акушерсько-гінекологічну службу, могутність якої визначається численністю працюючих на підприємстві жінок. Акушерсько-гінекологічна служба на промисловому підприємстві може бути представлена тільки амбулаторно-поліклінічною частиною, або поліклінічною і стаціонарною. Забезпечення жінок – робітниць промислових підприємств лікувально-профілактичною допомогою за місцем роботи не виключає зберігання за ними права медичного обслуговування в загальній, територіальній сфері лікувальних закладів.

Прийнято розрізняти два типи медико-санітарних частин:

- "закриті" - МСЧ, які обслуговують тільки працюючих на даному підприємстві;
- "відкриті" - МСЧ, які обслуговують крім працюючих на підприємствах (та їх сім'ї), деяку частину населення, що мешкає на прилеглих до закладу територіях.

Робота всієї медичної служби, в тому числі і акушерсько-гінекологічної, на промисловому підприємстві будується за принципом цехового, дільничного обслуговування по аналогії з дільничною системою територіальних поліклінік.

Типова цехова лікарняна дільниця створюється із розрахунку обслуговування 2000 робітників, а на підприємствах хімічної, горно-рудної, нафтопереробної промисловості – 1500 робітників.

Акушерсько-гінекологічна допомога на промислових підприємствах також, як і вся лікувально-профілактична робота медико-санітарної служби проводиться у двох основних напрямках:

- контроль дотримання оптимальних санітарно-гігієнічних умов праці робітниць;
- надання кваліфікованої медичної допомоги.

Акушер-гінеколог і середній медичний працівник будують свою роботу за цеховим принципом. Вони повинні бути добре освідомлені про характер і технологію закладу, знати санітарні умови цеху та особливості кожної професії з можливостями впливу її на стан здоров'я жінок та специфічні функції їх організму, а також досконало знати основне законодавство по охороні праці жінки.

Застосування жіночої праці допускається тільки у випадках, коли робота не має негативного впливу на їх здоров'я. До тяжких робіт відносять такі професії, при яких виникає необхідність підіймати груз більший за 20 кг, працювати в умовах високих температур, дії вібрації, високої загрози травматизму. Забороняється використовувати жіночу працю на підземних роботах та роботах безпосередньо пов'язаних з плавлінням, розливкою і прокатом металу, забороняється працювати водолазами, шоферами на вантажних машинах, вага яких перевищує 2,5т і т.д. Особливо суворо регламентуються умови праці вагітних жінок, матерів – годувальниць. Ці жінки не залучаються до нічних робіт, до робіт у вихідні дні, а також не можуть бути направлені у відрядження.

Робота акушерсько-гінекологічної служби на промисловому підприємстві в області охорони праці робітниць повинна проводитись в співдружності з здоров'я пунктами і санітарно-промисловим лікарем. Від санітарно-промислового лікаря акушер-гінеколог одержує своєчасну інформацію про

зміни технології підприємства або виникнення нових негативних факторів, діючих на організм працюючих жінок (зміни ПДК, хімічних речовин, вібрації, низької і високої температури і т.д.).

Другим великим розділом роботи акушерсько-гінекологічної служби є профілактична і лікувальна допомога робітницям. В цій частині діяльності можна виділити 5 самостійних розділів:

1. організація профілактичних оглядів;
2. організація диспансерного нагляду за вагітними;
3. профілактика абортів (контрацепція);
4. лікування гінекологічних хворих;
5. експертиза непрацездатності.

Головна мета профілактичних оглядів робітниць – виявлення ранніх форм захворювань статевої системи з наступним оздоровленням.

Прийнято розрізняти два види профілактичних медичних оглядів: *періодичні і попередні*.

Періодичним медичним оглядам підлягають: визначені контингенти робітників (список таких контингентів визначений наказом міністерства охорони здоров'я) з метою раннього виявлення професійних захворювань;

Попереднім медичним оглядам підлягають всі особи, які приймаються на роботу, з метою виявлення в них захворювань, перешкоджаючих роботі на даному підприємстві.

В організації і проведенні профілактичних оглядів жінок головну роль відіграє середній медичний персонал. Акушерки, які мають хорошу професійну підготовку, можуть бути допущені до самостійного проведення профілактичного огляду жінок. Всі жінки, у яких акушерка виявить мінімальні відхилення від норми, повинні бути негайно направлені до лікаря.

Працюючи разом із лікарем, акушерка або медсестра забезпечують рівномірне поступлення на огляд жінок, веде реєстрацію оглянутих в журналі, допомагає лікарю виконувати діагностичні маніпуляції (взяття мазків, кольпоскопія, біопсія та ін.), заповнює паспортну частину, забезпечує правильне зберігання диспансерних карт (об.ф.№30), які заводяться на кожну жінку з виявленими захворюваннями, що потребують диспансерного нагляду; приймають участь в складанні звіту за результатами огляду.

При нагляді за вагітними проводиться цілий ряд профілактичних засобів, пов'язаних із специфікою підприємства, сюди відносять: нагляд за можливим впливом виробничих факторів на перебіг вагітності, раціональне працевлаштування вагітних, організація дієтохарчування та ін.

Робота по профілактиці непланованої вагітності ведеться шляхом рекомендацій раціональної контрацепції і санітарно-просвітньої пропаганди.

Об'єм надання гінекологічної допомоги визначається матеріальними можливостями медико-санітарної служби. При наявності в МСЧ жіночої консультації або гінекологічного кабінета хворі в них отримують амбулаторне лікування. В разі необхідності вони госпіталізуються в заклади територіальної мережі.

Великий розділ роботи акушерсько-гінекологічної служби МСЧ складає аналіз тимчасової втрати працездатності, пов'язаної з вагітністю, абортами та гінекологічною захворюваністю.

Облік всіх випадків непрацездатності і складання звіту виконує середній медичний робітник (статистик, медсестра, акушерка) під контролем лікаря (статистика, акушера-гінеколога). При відсутності на виробництві лікаря облік і звітність дозволяється вести середньому медичному працівнику самостійно.

Важливою роботою акушерсько-гінекологічної служби на промисловому підприємстві є організація і контроль за роботою кімнат особистої гігієни жінки. Кімнати особистої гігієни організовують на кожному підприємстві, де кількість робітниць перевищує 300. Створення кімнат особистої гігієни має за мету профілактику гінекологічних захворювань, навчання працівниць спеціальним гігієнічним навичкам, а також проведення серед них санітарно-просвітньої роботи. На великих промислових підприємствах з кількістю працюючих жінок більшою за 1500 бажано створювати кімнати особистої гігієни в кожному цеху (або одну кімнату на 2-3 поблизу розташованих цехів). Декілька самостійних кімнат слід створювати і на промислових підприємствах, маючих велику протяжність (3-5 км). Для тих видів виробництва, що відрізняються великою дисперсністю робочих місць (будівельна, ліснична промисловість та ін.), доцільно створювати пересувні кабінети, обладнані душовими установками і резервуарами для теплої води. Організація роботи кімнат особистої гігієни є ефективними засобами профілактики гінекологічної захворюваності, а також засобом діючої санітарної пропаганди в охороні здоров'я робітниць промислових підприємств.

1.5. Організація денного стаціонару

Стаціонар денного перебування в лікарнях (відділення, палати) і денні стаціонари в поліклініках створюються для лікування хворих з гострими і хронічними захворюваннями у випадках, коли їх стан не потребує цілодобового спостереження, а лікувально-діагностичні міроприємства можуть надаватись в денний час (наказ МОЗ СРСР №1278 від 16.12.1987р.).

Лікування акушерсько-гінекологічних хворих ведеться в умовах денних стаціонарів, створених на базі жіночої консультації (тільки для вагітних) та стаціонарів денного перебування відділень патології вагітних і гінекологічного відділення. Керівництво стаціонаром проводиться головним лікарем ЛПЗ, на базі якого він функціонує.

Відбір хворих на обстеження і лікування в умовах денного стаціонару і стаціонарів денного перебування проводиться дільничим акушером-гінекологом. В таких стаціонарах знаходяться жінки з ускладненням вагітності анемією, конфліктом за системою АВО та Rh-фактором, ХФПН, загрожуючі по невиношуванню вагітності. В стаціонарі денного перебування гінекологічного відділення лікуються хворі з запальними процесами внутрішніх статевих органів в стадії нестійкої ремісії, з хронічними запальними процесами, з непліддям, порушенням менструального циклу та ін. На хвору заводиться історія хвороби із занесенням до неї необхідних даних анамнезу та результати досліджень. В разі погіршення перебігу захворювання, погіршення стану вагітної або плоду, виникнення необхідності цілодобового медичного спостереження хвора, що знаходилась в стаціонарі денного перебування, терміново переводиться у відповідне відділення лікарні. Жінкам, які працюють або навчаються, на час їх лікування в стаціонарі денного перебування та денному стаціонарі жіночої консультації, видаються лікарняні листки (довідки на загальних підставах).

Після виписки хворої зі стаціонару денного перебування всі дані про неї і необхідні рекомендації передаються лікарю, який направив жінку на лікування.

II. Медична етика та деонтологія.

Моральні якості медичної сестри завжди мали не менше значення в її професійній діяльності, ніж мануальні навички.

Специфіка медицини суттєво відрізняється від інших видів людської діяльності і заключається передусім в необхідності постійного, щоденного спілкування сестри з хворою. При цьому слід пам'ятати, що людина, яка має проблеми зі своїм здоров'ям, по характеру свого мислення, глибини переживань, стані психоемоційної напруги по відношенню до самої себе й оточуючих, як правило суттєво відрізняється від людини, у якої таких проблем немає.

Частиною медсестринської етики є деонтологія. Цей термін був вперше використаний Кантом і походить від грецького "деон" - обов'язок.

Деонтологія розглядає, як, з точки зору сестринської етики, повинна поводитися сестра в конкретних ситуаціях, що виникають в процесі її професійної діяльності.

Запорукою ефективності діяльності медичного працівника є налагодження взаємодовіри і взаємопорозуміння між хворим і тим, хто надає йому допомогу.

Особливості медичної діяльності призвели до виникнення особливих норм поведінки медпрацівника: медичної етики і деонтології.

Медична етика як частина загальної етики розглядає питання моральності медпрацівника, включаючи сукупність норм його поведінки, почуття професійного обов'язку, честі й гідності. Медична етика охоплює не тільки групу питань про взаємовідносини між медичними працівниками, медичними працівниками і хворими та їх родичами, але і визначені норми побутової поведінки, моральну чистоту.

Під **медичною деонтологією** розуміють принципи поведінки медичних працівників, спрямовані на максимальне підвищення ефекту від лікування і ліквідацію наслідків невдач при наданні медичної допомоги. Отже, медична деонтологія являє собою частину медичної етики і моралі.

Медична мораль передбачає відхилення від деяких загальних етичних норм з метою збереження інтересів хворого. Так, моральна норма правдивості не виключає застосування "кривди для блага" хворого, а вимоги щирості і чесності не передбачають розголошення "лікарської таємниці".

У спілкуванні лікарів акушерів-гінекологів, акушерок та медичних сестер із жінками виникає потреба торкатися інтимних сторін їх життя. Це потребує від працівників проявів особливого такту та високого рівня культури з метою попередження виникнення у хворої, вагітної, роділлі та породіллі протесту, пов'язаного з природним почуттям сорому. Лікар акушер-гінеколог повинен оглядати хвору тільки в присутності медсестри або акушерки. Дівчинка оглядається в присутності матері. Медична сестра, яка безпосередньо спілкується з жінкою під час виконання лікарських призначень, не повинна задавати зайвих питань, але при цьому вміти тактовно за незначний проміжок часу добитися симпатії і довіри до себе хворої чи вагітної. Під час спілкування з медсестрою жінка повинна відчувати потребу розповісти все, що її турбує. Надаючи допомогу вагітній, медична сестра повинна пам'ятати, що жінку, насамперед хвилює стан її майбутньої дитини. Зменшити це занепокоєння допомагає турботливе ставлення до вагітної; дбайливе пояснення необхідності та безпечності призначеного обстеження та лікування. При спілкуванні з вагітними та роділлями треба наголошувати, що оперативне лікування при пологах є не правилом, а виключенням. До оперативного розродження звертаються лише в разі виникнення ускладнень вагітності і пологів, які не піддаються терапії, а також у зв'язку з екстрагенітальними захворюваннями. Тяжкі моральні наслідки для жінки пов'язані з народженням мертвої дитини, недоношеної дитини або дитини в стані глибокої асфіксії та з родовою травмою. Народження хворої дитини інколи може бути причиною затримки її розвитку в майбутньому, а інколи може майже не відбитися на подальшому житті. Тому медичний працівник не повинен брати на себе

відповідальність за вирішення долі дитини. Медична сестра не надає інформацію жінці і її родичам про стан і перспективи життя новонародженого, рекомендуючи звернутись їм до лікаря-неонатолога.

Народження немовляти з патологією (дефектом) є кризою для всієї сім'ї. Перед тим, як батьки почнуть розвивати й встановлювати позитивні відносини з новонародженим, їм потрібен якийсь час, щоб подолати почуття суму, горя від непоправимої втрати ідеальної дитини, народження якої вони сподівались й очікували. Для того щоб мати й батько почали встановлювати взаємовідносини з новонародженим, їм потрібен чесний, відвертий і простий виклад фактів про їхнє немовля. Обоє батьків потрібно одночасно і як найшвидше повідомити про дефекти немовляти. Медичні спеціалісти повинні розуміти, що злість є універсальною реакцією батьків, і що найкраще, коли вона вийде назовні. Батьки рідко виливають свою злість на дитину. Прикладом деяких терапевтичних питань, які допомагатимуть медсестрі розпочати діалог з батьками, можуть бути наступні: "Ви напевно, гадаєте, що послужило причиною цьому?"; "Ви міркуєте про те, як будете справлятися?". Слід уникати таких тверджень, як: "Я розумію ваші почуття"; "На все Божа воля"; "Ви маєте інших дітей". Медсестра може продемонструвати свої переживання про немовля, скрупульозну допомогу й догляд, розмовляючи з немовлям і пестячи його обличчя, дивлячись прямо на нього, пояснюючи батькові щось нове в поведінці немовляти. Натяками, свідченням того, що батьки готові приймати участь в догляді за дитиною, є те, що вони звертаються до дитини по імені або "вона" чи "він", розпитують про їх денний розпорядок.

Для того, щоб посприяти встановленню взаємодії між батьками та новонародженим, медсестра повинна підвести їх до немовляти й, вживаючи прості терміни, пояснити дію обладнання, яке використовується; порадити їм помити руки, щоб вони самі могли торкнутись своєї дитини. Батькам важливо відчутти себе в середовищі, атмосфері прийняття й неупередженого відношення.

Працюючи в гінекологічному відділенні, медична сестра асистує лікарю при виконанні ним малих гінекологічних операцій, виконує призначення лікарів, доглядає за післяопераційними хворими. При спілкуванні з гінекологічними хворими слід зауважити, що всі, пов'язані з больовими відчуттями маніпуляції, проводяться під ретельним знеболенням.

Оперативні втручання з діагностичною або лікувальною метою виконуються після отримання на це письмової згоди хворої. Без згоди самих хворих чи їх батьків та опікунів ці маніпуляції проводяться у виключних випадках, коли затримка в діагностиці або проведенні операції загрожує життю хворої, а отримати згоду вказаних осіб неможливо. Надавати інформацію про об'єм виконаної жінці гінекологічної операції чоловіку хворої або іншим її родичам заборонено (про це повідомляється тільки жінці).

Отже, робота в акушерсько-гінекологічних підрозділах вимагає від медичних працівників володіння певними моральними нормами та заснованими на них правилами поведінки при виконанні свого професійного обов'язку.

Особливості спілкування медпрацівників з жінками залежить від психоемоційного стану хворої, її віку, перебігу захворювання.

При лікуванні дітей необхідно враховувати їх підвищену вразливість, легкість виникнення у дівчаток сором'язливості і страху. Дитина дуже тонко відчуває неприродне ставлення до себе та нещирість. Тому поведінка медичної сестри повинна бути природньою з перевагою не логічного переконання, а емоційного впливу на дівчину та ласки. Покращити емоційний фон при спілкуванні з дитиною дозволяє розповідь казок або використання іграшок. До 12 років дівчатка оглядаються в присутності родичів жіночої статі. У старшому віці відкриття інтимних зон тіла в присутності родичів викликає у підлітка негативні емоції. Для підлітків характерне порівняння стану свого здоров'я з подругами. Багато дівчат розцінюють відсутність менструацій, які вже з'явилися у подруг, як ознаку своєї неповноцінності. При наявності частих рецидивуючих дисфункційних маткових кровотеч дівчата втрачають віру в одужання, тому доцільне наведення прикладів, коли використання правильного режиму навчання і відпочинку, ЛФК та лікування призводило до встановлення нормальної менструальної функції.

Особливості спілкування з пацієнтами похилого та старечого віку.

Люди похилого віку погано переносять рамки звичайного стереотипу і важко пристосовуються до нових умов. Відомі випадки, коли люди похилого віку після госпіталізації, раніше добре орієнтовані, в незвичних умовах втрачають орієнтування у просторі та часі, і їх стан значно погіршувався, незважаючи на адекватне лікування.

Для пацієнтів похилого віку є характерним погіршення пам'яті. Вони добре пам'ятають минуле і живуть часто ним, не пам'ятають, що було напередодні. Медична сестра повинна бути уважною, тактовною, терплячою, відповідати на запитання хворої спокійно, пояснювати по декілька разів правила збирання матеріалу на лабораторні дослідження, підготовку до інструментальних досліджень тощо. Постійно нагадувати про необхідність прийому ліків, тому що пацієнти похилого віку часто забувають або уникають прийому призначених їм препаратів. Є ще категорія пацієнтів, які рахують таблетки, що їм видаються. А тому в разі заміни призначень хворій, необхідно їй роз'яснити про ці зміни.

Не слід звертатися до хворих "бабуся", тому що це є свідченням низької культури медичних

працівників. Необхідно звертатися до хворих по імені та по батькові, вони цього заслужили попередньою працею.

Особливості догляду за онкологічними хворими.

При догляді за онкологічними хворими перш за все може виникнути питання – чи не є хвора раком матки чи яєчників небезпечною для персоналу? На відміну від інфекційних захворювань злоякісні пухлини не заразні. Медичний персонал, що доглядає онкологічних хворих протягом багатьох років, хворіє цією хворобою не частіше від людей інших професій. Тому немає ніяких підстав боятися спілкування з хворими на рак. Догляд за ними не загрожує зараженням раковою пухлиною.

Чи слід повідомляти хворій точний діагноз? Чим більше хвора запевняє лікаря і медичну сестру в тому, що вона знає про свою хворобу і готова до неминучої загибелі, тим більше вона чекає від них спростування. Хворі не знають сучасних можливостей в лікуванні раку тієї чи іншої локалізації і тому всі випадки відносять до безнадійних. Це погіршує лікування, тому що хвора стає психічно неврівноваженою, дратівливою, можливі спроби самогубства. Тому доцільно в кожному випадку приховувати від хворої справжній діагноз і стадію хвороби. Слід представити її хворобу в завуальованому вигляді: новоутворення шийки матки, тумор яєчника, пухлиноподібне утворення, але ні в якому разі не рак чи саркома. В кожному випадку слід обговорити з лікарем відомості, які повідомляються хворій, в рамках, що вказані лікарем, відповідати на питання хворої. Бесіду з близькими родичами (чоловік, дорослі діти, батьки) проводить лікар. Навіть при погіршенні стану хвора повинна вірити в своє одужання і бути впевненою, що погіршення тимчасове.

Документи онкологічних хворих слід зберігати в шафах, що закриваються на ключ. Амбулаторна карта, історія хвороби, рентгенівські знімки, результати аналізів не повинні потрапити до рук хворої. Тому історію хвороби онкологічної хворої доставляє в різні кабінети медична сестра і забирає її назад. Виписні документи передають на руки родичам чи відсилають поштою в онкологічний диспансер за місцем проживання.

На руки хворій може бути видана справка без указання справжнього діагнозу.

У жінок дитородного віку довготривале непліддя, самовільні викидні, рецидивуючі запальні захворювання статевих органів можуть бути причиною виникнення депресивних станів, сформування почуття безнадійності, безперспективності, відчаю. В таких випадках доцільно наводити приклади досягнених успіхів в лікуванні існуючої патології з демонстрацією фотографій дітей, що народилися після проведеного лікування.

Значної витримки від медсестри потребує спілкування із жінками з виразним передменструальним синдромом і альгоменореєю у яких у другій половині менструального циклу або під час менструації виникає емоційна лабільність, підвищена подразливість, образливість, а інколи і агресивність.

Інколи жінки клімактеричний період порівнюють із старістю, розглядаючи в ньому загрозу своїй зовнішньої привабливості. Виникають строки незахищеності погіршення відносин з чоловіком, може з'явитись депресія, канцерофобія. Інколи такі хворі егоїстичні, їх подразнює молодість і гарний зовнішній вигляд медичної сестри. В таких випадках бажано за можливістю доручати догляд за хворими медичними сестрами старшого віку.

Думка деяких медсестер про те, що лікує тільки лікар, а вони виконують його призначення, є принципово помилковою. Дійсно, точність виконання лікарських призначень – головне завдання медсестри, але клінічна адекватність призначень в значній мірі залежить від настрою, із яким призначення виконувалось. Медсестра спілкується із хворою значно більший час, ніж лікар. Вона повинна першою інформувати лікаря про самопочуття і стан здоров'я пацієнтки, про характер реакцій організму хворої на призначення лікування.

Таким чином, медичні сестри поряд із лікарем безпосередньо несуть відповідальність за лікування хворих як повноправні учасники лікувального процесу.

Охорона прав пацієнта. Європейська нарада з приводу прав пацієнтів, проведена ВООЗ в Амстердамі в 1994 році, ухвалила декларацію про розвиток прав пацієнтів у Європі.

Згідно з Амстердамською декларацією, пацієнти мають право на отримання вичерпної інформації про:

- власне здоров'я, включаючи конкретні медичні дані;
- можливі медичні втручання, включаючи потенційний ризик і вірогідність їх ефективності;
- наявність альтернативних існуючих втручань, включаючи відмову від активних лікувальних дій (у цьому разі пацієнтка має бути обізнаною із наслідками такої відмови);
- діагноз і процес лікування.

Перебуваючи в лікувально-профілактичних закладах, пацієнти мають знати імена і професійний статус співробітників, які надають допомогу, а також необхідні відомості про правила і розпорядок конкретної лікарні чи санаторію.

За бажанням хворі можуть знайомитися з медичними картами, результатами лабораторних та інструментальних досліджень, з іншою документацією, що стосується діагнозу, лікування та догляду. Мають право на отримання копій виписок з цих документів. Про те право доступу до інформації не

поширюється про третю особу. Усі дані про стан здоров'я пацієнта (діагноз, прогноз, лікування) та інформація приватного характеру повинні зберігатися конфіденційно навіть після його смерті. Пацієнти мають право на ввічливе поводження при отриманні медичної допомоги. Якщо хвора переконана у порушенні власних прав, вона може подати відповідну скаргу.

Паралельно з можливостями судового розгляду на рівні закладів охорони здоров'я і на інших рівнях мають існувати незалежні механізми для полегшення порядку подання та розгляду скарг.

Слід підкреслити, що ненадання пацієнту права вибору лікаря і медичного закладу є найгрубішим порушенням прав людини.

Зазначені права пацієнта мають бути гарантовані всім людям без будь-якої дискримінації. Паралельно потрібно розширювати правову освіту населення і медичної спільноти, влаштовувати заходи з виховання культури у сфері охорони здоров'я та медичної допомоги.

III. Санітарно-гігієнічний і протиепідемічний режим в акушерському стаціонарі

Внутрішньолікарняні інфекції поряд із внутрішньоутробним інфікуванням розглядаються як джерело виникнення інфекційно-септичних захворювань новонароджених і септичних ускладнень післяпологового періоду. Ризик виникнення внутрішньолікарняної інфекції в акушерському стаціонарі пов'язаний із:

- зниженням індексу загального здоров'я молодих жінок;
- збільшенням кількості екстрагенітальної патології, хронічних запальних процесів статевих органів;
- широким розповсюдженням безконтрольного застосування в лікуванні антибіотиків;
- поширенням полірезистентних до антибіотиків внутрішньолікарняних штамів умовно-патогенних мікроорганізмів з високою вірулентністю і підвищеною стійкістю до дезінфектантів;
- збільшенням частоти оперативних втручань в родах;
- використанням терапевтичних засобів, пригнічуючих імунітет;
- порушенням санітарно-гігієнічного і протиепідемічного режимів стаціонару.

3.1. Асептика та антисептика в акушерстві

Антисептика і асептика в акушерстві надзвичайно важливі, тому що під час пологів, навіть якщо вони перебігають без ускладнень, піхва і шийка матки можуть бути травмованими, а плацентарний майданчик в порожнині матки являє собою раньову поверхню. При недотриманні правил асептики і антисептики під час пологів ці поверхні можуть стати вхідними воротами для різних мікроорганізмів-збудників післяпологових захворювань у породіль.

Асептика і антисептика є засобами попередження зараження ран і боротьби з поширенням інфекції. Обидва способи полягають у знезараженні всього, що стикається з тканинами організму.

Асептика – це система профілактичних заходів, направлених проти можливості попадання мікроорганізмів у рану, тканину, органи, порожнину тіла хворого при виконанні діагностичних і лікувальних маніпуляцій.

Асептика включає в себе:

1. Стерилізацію інструментів, матеріалів, приладів.
2. Спеціальну обробку рук медичного персоналу.
3. Дотримання особливих правил і прийомів роботи при виконанні операції та інших маніпуляцій.
4. Виконання спеціальних санітарно-гігієнічних і організаційних заходів у лікарських установах.

У 1890 році на X Міжнародному конгресі лікарів у Берліні Е. Бергманом був проголошений основний закон асептики: "Все, що приходить в доторкування з раною повинно бути вільне від бактерій".

У сучасній асептиці застосовуються фізичні фактори і хімічні речовини. Операційну білизну, халати, ватні кульки, серветки, тампони, гумові рукавички стерилізують в автоклавах. У сухожаровій шафі стерилізують інструменти. Миски для миття рук обпалюються. Металеві петлі для забору матеріалу пропалюються над вогнем. Проте одна асептика не в змозі забезпечити профілактику нагноєння ран. Необхідне комплексне застосування асептики і антисептики.

Антисептика – це комплекс лікувально-профілактичних заходів, направлених на знищення мікробів у рані, патологічному утворенні або організмі в цілому.

Багато лікарів ще в минулому прийшли до висновку про необхідність знезараження рани. З цією метою застосовували припікання розпеченим залізом, киплячим маслом, використовували оцет, мазі (Гіппократ, Уельс, Ібн-Сіна). В 1847 році І. Земмельвейс запропонував для знезараження рук акушерів використовувати розчин хлорного вапна. М.І. Пирогов застосував для знезараження ран при їх лікуванні настоянку йоду, розчин азотнокислого срібла.

Виникнення самого терміну "антисептика" і розвиток методів антисептики багато в чому пов'язані з ім'ям Луї Пастера, який у 1863 році довів, що процеси гноїння і бродіння обумовлені

інсеминацією і життєдіяльністю мікроорганізмів. І. Лістер переніс ідею Л. Пастера в хірургію і дав наукове обґрунтування нагноєнню ран, пояснюючи його попаданням і розвитком бактерій у рани.

У теперішній час антисептика розвинулась у важливий напрямок науки і є невід'ємною частиною хірургічного методу лікування.

Виділяють такі види антисептики: механічна, фізична, хімічна, біологічна, змішана.

Однією з найважливіших складових частин попередження і лікування раньової інфекції є механічне видалення пошкоджених і інфікованих тканин. Первинна хірургічна обробка рани – це один з видів *механічної* антисептики, що застосовується найбільш часто.

До *фізичної* антисептики слід віднести застосування гігроскопічної пов'язки, гіпертонічних розчинів з їх високим осмотичним тиском, дією світла, сухого тепла, ультразвука, ультрафіолетових променів та інших фізичних факторів.

Хімічна антисептика – застосування різних хімічних речовин, які мають бактерицидну або бактериостатичну дію.

Біологічна антисептика – це велика група препаратів, які діють безпосередньо на мікробну клітину або її токсини, чи впливають на макроорганізм. Сюди відносяться:

1. Антибіотики.
2. Бактеріофаги.
3. Антитоксини.

Слід відмітити, що більшість видів антисептиків по їх дії на мікробну флору важко звести до одного механізму. Крім того, для підвищення ефективності антимікробної дії широко використовується кілька видів антисептики – так звана змішана антисептика.

Антисептичні речовини повинні відповідати основним вимогам: бути не шкідливими для організму і знищувати мікроби.

Найчастіше в акушерстві застосовують: йод-спиртовий розчин 2-5-10%; етиловий спирт – 96-70-50 ; калію перманганат – водний розчин 1:6000 – 1:8000; фурацилін – водний розчин 1:5000 – 1:2000; хлоргексидина біклюконат 0,5-1,0-2,5% розчин; перекис водню – 3-6% розчин; хлорамін – 0,5-1,5% розчин; діоксид – водний розчин 1:5000; трійний розчин.

Для дезинфекції шкіри рук можна застосовувати етиловий спирт. Етиловий спирт повинен бути 70°, а не 96°. 96° спирт має менш ефективну дію, ніж 70°, тому що він дубить шкіру і закриває її пори. Щоб приготувати із 96° спирту 70°-й потрібно взяти 650 г спирту 96° і 335 г дистильованої води.

3.2. Профілактика інфекційних захворювань в акушерських стаціонарах (накази МОЗ СРСР № 691 від 28.12.1989 р. “О профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах” та МОЗ України №4 від 5.01.1996 р.)

3.2.1. Організаційні заходи

В акушерському стаціонарі створюється комісія на чолі з головним лікарем або замісником головного лікаря по лікувальній роботі, яка координує діяльність працівників закладу по профілактиці внутрішньолікарняної інфекції.

Безпосередньо у відділеннях організація конкретних санітарно-протиепідемічних міроприємств і контроль за їх виконанням покладається на завідуючих відділенням і старших акушерок (сестер). Не менше 2-х разів на рік завідуючі відділенням проводять заняття з лікарями, старші акушерки (сестри) – з середнім медичним персоналом по вивченню санітарно-протиепідемічних міроприємств зі складанням заліку і фіксацією дати його в санітарній книжці працівника.

Весь працюючий персонал повинен знаходитись на диспансерному обліку з метою своєчасного виявлення і лікування хронічних запальних захворювань носоглотки, шкіри, санації порожнини рота.

В пологовому залі лікарі, акушерки, медсестри працюють у масках, у відділеннях новонароджених маски використовують при проведенні інвазивних маніпуляцій (операція замінного переливання крові, пункція магістральних судин, люмбальна пункція та ін.).

Маски обов'язково необхідно носити у всіх відділеннях в несприятливий епідеміологічний період.

Акушерський стаціонар 2 рази на рік повинен закриватись для проведення планової дезинфекції, в тому числі 1 раз для косметичного ремонту приміщень. Поверхове закриття стаціонару категорично забороняється. Після косметичного ремонту і дезинфекції робота у відділенні розпочинається після проведення відповідного бактеріологічного контролю.

При наявності в стаціонарі умов (особисті пологові зали), бажанні подружньої пари та із врахуванням здоров'я жінки і її чоловіка, пологи можуть проводитися в присутності чоловіка. Перелік таких стаціонарів затверджується місцевими органами охорони здоров'я.

3.2.2. Правила утримання приймально-оглядових приміщень

Один раз на добу в приміщеннях приймально-оглядового відділення проводять прибирання з використанням дезінфікуючих засобів і двічі вологе прибирання з використанням миючих засобів (50г на 10л води).

Маркуюється прибиральний інвентар (окремі відра для прибирання кімнати-фільтра, оглядової кімнати, душової та туалету). Ганчірки для миття підлоги повинні знаходитись у відповідному маркірованому відрі. Всі ємкості повинні бути маркіровані олійною фарбою і використовуватись тільки за призначенням. До біксів повинні бути прив'язані бірки розміром 8 на 5 см із зазначенням дати стерилізації, вмісту біксу та прізвища виконавця стерилізації.

Обробку починають з кімнати-фільтра, потім виконують прибирання оглядової, душової, в останню чергу – санітарного вузла. Для виконання вологого прибирання або дезінфекції необхідно мати дві ємкості, які маркуються "1" і "2". Ємкість "1" наповнюють миючим або дезінфікуючим засобом; ємкість "2" – чистою водопровідною водою. Прибиральну ганчірку змочують в розчині ємкості "1" і ретельно протирають ділянку полу (2-3 м²). Потім ганчірку прополіскують в ємкості "2", віджимають, знову протирають, в ємкості "1" і миють нові ділянки поверхні. Воду в ємкості "2" міняють по мірі забруднення, а в ємкості "1" – після прибирання 60 м² площі.

Після вологого прибирання приміщення включають бактерицидні лампи на 30 хвилин.

Перед оглядом роділлі і після нього лікар і акушерка миють руки туалетним милом, двічі їх намилюють, після ополіскування водою руки витирають стерильною серветкою.

Після маніпуляцій, які призводять до забруднення рук, або огляду роділь, які поступають в обсерваційне відділення, руки обробляють стерильним тампоном, змоченим одним із наступних дезінфікуючих розчинів:

- 0,5% розчин хлоргексидина біглюконата в 70° етиловому спирті або 0,5% водний його розчин;
- 1% (по активному йоду) розчин йодопірона;
- 0,5% розчин хлораміну.

Після прийому кожної роділлі клейонку, кушетку, стіл, фартух акушерки протирають ганчіркою, змоченою в дезінфікуючому розчині, або орошають за допомогою обприскувача (типу "Росинка") із розрахунку 150 мл розчину на 1 м².

Паперові прокладки на унітаз після використання знищують, клейончасті – знезаражують, промивають і висушують.

Використану при прийомі роділь білизну збирають в бак із кришкою, в яку покладений поліетиленовий або бавовняно-паперовий мішок і транспортують в кімнату збирання забрудненої білизни.

Використаний при прийомі і обробці жінок інструментарій підлягає знезараженню одним із дезінфікуючих розчинів.

У кімнаті-фільтрі оцінюють загальний стан поступаючої жінки, вимірюють температуру тіла, оглядають шкірні покриви з використанням лампи-рефлектора, зіва за допомогою шпателя, підраховують пульс, вимірюють артеріальний тиск на обох руках. Лікар чи акушерка знайомляться з обмінною картою жінки, з'ясовують перенесені нею інфекційно-запальні захворювання до і під час теперішньої вагітності та особливо перед поступленням у пологовий будинок (відділення). З'ясовують наявність хронічних запальних захворювань, тривалість безводного проміжку, після чого вирішують питання про госпіталізацію до фізіологічного або обсерваційного акушерського відділення.

Після збору анамнезу, об'єктивного обстеження органів і систем, вимірювання маси та зросту вагітної або роділлі, її вкладають на кушетку вкриту стерильною пелюшкою. У неї вимірюють розміри тазу, окружність живота, висоту стояння дна матки над лоном, положення та передлеження плода, вислуховують і підраховують серцебиття плода (кількість ударів за 1 хвилину), виявляють наявність набряків, визначають групу крові, вміст Hb у крові, проводять пробу сечі на білок (при підтіканні навколоплідних вод сечу одержують катетером). Всі дані об'єктивного обстеження записують до історії пологів.

Після підстригання нігтів на руках та ногах, на ділянці пахвових впадин і статевих органів голять волосся, потім зовнішні статеві органи жінки обмивають з глечика розчином калію перманганату 1:10000. Роділлям роблять очисну клізму, використовуючи знезаражений кип'ятінням у воді (15 хв.) наконечник. Кружку Есмарха після використання занурюють у дезінфікуючий розчин у спеціально відведену маркіровану емальовану кастрюлю з кришкою. Поступаючим у відділення вагітним клізму не виконують.

Після гігієнічного душу жінці змащують соски грудних залоз 2% спиртовим розчином діамантового зеленого, нігті на руках та ногах обробляють розчином йодонату.

При підвищенні артеріального тиску, порушенні кровообігу, при наявності рубця на матці, кров'яних виділеннях із статевих органів лікар (акушерка) повинен вирішити питання про об'єм санітарної обробки і лікувальних міроприємств в оглядовій (наприклад: виконання наркозу, введення гіпотензивних, седативних та знеболюючих засобів при тяжких формах гестозу вагітних і т. д.).

З оглядової у супроводі медичного персоналу жінка переходить у пологовий блок або відділення патології вагітних, а при показаннях її транспортують на каталці обов'язково у супроводі

лікаря (акушерки).

Переведення жінки з відділення патології вагітних до полового відділення здійснюється обов'язково через приймальне відділення, де їй проводять повну санітарну обробку. При наявності умов для санітарної обробки у відділенні патології вагітних її виконують безпосередньо у відділенні.

3.2.3. Правила утримання пологового відділення

В передпологових палатах:

- 1) Суворо дотримується циклічність заповнення палат.
- 2) Вологе прибирання проводять не рідше 2 разів на день з використанням миючих розчинів; один раз на добу прибирання проводять з використанням дезінфікуючого методу "двох відер". після закінчення прибирання включають бактерицидні лампи на 30 хвилин з провітрюванням палат.
- 3) Не менше 3-х разів на добу здійснюють провітрювання палат.
- 4) Після переведення роділлі в пологовий зал, її постільну білизну збирають в бак із кришкою з вкладеним в нього клейончастим або поліетиленовим мішком, який відразу виносять в підсобне приміщення.

У передпологовій палаті чергова акушерка та черговий лікар постійно спостерігають за станом роділлі. Не рідше ніж через 2 години обов'язковий запис щоденника до історії пологів, у якому вказується загальний стан роділлі, скарги (головний біль, зміни зору і т. д.), артеріальний тиск на обох руках, пульс, характер пологової діяльності (тривалість перейм, інтервал між ними, сила та болючість перейм), положення передлеглої частини плода по відношенню до малого тазу матері, серцебиття плода (кількість ударів за 1 хв., ритм, характер серцебиття). При закінченні щоденника обов'язково слід зазначити підтікають чи не підтікають навколоплідні води, характер підтікаючих вод (світлі, зелені, з домішками крові і т. д.). кожен щоденник повинен бути підписаний лікарем (акушеркою).

Піхове дослідження обов'язково виконують при поступленні у відділення з попереднім взяттям аналізу вмісту піхви на флору. У прешому періоді пологів піхове дослідження слід виконувати не рідше ніж через 6 годин для того, щоб з'ясувати динаміку пологового акту, діагностувати відхилення від нормального перебігу пологів та своєчасно розпочати необхідні лікувальні заходи. При наявності відповідних показань (відходження навколоплідних вод, гіпоксія плоду, зміну стану жінки) піхові дослідження можна виконувати через будь-який проміжок часу. Піхові дослідження слід виконувати у спеціально відведеній для цього кімнаті (оглядовій) з дотриманням усіх правил асептики та антисептики. При наявності кров'яних виділень із статевих шляхів, коли є підозра на передлеження плаценти або її низьке розташування, піхове дослідження виконують при розгорнутій операційній.

Неприпустимо зберігання медичного інструментарію під стерильним простерадлом на столі. Весь інструментарій повинен бути у стерілізаторах або у біксах.

Перед переведенням у пологову палату у передпологовій роділлі виконують туалет зовнішніх статевих органів 0,02% розчином калію перманганату, каталку покривають знезараженою клейонкою та стерильною підкладною пелюшкою.

В пологовому залі:

При наявності одного пологового залу прийняття пологів здійснюється почергово на різних ліжках. Після закінчення пологів і переведення породіллі в післяпологове відділення ліжко для породіллі, обшиті клейонкою матрац, подушку та інше використане обладнання протирають ганчіркою, змоченою в дезінфікуючому розчині.

Прибирання з використанням дезінфікуючих засобів (знезараження підлоги, кранів, раковини, столів, ліжок для роділь та ін.) при відсутності пологів проводять 1 раз на добу. Потім на 30 хвилин включають бактерицидні лампи з наступним провітрюванням приміщення протягом 20 хвилин.

Не рідше 1 разу на 3 дні проводять прибирання за типом заключної дезінфекції, знезаражуючи все приміщення, на 60 хвилин включають бактерицидні лампи, потім провітрюють приміщення. Дату проведення такої дезінфекції фіксують у журналі, який зберігається у старшої акушерки відділення. При наявності двох пологових залів прийняття пологів здійснюється в кожному з них протягом доби почергово. У вільному проводять прибирання всього приміщення з використанням дезінфікуючого засобу. Після прибирання на 60 хвилин включають бактерицидні лампи.

В боксовому пологовому блоці кожні пологи ведуться в окремому боксі.

Прийняття пологів іде в усіх боксах почергово. Після пологів проводять прибирання за типом заключної дезінфекції.

Перед прийняттям пологів акушерка миє руки (як для хірургічної операції), одягає стерильний халат, капелюшок, маску, рукавички.

Новонародженого приймають у знезаражений, зігрітий і накритий стерильною пелюшкою лоток. Для первинної обробки новонародженого використовують стерильний індивідуальний комплект.

Перед обробкою новонародженого акушерка миє руки, двічі намилюючи їх милом. Після сповивання, зважування новонародженого, сповивальний стіл і важ знезаражують.

Після пологів лотки для приймання новонародженого і посліда промивають гарячою водою, знезаражують, висушують і складають внутрішньою стороною друг до друга. Наркозні маски, балони для відсмоктування слизу у новонародженого, грілки, міхури для льоду та інші предмети догляду промивають гарячою водою з милом і піддають знезараженню.

Плацентарна кров і міхури з льодом зберігають окремо в спеціальних холодильниках, посліди в холодильних камерах.

Білизну, використану в процесі приймання пологів, збирають в бак із включеним в нього клейончастим мішком; перев'язувальний матеріал кладуть в таз, завернутий в стерильну пелюшку або клейонку, таз дезінфікують і міняють після кожних пологів.

В пологовому відділенні повинна бути маркірована каталка для перевезення породіль. Після кожного використання каталку протирають ганчіркою, змоченою в дезінфікуючому розчині.

Прибирання допоміжних приміщень проводять не рідше 1 разу на день з використанням дезінфікуючого розчину, 1 раз на тиждень в цих приміщеннях проводять прибирання за типом заключної дезінфекції.

Підготовка до прийому пологів: акушерка достає з біксу за допомогою стерильного корнцангу стерильний індивідуальний комплект для пологів, розгортає його, потім кладе стерильну клейонку з біксу і підкладну з комплекту на ліжко для роділлі. Роділлю на каталці переводять з передпологової у пологову палату, знімають з неї рубашку, після чого надягають стерильну рубашку, платок чи косинку та бахіли. Для прийому пологів необхідно використовувати акушерський комплект одноразового використання.

Акушерка у фартуці з непромокаючого матеріалу, одним з прийнятих методів, миє руки перед прийомом пологів, як для хірургічної операції, одягає стерильну маску, стерильний халат і рукавички.

Після народження голівки дитини з верхніх дихальних шляхів новонародженого відсмоктують слиз за допомогою гумового балону. Новонародженого акушерка кладе на вкритий стерильною пелюшкою лоток, поставлений біля ніг матері. До відокремлення дитини від матері акушерка бере з розгорнутого пакету для первинної обробки новонародженого піпетку і за допомогою ватних тампонів (для кожного ока окремі), притримуючи повіки дитини закапує в очі, а дівчаткам у статеві органи, по 2-3 краплі 30% розчину сульфацилу натрію. Потім акушерка накладає один затискач на пуповину на відстані 10 см від пупкового кільця, другий затискач на відстані 8 см від пупкового кільця і третій – ближче до зовнішніх статевих органів жінки. Ділянку пуповини між першим та другим затискачами акушерка обробляє тампоном з 95 етиловим спиртом і розсікає ножицями. Зріз дитячої кульчи пуповини змащують 1% розчином йодонату. Далі акушерка показує дитину матері, звертає її увагу на стать дитини і вроджені аномалії розвитку, якщо вони є.

Акушерка випускає породіллі сечу катетером у лоток. Інший лоток підкладається під жінку і у нього опускають кінець пуповини, після чого переносять новонародженого у маніпуляційно-туалтну для новонароджених при пологовій кімнаті.

Жінкам загрозливим по кровотечі з профілактичною метою при прорізуванні голівки вводять внутрішньовенно повільно 1мл 0,02% розчину метилергометрину з 20мм 40% розчину глюкози. Якщо у пологах розпочато в/в крапельне введення окситоцину або простагландину, то слід продовжувати їх введення протягом 25-30 хв післяпологового періоду.

Жінкам, що багато народжували (5 пологів і більше) та наявності багатоводдя або багатоплідної вагітності, жінкам з великою кількістю абортів в анамнезі, а також тим, що мали кровотечі у післяпологовому періоді при попередніх пологах після переведення на пологове ліжко починають в/в крапельне введення 0,9% розчину натрію хлориду; крапельницю використовують на початку третього періоду пологів для введення скорочуючих матку засобів, а у випадку необхідності для переливання крові та кровозамінників.

Після відокремлення плаценти і виділення посліду з метою профілактики кровотечі всім породіллям кладуть на низ живота міхур з льодом на 25-30 хв. Гумові міхури з льодом зберігають у спеціальному холодильнику (окремо від донорської крові та послідів).

Лікар (акушерка) ретельно оглядає послід і ставить свій підпис в історії пологів у графі: – “Послід оглянуто”.

Всім жінкам після пологів необхідно виконувати огляд шийки матки у дзеркалах та зашивання пошкоджених м'яких пологових шляхів.

Після пологів породіллі повинні знаходитись під наглядом у пологовій залі не менше ніж 2 години.

Після кінцевої обробки новонародженого лікар (за його відсутністю акушерка) заповнює необхідні графи в історії пологів та історії розвитку новонародженого. В історії пологів зазначають дату і час народження дитини, стать дитини, його масу і зріст, народився “живий” чи “мертвий” і у якому положенні народився, записують оцінку стану дитини за шкалою Апгар через 1 хв і через 5 хв після пологів, відмічають тривалість безводного періоду, загальну тривалість пологів і по періодам, цілість і масу посліду, розміри плаценти, місце розриву оболонок, довжину пуповини, наявність обвиття пуповини або її аномалій, крововтрату в пологах. Відповідний запис про перебіг пологів робиться в історії пологів, а за відсутністю чергового педіатра і в історії розвитку новонародженого.

На першій сторінці історії родів повинен бути вказаний повний діагноз, всі ускладнення пологів, операції і особливі міроприємства.

Робота акушерки у дитячій кімнаті пологового блоку. Після виділення посліду акушерка переходить до дитячої кімнати, дістає стерильним корнцангом з біксу пакет для вторинної обробки пуповини і відкриває його. Потім миє руки під проточною водою щіткою з милом обробляє їх одним із шкірних антисептиків і виконує вторинну обробку пуповини, яку слід проводити методом Роговіна: за допомогою стерильної марлевої серветки віджимають пуповинний залишок від основи до периферії і протирають його марлевым шариком з 96 спиртом етиловим. Потім на пуповинний залишок насувають розкритий затискач з попередньо вложеною у нього скобкою так, щоб край скобки знаходився на відстані 3-4 мм від кожного краю пупочного кільця. Далі затискач змикають до повного замикання. Стерильними ножицями пуповину відсікають на відстані 3-5 мм від верхнього краю скобки. Поверхню зрізу, основу пуповини і шкіру кругом пупочного залишку обробляють паличкою з ватою змоченою розчином калію перманганату 5%. При резус-негативній крові у матері, ізосенсибілізації матері за системою АВО, об'ємній соковитій пуповині, коли важко накласти скобу, а також недоношеним дітям і новонародженим у тяжкому стані, коли судини пуповини можуть знадобитись для проведення повторної інфузійної та трансфузійної терапії, на пуповину слід накладати не скобку Роговіна, а шовкову лігатуру на відстані 3-4 см від пупкового кільця. У цьому випадку пуповину відсікають на 5 мм вище лігатури. Після обробки пупкового залишку 5% розчином калію перманганата на нього накладають марлеву пов'язку-трикутник.

Після обробки пуповини проводять первинну обробку шкіри: стерильним ватним тампоном, змоченим стерильною олією з індивідуального флакону, відкритого перед обробкою дитини, акушерка легкими рухами витирає з голови і тіла дитини кров, первородну змазку, слиз, меконій. Якщо дитина дуже забруднена меконієм її обмивають над тазом або раковиною під проточною теплою водою з дитячим милом і споліскують струменем теплої розчину калію перманганату 1:10000 (слаборозового кольору). Після обробки шкіри осушують стерильною пелюшкою. Потім зважують дитину, завернуту в іншу стерильну пелюшку, на лоткових вагах. Вагу пелюшки віднімають. Вимірювання зросту дитини виконують за допомогою стерильної стрічки. Зріст дитини вимірюють від потилиці до п'яточних бугрів, окружність голови – по лінії, яка проходить через лобні бугри і потилицю у ділянці малого тім'ячка; грудна клітка – по лінії сосків і пахвових впадин. Дитину залишають нещільно загорнутою на пеленальному столі. Акушерка дістає і розвертає пакет з браслетами і медальйоном (дотримуючись стерильності), обробляє шкірним антисептиком руки і пише на браслетах і медальйоні прізвище, ім'я, по-батькові матері, стать дитини, масу, зріст, час і дату народження. Після цього акушерка знов обробляє руки, прив'язує до рук дитини браслетки і сповиває її. Поверх пелюшки прив'язують медальйон і дитину розміщують в індивідуальне ліжко. За станом дитини ведуть постійне спостереження. Через дві години після народження дитини акушерка проводить вторинну профілактику гонобленореї.

При оформленні історії розвитку новонародженого її номер повинен відповідати номеру материнської історії пологів. У відповідних графах історії розвитку дитини ретельно відмічаються відомості про захворювання матері протягом вагітності по триместрам та перебіг пологів; тривалість 1-го і 2-го періодів пологів окремо, тривалість безводного проміжку; характер навколоплідних вод, медикаментозна терапія матері в пологах. При оперативному втручанні під час пологів вказують показання до нього, характер знеболення і оперативного втручання. Лікар дає розгорнуту оцінку стану дитини за шкалою Апгар. В історії розвитку новонародженого зазначають також показники маси і зросту дитини, окружності голови і плечового поясу, спосіб обробки пуповини. Вказують наявність гіпоксії плоду і асфіксії новонародженого і перераховуються заходи по реанімації новонародженого, надаються дані про виявлені особливості дитини вродженого характеру або виявлені за 2 години спостереження у пологовому відділенні. Робиться особлива відмітка (з вказанням годин) про профілактику гонобленореї 30% розчином сульфацила натрію, і при резус-конфлікті та наявності першої групи крові у матері – про взяття крові з пуповини на резус-належність, гемоглобін, білірубін, зазначається група крові дитини. При відсутності педіатра в історії розвитку новонародженого робиться два записи: про стан дитини при народженні і через дві години при переведенні її до відділення для новонароджених. При появі у новонароджених клініки дихальної недостатності в перші години після пологів дається оцінка стану дихальної функції новонароджених на момент переводу за шкалою Сільвермана.

3.2.4. Правила утримання післяпологового фізіологічного відділення

Палати післяпологового відділення заповнюють циклічно. За кожною попроділлю закріплюють ліжко, індивідуальне судно.

Чергову зміну натільної і постільної білизни породіллям проводять перед вологим прибиранням приміщення.

Використану білизну збирають в бак з вологим клейончатим або поліетиленовим мішком безпосередньо біля ліжка породіллі. Бак закривають кришкою.

Кожень день після третього годування новонароджених у палатах проводять прибирання з використанням дезінфікуючого засобу. Вранці і ввечері проводять вологе прибирання з використанням миючого засобу. Після прибирання або дезінфекції палати на 30 хвилин включають бактерицидні лампи, провітрюють приміщення.

Персонал, який працює в післяпологовому відділенні, після проведення різних маніпуляцій миє руки туалетним милом, двічі намилюючи їх і витирає особистим рушником. При необхідності медичний персонал обробляє руки з використанням дезінфікуючих розчинів.

При переведенні в обсерваційне відділення, також після виписки породіль в звільненому приміщенні проводять прибирання за типом заключної дезінфекції.

Після проведення прибирання на 60 хвилин включають ультрафіолетові лампи, а потім протирають всі об'єкти змоченою у водопровідній воді ганчіркою і вдруге включають на 30 хвилин бактерицидні лампи, провітрюють приміщення.

Післяпологові палати фізіологічного відділення повинні мати 50–55 % ліжок розрахункової кількості акушерських відділень пологового будинку. Необхідно мати резервні післяпологові палати, кількість ліжок у яких повинно складати 10% розрахункової кількості ліжок післяпологового відділення.

На одне материнське ліжко за санітарними нормами повинно припадати 7м² площі.

Ліжка і судна у післяпологовому відділенні маркують одними і тими самими номерами. Ліжко застилають постільними належностями безпосередньо перед переведенням породіллі з пологового блоку, а не задалегідь.

При заповненні палат післяпологового відділення необхідно дотримуватись суворої циклічності, одну палату дозволяється заповнити породіллями не більше 3 діб. Породіллі видають: рушник для рук і обличчя, рушник (пелюшку) для грудних залоз, пелюшку (клейонку) – підкладну для новонародженого на час його годування. Постільну білизну змінюють кожні 3 дні підкладні пелюшки для роділлі у перші 3 дні змінюють чотири рази на добу, далі – 2 рази на добу; рубашку, рушник, ліфчик змінюють щоденно, а підкладну з клейонки для новонародженого 2 рази на день, при використанні для цієї мети пелюшок їх змінюють перед кожним годуванням.

У теперешній час припускається виписка породіль на 5–6 добу після пологів, якщо мати і дитина знаходяться у гарному стані, мають задовільні побутові умови, живуть не на віддаленій дільниці від дитячої поліклініки і за умов забезпечення регулярного патронажа.

Туалет зовнішніх статевих органів роділлям, які знаходяться на постільному режимі, а також за наявності швів на промежені, виконує акушерка 3 рази на день. При туалеті породіль у післяпологових палатах, зміні постільної білизни, використану білизну збирають у спеціальний бак з щільно закритою кришкою і вкладеним у нього клейончатим мішком.

Здоровим породіллям дозволяють приймати душ на 3–4 день після пологового періоду.

У спеціально відведеному приміщенні або шафі в коридорі відділення зберігають запас добової кількості білизни. У палатах або коридорі відділення розміщують холодильники для зберігання продуктів породіль. Продукти у холодильнику слід зберігати у поліетиленових пакетах, у кожний пакет повинна бути вкладена записка із зазначенням прізвища жінки, номера палати та дати отримання передачі. Старша акушерка відділення 2 рази на тиждень перевіряє наявність і стан продуктів у холодильнику і згідно з встановленими строками зберігання тих чи інших продуктів, виконує чистку холодильника у присутності породіль.

Виписні кімнати: (окремі для породіль з фізіологічного та обсерваційного відділень) слід розташовувати разом з приміщенням для відвідувачів. Виписна кімната повинна мати двоє дверей (з післяпологового відділення та з приміщення для відвідувачів).

3.2.5. Правила утримання відділення неонатального догляду та лікування новонароджених

Палати новонароджених заповнюють циклічно протягом не більше 3-х діб. Дитячі ліжка в палатах слід розташовувати на відстані не менше 0,5 м одне від одного.

В палатах не рідше 3 рази на добу проводять вологе прибирання приміщення: 1 раз за добу (після третього годування) з використанням дезінфікуючого засобу; 2 рази (вранці або ввечері) – миючого розчину. після прибирання включають на 30 хвилин бактерицидні лампи і провітрюють приміщення.

Провітрювання і опромінення палат відкритими бактерицидними лампами проводять у відсутності дітей (під час їх годування). В присутності дітей можна використовувати тільки окремі бактерицидні лампи.

Протягом всього періоду перебування дітей в пологовому будинку при догляді за новонародженими використовують тільки стерильну білизну (пелюшки, сорочки, кофточка і т.д.).

Використані пелюшки збирають в клейончатий або поліетиленовий мішок, вкладений в бак з кришкою. Після закінчення сповивання всіх дітей, мішки з використаною білизною переносять в кімнату збору забрудненої білизни. Бак протирають ганчіркою, змоченою дезінфікуючим розчином.

Балончики, катетери, газовивідні трубки, клізми після кожного використання збирають в окремі

ємкості і піддають дезінфекції. Знезаражені предмети догляду за новонародженими зберігають в окремій маркірованій сухій стерильній тарі.

Очні піпетки, шпатели, інші інструменти підлягають стерилізації. При проведенні маніпуляції використовують стерильні ватні тампони, які зберігають в стерилізаційній коробці, в окремих укладках (по 20-25 шт.). Невикористані з укладки тампони в стерилізаційну коробку не вертаються, вони підлягають повторній стерилізації.

Стерильний пінцет (корнцанг), використаний для збирання знезаражених виробів медичного призначення, під час кожного сповивання зберігають в ємкості з 0,5% розчином хлораміну або 1% розчином хлоргексидину біглюконату; пінцет (корнцанг) і дезрозчин міняють один раз на добу.

Після виписки дітей постільні приладдя піддають камерній дезінфекції. В палаті (боксі) проводять заключну дезінфекцію. Після дезінфекції включають на 60 хвилин бактерицидні лампи, протирають всі поверхні змоченою в водопровідній воді ганчіркою і знову включають бактерицидні лампи на 60 хвилин, провітрюють приміщення.

Виписна кімната (кімнати) знаходиться біля дитячого відділення. Вона повинна мати вихід в хол акушерського стаціонару.

При одній виписній кімнаті спочатку проводять виписку дітей з фізіологічного відділення, а потім на другому сповивальному столі – із обсерваційного відділення. Після виписки всіх дітей в виписній кімнаті проводять дезінфекцію.

Організація роботи відділення неонатального догляду і лікування новонароджених. Палати для новонароджених виділяють у фізіологічному та обсерваційному відділеннях. Санітарна норма площі на одне ліжко новонародженого фізіологічного відділення складає 3м², в обсерваційному відділенні і у палатах для недоношених дітей і тих, що народились в асфіксії санітарна норма площі складає 4,5м² на одне ліжко дитини.

В обсерваційному відділенні знаходяться діти, які народилися у цьому відділенні, поступили у пологовий будинок з матір'ю після пологів, що пройшли поза стаціонаром, переведені через захворювання матері з фізіологічного післяпологового відділення, а також діти, які народились з тяжкими каліцтвами, проявами внутрішньоутробної інфекції і які народились з масою менше 1000 г. В обсерваційному відділенні для таких дітей виділяють окремий ізолятор на 1–3 ліжка. Переведення дітей, які захворіли, з ізолятора у дитячі лікарні здійснюється в наступні дні після уточнення діагнозу; новонароджені вагою менше 1000 г переводяться не раніше 7-ої доби життя.

Для дотримання циклічності дитячі палати повинні відповідати материнським, в одній палаті розміщують дітей одного і того самого віку (з різницею у строці народження до 3 діб).

Температура в палатах повинна підтримуватись у межах 22–24°C, а вологість повітря – 60% (постійно контролюється).

Зціжування молока у породіль при лактостазі організовує акушерка післяпологового відділення, використовуючи електромолоковідсмоктувач, який встановлюється у приміщенні післяпологового відділення. у цій же кімнаті встановлюють звичайний ультразвуковий апарат для профілактики лактостазу.

У відділення новонароджених лікарі–неонатологи проводять щоденний огляд дітей. У святкові та вихідні дні обхід неонатолога забезпечується за рахунок ковзного графіку їх роботи. У пологових будинках де працює один лікар–неонатолог, у вихідні, святкові дні і в нічні години огляд новонароджених здійснює черговий лікар акушер–гінеколог. При підозрі на захворювання або при погіршенні стану дитини, які потребують екстреного втручання черговий лікар акушер–гінеколог викликає лікаря–педіатра.

Перед початком роботи весь медичний персонал відділення новонароджених приймає душ і щоденно змінює медичний халат. Змінне взуття персоналу повинне добре протиратись 0,5% розчином хлораміну. Недопускається робота персоналу без панчох, шкарпеток і в тканинному взутті.

Перед сповиванням дітей лікар і медична сестра мийть руки щіткою з милом і дезінфікуючим розчином. Після кожної дитини руки мийть тільки з милом. При пелінанні дітей медична сестра надягає клейончатий фартух, який після кожної дитини протирають дезінфікуючим розчином. Для обхода лікаря на посту виділяють спеціальний халат. Рукава халатів у лікаря і медичної сестри повинні бути заковченими вище ліктя. У дитячих палатах забороняється працювати з довгими нігтями вкритими лаком, у каблучках та годинниках.

Кожна дитина при поступленні до відділення для новонароджених у перші 24 години життя знаходиться під інтенсивним наглядом медперсоналу. При прийомі дитини у палату медсестра звіряє документи (текст браслеток, медальйону і історії розвитку новонародженого), відмічається в історії розвитку новонародженого точний час прийому і особливості стану дитини (активний крик, наявність задишки, колір шкірних покривів) при поступленні у відділення; зважують дитину, записують його масу тіла і температуру тіла в історію розвитку новонародженого і розписуються про прийом дитини.

При раньому переводі дитини з пологової зали (в палату інтенсивного догляду за новонародженим, у відділення для недоношених, обсерваційне відділення) медсестра, через 2 години після народження, виконує вторинну профілактику гоноблінореї і розписується про це в історії розвитку новонародженого, для цього необхідно мати стерильні піпетки та ватні шарики. Якщо

дозволяє стан дитини, вона миє йому голову з милом під проточною водою. Шкіру обробляє стерильною вазеліновою або рослинною олією за допомогою ватного тампону. Шкірні складки дитини змащують розчином йоду спиртового 2%. Ділянку сідниць і пахові ділянки змащують таніновою маззю 2%, потім на дитину одягають легку розпашонку, підгузник (складена на кут пелюшка). У подальшому зміна розпашонок проводиться щоденно (при забрудненні – за потребою).

В осінньо-зимовий час дитину сповивають у ковдру або конверт з вкладеною у нього ковдрою, а у жарку пору року – тільки у пелюшки або конверт. Не припустимо застосування підкладних клейонок. Всі пелюшки, які використовують для новонароджених, повинні оброблятися в автоклавах. Їх замінюють по мірі забруднення і при сповиванні перед кожним годуванням. У доношених дітей голівку залишають не покритою. З другого дня доношених дітей сповивають з відкритими руками (вільне пеленання). У цьому випадку використовують розпашонки з зашитими рукавами.

Перші 3 дні щоденно, а далі – кожен третій день медсестра змащує складки шкіри розчином йоду спиртового 2%, а з 3-4-го дня і шкіру дитини біля нігтів. Очі і шкіру кругом рота медсестра обробляє розчином кислоти борної 2% перед кожним годуванням. Носові ходи і зовнішні слухові проходи прочищують тільки при необхідності стерильною ватою, скрученою джугутиком і змоченою у стерильній вазеліновій олії. Змащування таніновою маззю шкіри сідниць і пахових ділянок виконують при кожному сповиванні, використовуючи для цього одноразові стерильні дерев'яні шпателі.

У разі затримки виписки дитини за станом здоров'я матері новонародженому, за дозволом педіатра, після 5-6 доби життя організують щоденні купання з додаванням розчину калію перманганату 1:10000 (1 мл 5% розчину на 100 мл води).

Ведення пуповинного залишку здійснюється відкритим способом. Якщо при народженні на пуповинний залишок накладена пов'язка то лікар знімає її на 2-ий день життя новонародженого при огляді дитини. Пуповинний залишок і шкіру кругом нього щоденно обробляють спиртом етиловим 95 (марлевими тампонами), а потім розчином калію перманганату 5% (не торкаючись шкіри). Пуповину кожної дитини обробляють індивідуальною паличкою з ватою, яку зволожують у розчині калію перманганату 5% безпосередньо перед застосуванням. Якщо паличку з ватою занурити у розчин заздалегідь, то розчин калію перманганату по краям висихає і при цьому з'являються кришталіки, які при обробці пуповини потрапляють на шкіру і викликають опік шкірних покривів. Якщо пуповинний залишок "соковитий", погано муміфікується, то у перші дні при огляді лікар накладає в основі пуповинного залишку додаткову шовкову лігатуру, а медична сестра під час кожного пеленання обробляє пуповину розчином калію перманганату 5%.

При відпадині пуповинного залишку лікар, а за його відсутності медична сестра, обробляє пупочну ранку щоденно послідовно: перекинь водню 3% (капають пипеткою на ділянку рани, одночасно протираючи її паличкою з ватою), спиртом етиловим 95 (дістають зі спеціальної банки корнцангом марлевий тампон, беруть його за край рукою, іншим краєм тушують ранку) і розчином калію перманганату 5%, не торкаючись шкіри навкруг пупочного кільця. При надлишковому відділяемому з ранки на неї можна наложити стерильну пов'язку з гіпертонічним розчином.

По закінченні огляду новонародженого лікар-педіатр щоденно повідомляє матерям про стан дітей і проводить з ними санітарно-просвітницьку роботу. Щоденно у години, які встановлені адміністрацією, лікар-педіатр інформує родичів про стан дітей.

Годування дітей. При нормальних родах і фізіологічному стані новонародженого дозволяється прикладування дитини до грудей матері у пологовій залі через 15-20 хвилин після її народження.

При в'ялому смоктанні дитиною, відсутності позитивної динаміки маси тіла і при виписці новонародженого з пологового будинку обов'язково виконується контрольне зважування. При недостатності або відсутності грудного молока у матері застосовують слідуючі заходи: проводиться боротьба з гіпогалактією у матері і організація докорму новонародженого. Необхідну добову потребу дитини у грудному молоці у перший тиждень життя визначають за формулою А.Ф.Тура з розрахунку кількості днів життя дитини помноженому на 70 при вазі до 3200 г і помноженому на 80 при вазі більше 3200 г. Більш достовірну добову потребу у їжі дитини першого тижня можна розрахувати за формулою Г.І.Зайцевої, згідно з якою дитина у ранньому неонатальному періоді повинна отримувати за добу грудне молоко у кількості, рівній 2% від маси тіла при народженні, помноженому на день життя. Після 10 діб добова потреба дитини у молоці відповідає 1/5 маси її тіла.

Кількість їжі, необхідна недоношеній дитині, визначають з урахуванням її індивідуальної особливості. Звичайно у першу добу життя недоношена дитина повинна отримати на годування 5-10 мл їжі, на другий день – 10-15 мл, на третій – 15-20 мл. Напротязі послідуєщих днів добовий об'єм їжі недоношеній дитині можна визначати по формулі Роммеля: $n+10$ на кожні 100 г маси тіла дитини, де n – кількість діб життя. Після 10-ї доби добовий об'єм їжі повинен наблизитись до 1/5 ваги тіла дитини.

Більш вірний розрахунок їжі недоношених дітей слід проводити виходячи з калорійного коефіцієнту (необхідна кількість калорій на кожен кг маси тіла на добу). У перші 3 дні життя калорійний коефіцієнт складає 30-60 Ккал/кг, до 7-8 дня 70-80 Ккал/кг, до 10-14 – 100-120 Ккал/кг, в один місяць – 135-140 Ккал/кг.

Протитуберкульозна вакцинація дітей.

Первинну вакцинацію здорових доношених дітей виконують на 3-7 добу життя. Вакцину БЦЖ

застосовують внутрішньошкірно у дозі 0,05 мг у об'ємі 0,1 мл розчинника. Вакцинацію новонароджених виконують у ранкові години безпосередньо у палаті новонароджених після огляду дітей лікарем-педіатром. В історії розвитку новонародженого лікар відмічає відсутність протипоказань до вакцинації, а процедурна медична сестра вказує дату вакцинації і серію вакцини. Вакцинацію новонароджених виконує медична сестра навчена у туберкульозному диспансері вакцинації і яка отримала допуск до роботи.

При виписці дитини з пологового будинку дані про вакцинацію заносять в обмінну карту; кожну матір попереджують, що у місці введення вакцини у дитини через 4-6 тижнів може з'явитись папула, везикула чи пуста розміром 5-10 мм у діаметрі, обробка якої протипоказана. Зникає реакція на введення вакцини протягом 2-3 місяців, іноді пізніше. Контроль за станом дитини повинен виконувати тільки лікар-педіатр.

Виписка дітей з відділення новонароджених.

При неускладненому перебігу післяпологового періоду у породіль і раннього неонатального періоду у новонародженого, при відпавшій пуповині і гарному стані пупочної ранки, позитивній динаміці маси тіла дитини і за умов вірного і своєчасного патронажу, мати з дитиною можуть бути виписані на 5-6 добу після пологів.

У виписній кімнаті медична сестра відділення новонароджених сповиває дитину у принесену домашню білизну, навчає матір сповивати, звертає її увагу на запис прізвища, імені та по-батькові на браслетках і медальйоні, стан шкірних покривів і слизових дитини, розповідає ще раз про особливості догляду за новонародженими у домашніх умовах. В історії розвитку новонародженого медична сестра відмічає час виписки з пологового будинку і стан шкірних покривів і слизових, ознайомлює матір з записами. Запис завіряється підписами медичної сестри і матері.

Медична сестра видає матері медичне свідоцтво про народження (ф. 103/у) і обмінну картку пологового будинку (пологового відділення лікарні) – ф. 113/у зі свідоцтвом про народження.

Для дотримання необхідного взаємозв'язку в обслуговуванні новонародженого між пологовим будинком і дитячою поліклінікою лікар-педіатр пологового будинку зобов'язаний відмітити в обмінній картці головні відомості про матір: стан її здоров'я, особливості перебігу вагітності і пологів, оперативні втручання, оцінка новонародженого за шкалою Апгар, заходи які проводились у пологовій залі. В обмінній картці відмічають також особливості перебігу раннього неонатального періоду: час відпадання пуповини і стан пупочної ранки, вагу, стан на момент народження і при виписці. Дата вакцинації і серія вакцини БЦЖ (якщо не робили – обгрунтування), дані лабораторних та інших методів обстеження.

У випадку несумісності крові матері і новонародженого за резус-належністю або за АВО системою в обмінній картці вказують резус-належність, групу крові матері і дитини і показники крові у динаміці. При гіпогалакції у матері, про це вказують в обмінній картці, дають рецепт на донорське молоко для дитини. У випадку асфіксії, пологової травми, захворюванні дитини в обмінній картці вказують не тільки діагноз, дані обстеження дитини і проведенне лікування, а й рекомендації про подальше ведення дитини, вигодовуванню, проведенню лікувальних заходів.

Поряд з обмінною карткою, яку видають матері, старша медична сестра відділення новонароджених повідомляє в день виписки дитини по телефону у дитячу поліклініку за місцем проживання (крім іногородніх) головні дані про виписану дитину для проведення більш швидкого першого патронажу на дому і відмічають у журналі відділення для новонароджених дітей дату виписки і прізвище співробітника поліклініки, який прийняв телефонограму.

Виписку новонароджених бажано робити у святковій обстановці. Необхідно забезпечити молоду маму брошюрами і рекомендаціями по догляду, годуванню, вихованню новонародженого. Переодягання новонародженого виконують на сповивальному столику. Не можна використовувати для виписки породіль прийомні приміщення акушерських відділень.

3.2.6. Правила утримання обсерваційного відділення

Обладнання та організація роботи обсерваційного відділення повинні відповідати головним принципам фізіологічного відділення. палати для вагітних і породіль в обсерваційному відділенні, по можливості, повинні бути профільованими. Не припустимо розміщення вагітних жінок і породіль в одній палаті.

При народженні дітей з аномаліями розвитку, недоношених, з ознаками внутрішньоутробної інфекції, у випадку родів мертвим плодом, а також при наявності у матері хронічних або гострих запальних захворювань наприкінці вагітності та у пологах, довготривалому безводному проміжку (більше 12 годин) послід направляють на морфологічне обстеження.

Прибирання палат відділення проводять не рідше трьох разів на добу, при цьому 1 раз (вранці) – з використанням 0,5% миючого розчину, а після третього і п'ятого годування – з використанням дезінфікуючих розчинів і послідуочим бактерицидним опроміненням. Один раз в 7 днів з використанням деззасобів проводять прибирання приміщень та всіх об'єктів палати і стін на висоту 2 м. Прибирання приміщень проводять за типом заключної дезінфекції, постільні приладдя піддають

камерній дезінфекції, в палаті проводять знезараження всіх об'єктів, протираючи або орошаючи їх дезінфікуючим розчином. Після проведення прибирання на 60 хв. включають ультрафіолетові лампи, а потім протирають всі об'єкти змоченою в водопровідній воді ганчіркою і вдруге включають на 30 хв. бактерицидні лампи, провітрюють приміщення.

При переході в обсерваційне відділення медичний персонал змінює халат, взуття (або надіває бахіли). Для цього біля входу знаходиться вішалка з чистими халатами, ємність з взуттям або бахілами.

Відділення патології вагітних: повинно складати не менше 30% розрахункової кількості акушерських ліжок пологового будинку до повного задоволення потреби в них.

Планування відділення патології вагітних повинне передбачити можливість транспортування вагітних у пологове фізіологічне і обсерваційне відділення (минаючи інші відділення пологового будинку через приймальне відділення), а також вихід для вагітних з відділення на вулицю.

Усім вагітним жінкам у день поступлення повинно бути виконано піхове дослідження з обов'язковим оглядом шийки-матки за допомогою дзеркал і взяттям мазків на флору з уретри, цервікального каналу і піхви. При підозрі на передлежання плаценти піхове дослідження виконують при розгорнутій операційній.

Згідно з діючими нормативними документами головним лікарем пологового будинку розробляються і затверджуються посадові інструкції про роботу кожного лікаря, середнього і молодшого медичного персоналу, а також режим дня роботи кожного відділення.

3.2.7. Особиста гігієна працівників пологових будинків

Медичні працівники пологових будинків зобов'язані дотримуватися усіх правил асептики і антисептики, а також правил особистої гігієни. До роботи допускаються лише здорові люди, які пройшли загальне медичне обстеження та двічі на рік – бактеріологічне обстеження на патогенний стафілокок з передніх відділів носа. Носії патогенної мікрофлори підлягають санації. Перед проведенням санації носії проходять обов'язкову консультацію у спеціалістів отолярингологів, тому що дехто страждає алергічними або хронічними захворюваннями верхніх дихальних шляхів, тонзилітами і т. д., що потребують обов'язкового спеціального лікування.

При підвищенні температури тіла, ангіні, гнійничкових ураженнях шкіри, контакті з інфекційними хворими працівники пологового будинку не допускаються до прийому пологів і обслуговування новонароджених.

При наявності на руках ран, гнійників, екземи робота в пологовому будинку забороняється. Перед початком роботи черговий персонал повинен прийняти гігієнічний душ і одягти чистий спеціальний одяг, а потім свіжий халат і шапочку, яка повністю прикриває волосся. При роботі в пологовому, операційному блоці і палатах новонароджених обов'язковим є носіння марлевих масок.

3.3 Проблеми внутрішньолікарняної інфекції

Внутрішньолікарняною (назокаміальною, госпітальною) інфекцією називають захворювання мікробної етіології, пов'язані із знаходженням, лікуванням, обстеженням або зверненням людини за медичною допомогою в лікувально-профілактичні заклади (ЛПЗ).

Внутрішньолікарняна інфекція може виявитись як в період перебування в ЛПЗ, так і після виписки з нього. В останньому випадку питання належності захворювання до внутрішньолікарняних вирішується комісійно. Такі інфекції різноманітні за своїми клінічними проявами і можуть перебігати як у вигляді локалізованих форм, так і у вигляді генералізованих септичних процесів.

Профілактика внутрішньолікарняної інфекції не лише на Україні, а й у всіх країнах світу є актуальною проблемою охорони здоров'я як в медичному, так і в соціальному і економічному аспектах. За останні 10 років, по даним ВООЗ, реєструється значно більше випадків внутрішньолікарняної інфекції. Внутрішньолікарняна інфекція – це інфекція, якої не було у хворої під час її госпіталізації і яка розвинулась після її госпіталізації.

По визначенню ВООЗ, внутрішньолікарняна інфекція – це будь-яке клінічно розпізнаване інфекційне захворювання, яке вражає хвору внаслідок її поступлення в лікарню чи звернення в неї за лікувальною допомогою, або інфекційне захворювання співробітників внаслідок його роботи в цьому закладі.

Серед факторів, що сприяють збільшенню розповсюдження внутрішньолікарняних інфекцій, можна відмітити наступні: впровадження нових (пошкоджуючих або проникаючих) діагностичних і лікувальних маніпуляцій, вживання лікарських засобів (імунодепресанти), що пригнічують імунітет, а також антибіотиків, що призводять до появи резистентних штамів мікроорганізмів. Крім того, серед госпіталізованих жінок збільшилась кількість інфікованих, з екстрагенітальною патологією, анемією, ослаблених іншими хронічними захворюваннями. Як і раніше слід враховувати і такі фактори як санітарний стан лікувальних закладів, гігієнічна культура як хворих так і персоналу, ефективність дезінфекційних заходів і стерилізації, стан харчоблоку і водопостачання.

Важливу роль в профілактиці внутрішньолікарняних інфекцій відіграє сестринський персонал. Контроль за внутрішньолікарняними інфекціями здійснюють різні спеціалісти, в тому числі лікарі, епідеміологи, фармацевти, в той же час як в багатьох країнах цей аспект діяльності (інфекційний контроль) доручений іменню спеціалістам з числа сестринського персоналу.

Нинішня епідемія синдрому набутого імунodefіциту (СНІД), що визивається специфічним вірусом (ВІЛ), поставила перед сестрами, що здійснюють інфекційний контроль, задачу розробити системи ізоляції, що перешкоджають розповсюдженню цієї та інших, часто не розпізнаних інфекцій в лікувальних закладах і суспільстві. Саме спеціалістами, що займаються інфекційним контролем, розроблені загальні (універсальні) застережні засоби при контакті зі всіма біологічними рідинами.

Інфекційний процес

При описуванні інфекційного процесу використовують цілий ряд слідуючих визначень.

Патогенний фактор – мікроорганізм або продукт його життєдіяльності, а також сукупність соціально-економічних умов, що впливають на інфікований макроорганізм і здатний викликати інфекційну хворобу.

Патогенність – закріплена генетично потенційна здатність мікроорганізму даного виду викликати визначені інфекційні захворювання.

Інвазивність – здатність мікроорганізму проникати в тканини і органи макроорганізму і розповсюджуватись в них.

Інвазія – процес проникнення мікроорганізмів в тканини і органи макроорганізму.

Токсигенність – здатність мікроорганізму виробляти і виділяти токсини.

Патогенний мікроорганізм – вид збудника, що викликає розвиток інфекційного процесу.

Умовно-патогенний мікроорганізм – вид збудника, що викликає розвиток інфекційного процесу тільки при деяких умовах зовнішнього і (або) внутрішнього середовища макроорганізму.

Нормальна флора (людини) – біологічно сформована сукупність багатьох непатогенних і умовно-патогенних видів мікроорганізмів, що постійно знаходяться в різних середовищах здорового макроорганізму (в виді симбіозу).

Інфікування (зовнішнього середовища) – присутність патогенних мікроорганізмів в різних субстанціях і на предметах зовнішнього середовища.

Інкубаційний період – проміжок часу від моменту проникнення збудника в макроорганізм до появи перших клінічних симптомів захворювання.

Інфекція (інфекційний процес) - складний процес взаємодії збудника і макроорганізму в визначених умовах зовнішнього і внутрішнього середовища, що включає в себе патологічні захисно-приспособувальні і компенсаторні реакції, що розвиваються.

Явна (маніфестна) форма інфекції – різновидність інфекційного процесу, що проявляються замітними клініко-лабораторними ознаками.

Неявна (латентна, субклінічна) форма інфекції – різновидність інфекційного процесу, що перебігає приховано, без скільки-небудь виражених клініко-лабораторних проявлень.

Типова форма інфекції – різновидність інфекційного процесу, що проявляється типовими для даної хвороби клініко-лабораторними ознаками і перебігає в явній, або в неявній (латентній) формі.

Гостра форма інфекції – інфекційний процес, що характеризується швидким перебігом (як правило маніфестним) і бурхливою реакцією макроорганізму з формуванням в тій чи іншій мірі вираженою несприйнятливостю до повторного зараження.

Хронічна форма інфекції – інфекційний процес, що характеризується тривалим перебуванням збудника в макроорганізмі, великою частотою латентних або атипічних форм хвороби, порушеної реакції макроорганізму на дію збудника і схильністю до хвилеподібного протікання з періодичними загостреннями та ремісіями.

Місцева (локальна) форма інфекції – різновидність інфекційного процесу, що проникає на обмеженій частині тканини (органа) макроорганізму і не має системних проявів.

Загальна (генералізована) форма інфекції – різновидність інфекційного процесу, що характеризується наявністю явних клінічних ознак системності ураження.

Носійство – довготривале існування патогенних або умовно-патогенних мікроорганізмів в тканинах або органах макроорганізму, що не призводить до розвитку інфекційного процесу.

Реінфекція – повторне інфекційне захворювання, що розвивається внаслідок дії того ж збудника.

Суперінфекція – реінфекція, що розвивається ще до ліквідації первинної хвороби.

Інфекційний процес являє собою сутність інфекційної хвороби. Інфекційна хвороба – це крайня ступінь розвитку інфекційного процесу. Для вірної організації профілактичних мір і контролю важливо розуміти суть інфекційного процесу. Всі інфекційні хвороби являються наслідком послідовних подій. Найчастіше резервуар збудника (агента), що викликав спалах інфекції, виявляється не одразу, а в деяких випадках зовсім не виявляється. Але якщо інфекційний процес добре вивчений можна використати ефективні міри контролю, що забезпечують інфекційну безпеку лікувальних закладів навіть в тих випадках коли джерело (резервуар) збудника хвороби невідомий.

Як тільки збудник хвороби кидає резервуар (джерело інфекції), йому потрібний спосіб (шлях) передачі або розповсюдження.

Способи передачі інфекції слідуючі:

1. Контактний:
 - прямий (від джерела до хазяїна);
 - непрямий, через проміжний об'єкт (руки, катетери, інструментарій та ін.);
 - крапливий.
2. Повітряно-крапливий.
3. Трансмисивний:
 - перенос через носія (їжа, вода, продукти крові, мазі, фізіологічний розчин та ін.);
 - перенос через живого переносчика (звичайні комахи та ін.).

Взаємодія інфекційного агента і людини необов'язково і далеко не завжди призводить до виникнення захворювання, і інфікованість ще не означає появу хвороби. Розвиток інфекційної хвороби як етапу інфекційного процесу залежить як від дози, патогенності, вірулентності, інвазивності і токсигенності збудника, так і від сприйнятливості людини до інфекції. Здорова людина, як правило, стійка до інфекції. Однак, коли порушуються основні механізми біологічного захисту людини, збудник інфекції отримує кращу можливість визвати інфекційне захворювання.

Найчастіше післяпологові інфекції зумовлені зниженням або дезорганізацією факторів імунітету внаслідок вагітності або пологів. Також мають значення фактори, що сприяють розвитку інфекції: анемія, гестози, кровотечі, оперативне розродження, особливо кесарів розтин, дефекти плаценти. Окрім перелічених факторів розповсюдженню внутрішньолікарняної інфекції сприяють великі багатопверхові лікарняні комплекси, коли на відносно невеликій площі концентрується велика кількість ослаблених людей і близьких, що їх відвідують, а також велика кількість персоналу. Все це призводить до того, що резервуаром інфекції стає зовнішнє середовище, поки ніде не зареєстроване як офіційне джерело інфекції.

З моменту проникнення збудника в організм людини до появи клінічних симптомів проходить деякий час, що отримав назву *інкубаційного періоду*. Але вже в цей час може спостерігатись цілий ряд специфічних і загальних симптомів, хоч точні ознаки захворювання будуть залежати від виду збудника і від локалізації інфекції. Слідуючий за інкубаційним *продромальний період* супроводжується такими ознаками, як нездужання, головний біль, розбитість, розлад сну, зниження апетиту, іноді незначне підвищення температури. Вже ці ознаки повинні заставити сестру запідозрити наявність інфекції, навіть якщо збудник невідомий.

Сестринський персонал повинен знати про проблему внутрішньолікарняної інфекції, їх вплив на перебіг захворювань, смертність, ріст фінансових розходів, а також можливі юридичні проблеми. Крім того йому повинно бути відомо і про інфекції, що найбільш часто зустрічаються, розповсюджених збудниках, способах передачі цих інфекцій, факторах, що сприяють до внутрішньолікарняних інфекцій, про те, як розпізнати групу ризику, про міри профілактики і контролю, необхідні для зниження числа внутрішньолікарняних інфекцій.

Найбільш схильні до внутрішньолікарняної інфекції є пацієнти рододопомоючих закладів, в той же час кількість внутрішньолікарняних інфекцій відрізняється в різних типах стаціонарів, і це можливо пояснити потужністю лікувальних закладів, тяжкістю захворювань пацієнтів, їх сприйнятливістю до інфекції, кількістю персоналу, що контактує з пацієнтами, а також дотриманням правил асептики при виконанні лікувально-діагностичних маніпуляцій. Найбільший ризик розвитку внутрішньолікарняної інфекції спостерігається у пацієнтки, що страждає тяжким хронічним захворюванням, що довго знаходилась в стаціонарі і має самий прямий контакт з різними співробітниками лікувального закладу (лікарі, сестри, лаборанти, студенти, санітарки). Ці фактори мають значення при виникненні внутрішньолікарняної інфекції в різних лікувальних закладах, а також різних інфекційних захворювань в одному і тому ж закладі.

Слід особливо відмітити проблему бактеріоносійства персоналу. При цьому має значення виділення збудника не лише з носоглотки і сечовивідних шляхів, а також із піхви і прямої кишки. Персонал нерідко є носієм золотистого стафілокока (причому чоловіки є носіями в 10 разів частіше ніж жінки). Стафілококи постійно присутні на шкірі (частіше кистей рук, пахових ділянок, волосистої частини голови).

На думку ряду дослідників, основна частина бактерій попадає в повітря операційних, перев'язочних не з носоглотки, а з поверхні шкіри персоналу. Дослідження показують, що за останні роки значно змінилась структура збудників внутрішньолікарняних інфекцій. Так, якщо раніше основним збудником вважався золотистий стафілокок, то тепер грамнегативні умовно-патогенні мікроорганізми (протей, синьогнійна паличка, клебсієла, цитобактер та ін.). Ці мікроорганізми мають властивість існувати і розмножуватись в умовах мінімальної кількості поживних речовин (раковини, розчини лікарських препаратів, мазі, фізіологічний розчин).

Забруднення рук персоналу відбувається не лише при контакті з хворою, але і при роботі з предметами медичного призначення і прибиральним інвентарем. По даним літератури, в 40%

випадків розвитку інфекції, викликаний грамнегативною флорою, зв'язаний з наявністю цих мікроорганізмів на руках персоналу, причому частіше всього представників ентеробактерій.

Досить часто хвора, що поступила в лікувальний заклад в зв'язку з якою-небудь інфекцією, під час перебування у відділенні може придбати суперінфекцію, що викликана іншим патогенним фактором. Часто ця суперінфекція зв'язана з більш вірулентним і стійким до лікарських засобів мікроорганізмом. Таким чином, інфекція може виникнути як вторинно по відношенню до вже існуючої інфекції або до основного захворювання.

Вище вже згадувалось, що одним з факторів, що збільшують сприйнятливості хворої до інфекції є зміни нормальної флори тіла, що настає внаслідок ослаблення імунітету, або у хворих, що тривалий час отримували антибіотики. У цієї категорії патогенним фактором може бути дріждеподібний грибок (кандидоз), що вражає порожнину рота (стоматит) і піхви (вагініт).

Не менш часті післяін'єкційні ускладнення – інфільтрат і абсцес. Причому причиною абсцесів є:

- 1) забруднені (інфіковані) руками сестринського персоналу шприці і голки;
- 2) забруднені (інфіковані) лікарські розчини (інфікування настає при введенні голки через забруднену пробку флакона);
- 3) порушення правил обробки рук персоналу і шкіри хворого в області місця ін'єкції;
- 4) недостатня довжина голки для внутрішньом'язової ін'єкції.

Із всього наведеного стає ясно що в лікувальному закладі існує багато потенційних джерел інфекції: хворі, персонал, відвідувачі, апаратура, інструменти, білизна і т.п. Хворі можуть бути інфіковані патогенними факторами як із зовнішнього середовища, так і своїми особистими в випадку серйозного ослаблення імунітету. Буквально любий мікроорганізм може стати потенційним збудником в імуноослабленому організмі хворої. Більшість цих збудників існує в зовнішньому оточенні хворої і попадає в її організм шляхом прямого контакту або шляхом контакту з забрудненим матеріалом. В багатьох випадках внутрішньолікарняної інфекції можливо було б запобігти неухильним виконанням правил асептики при догляді за хворими і при виконанні лікувально-діагностичних процедур.

В кожному лікувально-профілактичному закладі створюється постійно діюча комісія під головуванням замісника головного лікаря по медичній частині для координації організації і проведення комплексу санітарно-гігієнічних міроприємств по профілактиці внутрішньолікарняних інфекцій. Ця комісія не рідше одного разу в квартал проводить аналіз санітарно-гігієнічної обстановки в лікувально-профілактичному закладі; крім цього проводить епідеміологічне розслідування кожного випадку виникнення гнійно-септичних ускладнень, що виникли в стаціонарі.

3.4 TORCH - інфекції вагітних.

В останні роки значно зросла перинатальна патологія, вроджені аномалії розвитку і смертність серед новонароджених і дітей раннього віку внаслідок внутрішньоутробного інфікування.

Більшість збудників вірусної та бактеріальної природи можуть тривалий час перебувати в організмі людини, формуючи хронічні осередки інфекції з їх періодичною активацією, що призводить до широкого спектра клінічної симптоматики. Успішне лікування вірусних та бактеріальних захворювань неможливо без сучасної та кваліфікаційної діагностики. Використання сучасних діагностичних прийомів дає змогу проводити як ранню діагностику патологічних процесів, так і знижувати дитячу смертність, допомагає розв'язанню проблем народжуваності та формуванню здорового покоління.

В 1971 році з безлічі інфекційних захворювань була виділена група вірусних, бактеріальних і інших інфекцій, які при різноманітності структурних і біологічних властивостей визивають у дітей подібні клінічні прояви, а згодом і стійкі структурні дефекти багатьох систем і органів і особливо ЦНС. Для позначення цієї групи була запропонована абревіатура TORCH - комплекс: Т - токсоплазмоз, О - others, R- рубелла, (краснуха), С - цитомегаловірусна інфекція, Н - герпесвірусна інфекція.

Інфекції, що зумовлюють внутрішньоутробні ураження плоду, об'єднані до групи "TORCH - комплекс" і включають такі інфекції, як токсоплазмоз, червону висипку, цитомегаловірус, герпес, вірусні гепатити тощо. Особливістю цих інфекцій є те, що вони передаються не тільки "вертикально" (від матері до плоду), а й "горизонтально" (статевим партнерам).

Роль вірусів герпесу, цитомегалії, мікоплазмової та хламідійної урогенітальних інфекцій зросла не тільки в патології сечостатевих органів чоловіків, жінок, дітей, але й у патології плода і новонародженого.

Джерелом зараження плода і дитини є вагітна жінка, породілля або мати. Від вагітної інфекції передаються гематогенним шляхом – трансплацентарно або в період пологів під час проходження дитиною інфікованих пологових шляхів. Ці ж інфекції можуть уразити плід висхідним шляхом, коли збудники проходять природі бар'єри. При цьому зараження відбувається при аспірації чи заковтуванні інфікованих навколоплодових вод або гематогенним шляхом – при ураженні збудниками плаценти чи пупкового канатика. Після пологів інфекція від хворої матері передається дитині через пошкоджену шкіру чи слизові оболонки, при грудному годуванні інфікованим молоком чи переливанні крові. Усі

інфекції у хворій жінки реєструються як у гострій, так і хронічній формах. Гостра форма інфекцій може перебігати з типовою клінічною картиною, що відмічається відносно рідко (не більше 20-30%). Найчастіше ж спостерігаються стерті чи латентні форми. При стертих формах, котрі звичайно діагностуються як гострі респіраторні захворювання невизначеної етіології, може бути субфебрильна температура, іноді тривала, чи короткочасна висока, невеликий висип типу алергічного, нездужання, іноді лімфаденіт. Латентна форма буває, як правило, безсимптомною. Але в якій би формі первинна інфекція не перебігала у вагітної, вона завжди дуже небезпечна для плода. При цьому плід уражається збудником захворювання, як безпосередньо, так і опосередковано через ушкоджену плаценту.

Хронічна форма захворювання може загостритися в будь-який період гестації, при зниженні імунітету у жінки. Це може статися при різних захворюваннях (особливо при інфекціях групи TORCH), а також при стресах, перевантаженнях, при вагітності, навіть без ускладнень, білковому голодуванні, авітамінозах і інших несприятливих факторах, у тому числі екологічних.

На відміну від гострої інфекції, при рецидивах хронічного процесу ураження плода збудником спостерігається значно рідше і в меншому ступені. Це пояснюється як наявністю специфічних протитіл до збудника, які захищають плід, так і значно меншою кількістю циркулюючого збудника. Але хронічна інфекція і без загострення, тобто без проникнення збудника у кров, через неспецифічну дію токсинів і метаболітів, які поступають у материнський кровообіг з вогнища інфекції, може спричинити у плаценті дистрофічні, дегенеративні зміни, а також ураження судин, часто з їх облітерацією, що порушує кровотік в плаценті і призводить до гіпоксії, гіпотрофії, затримки внутрішньоутробного розвитку плода. Спроможність TORCH – інфекцій уражати багато тканин та органів плода пов'язана з високою тропністю збудників майже до усіх клітин. Ступень уражень залежить від вірулентності збудника, масивності інфекції, строків гестації, в які відбувається зараження, а також імунного стану жінки. Найбільш інтенсивна тератогенна дія збудника проявляється у перші 4-12 тижнів вагітності, тобто у період інтенсивного органогенезу. Це порушує формування окремих органів і систем (особливо нервової, органів зору, слуху, статевих та внутрішньої секреції) або призводить до загибелі плода (майже у 50-80%). Коли дитина інфікується після народження, інфекція проявляється після відповідного інкубаційного періоду і може перебігати у гострій чи безсимптомній формі.

Ще однією особливістю цих інфекцій є те, що у більшості випадків хвороба перебігає безсимптомно. Тому вірусні інфекції матерів у половини випадків можуть визвати уроджені патології у дітей та нервово-психічні захворювання у новонароджених.

Вірус простого герпесу (ВПГ) - один з найпоширеніших в популяції людини збудників, характеризується розмаїттям клінічних проявів: ураження очей, ясен, ротової порожнини, шкіри, внутрішніх органів, центральної нервової системи і особливо сечостатевої. Зараження ВПГ I типу відбувається найчастіше у ранньому дитинстві (від 6-ти місяців до 5-ти років) чи під час вагітності, ВПГ II типу (генітальний) - у статевозрілому віці. Наприклад, у США герпетична інфекція статевих органів займає друге місце після гонореї серед хвороб, що передаються статевим шляхом. Клініка первинної інфекції проявляється через 18-22 днів після зараження, починаючи (майже у 50% хворих) з продромальних симптомів (незначна парестезія, почуття печіння у генітальній області, невралгія у сидниці, паховій, стегновій ділянках, порушення виділення сечі). Далі виникають везікули з ерозіями і безсимптомне злущення пошкодженого епітелію. Загальна тривалість цих проявів – приблизно шість тижнів.

У вагітних активація герпетичної інфекції у перші 20 тижнів вагітності зумовлює спонтанний аборт та передчасні пологи. Герпетична інфекція у новонароджених має важкий перебіг і може супроводжуватися жовтяницею, лихоманкою, колапсом, призвести до смерті.

Більшість людей інфікованих цим вірусом є постійними вірусоносцями. У них інфекція у 85-99% випадків безсимптомна, але під впливом провокуючих факторів (переохолодження, алкоголь, менструація, вірусні інфекції і т.д.) відбувається активація вірусу, що зумовлює рецидив хвороби. Часті рецидиви можуть призвести до генералізації інфекційного процесу (енцефаліти).

Цитомегаловірусна інфекція - також широко поширена в популяції людини і звичайно безсимптомна, має хронічний перебіг, може зумовлювати тяжку хворобу і навіть призвести до смерті. Зараження відбувається контактно-побутовим, статевим шляхами, при трансплантації органів (нирки, кісткового мозку). Усі виділення хворих (слина, сльози, сеча, кров, спинномозкова рідина, цервікальний та вагінальний секрет, грудне молоко, сперма) є заразними. Активація інфекції звичайно відбувається під час вагітності чи при зниженні захисних сил організму. Цитомегаловірус легко проникає через плаценту, зумовлюючи незворотні зміни в організмі плода. Таке може трапитись у будь-якому терміні вагітності, причому захворювання цитомегалією у матері може бути ледь виражене, а то й безсимптомне. Інфікування плода вірусом часто зумовлює ураження печінки, нирок, легенів, мозку та кровотворних органів, розвитку розумової відсталості.

Вірус червоної висипки (краснуха) – гостре інфекційне захворювання вірусної природи, яке передається повітряно-краплинним шляхом і проявляється короткочасною гарячкою, помірною інтоксикацією, дрібноплямистим висипом, збільшенням лімфатичних вузлів. Захворювання вагітних краснухою у перші 2 місяці визиває аномалії розвитку плода практично у 100%. Значна частка

вагітностей, що супроводжується краснухою, ускладнюється загибеллю плода та спонтанними абортами (близько 40%). Класична тріада наслідків уродженої краснухи - глухота, катаракта, вади серця. До 20% жінок дитородного віку не мають імунітету до вірусу краснухи і є групою ризику. У 60% інфікованих дорослих хвороба безсимптомна, а у вагітних перебігає в атиповій формі.

Токсоплазмоз - широко поширене антропонозне захворювання. У тяжких випадках перебігу хвороби чи ослабленні захисних сил організму збудник уражує нервову та лімфатичну системи, печінку, серце і зір. Зараження людини відбувається контактим шляхом через пошкоджену шкіру при контакті з хворими тваринами, а також пероральним шляхом при вживанні недостатньо термічно обробленого м'яса та інших продуктів тваринного походження, немитих овочів і фруктів. Інфікування плода у вагітних на ранніх термінах супроводжується органічним та функціональним ураженням органів і систем.

Хламідійна та мікоплазмозна уrogenітальні інфекції - можуть бути однією з причин безпліддя та передчасних пологів у жінок, зумовлювати ураження органів сечостатевого тракту (цервіцити, цистити, ендометрити, вульвовагініти). Чоловіки чи їх сексуальні партнери часто страждають на "неспецифічний" уретрит. Цей збудник може довгий час перебувати в латентній формі у статевих органах людини і бути постійним джерелом інфекції. Характерною особливістю цих хвороб є те, що вони можуть мати безсимптомний перебіг і призводити до тяжких наслідків. Тому регулярні гінекологічні обстеження жінок мають включати також аналіз на виявлення даних збудників. До речі, молоді жінки, які користуються пероральними контрацептивами найбільш схильні до зараження хламідіями шийки матки. Інфікування плода може призвести до розвитку пневмонії у новонароджених.

Важливою особливістю захворювань з групи TORCH є частота їх асоціацій поміж собою, а також з іншими хворобами, що значно ослаблює захисні функції організму матері та дитини, ускладнює перебіг захворювання і його діагностику.

Профілактика інфекцій, що викликають перинатальну паталогію, повинна проводитись до планування вагітності у сім'ї. Починаючи з першого відвідування вагітною жіночої консультації треба приділяти увагу таким питанням:

1. Збір анамнезу – наявність:
 - обтяжений акушерський анамнез при попередніх вагітностях, хворих дітей та дітей з уродженими вадами розвитку;
 - уrogenітальні інфекції у вагітної та її партнера;
 - спадкових захворювань в родині (а також туберкульозу, сифілісу тощо);
 - контактів в дитячих колективах і лікувально-профілактичних закладах, комунальних квартирах тощо;
 - переливання крові.
2. Перебіг теперішньої вагітності:
 - суб'єктивно-скарги;
 - об'єктивно – наявність лихоманки, "алергічного сипу", лімфаденітів, запальних процесів статевих органів та інш.
3. Результати УЗД, доплероєхокардіографічного обстеження, рівень альфа-фетопротеїну у крові та інших обстежень.

При виявленні паталогії у минулому чи при теперішній вагітності жінку треба віднести до групи ризику виявлення захворювання і негайно починати обстеження. Виявлення гострого захворювання є підставою до госпіталізації у акушерсько-гінекологічні стаціонари для більш детального обстеження і лікування.

У стаціонарах для жінок з генітальними чи генералізованими проявами TORCH інфекцій треба встановити суворий протиепідемічний режим, не допускати контактів здорових жінок і новонароджених з хворими, наладити автоклавування білизни та інструментарію. Для дезінфекції застосовувати 1% розчин фенолу, 2% розчин лізолу, 2% розчин хлораміну чи 1:20 000 сулеми. Медичному персоналу усі маніпуляції виконувати у гумових рукавичках і масках.

Виявлення гострих захворювань на TORCH інфекцію в I і II триместрах потребує пильного і повторного обстеження вагітної для вирішення питання про початок специфічного лікування чи про доцільність зберігання вагітності. Одночасно, враховуючи частий зв'язок поміж інфекціями групи TORCH з бактеріальними вагінозами і різними запальними захворюваннями статевих органів жінок, треба проводити лікування бактеріальних інфекцій антибіотиками широкого спектру дії, звертаючи увагу на сумісність протибактеріальних препаратів, а також їх можливий ембріо- та фетотоксичний ефект. Одночасно треба застосовувати терапію спрямовану на профілактику ФПН. Питання про доцільність пролонгації вагітності вирішується до 26 тижнів.

При наявності гострих захворювань на TORCH інфекції у II триместрі, незалежно від клініки, необхідно проводити повноцінне комплексне лікування. Перед пологами треба провести курс профілактичної терапії і вирішити питання про метод родорозв'язування. Для попередження інфікування дитини вірусом простого герпесу при гострій уrogenітальній паталогії (наявність висипу на зовнішніх статевих органах та шкірі коло них) в умовах доношеної вагітності (38-40 тижнів), цілісності

плідних оболонок, тривалості безводного періоду не більш як 4-6 годин рекомендується проводити кесерів розтин. При малій вірогідності інфікування плода пологи можуть проходити природнім шляхом.

IV. Запліднення та розвиток плода.

Людина розмножується статевим шляхом, тобто внаслідок злиття чоловічої та жіночої статевих клітин (гамет). Жіночі статеві клітини – яйцеклітини, чоловічі – сперматозоїди.

Процес дозрівання яйцеклітини і сперматозоїда є складним. Він завершується редукційним поділом, внаслідок чого кількість хромосом в ядрах обох клітин зменшується вдвічі і складає 23 хромосоми (одна з яких є статевою).

Зрілий сперматозоїд має довжину 50-60 мкм і складається з голівки, яка містить ядро, шийку та хвостик. Сперматозоїд пересувається самостійно завдяки рухам хвостика зі швидкістю 2-3 мм за хвилину. Він набуває здатності до руху тільки після того, як потрапляє в секрет сім'яних міхурців та передміхурової залози. Ця суміш має назву сім'яної рідини або сперми.

Сперма являє собою драглисту масу білого кольору лужної реакції із специфічним запахом, що нагадує запах сирих каштанів.

В 1 мл сперми міститься 60-120 млн сперматозоїдів. В нормі об'єм сперми 3-5 мл.

Ріст і розвиток яйцеклітин відбувається в премордіальних фолікулах, які розташовані в корковому шарі яєчника. Після овуляції (розриву фолікула) яйцеклітина виходить у черевну порожнину і тут же захоплюється фімбріями ампулярної частини маткової труби. Яйцеклітина самостійної рухливості практично не має. Попаданню яйцеклітини в трубу сприяють присмоктуючі перистальтичні рухи труби і її бахромок, мерехтіння війок епітелію труби, що утворюють течію рідини від ампулярного до маткового кінця труби (транспортна функція труби).

Після того, як сперматозоїди потрапляють до піхви, вони рухаються до шийки матки зі швидкістю 3-3,5 мм за хвилину.

Слиз каналу шийки матки має найбільшу здатність пропускати сперматозоїди протягом декількох діб після овуляції. У слизу матки відбувається руйнування аномальних сперматозоїдів. Маткових труб сперматозоїди досягають через 1,5-2 год. після вилиття сперми в піхву.

В лужному середовищі матки та маткових труб сперматозоїди зберігають здатність до руху протягом 3-4 діб.

4.1. Запліднення.

Запліднення звичайно відбувається в ампулярній частині маткової труби. Після того, як яйцеклітина потрапляє в цей відділ труби до неї прямують мільйони сперматозоїдів. На поверхні яйцеклітини утворюється сприймаючий горбик. Ферменти сперматозоїда діють на променистий вінець і прозору оболонку яйцеклітини, підвищуючи її проникливість для сперматозоїдів. До яйцеклітини проникає декілька сперматозоїдів, але тільки один бере участь у заплідненні.

Внаслідок злиття яйцеклітини і сперматозоїда утворюють єдине ядро (зигота) з диплоїдним (подвійним) набором хромосом, що несе по 50 % спадкової інформації від обох батьків. Зигота має 46 хромосом. Одна з хромосом сперми визначає стать новоутвореної в результаті запліднення клітини.

4.2. Розвиток плідного яйця.

З моменту запліднення розпочинається вагітність. Зигота набуває здатності до активного поділу і диференціювання. В результаті початкового поділу кількість клітин в зиготі збільшується, утворюється комплекс бластомерів, що нагадує тутову ягоду (морула). Під час поділу утворюється 2 різновиди бластомерів: одні великі та темні, інші – дрібні та світлі. Скупчення великих темних клітин, яке розташоване в центрі морули, зветься ембріобластом. З нього, в подальшому розвиваються структури плоду. Світлі дрібні клітини оточують ембріобласт і мають назву трофобласту, який в подальшому забезпечує імплантацію та живлення зародка. Потім між зачатками трофобласту і ембріобласту утворюється порожнина заповнена рідиною; ця стадія ембріогенезу зветься бластоцистою.

Всі ці процеси здійснюються під час руху заплідненої яйцеклітини по матковій трубі в порожнину матки. Міграція триває впродовж 4-5 діб і забезпечується транспортною функцією труби.

На стадії бластоцисти запліднена яйцеклітина опиняється в порожнині матки. Трофобласт на цей час починає виділяти протеолітичні, гліколітичні та інші ферменти. Ці ферменти розчиняють покривний епітелій, залози, клітини строми та судини функціонального шару слизової оболонки матки. Бластоциста поступово занурюється, починається прищеплення (імплантація) заплідненої яйцеклітини. Імплантація закінчується протягом 40 годин. Слизова оболонка матки до імплантації яйця перебуває в стадії секреції і містить речовини, необхідні для подальшого живлення і розвитку зародка. З моменту імплантації клітини ендометрію видозмінюються і перетворюються на децидуальні.

Період розвитку зиготи від часу запліднення до вкорінення в децидуальну оболонку має назву передімплантаційного: це один із критичних періодів розвитку ембріону.

Виділяють зародковий (ембріональний) період, під час якого утворюється зачаток усіх найважливіших органів і систем, та плідний (фетальний) період внутрішньоутробного розвитку під час якого відбувається ріст та диференціація органів та систем плода. Ембріональний період триває від моменту запліднення до кінця другого місяця вагітності. Фетальний період триває від початку третього місяця до пологів. Після імплантації розвивається як сам зародок, так і його оболонки. З клітин трофобласта формується зовнішня оболонка плідного яйця – ворсинчаста (хоріон), із внутрішнього шару – водна (амніон). Видозмінений у зв'язку з вагітністю функціональний шар слизової оболонки матки називають децидуальною оболонкою.

4.3. Плацента.

На четвертому місяці вагітності плідне яйце займає всю порожнину матки. З його розвитком частина хоріона розростається (гіллястий хоріон) приймає участь в утворенні плаценти. Плацента складається з материнської та плодової частин. Материнська частина це потовщений шар децидуальної оболонки в яку занурені ворсинки хоріона. Остання водною оболонкою утворюють плодову частину плаценти. До внутрішньої поверхні ікріплена пуповина. Оболонки плода разом з плацентою і пуповиною складають послід. Наприкінці вагітності діаметр плаценти дорівнює 15-18см., товщина 2-3см., вага 500-600 гр. (1/6 ваги новонародженого).

У взаємовідносинах між організмом матері і плода плацента виконує функцію залози внутрішньої секреції. Значна кількість гормонів (естроген, прогестерон, лактоген людської плаценти й хоріальний гонадотропін, які є життєво необхідними для виживання плода) секретується плацентою і потрапляє в кров матері і плода. Ця функція плаценти зветься ендокринною. Крім ендокринної плацента також здійснює функцію газообміну та транспорту поживних субстратів (кисню, глюкози, амінокислоти, кальцію тощо). Головну роль у цих процесах виконує плацентарна мембрана, яка регулює транспорт різноманітних речовин в системі “мати-плід.”

Захисна (бар'єрна) роль плаценти дещо обмежена. Хімічні речовини та продукти метаболізму, які постійно присутні в крові матері, не потрапляють в кровоток плода внаслідок філо-та онтогенетично обумовлених захисних механізмів. Однак по відношенню до речовин, які введені ззовні або випадково потрапили до крові матері, бар'єрна функція плаценти менш виражена. Внаслідок чого через плаценту легко проходять наркотичні засоби, алкоголь, нікотин та більшість лікарських препаратів і токсичних речовин.

Імунобіологічний бар'єр, який утворений плацентою між організмом матері та плода, забезпечує фізіологічний розвиток вагітності та запобігає її перериванню. Таким чином ендокринна, транспортна, трофічна, метаболічна, видільна та захисна функції плаценти забезпечують фізіологічний розвиток вагітності.

4.4. Пуповина або пупковий канатик

Пуповина з'єднує тіло плода з плацентою. В пупковому канатику проходять дві пупкові артерії і одна вена. Судини пупкового канатика оточені особливою сполучною тканиною, яка називається вартовою драглиста маса. Середня довжина пуповини 50-52 см, її приблизний діаметр – 2 см. Пупкова вена переносить плоду кисень і поживні речовини від плаценти. Через ductus venosus кров поступає у нижню порожнисту вену. Через пупкові артерії кров знову поступає (повертається) в плаценту. Через foramen ovale кров викидається (шунтується) з правого передсердя в ліве. Більшість крові циркулює через ductus arteriosus – спеціальну структуру в аорті.

Після пологів ці спеціальні структури знайдені в плоді, змінюються. Після перерізання пуповини, для того, щоб збагатитись киснем, кров починає циркулювати через легені. Овальний отвір закривається клапаном, тому кров з правого передсердя поступає в правий шлуночок і далі – у легеневу артерію. Артеріальна протока спадається, тому кров продовжує рухатись до легенів. Венозна протока також скорочується, пупкова вена й артерії перетворюються на рудименти попередньої структури.

4.5. Навколоплідні води.

Порожнина амніону заповнена навколоплідними водами, які містять білки, жири, гормони, ферменти, мікроелементи, солі, а також лусочки епідермісу і пушкове волосся плода. Наприкінці вагітності кількість навколоплідних вод дорівнює 0,8-1,5л.

Навколоплідні води є середовищем існування плода і мають велике фізіологічне значення:

- 1) Забезпечують вільний рух плода;
- 2) Виконують роль живильного середовища для плода;
- 3) Беруть участь в обміні речовин між матір'ю і плодом;
- 4) Є зовнішнім середовищем для плода, яке дає змогу вивчати його стан;
- 5) Запобігає стискуванню пуповини між тілом плода і стінкою матки;

- 6) Під час пологів сприяють нормальному перебігу родового акту;
- 7) Мають бактеріостатичну дію.

4.6. Критичні періоди розвитку плода

Під час внутрішньоутробного розвитку плода виділяють ряд критичних періодів. I-шим критичним періодом розвитку плода вважається час, що передує і співпадає з імплантацією. Процеси розвитку в цей період дуже інтенсивні, але пристосувальні механізми ще не розвинуті. Тому зародок дуже чутливий до впливу шкідливих факторів.

II-період утворення зачатків органів та систем зародка (III-VII тижні) та процес формування плаценти (IX-XII тижні вагітності).

Вплив пошкоджуючих факторів під час I критичного періоду веде до загибелі зародка (ембріотоксичний ефект). Для ушкодження зародка під час органогенезу характерним є виникнення вад розвитку (тератогенний ефект), рідше- ембріотоксична дія.

Сприятливість до виникнення вроджених вад розвитку змінюється в залежності від генотипу вагітної, яким вона взаємодіє з навколишнім середовищем, та від концентрації тератогена і способу проникнення його до плоду.

Крім ембріотоксичного та тератогенного ефекту, пошкоджуючі фактори можуть викликати порушення у фето-плацентарному комплексі, що призводить до перинатальної дистрофії внутрішньоутробного плоду (див. розділ 2)

4.7. Розвиток плода по місяцях.

В кінці 1-го місяця (чотири тижні) зародок в зігнутому стані має довжину 1-1,5 см., зародкове яйце величиною з волосський горіх. Та зовнішнім виглядом не відрізняється від зародків тварин. Починає битись серце плода.

До кінця 2-го місяця (8 тиж.) довжина плоду складає 2-2,5 см, голова по відношенню до тулуба не дуже велика, кінцівки характерно розчленовані, зародок має людино-подібний вигляд. Повіки закриваються приблизно на десятій тиждень і не відкриваються аж до 28 тижня.

В кінці 3-го місяця (12 тиж.) довжина плоду 9-10 см, вага-20-25г. Плід приймає людиноподібний вигляд, починають диференціюватися зовнішні статеві органи. Починають функціонувати травна, вивідна й нервова системи.

До кінця 4 місяця (16 тиж.) довжина плоду 15-17 см, вага-120г, стать чітко визначається. На поверхні тіла з'являється пушок. Органи й системи починають виконувати суто свої функції.

В 5 місяців (20 тиж.) довжина плоду 25-26см, вага 280г. Голова по відношенню до тулуба залишається великою, на ній з'являються волосся та пушок по всьому тілу. Починає відкладатися підшкірний жир. Можна провести аускультацию серцебиття плода. Плід, який народився живим, здатний виконувати поверхневі дихальні рухи, але не життєздатний і ознаки життя швидко згасають.

До кінця 6-го місяця (24 тиж.) довжина плода складає 28-30см, вага – 680г. Кількість підшкірного жиру збільшується, пушок виражений по всій поверхні тіла. Шкіра вкрита сировидною змазкою. Плід, який народився в цьому періоді живим, дихає і рухає кінцівками, але скоро вмирає. Вага плода становить 780-800 г, ріст – 28-30 см.

В 7 місяців (28 тиж.) довжина плода 35-38см, вага – 750-1000г. Шкіра тонка червона. Підшкірно-жирова клітковина ледве виражена, внаслідок чого плід має старечий вигляд. Плід, який народився живим, рухається, дихає і слабо пищить. Незначний процент таких плодів при повноцінному харчуванні та догляді можливо виживе.

В 8 місяців (32 тиж.) довжина 40-42 см, вага – 1500-2000г. та більше. Шкіра рясно вкрита пушком, підшкірно-жирова клітковина виражена слабо, внаслідок чого шкіра має рожеве забарвлення. Зінична перетинка відсутня. Обличчя плода зморшкувате. Плід життєздатний.

В 9 місяців (36 тиж.) довжина плода 45- 46 см, вага – близько 2500г. Підшкірна клітковина розвинена добре. За зовнішнім виглядом плід мало відрізняється від доношеної дитини. Новонароджені в цьому віці добре дихають, голосно кричать, добре беруть груди, і як правило залишаються живими. Після 36 тижнів плід починає інтенсивніше накопичувати жир, набирає круглішої форми.

В 10 місяців (40 тиж.) довжина плода досягає 50-52см, вага 3000-3500г. Новонароджений вважається зрілим плодом та цілком життєздатним.

Таким чином онтогенез, який є скороченим повторенням філогенезу, - це дуже складний, генетично обумовлений механізм, що піддається впливу багатьох факторів внутрішнього та зовнішнього середовища. Він завершується народженням зрілого людського організму, здатного до позаутробного існування.

Будова та розміри доношеного плода.

Мозковий череп плода складається з наступних кісток: двох лобних, двох тіменних, двох скроневих, потиличної, основної, решітчастої.

Між кістками голівки новонародженого є наступні шви:

- лобний – між лобними кістками;
- стріловидний – між тім'яними кістками;
- вінцевий – між лобними та тім'яними кістками;
- ламбдовидний – між тім'яними та потиличними кістками.

На голівці новонародженого є два тім'ячка:

велике тім'ячко – має ромбовидну форму і обмежене лобними та тім'яними кістками

мале тім'ячко – має форму трикутника та обмежене потиличними та тім'яними кістками.

Велике тім'ячко знаходиться на перехресті сагітального, лобного та вінцевого швів, а мале – на перехресті сагітального та ламбдовидного.

На голівці новонародженого визначають наступні розміри:

- малий косий розмір – від підпотиличної ямки до переднього кута великого тім'ячка (довжина – 9,5 см; обвід – 32 см)
- середній косий розмір – від підпотиличної ямки до межі волосистої частини голови (довжина – 10 см; обвід – 33 см)
- прямий розмір – від потиличного бугра до надперенісся (довжина – 12 см; обвід – 34 см)
- великий косий розмір – між потиличним бугром та підборіддям (довжина – 13,5 см; обвід – 38 - 42 см)
- вертикальний розмір – від середини великого тім'ячка до під'язичної кістки (довжина – 9,5 см; обвід – 32 см)

Також на голівці визначають два поперечних розміри – великий та малий.

➤ *Великий поперечний розмір* голівки новонародженого вимірюється між найбільш віддаленими точками тім'яних бугрів (дорівнює – 9-9,5 см)

➤ *Малий поперечний розмір* – між найбільш віддаленими точками вінцевого шва (довжина = 8 см)

Крім розмірів голівки велике значення мають розміри тулуба (плечового та тазового поясів).

Розмір плечиків новонародженого вимірюється між плечовими відростками лопаток (дорівнює 12см, обвід – 35см).

Поперечний розмір сідниць – між великими вертелугами стегнових кісток (довжина 9-9,5см; при передлежанні ніжок обвід – 28 см, при чистому сідничному передлежанні – 32-34см, при змішаному сідничному – 38-42см)

Наведені розміри має доношений плід масою 3500г і ростом – 50 см.

4.8. Ознаки зрілості плода.

- опуклі груди;
- пупкове кільце знаходиться на середині між лоном і мечеподібним відростком;
- шкіра має блідо-рожевий колір;
- підшкірна жирова клітковина розвинута добре;
- на шкірі залишки серовидної змазки;
- пушкове волосся є лише на плечах та верхній частині спини;
- довжина волосся на голові не менше 2 см;
- нігті заходять на кінчики пальців;
- вушні і носові хрящі пружні;
- у хлопчиків яєчка опущені в калитку, у дівчаток малі соромітні губи і клітор прикриті великими соромітними губами;
- маса 3200-3500г, зріст – 50-52см.

Ознаками активності зрілого новонародженого є активні рухи, голосний крик, розплющені очі, активно бере груди.

4.9. Ознаки життя і смерті новонародженої дитини.

Ознаки життя і смерті новонародженого регламентується наказом № 31 Міністерства охорони здоров'я України від 19.02.1996р.

Живонародження – це повне вигнання чи вилучення продуктів запліднення з організму матері незалежно від терміну вагітності, причому плід після народження дихає чи проявляє інші ознаки життя (серцебиття, пульсація пуповини або відповідні рухи довільної мускулатури) незалежно від того, перерізана пуповина чи відокремився послід.

Мертвонародження – це смерть продукту запліднення до його повного вигнання чи вилучення з організму матері незалежно від терміну вагітності. На смерть плода вказує відсутність у нього дихання чи ознак життя (серцебиття, пульсація пуповини або відповідні рухи довільної мускулатури).

V. Зміни в організмі жінки під час вагітності.

Вагітність – це фізіологічний процес в організмі жінки, що супроводжується виникненням адаптаційно-компенсаторних змін у функціонуванні всіх органів і системи та інтенсифікацією обмінних процесів. Зміни ці нерідко межують з патологією, та їх доцільність полягає в адекватному забезпеченні наростаючих потреб плода, пристосуванні організму вагітної до роботи в умовах виникнення третього (плодового) кола кровообігу.

Підвищена пігментація таких ділянок тіла, як соски, ареоли, вушна, область промежини, середня лінія живота пояснюється відкладанням меланоцитів, вироблення яких стимулює прогестерон і естроген.

При вагітності вага тіла жінки збільшується на 10 кг. Приблизно 4,8°кг припадає на вагу плідного яйця (плід, плацента, навколоплідні води); 1,4-1,8 кг припадає на збільшення матки та молочних залоз, 3,6-4,4 кг на прибавку ваги самої жінки за рахунок накопичення жирів, солей, води.

В перші 3 місяці вага жінки змінюється незначно, а починаючи з 20 тижня зростає на 350-450 г щотижня.

Біля лобка, в ділянці сідниць, молочних залоз відбувається підвищене відкладання жиру. По мірі розвитку вагітності і збільшення матки розтягується черевна стінка, на місцях найбільшого розтягнення шкіри з'являються *смуги вагітних*.

Шкіряні капіляри стають більш проникними, що викликає схильність до набряків. Досить характерною є поява варикозного розширення вен, особливо на нижніх кінцівках (гомілках, стегнах, але не на ступнях).

Секреція потових і сальних залоз збільшується. Нігті стають тоншими. Через збільшення об'єму і маси матки зміщується центр ваги тіла вагітної жінки. Внаслідок цього випрямляється хребет, поглиблюється поперековий лордоз і з'являється "гордовита постава". Грудна клітина розширюється, ребра набувають більш горизонтального положення. Самі кістки стають ламкими, розрихлюється сполучна тканина суглобових зв'язок і хрящів. Під впливом релаксину та прогестерону плаценти підвищується рухливість в крижових зчленуваннях, симфізі. Лобкові кістки дещо розходяться (на 0,5-0,9см). Це сприяє збільшенню прямого розміру входу в малий таз і більш легкому проходженню голівки плода через цю площину під час пологів, а під час вагітності з'являється хода перевальцем. Зовнішні статеві органи під час вагітності стають набряклими, вологими і ціанотичними. Слизова піхви стає соковитою, гіперемованою, посилюється її складчатість. Збільшується кількість піхвових виділень.

Підвищена вагінальна секреція, густіший вагінальний слиз і ослаблення сполучної тканини (що дозволяє розтягуватись тканинам і забезпечує прохід немовляті) викликаються естрогеном.

Найбільших змін зазнає матка. Розміри її за період вагітності зростають до 37-38см в довжину і 25-26см в поперечнику (довжина невагітної матки 7-8см, поперечних 4-5см), а вага збільшується до 1000-1200г (вага невагітної матки 50-70г). Вона набуває овоїдної форми, зникає її антифлексія, матка стає м'якою, особливо в ділянці перешийка.

В міометрії відбувається гіпертрофія і гіперплазія міоцитів, а також утворюються нові гладком'язові клітини з еластичних волокон, що підвищує його скоротливу діяльність. Еластичні волокна в дні і тілі матки значно потовщуються, а в істмічному відділі залишаються тонкими, тому до кінця вагітності нижній сегмент має здатність до розтягування.

В міометрії значно посилюється васкуляризація, судини випрямляються. Зв'язковий апарат внутрішніх статевих органів подовжується, труби розпрямляються і потовщуються. Яєчники під час вагітності збільшуються, овуляція в них припиняється. На одному з яєчників функціонує жовте тіло вагітності. По мірі свого росту матка виходить з порожнини тазу в черевну порожнину, досягаючи на дев'ятому місяці вагітності мечоподібного відростка грудини.

Молочні залози впродовж вагітності готуються до лактації. Залозисті частки збільшуються в об'ємі і зростають в кількості. Розростається судинна стінка молочних залоз, підшкірні вени розширюються. Епітеліальні тканини в залозистих частках збільшуються, в їх протоплазмі з'являються ліпідні включення. Шляхом видавлювання вже в перші тижні вагітності можна одержати із залоз кілька крапель молозива. Естрогени стимулюють розростання секретуючої тканини молочних залоз і їх гіперваскуляризацію. Прогестерон сприяє розвитку вивідних протоків, а пролактин викликає секрецію молока.

5.1. Зміни в ендокринній системі жінки під час вагітності.

Утворення нової ендокринної рівноваги в організмі вагітної жінки відіграє найбільшу роль у збереженні і прогресуванні вагітності та в забезпеченні пристосувальних змін. З моменту нідації плідного яйця в стінку матки і утворення трофобласту починається останнім синтез хоріонічного гонадотропіну. Завдяки лютеотропному ефекту хоріонічного гонадотропіну в яєчниках з менструального жовтого тіла утворюється жовте тіло вагітності. Воно здатне синтезувати прогестерон

і естрогени. Жовте тіло зберігається протягом всієї гестації, але максимальна його активність спостерігається на 4-5 тижні вагітності.

Починаючи з 3-го місяця гестаційного процесу основну гормонотворюючу функцію бере на себе плацента. За її допомогою здійснюється двосторонній гуморальний зв'язок між матір'ю і плодом. В плаценті утворюються гормони як білкової, так і стероїдної природи.

З 13-го тижня вагітності зростає рівень естрогенів і далі прогресивно збільшується впродовж усієї вагітності. Це відбувається тому, що на фоні підвищеного синтезу естрогену та естрадіолу в яєчниках матері зростає також рівень естріолу, що виробляється фетоплацентральним комплексом. Постійно зростаюча концентрація естрогенів забезпечує ріст і розвиток матки, регуляцію біохімічних процесів у міометрії, інтенсифікацію енергетичного обміну та накопичення глікогену і АТФ, необхідних для розвитку плода. В період підготовки та розвитку пологової діяльності збільшується фракція найактивніших з індукторів пологів – естріолу і естрадіолу.

Прогестерон готує організм до вагітності і забезпечує її нормальний перебіг завдяки здатності гальмувати скоротливу активність матки, підтримувати тонус істмікоцервікального відділу, а також стимулювати ріст матки і судин при вагітності. Починаючи з перших тижнів його рівень збільшується в 10-20 разів.

З 12-го тижня і впродовж усього терміну гестаційного процесу збільшується вироблення плацентарного лактогену, який відіграє певну роль в продукції легеневого сурфактанту, регуляції вуглеводного та ліпідного обмінів, посиленні синтезу білка в організмі плода.

Важливу роль у фізіологічному функціонуванні системи мати – плацента – плід відіграють простагландини, особливо E_2 та $F_{2\alpha}$. Самі вони не відносяться до справжніх гормонів, бо синтезуються всіма тканинами організму. Але, маючи здатність посилювати або послаблювати дію гормонів на клітини-мішені, ендogenous простагландини впливають майже на всі ланки репродуктивної системи, в тому числі на активність сперматозоїдів в цервікальному слизу, процес овуляції та стероїдогенезу в яєчниках, імплантацію яйцеклітини, перебіг вагітності, індукцію та регуляцію пологової діяльності, лактацію.

Ендокринна активність яєчників і фетоплацентрального комплексу обумовлює новий режим роботи центральних залоз внутрішньої секреції, посилюючи синтез ними релізінг-факторів, тропних гормонів та нейропептидів. Зростає рівень вазопресину, який бере участь у регуляції волюмо-осмотичного гомеостазу, активує функцію гіпоталамусу плода і впливає на секрецію кортикотропіну. Поступово збільшується, а перед пологами набуває максимального рівня секреція окситоцину. Він підвищує активність міометрію і стимулює клітини молочних залоз, що обумовлює його важливе значення в індукції пологової діяльності, перебігу пологів та підтриманні нормального рівня лактації в післяпологовому періоді. В перші 3 місяці вагітності збільшується синтез лютеїнізуючого гормону і пролактину, останній з яких готує молочні залози до лактації.

Збільшення синтезу тропних гормонів веде до активації функції всіх залоз внутрішньої секреції. Посилюється діяльність кори наднирників, що стимулює метаболізм вуглеводів, білків та ліпідів, регулює водно-сольовий обмін в нових умовах, збільшує в крові кількість катехоламінів.

Внаслідок росту циркулюючих естрогенів в щитовидній залозі підвищується судинність, гіперплазія залозової тканини призводить до підвищення розмірів залоз та їхньої активності.

Активізування функції щитовидної залози підвищує утилізацію кисню, йоду, АТФ, синтез білка, що надзвичайно важливо для нормальної модуляції процесів росту і розвитку плода. Активність паращитовидних залоз, навпаки, пригнічується. Це може викликати порушення фосфорно-кальцієвого обміну, гіпокальціємію і судоми.

Починаючи з II триместру вагітності в підшлунковій залозі зростає продукція інсуліну, необхідного для підтримання рівню глюкози в крові вагітної в умовах інтенсифікації вуглеводного обміну внаслідок постійно зростаючих енергетичних потреб плода.

5.2. Зміни в центральній нервовій системі.

В процесі розвитку вагітності періодично змінюються процеси гальмування і збудження в ЦНС. Після запліднення та імплантації яйцеклітини, в результаті подразнення інтерорецепторів матки і постійної аферентної імпульсації від них, в корі головного мозку виникає вогнище стійкого збудження (гестаційна домінанта). При цьому активність самої кори пригнічується, а підкірка розгальмовується. Такі відношення між корою і підкірковими структурами існують впродовж перших трьох місяців вагітності і знову поступово відновлюються наприкінці її, досягаючи максимальної виразності в останні 12 днів перед пологами. Тоді ж підвищується рефлекторна активність спинного мозку. Це призводить до зростання чутливості матки до різних гуморальних і нервових подразників, що надходять як від матері, так і від плода. За виключенням цих двох періодів, впродовж всієї вагітності активність підкоркових центрів пригнічена.

Стан центральної регуляції обумовлює властиві вагітності зміни в периферичній нервовій системі, які проявляються неврологічними болями, поодинокими судомами м'язів ніг, появу парестезій та різних розладів зору і слуху.

На самому початку вагітності підвищується і тонус вегетативної нервової системи, що пояснює появу вазотонічних реакцій – слинотечі, нудоти, блювання, схильності до запаморочення. Іноді переважають процеси гальмування, що призводить до розслаблення гладких м'язів внутрішніх органів. Це сприяє розвитку пієліту, атонії кишечника з послідуємим виникненням закрепів.

5.3. Серцево-судинна система під час вагітності.

Під час вагітності у жінки розвивається третє (фетоплацентарне) коло кровообігу, розростається судинна мережа в матці та молочних залозах, під впливом статевих гормонів та хоріонічного гонадотропіну розширюються артеріоли. Це призводить до створення нових гемодинамічних умов.

Так, на початку вагітності артеріальний тиск має тенденцію до зниження, а після 28 тижнів поступово підвищується, повертаючись до рівня даного показника до вагітності. Паралельно розширенню судинного русла зростає ОЦК. Стан гіперволемії викликає підвищення венозного повернення крові до серця і веде до збільшення скоротливої здатності міокарду.

ЧСС збільшується на початку вагітності на 5-7 ударів за хвилину і залишається сталою впродовж всього терміну гестаційного процесу. Зростає хвилинний об'єм кровотоку.

Отже, впродовж усієї вагітності серце працює в умовах підвищеного навантаження. Компенсаторно розвивається дилатація його порожнин, особливо лівого шлуночка, та гіпертрофія м'язових волокон, що в цілому підвищує їх функціональну здатність.

В пізніх термінах вагітності у зв'язку із збільшенням розмірів матки та високим стоянням діафрагми серце набуває горизонтального положення з нахилом вперед по своїй осі.

5.4. Гематологічні зміни під час вагітності.

Нормальний перебіг вагітності супроводжується зростанням ОЦК. Таке його збільшення виникає за рахунок як об'єму плазми, так і об'єму формених елементів крові. Кількість циркулюючих еритроцитів прогресивно зростає впродовж всієї вагітності. Відбувається це завдяки стимулюючому впливу еритропоетину, що синтезується тканинами нирок під дією прогестерону. Це направлене на зростання загальної кисневої ємкості крові в умовах підвищеної потреби організму вагітної в кисні. Однак функція гемопоетичних органів відстає від швидкості збільшення ОЦК, тому при вагітності має місце аутогемодилуція, що супроводжується зниженням рівня гемоглобіну і кількості еритроцитів в одиниці об'єму крові. Це сприяє виникненню анемії.

Кількість лейкоцитів під час вагітності коливається від $5 \times 10^9/\text{л}$, до $12 \times 10^9/\text{л}$, в середньому дещо підвищуючись за рахунок зростання рівня нейтрофільних гранулоцитів.

Кількість тромбоцитів під час вагітності суттєво не змінюється.

Починаючи з 12-го тижня вагітності спостерігається тенденція до посилення активності зсідання крові, що є важливим пристосуванням до крововтрати в пологах.

5.5. Функція дихання під час вагітності.

Споживання кисню організмом вагітної збільшується під кінець гестації більш ніж на 30-40%. Це забезпечується змінами роботи серця (гіпердинамія міокарду), гематологічної системи (еритроцитоз) і, головним чином, - перебудовою дихальної системи.

Легені відтісняються догори за рахунок підняття діафрагми вагітною маткою. Але це не відбивається на режимі їх вентиляції завдяки включенню ряду компенсаторних механізмів: посилення частоти дихальних рухів, розширення грудної клітки, збільшення екскурсії діафрагми. Змінюється тип дихання з абдомінального на грудне. Створена таким чином гіпервентиляція легень обумовлює в організмі стан компенсованого алкалозу, завдяки якому стає можливим виведення плодом іонів H^+ через плацентарний бар'єр в кров матері.

Через набряк, обумовлений естрогеном, і васкулярний застій носового слизу можлива закупорка носових проходів.

5.6. Зміни в органах травлення вагітної жінки.

Під час вагітності у жінки підвищується апетит і одночасно пригнічуються смакові відчуття, зменшується секреція слинних залоз. Людський хоріотичний гонадотропін, який виділяється імплантованим бластоцистом, та зміни метаболізму вуглеводів викликають нудоту й блювання. Моторика шлунково-кишкового тракту уповільнюється, зменшується кислотність шлункового соку і вміст в ньому пепсину. Це провокує здутість живота й запори. Рефлюкс (регургітація) кислотного секрету зі шлунка в нижню частину стравоходу в результаті ослаблення серцевого сфінктера може викликати печію. Процеси всмоктування в кишечнику активізуються.

Зменшується детоксикаційна функція печінки, але одночасно активізується в ній синтез жирів,

вуглеводів, білків, особливо альфа- і бета-глобулінів, зростає рівень холестерину в жовчі.

5.7. Сечовидільна система.

Під час вагітності, особливо в другій половині, послаблюється зв'язковий апарат нирок, що приводить до патологічної їх рухливості. Розширюється чашково-лоханкова система. Нерідко ці фактори призводять до стазу сечі і венозного застою, що в поєднанні з пригніченням тону сечоводів створює умови для розвитку пієлонефриту.

Зміни функціонального стану нирок теж набувають певних особливостей, що періодично змінюються в процесі вагітності. На самому її початку дещо підвищується клубочкова фільтрація і пригнічується реабсорбція в канальцевій системі. В результаті збільшується виведення нирками рідини.

В другому триместрі і надалі функції нирок діаметрально змінюються, що приводить до обмеження діурезу. Затримана в організмі вода поповнює судинне русло, ємкість якого в процесі вагітності постійно зростає. Разом з водою затримується і натрій, а інтенсивність виведення з сечею глюкози, сечовини, креатиніну, сечової кислоти, навпаки, зростає, в чому знаходить своє відображення підвищення активності метаболічних процесів в організмі вагітної.

5.8. Особливості метаболізму вагітної.

По мірі прогресування вагітності постійно зростає інтенсивність основного обміну. Це пояснюється необхідністю якомога повноцінного синтезу енергетичних речовин для забезпечення ними як організму матері, так і плода. Останній, головним чином здійснюється за рахунок інтенсифікації вуглеводного обміну, бо глюкоза є основним субстратом для продукування енергії. Рівень її збільшується під впливом наростаючої концентрації в крові гіперглікемічних гормонів (глюкокортикоїдів, естрогенів, плацентарного лактогену). У відповідь збільшується вироблення інсуліну, що сприяє відкладенню глікогену та жирів для створення енергетичних запасів в організмі матері та плода.

Одночасно підвищена інтенсивність ліпідного обміну. В організмі матері прогресивно зростає синтез холестерину та жирних кислот і здійснюється відкладення їх в тканинах-депо. Після 30 тижня депо мобілізуються і активно переносяться трансплацентарно до плода.

Посилюється і метаболізм білків з перевагою анаболічних процесів. Утворені протеїни використовуються організмом матері частково для росту молочних залоз та матки, а частково – для створення запасів, необхідних для годування дитини в післяпологовому періоді. Накопичені при цьому азот і амінокислоти переносяться плоду для синтезу протеїнів, необхідних для нормального його росту.

5.9. Психологічні реакції під час вагітності.

1) *Амбівалентність* (лат. *ambo* – обоє і *valentio* – сила), психологічна роздвоєність, подвійність переживань, поки один і той же об'єкт викликає у людини одночасно протилежні почуття ??? любові і ненависті, задоволення і незадоволення. Іноді одне з почуттів витісняється і маскується іншим. Під впливом цих змін вагітна часто перепитує, чи правильно вибраний час (під впливом певних факторів: робота, навчання, фінансовий стрес та ін.). Жінку переслідують сумніння щодо доцільності або своєчасності вагітності

2) *Прийняття вагітності*. В 1-му триместрі жінка спостерігає на собі фізичні зміни, що підтверджують вагітність. В 2-му триместрі жінка починає сприймати дитину як реальну особу (рухи плоду), відчуває себе схвильованою. В 3-му триместрі – почуття гордості, перемішане з переживаннями про те, що чекає її попереду (пологи). Дуже чутлива до відмов, втрат і образ.

3) *Самозаглиблення*, зосередження на самій собі. Може зникнути інтерес до видів діяльності, якими захоплювалась раніше, більше уваги приділяє собі. Це дає жінці можливість адаптуватись і почати планувати народження дитини.

4) *Перепади настрою*: від великого задоволення до глибокого розпачу. Найменші причини можуть довести жінку до плачу і їй може виявитись важко відповісти на питання, чому вона плаче.

5) *Імідж власного тіла*. Включає особисте відношення та відчуття про наші почуття до свого тіла. Помітні зовнішні зміни на тілі жінки, які виникають за досить короткий період часу можуть призвести до виникнення кризової ситуації.

5.10. Надання допомоги та догляду вагітним-підліткам.

Протягом останніх років частота вагітності серед дівчаток-підлітків продовжує рости. Всі сумніви, побоювання та фізичні зміни виникають і у вагітних підлітків, однак наряду з ними, в дівчаток-підлітків виникають й інші ускладнюючі обставини, які створюють ще більшу загрозу її стану. Серед

них такі: фізична незрілість, несформованість; непевна система підтримки зі сторони сім'ї, знайомих; незвершеність завдань підліткового віку; незакінчена освіта; гіпертонія, викликана вагітністю – цей стан частіше виникає у вагітних дівчаток-підлітків, ніж у жінок старшого віку.

Основна мета антенатальної допомоги й догляду – підтримання вагітності. Медсестра здатна запропонувати жінці певну практичну допомогу, може звільнити її від значної долі стресу.

Медсестра повинна відмічати нормальні фізіологічні та психологічні зміни, які виявляються в ході проведення оцінки загального фізичного стану вагітної і усвідомлювати відмінність між нормальним відчуттям дискомфорту, яке виникає під час вагітності, та кардинальними небезпечними ознаками (симптомами), що свідчать про ускладнений перебіг вагітності.

VI. Діагностика вагітності

Встановлення факту вагітності не викликає великих труднощів. Ті зміни, які відбуваються під час вагітності, впливають на кожен орган організму, в тому числі й на психіку жінки. Інформація про акушерський стан жінки є важливою частиною медсестринської оцінки загального стану пацієнтки. Після 5-8 тижнів, за умов правильного і повного обстеження, можливість помилки вагітності мінімальна.

6.1. Ознаки вагітності

Ознаки вагітності – це характерні зміни в організмі жінки, які свідчать про наявність вагітності. Вони виявляються при опитуванні, огляді вагітної, пальпації її живота, вагінальному та дворучному дослідженні, а також за допомогою додаткових методів обстеження.

Усі ознаки вагітності поділяють на сумнівні, вірогідні та достовірні ознаки.

Сумнівні ознаки з'являються на початку вагітності і обумовлені загальними змінами в організмі вагітної. До них належать:

- диспептичні розлади (слюнотеча, нудота, ранкове блювання, зміни апетиту) виникають внаслідок підвищеного рівня людського хоріонічного гонадотропіну та зміни метаболізму вуглеводів. Жінка може відчувати просту відразу до їжі або може страждати від блювання. Симптоми завжди виникають в ранні дні вагітності й звичайно називаються ранковою нудотою;

- зміна нюхових відчуттів (огода до парфумів, тютюнового диму, запаху смаженого та ін.);

- функціональні зміни нервової системи та психіки (дратливість, сонливість, зміни настрою та ін.);

- часті позиви на сечовиділення. Матка, яка збільшується, тисне на сечовий міхур. Підвищена васкуляризація (судинність) та застій крові в тазовій області, який виникає на ранній стадії вагітності, так само може стати причиною частих позовів до сечовиділення;

- пігментація шкіри обличчя, білої лінії живота, сосків

Вірогідні ознаки – це зміни менструальної функції та статевої системи. До них належать:

- порушення менструальної функції у здорової жінки, яка живе статевим життям. Аменорея – найперший симптом вагітності;

- цианоз слизової оболонки піхви, шийки матки та зовнішніх статевих органів внаслідок підвищеного застою крові в області таза;

- зміни грудей внаслідок гормональних змін, ріст системи секреторних каналців призводить до виникнення відчуття надмірної чутливості й пощипування, особливо в області сосків;

- набрякування молочних залоз та поява в них молозива;

- збільшення розмірів матки відповідно до терміну затримання вагітності;

- зміна форми та консистенції матки.

Вірогідні ознаки повинні оцінюватися у своїй сукупності і досліджуватися в динаміці при повторному огляді жінки.

Для діагностики вагітності ранніх термінів також використовують додаткові методи дослідження.

Біологічні та імунологічні методи ґрунтуються на визначенні в сечі підвищеного вмісту хоріального гонадотропіну.

Тести вагітності: проводиться аналіз материнської крові або сечі з метою виявлення людського хоріонічного гонадотропіну (ЛХГ). Ці симптоми не вважають остаточним підтвердженням вагітності, оскільки схожість між ЛХГ і ЛГ (лютеїнізуючий гормон), який виділяє гіпофіз, інколи призводить до перехресних реакцій. Крім того, не лише при вагітності, а й при інших станах може виникнути підвищений рівень ЛХГ.

Найпоширенішим в останні роки є імунологічний метод, який дозволяє встановити факт вагітності протягом 1,5-2 год. з достовірністю 96-98%. В основі методу – реакція хоріального гонадотропіну сечі вагітних з антисироваткою.

Достовірні ознаки свідчать про наявність плода в матці: пальпація частин плода за допомогою методів зовнішнього акушерського дослідження; контурування скелету плода на рентгенограмі

живота; виявлення плідного яйця і плода при ультразвуковому дослідженні; констатація ворущіння плода лікарем (акушеркою). Досить однієї ознаки для правильної діагностики.

6.2. Методи обстеження вагітної в різні строки

Обстеження вагітної в будь-якому терміні починається із загального огляду. При цьому визначають характер будови тіла, зріст та вагу жінки. Необхідно звернути увагу на характер оволосіння та інші вторинні статеві ознаки, наявність пігментації. В III триместрі особливу увагу при огляді слід звернути на виразність набряків. Необхідно провести також ретельний огляд та пальпацію молочних залоз.

6.2.1. Зовнішнє акушерське дослідження

Зовнішнє акушерське дослідження вагітної проводять в горизонтальному положенні. При огляді звертають увагу на форму живота. Сантиметровою стрічкою вимірюють висоту стояння дна матки та обвід живота на рівні пупка.

Основними методами зовнішнього дослідження є пальпація живота, яка дозволяє оцінити стан стінки, розміри, форму, тонус матки, положення плода в матці та розміри тазу.

Положення плода – відношення його поздовжньої осі до поздовжньої осі матки. Розрізняють поздовжнє, поперечне і косе положення плода. Поздовжнє положення є нормальним, воно буває в 99,5% всіх пологів; поперечне і косе положення – патологічні, зустрічаються в 0,5% пологів.

Членорозташування плода – це відношення його кінцівок і голівки до тулуба. При нормальному членорозташуванні плода тулуб дещо зігнутий, голівка нахилена до грудної клітки, кінцівки притиснуті до тулуба (ніжки зігнуті в кульшових і колінних суглобах, схрещені і притиснуті до нижньої частини живота, ручки зігнуті в ліктьових суглобах і схрещені на грудях).

Передлежанням плода називається відношення найнижче розміщеної крупної частини плода до входу в таз (головне чи тазове передлежання). Передлегла частина плода першою проходить по пологовим шляхам.

Позиція плода – це відношення його спинки до лівого (перша позиція, 2/3 випадків) або правого (друга позиція, 1/3 випадків) боку стінки матки.

Вид позиції – відношення спинки плода до передньої (передній вид) або задньої (задній вид) стінки матки.

При визначенні положення плода використовують 4 прийоми зовнішнього акушерського дослідження (Леопольда).

Перший прийом дозволяє визначити рівень стояння дна матки і частину плода, розташовану в її дні. Для цього поверхні долонь обох рук розташовують на матці, охоплюють її дно, пальці звернені один до одного.

Другий прийом дозволяє визначити сторону матки, де розташовані дрібні частини плода (визначають положення і позицію плода) – руки розташовують по боках матки, пальпуючи на рівні пупка.

Третій прийомом визначають передлеглу частину плода та її відношення до входу в малий таз. При передлежанні голівки пальпується округла частина щільної консистенції, що балотує. При тазовому передлежанні визначається об'ємна частина м'якої консистенції, що не балотує.

Четвертим прийомом уточнюють характер передлеглої частини і визначають її відношення до входу в малий таз. Для цього стають обличчям до ніг вагітної, розташовують руки на бокових поверхнях матки трохи вище сімфезу і обережно просують їх углиб між голівкою та боковими відділами входу в таз.

Для оцінки стану плода використовують метод аускультативі.

Вислуховування серцебиття плода проводять за допомогою акушерського стетоскопу. В нормі серцеві тони плода ясні та ритмічні, мають частоту 120-140 уд./хв. Місце найкращого вислуховування серцевих тонів залежить від розташування плода.



Рис. 4.

6.2.2. Внутрішнє акушерське дослідження

Внутрішнє дослідження в I триместрі є одним з основних методів діагностики. Спочатку оглядають і оцінюють стан зовнішніх статевих органів, промежини і задньопрохідного отвору.

Потім пальцями лівої руки розтуляють малі статеві губи і оглядають вхід у піхву, звертають увагу на забарвлення слизової оболонки, стан уретри. Обов'язковим компонентом вагінального дослідження є огляд піхви і шийки матки в дзеркалах, при цьому оцінюють стан слизової піхви і шийки матки, характер виділень з цервікального каналу і вміст піхви. Після цього пальцями правої руки, введеними у піхву, визначають її розміри, стан стінок. Потім обстежують шийку матки, визначаючи її довжину, консистенцію, положення, стан зовнішнього вічка, досліджують стінки вагіни, після чого переходять до дворучного обстеження.




Рис. 5.

За допомогою пальців рук визначають положення, величину, форму, консистенцію та рухливість матки. При пальпації обстежують також усі доступні внутрішні поверхні малого тазу.

УЗД дозволяє діагностувати вагітність у ранніх термінах та визначати строк вагітності, виявити вади розвитку плода, реєструвати частоту серцевих скорочень та дихальних рухів, діагностувати багатопліддя, визначити стан плаценти.

6.3. Визначення строку вагітності

Вагітність у жінки триває в середньому 280 діб, тобто 40 тижнів. Строк вагітності виражається у повних днях чи повних тижнях.

Для визначення терміну вагітності використовують такі показники:

- дата останньої менструації;
- строк овуляції;
- дані перших відвідувань лікаря;
- дата першого ворухіння плода;
- об'єктивні дані про величину матки;
- дані ультразвукового дослідження (УЗД)

Правильно визначити термін вагітності можливо при сукупності оцінки цих показників:

- По менструації термін вагітності вираховується за часом, який минув з першого дня останньої менструації.
- Більш достовірним є встановлення терміну вагітності по овуляції. Для визначення дати овуляції до першого дня останньої менструації додають 10-14 днів.
- При відвідуванні лікаря в ранніх термінах вагітності (до 12 тижнів) при вагінальному дослідженні по величині матки можна визначити термін вагітності.
- При визначенні терміну вагітності враховується дата першого ворухіння плода, яке жінка, вагітна вперше, відчуває у 20 тижнів, а вагітна повторно у 18 тижнів. Але слід враховувати, що ця ознака є суб'єктивна і тому її слід враховувати як допоміжну.
- Велике значення для встановлення терміну вагітності мають об'єктивні дані – величина матки, обвід живота.

В перші місяці вагітності величина матки визначається при бімануальному дослідженні, в подальшому вимірювання висоти стояння дна матки:

- 2 акушерських місяці (8 тижнів) відповідає розмірам кулака;
- 3 акушерських місяці (12 тижнів) відповідає розмірам головки новонародженого;
- 4 акушерські місяці (16 тижнів) дно матки на 4 поперечні пальці вище симфізу (6-7 см);
- 5 акушерських місяців (20 тижнів) дно матки на 2 поперечних пальці нижче пупка (12-14 см);
- 6 акушерських місяців (24 тижні) дно матки на рівні пупка (20-24 см);
- 7 акушерських місяців (29 тижнів) дно матки на 2-3 пальці вище пупка (24-28 см);
- 8 акушерських місяців (32 тижні) дно матки посередині між пупком та мечоподібним відростком (28-30 тижнів). Пупок починає згладжуватися;
- 9 акушерських місяців (36 тижнів) дно матки на рівні мечоподібного відростка (32-34 см). Це найвищий рівень стояння дна матки;
- 10 акушерських місяців (40 тижнів) дно матки опускається до рівня, який було зафіксовано у 8 акушерських місяців. Пупок випинається.

6.4. Спостереження та догляд за вагітними

При першому відвідуванні жіночої консультації з приводу вагітності та при бажанні жінка повинна пройти повне клінічне та лабораторне обстеження.

Всі дані опитування та обстеження жінки, а також поради та призначення, заносяться в "Індивідуальну карту вагітної" та скріплюються підписом лікаря. В цій карті також складається план спостереження за вагітною з використанням сучасних методів контролю за станом матері та плода.

При першому встановленні терміну вагітності він узгоджується з самою жінкою. У разі розбіжності питання про термін вагітності вирішується лікарняно-консультативною комісією. При фізіологічному перебігу вагітності здорова жінка повинна бути оглянута лікарем 14-15 разів впродовж усієї вагітності. При відвідуванні лікаря призначають лабораторні обстеження, які включають в себе: клінічний аналіз крові, група крові, резус-фактор, аналіз крові на реакцію Вассермана, ВІЛ, клінічний аналіз сечі, бактеріоскопічне обстеження виділень піхви. У подальшому в першу половину вагітності жінка відвідує лікаря 1 раз на місяць, після 20 тижнів – 2 рази на місяць, після 30 тижнів – кожного тижня.

Акушерка або медсестра повинна займатись забезпеченням мір по антенатальній охороні плода. Завдяки дослідженням виявлено, що внутрішньоутробний розвиток плода може бути

Рис. 6.

порушений під впливом різних пошкоджуючих факторів (враження матері інфекційними і, особливо, вірусними захворюваннями, вплив медикаментів, хімічних агентів, радіоактивних речовин та ін.). Особливо в цьому відношенні є початковий період вагітності до 12-ти тижневого її строку, тобто тоді, коли здійснюється органогенез – закладка органів і їх систем. Вплив пошкоджуючих факторів в цей період вагітності може призвести до тяжких наслідків в виді внутрішньоутробної загибелі зародка чи плода, викидів або появи в плода різних вад розвитку (каліцтв).

Вагітним жінкам необхідне обстеження не лише акушера-гінеколога, а й деяких суміжних спеціалістів. Обов'язковою вважається консультація лікаря-терапевта, яка навіть при нормальному перебігу вагітності повинна здійснюватись 2-3 рази, а при необхідності і частіше. Вагітна жінка направляється також до лікаря-стоматолога для санації порожнини рота. При необхідності – консультація лор-спеціаліста, лікаря-офтальмолога і невропатолога.

Особливо уважно слід відноситись до жінок, що страждають пізнім гестозом. Якщо серед вагітних, що страждають раннім гестозом, тільки незначна їх частина потребує стаціонарного лікування, то при пізньому гестозі (навіть при початкових ознаках захворювання) і особливо при виразній його симптоматиці (набряки, артеріальна гіпертензія і протеїнурія) лікування вагітної в амбулаторних умовах недопустимо і вона потребує термінової госпіталізації.

Під час вагітності проводяться також лікувально-оздоровчі міроприємства: спрямовані на дотримання режиму праці та відпочинку, гігієнічні заходи, вітамінізацію їжі та ін.

З метою інформування акушерського стаціонару про стан здоров'я жінки та особливості перебігу вагітності лікар жіночої консультації видає вагітній "Обмінну картку". В обмінну карту наводяться результати лабораторних обстежень, особливості перебігу вагітності та стан здоров'я жінки.

6.5. Сучасні методи діагностики стану плода

Для визначення стану плода користуються двома групами методів – неінвазивними та інвазивними.

1. Неінвазивні методи:

УЗД – останнім часом широко використовується в акушерській практиці, проводиться з метою діагностування фаз розвитку, визначення гестаційного віку та основних фетометричних показників плода.

УЗД дозволяє оцінити стан плаценти та ступінь її зрілості, а також оцінити кровообіг в магістральних судинах плода.

Під контролем ультразвуку проводять такі інвазивні маніпуляції, як біопсія ворсин хоріону, хордоцентез, внутрішньоутробна трансфузія, дренажування пухлинних утворень;

- для оцінки серцевої діяльності плода проводять електрокардіографію, фонокардіографію, кардіотокографію.

2. Інвазивні методи:

- фетоскопія – метод прямої візуалізації плода і внутрішньоматкового простору. Проводиться на 15-18 тижні вагітності;
- амніоскопія – інструментальний метод дослідження нижнього полюсу плідного яйця;
- хордоцентез – це пункція судин пуповини плода;
- амніоцентез – аспірація навколоплідних вод за допомогою малої голки, проводиться трансвагінально або трансабдомінально.

VII. Вплив шкідливих факторів на плід

Значна частина жінок репродуктивного віку – це службовці або робітниці, які в тій чи іншій мірі контактують з різноманітними ксенобіотиками (нітрати, нітроти, гербіциди, пестициди, нікотин, алкоголь, лікувальні препарати тощо), препаратами побутової хімії, а також промисловими забрудненнями. Шкідливі речовини надходять в організм вагітної в основному через шлунково-кишковий тракт, дихальні шляхи і шкірні покриви.

У ранні періоди розвитку зародок дуже чутливий до впливу зовнішнього середовища, а також до дії шкідливих чинників.

Несприятливі умови під час внутрішньоутробного розвитку зародка є причиною формування дефектів різних органів (вади серця і т.д.) і зниження опору організму дитини до інфекційних хвороб і психічних захворювань. При цьому слід враховувати, що всі шкідливі фактори впливають одночасно як на організм вагітної, так і на її плід, прямо і опосередковано, а це може призвести до загибелі зародка на ранніх стадіях ембріогенезу або до народження дітей з різними вадами або метаболічними порушеннями.

Нормальний розвиток ембріона на ранніх стадіях розвитку може бути порушений внаслідок різних захворювань матері, недостатнього постачання зародка киснем, надходження в організм матері шкідливих речовин (алкоголь, деякі лікарські препарати тощо), внаслідок перегрівання чи переохолодження матері.

Особливо чутливий зародок протягом перших тижнів розвитку. Нерідко вирішальне значення має не характер чинника, а тривалість його дії.

Вплив на плід виробничих факторів і хімічних речовин, які забруднюють навколишнє середовище. Сучасне виробництво характеризується високою агресивністю. Майже в усіх сферах виробництва працюючі жінки становлять 50% і тому підлягають пошкодуючим факторам. Виробнича ситуація весь час змінюється в бік підсилення пошкодуючої дії. По-перше, жінки все більше оволодівають чоловічими професіями. Навіть служба в армії перестала бути привілеєм чоловіків. З цього приводу жінкам частіше доводиться зустрічатися з різними пошкодуючими факторами. З іншого боку, в виробництво все більше втілюються агресивні технології. Внаслідок цього навіть традиційно екологічно чисте сільське господарство в теперішній час небезпечно для здоров'я матері, плода і новонародженого. Головним пошкодуючим фактором в сільському господарстві стали хімічні добрива і речовини для боротьби з бур'янами (пестициди). Головним джерелом надходження пестицидів у організм є харчові продукти. Із загальної кількості ядохімікатів, що поступають в організм із зовнішнього середовища, більше 90% припадає на долю продуктів харчування. Пестициди утримуються в харчових продуктах в дозах, які вважаються безпечними, але в організмі вони акумулюють і проявляють пошкодження. Пестициди можуть викликати як спадкові, так і не спадкові пошкодження.

Існування пошкодуючих факторів встановлено в багатьох сферах виробництва: в машинобудівельній, хімічній, металургійній, в текстильному виробництві, в сільському господарстві і в взуттєвому виробництві.

Вірусні захворювання жінки під час вагітності можуть бути причиною "поломки" коду в молекулі ДНК. Віруси часто спричиняють різні форми запалення плаценти, що може призвести до функціональної неповноцінності її ворсин і загибелі плода.

У разі *неповноцінного харчування* матері порушується розвиток зародка. Нестача в раціоні вітаміну А приводить до безпліддя. Якщо в раціоні не вистачає вітамінів групи В та Е зачаття відбувається, але зародок після прикріплення до слизової оболонки матки гине.

Шкідливі виробничі чинники також іноді негативно впливають на зародок.

Проблема паління тютюну батьками з кожним роком набуває все більшого значення. Кількість жінок, які палять тютюн, зростає з року в рік. Серед більш як 150-ти інгредієнтів тютюнового диму найнебезпечнішими є нікотин та окис вуглецю. Нагромаджуючись у плаценті нікотин негативно впливає на розвиток дитини. Негативний вплив паління тютюну пояснюється наступними моментами: погіршення апетиту веде до порушення обміну речовин вагітної; нікотин викликає звуження судин матково-плацентарної системи кровообігу, що пригнічує перехід поживних речовин через плаценту до плода; нікотин і токсичні речовини тютюнового диму проявляють пряму пошкодуючу дію на плід, при цьому вони діють безпосередньо на мозок; велика концентрація чадного газу в крові порушує процес оксигенації фетальної крові. Відомо, що плацента не є бар'єром для нікотину та оксиду вуглецю і вони вільно проникають до плоду навіть тоді, коли сама жінка не паляє, але часто буває серед курців. Високу концентрацію нікотину виявлено в підшлунковій залозі, серці, нирках і селезінці плода. За статистикою у жінок, навіть у тих, які палять помірно (від 1 до 9 цигарок), смертність новонароджених на 20,8% більша, ніж у жінок, котрі не палять. І цей відсоток збільшується до 25,9, якщо жінка викурює більше 10 цигарок в день. Встановлено, що на початковому етапі вагітності нікотин припиняє дроблення яйцеклітини та порушує процес імплантації, а це може призвести до загибелі ембріона і плода. Однією з головних причин збільшення частоти мимовільних абортів у вагітних, що палять (у 1,5-2 рази), є вплив нікотину на зародок на найперших стадіях його розвитку.

Доведений цитотоксичний вплив нікотину на клітинному та ультраструктурному рівнях на жіночі статеві клітини ще на дофолікулярних стадіях розвитку. Існує прямий тісний зв'язок між палінням та невеликою масою тіла новонароджених. Залежно від інтенсивності паління маси тіла новонародженого зменшується на 90-450 г.

Паління пригнічує лактацію матері-годувальниці, а через молоко нікотин надходить до організму дитини.

Проблема впливу алкоголю має не лише медичне, а й соціальне значення. Алкоголь являється універсальною отрутою, він впливає на статеву та дитородну функцію жінки. Алкоголь негативно впливає на спадкові структури статевих клітин чоловіка і жінки, що призводить до появи гаметопатій. Вживання алкоголю веде до порушення менструального циклу, безпліддя, невиношування, а під час вагітності викликає вади ембріона і плода. На розвиток дитини впливають і умови життя в сім'ї алкоголіків. Ще в стародавньому Римі жінкам заборонялось пити вино. В стародавній Русі існував звичай, який забороняв подружжю вживати вино на весіллі. При алкоголізмі батька у дітей спостерігається розумова відсталість. Алкоголь значно знижує захисні сили організму самої жінки, підвищує сприйливість організму до різних інфекцій. Вживання алкоголю жінкою під час вагітності призводить до самовільних викиднів і передчасних пологів, діти народжуються з малою масою тіла і в наступному відстають у психічному розвитку. Як правило, такі діти страждають епілепсією, лейкозом та іншими захворюваннями. Висока ембріотоксична дія алкоголю обумовлена тим, що алкоголь швидко і в значній кількості проникає через плаценту до плода. Концентрація спирту

в крові плода досягає 70-80% концентрації його в крові матері.

Для розвитку плода мають значення вік жінки, стан її здоров'я до і під час вагітності. Родина закінчується найбільш сприятливо у жінок, які родили вперше у віці до 25 років, а повторно – у віці до 30 років.

Велике значення в патогенезі розвитку природжених аномалій має неконтрольований прийом лікарських препаратів. Лікарські речовини можуть потрапляти в організм немовляти через плаценту, кров, навколоплідні води до народження, а також з материнським молоком після. Відомі випадки народження дітей з ураженнями органа слуху після тривалого лікування матері великими дозами стрептоміцину.

Майже всі антибіотики здатні в тій чи іншій мірі проникати через плаценту. Протипоказано приймати під час вагітності антибіотики з ряду аміноглікозидів, тетрациклінів та ін. Ступінь впливу антибіотиків на ембріон залежить не тільки від властивостей антибіотика, а і від стадії розвитку ембріона на момент застосування матер'ю ліків. Тому вагітній ні в якому разі не можна займатися самолікуванням.

Вплив лікарських засобів під час вагітності чи пологів

	Лікарські препарати	Вплив на новонародженого
1.	Седативні та снодійні засоби: бензодіазепіни (хлорзепід, сібазон, феназепан та ін.); барбітурати (фенобарбітал і таке ін.)	Гіпотермія, гіпотонія, апное, синдром відміни. Депресія, синдром відміни.
2.	Опіати	Депресія, синдром відміни
3.	Загальні та місцеві анестетики	Брадикардія, апное, Судоми, збудження, опістотонус, тахікардія, метаболічний ацидоз
4.	Фенотіазини (аміназін і його аналоги)	Екстрапірамідні розлади
5.	Нестероїдні протизапальні засоби (індометацин і таке інше)	Порушення кардіопульмональної адаптації
6.	Антитиреоїдні засоби	Зоб
7.	В-андреноблокатори	Тривала брадикардія, гіпоглікемія

Перелік лікарських засобів, які становлять небезпеку

Для дітей при грудному годуванні

1.	Засоби, які діють на ЦНС	Фенобарбітал, тіопентал, аміназін, сібазон* (діазепам, седуксен, реланіум), мепротан* (мемпробамат), дифенін, гексамідин* (великі дози), фенацетин, парацетамол, літію карбонат, мікаліт
2.	Антикоагулянти	Неодикумарин, фенілін
3.	Гіпотензивні і судинорозширювальні засоби	Резерпін, анаприлін* (обзидан, індерал), теофілін*, алкалоїди ріжків
4.	Серцеві глікозиди	Дигоксин
5.	Послаблювальні засоби	Препарати з листків сени
6.	Діагностичні засоби	Радіоактивний йод (J131)
7.	Засоби, які впливають на обмін речовин	Кортизон і аналоги у великих дозах, естрогени*, гестаген*, прогестино-гестагенні препарати*, мерказолін
8.	Хіміотерапевтичні засоби	Левоміцетин, циклосерин*, тетрациклін*, стрептоміцину сульфат, канаміцин, гентаміцину сульфат, кислота налідиксова, метронідазол* (флагіл), бактрим* (бісептол), ізоніазид*, цитостатики

Всі знають про шкodu, якої завдають аборти жінці. Але не всім відомо, що вони негативно впливають і на наступну вагітність. У випадку переривання вагітності у 39,2% жінок наступна вагітність протікає із загрозою переривання або з іншими ускладненнями. Часто після першого аборту жінка стає безплідною. Це треба врахувати, коли постане питання, зберегти чи перервати першу вагітність.

Таким чином, для нормального внутрішньоутробного розвитку та народження повноцінної дитини необхідно під час вагітності виключити вплив негативних факторів, а особи, які відносяться до

груп "ризик", потребують ретельного догляду і обстеження під час вагітності для своєчасного виявлення вад розвитку.

Жінок, які працюють на підприємствах, де специфіка роботи пов'язана з впливом шкідливих речовин на вагітність, згідно з існуючим трудовим законодавством, негайно переводять на іншу роботу.

VIII. Гігієна та дієтика вагітних

В організмі жінки під час вагітності відбуваються зміни, які пов'язані з розвитком плода і характеризуються підвищенням навантаженням на функції всіх органів і систем. На організм вагітної і плід діють сонячне проміння, повітря, вода. Під впливом фізичних вправ загартовується організм вагітної, поліпшуються обмінні процеси між організмом матері і плода.

Для нормального перебігу вагітності жінка повинна дотримуватись відповідного режиму праці і відпочинку.

Згідно з законодавством України вагітні жінки звільняються від роботи в нічний час, переводяться на легку роботу не зв'язану з впливом шкідливих виробничих факторів.

Необхідною умовою нормального виношування вагітності є гігієнічний догляд за шкірою. Відомо, що "чиста" шкіра добре "дихає". Вагітна повинна приймати 2 рази в день душ, вранці і ввечері, щоденно обтирати тіло рушником, змоченим у воді кімнатної температури.

Категорично забороняється вагітним паритися, парити ноги, приймати ванну в останні терміни вагітності. Гігієнічні спринцювання під час вагітності протипоказані.

Вагітна повинна слідкувати за станом зубів і чистотою порожнини рота. Карієс зубів, гінгівіт та інші запальні процеси необхідно своєчасно лікувати.

Зовнішні статеві органи необхідно обмивати теплою водою з милом 1-2 рази в день.

Особливу увагу під час вагітності необхідно приділяти молочним залозам. Молочні залози і підпахвинні впадини щоденно обмивають водою кімнатної температури, з наступним обтиранням грубим рушником. При плоских або втягнутих сосках рекомендується їх легкий масаж з витягуванням 2-3 рази на день по 3-4 хвилини починаючи з 34-35 тижня вагітності.

З перших днів вагітності необхідно чергувати роботу з відпочинком через кожні 40-50 хвилин, не бажано робити різкі рухи, піднімати важкі предмети.

Дуже важливо створити емоційно сприятливу обстановку для вагітної. Доцільно гуляти декілька разів на день по 1-2 години.

Сон повинен тривати не менше 8 годин на добу. Перед сном бажано здійснити прогулянку, або провітрити кімнату. Здоровим вагітним дозволяються повітряні та сонячні ванни. Тривалість повітряних ванн спочатку повинна бути 5-10 хвилин при температурі повітря 20-22°C. Сонячні ванни (з 8 до 11 год. із 17 до 19 год.) призначаються на 10-15 хв. з урахуванням стану нервової, серцево-судинної та інших систем. В осінньо-зимовий час призначають ультро-фіолетове опромінення.

Одяг вагітна повинна носити бажано бавовняний, чистий, зручний і вільний. Взуття повинно бути зручним та на широкому підборі.

Статеві зносини в перші 2 місяці і за 2 місяці до пологів повинні бути припинені.

8.1. Харчування вагітних

Питання про роль харчування матері для розвитку плода в різні часи оцінювалось не однаково. Первісно вважали, що харчування матері не має значення для розвитку плода, що плід споживає із організму всі необхідні йому речовини незалежно, в якій кількості поступають вони в організм матері. В протилежність цьому дослідження середини ХХ ст. показали, що голод і хронічне недоїдання під час вагітності викликають самовільні викидні, передчасні пологи, народження мертвих дітей і дітей з гіпотрофією. Головне значення в патогенезі пренатальної дистрофії належить дефіциту білка в харчовому раціоні жінки. Клінічні спостереження показали, що рівень гіпотрофії плода залежить від рівня білка в крові матері.

Велике значення для розвитку плода мають вітаміни і мікроелементи. Мікроелементи (кобальт, цинк, мідь, марганець) входять до складу гормонів, ферментів і вітамінів, які забезпечують метаболічні процеси в тканинах ембріона і плода. Неповноцінне харчування призводить до ускладнення вагітності гестозами, які виникають у ослаблених виснажених жінок. Поширеною формою харчової недостатності є нестача заліза, значну частину якої пов'язують з вживанням нездорової їжі, особливо дівчатами підліткового віку, які крім цього втрачають залізо під час менструальних кровотеч. Тому їм (це стосується і вагітних жінок) рекомендується вживати продукти, які містять у собі розчинні форми сполук заліза з гемом.

Вагітність вже в ранні терміни призводить до перебудови обміну речовин в організмі жінки. Рекомендується, особливо в першій половині вагітності, чотириразове харчування. Перший сніданок повинен містити 25-30% добової кількості, другий – 10-15%, обід – 40-50%, вечеря – 15-20%. Добовий раціон харчування для жінки середнього зросту та маси тіла (58-65 кг) повинен становити 2400-2700 ккал.

В останні місяці вагітності необхідно харчуватися 5-6 разів на добу, а загальна калорійність добового раціону повинна бути збільшена до 2800-3000 ккал. Необхідно, щоб їжа містила всі необхідні поживні речовини. В другій половині вагітності необхідно дотримуватись переважно молочно-рослинної дієти. Дуже корисне вживання фруктів, ягід, овочів в сирому вигляді як продуктів, які містять безліч вітамінів, необхідних для нормального розвитку плода. Кількість рідини має складати 1-1,5л (включаючи супи, молоко, чай, компоти). У харчовому раціоні вагітних має бути достатня кількість різних мікроелементів, зокрема цинку, міді, заліза, кальцію, калію та ін.

Головні вимоги до харчування – це задовольнити потреби вагітної жінки.

Мінімальні потреби до складових частин харчування жінки наведені у таблиці.

Харчування жінки

Денні потреби	Не вагітної жінки	Вагітної	Вагітної дівчинки-підлітка	Функції в організмі	Джерела в їжі
Калорії	2000 ккал	2300 ккал	2400 ккал	Забезпечують енергією	Потрібна достатня кількість, щоб забезпечити набирання ваги до 10 кг
Білки	46 г	60 г	62 г	Ріст і підтримання плода, утворення материнських тканин (грудей, матки; метаболізм енергії)	Молоко, сир, йогурт, бобо-ві, яйця, м'ясо, птиця, риба, печінка
Вуглеводи та жири				Вуглеводи та жири служать джерелом енергії	Вуглеводи: молоко, фрукти, ово-чі; хліб та круп'яні каші Жири: масло,

					горіхи, олія, сметана
<i>Кальцій</i>	800 мг	1200 мг	1200 мг	Утворення кісток і зубів; згущення крові, тонус м'язів, забезпечення проникності оболонок	Са – молоко та молочні продукти, червона риба (лосось), бобові, брокко-лі, жовток, горіхи, сухо-фрукти, тем-но-зелені листки овочів
Фосфор	800 мг	1200 мг	1200 мг	Енергія для скорочення м'язів, перетворення глікоге-ну на глюкозу, утворення (по-будова) і від-новлення тка-нин	Мигдаль, бо-би, висівки, вівсяні виро-би, сир, ка-као, яйця, пе-чінка, моло-ко, горох
<i>Залізо</i>	18 мг	30 мг	30 мг	Утворення нор-мальних клітин крові. Плід особливо гост-ро потребує їх після 20 тижня	Худе м'ясо, печінка, тем-но-зелені листки ово-чів, чорно-сливовий сік, круп'яні ка-ші, яйця, зба-гачений хліб, сухофрукти
<i>Йод</i>		175 мікрограм/день	175 мікрограм/день	Запобігає роз-витку пошкод-жень мозку	Споживання йодистої солі
<i>Натрій</i>		2-3 г	2-3 г	Нормальний метаболізм і регуляція ба-лансу рідини	Свіжі продук-ти, приправ-лені до смаку під час приго-тування
Магній		320 мг	320 мг	Важливий для клітинного об-міну речовини та структурно-го росту	Молоко, цілі злаки, зелені паростки бу-ряка, горіхи
<i>Фолієва кислота</i>	0,4 мг	0,8 мг (лише тим жінкам, які мали раніше невральний дефект при трубній вагітнос-ті й планують завагітні-ти знову)	0,8 мг	Запобігає ви-никненню де-фіциту фоліє-вої кис-ти при анемії, вироб-лення нуклео-білків. Утво-рює гем (небіл-кову частину гемоглобіну)	Зелені листки овочів, нир-ки, печінка, дріжджі, зем-ляні горіхи
<i>Вітамін А</i>	800 мікрограм	800 мікрограм	800 мікрограм	Ріст клітин епі-телію (шлунко-во-кишковий тракт і шкіра). Метаболізм вуглеводів і жирів. Форму-вання здорових	Зелені та жовті овочі, печінка риб, нирки, печін-кова олія, мо-локо, жовтки, сметана, мас-ло, маргарин з

				очей. Підвищує опірність організму до інфекцій.	добавками, помідори, морква, апельсини
<i>Вітамін B₆</i> <i>Вітамін B₁₂</i>	1,6 мг 2,0 мікрограм на день	2,2 мг 2,2 мікрограм на день	2,2 мг 2,2 мікрограм на день	Життєвонеобхідні для клітинного дихання, оксидації глюкози та метаболізму енергії	Дріжджі, м'ясо, злаки, печінка, риба, картопля
<i>Вітамін C</i>	60 мг	70 мг	70-80 мг	Формування й розвиток сполучних тканин та судинної системи, зубів і кісток. Необхідні для утворення колагену	Шипшина, цитрусові, томати, дині, суніці, брокколи, листки зелених овочів
<i>Вітамін D</i>	5-10 мікрограм/ день	10 мікрограм/ день	10 мікрограм/ день	Абсорбція й використання кальцію й фосфору під час формування скелету, зубів, крові, інших тканин, сприяє розвитку м'язового тону. Попереджує розвиток рахіту у плода.	Збагачене молоко, масло, маргарин, печінка, жовтки, риб'ячий жир, кукурудзяні палички
<i>Вітамін E</i>	8 МО	10 МО	10 МО	Приймає кисень, забезпечує рухомість і здоров'я клітинної оболонки. Особливо необхідний жінкам, в анамнезі яких є недоношені вагітності.	Овочеві масла і олія, цілісні злаки, зелені овочі, яйця
<i>Рідина</i>	8-10 склянок на день			Допомагають підтримувати функції організму (травлення, асиміляцію, виведення рідин). Забезпечують рівновагу рідини в організмі	

При нормальному перебігу вагітності збільшення маси тіла в другій половині вагітності не повинно перевищувати 350-400г на тиждень, а за всю вагітність 8-10кг.

Для нормалізації функції кишківника необхідно натщесерце випивати склянку холодної води щоранку.

Не рекомендується вживати гострі страви та алкоголь. Відпочинок після їжі повинен бути не менше 1,5 год. Останній прийом їжі повинен бути не пізніше 2-3 години до сну.

Під час вагітності необхідно займатися лікувальною фізкультурою, яка підвищує фізичні можливості організму жінки, створює відчуття бадьорості, покращує настрій та апетит. У процесі фізичної підготовки вагітні навчаються керувати диханням, при виконанні вправ зміцнюються м'язи черевного преса та тазового дна.

Для вагітних розроблені основні комплекси вправ, які наведені в відповідному розділі. Ознайомившись в жіночій консультації з комплексом різних вправ, вагітна може виконувати їх удома, поступово регулюючи навантаження.

ІХ. Допомога під час пологів. Догляд за роділлею. Первинний туалет новонародженого

Вагітність і пологи – це абсолютно новий досвід для вперше вагітної жінки, а жінка, якій вже довелося народжувати дітей, – не може бути абсолютно впевненою в тому, якими будуть пологи на цей раз. Жінка стикається з фактом народження нової дитини, який доповнюється відчуттям втрати контролю над власним тілом та болісністю пологів.

Вагітність – фізіологічний процес, котрий в організмі здорової жінки протікає без ускладнень і закінчується пологами в терміні 39-40 тижнів.

Пологи – це процес вигнання з матки через природні родові шляхи плода, посліду та навколоплідних вод. Пологи в терміні 38-40 тижнів вважаються своєчасними. Пологи від 28 до 37 тижнів вагітності називаються *передчасними*, а в 41-42 тижні – *запізнилими*.

Фізіологічний перебіг пологів можливий лише при наявності сформованої родової доміанти, тобто при біологічній готовності організму до пологів.

Формування готовності організму до пологів закінчується протягом останніх 2-3 тижнів вагітності. Це дає підставу виділити так званий підготовчий період (передвісники пологів).

Підготовчий період переходить в прелімінарний період, а прелімінарний – в пологи.

Підготовчий період – характеризуються наступними ознаками:

- за два тижні до пологів предлегла частина плода та дно матки опускається, що обумовлено формуванням нижнього сегменту матки, жінка відчуває полегшення;
- зниженням маси тіла вагітної (на 400-1000г);
- частішим сечовиділенням;
- збільшенням секреції із піхви і появи слизових виділень;
- помірною болючістю внизу живота, попереку і крижово-здухвинному сполученні;
- безболісними нерегулярними по частоті, інтенсивності і тривалості скороченнями матки.

Нормальний прелімінарний період характеризується появою при доношеній вагітності нерегулярного по частоті, тривалості і інтенсивності болю переймоподібного характеру внизу живота і в поперековій ділянці. Прелімінарний період триває близько 6 годин. Ритм сну при цьому порушується. Спостерігається поступове збільшення інтенсивності і частоти переймоподібного болю, який переходить в регулярні родові перейми.

При зовнішньому обстеженні визначається звичайний тонус матки, серцебиття плода ясне, ритмічне. При піхвовому обстеженні шийка матки звичайно “зріла”, мають місце слизові виділення, окситоциновий тест позитивний.

Патологічний прелімінарний період має характерну клінічну картину. Відмічається нерегулярний по частоті, тривалості і інтенсивності переймоподібний біль внизу живота, в ділянці поперека і куприка. Біль триває понад 6 годин, порушує добовий ритм сну, що викликає втомленість жінки.

Тонус матки звичайно підвищений, особливо в ділянці нижнього сегменту, предлегла частина плода розміщена високо, погано пальпуються частини плода.

При піхвовому обстеженні мають місце підвищений тонус м'язів тазового дна, звуження піхви, шийка матки, як правило, “незріла”. Незважаючи на тривалий переймоподібний біль, в шийці матки не відбуваються структурні зміни і відсутнє її розкриття.

Родові виганяючі сили – це перейми і потуги. Початок родової діяльності характеризується появою регулярних скорочень матки. Перейми носять періодичний характер, спочатку вони виникають з проміжками 10-15 хвилин і тривають 10-15 секунд, потім перейми частішають: проміжки 3-4 хвилини і тривалість до 40-50 сек.

За час перейм нижній сегмент матки ще більше, ніж під час вагітності, розтягується і стає більш тонким; шийка матки коротшає, згладжується і поступово розкривається.

Родові перейми переходять в потуги, які включають в процес вигнання плода, крім скорочень матки, скорочення м'язів черевного пресу, діафрагми, тазового дна, верхніх і нижніх кінцівок.

Потуги виникають рефлекторно, внаслідок подразнення нервових закінчень шийки матки, піхви, м'язів і фасцій тазового дна. На відміну від перейм, роділля може регулювати силу і тривалість потуг.

9.1. Періоди пологів

У пологах виділяють три періоди:

- *перший* – період розкриття (з початку перших регулярних перейм тривалістю 10-15 сек. через 10-15 хв. до повного відкриття шийки матки). Розкриття вважають повним, якщо шийка матки

розкрилася на 10-12 см. При такому розкритті шийка матки пропускає голівку і тулуб зрілого плода.

Тривалість періоду розкриття у роділь, що народжують вперше – 12-14 год., у повторнонароджуючих – 7-8 год. **Стрімкими** є пологи, котрі у першонароджуючих продовжуються менш 4 год., а у повторнонароджуючих – менш 2 годин. **Швидкими** називаються пологи загальною тривалістю у першонароджуючих до 6 годин, а у повторнонароджуючих до 4 годин;

- *другий* – період вигнання плода починається після повного відкриття шийки матки (10-12 см) і закінчується народженням плода.

Під час другого періоду пологів завершується біомеханізм пологів. Тривалість другого періоду пологів у середньому складає при перших пологах 1-1,5 години, при повторних – 30-60 хв.;

- *третій* – послідовий період. Починається після народження дитини і закінчується народженням посліду.

Послідовий період завжди супроводжується крововтратою. *Фізіологічною* крововтратою вважається крововтрата до 400 мл (в середньому складає 250 мл), але слід розраховувати допустиму крововтрату. *Допустимою* є крововтрата, що складає 0,5% від маси тіла роділлі; *патологічною* – крововтрата більше 0,5% від маси тіла роділлі. Тривалість послідового періоду – від 5 до 30 хвилин.

9.1.1. Період розкриття шийки матки

Скорочення матки (перейми) частішають і стають регулярними, тривалими, інтенсивність їх наростає.

Поява регулярних перейм характеризує початок пологів. Від початку пологів до їх закінчення вагітна називається “роділлю”. Перейми – це мимовільне скорочення м'язів матки. Проміжки між переймами називаються паузами. Розкриття шийки матки відбувається за рахунок скорочення (контракція) і переміщення (ретракція) по відношенню одне до іншого м'язових волокон тіла і дна матки, а також за рахунок розтягнення (дистракція) м'язів шийки і частково нижнього сегменту матки. В процесі пологів стінка тіла матки потовщується, а стінка нижнього сегменту і шийки матки тоншає.

Скорочення матки в нормі розпочинаються в ділянці дна, потім розповсюджуються вниз, до нижнього сегменту. Обидві половини матки, права і ліва, в нормальних умовах скорочуються під час перейм одночасно. Кожна перейма починається поступовим наростанням сили скорочень матки. Матка стає все більш і більш щільною і протягом декількох секунд досягає найвищого напруження, після чого починається поступове її розслаблення.

На початку пологів кожна перейма триває 10-15 сек., а під кінець пологів тривалість її збільшується до 1 хвилини. Пауза між переймами на початку пологів 10-15 хвилин, в кінці періоду розкриття 3-4 хвилини.

Латентна фаза – проміжок часу від початку регулярних перейм до появи структурних змін в шийці матки (до відкриття маткового вічка на 3-4 см). Тривалість латентної фази у першороділь 6-7 годин, у повторнороділь 4-5 годин. Швидкість розкриття шийки матки в латентну фазу 0,35 см/год.

Активна фаза характеризується швидким розкриттям маткового вічка; у першороділь швидкість розкриття шийки матки 1,5-2 см/год., у повторнороділь – 2-2,5 см/год. Шийка матки розкривається від 3 до 8 см.

Фаза сповільнення – шийка матки розкривається від 8 до 10 см, розкриття іде більш низькими темпами 1-1,5 см/год.

Під час кожної перейми підвищується внутрішньоматковий тиск, котрий передається на плідне яйце (плід, плідні оболонки, навколоплідні води). Навколоплідні води під впливом внутрішньоматкового тиску переміщуються вниз до виходу із матки, в результаті чого плідний міхур у вигляді клину вип'ячується в канал шийки матки. Предлегла частина (голова) фіксується у вході в малий таз і утворює *внутрішній пояс прилягання*, коли нижній сегмент матки охоплює предлеглу частину плода щільним кільцем. Навколоплідні води при цьому розділяються на передні і задні. При такому щільному торканні стінок тазу з нижнім сегментом матки, охоплюючи предлеглу частину, утворюється *зовнішній пояс прилягання*.

В період розкриття відбувається згладжування шийки матки та її розкриття. Цей процес у першо- і повторнороділь відбувається по-різному.

У першороділь спочатку відбувається розкриття внутрішнього маткового вічка, згладжування шийки матки і потім розкриття зовнішнього вічка шийки матки до 10-12 см.

Процес розкриття шийки матки у повторнороділь протікає по-іншому. В кінці вагітності у них, як правило, канал шийки матки відкритий на 2-3 см в результаті його розтягнення при попередніх пологах. Тому під час перейм згладжування шийки і розкриття її каналу по всій довжині відбувається одночасно.

При повному чи майже повному розкритті шийки матки плідний міхур розривається і виливаються передні навколоплідні води. Задні води, як правило, виливаються разом з народженням дитини.

Вилиття навколоплідних вод при повному чи майже повному розкритті шийки матки називається *своєчасним*; вилиття навколоплідних вод до початку пологової діяльності називається

передчасним; вилиття навколоплідних вод в першому періоді пологів до повного розкриття шийки матки називають *раннім*. Інколи плідний міхур не розривається, не дивлячись на повне розкриття шийки матки, внаслідок надмірної щільності оболонок. Вилиття навколоплідних вод у другому періоді пологів називають *запізнілим*.

Після повного розкриття шийки матки починається період зігнання плода.

9.2. Період зігнання плода

Періодом зігнання плода називається час від моменту повного розкриття шийки матки до народження плода.

Після повного розкриття шийки матки і вилиття навколоплідних вод порожнина матки і піхва зливаються в єдиний пологовий канал. До скорочень матки синхронно приєднуються скорочення м'язів черевної стінки, діафрагми, тазового дна, верхніх і нижніх кінцівок. Розпочинаються потуги.

Потугою називається синхронне скорочення м'язів матки і м'язів черевного пресу. В результаті потуг внутрішньоматковий тиск підвищується ще більше, ніж в період розкриття. Їх сила повністю направлена на вигнання із матки плода.

Плід, роблячи ряд складних рухів, наближається передлеглою частиною до тазового дна і тисне на нього. Скорочення черевного пресу, що виникають рефлекторно, викликають і підсилюють потуги, котрі повторюються спочатку кожні 4-5 хвилин, в потім – кожні 1-2 хвилини тривалістю до 1-1,5 хвилини.

Передлегла частина плода розтягує статеву щілину, народжується, а за передлеглою частиною народжується і тулуб. Період зігнання продовжується у першороділь 1-1,5 год., у повторнороділь від 30 хв. до 1 год. Під час зігнання плода із статевих шляхів він робить ряд поступальних і обертальних рухів, які називають *біомеханізмом пологів*.

Майже в 94% пологів плід народжується в передньому виді потиличного передлеження, при якому біомеханізм складається з 4-х моментів.

I момент – згинання голівки плода в площині входу в малий таз. Внаслідок згинання голівки мале тім'ячко розміщується на нижньому полюсі передлеглої частини, наближаючись до провідної осі тазу; стає *провідною точкою*.

Провідною точкою вважається найбільш низько розташована точка передлеглої частини, котра іде попереду по осі тазу і першою з'являється із статевої щілини. Внаслідок згинання голівка плода проходить через площини тазу найменшим розміром (9,5 см).

Згинання голівки найбільш легко і просто пояснюється законом двоплевого важеля. Більше плече важеля – лицева частина голівки плода, менший важіль – потилична частина. Внаслідок тиску на такий різноплековий важіль коротке плече важеля (потилиця) опускається, довге (лоб) піднімається, тобто голівка плода згинається. **(мал.7)**

II момент – внутрішній поворот голівки. відбувається при переході із широкої у вузьку частину порожнини малого тазу.

Голівка повільно повертається навколо своєї повздовжньої осі так, що потилиця направляє вперёд, до симфізу, а обличчя до куприка. При цьому стрілоподібний шов поступово міняє своє положення, переходячи із поперечного розміру в косий, потім із косого розміру в прямий розмір виходу із малого тазу. **(мал.8)**

III момент – розгинання голівки. **(мал.9)**

Відбувається в площині виходу із малого тазу. Стрілоподібний шов співпадає із прямим розміром площини виходу із малого тазу. *Точка фіксації* утворюється між нижнім краєм лонного сполучення і підпотиличною ямкою. Навколо точки фіксації відбувається розгинання голівки плода і народження тім'я, чола, обличчя, підборіддя. Під час народження голівки плечики плода вступають в малий таз в одному із косих розмірів входу до малого тазу.

IV момент – внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот голівки плода. **(мал.10)**

Плечики, встановившись в одному із косих розмірів в площині входу в малий таз, роблять в площині тазу свій поворот, котрий закінчується на тазовому дні. Плечики встановлюються прямим розміром в прямому розмірі виходу із малого тазу. Голівка плода повертається обличчям до стегна матері (при першій позиції – до правого, при другій – до лівого). Починається народження плечиків. Переднє плечико вступає під лонну дугу і упирається в нижній край симфіза (точка фіксації між місцем прикріплення дельтоподібного м'яза до плечової кістки і нижнім краєм симфіза), відбувається згинання тулуба в грудному відділі. Першим народжується заднє плечико, потім – переднє. Після народження плечового пояса відбувається народження інших частин плода і розпочинається третій (останній) період.

9.3. Послідовий період

Послідовий період – це час від народження плода до народження посліду.

Послід складається із плаценти, пуповини і навколоплідних оболонок.

В послідовому періоді виділяють дві фази: *фаза відділення плаценти від стілки матки і фаза виділення посліду*.

Фаза відділення плаценти ведеться пасивно – вичікувально, а фаза виділення або народження відділеного посліду – активно.

Протягом декількох хвилин після народження плода матка знаходиться в стані тонічного скорочення. Потім починається ритмічне скорочення матки (послідові перейми) і плацента починає відокремлюватися від стінки матки. Плацента не здатна до скорочень, а плацентарна ділянка скорочується під час перейм, що веде до порушення зв'язку між плацентою і стінкою матки, розриву матково-плацентарних судин. Утворюється ретроплацентарна гематома – накопичення крові між плацентою і стінкою матки.

Накопичення крові сприяє подальшому відокремленню плаценти, вона все більше і більше випинається у бік порожнини матки. Цей спосіб відділення плаценти називається центральним (по Шульце). Плацента народжується вивернутою назовні своєю плодовою поверхнею, покритою водною оболонкою. При другому способі (по Дункан) відділення плаценти розпочинається не з центру, а з периферії. Тому кров, що витікає із розірваних судин, не утворює ретроплацентарної гематоми, а вільно стікає вниз, відокремлюючи на своєму шляху оболонки. Плацента народжується в складеному вигляді, з вивернутою назовні материнською поверхнею.

При центральному способі відділення плаценти зовнішньої кровотечі немає. Ретроплацентарна гематома народжується разом з плацентою. Відділення плаценти з периферії супроводжується кров'яними виділеннями, а інколи і кровотечею. Послідовий період продовжується в нормі від 5 до 30 хвилин, в середньому 15 хвилин.

Після народження посліду жінка вступає в післяпологовий період і називається породіллю.

9.4. Ведення пологів

При поступленні в пологовий будинок (відділення) вагітна чи роділля пред'являє паспорт і обмінну карту.

Медичному персоналу акушерського стаціонару не можна забувати, що приймально-оглядове приміщення складає той підрозділ, де відбувається перша зустріч вагітної чи роділлі з черговим персоналом. Від особливостей цієї зустрічі залежить в подальшому поведінка жінки в стаціонарі. Яку б психопрофілактичну підготовку до пологів не проходила вагітна, вона завжди переступає поріг пологового будинку з деяким хвилюванням і побоюванням, особливо це стосується першороділь.

Загальновідомо, що контакт між медичним персоналом і хворим повинен виникати при першій же зустрічі, де б вона не проходила, і при цьому перш за все необхідно створити атмосферу довіри і спокою. Особливо це відноситься до діяльності акушерів-гінекологів і акушерок.

При поступленні в пологовий будинок вагітна направляє в кімнату-фільтр, де черговий лікар (чи акушерка) вирішує питання про госпіталізацію її в фізіологічне чи обсерваційне відділення. Для цього знайомляться з даними обмінної карти, збирають анамнез, із якого з'ясовують епідеміологічну обстановку в домі роділлі, звертають особливу увагу на наявність гострих респіраторних захворювань (грип, ГРВІ, особливо в період епідемій), вимірюють температуру тіла, АТ, уважно оглядають зів, шкіру з метою виявлення гнійничкових і грибкових, а також інфекційних (гепатит, гастроентероколіт та ін.) захворювань, з'ясовують тривалість безводного періоду, вислуховують серцебиття плода.

При відсутності ознак інфекції і контакту з інфекційними хворими роділлю госпіталізують у фізіологічне відділення.

9.4.1. Показання для прийому і переводу вагітних, роділь і породіль в обсерваційне відділення пологового будинку

- Прийому в обсерваційне відділення пологового будинку підлягають вагітні і роділлі, що мають:
- лихоманячі стани (температура 37,6°C і вище без клінічно виражених інших симптомів);
 - довготривалий безводний проміжок (вилиття навколоплідних вод за 12 годин і більше до поступлення в стаціонар);
 - тромбофлебіт будь-якої локалізації, гострий або хронічний у стадії загострення;
 - запальні захворювання нирок і сечовивідних шляхів (гостра стадія, загострення хронічного процесу під час вагітності, безсимптомна бактеріурія – 10 КОЕ/мл сечі і більше);
 - прояв інфекції пологових шляхів (кольпіт, цервіцит, кондиліоми, хоріоамніоніт);
 - клінічне або лабораторне підтвердження інфекції з високим ризиком внутрішньоутробного зараження плода (токсоплазмоз, лістеріоз, цитомегалія, краснуха, венеричні захворювання);
 - внутрішньоутробну загибель плода;
 - гостре респіраторне захворювання (грип, ангіна та ін.), прояви екстрагенітальних запальних захворювань (пневмонія, отит та ін.);
 - шкірні захворювання інфекційної етіології;

- туберкульоз (закрита форма будь-якої локалізації при відсутності спеціалізованого стаціонару).

Крім того, госпіталізують в обсерваційне відділення вагітних і роділь, що мають:

- шкірні захворювання неінфекційної етіології;
- при відсутності у них медичної документації;
- для переривання вагітності по медичним і соціальним показникам у II триместрі вагітності;
- при виявленні злоякісних новоутворень;
- аномалії розвитку плода, що виявлені під час вагітності (при відсутності спеціалізованого стаціонару);

- породіллі (протягом 24 годин після пологів) у випадку пологів поза лікувального закладу.

Огляд поступаючих жінок проводиться в оглядовій кімнаті відповідного відділення на спеціальній кушетці, покритій клейонкою і стерильною пелюшкою. В оглядовій обстригають нігті на руках і ногах. Волосся в ділянці лобка і у пахвинних впадинах зривають окремими бритвами з одноразовими лезами, останні викидають після користування. Роділлі ставлять очисну клізму. Після користування туалетом роділлі миється під душем. Для цього вона отримує обеззаражену губку і тверде мило в одноразовій упаковці і комплект стерильної білизни, який включає сорочку, рушник, пелюшку, халат.

В оглядовій після вивчення обігової картки вагітної заповнюється історія пологів. Потім проводять зважування, вимірювання росту, визначають групу крові і резус-належність, вміст гемоглобіну, вимірюють артеріальний тиск, частоту пульсу, беруть мазки із піхви на мікрофлору.

В передпологовій палаті роділлі проводять зовнішнє акушерське обстеження, в результаті якого вимірюють зовнішні розміри таза, ромб Міхаеліса, обвід променезопа'ясного суглобу; прийоми Леопольда (положення, позицію, вид, передлежання плода); обвід живота, висоту стояння дна матки. Вислуховують серцебиття плода акушерським стетоскопом або проводять кардіотокографію (КТГ).

Відмічають відсутність чи наявність набряків. Після санітарної обробки роділлі в оглядовій проводиться внутрішнє (піхвове) акушерське обстеження, після чого обробляють піхву одним із дезінфікуючих розчинів.

9.5. Акушерська оцінка таза вагітної жінки

Акушерська оцінка таза вагітної жінки проводиться шляхом загального огляду (визначається будова тіла, постава), зовнішнє прощупування великого таза і внутрішнього – малого таза (при піхвовому дослідженні), а також шляхом вимірювання зовнішніх розмірів таза за допомогою акушерського циркуля (тазоміра). При зовнішньому огляді велику увагу слід приділити оцінці форми попереково-крижового ромба, або ромба Міхаеліса, який в звичайних умовах приближується до квадрата. При внутрішньому дослідженні оцінюється ємкість малого таза, наявність або відсутність деформації його кісток і визначається діагональна кон'югата (відстань від мису до середини нижнього краю симфіза), по якій судять про величину істинної, або акушерської кон'югати. **(мал.18)**

Вимірювання таза вагітної

Для вимірювання таза вагітна повинна лягти спиною на тапчан, ноги злегка зігнути в колінних і тазостегнових суглобах. Досліджуюча особа підходить до вагітної справа. Гілки тазоміра необхідно захватити біля їх кінцівок пальцями. Загальноприйнято вимірювати чотири зовнішніх розмірів таза (три поперечних і один прямий). При вимірюванні відстані між передньо-верхніми остями клубових кісток (*distantia spinarum*) кінцівки тазоміра слід прижати до зовнішніх поверхонь цих кісткових виступів; звичайно вказаний розмір рівняється 25-26 см. Вимірюючи відстань між гребенями клубових кісток (*distantia cristarum*), кінцівки тазоміра необхідно прижимати також до зовнішньої поверхні гребенів; при цьому слід визначити найбільшу відстань між вказаними двома кістковими точками, які звичайно рівняються 28-29 см. При вимірюванні відстані між великими вертелюгами стегнових кісток (*distantia trochanterica*) кінцівки тазоміра розміщуються в області найбільш віддалених точок вертелюгів: вказаний розмір в середньому рівен 31-32 см.

Для вимірювання зовнішнього прямого розміру – зовнішньої кон'югати (*conjugata externa*) вагітну просять повернутися на лівий бік; ліву ногу вона згинає в коліному і тазостегновому суглобах, а праву випрямляє. Одну кінцівку тазоміра слід прижати до середини верхньо-зовнішнього края симфіза, а другу кінцівку – до надкрижової ямки, тобто до верхнього кута ромба Міхаеліса. Зовнішня кон'югата в середньому рівна 20-21 см. **(рис. 19, 20, 21, 22)**

Вимірювання окружності живота (ОЖ) здійснюється за допомогою сантиметрової стрічки. Вагітна лежить на спині, сантиметрову стрічку прикласти так, щоб ззаду вона проходила на рівні III поперекового хребця, а спереду – на рівні пупка. Найбільша окружність живота виявляється при доношеній вагітності приблизно 98-100 см при відсутності багатовідддя, багатопліддя або великого плода).

Вимірювання висоти стояння дна матки (ВСДМ).

Кінчик сантиметрової стрічки притискають правою рукою до середини верхнього края симфізу, а лівою рукою натягують стрічку по поверхні живота до області дна матки, визначаючи тим самим

відстань між вказаними точками по передньому півколу живота і, відповідно, матки. Висота стояння дна матки зростає по мірі збільшення терміну вагітності. Слід пам'ятати, що перед вимірюванням висоти стояння дна матки вагітна жінка повинна спорожнити сечовий міхур, інакше будуть отримані неточні дані вимірювань.

Передбачувана маса плода вивчисляється за формулою ОЖ x ВСДМ.

9.6. Спостереження за роділлем в період розкриття

Перший період пологів роділля проводить в передпологовій палаті. За нею безперервно спостерігають лікар і акушерка: проводять постійний контроль за загальним станом, пульсом, артеріальним тиском (на обох руках), характером пологового процесу (тривалість та інтенсивність перейм, інтервал між ними), вставлення і рух передлеглої частини плода, серцебиття плода (число ударів за хвилину, ритм, характер), стан плідного міхура (вилиття вод), характером виділень із статевих шляхів. Артеріальний тиск потрібно вимірювати кожні 2 години, а по показанням (гестоз, захворювання нирок та ін.) значно частіше. Серцебиття плода при цілому плідному міхурі вислуховується кожні 20-30 хвилин, при виливлившихся водах – кожні 5-10 хвилин.

При всіх змінах з боку роділлі чи плода медсестра чи акушерка терміново повідомляє лікаря.

В обов'язки медичної сестри входить контроль за своєчасним випорожненням сечового міхура. Сечовий міхур роділлі потрібно випорожнювати кожні 2 години, якщо вона не може зробити цього самостійно, то проводять катетеризацію сечового міхура резиновим катетером. Очисна клізма роділлі проводиться через 12 годин.

Піхвове обстеження обов'язково проводить лікар двічі: при поступленні роділлі в стаціонар (попередньо беруть вміст піхви для обстеження на флору при цілому плідному міхурі) і відразу після вилиття навколоплідних вод. В першому періоді пологів піхвове обстеження слід проводити не рідше, ніж через 6 годин для спостереження за динамікою пологового процесу, діагностикою відхилення від нормального перебігу пологів і своєчасного лікування виявленої патології. При обґрунтованих показаннях обстеження можна проводити через будь-який проміжок часу. Результати обстеження слід заносити в історію пологів. При нормальному перебігу пологового процесу записи роблять кожні 2 години, при раньому (передчасному) вилитті навколоплідних вод – кожних години.

9.6.1. Період зігнання

При появі потуг роділлю переводять в пологову залу. В пологовій залі необхідно постійно мати стерильну крапельницю з ізотонічним розчином натрію хлориду, яку міняють кожні 12 годин. Двері до пологової зали тримають постійно закритими. Вхід до пологової зали персоналу відділення, що не приймає безпосередньої участі в веденні пологів, заборонений. В пологовій залі потрібно працювати тільки в масках. Стан роділлі оцінюють за кольором шкіри, слизових оболонок, пульсу, артеріального тиску. Постійно контролюється характер пологової діяльності: частота, сила і тривалість потуг, стан нижнього сегменту матки, висота стояння контракційного кільця.

Уважно слідкують за станом плода шляхом вислуховування його серцебиття після кожної потуги.

В періоді зігнання ведеться спостереження за станом зовнішніх статевих органів. Можливі набряки малих і великих статевих губ, поява кров'янистих виділень із статевих шляхів і т.п.

До прийому пологів потрібно приступати в момент врізування голівки – підготуватися до проведення акушерської допомоги в пологах. Акушерка перед прийомом пологів миє руки так, як для хірургічної операції по одному із затверджених способів, надіває стерильну маску, стерильний халат і рукавички. В процесі прийому пологів використовують тільки стерильний медичний інструментарій і матеріал.

Зовнішні статеві органи роділлі, промежину і внутрішню поверхню стегон обробляють 1% розчином йодоната, ділянку анального отвору закривають стерильною пелюшкою.

Після того, як голівка вже врізалась і не ховається при закінченні потуги, проводиться акушерська допомога – захист промежини і обережне виведення плода із статевих шляхів. **(мал.11 а, б, в). (мал.12 а, б, в)**

Захист промежини складається із 5 моментів:

I момент. Акушерка стає справа від роділлі. Долонею лівої кисті упирається в лобок, а дистальними фалангами пальців обережно надавлюють на голівку плода, стримуючи її стрімкий рух і згинаючи її в сторону промежини *попереджуючи передчасне розгинання голівки*, так як в зігнутому стані голівка прорізується найменшим обводом (32 см), що проходить по малому косому розмірі.

II момент. Одночасно правою рукою *зменшується напруження тканин промежини*. З цією метою під час потуги долонна поверхня кисті правої руки розміщується на промежині і підтримує її. Між потугами пальці лівої руки залишаються на голівці плода, а пальці правої руки зменшують розтягнення тканин в задне-бокових відділах вульварного кільця, проводиться "зайом тканин" з сусідніх участків вульварного кільця, тобто бокові тканини переміщуються по можливості назад, в

сторону промежини.

III момент. *Виведення голівки плода із статевої щілини поза потугою.*

Як тільки народиться потилична частина голівки і ділянка підпотиличної ямки (точка фіксації) упреться в нижній край симфізу, роділлі забороняють тужитися (руки перевести на груди, дихати через рот) без участі потуги звільняють тім'яні бугри: з них пальцями обережно знімають бокові краї вульварного кільця. Потім частину голівки, що народилася, захвачують всією лівою рукою і обережно її розгинають, при цьому правою рукою з голівки знімають тканини промежини. Над промежиною спочатку з'являється чоло, потім обличчя і підборіддя.

Після народження голівки потрібно перевірити, чи немає обвиття пуповини навколо шиї плода. Якщо воно є, то петлю пуповини потрібно обережно натягнути і зняти з шиї через голову або перерізати між двома зажимами. Далі необхідно відсмоктати вміст ротоглотки і носоглотки стерильною грушею або електричним відсмоктувачем.

IV момент. *Зменшення напруження тканин промежини при звільненні плечового поясу, внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот голівки.* Звичайно голівка, що народилася, самостійно повертається обличчям до правого чи лівого стегна матері (в залежності від позиції). Якщо зовнішній поворот голівки затримується, потрібно запропонувати роділлі потужитися. Під час потуги плечі роблять внутрішній поворот, встановлюючись в прямому розмірі виходу із тазу. Вони прощупуються через вульварне кільце. Вслід за цим плечі звичайно народжуються. Прорізування плечиків потребує особливої уваги акушерки, так як значне розтягнення м'яких тканин промежини може привести до її розриву. Акушерка бере голівку плода таким чином, щоб долоні рук лягли на ділянку вух. Кінці пальців не повинні торкатися шиї (небезпека здавлювання судин). Голову обережно відтягують донизу до тих пір, поки переднє плечико не підійде під лонне сполучення.

V момент. *Звільнення плечового поясу і народження тулуба.* Звільнення заднього плечика: голівка захоплюється лівою рукою і відводиться до симфіза; правою рукою обережно знімаються тканини промежини з заднього плеча.

Після народження плечового поясу тулуб дитини обхвачується обома руками, кінці пальців знаходяться в пахвинних впадинах. Тулуб направляється вгору і без труднощів виводиться із пологових шляхів.

Після народження голівки плода необхідно відсмоктати вміст ротоглотки і носоглотки стерильною грушею або катетером. Новонародженого положити на підігрійтий стерильний лоток нижче рівня плаценти. Коли пульсація пуповини зникає, новонародженого відділяють від матері. Для цього на пуповину накладають 2 затискачі Кохера – один на відстані 10 см від пупкового кільця, другий – на 2 см зовні від нього, а між ними змазують пуповину 5% розчином йоду і пересікають (1-й етап обробки пуповини).

Ранню перев'язку пуповини (відразу після народження, не чекаючи зникнення пульсації пуповини) потрібно проводити при ізоімунній сенсibiliзації, гострій інтранатальній гіпоксії плода, при ознаках внутрішньоутробного інфікування.

Первинний туалет та догляд за новонародженими у пологовій залі.

Перший туалет новонародженого проводить акушерка в спеціально відведеному місці пологового залу чи дитячій кімнаті. Вона обтирає шкіру дитини від змазки, слизу і крові за допомогою марлевої серветки, змоченої в стерильному вазеліновому маслі. Купання новонародженого проводиться лише при забрудненні шкіри кров'ю, інфікованими навколоплідними водами, меконієм, після проходження дитини через інфікований несанований родовий канал, а також після позалікарняних пологів.

Перед перев'язкою пуповини акушерка вдруге мие і стерилізує руки та надягає стерильні рукавички.

На сповивальному столі акушерка протирає залишок пуповини стерильною марлевою серветкою і туго затискує пуповину між вказівним та великим пальцями і тричі протирає його тампоном з 96° спиртом. На залишок пуповини довжиною 5 см накладають шовкову лігатуру і на відстані 2,5 см зовні пуповину перерізають стерильними ножицями. Поверхню пуповини обробляють розчином йоду (2 етап обробки пуповини). Культю об'язують марлевою серветкою у вигляді ковпачка.

Для профілактики гонобленореї повіки дитини протирають сухою стерильною ватою від зовнішнього до внутрішнього кута ока. Потім, відтягнувши повіки, акушерка наносить на слизову оболонку нижньої перехідної складки по 1 краплі 30% розчину сульфацила натрію в кожне око. Дівчаткам з метою гонопрофілактики зовнішні статеві органи закачують 30% розчином сульфацилу натрію. Повторну обробку проводять у відділенні новонароджених через 2 години після народження дитини.

Потім проводять зважування та визначають зріст немовляти. Маса тіла визначається з точністю до 10,0г, довжина тіла та обвід голівки і грудей до 0,5 см і фіксується в історії розвитку новонародженого з підписом особи, що проводила вимірювання.

Доношена за строком дитина може бути *фізіологічно незрілою*. У цьому разі спостерігається пренатальна гіпотрофія (маса тіла до 2, 8 кг), зниження еластичності і тургору шкіри, гіпертонус м'язів-згиначів, розходження черепних швів. Вушні раковини, статеві органи недорозвинені. Характерна

диспропорція тіла та кінцівок.

Після народження дитини в пологовій залі акушер разом з неонатологом оцінюють стан дитини за шкалою Апгар.

Визначається стан новонародженого відразу після народження (в кінці першої хвилини життя) за частотою та ритмом скорочень серця, за характером дихання, характером тону м'язів, вираженості рефлексів, забарвленню шкіри.

Кожна ознака оцінюється за трибальною системою: 0, 1, 2. Клінічна оцінка стану новонародженого складається із суми, яку отримують з п'яти ознак.

**Клінічна оцінка стану новонародженого
за шкалою Апгар**

	Оцінка, бали		
	0	1	2
Серцебиття	відсутнє	менше 100 уд. за 1 хв.	більше 100 уд. за 1 хв.
Дихання	відсутнє	поверхневе	голосний крик
Забарвлення шкіри	бліде	синюшне	рожеве
М'язовий тонус	млявий	знижений	активні рухи
Рефлекси	відсутнє	недостатньо виражені	добре виражені

Оцінка 0 балів означає відсутність ознаки – асистолія, апноє, атонія, відсутність рефлексу на подразнення та наявність блідої чи різко цианотичної шкіри.

Оцінка 1 бал – різка брадикардія (менше 100 ударів за хвилину), рідкі поодинокі дихальні рухи, низький тонус м'язів, знижена рефлекторна реакція, рожева шкіра (цианоз шкіри кінцівок).

Оцінка 2 бали – стан ознаки нормальний: тони серця ясні, 100-140 за 1 хвилину, дихання глибоке, супроводжується голосним криком немовляти, шкіра рожева, рухи активні, рефлекторна збудливість добра.

У здорових дітей сума балів по шкалі Апгар звичайно складає 8-10 балів. При помірному пригніченні життєвих функцій та у слабких новонароджених загальна сума складає 6-7 балів, при середньому – 4-5. У новонароджених з сильним пригніченням функцій сума балів складає 1-3. Загальна оцінка 0 балів означає клінічну смерть.

Стан новонародженого за шкалою Апгар необхідно оцінити через 5 хвилин та результати порівняти з даними, які отримані на першій хвилині після народження. Прогноз для дитини менш сприятливий, якщо сумарна оцінка балів знижується.

Стан дихальної функції новонароджених оцінюється за шкалою Сільвермана.

Клінічні ознаки	Оцінка в балах		
	0	1	2
Рухи грудної кліт-ки	Грудна клітка і живіт рівномірно приймають участь в акті дихання.	Аритмічне нерівномірне дихання.	Парадоксальне дихання.
Втягнення міжре-бір'я	Немає.	Нерізко виражено.	Різко виражено.
Втягнення груди-ни	Немає.	Нерізко виражено.	Тримається постійно, різко виражено.
Положення нижньої щелепи	Рот закритий. Нижня щелепа не западає.	Рот закритий. Нижня щелепа западає.	Рот відкритий. Нижня щелепа западає.
Дихання	Спокійне, рівне.	При аускультатії вислуховується затруднений вдих.	Стогнуче дихання, яке чути на відстані.

9.6.2. Послідовий період

Після народження дитини акушерка випускає роділлі сечу катетером в лоток, підкладає під неї другий стерильний лоток і в нього опускає кінець пуповини.

В послідовому періоді потрібна постійна присутність лікаря і акушерки в пологовій залі.

Проводиться динамічне спостереження за станом роділлі: вимірюється артеріальний тиск, пульс, звертається увага на колір шкіри і слизових оболонок, враховують і оцінюють крововтрату. **(мал.13)**

Визначають ознаки відокремлення плаценти.

Ознаки відокремлення плаценти:

- *ознака Шредера* – зміна форми і висоти стояння дна матки. Одразу після народження плода матка приймає округлу форму і розміщується по середній лінії. Дно матки знаходиться на рівні пупка. Після відокремлення плаценти матка витягується, відхиляється праворуч, а її дно піднімається до правого підреб'я;

- *ознака Альфельда* – опущення лігатури, що накладена на пуповину біля піхви на 10-12 см;

- *ознака Чукалова-Кюстнера* – при натискуванні ребром долоні над лоном відбувається втягування пуповини при невідокремленій та невтягування пуповини при відокремленій від стінок матки плаценті; **(мал.14)**

- *ознака Довженка* – втягування і опускання пуповини при глибокому диханні вказує на те, що плацента не відокремилася, і навпаки – відсутність втягування пуповини при вдиху вказує на відшарування плаценти;

- *ознака Клейна* – аналогічна ознаці Довженка тільки при вимушеному натужуванні;

- *ознака Штрассмана* – при постукуванні по матці коливальний рух крові передається по пуповині тільки при невідшарованій плаценті.

Для того, щоб установити, що плацента відокремилася, достатньо використати 2-3 ознаки.

Якщо плацента відокремилася, то відразу ж починають її виділення. Роділлі пропонують потужитися, під дією черевного пресу відшарована плацента звичайно легко народжується. Якщо цей спосіб не дає успіху, то вживають зовнішні прийоми по виділенню посліду.

Способи виділення посліду:

- *спосіб Абуладзе* – бережний масаж матки для її скорочування. Потім обома руками захоплюють передню черевну стінку в повздовжню складку і пропонують роділлі потужитися. Внаслідок значного підвищення внутрішньочеревного тиску народжується послід; **(мал.15)**

- *спосіб Гентера* – дно матки вивести до середньої лінії живота, бережний масаж. Пальці рук стискають в кулак, кладуть на дно матки в ділянці її кутів і поступово натискають на них в напрямку донизу і всередину. При цьому способі виділення посліду роділлі не повинна тужитися. Цей спосіб проводиться лікарем після попереднього знеболювання; **(мал.16)**

- *спосіб Креде-Лазаревича* – матку вивести до середньої лінії, легкий масаж для її скорочення. Потім дно матки охоплюють так, щоб великий палець правої руки знаходився на передній стінці матки, долоня – на дні, а чотири пальці – на задній стінці матки. Після цього витискають послід – надавлюючи на дно матки донизу і вперед вздовж вісі тазу і одночасно стискають матку в передньо-задньому напрямку. **(мал.17)**

Після виділення посліду його уважно оглядають і дані огляду фіксують в історії пологів.

Перевіряють цілісність навколоплідних оболонок, наявність чи відсутність додаткової частки плаценти. Потім оглядають плодову і материнську поверхні плаценти, для чого розривають навколоплідні оболонки і очищають її від згортків крові. При відсутності дефектів материнська поверхня рівна, блискуча, темно-червоного кольору з синюшним відливом.

Після огляду послід зважують, міряють діаметр і товщину плаценти. Середня маса посліду становить 500-600г.

Після народження посліду зовнішні статеві органи породіллі обробляють 1% розчином йодонату і оглядають пологові шляхи. Огляд розпочинають з промежини, малих статевих губ і клітора. Потім за допомогою дзеркал оголюють шийку матки, фіксують її затискачами і оглядають. При наявності розривів їх зашивають: шийку матки і піхву кетгуттовими швами, на шкіру промежини – шовкові шви.

Знеболення здійснюється за допомогою місцевої інфільтраційної анестезії новокаїном чи лідокаїном, або лікарем анестезіологом проводиться загальне знеболювання, особливо при значних ушкодженнях ділянки клітора, промежини.

Породіль переводять в післяпологове відділення через 2 години після пологів, попередньо вимірявши артеріальний тиск, температуру, провівши катетеризацію сечового міхура і туалет зовнішніх статевих органів.

X. Дії медичної сестри при догляді за роділею

10.1. 1-й період пологів

- Спокійно та приємно привітати вагітну.
- Забезпечити жінці комфорт. Якщо вона бажає лягти, то найкращим положенням в ліжку є положення на боці: при першій позиції плода на лівому, при другій – на правому боці.
- Проведення оцінки загального стану та перевірка ознак життєдіяльності: температура тіла через кожні 4 години, тиск крові, пульс через кожну годину. Поставити до відома лікаря, якщо систолічний тиск крові вищий 130 і діастолічний вище 85 мм рт ст., пульс понад 100 ударів за хвилину.
- Визначення серцебиття плоду за допомогою стетоскопа (120-160 уд в хв):

- застосовувати монітор для ведення спостереження за плодом, пояснити матері мету його застосування та яку інформацію можна отримати за допомогою монітора;
- визначити частоту, тривалість та інтенсивність скорочень матки;
- проводити піхвове дослідження матки (узгодити з лікарем).

Проінформувати вагітну про процедуру проведення огляду та виявлені результати. Проведення стерильних вагінальних оглядів потрібно звести до мінімуму.

Обов'язково проводити піхвове дослідження необхідно:

- а) при поступленні вагітної жінки в стаціонар;
 - б) при вилитті навколоплідних вод;
 - в) через 6 годин родової діяльності для об'єктивної оцінки ефективності родової діяльності;
 - г) при появі показань в зв'язку з будь-якою зміною акушерської ситуації (поява кровяних виділень, гіпоксія плоду, необхідність надання відпочинку, після сну тощо).
- Заохочувати пацієнтку опорожнювати сечовий міхур через кожні дві години або при потребі. Перевіряти виникнення переповнення сечового міхура.
 - Під час пологів приймати тверду їжу не рекомендується.
 - Медсестра повинна приймати до уваги скромність, сором'язливість вагітної, розуміти те, що в різних осіб прояви болю бувають різними, що кожна людина по своєму терпить біль.
 - Вести пильне спостереження за станом роділлі в ході пологів, поточно оцінювати тривалість, інтенсивність та регулярність перейм.
 - Перебувати якомога більше часу біля ліжка роділі під час пологів. Спрощувати пояснення й вказівки по мірі посилення пологів.

Активна фаза пологів:

- проводити оцінку скорочень матки через кожні 15-30 хв.;
- перевіряти серцебиття плода через кожні 15 хв.;
- перевіряти температуру тіла через кожні 4 години, тиск крові, пульс та дихання через кожну годину;
- для того, щоб знизити рівень занепокоєння пацієнтки, надавати їй інформацію про хід пологів, хвалити успіхи вагітної, щоб підняти їх впевненість.

Після розриву навколоплідної оболонки:

- а) перевірити серцебиття плода;
 - б) не дозволяти вагітній перебувати на ногах;
 - с) оцінити колір, запах, кількість та консистенцію навколоплідних вод;
 - д) змінити білизну;
 - е) якщо навколоплідна рідина містить меконій почати застосовувати монітор щоб безперервно контролювати серцебиття плода.
- Для роділлі необхідно створити відпочиваючу обстановку: неяскраве світло, знижений шум, при посиленні болю запропонувати їй ввести анальгетик, проводити легкий масаж;
 - слідкувати за проявами симптомів порожнистої вени (підвищення тиску крові);
 - застосовувати вазелін, як запобіжник проти пересихання губ;
 - якщо вагітна відчуває нудоту та блює підняти головну частину ліжка, тримати на готові миску, щоб збирати блювотні маси;
 - якщо у вагітної тримтять ноги, запевнити її, що це нормальне явище оскільки голова плоду тисне на нерви;
 - якщо вагітна сердиться й втрачає над собою контроль:
 - а) говорити до неї чітким твердим наказовим тоном;
 - б) підтримувати з нею контакт очима;
 - в) звертатися до неї по імені;
 - г) дихати разом з нею;
 - д) надавати їй інформацію про причину її дискомфорту;
 - е) вагітна може відчувати страх, боязнь залишитися наодинці.
 - легке погладження живота (прийоми масажу) застосовують для більшої релаксації м'язів живота (варто пам'ятати що деякі жінки не переносять, коли їх торкають під час перейм);
 - спонукати контролювати дихання, якому жінку навчають на донатальних заняттях.

10.2. 2-й період пологів

- перевіряти тиск крові й пульс через кожні 15 хвилин, перевіряти серцебиття плода після кожного скорочення;
- перевести вагітну в пологовий зал і допомогти прийняти зручне для неї положення;
- очистити піхву та промежину, видалити виділення, щоб створити відчуття комфортності вагітній:
 - а) жінці потрібно дати вказівку про те, щоб вона робила два коротких вдихи, затримувала третій і нагинаючись вперед тужилась;
 - б) під час кожної потуги, зафіксувати голову впираючись підборіддям в груди;

- в) впиралися ногами в опори або підтягувати до грудей розслаблені коліна;
- г) тужитися сконцентровуючи зусилля на вихід з піхви;
- д) розслаблювати промежину під час кожної потуги;
- е) тримати крижі плоскою на ліжку (не підіймати під час кожної потуги);
- ж) заохочувати пацієнтку видихати, вдихати й продовжувати тужитися до тих пір поки триває скорочення матки.

- Продовжувати контроль за серцебиттям плоду, перевіряти тиск крові матері;
- після народження голови плода відсмоктувати слиз з порожнини рота дитини, не чекаючи завершення народження дитини.

10.3. 3-й період пологів

- Декотрі матері настільки втомлені, що просто хочуть відпочити, інші - бадьорі, охоче говорять про пологи;
- якомога швидше помістити народжене немовля на матір, що сприяє процесу встановлення між ними уз. Заохочувати матір, батьків торкатись, вивчати та оглядати свою новонароджену дитину;
- пропальпувати дно матки. Нормальне положення на середній лінії нижче пупка;
- після народження плаценти перевірити її цілісність;
- перевірити тиск крові матері;
- перевірити наявність розривів на піхві та шийці матки;
- якщо в матері негативний резус-фактор, відправити зразок крові немовляти, отриманої з пуповини для проведення прямих тестів Кумбса.

10.4. Ранній післяпологовий період

- триває 4 години, або до тих пір поки не в нормуються показники життєздатності;
- медсестра повинна зуміти розпізнати ранні симптоми постнатальних розладів;
- вимірювати температуру породіллі через кожну годину у випадку підвищення температури тіла і в інших випадках кожні 4 години;
- перевіряти пульс, тиск крові, дихання через кожні 15 хв, протягом перших годин після пологів;
- перевіряти твердість та положення дна матки через кожні 15 хв. Вона повинна бути твердою на середній лінії живота на рівні пупка або на 2-3 см нижче. Якщо матка рихла, дно матки потрібно масажувати до тих пір, поки воно не стане твердим;
- видаляти згустки крові, не застосовувати надмірний масаж;
- перевіряти колір кількості та наявності згустків крові через кожні 15 хв.;
- якщо жінка тремтить від холоду потрібно вкрити її ковдрами. Запропонувати їй попити щось тепле;
- 2-4 години після пологів оцінювати стан породіллі кожні 30 хв., протягом двох годин або до тих пір поки її стан не стабілізується;
- немовля може залишатися з матір'ю, медсестра може допомогти розмістити його в такому положенні, щоб мати й немовля могли підтримувати контакт очима;
- світло в пологовій кімнаті можна пригасити, щоб немовля повністю відкрило очі.

10.5. Рекомендації щодо невідкладного догляду за новонародженим.

Медсестра повинна вміти передбачити нормальну поведінку новонародженого. В перші 30 хв після народження, немовля як правило, бадьоре, активно демонструє сильну смоктальну активність (інстинкт). Цей час є оптимальним для того, щоб почати годування грудьми. Рухи дитини бувають різними від дифузних, зроблених навімання до неподвижності. Дихання 30 - 60 за хвилину. Можна спостерігати ретракцію грудної клітки. Серцебиття швидке й нерівномірне. Звуки в кишківнику відсутні.

Через 3 години після народження дитина впадає в фазу сну і в цей час її важко розбудити, серцебиття та дихання в нормуються. В цей час прослуховуються шуми кишківника.

Другий період повторної активності триває від 4 до 6 годин. В цей час серцебиття та дихання немовляти прискорюються, однак медсестра також повинна спостерігати за періодами апное. Якщо дитину не прикладали до грудей раніше, тепер самий час почати годування грудьми.

Проводячи початкову оцінку стану новонародженого після його поступлення в палату для немовлят, потрібно звернути увагу на історію його сім'ї, протікання вагітності і тривалість пологів, препарати, які вводилися, дані оцінки немовляти по шкалі Апгар, тип крові та реанімацію (якщо вона проводилась).

Медсестра повинна оглянути голову, щоб визначити її розміри й форму, перевірити тім'ячки та шви. Кінчики вух немовляти повинні бути на рівні очей, дитину потрібно тримати прямо, відвернувши від яскравого світла. Потрібно перевірити ротову порожнину, щоб виявити щілини або вигнуте піднебіння. Необхідно виявити можливу синюшність та жовтяницю. Пуповина містить одну вену та дві артерії. Потрібно оцінити висоту та силу плачу дитини.

10.5.1. Рефлекси

Чотирма головними рефlekсами, які гарантують що немовля може знайти джерело їжі й отримувати їжу є пошуковий, смоктальний, ковтання та блювання. Трьома рефlekсами які втрачаються ще до того як дитина опанує моторні навички, є рефlekси повзання, ходьби і підшвенні рефlekси. До інших рефlekсів які демонструє дитина і які зберігаються протягом всього життя є чихання, тремтіння й плач.

Рефлекс Моро – якщо відпустити голову та спину дитини, яку підтримували, а потім підхопити її знову, або якщо раптово потрясти колиску чи зчинити голосний шум, немовля у відповідь випрямляє пручки й долоні вперед, тримаючи коліна зігнутими. Руки повільно повертаються до свого положення на грудях, великий та вказівний палець приймають форму букви “С”, дитина може плакати. Такий рефлекс може проявлятися у немовляти до 6-ти місячного віку.

Пошуковий – якщо доторкнутися рукою або соском до щічок дитини, або коли дитина відчує запах молока, то вона повертає голову в напрямку до джерела стимулювання. Зникає до семимісячного віку

Смоктальний – якщо прикласти сосок або якийсь предмет до губ дитини, вона робить захоплювальні рухи губами та язиком. Зникає у 12 місяців.

Хватальний і підшвенний – немовля згинає досередини пальці рук та ніг якщо підкласти до підшви або покласти на долоню твердий предмет. Підшвенний рефлекс зникає наприкінці першого року життя.

Ходьби – коли нога (стопа) торкається поверхні, дитина згинає коліна і піднімає ногу ввєрх. Зникає приблизно у 4-х місячному віці.

Бабінського – якщо провести твердим предметом вздовж латерального краю підшви від п'яти до пальців немовляти, спостерігається розгинання великого пальця та розчепірювання решти пальців ноги.

Тонічний шийний – коли дитина, лежачи на спині, повертає голову на якийсь бік, вони випрямляє руки й ноги, що знаходяться на тому самому боці, в той час як друга рука та нога зігнуті.

Викривлення тулуба – якщо дитину покласти в положення ниць і погладжувати по спині, її таз мимовільно повертається на той бік який стимулюють.

Повзання – якщо дитину покласти на живіт вона починає рухати руками вперед – назад, згинати й випрямляти ніжки.

Моргання – якщо направити яскраве світло на очі, немовля закриває повіки.

Переляку – як при рефлексі Моро згинає та розгинає ручки й пальці.

Ковтання – пересування їжі з задньої стінки глотки в стравохід.

Відрижка – пересування їжі з задньої частини глотки в передню частину порожнини рота (може проковтнути або відригнути).

Чихання – виведення повітря з силою через ніс в результаті попадання якихось подразників у верхні дихальні шляхи або провести ватним тампоном по ніздрях.

В той час коли батьки самостійно оглядають, досліджують своє немовля, вони можуть проявити певне занепокоєння з приводу деяких нормальних явищ. Медсестра повинна пояснити їх існування (виникнення).

Жовтяниця – жовтуватий відтінок шкірного покриву немовляти “фізіологічна жовтяниця”. Виникає внаслідок розпаду червоних клітин крові, що призводить до вивільнення білірубину, який розчиняється в нирках. Нирки не здатні виводити його, тому він відкладається в підшкірній клітковині. Проявляється через 24-48 годин і зникає через 7-14 днів після народження. На стан дитини не впливає, якщо звичайно не перевищує нормальні рівні. Лікування не потребує. Можна запропонувати частіше годування, а також помістити немовля під фототерапевтичне світло.

Акроціаноз – синюшність рук та ніг. Порушення периферичного кровообігу може спостерігатися в дитини коли вона плаче, або коли їй холодно. Тривє 24 - 48 годин. Необхідно дитину тепло заплеленати.

Монгольські плями – ділянки темно - синіх або сіро - голубих пігментних плям на сідницях і на спині. Це підвищена пігментація в смуглявих дітей. Поступово зникають протягом першого - другого року життя.

Капілярний невус – телеангіктазії – блідо-рожеві або червонуваті плями, які блідніють при натисканні. Виникають на повіках, носі. Причина їх виникнення невідома. Залишаються до кінця другого року життя. Часто проявляються знову коли дитина плаче. Лікування не потребує.

Плямисті ураження шкіри різної форми та розміру виникають внаслідок коливань кровообігу. Виникають під час переодягань або купання. Можуть бути видимі протягом кількох годин. Необхідно запобігати переохолодженню дитини.

Лануго – первинне тоненьке волосся або пушок на шкірі дитини, часто ледь помітне, найвидиміше на плечах, спині, лобі та щоках. Наявне при народженні, появляється на четвертому місяці розвитку плода в матці. Зникає через 2 тижні після народження.

Первородна сироподібна змазка – речовина білуватого кольору, звичайно присутня в складках шкіри новонародженого. Виконує захисні функції для шкіри плода в матці. Зникає через 2-3 дні після

народження.

Токсична еритема новонароджених – невеликі розрізнені почервоніння на шкірі різного розміру у вигляді білуватих або блідо-жовтуватих невеличких папул та пухирців (від 1 до 3 мм). Звичайно з'являються на тулубі та на ділянці під пелюшками. Причина виникнення неясна, можливо внаслідок надзвичайної чутливості шкіри дитини. Виникають через 24-48 годин після народження немовляти. Лікування не потребує.

Пітниця – просоподібне висипання на обличчі, на тілі під пелюшками. Виникає якщо дитина надто тепло одягнута. Може тривати протягом 24 годин. Необхідно купати дитину в теплуватій воді. Переодягнути в легший одяг.

Вугрі білі – з'являються у вигляді горбистих білих плямок, в основному на носі, щоках, підборідді та на чолі внаслідок скупчення секрету в сально- волосяному фолікулі. Зникають самі по собі протягом першого місяця життя. Лікування не потребує. Не видавлювати!

Формування голівки – накладання кісток черепа, голова виглядає видовженою. Тиск під час пологів на голову призводить до адаптації голівки до розмірів тазу.

Присутнє відразу після народження, зменшується через 24-48 годин та зникає через тиждень. Лікування не потребує.

Родова пухлина – дифузне набрякання поверхневої тканини скальпу, м'яке при натисканні, видиме на передлежачій частині плода. Тривалий тиск шийки матки під час розкриття на судини голови перешкоджає відтоку венозної крові. Присутня після народження, зникає через 12 годин або кілька днів. Лікування не потребує.

Псевдострабізм (косоокість) – спазматичні рухи очима: обертові або з боку в бік. Виникає внаслідок поганої координаційної функції. Лікування необхідне лише в тих випадках, якщо симптоми не зникають через 3-4 дні.

Підкон'юнктивний крововилив – крововилив в склеру ока, проявляється у вигляді маленьких червоних плямок на склері. Причини виникнення - зміни судинного тиску або внутрішньовенного тиску. Проявляється після народження, зникає через 1 – 3 тижні. Батьків потрібно запевнити, що в дитини немає внутрішньоочної кровотечі, що зір дитини не буде пошкоджений. Лікування не потребує.

Едематозні повіки – внаслідок тиску під час пологів. Зникає через 2-3 дні. Лікування не потребує.

Гранули Епштейна – тверді невеличкі блискучі білі цяточки на твердому піднебінні та на краях ясен. Киста, що містить кератин. Зникає через кілька тижнів. Лікування не потребує.

Лабіальні горбки ("смоктальні мозолі") – горбисті ділянки на губах, найчастіше посередині, як наслідок сильного смоктання немовляти. Сходять й знову з'являються до тих пір, поки губи не стануть твердішими, як правило до 7 днів. Лікування не потребує.

Гіпертрофія грудей – набухання та натягнутість шкіри навколо сосків з яких може виділятися рідина білого кольору. Трапляється в немовлят і жіночої, і чоловічої статі. Материнські гормони, які потрапляють в організм дитини через плаценту, стають причиною збільшення грудей. Проявляється на 3 день після народження, може тривати до 2 тижнів. Лікування не потребує. Не витискувати рідину!

Псевдоменструація – білуваті виділення з піхви, можуть бути з домішками крові. Виникають в немовлят жіночої статі внаслідок виведення материнських гормонів, що приводять до зменшення рівня гормонів в організмі немовляти. Виникає в перші тижні життя дитини та зникають через 3-5 днів. Лікування не потребує.

Кристали сечової кислоти – в сечі присутні червоні цяточки. Причини виникнення - урати, солі сечової кислоти. Зникають через 3- 4 дні. Жодного впливу на дитину якщо кристали зникають в зазначений час.

Медсестра також повинна поставити батьків до відома про те, що протягом перших 5-7 днів свого життя, немовля втрачає 5-10% своєї ваги, зафіксованої при народженні, і що дитина набере свою вагу через 10-14 днів.

Перебування матері і дитини в одній палаті надає медсестрі можливості оцінити дієвість взаємодії, надати батькам інформацію про те, як доглядати за немовлям. Медсестра повинна проінформувати батьків про те, як міняти пелюшки й купати немовля. Найліпшим способом інформації є демонстрування під час купання і пеленання немовляти.

Кожна дитина має різноманітні стилі, різний характер плачу. Батьки вчать розрізняти різні тони та якості. Перш за все, вони повинні перевірити, чи дитині тепло, чи її пелюшки сухі і чи вона не голодна. Дитину, яка надривно та безперервно плаче протягом 1-2 години, повинен оглянути лікар.

Дитину ніколи й ніде не можна залишати саму.

Коли дитина спить, в її ліжечку не повинно бути ніяких подушок або м'яких іграшок, бо вони можуть створити причину задурення дитини.

Матрац повинен бути пристосований відповідно до розмірів ліжечка.

Відстань між планками колиски (кроватьки) не повинна бути більшою 5-6 см.

Дитину ніколи не можна залишати без догляду на ліжку, на столі тощо.

Перевозити дитину в автомобілі потрібно в спеціальних сидіннях, використання яких передбачає закон.

Дитина народжена матір'ю, яка зловживає алкоголем, матиме такі самі шкідливі звички. Після перетинання пуповини немовля впадає в стан абстиненції. Дітині з плідним алкогольним синдромом властиве наступне:

- стійка недостатність постнатального росту та розвитку;
- незначні аномалії кінцівок та суглобів;
- короткі очні щілини, складки, короткий широкий ніс;
- часто через 6-12 годин після пологів, проявляються ознаки та симптоми абстиненції;
- дитина може мати помірну або гостру форму розумової деградації.

Прояви симптомів абстиненції:

- тремор;
- безсоння;
- судороги;
- плач, який важко заспокоїти;
- аномальні рефлекси;
- здуття живота.

Обов'язки медсестри:

- слідувати за тим, щоб тіло немовляти не переохолоджувалося;
- слідувати за тим, щоб у випадку виникнення випадку дитина не отримала травми;
- відповідно до розпорядження лікаря, вводити фенобарбітал, діазепам або інше, щоб знизити конвульсії;
- знизити контакт дитини з подразниками навколишнього середовища;
- проводити моніторинг ознак життєздатності.

При *наркотичній залежності* матері родова вага дитини залежить від того, який наркотичний засіб вживала мати. В тих хто вживав героїн, народжуються діти з надто низькою для терміну вагітності вагою, водночас в матерів, які вживали метадон - з високою родовою вагою.

Звичайні ускладнення:

1. Респіраторний дистрес: головним чином пневмонія, яка розвивається внаслідок попадання меконію в легені і транзиторне тахіпное.
2. Жовтяниця – особливо в немовлят, народжених матерями, які зловживали метадон.
3. Поведінкові аномалії – діти в організм яких поступав кокаїн, погано взаємодіють з іншими.
4. Вроджені аномалії та затримка розвитку статевих та серцево-судинної систем.
5. Абстиненція – як правило виникає протягом 72 годин після народження.

Довготривалі ускладнення:

- часті випадки смерті (синдром раптової смерті зовні здорового немовляти).

Обов'язки медсестри:

- a) оцінка ускладнень, пов'язаних з внутрішньоматковою абстиненцією, таких як надто низька для строку вагітності вага дитини, внутрішньоматкова асфіксія, недоношеність;
- b) виявлення ознак та симптомів абстиненції новонародженого, а саме:
 - ознаки ЦНС: гіперактивність, гіпердратливість, тремори, припадки, чихання, гикання, позіхання, короткий неспокійний сон, гарячка;
 - дихальної системи: тахіпное, виділення надмірної кількості секретії;
 - шлунково-кишкової системи: блювання, витікання слини, чутливий блювотний рефлекс, діарея, безладне сильне смоктання, спазми в животі, гіперфагія;
 - вазомоторні ознаки: набитий ніс, позіхання, чихання, припливи крові до обличчя, потіння, раптова блідість на місці натискання;
 - ознаки на шкірі: екскоріації на сідницях, подряпини на обличчі, синці на місці натискання.

Обов'язки медсестри при спостереженні за дітьми, народженими матерями, які зловживали наркотиками:

- регуляція температури;
- уважний моніторинг пульсу та температури;
- положення на правому боці, щоб уникнути можливості аспірації блювотними масами або секретією;
- внутрішньовенна терапія й застосування медикаментозних засобів відповідно до розпоряджень лікаря;
- якщо причиною абстиненції немовляти є героїн, часто оцінювати ознаки життєдіяльності, закутати немовля в ковдру, щоб звести до мінімуму ймовірність виникнення травм.

XII. Сучасні методи знеболення пологів

Знеболення пологів є однією з найважливіших проблем акушерства. Причинами виникнення пологового болю є подразнення нервових рецепторів при розкритті шийки матки, інтенсивних скорочень тіла матки, розтягненні кровоносних судин, подразненні періосту внутрішньої поверхні

крижів в результаті натягу крижово-маткових зв'язок і т.д. Але в формуванні пологового болю, крім безумовних реакцій, велике значення мають і умовнорефлекторні фактори (негативні емоції, страх і т.д.). Сила больового відчуття залежить від стану центральної нервової системи, правильного функціонального співвідношення кори і підкірки, індивідуальних особливостей роділлі і емоційного настрою жінки та її відношення до майбутнього материнства. Пологовий біль не є обов'язковим компонентом при нормальному перебігу пологів. Оскільки біль виснажує організм роділлі і порушує нормальний перебіг пологового акту, його необхідно по можливості усунути. Індивідуально проведене повноцінне знеболення пологів служить проявом гуманного відношення лікаря до роділлі і повинно бути обов'язковим при сучасному розвитку акушерської анестезіології. До знеболення пологів пред'являються наступні вимоги: відновлення нормальних взаємовідносин між корою великих півкуль і підкорковими центрами, зняття негативних емоцій, страху, повна безпека методу знеболення для матері і плода, відсутність пригнічуючого впливу на пологову діяльність, скорочення пологового акту, попередження і усунення спазму мускулатури кишки і нижнього маткового сегменту, достатній знеболювальний ефект, зберігання свідомості роділлі, здатність її активно брати участь в пологовому акті, відсутність шкідливого впливу на лактацію і перебіг післяпологового періоду, доступність методу знеболення.

Провідним методом знеболення пологів є фізіопсихопрофілактична підготовка вагітної в жіночій консультації, яка не тільки знімає або зменшує пологовий біль, але й сприяє правильному перебігу пологів і позитивно впливає на плід. При необхідності застосовується медикаментозне знеболення пологів.

12.1. Фізіопсихопрофілактична підготовка до пологів

Підготовка вагітних до пологів являє собою комплекс заходів, який включає лікувальну фізкультуру, ультразвукове опромінення і спеціальні заняття.

Метод психопрофілактичної підготовки вагітних до пологів заснований на вченні про суть пологового болю, в формуванні якого беруть участь не тільки подразнення нервових закінчень з боку матки та інших статевих органів, але й умовнорефлекторний компонент, зв'язаний з діями на другу сигнальну систему. При цьому признається, що у виникненні больових відчуттів провідна роль належить корі головного мозку.

Суть методу полягає в тому, щоб шляхом словесної дії створити більш правильні функціональні взаємовідносини між корою головного мозку і підкірковими утвореннями, знизити збудження в підкіркових центрах і урівноважити процеси збудження і гальмування в корі головного мозку.

Мета психопрофілактичної підготовки полягає в усуненні страху перед пологами та інших негативних емоцій, які виникають під час вагітності, у виробленні і закріпленні понять про пологовий акт як про фізіологічний і безболісний процес, у вихованні нового позитивного відчуття, зв'язаного з майбутнім материнством.

Психопрофілактична підготовка вагітних до пологів починається з першого відвідування жіночої консультації. Лікар вияснює, чи немає у жінки страху перед пологами, переконує вагітну про необхідність спеціальної підготовки до пологів, яка допомагає усунути больові відчуття, оберігає нервову систему роділлі від психічної травми, зберігає її сили, сприяє більш правильному перебігу пологового акту; позитивно впливає на плід.

При першому та наступних відвідуваннях консультації ретельно вияснюються соціально-побутові умови життя вагітної, її відношення до вагітності і пологів, які мають відбутися, наявність шкідливих звичок. Жінку ознайомлюють з правами вагітних та годуючих матерів і пільгами для них. Соціально-правова допомога дозволяє по можливості виправити негативні побутові умови, покращити умови праці. При виявленні патологічних відхилень в перебігу вагітності необхідно пояснити жінці можливість їх усунення без шкоди для пологів і здоров'я майбутньої дитини. Лікар жіночої консультації повинен намагатися позитивно діяти на психіку вагітної, постійно підкреслюючи, що пологи – фізіологічний акт і їх перебіг залежить від підготовленості жінки до пологів і материнства.

З початку декретної відпустки заняття проводяться особливо ретельно. При хорошій попередній підготовці можна обмежитися 4-5 заняттями з таким розрахунком, щоб останнє відбулось за 6-7 днів до пологів. При пізньому взятті на облік, патологічному перебігу вагітності, обтяженому акушерському анамнезі, екстрагенітальній патології кількість занять збільшується до 6-9, проводяться вони індивідуально 2 рази на тиждень. Здорові вагітні займаються в групах по 8-10 чоловік, які по можливості складаються з однотипних в емоційному відношенні жінок.

Для занять по психопрофілактичній підготовці вагітних до пологів, які проводить лікар або спеціально навчена акушерка, виділяється особлива кімната, оснащена кушетками і учбовими посібниками (малюнки, плакати, муляжі).

Перше заняття. Вагітним повідомляються короткі відомості про анатомічну будову жіночих статевих органів. Демонструються місцем розташування матки в малому тазу і зміни її в зв'язку з вагітністю, яка наступила і розвивається. Приводяться відомості про розвиток плода, його положення

в матці, роль плаценти, навколоплідних вод. Роз'яснюється суть змін в організмі вагітної, як необхідний процес, який забезпечує нормальний розвиток плода, фізіологічний перебіг вагітності і пологів.

Друге заняття. Дається поняття про пологи як нормальний фізіологічний акт, про три періоди пологів. Пояснюються особливості першого періоду пологів, суб'єктивні відчуття жінки, яка народжує, дається поняття про перейми, їх регулярність і тривалість. Розказується про механізм згладжування і розкриття шийки матки, про роль плідного міхура і навколоплідних вод. Звертається увага на те, що пологи перебігають при значній затраті фізичних сил, тому під час пологів необхідно приймати зручне положення, регулярно харчуватися, виконувати вказівки медичного персоналу.

Третє заняття. Роз'яснюється, як себе вести при появі переймів і на протязі всього першого періоду пологів. Вказується на те, що не слід ототожнювати біль і перейми, у багатьох жінок перейми перебігають без болю. Розповідається про спеціальні прийоми, з допомогою яких можна зменшити больові відчуття: правильне, рівномірне і глибоке дихання під час перейми; поєднання вдиху і видиху під час перейми з легким погладжуванням передньо-бокових поверхонь живота; погладжування шкіри попереково-крижової ділянки; притиснення великими пальцями шкіри до внутрішньої поверхні гребінця здухвинної кістки біля обох передньо-верхніх остей; притиснення кулаками точок, які відповідають зовнішнім кутам ромба Міхаеліса; рахування переймів; відпочинок і по можливості спроба дрімати в паузах між переймами. Вагітні повинні добре засвоїти вказані прийоми і точно виконувати їх в певній послідовності. В кінці заняття роз'яснюються причини, які можуть посилити больові відчуття в пологах (страх, непокоєння, переповнений сечовий міхур та ін.). При цьому наголошується, що ці причини легко усуваються при правильній поведінці жінки в пологах.

Четверте заняття. Дається поняття про перебіг пологів у 2 і 3 періодах і характер відчуттів роділлі. Рекомендуються раціональні положення на початку і в кінці періоду вигнання, коли роділлі повинна прикладати максимум фізичних і психічних зусиль, уміти затримувати дихання для підвищення ефективності потуг і розслабляти мускулатуру в момент народження голівки плода. В процесі занять вагітна повинна засвоїти вказані прийоми і неодноразово повторювати їх вдома. Підкреслюється, що тривалість другого періоду залежить не тільки від правильного виконання прийомів, але й від достатньої фізичної підготовки. Розповідається про перебіг послідовного періоду, характер його перейм. Жінки навчаються правильній поведінці при народженні посліду.

П'яте заняття – заключне, на якому контролюється засвоєння матеріалу минулих занять. Розповідається про порядок і обстановку в пологовому будинку, роз'яснюється значення виконання правил асептики і антисептики в процесі пологів і післяпологовому періоді. Розповідається про обов'язкові і можливі лікувально-діагностичні заходи (зовнішнє і вагінальне дослідження, розтин плідного міхура, внутрішньовенне введення лікарських засобів, вдихання кисню та ін.), підкреслюються необхідність їх для здоров'я матері та дитини, важливість виконання всіх вказівок медичного персоналу.

Досягнутий на заняттях ефект психопрофілактичної підготовки повинен закріплюватись в домашніх умовах шляхом повторення засвоєних прийомів, при патронажному відвідуванні вагітних акушеркою, привітним відношенням до жінки в пологовому будинку, поведінкою медичного персоналу.

Корисно поєднувати психопрофілактичну підготовку вагітних до пологів з ультрафіолетовим опроміненням, яке підвищує функціональний стан нервової системи і ендокринних залоз, збільшує опір організму до інфекцій, сприяє нормалізації обміну вітамінів. Воно особливо корисне при недостатності природного ультрафіолетового опромінення, зв'язаного з особливостями клімату окремих регіонів країни і сезонними коливаннями. Ультрафіолетові опромінення проводяться по наступній методиці: до 16 тижнів вагітності призначають 10 сеансів загального ультрафіолетового опромінення інтенсивністю 0,25-1,25 біодози, в терміні 16-31 тиждень – 10 сеансів інтенсивністю 1,25-1,5 біодози і в 32-40 тижнів – 20 сеансів інтенсивністю 1,5-2,5 біодози.

Психопрофілактичну підготовку вагітних до пологів необхідно поєднувати з фізичними вправами, які рекомендується проводити з самого початку вагітності.

Систематичні заняття фізкультурою підвищують опір організму, створюють відчуття бадьорості, укріплюють нервову систему, поліпшують загальний стан, апетит, сон, роботу серцево-судинної системи, дихання, шлунково-кишкового тракту. Фізичні вправи укріплюють м'язи черевної стінки, тазового дна, усувають застійні явища в малому тазі і нижніх кінцівок, сприяють правильному розташуванню плода в порожнині матки, нормальному перебігу пологів і післяпологовому періоду. Фізично треновані жінки вміють управляти своїм диханням, що дозволяє швидше і повніше насичувати організм киснем.

Заняття фізкультурою проводяться переважно груповим способом в жіночій консультації під керівництвом інструктора по лікувальній фізкультурі або спеціально навченої акушерки при постійному лікарському контролі. Допускається виконання фізичних вправ на дому після відповідного індивідуального навчання з умовою відвідування жіночої консультації через кожні 10 днів для перевірки правильності виконання вправ.

Фізичні навантаження слід змінювати в залежності від терміну вагітності.

Займатися фізкультурою рекомендується вранці до їди або через 1-2 год. після сніданку в

добре провітреному і освітленому приміщенні в спеціальній одежі, яка не затруднює рухи. Тривалість занять не повинна перевищувати 15-20 хв. Якщо фізичні вправи викликають почуття втоми, затруднення дихання, частіше серцебиття, необхідно їх полегшити і порадитися з лікарем. З комплексу вправ повинні виключитись стрибки, значне натужування, різкі рухи.

Заняття фізкультурою можна рекомендувати тільки здоровим жінкам при нормальному перебігу вагітності. Протипоказаннями до занять є: всі гострі інфекційні захворювання, декомпенсовані захворювання серцево-судинної системи, хвороби печінки і нирок, а також патологічний перебіг вагітності (гестози, звичні викидні, кровотечі під час вагітності).

Окрім занять фізкультурою вагітна повинна використовувати інші засоби загартування: прогулянки на свіжому повітрі, купання в річці і морі, повітряні дозовані ванни. Велике значення має перебування жінок в будинках відпочинку для вагітних і профілакторіях промислових підприємств.

Хід занять по лікувальній фізкультурі фіксується в спеціальній карті (облікова форма №042) з послідовним коротким записом відомостей про проведену роботу в індивідуальних картках вагітних.

Жінки, які в донатальний період відвідували заняття для молодих батьків, потребують менше медикаментозних засобів під час пологів, сприймають пологи набагато позитивніше.

12.2. Медикаментозне знеболювання пологів

Досить часто настає потреба у використанні під час пологів медикаментозного знеболювання. Досвід показав доцільність поєднання психофізичної підготовки з фармакологічними методами знеболювання.

Медикаментозні засоби майже завжди призначаються роділлям, які не пройшли психопрофілактичної підготовки, коли від неї немає належного ефекту, або при ускладнених пологах.

В 1936 році О.Ю. Лур'є вперше на Україні застосував у пологових установах масове знеболення пологів. В цей час були розроблені схеми знеболення пологів.

Акушерське знеболення, на відміну від хірургічного, має свої особливості:

1. Акушерське знеболення здебільшого повинно тривати багато годин.
2. Акушерське знеболення (особливо в I-му і II-му періодах) не повинно бути дуже глибоким і не викликати значного розслаблення мускулатури матки.
3. Акушерський наркоз повинен враховувати також інтереси плода.

Ідеальною що до цих вимог є епідуральна анестезія, котра не викликає патологічних змін у стані плода, дає змогу повного контакту з роділлем і не розслаблює, а навіть нормалізує скоротливу діяльність матки. Але даний вид знеболювання досі не знайшов широкого застосування в усіх закладах через те, що цю маніпуляцію повинен проводити спеціально підготовлений анестезіолог.

Зараз є багато методів і способів знеболення. Тільки потрібно правильно їх використовувати з урахуванням періодів родів, стану роділлі та плода.

В першому періоді пологів, при відчутті страху, емоціонального та психічного напруження пропонують транквілізатори (триоксазин 300-600 мг, діазепам 5-10 мг, або феназепам по 0,00005 г у середину в сполученні з спазмолітиком). Слід пам'ятати, що знеболювання починають при встановленій регулярній пологовій діяльності та розкритті шийки матки не менш 3-4 см, а закінчити до кінця періоду розкриття. Жінкам з нормальною збудженістю на фоні дії транквілізаторів вводять внутрішньом'язово пропазину гідрохлорид 25мг з 20мг промедолу і 25мг дімедролу в 5мл 0,5% розчину новокаїну. Або: пропазин 25мг (2,5% - 1 мл) + піпольфен 50мг (2,5% - 2 мл) + промедол 20 мг (2% - 1 мл). Роділлям, при різко болісних переїмах, з самого початку рекомендують спазмолітики (баралгін 5 мл). Роділлям з високою збудливістю призначають максимальні дози триоксазину (20мг на 1 кг ваги) або седуксен (10мг у середину з 20мг промедолу та 25мг аміназину). Або: аміназин 25мг (2,5% - 1 мл), піпольфен 50мг (2,5% - 2 мл), промедол 20мг (2% - 1 мл). При недостатньому знеболюючому ефекту через 2-3 години від початку введення, призначають атропін (0,1% - 1 мл) або но-шпу (2 мл) і в половинній дозі препарати однієї з вищевказаних схем.

При ригідності шийки матки проводять обколювання її розчином новокаїну (20 мл – 0,5%) разом з лідазою (64 ОД), атропіном (0,1% - 1 мл) або но-шпою (2 мл). Також можна вживати: лікери (папаверин 0,02 + екстракт беладонни 0,02г + винний спирт – 15,0 + сироп – 20,0). Знеболюючі свічі (екстракт беладонни 0,02 + папаверин 0,02 + амнопон 0,02 + антипирин 0,5 + атропін 0,003). Знеболюючі мікроклізми (промедол 0,01 + Na бромід 2,0 + новокаїн 0,1 + прозерин 0,003 + вода – 45 мл).

У I-му періоді пологів можна використовувати:

- анестезію рефлєкторних зон 0,5-0,25% розчином новокаїну з лідазою (у шийний вузол) широко використовують спазмолітики (кожні 2-4 години);
- ректальні свічки, до складу яких входять екстракт беладонни 0,03, пантопон 0,02, амідопірин 0,5. Свічки вводять в пряму кишку на початку періоду розкриття і повторно через 3-4 години;
- внутрішньом'язово: розчин пантопону 2% - 1 мл; триган – 5 мл; максиган – 5 мл; спазган – 5 мл; баралгін – 5 мл; розчин дроперідолу 2,5% - 2 мл. Розчини вводяться повторно через 3-4 години;
- підшкірно: розчин промедолу 2% 1-2 мл; розчин текодину 1% - 1 мл; розчин апрофену 1% - 1

мл;

- внутрішньовенні наркотичні засоби: розчин оксибутирату натрію 20% (50-70 мг/кг ваги); віадріл – 500мг;

- наркотичні інгаляційні засоби: закис азоту в суміші з киснем (80% закису азоту 20% кисню) за допомогою спеціального апарату, яким може користуватися сама роділля. Таким же методом можна використовувати трихлоретилен.

У II-му періоді пологів також можна використовувати закис азоту (на початку). Крім цього використовують пудендальну анестезію: вводять 60-70 мл 0,25% розчину новокаїну з обох сторін в ішіоректальний простір, який знаходиться на 1-2 см медіальніше від сідничного горбика. Суть методу – блокування розгалужень соромітного нерва.

Цей спосіб дає знеболення та викликає спазмолітичний ефект м'язів тазового дна, тому повинен завжди використовуватися при пологах в сідничному передлежанні, передчасних пологах, пологах великим плодом для запобігання травм як матері, так і плода. Важливо за 2 години до народжування дитини припинити введення роділлі фармакологічних засобів, які в різному ступені можуть спричинити депресивний вплив на плід та новонародженого.

Для оперативних втручань після вигнання плода у III-му періоді пологів та ранньому післяпологовому періоді (ручне обстеження порожнини матки та відділення плаценти, зашивання розривів та інше) можна також використовувати тіопентал натрію 4-5 мг/кг ваги, внутрішньовенно сомбрівін 8-10 мг/кг ваги, кеталар 2 мг/кг ваги, ефірний та закисний інгаляційний наркоз.

XIII. ФІЗІОЛОГІЯ ПІСЛЯПОЛОВОГО ПЕРІОДУ

13.1. Загальні уявлення про перебіг післяпологового періоду

Післяпологовим називають період після народження посліду, впродовж якого в організмі жінки зазнають зворотного розвитку всі зміни, що виникли у зв'язку з вагітністю та пологами. Відбувається також становлення і розквіт функції молочних залоз. В цей час жінку називають породіллею.

Ранній післяпологовий період триває 2 години після моменту видалення посліду. Породілля знаходиться в пологовому залі, бо саме в цей час ймовірно виникнення післяпологової кровотечі різного генезу.

Пізній післяпологовий період розпочинається через 2 години після пологів і переведення породіллі в післяпологове відділення. Він триває 6-8 тижнів, в залежності від швидкості зникнення змін в організмі жінки, пов'язаних з вагітністю та пологами.

При нормальному перебігу післяпологового періоду загальний стан породіллі задовільний. Відразу після пологів породілля відчуває втому і хоче спати. При наявності травм м'яких тканин пологових шляхів у перші дні вона відчуває непостійний стихаючий біль в ділянці зовнішніх статевих органів. В першу добу можливе одноразове підвищення температури тіла до 37,5-37,7°C, обумовлене нервовим і фізичним перенапруженням.

Обмін речовин у перші тижні післяпологового періоду підвищується, а на 3-4 тиждень досягає звичного рівня.

Серце у породіль набуває звичного положення, що обумовлюється опущенням діафрагми. Зменшується ОЦК, це значно полегшує роботу серця. Нормалізується артеріальний тиск. Пульс ритмічний, 70-75 уд. за 1 хв., задовільного наповнення.

Частота дихання стає такою, як у невагітних жінок.

В перші дні після пологів нерідко спостерігається незначний лейкоцитоз. ШОЕ залишається дещо підвищеною. Нормалізується функція нирок, дещо підвищується діурез. В перші дні після пологів у багатьох жінок буває затримка сечі, утруднене або мимовільне сечовипускання. Це пояснюється зниженням тону м'язів, виникненням набряків і дрібних крововиливів у шийці сечового міхура внаслідок стискання його між голівкою плода і стінкою тазу в пологах. Певну роль відіграє розслаблення м'язів черевної стінки, яка не чинить опору переповненому сечовому міхурові.

Органи травлення функціонують нормально. Апетит добрий, у матері-годувальниці часто підвищений. Нерідко в перші дні спостерігається закріп внаслідок атонії кишок. Цьому сприяє обмеження рухів при ліжковому режимі, нераціональне харчування. Іноді спостерігається розширення гемороїдальних вен.

Найзначніші зміни в післяпологовому періоді відбуваються в статевій системі жінки.

Матка. У перші години відбувається значне тонічне скорочення матки. На фоні підвищеного тону виникають периферичні скорочення м'язів (послідові перейми), які сприяють зменшенню розмірів матки. При цьому стінки її потовщуються, вона набуває кулястої форми, трохи сплющеної спереду назад.

Дно матки на початку післяпологового періоду розташоване на 13-15 см вище від лобкового симфізу, довжина її порожнини досягає 15-20 см; товщина стінок в ділянці дна рівна 4-5 см. Поперечний розмір матки відразу після пологів становить 12-13 см, маса-1000 г. Передня і задня стінки матки прилягають одна до одної. Піхвова частина шийки матки звисає у піхву, краї її стоншені, часто мають місце бокові розриви та поверхневі ушкодження (надриви). Дно матки у перші дні

післяпологового періоду дотикається черевної стінки, між тілом і шийкою матки утворюється кут, відкритий наперед. В перші дні після пологів рухливість матки підвищена, вона легко зміщується вверх.

Про стан скорочення матки судять за рівнем стояння її дна. У першу добу після пологів дно матки знаходиться на рівні пупка, а протягом перших 10-12 днів опускається щодня приблизно на 1-1,5 см.

Висота стояння дна матки над лоном
(вимірюється тільки при порожньому сечовому міхурові)

День післяпологового періоду.	Висота стояння дна матки в см.
1	14-16
2	12-15
3	10-13
4	9-12
5	8-10
6	7-9
7	7-8
8	5-6
9	3-5
10	2-3
11-14	ховається за лоном

Інволюція матки залежить від загального стану організму жінки, віку, кількості попередніх пологів, особливостей протікання вагітності та пологів.

Внутрішня поверхня матки після відокремлення плаценти та оболонок являє собою велику ранову поверхню. На ній серед залишків децидуальної тканини з'являється велика кількість дрібних клітин, що утворюють грануляційний вал. Останній швидко вкривається епітеліальним шаром, що призводить до регенерації ранової поверхні і перетворення її в типову слизову оболонку. Найшвидше ці процеси відбуваються в ділянці плацентарної площадки (10 доба післяпологового періоду). Повністю ендометрій відновлюється через 8 тижнів.

У процесі загоювання внутрішньої поверхні матки з'являються післяпологові виділення – лохії. Їх характер постійно змінюється. В перші 2-3 дні після пологів лохії мають кров'янистий характер, починаючи з 3-го дня вони стають кров'янисто-серозними з перевагою лейкоцитів, на 7-9 добу після пологів – серозними. Загальна кількість лохий в перші вісім днів досягає 500-1500г. Лохії мають нейтральну або лужну реакцію і специфічний прілий запах. З 10-ї доби після пологів лохії набувають серозно-слизового характеру, кількість їх поступово зменшується. На 5-6 тиждень виділень з матки немає.

Інволюція шийки матки відстає по інтенсивності від інволюції її тіла. Відразу ж після пологів шийковий канал вільно пропускає кисть руки. Через 10-12 годин після пологів канал стає конусоподібним, внутрішнє вічко пропускає 2-3 пальці. Через добу після пологів завдяки скороченню циркулярних м'язів, які оточують внутрішній отвір каналу шийки матки, діаметр останнього дещо зменшується, а цервікальний канал набуває лікоподібної форми. На третю добу внутрішнє вічко пропускає тільки один палець. До 10-го дня цервікальний канал сформований. Зовнішнє вічко закривається на третьому тижні післяпологового періоду. Шийка матки набуває циліндричної форми замість конічної до пологів, зовнішнє вічко стає щілиноподібним в поперечному напрямку.

У яєчниках в післяпологовому періоді закінчується регрес жовтого тіла і починається дозрівання фолікулів. У більшості жінок, які не годують дітей груддю, на 6-8 тиждень після пологів відбувається менструація. У матерів-годувальниць менструації гальмуються протягом кількох місяців або на весь період годування немовляти груддю. Перша менструація після пологів найчастіше буває ановуляторною, але згодом процес овуляції повністю відновлюється.

У післяпологовий період починається і досягає розквіту основна функція молочних залоз. В перші 2-3 дні після пологів молочні залози виробляють молозиво – густу жовтувату рідину кислої реакції, яка вміщує білок, жирові краплини, епітеліальні клітини (молозивні тільця), солі, вуглеводи, вітаміни, ферменти, антитіла.

З 4-5 по 15-18 день після пологів молочна залоза продукує "молозивне молоко", потім "перехідне молоко", і тільки після цього – зріле грудне молоко.

Секреція молока відбувається під впливом складних рефлекторних і гормональних процесів. Зокрема лютеотропний гормон і пролактин стимулюють секрецію молока після попередньої підготовки паренхіми молочної залози естрогенами і прогестероном під час вагітності. Певний вплив справляють також гормони щитовидної та надниркових залоз, які діють через гіпофіз. Функція молочних залоз значною мірою залежить від рефлекторних впливів, пов'язаних з актом смоктання. При цьому, з

одного боку, стимулюється продукція гормонів гіпофізу, а з іншого – розслаблюються сфінктери соска, що сприяє виведенню молока.

13.2. Догляд за породіллею

У разі нормального перебігу післяпологового періоду породіллю слід вважати здоровою жінкою. Проте вона потребує такого режиму, який сприяє правильній інволюції статевих органів, загоєнню ранових поверхонь, і нормалізації функції всіх органів і систем.

Перші дві години породілля знаходиться в пологовій залі, де здійснюється контроль за станом матки, кількістю виділень із статевих шляхів, гемодинамікою. Для профілактики кровотечі всім породіллям необхідно проводити катетеризацію сечового міхура, зовнішній масаж матки, холод на низ живота. Жінкам з великим плодом, багатопліддям, багатоводдям, багатонароджуючим, першонароджуючим старшого віку проводять медикаментозну профілактику гіпотонічних кровотеч шляхом введення утеротонічних засобів (окситоцин, метилергометрин, ерготал).

Через 2 години після пологів жінку переводять в післяпологове відділення. Палати післяпологового відділення підлягають систематичному (кожні 7-10 днів) генеральному прибиранню, під час якого м'який інвентар виносять для дезинфекції, а ліжка, тумбочки, стільці, столи і таке інше, а також стіни до самої стелі обробляються дезинфікуючим розчином (2% розчин лізолу, 1% розчин хлораміну, 6% розчин перекису водню) за допомогою пульверизатора і витираються чистою ганчіркою кожні 6-12-24 години. Після цього ретельно миється підлога і твердий інвентар, палата провітрюється і опромінюється бактерицидними лампами. Щоденно, не менше, ніж тричі на день, проводиться вологе прибирання палат з використанням дезинфікуючих розчинів, провітрювання і опромінювання бактерицидними лампами.

Через 3-4 години після пологів породілля може повертатися на бік (у разі наявності швів на промежині – через 8-12 годин). Через 6-8 годин після не ускладнених пологів жінка може вставати, через добу – ходити, самостійно виконувати гігієнічні процедури та нескладні фізичні вправи комплексу лікувальної гімнастики. Розпорядок дня породіллі складається так, щоб забезпечити гігієнічне утримання палат і ліжка, нормальну добову тривалість сну (не менш як 8 годин), своєчасне годування дитини (6-7 разів на добу) та проведення гімнастики.

Здоровій породіллі не потрібно дотримуватись якоїсь особливої дієти. Вона може харчуватися, як звичайно, враховуючи, проте, що велика кількість речовин, які легко засвоюються (цукор, солодоші) призводять до відкладання жиру і гальмують лактацію. Певні продукти (гострі страви, цибуля, часник, шоколад) можуть надавати молока неприємного смаку, а вживання міцної кави, чаю, алкогольних напоїв може несприятливо впливати на стан немовляти. Для профілактики анемії необхідно залізо, яке годує мати повинна отримувати з продуктами (печінка, бобові, салат, шпінат, кріп, петрушка). Харчування повинно бути 5-6-разове, їжу треба приймати за 20-30 хв. до годування дитини груддю.

Ретельний контроль за перебігом післяпологового періоду включає в себе щоденну оцінку наступних показників.

1. Загальний стан та самопочуття породіллі (сон, апетит, скарги).
2. Двократне вимірювання температури тіла (о 6-7 та о 18-19 годині).
3. Артеріальний тиск, пульс.
4. Стан молочних залоз та сосків (наявність інфільтратів, лактостазу, тріщин сосків).
5. Висота стояння дна матки над лоном, її скорочення, болючість.
6. Кількість та характер лохий.
7. Стан зовнішніх статевих органів, при наявності швів – ступінь загоєння.
8. Функція сечового міхура та кишечника.

У перші 1-2 доби після повторних пологів, особливо при годуванні дитини, іноді з'являються болісні скорочення матки, які нагадують перейми. Через 2 доби вони минають без лікування, в іншому разі породіллі призначають спазмолітичні засоби (но-шпа, папаверин, свічки з екстрактом беладонни).

При затримці сечовипускання слід покласти на низ живота теплу грілку, ввести внутрішньом'язево 1мл адіурекрину чи окситоцину, 2мл 25% розчину магнію сульфату або відвар трави ведмежих вушок. Якщо ці засоби не дають ефекту, то сечу випускають катетером.

На 2-3 добу після пологів відновлюється тонус м'язів тазового дна і кишечник спорожнюється самостійно. При затримці дефекації показана очисна клізма та сольові пом'якшуючі засоби. За наявності швів на промежині проносного не призначають, а до 7 діб після пологів рекомендуються рідкі страви.

Субінволюція матки.

Якщо на 4-5 добу після пологів продовжуються виділення яскраво-червоного кольору, то можна передбачити субінвалюцію матки – уповільнення її скорочення. Факторами, що можуть до неї призвести, являються вік першонароджуючої старше 30 років, захворювання ендокринної системи (ожиріння, цукровий діабет), пізній гестоз, неправильне положення або фіброміома матки, перерозтяження її стінок внаслідок багатоводдя, багатопліддя, великого плода, занадто швидкі або, навпаки, тривалі пологи, особливо якщо вони були запізненими. Порушується інволюція матки при

пізньому вставанні породіллі з ліжка, несвоєчасному спорожненні сечового міхура та кишечника, при використанні деяких лікарських препаратів (аспірин, сульфат магнію). І, нарешті, субінволюція матки в більшій або меншій мірі супроводжує всі післяпологові інфекції.

Її основним симптомом являється невідповідність розмірів матки терміну післяпологового періоду. При пальпації матка збільшена, розм'якшена. Лохії мають кров'янистий характер більше трьох днів, можуть набувати бурого кольору і неприємного запаху. Може дещо підвищуватись температура тіла. Лікування полягає в усуненні причин, що призводять до субінволюції матки, і призначенні утротонічних засобів: ергометрин, ерготал, ерготамін, настій водяного перцю.

Лохіометра.

Накопичення лохий в порожнині матки в результаті закриття внутрішнього вічка згортком крові або в результаті перегину матки має назву лохіометра.

При цьому складається висока ймовірність інфікування вмісту матки. Проявами лохіометри являється різке зменшення кількості лохий, темний або бурий їх колір і неприємний запах, затримка інволюції матки. Можливі болі внизу живота і підвищення температури тіла до субфебрильних цифр.

Лікування включає в себе зовнішній масаж матки, виконання лікувальної гімнастики і призначення утротонічних засобів.

Нагрубання молочних залоз.

Обумовлене надмірним накопиченням молока в період між годуваннями. Цьому сприяють вживання жінкою великої кількості рідини, необгрунтоване призначення засобів, що стимулюють продукцію молока, неправильно підібраний бюстгальтер (звисяння груді сприяє передавлюванню молочних ходів і утруднює відтік молока з ацинусів).

Молочна залоза стає твердою, болючою при натискуванні, в ній відчувається розпирання. Сосок затвердіває, дитина не може нормально смоктати.

При такому стані жінці обмежують кількість рідини, призначають сечогінні засоби, роблять обережний масаж залози і ретельно зціджують її.

Лактостаз.

Лактостаз являє собою надмірний синтез молока однією або декількома з дольок при одночасному порушенні його виведення. Накопичення молока при цьому може призвести до приєднання інфекції і розвитку маститу.

Жінка відчуває біль в молочній залозі, розпирання, жар в ураженій області. В паренхімі залози пальпується тверде утворення, спостерігається незначна гіперемія шкіри над ним.

Лактостаз можуть викликати атрезія молочного протоку, рубцеві зміни в тканині залози, закупорка протоків густим молозивом. Але основна причина лактостазу – недостатнє зціджування молока через недосвідченість або недбалість жінки. При виявленні лактостазу необхідно негайно почати виконувати заходи по його усуненню.

1. Масаж молочної залози, приділяючи особливу увагу затверділим місцям. Масаж проводиться двома руками: одна підтримує і піднімає залозу знизу, другою розминають коловими рухами усі дольки залози в напрямку від периферії до соска, не заходячи на ареолу.

2. Розм'якшення затверділих ділянок за допомогою ультразвуку.

3. В разі необхідності призначаються препарати, що пригнічують вироблення молока і сприяють полегшеному його виведенню (окситоцин, но-шпа).

Тріщини сосків.

Появі сприяють неправильна техніка годування, значна сила смоктання дитини, лактостаз, вади розвитку сосків (плоскі і втягнуті).

Клінічна картина характеризується болем при годуванні, гіперемією і періодичним виділенням крові з поверхні тріщин.

Лікування включає змащування сосків олією шипшини, соком каланхоє, алоє, календули, масляними розчинами вітамінів А і Є. У важких випадках застосовується антибактеріальні мазі. Із фізіотерапевтичних засобів використовують лазерну терапію, УФО.

Догляд за швами на промежині.

За наявності накладених на промежині швів, зміну стерильних підкладних пелюшок здійснюють не рідше, ніж кожні 3-4 години. Під час туалету зовнішніх статевих органів шви уважно оглядають.

Виділення біля швів обережно змивають, прикладаючи пінцетом (не протираючи) до них стерильні ватні тампони. Після цього ділянку швів обережно змащують 5% спиртовим розчином йоду або 1-2% спиртовим розчином брильянтового зеленого.

Знімають шви на 5 добу після пологів.

Якщо навколо швів з'явилася почервоніння і гнійні нальоти, то шви слід зняти, а гнійні виразки лікувати.

Породіллям зі швами на промежині показане раннє вставання, але сідати в перші дні неможна. Щоб шви не розійшлися, їм не роблять очисної клізми і намагаються затримати дефекацію на 4-5 діб, даючи рідку і напіврідку їжу. На 5 добу перед зняттям швів породіллі ставлять очисну клізму.

Догляд за породіллями, що перенесли пізній гестоз.

Після пологів зазвичай прояви гестозу поступово зменшуються. Однак у деяких породіль можливе його загострення, навіть виникнення еклампсії. Тому за такими жінками необхідний систематичний нагляд, контроль діурезу, а артеріальний тиск вимірюється декілька разів на добу. Повинні насторожувати скарги породіль на головний біль, порушення зору, біль в підребер'ї, нудоту та блювання, поява браді- або тахікардії. Лікувально-охоронний режим необхідно суворо дотримувати. Проводиться лікування сульфатом магнію, седативними препаратами (седуксен), спазмолітиками та гіпотензивними (дибазол, но-шпа, папаверин, еуфілін) засобами. Хворим вводять глюкозу, препарати, що покращують мікроциркуляцію і дають детоксикаційний ефект (неогемодез, неоконпенсан, реополіглюкін), білкові препарати (альбумін, протеїн), плазму крові, вітаміни В і С, кокарбоксілазу, діуретики. Додому породіллю виписують тільки після зникнення всіх симптомів гестозу.

Догляд за породіллями, що перенесли патологічну крововтрату.

У післяпологове відділення породілля поступає тільки після зупинки кровотечі і стабілізації кровообігу.

При компенсованій крововтраті загальний стан породіллі задовільний, і лікування обмежується лише застосуванням симптоматичних заходів. В разі необхідності призначають кардіотропні, антианемічні засоби (препарати заліза, фолієвої кислоти, гемостимулятори), препарати, що покращують метаболічні процеси в тканинах (метіонін, рибоксин, коферменти, вітамінні комплекси, антиоксиданти). Однак нагляд за жінками цієї категорії повинен бути якнайретельнішим. Постійно слідкують за змінами в її стані, оцінюють гемодинамічні процеси, контролюють АТ, ЦВТ, рівень гемоглобіну та гематокриту, показники зсідальної активності крові.

При порушенні компенсації наростає блідість шкірних покривів та слизових оболонок, посилюється тахікардія, знижується артеріальний тиск та ЦВТ. Цей стан небезпечний тим, що розвивається централізація кровообігу в життєво важливих органах, а паренхіматозні органи страждають від ішемії. Для нормалізації кровообігу породіллям з декомпенсованою крововтратою в пологах вводять кровозамінні та білкові препарати, аскорбінову кислоту, коргліккон, панангін, засоби, що покращують мікроциркуляцію. Таким жінкам добре допомагають сеанси ГБО. Для нормалізації показників гемодинаміки призначають антианемічні, препарати заліза, а при рівні гемоглобіну нижче 80г/л показане переливання крові або еритроцитарної маси.

Догляд за породіллями з вадами серця.

З урахуванням можливого погіршення стану жінок цієї категорії внаслідок післяпологової перебудови гемодинамічних процесів, нагляд за ними повинен бути ретельним. Найбільш небезпечні в цьому плані 6-7день після пологів. Ризик для породіллі полягає в можливості активації ревматичного процесу, надмірному тромбоутворенні, декомпенсації кровообігу.

Породіллі з вадами серця потребують емоційного і фізичного спокою. В ліжку їй надається напівсидяче положення. Обов'язково призначають дозовану лікувальну гімнастику для попередження застійних явищ і тромбозу.

Систематично контролюють кількісні та якісні характеристики пульсу, температурну реакцію, показники лейкоцитарної та коагуляційної активності.

В післяпологовому періоді продовжують кардіотропну терапію, розпочату в пологах. Профілактично призначають курс протиревматичного лікування, засоби, що нормалізують реологічні якості крові (теонікол, курантил). Дозвіл на зміну режиму та виписку породіллі дає лікар.

Догляд за породіллем з гіпертонічною хворобою.

Взагалі такі породіллі достатньо адаптовані до гіпертензії, але в окремих випадках можливий розвиток гіпертонічного кризу. Тому ці жінки потребують нагляду за їх самопочуттям та контролю артеріального тиску. Їм показаний емоційний та фізичний спокій, лікувальна гімнастика. Дієта потребує обмеження кількості рідини та кухонної солі, особливо в II стадії захворювання.

Породіллям призначають седативні та гіпотензивні препарати (дибазол, папаверин, резерпін).

Догляд за породіллями в післяопераційному періоді.

Після операції породіллю переводять в спеціальну палату. Під ноги кладуть теплу грілку (39°C), на живіт – міхур з льодом. Через 6 годин після операції породілля має повертатися в ліжку, через добу їй дозволяється сісти, а на другу – вставати. Крім того, дуже корисна лікувальна гімнастика. Все це допомагає в боротьбі з ускладненнями: тромбозами, пневмоніями, закрепами.

Дієта в перші два дні включає рідку або напіврідку їжу (бульйон, чай, кефір, рідка каша на воді). Потім дозволяється шматочок білого хліба або булки, варене м'ясо, сир. Після нормалізації функції кишківника породіллю переводять на загальну дієту.

Породіллі після операції потребують особливо ретельного нагляду. Їм двічі на день вимірюють температуру тіла і артеріальний тиск, рахують частоту пульсу та дихання, оглядають живіт та пов'язку, визначають характер і кількість лохий.

Оскільки породіллям нерідко проводять інфузійну терапію, дуже важливе вимірювання добового або погодинного діурезу. Якщо у породіллі стоїть постійний катетер, необхідно слідкувати, щоб він не випав, постійно функціонував, сеча не витікала поза ним, а у жінки не було мацерації шкіри. Ємкості з сечею постійно міняють, спостерігають за змінами кольору сечі.

Нерідко після операції у жінок буває блювання. При цьому слід голову хворої повернути набік і

підставити лоток для блювотних мас. При повторному блюванні призначають протиблювотні засоби (аміназин, церукал).

У прооперованих породілль доволі часто розвивається парез кишечника. Він характеризується здуттям живота, затримкою випорожнень і газів. Роздуті петлі кишечника піднімають вверх діафрагму і ускладнюють дихання, з'являється задишка, прискорюється пульс. Лікують парез введенням прозерину або церукалу. Добрий ефект дає внутрішньовенне ведення гіпертонічного (10%) розчину натрію хлориду, гіпертонічна та сифонна клізми. Іноді парез кишечника виникає на фоні гіпокаліємії, тому корисне ведення препаратів калію.

Якщо ці методи не допомагають, породіллі ставлять газовидну трубку. Жінка з парезом кишечника потребує значної уваги, щоб не пропустити перші симптоми перитоніту.

Якщо породіллю турбують болі та безсоння, їй призначають анальгетики (промедол 2% – 1мл, пантопон 2% – 1мл, анальгін 50% – 2мл) разом з антигістамінними (демидрол, піпольфен) засобами.

Шви знімають на 7 добу, а виписка можлива не раніше 10-12 доби після операції.

13.2.1. Туалет породіллі.

Впродовж перших трьох діб туалет зовнішніх статевих органів проводять тричі на добу чи, за необхідністю, частіше; надалі – двічі на добу, а також після дефекації.

При проведенні туалету в ліжку на судні або на акушерському кріслі акушерка заповнює кувалку Есмарха теплим дезинфікуючим розчином (калію перманганату 1:400, розчином фурациліну 1:5000, відвар ромашки) і обмиває зовнішні статеві органи у напрямку згори вниз, використовуючи стерильний ватний тампон на стерильному корнцангу. Просушують зовнішні статеві органи стерильною підкладною пелюшкою. На 3-4 день породіллі дозволяють приймати душ. Зміна постільної білизни проводиться один раз на три дні, натільної – щоденно.

13.3. Природне вигодовування та ведення лактації.

Природне вигодовування є єдиним безальтернативним методом вигодовування дитини, що чинить унікальну біологічну дію на її здоров'я. Найсучасніші наукові дослідження переконливо довели принципову незамінність природного вигодовування для оптимального розвитку дитячого організму. Однак, на практиці виявляється, що більшість жінок після пологів абсолютно не готові до здійснення грудного вигодовування, а медичний персонал рододопоміжних закладів досить пасивно до цього ставиться. Основна причина цього становища – недостатність сучасних знань з фізіології лактації та невміння професійно надати допомогу жінці, яка годує.

Згідно з сучасним підходом до проблем природного вигодовування, ВООЗ прийнята до користування слідує термінологія.

1. *“Виключне грудне вигодовування* – вигодовування тільки грудним молоком з моменту народження як безпосередньо з грудей, так і зцідженим молоком. Використовуються тільки лікувальні форми вітамінів та мінеральних солей (за показаннями).

2. *“Переважає грудне вигодовування* – те ж саме, але можливо використання води, фруктових соку, а також густого прикорму не більше ніж 30мл на добу (за рахунок овочевого або фруктових пюре).

3. *Доповнене вигодовування* – жіноче молоко плюс адаптовані молочні суміші більш ніж 100 мл регулярно, або перші прикорми більше 30г регулярно, або паралельне їх використання (відповідає змішаному вигодовуванню або грудному з прикормом).

4. *Вигодовування із пляшечки* – включає тільки техніку вигодовування з пляшки через соску будь-якою харчовою сумішшю, або зцідженим грудним молоком.

5. *Штучне вигодовування* – харчування з пляшечки заміниками жіночого молока, незалежно від наявності або відсутності прикорму.

Впродовж вагітності зв'язок між матір'ю та плодом здійснюється завдяки системі матково-плацентарно-плодового кровообігу. В пологах цей зв'язок порушується і в післяпологовому періоді цю функцію бере на себе новостворена система молочна залоза-молоко-немовля. Тож, молоко є тією субстанцією, що природно призначена для здійснення передачі від матері до дитини поживних речовин та необхідних біологічно-активних речовин. Новонароджені діти забезпечуються харчовою, імунобіологічною, гормональною, ферментативною цінністю грудного молока, а також тим психоемоційним аспектом, що надає грудне вигодовування на формування здорових взаємовідносин між матір'ю та дитиною.

Властивості молока хронологічно змінюються впродовж всього періоду лактації. У перші два-три дні після пологів молочні залози виробляють молозиво – густу жовтувату рідину кислої реакції, що має високий вміст білку (головним чином альбумінів, імуноглобулінів). Вміст лактози і жиру, а також водорозчинних вітамінів низький порівняно зі зрілим грудним молоком, а жиророзчинних вітамінів та деяких мінеральних речовин (Zn, Na) – дещо більший. Молозиво має досить велику енергетичну цінність (150 ккал/100 мл), тому, виділяючись навіть в незначних кількостях (в середньому 30 мл/добу), воно здатне задовольнити потребу новонародженого в усіх поживних речовинах.

Впродовж слідуєчих декількох днів молочна залоза секретує перехідне молоко, а з 2 тижня – зріле грудне молоко.

Зріле молоко має вигляд рідини, що являє собою суспензію (емульсію) дрібних жирових краплинок в сироватці крові. Його енергетична цінність дещо менша, ніж молозива (64,5 ккал/100 мл). Однак білковий спектр – досить широкий, і біологічна цінність протеїнів жіночого молока переважає інші види харчових білків. Протеїни жіночого молока представлені в основному сироватковими білками (альбуміни, глобуліни). 20% загального вмісту білка займає казеїн. Цей надзвичайно необхідний протеїн з'являється лише з 4-5 доби лактації.

Особливе значення має збалансований вміст в молоці небілкових речовин, що містять азот, сечовину, креатинін, креатин, нуклеїнові кислоти та поліаміни, таурин (останній бере участь в формуванні клітин нервової системи та зорового аналізатора).

Вміст жиру в жіночому молоці не стабільний. Його більше в останніх порціях молока. Ліпіди жіночого молока мають здатність швидко і повноцінно засвоюватись в шлункво-кишковому тракті дитини і задовольняють близько 90% її добової потреби в енергії.

Вуглеводи материнського молока представлені в вигляді β-лактози. Ця форма молочного цукру найбільш адаптована до ферментних систем шлункво-кишкового тракту новонародженого. Як біологічний субстрат, вона створює слабокисле середовище в товстій кишці (рН – 5,5), згубне для гнільних бактерій і сприятливе для присутності біфідум-фактора фізіологічної мікрофлори.

Крім того, в жіночому молоці є всі необхідні для розвитку дитячого організму вітаміни (А, Е, С, вітаміни групи В та ін.), а також достатній комплекс різноманітних мікроелементів (Са, Р, Fe, Zn, Cu, Mg).

Імунологічні властивості грудного молока обумовлені наявністю в ньому цілої низки специфічних і неспецифічних антиінфекційних факторів, які сприяють формуванню фізіологічної мікрофлори кишківника, визріванню місцевого та загального імунітету. До них відносяться лізоцим, лактоферрин, компонент; фактори гуморального захисту – секреторний імуноглобулін А, імуноглобуліни А, М, J, різноманітні антитіла; фактори клітинного імунітету – Т-лімфоцити, макрофаги. Всі разом вони обумовлюють захисну роль жіночого молока по відношенню до різноманітних вірусних, бактеріальних, паразитарних та харчових антигенів.

Регуляторна функція жіночого молока пов'язується з наявністю в ньому різних гормонів (гіпоталамічних рилізінг-гормонів, гіпофізарних тиреоїдних, стероїдних, підшлункової залози, простагландинів), ферментів (пепсину, трипсину, ліпази, амілази, та ін.) різноманітних ростових факторів (епідермального, інсуліноподібного, нейроростового). Ці речовини забезпечують фізіологічний перехід від гемотрофного до лактотрофного харчування, сприяють дозріванню ендокринних структур новонародженого, регулюють асиміляцію та синтез білка.

Крім всіх вищезгаданих переваг природного вигодовування не слід забувати про не менш важливий психоемоційний його аспект. На сьогодні грудне вигодовування розглядається саме як могутній емоційний стимул в процесі становлення психічних функцій дитини. Крім того, доведено, що вигодовування груддю впливає і на здоров'я матері. В першу чергу, сприяє нормальному перебігу післяпологового періоду (зменшенням ризику кровотеч, анемії, гнійно-септичних захворювань), сприяє профілактиці мастопатій, пухлин молочних залоз та внутрішніх статевих органів, а в певному режимі може використовуватись з метою післяпологової контрацепції.

З урахуванням усіх переваг безсумнівним є те, що саме грудне вигодовування є пріоритетним як для матері, так і для дитини.

Процес виділення молока в післяпологовому періоді називається лактацією. Повний цикл лактації включає в себе мамогенез (розвиток залози), лактогенез (формування секреторної її функції), лактопоез (розвиток і підтримка виділення молока). Розвиток молочної залози починається ще з антенатального періоду, однак найбільшій інтенсивності становлення її функцій набуває в період вагітності та безпосередньо після пологів.

Весь цей час процеси розвитку молочної залози підлягають динамічному контролю різноманітних нервово-гуморальних факторів. Пріоритетним серед них є вплив статевих гормонів, пролактину, плацентарного лактогену, які в сукупності призводять до інтенсивного формування активних форм альвеол (тобто тих, що здатні синтезувати компоненти молока) і забезпечують високий рівень лактаційних процесів в післяпологовому періоді. Естрогени стимулюють секрецію молока, посилюючи виділення пролактину, викликають посилений ріст протоків в молочній залозі. Прогестерон стимулює в молочній залозі розвиток дольок і альвеол, однак в надлишку пригнічує чутливість молочної залози до пролактину. Пролактин (лактогенний гормон) безпосередньо стимулює лактогенез і вироблення молока. Його дія потенціюється соматотропним і адренкортикотропним гормонами гіпофізу, плацентарним лактогеном.

Не менш важливою є нервова регуляція діяльності молочних залоз. Вона забезпечується центральними механізмами корково-підкоркової регуляції, а також рефлексорним впливом на підвищення секреторної та видільної функції молочної залози шляхом тактильно-механічного подразнення периферичних рецепторів. В результаті такої регуляції смоктання грудей новонародженими викликає 2 головних рефлексів, що стимулюють секрецію молока:

- *пролактиновий рефлекс*: при смоктанні нервові імпульси від навколососкових ділянок шкіри по блукаючому нерву передаються в гіпоталамус, де в подальшому нейропептиди стимулюють продукцію пролактину. Найадекватніше формування пролактинового рефлексу спостерігається при ранньому (до 2-х годин) прикладанні дитини до грудей після пологів;

- *окситоциновий рефлекс*: виділення молока у відповідь на подразнення тактильних рецепторів навколососкової зони збільшується вироблення задньою долею гіпофізу окситоцину, що викликає скорочення м'язової тканини ареоли і виділення молока.

Така складна регуляція діяльності молочної залози в післяпологовому періоді має не мети найбільш адекватне збалансування процесів утворення молока та його віддачі (звільнення). Будь-які шкідливі патогенетичні чинники в процесі розвитку молочних залоз під час вагітності, пологів та в післяпологовому періоді (гормональна недостатність, інфантилізм, незбалансоване чи недостатнє харчування, шкідливі звички, деяка екстрагенітальна патологія, ожиріння, емоційні стреси, тощо) безумовно можуть мати своє відображення на інтенсивності процесів лактації та їх збалансованості. Однак слід пам'ятати, що справжня недостатня лактація зустрічається досить рідко. Частіше вона обумовлена недостатністю підготовки жінки до лактації, її неосвіченості в питаннях природного вигодовування, технічними помилками при проведенні годування, а іноді безграмотним підходом до цих питань самих медичних працівників. Тому для адекватного становлення та здійснення функції молочних залоз у годуючої жінки працівники родоспомагаючих закладів повинні знати і дотримуватись деяких медичних рекомендацій, а також навчати саму жінку.

Надзвичайно важливе значення має раціональна передлактаційна підготовка жінки. Вона визначається станом фето-плацентарної системи, тому має розпочинатись ще під час вагітності. Передлактаційна підготовка жінки включає в себе створення психологічно благоприємного фону виношування вагітності. Медичні працівники жіночих консультацій та пологових відділень повинні уселяти впевненість у своїх силах та в успішності пологів і лактації, особливо тим жінкам, які чекають першу дитину. Їх слід орієнтувати на природне вигодовування, пояснювати його переваги, повідомляти про недоліки штучного вигодовування. Жінкам надається проста і доступна інформація про початок і становлення лактації після пологів, про умови, що визначають її тривалість. Завчасно жінку навчають техніці годування грудьми, методам зціджування молока. Доцільно призначити різноманітні фізичні вправи, що зміцнюють грудні м'язи. Рекомендують носіння бюстгальтеру з простої щільної тканини, достатнього за об'ємом, щоб не здавлювати молочну залозу. Обробляти соски спиртом недоцільно.

Після пологів принципово важливим стає раннє прикладання новонародженого до грудей матері. Не виконуючи загальної харчової функції, це дає змогу продовжити біологічний зв'язок між матір'ю та дитиною, забезпечує адаптацію новонародженого до умов нестерильного позаутробного середовища за рахунок передачі з першими краплями молозива безлічі захисних факторів, створює сприятливий психоемоційний фон, потенційований безпосереднім шкірним контактом матері та дитини.

Перше прикладання новонародженого до грудей матері здійснюється одночасно з процедурою шкіряного контакту. Дитина викладається голою на живіт матері аж до закінчення пульсації пуповини. Після первинної обробки пуповини, а також обтирання дитина знову повертається на живіт матері – його верхню частину. Шкіряний контакт повинен тривати не менше 30 хв. Новонародженого, який лежить на животі, треба підтримувати рукою матері та зверху прикрити стерильною пелюшкою. Протягом 20 хв. більшість новонароджених здатні знайти сосок і захопити його без допомоги. Можна допомогти дитині, стимулюючи пошукові рухи губ і голови м'яким поглажуванням шкіри біля ротика.

Протипоказання до раннього прикладання дитини до грудей:

- *з боку матері* – тяжкі інфекційні або соматичні захворювання в стадії загострення та декомпенсації, оперативне розродження, кровотеча в пологах, тяжкий пізній гестоз;

- *з боку плода* – оцінка за шкалою Апгар нижче 7 балів, асфіксія новонародженого, внутрішньочеревна родова травма, гемолітична хвороба новонароджених, глибока недоношеність.

При наявності протипоказань до раннього прикладання або тимчасового відкладення грудного вигодовування для збереження лактації медичний персонал повинен пояснити важливість регулярного подразнення сосків та зціджування молока з молочних залоз (кожні 3-3,5 год.).

В подальшому доцільно якомога ширше практикувати спільне перебування дитини і матері в стаціонарі. Переваги такого ведення післяпологового періоду незаперечні. Воно дає змогу обмежити можливість інфікування новонародженого, сприяє становленню більш тісного контакту між матір'ю та дитиною, засвоєнню практичних навичок, необхідних матері в догляді за новонародженим. Крім того спільне перебування відкриває можливість годування дитини за вимогою, що досить важливо, бо суворий погодинний режим нерідко сприяє втраті лактації. Частота прикладання дитини до груді при спільному перебуванні може досягати 10-12 раз на добу, поступово зменшуючись до 7-8. Особливо важливі в підтримці лактації нічні прикладання.

Згідно прийнятої сумісно ВООЗ Декларації "Охорона, заохочення та підтримка практики грудного вигодовування: особиста роль пологодопоміжних служб" та рекомендацій Міністерства Охорони Здоров'я України всім пологодопоміжним закладам необхідно виконати наступні вказівки:

1. При фізіологічних пологах перше прикладання до грудей новонародженого здійснювати не пізніше 1 години після пологів, тому що вже через 5 годин вміст імуноглобіна А в молозиві знижується удвічі, а самий високий його рівень протягом 1 години.
2. Заохочувати грудне вигодовування за вимогою немовляти.
3. Навчити медичний персонал необхідним навичкам для здійснення практики грудного вигодовування.
4. Не давати новонародженим ніякої іншої їжі, крім грудного молока, за винятком випадків, обумовлених медичними показаннями.
5. Не давати новонародженим, які знаходяться на грудному вигодовуванні, ніяких заспокійливих засобів та приладів які імітують материнські груди (соски та ін.).
6. При відсутності умов для проведення вільного вигодовування дітей перевести на 7-разове годування (через 3 години).
7. Розширити сумісне перебування матері та дитини з перших годин життя.

Протипоказання для сумісного перебування є:

Зі сторони дитини:

- гемолітична хвороба новонароджених, пологова травма, хронічна гіпоксія, асфіксія II-III ст., шок, недоношеність II-III ст., респіраторний дистрес-синдром, вроджені вади серця з ознаками порушення кровообігу, субарахноїдальні та внутрішньошлункові крововиливи, внутрішньоутробні інфекції (сепсис, пневмонії, менінгіти), аномалії розвитку та вади внутрішніх органів.

Зі сторони матері:

- інфекційні та тяжкі запальні захворювання, гестози II - III ст., еклампсія, екстрагенітальні захворювання в стадії декомпенсації, оперативні втручання в пологах (кесарів розтин, акушерські щипці, вакуум-екстракція), психічні розлади, алкоголізм, наркоманія.

Медичний персонал повинен слідкувати за правильністю прикладання дитини до грудей. При правильному прикладанні голова і тіло дитини повинні знаходитись на одній лінії. Обличчя дитини повертають до грудей матері. Носик знаходиться напроти соска, підборіддя торкається груді матері, ротик дитини широко розкритий, нижня губа вивернута, щічки округлені. Тільки дитини близько пригорнуте до тіла матері (живіт до живота). При смоктанні ротик дитини закриває більшу частину ареоли, і язик надавлює на молочні синуси. Мати повинна підтримувати все тільки дитини знизу. При правильному годуванні больові відчуття не з'являються навіть при тривалому смоктанні чути, як дитина ковтає молоко.

В разі, коли виникає необхідність, медичний персонал допомагає правильно прикласти дитину, надає необхідну інформацію, слідкує за тим, чи зрозуміла мати пояснення. Іноді необхідно допомогти жінці підібрати більш зручну позу для проведення годування:

- поза футбольного м'яча;
- лежачи – при великій масі дитини та в ранній термін після пологів (дитина лежить на ліктьовому згині);
- на колінах.

Годування дитини здійснюється по черзі з обох грудей. Слідуюче годування розпочинається з тієї молочної залози, яка давалась дитині останньою.

Прикладати дитину слід не відразу, а через 3-5 хвилин після того, як піднесли її до груді (через цей проміжок часу починає виділятися молоко). Перед введенням соска в рот дитині слід зцідити кілька крапель молока, поки воно не піде струменем. Треба стежити, щоб малюк захоплював не тільки сосок, а й частину навколососкового кружка. Носик дитини не повинен закриватися залозою. Годувати треба не довше 15 хв.

Після годування слід обережно витягти сосок з рота дитини. Якщо він утримує його, слід обережно закрити ніс двома пальцями, тоді дитина відкриє рот сама. Після кожного годування зціджуються залишки молока руками.

Іноді жінці доводиться зціджувати молоко не годуючи дитину груддю. Така ситуація складається:

- коли необхідно підтримувати лактацію при наявності тимчасових протипоказань до вигодовування груддю з боку матері чи дитини;
- при годуванні дитини з низькою вагою;
- при переповненій молочній залозі;
- для полегшення стану жінки під час згрубіння молочної залози;
- при необхідності змащування сосків та ареол при лікуванні тріщин;
- для стимуляції лактації при недостатній кількості молока у матері.

Перед проведенням зціджування жінку слід заспокоїти і впевнити в успіху лактації. Якщо є можливість, здійснюють контакт матері та дитини (шкіра до шкіри), дають випити матері теплий напій, зігрівають молочні залози (душ, компрес), проводять масаж молочних залоз (обережно!), спини. Мати повинна приготувати посуд і ретельно вимити руки. Перед зціджуванням необхідно стимулювати окситоциновий рефлекс. Потім приступають до власне зціджування. Великий і вказівний палець

розташовують з обох боків навколососкового кружечка, і надавлюють всередину по направленню до грудної стінки. Натискують за соском і ареолою з усіх боків, щоб випорожнити всі сегменти молочної залози.

Медичний персонал повинен знати і володіти практичними навичками проведення зцідження для того, щоб навчити цьому жінку. Однак, в подальшому жінка повинна здійснювати зцідження сама.

В разі, коли зцідженням молоком годується дитина, слід наголошувати на забороні використання будь-яких засобів, що імітують материнську грудь (пляшечки з сосками, тощо). Це може дезорієнтувати дитину в акті смоктання. Годування зцідженням молоком чи докормлювання дитини здійснюється з чашечки.

Досить важливим питанням, що також підлягає контролю медичними працівниками, є питання гігієни та харчування жінки, що годує груддю.

Щоденно перед першим годуванням породілля приймає теплий душ або омиває груди теплою водою з милом, одягає чисту білизну.

Перед кожним годуванням необхідно мити руки щіткою з милом, одягати косинку і маску.

Першу добу жінка годує малюка лежачи, а з 2-ї доби – сидячи. На подушку кладуть стерильну клейонку, на неї – пелюшку для новонародженого. Їх міняють кожний день, а марлеву пов'язку – перед кожним годуванням.

Після годування обмивають сосок та навколососкову ділянку, висушують її, прикладають марлеву серветку, змочену вазеліном або кип'яченою олією і одягають бюстгальтер. Він має відповідати розміру грудей і підтримувати їх, не стискаючи.

Медичні працівники щоразу слідкують за правильністю та ретельністю проведення гігієнічних заходів, а також дають рекомендації щодо раціонального харчування в період лактації.

Хоча період годування і не потребує дотримання спеціальних дієт, однак їжа має бути достатньо калорійною та збалансованою за вмістом в ній усіх харчових речовин (білків, незамінних амінокислот, жирів, незамінних жирних кислот, вітамінів, мінеральних солей).

З продуктів, що містять повноцінні білки, рекомендується сир, молоко, кефір, відварене м'ясо, курячі яйця (не більше 1 шт. на добу) можна споживати у відвареному або жареному вигляді. В раціон бажано включати печінку, де багато заліза, міді, кобальту, вітаміну В₁₂, фолієвої кислоти.

Поряд з цим необхідно пам'ятати, що надмірне вживання годуючою матір'ю молочних продуктів та яєць може викликати сенсibiliзацію організму дитини до білка коров'ячого молока і алергодерматоз.

Як джерело ліпідів слід використовувати легкозасвоювані жири (вершкове масло, сметана). Обов'язковим є включення в щоденний раціон рослинної олії як основного джерела поліненасичених жирних кислот та вітаміну Е.

Раціон має бути збагачений фруктами та овочами, що мають значну кількість вітамінів (чорна смородина, свіжа горобина, петрушка, тощо).

Рекомендовані спеціальні продукти для матерів-годувальниць:

– “Фемілак-2”, “Джерело”.

При ретельному дотримуванні усіх вищезгаданих рекомендацій можливо розраховувати на тривалу і адекватну лактацію. Внаслідок допущених помилок в техніці годування, або при недотриманні годуючою жінкою відповідного режиму поведінки та харчування, ймовірні різноманітні небажані наслідки. Частіше за все вони проявляються:

- утворення тріщин, біль при годуванні груддю;

- неефективне смоктання дитини, що не призводить до її насичення і зумовлює падіння маси тіла;

- накопичення молока з розвитком лактостазу, а в послідуєчому – маститу;

- гіпогалактія, тощо.

Медичний персонал родоспоміжних закладів повинен мати на увазі можливість розвитку певних ускладнень лактації, їх наслідки та методи їх подолання (див. табл. 1, 2).

Таблиця 1

Основні труднощі грудного вигодовування з боку матері

Ускладнення грудного вигодовування	Що робити
Повільне прибуття молозива і молока в перші дні після пологів.	Часте прикладання дитини до груді, годування з обох молочних залоз.
Відстрочений лактопоез (уповільнене становлення лактації до 15-20 днів).	Прикладання новонародженого до 12 разів на добу з періодичним докормом.
Надмірно бурхливе наростання лактопоезу. Туга, напружена залоза.	Зменшення напруги молочної залози за рахунок зцідження перед годуванням.
Локальне болюче затвердіння, затруднення при зцідженні.	Перед годуванням теплий компрес і м'який масаж груді в напрямку соска. Усунути тиск одягу.

Фізіологічне згубіння молочної залози (3-4 доба).	Часте, тривале годування. Теплий компрес на залозу до годування, холодний – після. Масаж шиї, спини.
Патологічне згубіння (після 3-4 доби).	Часте годування, перед годуванням в/м 0,5 мл окситацину 2 р. в день. Холодний компрес для зменшення набряку.
Плоскі або втягнуті соски.	Бюстгальтер з отвором на місці сосків.
Тріщини сосків	Виправити техніку прикладання до грудей дитини, змазувати сосок “заднім молоком”, не мити з милом, прикладати мазь етонію, каланхое.
Кандидозна інфекція. Болючі, сверблячі соски.	Лікування антигрибковими засобами (нистатинова мазь 4 р. на день).
Мастит.	Ретельне, регулярне спорожнення молочної залози. Холодний компрес, окситоцин в/м за 2-3 хв. до годування. Антибіотикотерапія. Лікування в хірургічному відділенні.
Додаткові молочні дольки.	Заборонено масаж. Холодний компрес на дольку.

Таблиця 2
Основні труднощі грудного вигодовування з боку дитини

Ускладнення грудного вигодовування	Що робити
Слабка смоктальна активність протягом перших 2-3 днів.	Виключення наявності патології.
Синдром ледяних смоктунів (млявість смоктання).	Прикладати дитину до обох молочних залоз, а потім догодовувати з піпетки та ложечки.
Розгубленість перед соском.	Наполегливе терпляче часте прикладання.
Жадібне та енергійне смоктання (разом з молоком поступає повітря, що призводить до зригування).	Під час годування робити перерви на 2-3 хв. Після годування тримати вертикально.
Коротка вуздечка.	З часом розтягується, якщо ні – підрізання вуздечки.
ОРВІ.	Лікування захворювання, тимчасове годування з ложечки або піпетки.
Кандидозний стоматит	Лікування стоматиту. Тимчасове годування зцідженим молоком.

Ситуації, коли жінці забороняється годувати груддю, трапляються рідко. Однак їх треба мати на увазі. Протипоказання для проведення грудного вигодовування слідуючі:

- відкрита форма туберкульозу;
- особливо небезпечні інфекції (віспа, сибірська виразка);
- правець;
- ГРВІ, ангіна, бронхіт, пневмонія за умов високої температури і тяжкого стану матері;
- стан декомпенсації при хронічних хворобах серця, печінки, нирок;
- гострі психічні захворювання;
- злоякісні новоутворення.

З боку дитини протипоказанням для грудного вигодовування є вроджені захворювання обміну речовин: галактодемія, фенілкетонурія, тощо.

XII. ОСНОВНІ ВИДИ АКУШЕРСЬКОЇ ПАТОЛОГІЇ. НЕВІДКЛАДНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

12.1. Поняття гестозу, класифікація, клініка. Невідкладна допомога при тяжких формах пізнього гестозу

Гестозами (токсикозами вагітних) називаються захворювання, що виникають у зв'язку з розвитком плідного яйця при порушенні процесів адаптації організму жінки до вагітності. Причиною їх виникнення є сама вагітність, і з перериванням її ознаки гестозу зникають. За терміном виникнення і клінічними проявами прийнято розрізняти наступні форми гестозів.

1. Ранні гестози (блювання, надмірне блювання, слинотеча).
2. Гестози, що рідко зустрічаються: дерматози вагітних, хорея вагітних, жовтяниця вагітних, гострий жировий гепатоз та ін.
3. Пізні гестози: гіпертензія, набряки, протеїнурія вагітних, прееклампсія легкого, середнього і

тяжкого ступенів, еклампсія.

12.1.1. Ранні гестози.

Патогенез ранніх гестозів полягає в неадекватній реакції організму вагітної жінки на обов'язкові зміни, що виникають в результаті розвитку гестаційного процесу. Ці зміни носять компенсаторний характер і контролюються роботою ЦНС. Перенесені до вагітності тяжкі захворювання (запальні процеси статевих органів, статевий інфантилізм, травми головного мозку), наявність хронічних інфекцій, неправильне харчування, нервово виснаження, стреси, перевтомлювання та інші несприятливі фактори призводять до порушення нормальних співвідношень між процесами збудження і гальмування в корі головного мозку. В таких умовах компенсаторні зміни, які супроводжують вагітність набувають патологічного характеру і сприяють виникненню порушень обміну речовин, судинних розладів, гормонального дисбалансу і пов'язаних з цим електролітних зрушень.

Блювання вагітних.

Буває легке, помірне і надмірне. Від звичайного для багатьох вагітних ранкового блювання ця форма раннього гестозу відрізняється тим, що виникає декілька разів на день, навіть після прийому їжі.

Легка форма проявляється блюванням 3-5 разів на день, звичайно після їжі, нудотою, порушеннями апетиту, схильністю до гострих і солоних страв. Блювання мало позначається на загальному стані жінки.

Гестоз помірного ступеню характеризується більш частими блюваннями (10-12 разів на добу), що виникає незалежно від прийому їжі. Хвора не може втримувати їжу, з'являється слинотеча, піднімається температура до субфебрильних цифр, виникає помірна тахікардія і гіпотензія. Жінка скаржиться на кваліть, сонливість, інколи безсоння. Зменшується діурез.

Надмірне блювання виникає до 20 разів і більше на добу, при цьому не затримується навіть вода. Жінки швидко втрачають вагу (від 2 до 5 кг на тиждень), у них зникає підшкірно-жировий шар. В результаті зневоднення порушується обмін речовин і наростає інтоксикація. Хворі апатичні, адинамічні, скаржаться на біль в епігастрії, правому підребер'ї, над лоном. З'являється іктеричність склер, запах ацетону з рота, шкіра стає сухою. Температура тіла підвищується до 38°C і вище, розвивається тахікардія вище 120 уд. на хвилину, знижується артеріальний тиск до 80 мм. рт. ст. Зменшується діурез. В крові підвищується рівень азотистих шлаків, білірубину, зростає гематокрит, знижується рівень альбумінів, холестерину, калію. В сечі з'являється білок, форменні елементи, стає різко позитивною реакція на ацетон. Іноді такі зміни можуть привести до загибелі жінки.

Лікування.

Лікування вагітних з проявами ознак раннього гестозу насамперед полягає в створенні лікувально-охоронного режиму та ретельного спостереження за жінкою. Тому жінки з цією патологією потребують госпіталізації в стаціонар. При цьому важливо уникати можливості розміщення хворої в палату, де знаходяться жінки з такою ж патологією, бо в таких випадках ймовірний розвиток у них так званого "співдружного блювання".

Догляд за хворою повинен бути дбайливим і найретельнішим. Вагітна потребує частішої зміни білизни, підтримки гігієнічного стану порожнини рота (полоскання відваром трав та антисептичними розчинами), профілактики мацерацій шкіри. Щоразу оцінюється кількість блювотних мас та їх характер (з частинами їжі чи без них, з наявністю домішок жовчі чи крові, тощо). Динамічно здійснюється контроль крові, сечі, маси тіла вагітної, обсяг діурезу.

Харчування хворої повинно бути висококалорійним, багатим на вітаміни та мікроелементи, але легким для засвоєння. Рекомендуються сухарі, сир, нежирне м'ясо, рибу, яйця, вершкове масло, та ін. продукти. Приймати їжу слід часто (6-8-кратно), малими порціями, лежачи в ліжку.

В разі, коли через часте блювання хвора не може приймати навіть рідку їжу, їй призначають поживні клізми. Попередньо (за 30-40 хв. до процедури) здійснюють очисну клізму до повного сповільнення кишківника. Для поживної клізми використовують розчин глюкози або ізотонічний розчин натрію хлориду. Об'єм їх не повинен перевищувати 200 мл. Теплий розчин набирають в балончик, добавляють 5 крапель настоянки опію, змащують носик балончика вазеліном, випускають повітря і вводять в пряму кишку. При введенні рідини на балончик слід надавлювати повільно, щоб розчин поступово проникав в кишечник і не подразнював слизову оболонку.

Медикаментозне лікування раннього гестозу включає в себе призначення протиблювотних засобів (етаперазин, торекам, церукал, поєднане використання бромистого натрію та кофеїну), а також десенсибілізуючих препаратів (димедрол, дипразин, тощо). Іноді доцільне призначення цих препаратів *per rectum* у вигляді клізм чи супозиторіїв.

В тяжких випадках прибігають до застосування дроперідолу. При введенні цього препарату медична сестра повинна пам'ятати про можливість значного гіпотензивного ефекту. В зв'язку з цим перед введенням дроперідолу та через 30-60 хв. потім необхідно змірювати артеріальний тиск, а після ін'єкції вагітна повинна дотримуватись ліжкового режиму впродовж 2 годин.

В разі, коли їжа не засвоюється, і виникає необхідність парентерального харчування,

призначається інфузійна терапія, що включає введення білкових препаратів, розчину глюкози з інсуліном, розчину Рінгера-Лока, неогемодезу, реополіглюкіну. Доцільно додавати до них вітамінні препарати (вітаміни групи В, аскорбінову кислоту, кокарбоксілазу). При тяжких формах перебігу застосовують повторні переливання крові (100-150 мл).

Серед фізіотерапевтичних заходів з успіхом застосовують електрофорез новокаїну чи димедролу ендоназально, індуктотермію сонячного сплетіння.

В разі, коли не вдається досягти успіху при комплексному лікуванні, і ознаки гестозу прогресують, доводиться вдаватися до переривання вагітності.

Слинотеча.

Іноді являється самостійним проявом токсикозу, але частіше за все супроводжує блювання вагітних. Кількість слини, що виділяється, може досягти 1 л за добу. Слинотеча не спричиняє тяжких порушень в організмі, але пригнічує психіку, викликає мацерацію шкіри і слизової оболонки губ. Догляд та лікування вагітних аналогічні таким, що застосовуються при блюванні. Кількість виділеної за добу слини повинна підлягати ретельному обліку. З цією метою зручно користуватися індивідуальним градуйованим кухлем з кришечкою. Дані обліку медична сестра заносить до історії хвороби.

З метою підтримки гігієнічного стану порожнини рота рекомендовано часте полоскання рота настоєм ромашки, шавлії, іншими в'язучими засобами.

Для пригнічення секреції слинних залоз призначають внутрішньом'язове введення атропіну.

Переривання вагітності цей стан не потребує.

12.1.2. Гестози вагітних, що рідко зустрічаються.

Дерматози вагітних.

Проявляються у вигляді свербіння шкіри, рідше у формі екземи, кропивниці, еритеми, герпетичної висипки, що з'являються на фоні вагітності і з перериванням останньої поступово зникають. Лікування хворих проводиться аналогічно лікуванню блювання вагітних.

Жовтяниця вагітних. (холестатичний гепатоз вагітних).

Вона може виникати в різні терміни вагітності, але частіше зустрічається в III триместрі. Патогенез цього захворювання недостатньо вивчений. Має значення підвищене при вагітності жовчоутворення при зниженому тонусі жовчовидільної системи. Виникненню жовтяниці передують інтенсивне свербіння шкіри. Загальний стан хворих суттєво не змінюється. При лабораторному дослідженні виявляється помірний лейкоцитоз, нейтрофіліоз і дещо вища, ніж звичайно при вагітності, ШОЕ. Вміст білірубину в крові підвищений до 90 ммоль/л, але після пологів швидко нормалізується. При цій патології немає ознак некрозу паренхіми печінки, тому рівень АЛТ і АСТ не зростає адекватно збільшенню білірубину і залишається майже нормальним.

Лікування жовтяниці вагітних полягає в призначенні раціонального харчування (дієта №5) і в застосуванні засобів, що ліквідують свербіння шкіри: неробол, холестерамін, антигістамінні препарати, фенобарбітал.

В окремих випадках може з'явитись необхідність в перериванні вагітності.

Гострий жировий гепатоз вагітних.

Це одна з найзагрозливіших форм гестозу, що виникає в пізні терміни вагітності (33-40 тижнів). Смертність жінок при цій патології висока і летальний наслідок настає досить швидко.

В клінічному перебігу виділяють дві стадії: дожовтяничну, що супроводжується слабкістю, нудотою, виснажливою печією, свербінням шкіри, і жовтяничну, при якій наростають симптоми печінкової недостатності, інтоксикації, розвивається ДВЗ - синдром і нерідко настає загибель плода, або самої жінки.

Лікування полягає у негайному перериванні вагітності, дезинтоксикаційній терапії, введенні білкових та ліпотропних засобів.

Хорея (тетанія) вагітних.

Виникає у зв'язку з порушеннями обміну кальцію внаслідок гіпофункції паращитовидних залоз. Клінічно вона проявляється судомними некоординованими посипуваннями м'язів верхніх і нижніх кінцівок, іноді обличчя і, зовсім рідко, гортані або шлунку.

Лікування проводиться в стаціонарі, сумісно з терапевтом, шляхом призначення лікувально-охоронного режиму, психотерапії, лікувального електросну, седативних засобів, а також препаратів, що нормалізують обмін кальцію (вітаміни Д, Е, глюконату кальцію), паратириїдину для покращення функції паращитовидної залози.

Остеомаляція.

Зустрічається надзвичайно рідко і обумовлена декальцінацією кісток і їх розм'якшенням. Найчастіше вражаються кістки тазу та хребет, що супроводжується їх болючістю та деформаціями.

Лікування остеомаляції полягає в нормалізації фосфорно-кальцієвого обміну, як це проводиться при терапії хореї вагітних.

12.1.3. Пізні гестози.

Під пізнім гестозом розуміють ряд патологічних змін, що частіше за все розвиваються в другій

половині вагітності, характеризуються порушеннями діяльності судинної та нервової систем, змінами у функціонуванні нирок, печінки, гематологічними та метаболічними зрушеннями і відображають неспроможність адаптаційних можливостей організму пристосуватися до нових умов функціонування під час вагітності.

Патогенез пізнього гестозу.

На думку більшості сучасних дослідників в патогенезі пізніх гестозів мають значення імунні фактори. Впродовж всієї вагітності в організмі матері виробляються антитіла на антигени плода, що утворюються внаслідок успадкування ним генетичної інформації батька. При пізньому гестозі антитіла продукуються з надлишком, що призводить до циркуляції в крові надмірної кількості імунних комплексів. Ушкоджуючи ендотелій судин в місці їх утворення (насамперед в плаценті), імунні комплекси викликають дисбаланс у синтезі біологічно активних речовин, що веде до підвищення проникності капілярів і транссудинного току плазми з послідуємим зменшенням ОЦК. На фоні гіповолемії пригнічується скоротлива здатність міокарду, зменшується серцевий викид. Одночасно з недостатнім заповненням артеріального русла зростає загальний периферичний опір судин, що викликає стійке підвищення артеріального тиску і обмеження кровообігу в тканинах і органах.

На фоні таких порушень в нирках зменшується фільтрація і зростає реабсорбція, в результаті чого знижується діурез і рідина затримується в організмі. Однак через втрату білка з сечею і депресію його синтезу в печінці, а також внаслідок підвищення проникності судин, затримана нирками рідина не заповнює судинного русла, а переходить в міжклітинний простір, поглиблюючи набряк та гіповолемію. Це призводить до ще більшого спазму судин, уповільнення кровообігу і, як наслідок, до гіперперфузії всіх життєво важливих органів та систем, що на фоні хронічного внутрішньосудинного зсідання крові проявляється формуванням синдрому поліорганної недостатності.

Прогресуюча недостатність функціонування усіх систем організму (набряк в легенях, гіподинамія міокарду, пригнічення видільної функції нирок, депресія дезінтоксикаційної та метаболічної діяльності печінки, гіпофункція залоз внутрішньої секреції, порушення діяльності центральної нервової системи, в особливості коркових та підкоркових структур головного мозку з послідуємим формуванням синдрому гіпертензивної енцефалопатії, судом та набряку мозку), ще більше поглиблюють метаболічні розлади та інтоксикацію організму і потенціюють гіпоксичні розлади, замикаючи порочне коло декомпенсації.

По мірі прогресування пізнього гестозу обмежується матково-плацентарний кровообіг, що призводить до зменшення кровопостачання плаценти та порушення газообміну в ній. Це обумовлює виникнення дифузійно-перфузійної недостатності або так званого синдрому "шокової плаценти". Результатом перфузійних, газообмінних, метаболічних і ендокринних зрушень в "шоковій" плаценті є невідповідність між потребами плода в поживних речовинах та кисні і можливістю доставки їх через плаценту, що призводить до внутрішньоутробної гіпоксії, гіпотрофії, а нерідко і до загибелі плода.

Класифікація пізнього гестозу.

I. Доклінічна форма пізнього гестозу - прегестоз.

II. Моносимптомні форми гестозу:

- 1) гіпертензія під час вагітності;
- 2) набряки під час вагітності;
- 3) протеїнурія під час вагітності.

III. Полісимптомні форми гестозу:

- 1) прееклампсія легкого ступеня;
- 2) прееклампсія середнього ступеня;
- 3) прееклампсія тяжкого ступеня;
- 4) еклампсія.

Прегестоз.

Прегестоз - це доклінічна форма пізнього гестозу, при якій немає клінічних ознак патології, але зміни показників лабораторно-інструментальних методів дослідження вказують на наявність в організмі вагітної змін, характерних для гестозу. Прегестоз не завжди, але досить часто переходять в клінічно виражену стадію гестозу. Щоб не пропустити цю патологію, при кожному відвідуванні необхідно здійснювати наступні заходи.

1. Щотижневе зважування жінки. Його слід проводити на одних і тих же вагах, бажано в однаковому одязі. В нормі вага тіла жінки повинна зрости на 350-400г на тиждень, 1600-2000г на місяць. При появі патологічної прибавки в масі слід думати про наявність прихованих набряків. Їх можна виявити за допомогою проби Мак-Клюера-Олдріча (жінці внутрішньоскірно вводять 1мл ізотонічного розчину натрію хлориду; якщо папула розсмоктується менше ніж за 40 хв., проба вважається позитивною), або вимірюючи окружність гомілкового суглобу (збільшення її більше, ніж на 1 мм протягом тижня свідчить про наявність набряків).

2. Вимірювання артеріального тиску. Його слід здійснювати на обох руках, в сидячому положенні жінки і лежачи. Для більш точної оцінки рекомендовано щоразу проводити не менш як двократне вимірювання показників АТ з інтервалом 5-10 хв. Про наявність гестозу свідчить збільшення систолічного тиску на 15-20%, а діастолічного на 10% від вихідного на початку вагітності,

або виявлення асиметрії показників на обох руках на 10-15 мм. рт. ст.

Визначення середнього артеріального тиску (САТ):

$$\text{САТ} = \frac{\text{АТ сист.} + 2 \text{ АТ діаст.}}{3}; \quad \text{Норма дорівнює } 80-95 \text{ мм. рт. ст.}$$

3. Дослідження сечі. Про розвиток прегестозу свідчить зменшення добового діурезу до 900мл, падіння осмотичної щільності сечі, виявлення в ній найменшої кількості білка, особливо повторне.

4. Оцінка аналізу крові. Рівень гематокриту у вагітних в стані гестозу може дещо збільшуватися, підвищуються показники зсідання крові, може бути лімфоцитопенія, якщо порушується імунний статус. Досить рано з'являється тромбоцитопенія.

Набряки вагітних.

Ця форма пізніх гестозів починається в другій половині вагітності і характеризується появою периферичних набряків. Розрізняють чотири ступені важкості набряків вагітних:

I ступінь – набряки нижніх кінцівок;

II ступінь – поширення їх на черевну стінку;

III ступінь – набряки розповсюджуються на верхні кінцівки і обличчя;

IV ступінь – генералізовані набряки аж до анасарки.

Через затримку рідини швидко зростає вага жінки. Діурез коливається: спочатку він дещо зменшений, потім підвищується, а після цього, на фоні наростаючих набряків, знову зменшується. В сечі не виявляється ні білка, ні формених елементів крові. Артеріальний тиск в межах норми.

Клінічний перебіг набряків затяжний. Вони час від часу то зменшуються, то знову наростають. В більшості випадків набряки вагітних не переходять в більш тяжку форму захворювання. Та у 20-24% хворих можливий їх перехід в прееклампсію.

Гіпертензія вагітних.

Гіпертензія вагітних діагностується при зростанні систолічного артеріального тиску на 30 мм. рт.ст. і вище, а діастолічного на 15 мм. рт. ст. і більше порівняно з вихідним рівнем на початку вагітності. Виділяють три ступені тяжкості цієї патології:

I ступінь – артеріальний тиск не вище 150/90 мм. рт. ст.;

II ступінь – артеріальний тиск від 150/90 до 170/110 мм. рт. ст.;

III ступінь – артеріальний тиск вище 170/110 мм. рт. ст.

З практичної точки зору небезпечна не сама гіпертензія, а пов'язані з нею ускладнення (гіпоксія плода, відставання його в розвитку, передчасні пологи, передчасне відшарування плаценти). Тому при виявленні стійкої гіпертензії, вагітних потрібно госпіталізувати і призначити інтенсивне лікування.

Протеїнурія вагітних.

Протеїнурія вагітних – це форма пізнього гестозу, що характеризується появою після 20 тижнів вагітності значної кількості білка в сечі (більше 0,3 г/л) при відсутності артеріальної гіпертензії, набряків і попереднього ураження нирок інфекційними або системними захворюваннями. Слід пам'ятати, що в III триместрі можлива екскреція нирками деякої кількості білка, і впродовж доби вона розподіляється не рівномірно. Тому виявлення його у випадковій порції сечі ще не свідчить про наявність гестозу, але має спонукати до більш детального вивчення функцій нирок. Протеїнурією вважається втрата більш ніж 300 мг білка за добу. За вираженістю цього симптому виділяють три ступені тяжкості гестозу:

I ступінь – втрата білка з сечею до 1 г/л;

II ступінь – протеїнурія від 1 до 5 г/л;

III ступінь – протеїнурія більш ніж 5 г/л.

Прееклампсія.

За клінічним перебігом розрізняють три ступені тяжкості прееклампсії.

- Для прееклампсії легкого ступеня характерне:
 1. Підвищення артеріального тиску до 150/90 мм. рт. ст.
 2. Пульсовий тиск не менше 50 мм. рт. ст.
 3. Протеїнурія до 1г/л.
 4. Набряки нижніх кінцівок.
 5. Кількість тромбоцитів не менше $180 \cdot 10^9$ /л.
 6. Гематокрит 36-38%.
 7. Фібриноген Б - реакція негативна.
 8. Креатинін крові до 100 мкмоль/л.
- Для прееклампсії середнього ступеня тяжкості характерне:
 1. Підвищення артеріального тиску до 170/110 мм. рт. ст.
 2. Пульсовий тиск не менше 40 мм. рт. ст.
 3. Протеїнурія до 5г/л.
 4. Набряки на нижніх кінцівках і передній черевній стінці.
 5. Погодинний діурез не менше 40 мл/год,

6. Кількість тромбоцитів не менше 150-180 10^9 /л.
7. Гематокрит 39-42%.
8. Фібриноген Б – слабопозитивний (+).
9. Креатинін крові від 100 до 300 мкмоль/л.

- Для прееклампсії тяжкого ступеня характерне:
 1. Артеріальний тиск більше 170/110 мм. рт. ст.
 2. Пульсовий тиск не менше 40 мм. рт. ст.
 3. Протеїнурія понад 5г/л.
 4. Генералізовані набряки.
 5. Погодинний діурез менше 40 мл/год.
 6. Кількість тромбоцитів не менше 120-150 10^9 /л.
 7. Гематокрит понад 42%.
 8. Фібриноген Б – позитивний (++) або різкопозитивний (+++).
 9. Креатинін крові понад 300 мкмоль/л.

Жінки з легкою і середньої тяжкості прееклампсією суб'єктивних скарг можуть не пред'являти. При більш тяжкій формі перебігу прееклампсії на фоні вищезгаданих об'єктивних ознак можуть виникати головний біль в області лоба і потилиці, резистентний до аналгетиків, або різного роду порушення зору (від миготіння мушок і сітки перед очима до повної сліпоти), безсоння, дратливість, заложеність носа, почуття тривоги. Ці ознаки повинні насторожувати медперсонал, бо перш за все свідчать про енцефалопатію і можуть стати передвісниками екламптичного приступу. Іноді хворих турбує біль в епігастрії або в правому верхньому квадранті живота. Він свідчить про надмірне розтягнення або надрив капсули печінки внаслідок її набряку і може також, служити передвісником судом.

Прееклампсія може в будь-який момент перейти в еклампсію, тому жінки з такою патологією потребують ретельного догляду і лікування.

Лікування прееклампсії.

Лікування прееклампсії будь-якого ступеня тяжкості потребує госпіталізації хворої для створення відповідного лікувально-охоронного режиму. Лікування проводиться одночасно акушером-гінекологом і анестезіологом-реаніматологом (краще в умовах відділення інтенсивної терапії) Фізичне навантаження повинне бути дозованим. Для жінок з легким перебігом процесу різке обмеження рухової діяльності недоцільне, вагітні з тяжким гестозом потребують строгого ліжкового режиму. Однозначно і обов'язково в стаціонарі для хворої повинні бути складені умови для попередження і усунення негативних емоційних реакцій. Велике значення при цьому мають психопрофілактика та дбайливе ставлення до жінки з боку медичного персоналу.

Дотримання вказаного режиму строго контролюється медичним персоналом. Одночасно за жінкою організовується постійний нагляд. Впродовж дня медична сестра трикратно (а при необхідності і частіше) проводить вимірювання АТ, обов'язково на обох верхніх кінцівках. Підраховується об'єм випитої рідини та обсяг діурезу. В разі необхідності визначення погодинного діурезу, в сечовий міхур вводиться еластичний катетер на 6-8 год., і щогодини оцінюється кількість виділеної сечі.

Динамічно в процесі лікування оцінюють інтенсивність прояву набрякового синдрому, зміни аналізів крові та сечі. Щоденно проводиться зважування жінки, бажано на одних і тих же вагах, в такому ж одязі.

Поява будь-яких негативних відхилень в стані вагітної, що свідчать про прогресування патологічного процесу, повинні бути своєчасно повідомлені лікарю. Особливої уваги заслуговує поява головного болю, мерехкотіння мушок перед очима, болі в надчеревній ділянці, порушення зору або інших суб'єктивних відчуттів, які відображають явища гіпертензивної енцефалопатії та є свідченнями надзвичайно тяжкого стану хворої. В такому разі вагітну переводять в палату інтенсивної терапії, де для неї створюють умови суворого ліжкового режиму з звуко- та світлоізоляцією, посилений контроль за показниками всіх життєво важливих функцій організму.

Фактором, що суттєво сприяє успішності лікування є відповідна дієтотерапія. Хворій на пізній гестоз призначається висококалорійне, в основному білкове харчування. Щоденний раціон повинен включати в себе не менш, як 100г повноцінного білка (нежирне м'ясо, риба, сир, тощо). Одночасно обмежується вживання жирів (особливо тваринного походження), та вуглеводів.

У жінок з нетяжким перебігом гестозу 1 раз в 7-10 днів призначаються розвантажувальні дні. При цьому впродовж дня вагітна дотримується суворо обмеженої дієти: 600-800г сиру з 100г сметани, або 1кг яблука. При проведенні "розвантажувального дня" напередодні та після нього жінка підлягає контрольному зважуванню. Впродовж дня рекомендують дотримуватись ліжкового режиму і утримуватись від прийому сильнодіючих лікарських засобів (гепотензивних, діуретиків, тощо). Дані про порядковий номер проведеного "розвантажувального дня", результат контрольного зважування медична сестра заносить до історії хвороби.

Суттєвого значення набуває дотримання жінкою питного режиму. Добова кількість води та рідкої їжі не повинна перевищувати 800-1000 мл при прееклампсії легкого та середнього ступеню, а в

тяжких випадках обмежується до 600-700 мл. Кількість солі в споживаємій їжі теж повинна суворо регламентуватися (5-6г на добу).

Для підтримання на достатньому рівні вітамінів та мінералів в їжу, яка споживається вагітною, включають овочі, фрукти, чорну смородину, печінку, петрушку, вітамінізовані збори-чай, що містять шипшину, листя смородини, суниці.

Медикаментозне лікування вагітної з пізнім гестозом включає в себе наступні аспекти:

1. Седативна терапія.

В разі прееклампсії легкої та середньої важкості хворій призначають заспокійливі засоби (валеріана, настоянка пустирника, седуксен), нейролептики (дроперідол), наркотичні анальгетики (промедол), іноді в комбінації. Всі маніпуляції, що здійснюються жінці з проявами тяжкої прееклампсії, повинні проводитися в умовах достатньої седації, а в разі розвитку ознак гіпертензивної енцефалопатії – під наркозом.

Седативна терапія потенціюється дією десенсибілізуючих засобів (димедрол, супрастин, тавегил). Застосування з метою неспецифічної десенсибілізації глюкокортикоїдів за умов пізнього гестозу недоцільне, і використовується лише в тих випадках, коли внаслідок патологічних процесів має місце виснаження кори наднирників. В такому разі вводити глюкокортикоїди слід надзвичайно обережно, через здатність цих препаратів підвищувати АТ.

Гіпотензивна терапія проводиться з застосуванням спазмолітичних препаратів (дібазол, папаверин, но-шпа), глюкозо-новокаїнової суміші, похідних раувольфії (раунатін, резерпін), інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту (лактоприл). Досить ефективним є застосування еуфіліну, що крім гіпотензивної дії має здатність прискорювати виведення рідини та покращує матково-плацентарний кровоток.

Традиційним і доцільним в умовах пізнього гестозу залишається введення сульфату магнію за схемою Д.П. Бровкіна. Згідно цієї схеми магnezіальна терапія призначається курсами по 4 ін'єкції 24 мл 25% розчину з інтервалами між 1, 2, 3 введенням – 4 години, а між 3 та 4 – 6 год. В разі, коли введення припадає в час, коли жінка спить, будити її не слід. Ін'єкцію проводять після пробудження. Повторний курс магnezіальної терапії можна проводити через 12 годин. Однак, коли ефект від такого лікування позитивний і достатній, можливий перехід на двократне застосування сульфату магнію. Кількість повних курсів не повинна перевищувати 3-х.

Проведення магnezіальної терапії потребує від медичного персоналу уважності та певних знань. По-перше, слід пам'ятати, що гіпотензивний ефект сульфату магнію досить потужний, тому недоцільно комбінувати його застосування з іншими гіпотензивними засобами. Не слід також застосовувати діуретики, препарати кальцію.

Введення розчину сульфату магнію слід здійснювати з ретельним дотриманням правил асептики та антисептики. Недопустимі підшкірні введення препарату, бо може призводити до розвитку інфільтратів та абсцесів в місці введення. З метою їх профілактики слід користуватися довгою голкою, робити укол строго внутрішньом'язово в зовнішньо-верхній квадрант сідниці, поперемінно в ліву та праву.

З метою уникнення помилкового введення інших розчинів замість сульфату магнію, ампули слід зберігати окремо від інших засобів. В першу чергу це стосується розчину хлориду кальцію, помилкове внутрішньом'язове введення якого недопустиме.

Для зменшення больової реакції, що зовсім недоцільна в умовах пізнього гестозу, внутрішньом'язове введення сульфату магнію слід здійснювати після попередньої ін'єкції 5 мл 0,5% розчину новокаїну (через ту ж голку). До місця ін'єкції на 1-1,5 год. прикладають теплу грілку, що дає змогу зменшити больові відчуття і прискорити всмоктування препарату.

Медичний персонал повинен ретельно слідкувати за тим, щоб впродовж магnezіальної терапії жінка дотримувалась ліжкового режиму. Особливо це стосується перші 2 год., через високу ймовірність розвитку в цей час ортостатичного колапсу. Динамічно оцінюється стан хворої. Перед кожною ін'єкцією змірюється АТ на обох плечах. Дані фіксуються в історії хвороби (пологів). При появі перших ознак передозування препарату (зменшення виділення сечі, дихання менше 14 рухів за хв.) слід негайно повідомити лікаря, припинити введення сульфату магнію і ввести антидот – 10% розчин глюконату кальцію.

Кожна ін'єкція сульфату магнію повинна мати відображення в історії хвороби. При цьому вказують дату і час введення препарату, його дозу, показники АТ перед введенням, місце ін'єкції (права чи ліва сідниця), та підпис особи, що проводила маніпуляцію.

При тяжкому перебігу прееклампсії, або в разі, коли високі цифри артеріального тиску тримаються тривало, не дивлячись на застосування вищезгаданих гіпотензивних препаратів, введення сульфату магнію проводиться в режимі керованої гіпотензії. Цей метод має на увазі внутрішньовенне крапельне введення сульфату магнію, розведеного в 400 мл розчину реополіглюкіну. При цьому досить важливим є швидкість падіння артеріального тиску. Вона повинна знаходитися в межах 5-25 мм рт. ст./год. Для цього оптимальна швидкість введення розчину становить 100 мл/год., що легко встановлюється при користуванні спеціальними інфузорами.

Доза сульфату магнію, яка необхідна для проведення керованої гіпотензії, розраховується в

залежності від рівня артеріального тиску.

При надто високих значеннях АТ (160-170/105-110 мм рт. ст.) для керованої гіпотензії використовують гангліоблокатори (пентамін, гіроній).

В разі необхідності – при значно виражених набряках – виникає необхідність призначення інфузійної терапії. Для цього доцільно спочатку використовувати гіперонкотичні та гіперосмотичні засоби (альбумін, плазма, реополіглюкін). Введення цих препаратів слід здійснювати повільно, щоб уникнути швидкого та надмірного перевантаження правого серця.

В разі необхідності введення білкових препаратів інфузійна терапія доповнюється кристалоїдами (розчин глюкози, Рінгера, ізотонічний розчин натрію хлориду, сольові розчини).

Проведення інфузійної терапії здійснюється в режимі керованої гіперволемії. При цьому в процесі введення гемодилувантанта реально оцінюється показник погодинного діурезу. Діуретичні засоби застосовуються лише після корекції водного балансу, і дози їх мають бути незначні (по 100-200 мг лазиксу на кожні 100 мл введеної рідини).

4. Паралельно з названими препаратами призначають засоби, що зміцнюють судинну стінку (аскорутін, рутін), покращують реологічні властивості крові (курантіл, трентал), нормалізують баланс в синтезі простагландинів (малі дози аспірину, нітрогліцерину), антиоксиданти (комбіноване використання унітіолу, токоферолу ацетату, аскорбінової кислоти).

5. Особлива увага приділяється підтриманню центральної гемодинаміки (корглікон, строфантин з послідуєчим переходом на підтримуючі дози дигоксину; верапаміл), функцій печінки (метіонін, хофітол, есенціале), нормалізації метаболічних процесів (фолієва кислота, нікотинова кислота, рибоксін, кокарбоксілаза). Для покращення мозкового кровообігу призначають пірацетам. Для запобігання легеневої недостатності застосовують оксигенотерапію в будь-якому зручному режимі (інгаляції кисню, кисневі палатки, гіпербарична оксигенація). З метою зменшення явищ інтоксикації використовують ентеросорбенти (активоване вугілля, гемосорбенти СКМ-3, СКМ-4М), або екстракорпоральну детоксикацію шляхом проведення плазмаферезу.

6. Безумовно, комплексне проведення ефективного лікування пізнього гестозу результується не тільки нормалізацією стану самої вагітної, а і призводить до покращення внутрішньоутробного розвитку плода. Однак іноді, особливо при тяжкому перебігу прееклампсії, доводиться вдаватися до засобів, що ціленаправлено інтенсифікують матково-плацентарний кровоток (глюкоза з аскорбіновою кислотою, інсуліном та кокарбоксілазою, сігетин, розчин натрію бікарбонату, цитохром-С, тіонікол, курантіл, тощо).

Термін лікування вагітних з пізнім гестозом залежить від ступеню тяжкості процесу та ефективності терапії. Вагітних з легким перебігом процесу лікують впродовж 2 тижнів, середнім – 5-7 діб. В разі ж, коли навіть комплексне адекватне лікування не дає позитивного ефекту, вдаються до дострокового розродження.

Лікування тяжкої форми прееклампсії проводиться впродовж 24-48 год. Відсутність в цей час позитивної динаміки є показанням до завершення вагітності. Пролонгування її в умовах виражених гемодинамічних, метаболічних та волемічних розладів є недоцільним і призводить до ще більшого погіршення стану плода, та й самої вагітної.

Еклампсія.

Еклампсія – це клінічна стадія пізнього гестозу, що характеризується клінічно вираженим синдромом поліорганної недостатності, на фоні якого виникають один або декілька судомних випадків, котрі етіологічно не пов'язані з такими патологічними станами, як епілепсія та порушення мозкового кровообігу. Виникнення еклампсії можливе як при вагітності, так і в пологах, а якщо в матці залишаються частки плідного яйця, то і в післяпологовому періоді.

Еклампсія і екламптична кома – кінцеві ланцюги розвитку важких гестозів, ведучим патогенетичним фактором яких є генералізований артеріальний спазм. Він призводить до ішемії печінки, нирок, артеріальної гіпертензії, порушенню мікроциркуляції, стазу, гіпоксії, підвищенню судинної проникливості.

Виникає декілька порочних кіл:

- 1) ішемія нирок – затримка Na в тканинах (набряки, в тому числі в мозку) – зниження ОЦК – порушення мікроциркуляції;
- 2) гіпоксія мозку (набряк) – судоми;
- 3) гіпоксія мозку – гостра дихальна недостатність – артеріальна гіпоксемія.

Розрив цих порочних кіл, а головне – ведучих причин еклампсії – генералізованого спазму є основа патогенетичної терапії.

За ступенем вираженості судомного синдрому виділяють наступні варіанти перебігу еклампсії:

- поодинокий судомний випадок;
- екламптичний статус – серія судомних випадків, що відбуваються один за одним через короткі проміжки часу;
- екламптична кома (втрата свідомості після судомного випадку);
- “еклампсія без еклампсії” – раптова втрата свідомості без приступу судом.

Початок еклампсії визначається першим судомним випадком. Найчастіше після нього настає

кома. Кожний припадок триває 1-2 хвилини і має декілька фаз, що поступово змінюють одна одну.

Перша фаза – передсудомна – характеризується дрібним тріпотінням вік, мімічних м'язів обличчя, м'язів пальців рук. Погляд нерухомий, фіксований, очні яблука зміщуються вгору або в сторону, зіниці звужуються і на очах з'являються сльози. Дихання поверхневе. Тривалість цього періоду всього 20-30 сек., але вчасно застосований в цей час інгаляційний наркоз може попередити розвиток приступу.

Друга фаза – фаза тонічних судом - найкоротша (10-20 сек.) і найбільш небезпечна можливістю виникнення часткової асфіксії. Голова жінки відкидається назад, тіло вигинається. Всі м'язи напружені. Обличчя бліде, щелепи міцно стиснуті, повіки закриті, видно тільки білки очних яблук, кути рота опущені і також тріпочуть. Дихання зупиняється. Пульс не визначається.

Третя фаза – клонічні судоми (30-60 сек), які розповсюджуються на всі м'язові групи обличчя, кінцівок та тулуба. Шийні вени напружені. Обличчя багрово-синє. Дихання обтяжене або відсутнє. Пульс не визначається.

Четверта фаза – фаза розрешення. Хвора починає з шумом дихати. З рота з'являється пінна слина, іноді з домішками крові через прикушування язика під час судом.

Після припинення приступу хвора ще деякий час знаходиться в коматозному стані, поступово приходять до тями і нічого не пам'ятає про те, що трапилось. Інколи кома може переходити в новий судорожний припадок без повернення хворої до свідомості. Будь-які подразнення (біль, шум, яскраве світло, лікарняні маніпуляції та ін.) можуть спровокувати новий приступ еклампсії. Кількість припадків може бути від 1-2 до 10 і більше.

Еклампсія характеризується глибокими порушеннями найважливіших функцій організму і супроводжується виникненням ускладнень, що є небезпечним як для матері, так і для плода, та нерідко стають причиною летальних наслідків.

Ускладнення еклампсії слідує:

- Порушення діяльності серця.
- набряк легень.
- Внутрішньочерепні порушення гемодинаміки.
- набряк мозку.
- ДВЗ-синдром.
- Порушення функції печінки і нирок.
- "Шокова легеня".
- Відшарування сітківки та крововилив в сітківку ока.
- Крововиливи в паренхіматозні органи.
- Передчасні пологи, відшарування плаценти.
- Гостра гіпоксія плода.
- Внутрішньоутробна загибель плода.

Лікування еклампсії.

Воно повинно розпочатись відразу. Всі маніпуляції і дослідження повинні проводитись під прикриттям наркотичних засобів (фторатан, закис азоту з киснем у співвідношенні 2:1, гексенал, тіопентал натрію). У відділенні хвору розміщують в окрему затемнену кімнату або у відділення інтенсивної терапії. За хворою здійснюється постійний нагляд. Обов'язковою є мобілізація магістральних вен, катетеризація сечового міхура для обліку діурезу, а при необхідності - аспірація вмісту шлунку зондом для попередження регургітації.

Невідкладна допомога при розвитку судом:

1. Хвору вкладають на рівну поверхню, уникаючи пошкодження, і повертають її голову в бік. Утримуючи жінку, швидко звільняють дихальні шляхи. Для цього обережно відкриваючи рота з використанням шпателя, аспірують вміст верхніх дихальних шляхів.

2. При відновленні спонтанного дихання після нападу подається кисень. При тривалому апное негайно починають допоміжну вентиляцію.

3. При припиненні серцевої діяльності паралельно з ШВЛ виконують закритий масаж серця і усі методи серцево-судинної реанімації.

4. Для припинення судом препаратом вибору є сульфат магнію, що має протисудомну і седативну дію, надає також сечогінний і гіпотензивний ефект. Крім сульфату магнію застосовують сібазон. В комплексі протисудомної терапії можна застосовувати нейролептаналгезію (фентаніл з дроперідолом). Барбітурати застосовують для лікувального наркозу як останній засіб купірування нападів еклампсії перед введенням міорелаксантів. При появі ознак набряку мозку і стійкому підвищенні внутрішньочерепного тиску показане проведення люмбальної пункції або краніоцеребральної гіпотерапії.

Комплексне медикаментозне лікування проводиться впродовж 3-6 год., як при прееклампсії III ступеня, з метою стабілізації стану вагітної і підготовки для термінового розродження.

12.2. Кровотеча під час вагітності.

Кровотечі під час вагітності, в пологах і ранньому післяпологовому періоді є одним з небезпечних ускладнень для життя жінки. Їх частота все ще залишається високою і становить від 2,5% до 4,7% від загальної кількості пологів і займають одне з перших місць у структурі материнської смертності.

Під акушерською кровотечею розуміють будь-яку крововтрату із статевих органів жінки під час вагітності та патологічну крововтрату в пологах і післяпологовому періоді.

Маткові кровотечі у фізіологічних межах (до 0,3% маси тіла, що становить близько 200 - 250 мл) обумовлені гемохоріальним типом зв'язку між плацентою та маткою, не позначається на загальному стані породіллі і не потребують включення компенсаторних механізмів організму. Допустима крововтрата складає 250 - 400 мл, що в перерахунку до маси тіла становить 0,3 - 0,5% і, як правило, переноситься без ускладнень. Крововтрата більше 0,5% маси тіла вважається патологічною.

Кровотечі під час вагітності і пологів частіше бувають обумовлені викиднями, передлежанням плаценти, передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти, розривами матки, розривами варикозно розширених вен піхви, патологічними процесами в ділянці шийки матки. Кровотечі в послідовому і ранньому післяродовому періодах виникають внаслідок порушення процесів відшарування плаценти та виділення посліду, гіпо- й атонії матки, травматичних пошкоджень родових шляхів, вроджених та придбаних порушень системи гемостазу.

12.2.1. Самовільний викидень.

Викиднем або аборт (abortus) – називається переривання вагітності на протязі перших 28 тижнів. В залежності від терміну, коли сталося переривання вагітності, викидні розділяють на *ранні* (до 12-14 тижнів) та *пізні* (від 14 до 28 тижнів). Переривання вагітності може проводитись *штучно* (abortus artificialis), а може відбутись самовільно, не залежно від бажання жінки. Такий викидень називають *самовільним* (abortus spontaneus). Якщо самовільні викидні повторюються більше 2-х разів, то їх називають звичні викидні (abortus spontaneus habitualis).

Причин, які призводять до самовільного переривання вагітності багато. Це недостатній розвиток статевих органів (інфантилізм), при якому може спостерігатись функціональна неповноцінність яєчників, що проявляється в недостатньому утворенні естрогенів, недостатності жовтого тіла, а також недорозвиток матки. При наявності статевого інфантилізму причиною самовільного викидня може бути підвищена збудливість матки і недостатність децидуального перетворення строми ендометрію, а внаслідок цього - виникнення несприятливих умов для розвитку плідного яйця.

Досить часто причиною самовільних абортів є перенесені в минулому запальні захворювання статевих органів, наявність генітальної та екстрагенітальної інфекції, токсоплазмоз, ендокринні захворювання. Крім того, вагітність може самовільно перерватися при отруєнні вагітної жінки ртуттю, свинцем, алкоголем та іншими речовинами. Ускладнення вагітності – гестози, багатоводдя, аномалії розвитку плода, імунологічна несумісність матері і плоду по Rh-фактору або по групі крові, істміко-цервікальна недостатність – теж можуть бути причиною її переривання. Соціально - біологічні фактори (вік, кількість родів і абортів у жінки, шкідливі звички, неякісне харчування) також впливають на перебіг вагітності.

Враховуючи багатофакторність викиднів створити єдину етіопатогенетичну класифікацію дуже складно. Можна зауважити, що ранні самовільні аборти в основному обумовлені генетичними дефектами продукту запліднення, імунологічними або ендокринними причинами, які порушують фізіологію імплантації і плацентації. Пізні викидні обумовлені переважно загальними материнськими причинами (інфекції, травми, ускладнення вагітності та інше). У більшості випадків самовільний аборт починається з відшарування плідного яйця від стінки матки на невеликій ділянці при цьому порушуються цілість кровоносних судин децидуальної оболонки. В результаті переймоподібних скорочень м'язів матки відбувається розкриття цервікального каналу і вигнання плідного яйця з порожнини матки.

Кожний аборт супроводжується кровотечею, інтенсивність якої залежить від терміну вагітності, а також від швидкості відшарування і вигнання плідного яйця. При ранніх термінах кровотечі завжди бувають більш сильними ніж при абортах пізніх термінів. Це пояснюється тим, що на ранніх термінах вагітності вся поверхня плідного яйця вкрита ворсинчатою оболонкою. Ворсинки дуже ніжні, частина з них відділяється від стінки матки, а друга частина залишається прикріпленою до стінки матки, чим заважає скороченню матки і зупинці кровотечі. Тому відшарування будь-якої ділянки плідного яйця супроводжується кровотечею, яка припиняється тільки після видалення всіх останків плідного яйця із порожнини матки.

По мірі прогресування вагітності паралельно з розростанням ворсин трофобласта на ділянці майбутньої плаценти вся остання поверхня плідного яйця поступово звільняється від ворсин, тому викидні пізніх термінів перебігають по типу пологів, тобто спочатку відбувається відкриття шийки матки, потім виливаються води, зганяється плід, відділяється і народжується послід. Як і в пологах кровотеча при пізньому викидні виникає в момент відділення і народження посліду.

У клінічному перебігу самовільного викидня виділяють кілька стадій: загрозу самовільного

викидня, викидень, що розпочався, викидень в ході , неповний викидень, повний викидень. Діагностика стадії викидню важлива для надання правильної і своєчасної допомоги вагітній жінці.

При *загрозі викидня* (abortus imminens) вагітні скаржаться на важкість або незначні ниючі болі внизу живота, в крижах. В пізніх термінах болі можуть носити характер перейм. При піхвовому дослідженні шийка матки сформована, внутрішнє вічко закрите, розміри матки відповідають терміну вагітності, тонус її підвищений. Кров'яних виділень немає або вони незначні. **(рис. 23)**

Викидень, що розпочався (abortus incipiens) – характеризується більш вираженою клінічною картиною, що обумовлена прогресуючим відшаруванням плідного яйця, яке ще більшою своєю поверхнею зв'язане з стінкою матки. Вагітна скаржиться на переймоподібні болі внизу живота і невеликі кров'яні виділення. Під час огляду шийка матки центрована, дещо вкорочена, пом'якшена, зовнішнє вічко трохи відкрите. **(рис. 24)**

Викидень в ході (abortus progrediens) - супроводжується переймоподібними болями внизу живота. Вони з'являються внаслідок того, що плідне яйце, яке відшарувалось, виштовхується із порожнини матки через розширений канал шийки матки. При цьому часто виникає сильна кровотеча. Під час огляду шийка матки центрована вкорочена, елементи плідного яйця знаходяться в шийці. **(рис. 25)**

При *неповному викидні* (abortus incompletus) - частина плідного яйця вийшла із порожнини матки. Оболонка та шматки хоріону (чи плаценти) затримуються в матці, що перешкоджає її скороченню та призводить до продовження кровотечі. Канал шийки матки розкритий, величина матки менша, ніж має бути у цей період вагітності. **(рис. 26)**

Повний викидень (abortus completus) – відбувається в тому разі, якщо плідне яйце повністю виходить із порожнини матки (частіше це спостерігається в пізніх термінах). Після цього матка скорочується, канал шийки матки закривається, кровотеча припиняється.

При *викидні, що не відбувся* (missed abortion) плідне яйце після своєї загибелі залишається в порожнині матки і піддається вторинним змінам, навколоплідна рідина поступово всмоктується. Розміри матки менші, ніж повинні бути при відповідному терміні вагітності. Жінка перестає відчувати себе вагітною.

Лікування та профілактика самовільних викиднів.

В будь-якій стадії самовільного аборту жінка повинна бути госпіталізована для проведення лікування. При загрозі викидня і викидні, що розпочався призначають лікування направлене на збереження вагітності. Воно включає постільний режим, дієту багату білками, з підвищеним вмістом вітамінів Е, А. Використовують лікарські препарати, що знижують збудження матки: спазмолітики - но-шпа по 2мл 2 рази в/м, або по 1-й пігулці 2 рази на день, сульфат магnezії 25% розчин в ін'єкціях, папаверин у свічках, інгібітори простагландинів – індометацин, ацетилсаліцилова кислота, адреноміметики – партусістен, гініпрал. Статеві та гонадотропні гормони – естрогени, прогестерон, хоріальний гонадотропін під контролем їх вмісту. Обов'язково призначають седативні препарати – екстракт валеріани, пустирник, новопасіт. Зниженню активності скорочення матки сприяє електрофорез магнію на низ живота та ендоназальна гальванізація.

Коли причиною загрози викидня є імунологічний конфлікт показана десенсибілізуюча терапія - діазолін по 0,01 2-3 рази на день, піпольфен по 0,025 2рази на день. Можлива пересадка вагітній клаптика шкіри чоловіка. Цю невелику операцію проводить лікар. Після обробки пахової ділянки спиртом і йодом під місцевою інфільтраційною анестезією розчином новокаїну висікають шматок шкіри без підшкірної клітковини розміром 3x1 см, одночасно у вагітної після такої ж обробки і анестезії в тій же ділянці розрізається шкіра, робиться кішеня, куди поміщається шкірний лоскут чоловіка. Края рани зшиваються шовковими швами.

Можна зробити підсадку лімфоцитів чоловіка. Для цього у чоловіка з ліктьової вени беруть 20 мл крові, спеціально центрифугують відділяючи лімфоцити, які потім вводять підшкірно на внутрішній поверхні передпліччя жінки.

При викидні через істміко-цервікальну недостатність вдаються до хірургічних методів лікування - накладання шва на шийку матки. Виписують вагітну із стаціонару лише тоді , коли пройдуть всі симптоми загрози викидню.

При аборті в ході, неповному, повному та такому, що не відбувся проводять інструментальне видалення плідного яйця або його залишків. Часто ці викидні супроводжує сильна кровотеча. Тому до появи лікаря медсестра повинна, не гаючи часу розпочати лікувальні заходи по виведенню хворої з цього стану.

1. Покласти хвору на гінекологічне крісло з припіднятим тазовим і опущеним головним кінцем;
2. Організувати постійну подачу кисня з подушки для вдихання жінкою через носові катетери або воронку;
3. Розпочати внутрішньовенне введення будь-якого плазмозаміщуючого розчину (поліглюкіну, гемовінілу та інш.). При відсутності плазмозамінників вводити фізіологічний розчин чи 5% розчин глюкози;

4. Внутрішньом'язово ввести 1мл метилергометрину чи окситоцину;
5. Приготувати набір інструментів для вишкрібання матки.

Профілактика самовільних абортів полягає насамперед у виявленні та усуненні причин цього ускладнення вагітності. Велике значення мають проведення оздоровчих заходів, профілактика інфекційних захворювань, вітамінізоване, раціональне харчування. Для профілактики незапланованої вагітності показане застосування сучасних ефективних протизаплідних засобів.

12.2.2. Передлежання плаценти.

Передлежання плаценти - це таке розташування плаценти при якому вона прикріплюється в нижньому сегменті матки перекриваючи повністю або частково внутрішнє вічко матки. Ця патологія зустрічається 0,3 - 0,9% пологів. Передлежання плаценти має такі різновиди:

1. Повне (placenta praevia totalis), або центральне, при якому плацента повністю перекриває внутрішнє вічко матки.
2. Неповне або часткове (placenta praevia parcialis) - плацента розміщена біля краю внутрішнього вічка - крайове передлежання (placenta praevia marginalis), чи перекриває його до 2/3 - бокове передлежання (placenta praevia lateralis).

В процесі вагітності плацента може пересуватися (мігрувати) по стінці матки вгору. Тому передлежання плаценти в 2-му триместрі вагітності спостерігається в 8-10 разів частіше, ніж напередодні пологів.

Основними причинами передлежання плаценти можуть бути зміни слизової оболонки матки після перенесених запальних процесів, значних пошкоджень при штучних абортах і вишкрібанні порожнини матки, аномалії розвитку, інфантилізм, фіброміома матки, застосування внутрішньоматкових контрацептивів, запізніле виникнення протеолітичних властивостей ферментів трофобласту. Передлежання плаценти частіше виникає у повторно вагітних жінок.

Основними клінічними симптомами передлежання плаценти є кровотеча, яка з'являється в другій половині вагітності та першому періоді пологів. Особливістю такої кровотечі є раптовість, вона з'являється без видимої причини, часто в стані спокою, вночі. Кровотеча то посилюється, то послаблюється, може навіть припинитися. Її характер не можна передбачити. У 3-му триместрі вагітності кровотечу можуть спровокувати фізичні навантаження, статевий акт, акт дефекації, вагінальне дослідження. Розвиток кровотечі під час вагітності обумовлений розтяганням нижнього маткового сегменту, який поступово входить до складу плодовомістилиця. Плацента, не маючи здатності скорочуватися, відстає під час розтягнення нижнього сегмента матки. Внаслідок цього зв'язок між маткою та плацентою на невеликій ділянці порушується, розкриваються пазухи міжворсинчастих порожнин, починається кровотеча. Кровотечі, які повторюються швидко приводять вагітну до анемії. Така жінка погано переносить крововтрату в пологах. Перебіг вагітності та пологів при передлежанні плаценти часто буває патологічною: спостерігаються неправильні положення плода, патологічні передлежання голівки, слабкість родової діяльності яка обумовлена недостатнім тиском частини плода, розташованої у вході в таз на рецептори шийки матки. Не рідко відмічається загроза невиношування вагітності. Передлежання плаценти сприяє емболії навколоплідними водами. В результаті порушення коагуляційних властивостей крові розвивається фібриноліз. У післяпологовий період часто розвиваються гіпогалактія, субінволюція матки, ендометрит.

Діагностика передлежання плаценти здійснюється методом зовнішнього та внутрішнього обстеження. Високе стояння передлеглої частини плода свідчить про наявність передлежання плаценти. Вагінальне дослідження проводять при розгорнутій операційній, дуже уважно і обережно. Для з'ясування джерел кровотечі потрібно оглянути в дзеркалах шийку матки і піхву, щоб виключити поліп, рак шийки матки або розрив варикозного вузла. Ступінь передлежання плаценти встановлюють під час вагінального дослідження при відкритті шийки матки не менше, ніж на 4-6см. при повному передлежанні плаценти прощупується м'яка тканина попереду голівки, оболонки не визначаються. При неповному передлежанні оболонки пальпуються поряд з плацентою. Аускультативно в ділянці нижнього сегменту матки визначається шум плацентарних судин.

Об'єктивним і нешкідливим методом діагностики передлежання плаценти є ультразвукове дослідження, яке дає можливість визначити локалізацію плаценти. Бажано проводити УЗД в 16, 25-26, 34-36 тижнів вагітності. Вагітна із скаргами на кров'яні виділення повинна бути госпіталізована. Лікування та обстеження вагітних з кровотечами потрібно проводити тільки в стаціонарі. Вибір методу лікування та його термін залежить від виду передлежання плаценти, інтенсивності кровотечі, стану родових шляхів та загального стану жінки і плоду. Консервативне лікування проводять при незначній кровотечі, яка не викликає вираженої анемії у жінки. Призначають суворий ліжковий режим, повторні переливання невеликих доз крові, препарати токолітичної і спазмолітичної дії, антианемічні, засоби, які нормалізують матково-плацентарний кровообіг, зміцнюють судинну стінку, підвищують згортальні властивості крові. Можливі призначення препаратів седативної дії (коріння валеріани, трава пустирника, седуксен).

Вагітним з передлежанням плаценти проносні засоби протипоказані. При необхідності

призначають очисні клізми. З метою сприяння міграції плаценти проводиться накладання циркулярного шва на шийку матки на рівні внутрішнього вічка.

Показанням до проведення кесарського розтину при передлежанні плаценти є:

- повне передлежання плаценти;
- одномоментна крововтрата 250 мл і більше при кровотечі, яка продовжується;
- кровотечі, що повторюються, об'єм яких перевищують 200мл;
- поєднання невеликих крововтрат з анемією і гіпотонією;
- кровотечі при неповному передлежанні плаценти в поєднанні з іншою акушерською, або соматичною патологією (неправильне положення плоду, вузький таз та інше).

При неповному передлежанні плаценти і незначній кровотечі у пологах можливе родорозрішення через природні пологові шляхи. Для зменшення або припинення кровотечі застосовується операція розриву плідних оболонок при відкритті шийки матки до 4-5см. при цьому передлегла частина плода опускається нижче і притискує плаценту до стінки матки, завдяки чому відшарування плаценти припиняється. При недостатності ефекту цієї операції на шкіру голівки плода можна накласти двозубі щипці (по Уїлт-Іванову), до рукоятки яких підвішують вантаж 200-300 г, завдяки чому голівка опускається і притискує плаценту до стінки матки, що сприяє припиненню кровотечі. При наявності ніжного або змішаного сідничного передлежання можливо звести ніжку плода, яка притискує плаценту до стінки матки, кровотеча припиняється. Слід зауважити, що ці операції дуже травматичні для плоду, тому вони проводяться лише при нежиттєздатному або мертвому плоду.

Виписка вагітних з передлежанням плаценти проводиться лише після родорозрішення. Прогноз для жінки досить серйозний. При наданні своєчасної допомоги ризик значно зменшується і більшість породіль повністю видужують із збереженням працездатності і функціональної повноцінності репродуктивної системи. Профілактика передлежання плаценти направлена на боротьбу з абортми, попередження і своєчасне лікування запальних процесів статевих органів.

12.2.3. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (ПВНРП) - це такий стан, коли відшарування плаценти відбувається до народження плода, тобто при вагітності, в першому та другому періоді пологів. Воно зустрічається в 0,5-1,5% пологів. ПВНРП частіше виникає при захворюваннях, які супроводжуються порушеннями судинної системи при генітальній чи екстрагенітальній патології. Сюди відносяться пізні гестози вагітних, гіпертонічна хвороба, пієлонефрит, цукровий діабет, захворювання серця, печінки, перенесенні гострої вірусної інфекції. У пологах ПВНРП виникає при абсолютно або відносно короткій пуповині, дискординованій пологовій діяльності, швидкому вилитті вод при багатоводді, пізньому розриві плідного міхура, розташуванні плаценти на фіброматозному вузлі, хронічній фетоплацентарній недостатності. До відшарування плаценти під час вагітності можуть привести різні психологічні (переляк, нервові потрясіння) і механічні (удар, падіння, здавлення живота) травми.

Патологічні зміни стінок судин плацентарної ділянки приводять до того, що вони стають ламкими, хрумкими, погано переносять ті гемодинамічні коливання, які спостерігаються у жінок під час вагітності і пологів. В результаті виникають тромби капілярів і крововиливи в міжворсинкові простори, що в свою чергу приводить до передчасного відшарування плаценти. В результаті насичення стінки матки кров'ю, пошкоджується нервово-м'язовий апарат, різко порушуються обмінні процеси, моторна функція матки. Спочатку матка може бути напруженою, потім стає, дряблою, розвивається гіпо- і атонія. В результаті нерівномірного просочення крові матка набуває п'ятнистого фіолетового кольору, не реагує на механічні медикаментозні подразнення. Це так звана "матка Кувелера" або "матково-плацентарна апоплексія". Вперше два такі випадки у 1912 році описав французький лікар А.Кувелер, чим ім'ям і називається така матка.

Передчасне відшарування плаценти буває повним (відшарування всієї плаценти) і частковим, прогресуючим і непрогресуючим, легкої і важкої форми, мимовільне і насильне. Клінічний перебіг ПВНРП залежить від ступеню відшарування, тяжкості супутньої патології. Часткове відшарування плаценти на невеликій площі під час пологів іноді неможливо діагностувати. Воно розпізнається по наявності старого згустка крові на плаценті після її народження.

Основними симптомами ПВНРП є кровотеча і біль. Кровотеча може бути зовнішньою, внутрішньою і комбінованою. Це залежить від місця відшарування плаценти. Якщо гематома розташована в центрі плаценти, то зовнішньої кровотечі може не бути або вона з'явиться пізніше. Коли відшарування починається з периферії, то кров навіть при незначній гематомі може швидко відшарувати оболонки і кровотеча буде зовнішньою. Найбільш загрозливою є внутрішня кровотеча. Загальний стан жінки погіршується, артеріальний тиск знижується, з'являється тахікардія, слабкість, шкіра та слизові оболонки блідніють. Другим основним симптомом є біль. Біль спочатку локалізується в місці розташування плаценти і буває більш вираженим при утворенні ретроплацентарної гематоми. У

цьому випадку жінка скаржиться на сильний розпираючий біль в животі. Поступово болючість розповсюджується на інші відділи матки. При об'єктивному обстеженні відмічається асиметрія, напруження, гіпертонус матки, болючість при пальпації, визначення частин плоду ускладнене. При вагінальному дослідженні плідний міхур постійно напружений, навколоплідні води окрашені кров'ю. Плацента народжується відразу після народження дитини. Відшарування плаценти до 1/3 площі приводить до розвитку гіпоксії плода, особливо коли мали місце морфологічні або функціональні ознаки її недостатності.

Велике значення в діагностиці ПВНRP має ультразвукове дослідження. Діагноз підтверджується патолого-анатомічним дослідженням.

Вибір метода родорозршення залежить від ступеня крововтрати та умов, що дозволяють виконати певну операцію. При відшаруванні плаценти в I періоді пологів виконується кесаревий розтин. При подовженні часу відшарування плаценти до родорозршення розвивається матково-плацентарна апоплексія. Якщо під час операції виявлено просочування матки кров'ю, показано її видалення (екстирпація матки без додатків).

У II періоді пологів виконують родорозршувачу операцію - накладання акушерських щипців або витягнення плода за тазовий кінець при живому плоді, та плоторуйнуючу - при мертвому. Водночас проводять заходи по боротьбі з крововтратою і шоком.

Профілактика ПВНRP заключається у своєчасному виявленні і лікуванні вагітних з пізніми гестозами, соматичними захворюваннями. Важливе значення має бережне ведення пологів – виключення грубого тиску на матку, повільне випускання навколоплідних вод при багатоводді.

12.2.4. Кровотечі в послідовому та ранньому післяродовому періодах.

Акушерські кровотечі в родах та післяродовому періоді дуже небезпечні для життя жінки. Основними причинами їх виникнення є аномалії прикріплення плаценти, аномалії відшарування плаценти і видалення плоду, гіпо- і атонія матки, порушення згортаючої системи крові.

➤ Аномалії прикріплення плаценти.

Третій, послідовий, період пологів характеризується відділенням плаценти і оболонки плідного яйця від стінки матки після народження плода. В нормі ворсини хоріона розташовані у функціональному шарі децидуальної оболонки стінки матки. У частині випадків плацента прикріплюється в більш глибоких шарах матки. Частіше всього зустрічається *несправжнє прирощення - щільне прикріплення плаценти* (placenta adherens), при якому ворсини хоріона розміщені в базальному шарі децидуальної оболонки, внаслідок атрофії губчатого шару відпадаючої оболонки.

Буває також *справжнє прирощення плаценти* (placenta accreta), обумовлене частковою або повною відсутністю губчатого шару децидуальної оболонки, в результаті чого ворсини хоріона досягають меометрїю, проростають у глибину його (placenta increta), або проростають м'язовий та серозний шари матки (placenta percreta). *Прирощення плаценти буває повним або частковим*, в залежності від того, на якій площі плаценти сталося її прирощення.

Причиною цієї важкої патології бувають перенесені аборти, патологічні роди, ендометрит, які приводять до дистрофічних змін у слизовій оболонці матки завдяки підвищенню активності протеолітичних ферментів.

Клінічною ознакою часткового щільного прикріплення плаценти буде кровотеча з матки при відсутності ознак відокремлення плаценти. При повному прирощенні плаценти кровотеча відсутня.

Тактика лікаря в III періоді пологів повинна бути очікувально-активною. Очікувальна тактика заключається в тому, що до появи ознак відокремлення плаценти акушер не втручається в перебіг послідового періоду, це обумовлено тим, що матка ритмічно і рівномірно скорочується, плацента відділяється без порушень її цілісності. Втручання в цьому періоді (зовнішній масаж матки, підтягування за пуповину) може порушити нормальний перебіг відшарування плаценти.

Протягом послідового періоду черговий персонал повинен спостерігати за загальним станом роділлі: вимірюють артеріальний тиск, температуру, підраховують пульс, слідкують за забарвленням шкіри та слизових оболонок, за самопочуттям, підраховують кількість виділеної крові. Звичайно протягом 30 хвилин - 1 години (частіше через 5-15 хвилин) – з'являються ознаки відділення плаценти.

При відсутності ознак відокремлення плаценти і крововтратою більшою за фізіологічну необхідно перейти до активного ведення III періоду. Проводиться операція - ручне відділення плаценти і виділення посліду. Всі операції, пов'язані з введенням руки в порожнину матки несуть велику загрозу здоров'ю жінки. Разом з рукою можливе занесення в порожнину матки патогенних мікроорганізмів. Тому проведення таких операцій потребує строгих показань до їх проведення; призначається антибактеріальна терапія.

Техніка операції – ручне відокремлення плаценти. Перед операцією акушер обробляє руки; внутрішні поверхні стегон, лобок, зовнішні статеві органи, промежину роділлі обробляють 5% спиртовим розчином йоду чи йодонатом. Наркоз інгаляційний (закис азоту) чи внутрішньовенний

(каліпсол).

Лівою рукою розводимо статеві губи, праву руку складають конусоподібно і вводять по пуповині в порожнину матки. Знаходять край плаценти і поступово пиляючими рухами ребром долоні відокремлюють плаценту від стінок матки. Потім послід видаляють шляхом потягування за пуповину другою рукою, а рукою, що знаходиться в порожнині матки, проводять ревізію її стінок - ручне обстеження порожнини матки, видалення залишків плацентарної тканини та оболонок. (рис.27)

При відсутності кровотечі і ознак відокремлення плаценти в III період пологів протягом 2 годин у першонароджуючих ставлять діагноз повного прирощення плаценти і роблять спробу ручного відокремлення її від стінки матки. При несправжньому прирощенні це можливо виконати, а при справжньому немає змоги відокремити плаценту від стінки матки. В такому випадку проводиться оперативне лікування - лапаротомія і надшийкова ампутація матки. Необхідно пам'ятати, що у жінок з прирощанням плаценти може відбутися розрив матки, обумовлений потоншенням її стінки. Грубе поведіння з маткою, особливо під час спроби видалити плаценту по частках, призводить до розвитку масивної крововтрати, геморагічного шоку, ДВЗ-синдрому.

➤ Аномалії відшарування плаценти і видалення посліду.

Іноді плацента не може відшаруватися від стінки матки повністю і окремі частини її залишаються в порожнині матки. Ця патологія називається – *дефектом плаценти*. Діагностують її при огляді материнської поверхні плаценти по відсутності однієї або кількох часток та кровоточивості тканин в місці дефекту. В порожнині матки може залишитися і додаткова долька, яка розміщена на плідних оболонках. Розпізнати наявність такої дольки, можна прослідкувавши хід судин на плідній поверхні плаценти, які раптово обриваються на оболонках.

Коли частка плаценти залишається в порожнині матки, вона сприяє порушенню скоротливої діяльності матки, що загрожує гіпотонічною кровотечею, інфікуванням з розвитком ендометриту.

При виявленні дефекту частки плаценти або коли в матці залишається додаткова долька чи 2/3 оболонок, або навіть коли є підозра на затримку частин плаценти в порожнині матки, потрібно робити операцію – ручне обстеження матки і виділення частин плаценти, що затримались.

➤ Кровотечі в ранньому післяродовому періоді внаслідок гіпотонії або атонії матки.

Післяродовий гемостаз забезпечують два основні фактори – це скорочення м'язів матки та тромбування в судинах плацентарної ділянки. Порушення одного з цих механізмів приводить до розвитку кровотечі. Частіше причиною кровотечі в ранньому післяродовому періоді є порушення скоротливої діяльності матки. Вони зустрічаються в 2% від загальної кількості пологів. Кровотеча, обумовлена затримкою скоротливої здатності матки, називається гіпотонічною. Якщо м'язи матки зовсім не здатні до скорочення, кровотеча називається атонічною.

Причини гіпотонії і атонії матки дуже різнобічні. Це – недостатність нервово-м'язового апарату матки, морфологічна неповноцінність матки (запальні та рубцеві зміни ендометрію, пов'язані з патологічними родами, пухлинами, оперативними втручаннями), розтягненням матки (великий плід, багатоводдя, багатопліддя), тяжка екстрагенітальна патологія, вроджені захворювання крові, порушення гемостазу пов'язане з ускладненням вагітності (антенатальна загибель плоду, пізній гестоз, емболія навколоплідними водами), слабкість родової діяльності чи її дискоординація, неконтрольоване введення лікарських утеротонічних препаратів, надмірний біль, втома або збудження жінки, передлежання плаценти, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, щільне прикріплення та прирощення плаценти, затримка в порожнині матки посліду або його частин.

Клінічна картина гіпотонічної кровотечі складається з наступних симптомів: кровотеча з матки непостійна, помірна або значна кров виділяється зі згортками. Матка м'яка, скорочується дуже погано, розміри її збільшуються внаслідок накопичення в її порожнині згустків крові. Знижується спонтанне збудження матки та її реакція на всі види подразнень (фармакологічні, хімічні, термічні та механічні). *При атонії* матка повністю втрачає спонтанну збудливість і фармакологічну реактивність. Настає гальмівна фаза перебігу збудження в нервовому апараті матки.

Стан породіллі залежить від інтенсивності та об'єму кровотечі, вихідного стану організму, стійкості гемодинаміки, своєчасності надання кваліфікованої допомоги. При несвоєчасному застосуванні радикальних заходів для зупинки кровотечі швидко розвиваються незворотні зміни в життєво важливих органах і породіллі гинуть від гострої крововтрати і геморагічного шоку.

Лікування гіпотонічної кровотечі спрямоване на швидке відновлення нормальної скоротливої активності матки та боротьбу з гострим недокрів'ям. При затримці посліду чи його частин в порожнині матки, підозрі на щільне прикріплення плаценти, необхідно провести ручне видалення посліду і обстеження порожнини матки. Не можна багаторазово і грубо застосовувати прийоми виділення посліду, оскільки це приводить до порушення скоротливої діяльності матки і продовження кровотечі.

Для лікування кровотечі, що виникає в зв'язку з гіпотонією матки послідовно застосовують

випорожнення сечового міхура, огляду посліду та пологових шляхів, зовнішній масаж матки, місцеву гіпотермію (холод на низ живота), внутрішньовенне введення 1мл метилергометрину або 1 мл окситоцину, зовнішньо - внутрішній масаж матки на кулаці.

Операція масажу матки на кулаці – проводиться під наркозом, в асептичних умовах.

Техніка операції: однією рукою (звичайно лівою) розводять статеві губи, права рука у вигляді конуса вводиться в матку, стискається в кулак і зміщує матку вгору і вперед. Другою рукою, через стерильну пелюшку, проводять обережний! масаж шляхом її поглажування через передню черевну стінку. При частковому збереженні моторної функції матки відмічається скорочення м'язів, а при атонії скорочення відсутні.

При продовженні кровотечі застосовують методи, які приводять до рефлекторного подразнення рецепторів і сприяють скороченню матки. Це накладання шва на задню губу шийки матки, затискачів на шийку матки, тампон з ефіром у заднє піхвове склепіння, притиснення черевної аорти, притиснення матки до лонного зчленування. При відсутності ефекту та продовженні кровотечі, яка становить більш 1000 мл, при ознаках ДВЗ синдрому, необхідно швидко приступити до лапаротомії для перев'язки маткових судин або надпихової ампутації чи екстирпації матки.

Одночасно з заходами по зупинці кровотечі, проводиться боротьба з гострим недокрів'ям. Кровотеча вважається компенсованою, якщо вона не перевищує 1% маси тіла, дефіцит ОЦК не більше 15%. Декомпенсованою вважається кровотеча, що має 1,5% маси тіла, дефіцит ОЦК більше 15%.

Оцінка крововтрати будується на визначенні наповнення і частоти пульсу, артеріального тиску, величини погодинного діурезу, гематокриту, гемоглобіну, шокowego індексу. Кровотеча до 500 мл відновлюється кровозамінниками (поліглюкін, реополіглюкін, розчин глюкози, розчин Рінгера, фізіологічний розчин). При більшій крововтраті необхідно переливання крові. Доцільне введення серцевих глікозидів, оксигенотерапія, зігрівання хворої, при термінальних станах - інтубація і підключення апарату ШВЛ, непрямий масаж серця, внутрішньовенне введення адреналіну.

12.2.5. Клініко-діагностичні критерії геморагічного шоку

Виразність клінічних проявів залежить в першу чергу від ступеню дефіциту ОЦК і швидкості крововтрати. По швидкості кровотечі розподіляються на блискавичні (вся клініка розвивається на протязі декількох хвилин), гострі, підгострі (5-6% ОЦК/год.) і хронічні .

Д.Хенсон пропонує наступну орієнтовну таблицю співвідношення ступеня крововтрати і клінічної симптоматики при геморагічному шоці.

Співвідношення ступеня крововтрати і клінічних даних при геморагічному шоку.

Ступень крововтрати	Об'єм крововтрати	Систолічний АТ (СТ) мм.рт.ст.	Ознаки і симптоми
Компенсована або передшок	10-15%	Нормальний	Слабкість, тахікардія, серцебиття.
Помірна	15-30%	Дещо знижується	Спрага, слабкість, тахікардія, пітливість.
Середня	30-35%	70-80	Неспокій, блідість, олігоурія.
Тяжка	35-40%	50-70	Блідість, ціаноз, колапс.
Глибокий шок	40-50%	50 і нижче	Колапс, відчуття недостатності повітря, анурія.

Для оцінки ступеню дефіциту ОЦК по шокowому індексу (співвідношення частоти серцевих скорочень до систолічного АТ) запропонована таблиця:

Величина крововтрати в % від загального	Індекс шоку
---	-------------

об'єму крові	
0	0,54
10-20	0,78
20-30	0,99
30-40	1,11
40-50	1,38

В практичному плані зручно розділити шок на компенсований та декомпенсований. При компенсованому шоку АТ залишається нормальним або дещо зниженим, але систолічний тиск (СТ) перевищує 100 мм.рт.ст., діастолічний (ДТ) іноді підвищений, пульс порядку 100-120 уд. за хв., обличчя бліде, шкіра холодна.

Необхідно пам'ятати, що клінічні ознаки шоку виникають лише при раптовому зменшенні ОЦК більше ніж на 20%. При крововтраті, що продовжується (дефіцит ОЦК 30% і більше) настає 2-га фаза шоку або декомпенсований шок. При цьому СТ падає нижче 100 мм.рт.ст., пульс досягає 120-140 уд./хв., наростає задишка, шкіра покрита холодним потом, з'являється страх, неспокій, олігурія або анурія, кінцівки бліді, температура їх значно знижена. Прийнято виділяти також "незворотний шок", який відрізняється від "зворотнього" в основному глибиною порушень центральної гемодинаміки, ступенем поліорганної недостатності і тривалістю декомпенсації.

12.2.6. Основні принципи організації переливання крові та її компонентів в акушерсько-гінекологічному стаціонарі.

Переливання крові в акушерсько - гінекологічній практиці має ряд специфічних особливостей. В акушерстві переливання крові застосовується головним чином для надання невідкладної допомоги, для врятування життя. Це зв'язано з раптовістю і масивністю крововтрати під час вагітності та пологів, а також деякими складнощами, які виникають іноді при зупинці "акушерської" кровотечі.

Кров та її похідні знаходять все більш широке застосування в лікуванні ускладнень вагітності та пологів, а використання крові як і в інших хірургічних відділеннях зростає. Але лікування кров'ю зв'язане з імовірністю виникнення грізних ускладнень. Вони більш можливі у жінок, які підлягають ризику імунізації при вагітності. Переливання крові може стати додатковим фактором, який підвищує цей ризик. В цей же час відомо, що у жінок, попередньо імунізованих антигенами крові за системою резус, число мертвороджених в два рази вище, ніж у жінок, яким кров не переливалась. Це з одного боку примушує переливати кров жінкам, особливо тим, які знаходяться в дітородному періоді, тільки за строгими показаннями, з другого боку - вимагає від організації служби крові в акушерській практиці особливої чіткості і невідхильного дотримання заходів трансфузіології.

В задачі служби переливання крові акушерсько - гінекологічних відділень входить:

- 1) отримання (а інколи і зберігання) і видача крові, препаратів крові і кровозамінників;
- 2) реєстрація отриманої крові та кровозамінників;
- 3) отримання стандартних та антирезусних сироваток;
- 4) отримання та правильне зберігання одноразових систем для переливання крові і кровозамінників, а іноді самостійна заготовка, обробка, монтування і стерилізація систем для переливання крові та кровозамінників (в останньому випадку забезпечується також видача стерильних і отримання використаних систем для трансфузії);
- 5) отримання необхідного спорядження (стерильні флакони з розчином 7б і системи для взяття крові) для виконання екстреного забору крові у донорів;
- 6) забезпечення правильного виконання операції переливання крові, чіткого ведення документації на переливання крові та її компонентів і кровозамінників у відділеннях акушерсько-гінекологічного стаціонару.

Очолює службу крові лікар, відповідальний за переливання крові. Він призначається наказом головного лікаря і в його обов'язки входить забезпечення виконання вищеперерахованих задач, а також контроль за проведенням всіх заходів безпосередньо зв'язаних з гемотрансфузією.

Середній медичний персонал всю роботу виконує під керівництвом відповідального лікаря. В обов'язки медичних сестер (акушерок) працюючих разом з відповідальним лікарем входить:

- 1) замовлення крові, препаратів крові та кровозамінників, стандартних сироваток та антирезусних сироваток;
- 2) отримання вищеперерахованих препаратів і реєстрація їх в книзі реєстрації крові, її компонентів та препаратів;
- 3) при зберіганні крові у відділеннях стаціонару – дотримання правильного режиму зберігання крові, реєстрація температури в холодильнику (в "Журналі температурного режиму зберігання крові"), здійснення регулярного макроскопічного огляду крові;
- 4) отримання (чи самостійна заготовка), обробка, монтування, стерилізація, зберігання та видача систем для гемотрансфузії і введення кровозамінників. Зберігання і видача одноразових систем для переливання крові та кровозамінників;

- 5) підготовка усього необхідного для переливання крові і кровозамінників;
- 6) надання допомоги лікарю у визначенні групи крові, резус - фактора і проведення проб на сумісність при переливанні крові;
- 7) безпосереднє введення хворим кровозамінників. Спеціально підготовлена медична сестра може здійснювати переливання крові та її компонентів під контролем лікаря;
- 8) надання допомоги лікарю при виконанні операції забору крові, зворотнього переливання крові, прямого переливання крові, обмінного переливання крові у новонароджених і при деяких інших процедурах.

Консервовану кров, препарати крові та кровозамінники акушерсько-гінекологічний стаціонар отримує із інститутів переливання крові і станцій переливання крові. При великих стаціонарах організовується відділення або кабінети переливання крові, задачою яких є забезпечення цього стаціонару необхідною кількістю крові. В тому випадку, якщо у відділенні чи кабінеті переливання крові забезпечена цілодобова видача крові, то питання про безпосереднє її збереження в акушерсько-гінекологічних відділеннях стаціонару відпадає. Але при відсутності таких відділень і кабінетів доводиться утримувати черговий запас крові. Для цього виділяють електро-холодильник, який звичайно розташовується в операційному блоці або в пологовій кімнаті стаціонару. Медична сестра, яка контролює збереження крові в холодильнику обов'язково звертає увагу на правильність паспортної частини флакона. Консервована кров зберігається в холодильнику при температурі +2-+6 С. Температура в холодильнику відповідно показанням термометра два рази на добу відмічається в спеціальному журналі з графами:

- 1) дата
- 2) години вимірювання температури
- 3) підпис медичної сестри або акушерки

Щоденно, а також безпосередньо перед трансфузією, виконується макроскопічний огляд кожного флакону з кров'ю. При цьому слід звернути увагу на гемоліз, наявність згустків, цілісність флаконів, герметичність упаковки.

При зберіганні крові відбувається поступове осідання більш важкої клітинної маси, в результаті кров у флаконі чітко розмежується на два шари: нижній шар (клітинна маса), який складається з еритроцитів, на поверхні яких у вигляді тонкого шару розташовуються тромбоцити і лейкоцити, та верхній шар – прозора чи злегка мутнувата плазма. При тривалому зберіганні білий шар лейкоцитів і тромбоцитів, які знаходяться на поверхні еритроцитів дещо потовщується і перетворюється на щільну плівку, жир концентрується і спливає, а плазма просвітлюється.

Найбільш частою причиною непридатності крові є наявність в ній згустків. При цьому межа між клітинною масою і плазмою буває нерівною. Крім того, наявність згустків можна виявити при обережному покачуванні (обертанні) флакона, який знаходиться у вертикальному положенні. При цьому згустки, відмінністю яких є темний колір, в силу свого тяжіння осідають на дно, утворюючи дефект в білому кільці лейкоцитів і тромбоцитів і одночасно при коливаннях флакону деякі згустки випливають на поверхню плазми.

Рідше зустрічається гемоліз. На нього вказує порозовіння плазми на межі з клітинною масою.

Інфікування крові зустрічається дуже рідко. Воно супроводжується гемолізом, желатинуванням плазми, появою в ній муті, пластівців і плівок, а в клітинній масі – крупинок або комочків темно – вишневого кольору.

Плазма може бути мутною від розчиненого в ній жиру (хільозна кров). Для відмінності її від інфікованої крові рекомендовано витримати таку кров на протязі трьох годин при кімнатній температурі чи 1,5-2 год при температурі 37 С. Лише у випадку зникнення білого нальоту на поверхні і просвітлення плазми в результаті розчинення жиру кров може бути використана для трансфузії. Підігріта таким чином кров повинна відразу використатись.

Препарати крові – еритроцитарна маса, лейко- та тромбозавись, нативна плазма – зберігаються при тих же умовах, що і кров.

Ознаки непридатності еритроцитарних компонентів крові являються гемоліз, наявність згустків та інфікування.

При наявності гемолізу з'являється рожеве забарвлення консервуючого розчину над еритроцитами. Ознаками інфікування є каламутність і зміна кольору консерванту, наявність пластівців і плівок.

Нативна плазма непридатна до переливання, якщо вона має тьмяне забарвлення з сіруватим відтінком або містить осад, плівки, згустки та сторонні тіла.

При знаходженні гемолізу, згустків, мутності і т.д. консервовану кров та її компоненти необхідно враховувати, реєструючи це в книзі реєстрації браку крові і її компонентів та препаратів (облікова форма №236).

Згідно інструкції термін придатності консервованої крові з моменту заготівлі складає 21 день, еритроцитарної зависі – 15 днів, еритроцитарної маси – 5-7 днів, нативної плазми – 3 дні. Ефективність введення лейко- та тромбоцитарної маси зберігається на протязі 1-2 діб з моменту заготівлі.

Термін зберігання лейкозависі при використанні її в якості нативної не повинен перевищувати 5 діб, термін зберігання тромбоцитарної маси 2 дні.

Що стосується інших компонентів крові та кровозамінників, необхідно пам'ятати, що їх зберігання потребує різних умов. Нижче наводяться відомості про температурний режим зберігання деяких головних препаратів крові та кровозамінників.

Температурний режим зберігання крові та кровозамінників.

Назва препарату	Температура
Суша плазма.	Кімнатна
Альбумін.	2-10 С
Фібриноген.	2-10 С
Сироватковий поліглобулін.	3-10 С
Гідролізин.	4-20 С
Амінокровін.	Не вище 20 С
Протеїн.	Кімнатна (в захищеному від сонця місці)
Поліглюкін.	Те ж
Амінопептид.	Кімнатна
Манітол.	Не вище 20 С
Желатиноль.	Не вище 22С
Реополіглюкін.	10-25 С

З перерахованого видно, що частину кровозамінників необхідно зберігати в холодильнику (але не разом з кров'ю), тоді як деякі препарати можна зберігати при звичайних умовах в темному прохолодному і сухому місці. Порушення встановлених режимів зберігання в одних випадках може призвести до інактивації препарату (фібриноген, наприклад, при температурі вище 10 С піддається денатурації), в других випадках препарат так змінює склад і структуру, що його вливання може викликати небезпечні для життя наслідки.

Для боротьби з профузними матковими кровотечами у відділенні завжди повинен бути певний запас крові та кровозамінників. Рекомендується слідуєча їх кількість: консервована кров або еритроцитарна маса усіх чотирьох груп крові системи АВО – 0,5-2 л крові кожної групи, поліглюкін, желатиноль всього – 10-12 л, білкові кровозамінники – 10 л, 0,85% розчин кухонної солі 15-20 л. Крім цього, бажано мати рингера-лактат, лактосоль, реополіглюкін, еритроцитарну масу, контрикал, протаміна сульфат, суху плазму, фібриноген.

Серед інших медикаментів, доповнюючих трансфузійну терапію, необхідно відмітити наступні: 40% розчин глюкози, інсулін, 10% розчин хлористого кальцію, строфантин, коргліккон, 6% розчин епсилон – амінокапронової кислоти, 4% або 5% розчин гідрокарбонату натрію, манітол, сечовина, лазикс, трасилол. Стандартні сироватки для визначення груп крові та антирезусні сироватки (ці та інші обов'язково двох серій) повинні зберігатися в холодильнику і по закінченні терміну придатності замінюються свіжими.

На жаль, забезпечення достатньою кількістю “чергової” крові особливо в невеликих стаціонарах, являє значні труднощі. В зв'язку з цим доцільно мати список можливих донорів крові з числа співробітників та осіб, що проживають в районах розташованих біля стаціонару, з уже відомою групою крові та резус-фактором. Для забору крові у цих донорів, як було вказано, необхідно мати певний запас (15-20 флаконів) гемоконсервуючого розчину та відповідну кількість систем для забору крові.

Переливання крові.

Безпосередньо перед переливанням крові середній медичний персонал проводить визначення групи крові та резус-належності у хворої та перевіряє їх у флаконі і, показавши результати лікареві, фіксує їх в історії хвороби та карті переливання крові.

Візуальне визначення придатності крові до переливання.

Визначається цілісність флакона і герметичність його закупорювання. Вивчити паспорт крові (звернути увагу на позначення групи крові та резус-належності, дату забору). Визначити якість плазми (колір, прозорість, однорідність).

Визначення групи крові.

На спеціальну тарілочку в кожну лунку наносять відповідні сироватки 4 груп 2-х серій.

Палець хворої протирають ватною кулькою з 96% розчином спирту і проколюють скарифікатором. Першу краплю крові витирають. До кожної краплі сироватки додають в 10 разів меншу краплю крові хворої, перемішуючи їх окремими скляними паличками. Через 4 хвилини до кожної лунки додають по одній краплі фізіологічного розчину. Відлічують 1 хвилину і показують результат лікареві. Якщо аглютинація виникла у лунках з 1 і 3 групою - кров 2 групи, якщо аглютинація не виникла ні в одній з лунок - кров 1 групи, якщо аглютинація виникла в лунках з 1 і 2 групою – кров 3 групи, якщо аглютинація виникла в лунках з 1,2 та 3 групою – кров 4-ої групи.

Визначення резус-належності експрес-методом.

В пробірку (або на тарілку, чашку Петрі, тощо) додають антирезусну сироватку, додають дослідну кров у співвідношенні 5:1. Вичікують 4 хвилини і додають краплю фізіологічного розчину, розмішують. Вичікують 1 хвилину і показують результат лікареві (якщо виникла аглютинація - кров резус позитивна і навпаки).

Проведення проби на індивідуальну сумісність.

На тарілку наносять плазму хворого, додають форменні елементи донора у співвідношенні 10:1. Вичікувати 4 хвилини і додати 1 краплю фізіологічного розчину. Вичікувати 1 хвилину і показати результат лікареві (якщо виникла аглютинація проба вважається позитивною і кров не переливається).

Проведення проби на Rh-сумісність.

На чашку Петрі нанести плазму хворої і додати форменні елементи донора у співвідношенні 10:1, чашку Петрі поставити на водяну баню на 10 хвилин ($t = 52-55\text{ C}$). Результат показати лікареві (якщо виникла аглютинація, проба вважається позитивною і кров не переливається).

Проведення біологічної проби.

Проводиться венепункція, підключається система для переливання крові. Кров в кількості 25 мл переливається струйно. Система перекидається на 3-5 хв, спостерігається за хворою (якщо у хворої з'являється біль у поперекові, головокружіння, головний біль, підвищується температура тіла, пробу припиняють). Знову переливають струйно 25 мл крові. Система перекидається на 3-5 хвилин, спостерігати за хворою. Втретє переливається 25 мл крові, потім перекидають систему на 3-5 хв і спостерігають за хворою. При негативній пробі встановлюємо крапельне переливання крові (30-40 крапель за хвилину).

XVI. Післяпологові інфекційні захворювання.

Ускладнення післяпологового періоду інфекційного генезу поділяють на 3 групи захворювань:

- власні післяпологові септичні захворювання, що виникли внаслідок попадання інфекції на родові рани, що утворилися після акту пологів;
- інτερкурентні захворювання інфекційного характеру (грип, ГРЗ, ангіна, тощо);
- екстрагенітальні післяпологові інфекції, при яких геніталії можуть і не пошкоджуватись (мастит, цистит, пієлонефрит).

Власне післяпологові інфекційні процеси представляють собою динамічний процес, що виникає і розвивається внаслідок взаємодії макро - та мікроорганізму при попаданні останньої в післяпологові шляхи породіллі.

Безсумнівним і єдиним етіологічним чинником післяпологових септичних захворювань є мікроорганізми. Найчастіше ними являються стафілококи, стрептококи, колибактерії, ентерококи, грам-негативна анаеробна мікрофлора, та ін., у вигляді моноінфекції або в складі мікробних асоціацій. В останній час спектр післяпологових хвороботворних мікроорганізмів дещо змінюється. Зростає частка умовно - патогенних мікроорганізмів, що вегетують в організмі здорових людей, не викликаючи інфекційних ускладнень, а за певних умов набувають патогенних властивостей. Зростає етіологічна роль хламідій, генітальних мікоплазм, дріжджеподібних грибків. Висока частка в етіології післяпологових захворювань належить госпітальним штамам, в першу чергу *Staphylococcus aureus*. Інфекційний агент може проникати в організм породіллі екзогенно (з рук самої породіллі, медичного персоналу, через білизну, предмети догляду, перев'язочний матеріал). Однак можливий і розвиток ендогенної інфекції, коли мікроби попадають на раневу поверхню із несанованих вогнищ хронічного запалення в організмі самої жінки (хронічний гастрит, каріозні зуби, захворювання жовчно-видільної системи, хронічний тонзиліт, тощо).

Воротами інфекції є внутрішня поверхня матки, яка після відокремлення плаценти являє собою раневу поверхню значного розміру, а також створені в процесі пологів розриви, тріщини м'яких статевих шляхів, особливо не відновлені після пологів. Залишки некротизованих тканин, тромботичні утворення, інфільтрація ушкоджених тканин безумовно створюють сприятливий субстрат для розмноження в рані мікроорганізмів, а значна васкуляризація та лімфовідток геніталій в післяпологовому періоді створюють умови для швидкого розповсюдження інфекції.

Однак попадання мікроорганізмів, навіть патогенних, на раневу поверхню не завжди реалізується в розгорнуту картину інфекційного процесу. В разі коли реактивність організму висока, імунної відповіді організму виявляється достатньо для знешкодження збудника.

Але наприкінці вагітності, в пологах, і особливо, в післяпологовому періоді створюється ряд певних передумов, що в сукупності зменшують захисні сили організму і сприяють більш швидкій реалізації запального процесу. До таких факторів слід віднести зменшення активності імунної системи наприкінці вагітності та в пологах, значний викид в пологах імунодепресорних активних речовин, уповільнення кровотоку та фізіологічна післяпологова гіперкоагуляція, виснаження організму внаслідок значного фізичного та емоційного навантаження, яким являються пологи, тощо. Ще більше погіршується резистентність макроорганізму до інфекції у випадку патологічного перебігу вагітності (гестози, анемії, екстрагенітальна патологія запального та незапального генезу, загроза переривання вагітності, особливо при її гормональній чи хірургічній корекції), передчасному вилиттю навколоплідних вод, тривалому безводному проміжку, затяжних пологах, частих вагінальних дослідженнях, а також при оперативних втручаннях, значно сприяє післяпологовим септичним захворюванням некомпенсована крововтрата в пологах.

При поєднанні різноманітних несприятливих факторів мікроорганізми попадають на раневу поверхню (вхідні ворота), формують первинне вогнище запальної реакції і досить швидко (в залежності від стану макроорганізму та вірулентності збудника) розповсюджуються далі лімфогенним, гематогенним або каналікулярним шляхом.

Таким чином післяпологові септичні захворювання набувають постадійного перебігу: від первинного вогнища інфекції до її генералізації. Саме такий погляд на прогресування післяпологових захворювань лежить в основі їх класифікації, що запропонована С.В.Сазоновим та А.В.Вальтерсом у 1973р., і до цього часу використовується в акушерстві. За цією класифікацією різні форми післяпологової інфекції розглядаються як окремі ланки єдиного динамічного процесу.

I етап – клінічна картина захворювання визначається місцевими проявами інфекційного процесу в ділянці родової травми:

- післяпологовий ендометрит;
- післяпологова виразка.

II етап – інфекція розповсюджується за межі пологової рани, однак залишається локалізованою:

- метрит;
- параметрит;
- обмежений, без розпаду, тромбофлебіт (метротромбофлебіт, тромбофлебіт тазових вен та вен ніг);
- сальпінгоофорит;
- пельвіоперитоніт.

III етап - по тяжкості інфекція близька до генералізованої:

- поширений перитоніт;
- септичний шок;
- прогресуючий тромбофлебіт.

IV етап - генералізована інфекція:

- сепсис без метастазів та з метастазами.

Окремо виділяються екстрагенітальні післяпологові захворювання (мастит).

16.1. I етап.

Післяпологова виразка.

Під цією назвою розуміють рани (тріщини чи розриви) на промежині, вульві, піхві чи шийці матки, що мали місце в пологах і зазнали інфікування. Початок захворювання звичайно припадає на 3-4 дні післяпологового періоду. Раньова поверхня вкривається бруднувато-сірим або сіро-жовтим нальотом, який важко відокремлюється від нижче розташованих тканин. Рана легко кровоточить, тканини, навколо неї набряклі і гіперемійовані, різко болючі.

Загальний стан хворої страждає мало. Іноді впродовж 4-5 днів спостерігається висока температура тіла (до 39°C і більше), яка потім повертається до субфебрильних цифр.

Післяпологовий ендометрит.

Клініка післяпологового запалення внутрішньої поверхні матки залежить від форми перебігу (легка, середня, тяжка). Перші ознаки з'являються на 5-12 день після пологів, а в тяжких випадках на 2-3 день. Підвищується температура тіла до 38-38,5°C і вище, погіршується загальний стан, прискорюється пульс.

Матка дещо збільшена, болюча, лохії довго залишаються кров'янистими, можуть стати пійними. Іноді вони затримуються в матці, спричиняючи розвиток лохіометри, яка може перейти піометру. В загальному аналізі крові лейкоцитоз зі зсувом лейкоцитарної формули вліво, прискорення ШОЕ, може бути анемія.

16.2. II етап.

Післяпологовий метрит.

Це більш глибоке ураження матки, яке виходить за межі ендометрію внаслідок розповсюдження інфекції по лімфатичним щілинам та судинам в міометрій. Розпочинається він одночасно з ендометритом або через 7 днів після пологів. Загальний стан породіллі значно погіршується, підвищується температура тіла до 40°C, з'являється остуда та ознаки інтоксикації (головний біль, слабкість). Пульс прискорений. Матка погано скорочується, при пальпації болюча, особливо по ребрам. Лохії мало, вони темно-червоні, з домішками гною, з неприємним запахом.

Післяпологовий параметрит.

Захворювання виникає внаслідок розповсюдження загального процесу на навколоматкову клітковину і розпочинається, як правило, на 7-10 дні післяпологового періоду. Першими його ознаками є підвищення температури тіла до 39-40°C, остуда, тахікардія. В аналізі крові визначається лейкоцитоз, зсув формули вліво, зростає ШОЕ. Хвору турбує помірний тянучий біль внизу живота.

При піхвовому дослідженні на початку захворювання визначається пастозність і болючість матки. Потім з'являється інфільтрат щільної консистенції, помірно болючий, нерухомий, що розміщується між боковою поверхнею матки і стінкою тазу.

Післяпологовий сальпінгоофорит

Запалення придатків матки, як правило, являється ускладненням ендометриту. Інфекція розповсюджується лімфогенним шляхом, або по матковим трубам (інтраканалікулярно). Загальний процес спочатку поширюється на маткові труби, а потім переходить на яєчники з утворенням єдиного конгломерату.

Захворювання розвивається на 9-10 день після пологів, супроводжується погіршенням загального стану, підвищенням температури, лихоманкою, тахікардією, сильними болями у животі, нудотою, метеоризмом, перитоніальними симптомами. При бімануальному обстеженні придатки матки пастозні і різко болючі. При гіперергічному перебігу можливе нагноєння (піосальпінкс, піоварум) з загрозою розвитку гнійного перитоніту.

Післяпологовий пельвіоперитоніт.

Це обмежена запалення очеревини малого тазу внаслідок розповсюдження інфекції з сусідніх органів (матки, придатків).

Виникнення пельвіоперитоніту припадає на різні терміни післяпологового періоду. Розпочинається він бурхливо, з надзвичайно швидкого підйому температури, значної тахікардії, нудоти, блювання. Різко виражені болі в нижніх відділах живота, позитивним виявляється симптом Щоткіна-Блюмберга. Приєднується відчуття сухості в роті, метеоризм, можливі дизурічні розлади. Живіт стає напруженим, твердим. При вагінальному дослідженні іноді вдається встановити випинання заднього склепіння внаслідок накопичення ексудативного випоту в позаматковому просторі. Однак це не постійна ознака пельвіоперитоніту.

Пальпація матки різко болюча, іноді через це не вдається встановити чіткі її контури.

Перебіг захворювання може бути різноманітним. Частіше за все при адекватному лікуванні температура тіла падає, а випот розсмоктується. Іноді процес прогресує, виникає нагноєння з високою ймовірністю прориву гнійного осередку в пряму кишку, є тенезми, часті рідкі кишкові випорожнення з домішками слизу. При загрозі прориву в сечовий міхур з'являються імперативні позиви до сечовипускання, болючість при сечоспусканні, деяка затримка або труднощі.

Післяпологовий тромбофлебіт

Для розвитку тромбофлебіту в післяпологовому періоді складається безліч передумов. Це і застійні явища в обширній судинній сітці після спорожнення матки, і уповільнення кровотоку в венах ніг в перші дні післяпологового періоду, коли жінка лежить, і фізіологічна гіперкоагуляція, притаманна усім породіллям навіть у фізіологічних умовах.

Механізм формування післяпологового тромбофлебіту частіше за все пов'язаний з інфекційним ураженням венозної стінки при переході запального процесу з джерела інфекції по лімфатичним щілинам. Потім ділянка ураження прикривається тромбом і організується. Рідше має місце зворотній перебіг – інфікування вже сформованого тромбу.

В залежності від локалізації ураження розрізняють тромбофлебіт поверхневих та глибоких (маткових, тазових) вен.

Найчастіше процес тромбоутворення після пологів починається з вен матки (метротромбофлебіт) та тазових вен. При цьому клінічна картина складається з загальних симптомів (зростання температури тіла, остуда, ознаки підвищення коагуляційної активності і запальна реакція крові, лабільність пульсу, тощо) та виявлення під час бімануального дослідження звивистих судин на поверхні матки або на основі широких її зв'язок.

В подальшому процес поширюється на кульшо-стегонові та глибокі стегонові вени. Крім притаманних тромбофлебіту загальних ознак, заявляється біль по ходу уражених вен, набряк нижньої кінцівки, блідість і ціанотичність шкірних покривів. При враженні поверхневих вен візуально визначається набрякла і звивиста вена, надзвичайно болюча, шкіра над нею гіперемійована.

Післяпологовий тромбофлебіт, особливо глибоких вен, небезпечний високою ймовірністю емболії.

16.3. III етап.

Перитоніт.

Перитоніт – запалення очеревини, пов'язане з подальшим розповсюдженням інфекції по черевній порожнині. За причинами виникнення розрізняють власне післяпологовий перитоніт, післяопераційний, перфораційний (при якому подразнення очеревини виникає внаслідок розриву гнійних утворень в малому тазі), а також перитоніт внаслідок проникаючих в черевну порожнину поранень при здійсненні вагінальних оперативних втручань або при самовільному розриві матки. Частіше за все доводиться мати справу з післяопераційним перитонітом.

Виділяють *три можливих механізми інфікування черевної порожнини у хворих, що перенесли кесарський розтин.*

При першому варіанті перитоніт виникає внаслідок інфікування очеревини під час кесарського розтину на фоні довготривалого безводного періоду. Джерелом інфекції є вміст матки, який потрапляє в черевну порожнину під час операції. При цьому клінічні ознаки перитоніту виявляються на 1-2 добу після операції. Герметичність швів на матці зберігається, якщо процес не дуже тривалий.

При другому варіанті джерелом інфікування черевної порожнини після кесарського розтину може бути підвищена, внаслідок парезу, проникливість стінки кишечника для токсинів і бактерій.

Третій і найбільш частий варіант перитоніту обумовлений інфікуванням черевної порожнини внаслідок недостатності швів на матці.

Клініка акушерського перитоніту складається з ряду загальних і місцевих проявів. В залежності від їх вираженості розрізняють *три форми акушерського перитоніту.* При *першій* переважають прояви інтоксикації: психомоторне збудження, спрага, сухість слизової оболонки, тахікардія, слабкість. Тяжкість стану хворої залежить від вірулентності інфекції і швидкості розвитку синдрому поліорганної недостатності в організмі, ослабленому пологам.

В клінічній картині *другої форми* акушерського перитоніту на початку захворювання домінують симптоми парезу кишечника, а явища інтоксикації наростають згодом.

При третьому варіанті найбільш чітко, в порівнянні з іншими формами, виражена місцева симптоматика. На фоні вираженого парезу кишечника визначаються виражений симптом Щоткіна-Блюмберга, м'язовий дефанс, блювання, рідкі і часті випорожнення з різким запахом, чітка локальна болючість при пальпації.

Септичний шок.

Септичний шок – особлива реакція організму, яка характеризується розвитком складних системних розладів, пов'язаних з порушенням адекватної перфузії тканин, що виникають у відповідь на проникнення мікроорганізмів і їх токсинів. Найчастіше він ускладнює перебіг інфекцій, викликаних грамнегативною флорою: кишкова паличка, протей, синьогнійна паличка.

Виникненню інфекції сприяють такі фактори:

- зниження загальної резистентності макроорганізму;
- особливості кровообігу вагітної матки, що сприяє легкому надходженню бактеріальної флори в кров'яне русло;
- зсуви гормонального гомеостазу;
- гіперліпідемія вагітних.

Шок розвивається гостро, як правило, після оперативного втручання або маніпуляцій в осередку інфекції, що сприяє прориву мікроорганізмів і їх токсинів в кров'яне русло.

В данному випадку дуже важлива рання діагностика, бо вже через 6-8 годин відбуваються незворотні процеси в організмі.

Основні діагностичні критерії:

1. Наявність септичного осередку в організмі.
2. Гіпертермія. Температура тіла підвищується до 39-40°C, утримується протягом 1-3 діб, потім критично падає на 2-4°C до субфебрильних, нормальних або субнормальних чисел.
3. Зниження артеріального тиску без крововтрати, або яке не відповідає її об'єму.
4. Тахікардія до 120-140 уд/хв. При цьому шоківий індекс перевищує 1,5 (при нормі 0,5), що свідчить про доволі швидке зниження ОЦК.
5. Тахіпноє до 30-60 дихальних рухів за хвилину, що відображає не тільки тканинний ацидоз, але й формування "шоківих" легень.
6. Порушення свідомості, яке проявляється ейфорією, збудженням, дезорієнтацією, маренням, слуховими галюцинаціями, втратою свідомості.
7. Суха з гіперемією шкіра швидко змінюється на бліду, вкриту холодним липким потом. Часто виникає Herpes labialis.
8. У більшості жінок з'являється періодичний біль з різною локалізацією, який виникає внаслідок порушення кровопостачання та крововилив в різні частини тіла, в м'язи, слизові оболонки.

При несвоєчасній терапії септичний шок ускладнюється гострою нирковою та дихальною недостатністю. Можлива також маткова кровотеча внаслідок прогресування ДВЗ крові.

Прогресуючий тромбофлебіт.

При цій патології процес не обмежується запаленням венозної стінки та утворенням тромбу, а розповсюджується далі по ходу вени. Тромб, що утворився, нерідко розпадається, внаслідок чого виникають емболії та інфаркти легень.

Емболія центральних гілок легеневої артерії проявляється різкою слабкістю, блідістю шкіри, зниженням артеріального тиску, тахікардією, болями в грудях.

При емболії невеликих гілок спостерігається задишка, прискорення пульсу. Переважно в нижніх частках легень виникають інфаркти. До постійних симптомів інфаркту належать: біль при диханні, притуплення перкуторного звуку, послаблення дихання з бронхіальним відтінком, дрібнопухирцеві хрипи на периферії інфаркту. Інколи з'являється кров в харкотинні, підвищується температура тіла, в загальному аналізі крові – лейкоцитоз.

16.4. IV етап.**Сепсис.**

Сепсис – це загальна (генералізована) форма післяпологової інфекції, що зумовлена виникненням ряду реакцій макроорганізму на вторгнення інфекційного агенту. Не можна вважати його лише наслідком прямої дії мікробу. Поняття "сепсис" – більш об'ємне і включає в себе порушення усіх життєво важливих функцій організму. Безумовно, це вторинний стан, тобто завжди є первинне вогнище запалення, яке представляє собою вхідні ворота для інфекції.

Септична інфекція перебігає у вигляді двох форм, що можуть розглядатися як фази одного процесу: сепсис без метастазів та сепсис з метастазами (септицемія, септикопемія).

Септицемія є більш ранньою формою сепсису. Частіше за все вона виникає на 1-3 добу післяпологового періоду внаслідок прориву інфекційного агенту в кровеносне русло, що зумовлює значну інтоксикацію організму. Перебіг септицемії бурхливий. Першими проявами є підвищення температури тіла вище 41°C і значне прискорення пульсу, яке звичайно не відповідає приросту температури. Заявляється сильна струшуюча остуда, кратність якої прямо корелює з ймовірністю летального наслідку для хворої. Шкірні покриви бліді, як правило з синюшним відтінком ногтьових фаланг і видимих слизових оболонок. Іноді на шкірі обличчя, спини, живота з'являються дрібні петехіальні висипи, що виникають внаслідок ураження капілярів і мікроінфарктів в тканинах. Такі ж зміни мають місце і у внутрішніх органах, що зумовлює появу мозкових симптомів, обмеження функції нирок аж до анурії, свідчення печінкової, серцевої недостатності. Артеріальний тиск зменшується, язик вкривається білим чи коричневим нальотом, заявляються зеленуваті рідкі калові маси, які іноді хвора не може втримувати через парез сфінктеру.

В аналізі крові у більшості жінок з'являється анемія. Зміна білої крові неспецифічна — лейкоцитоз або лімфопенія, зрушення вліво, прискорення ІПОЕ.

Під септикопемією розуміють утворення в різних органах і тканинах гнійних вогнищ. При ній патогенні мікроорганізми постійно депонують в лейкоцитах або ретикулоендотеліальній системі і періодично прориваються в кров'яне русло, розносяться ним і призводять до утворення все нових і нових метастатичних уражень.

Стан хворої при цьому хвилеподібно змінюється. В період депонування мікробів він дещо покращується, симулюючи картину несправжнього благополуччя. Однак потім знову різко зростає температурна реакція, виникає остуда. Хвора стає вкрай збудженою або навпаки, у неї спостерігаються ознаки пригнічення психічної діяльності. З'являються болі в ікроножних м'язах, зникає апетит, іноді з'являється нудота, майже завжди – спрага. Шкіра поступово набуває землистого відтінку, на ній з'являється петехіальний висип або виразки. Маса тіла знижується. Риси обличчя загострюються, набувають апатичного виразу.

З'являються ознаки порушення серцево-судинної діяльності. В цей період можливе висівання збудника при бактеріологічному дослідженні крові. Розвиток такої картини звичайно передуює утворенню нового гнійного осередку.

Метастазування при септикопемії може здійснюватися в усі органи та тканини. Швидше за все виникає занесення гною в легені (з утворенням їх абсцесів та емпієми плеври), нирки, печінку, селезінку і таке ін.

Відповідно формується клінічна картина поліорганної та полісистемної недостатності.

Прогноз при такій формі перебігу післяпологової інфекції досить сумнівний і залишається таким, не дивлячись на використання сучасних методів лікування.

16.5. Екстрагенітальні післяпологові інфекції. Післяпологовий мастит.

Післяпологовий мастит - запальне захворювання лактуючої молочної залози. Збудником його частіше є золотистий стафілокок, що коагулює плазму.

Інфекція проникає в молочну залозу лімфогенним та лактогенним (через молочні ходи) шляхом. Вхідними воротами для неї є тріщини сосків, рідше -молочні ходи.

Джерелом інфікування для породіллі можуть бути хворі медичні працівники, носії патогенного стафілококу, або хворі новонароджені. Іноді має місце занесення інфекційного агенту через предмети оточуючого середовища, інструменти, перев'язочний матеріал.

Суттєво сприяє виникненню й розвитку маститу в післяпологовому періоді лактостаз.

В клінічній картині лактаційного маститу виділяють три стадії, що поступово переходять одна в одну:

1. Серозна стадія (початкова);
2. Інфільтративна;
3. Гнійна:
 - гнійно – інфільтративна (дифузна чи вузлова);
 - абсцедуюча:
 - фурункульоз ареоли;
 - абсцес ареоли;
 - абсцес в товщі залози (інтрамамарний);
 - абсцес позаду залози (ретромамарний);
 - флегмонозна;
 - гангренозна.

Як правило, мастит є одностороннім процесом з гострим початком, що звичайно заявляється на 2-4 тиждень після пологів.

Серозна стадія характеризується раптовим підвищенням температури, появою слабкості, головного болю. З'являються больові відчуття в хворій молочній залозі, що посилюються при годуванні. Об'єктивно: вражена залоза збільшена, тепліша на дотик від здорової, пальпаторно визначається ділянка локальної болючості щільно, еластичної консистенції з гіперемійованою над нею шкірою. Іноді болючість визначається і при пальпації лімфатичних вузлів в пахвових западинах.'

Через 1-2 дні ця стадія змінюється інфільтративною. При цьому описані вище явища стихають, температура зменшується, а в ділянці локальної болючості з'являється щільний інфільтрат. Триває інфільтративна стадія маститу, як правило, 6-8 днів і змінюється розсмоктуванням або нагноюванням інфільтрату.

В разі коли інфільтративна стадія маститу змінюється гнійною, стан хворої знову погіршується. Температура тіла знову зростає, стає ремітуючою, з'являються ознаки інтоксикації, остуда. Інфільтрат збільшується в розмірах, шкіра над ним різко червоніє, стає набряклою. В інфільтраті заявляються явища флюктуації.

У 20% хворих гнійний мастит проявляється у вигляді абсцедуючої форми (фурункульоз, абсцес ареоли, тощо). Рідше гнійне ураження захвачує всю молочну залозу або більшу її частину (флегмонозний варіант). Стан хворої в такому разі дуже тяжкий. Уражена молочна залоза надзвичайно болюча, значно збільшена в розмірах, шкіра над нею багрово-синя. Ситуація може ускладнитися септичним шоком.

Гангренозна форма лактаційного маститу зустрічається рідко, характеризується надзвичайно тяжким станом хворої. При ній тканини молочної залози підлягають некрозу, що надає їм сіруватого забарвлення. Наслідки неблагоприємні.

16.6. Догляд за хворою породіллею.

Загальні принципи профілактики та лікування післяпологових інфекційно-запальних захворювань.

Враховуючи постійно зростаючий рівень гнійно-септичних запалень в післяпологовому періоді, як і раніше, ведуче значення мають заходи профілактики інфікувань породіль. З метою попередження післяпологового інфікування слід ретельно дотримуватись санітарно-гігієнічного і протиепідемічного режиму пологового будинку (відділення), що зводиться до виконання наступних заходів:

- утримання в необхідному порядку приміщень акушерського стаціонару;
- дотримання правил по прийому вагітних і породіль;
- регулярні медичні огляди медичного персоналу, виявлення і санація бактеріоносіїв;
- створення умов для підтримання ними санітарно-гігієнічних норм в лікувальному закладі;
- дотримання правил по обробці транспортних засобів, оточуючих предметів, білизни;
- створення асептичних умов при обробці операційного поля, родових шляхів породіллі, рук медичного персоналу;
- приділяти більш уваги запровадженню системи спільного перебування матері і дитини в післяпологовому періоді;
- санітарно-просвітня робота серед матерів щодо правил особистої гігієни та догляду за новонародженими.

В умовах жіночої консультації особлива увага приділяється виділенню серед вагітних груп ризику по розвитку запальних ускладнень в післяпологовому періоді.

З метою профілактики післяпологового інфікування, створення активного імунітету у матері та пасивного у новонародженого, можливе проведення у цієї категорії жінок щеплення стафілококовим анатоксином (трикратно: під час вагітності, в пологах, в післяпологовому періоді). Однак доцільність цього методу в останній час переглядається.

В процесі вагітності всі жінки повинні бути ретельно обстежені, а наявні у них вогнища хронічного інфікування – сановані.

В пологах суттєве значення набуває дотримання правил їх ведення, які виключають тривалий перебіг, передчасне вилиття навколоплодових вод і надмірний безводний період, травматизацію тканин. З точки зору профілактики інфекції має сенс ретельне знеболювання з метою запобігання зайвим стресовим ситуаціям. Крововтрата в пологах обов'язково має бути компенсована. З метою обмеження ймовірності інфікування в післяпологовому періоді по можливості обирають розродження природним шляхом. В разі необхідності оперативного втручання (кесарський розтин, акушерські щипці, ручне обстеження порожнини матки) в післяпологовому періоді призначають профілактичне протизапальне лікування.

З метою підтримання захисних сил породіллі в післяпологовому періоді призначають вітамінізоване висококалорійне харчування. Показане якомога раннє вставання здорової породіллі, дозовані фізичні вправи.

Догляд за ранами повинен здійснюватися з усіма правилами асептики та антисептики. Суттєвого значення набуває санітарно-просвітня робота серед породіль. Медичний персонал повинен ознайомити жінок з правилами догляду за новонародженими, з навиками обробки молочних залоз та грудного вигодовування. Контролювати правильність дотримання породіллями основних положень санітарно-гігієнічного режиму, їх перебування в післяпологовому відділенні. За хворими породіллями нагляд повинен бути посилений.

В залежності від загального стану хворим породіллям призначають суворий, обмежений або вільний ліжковий режим. Всі гігієнічні процедури догляд за шкірою, порожниною рота, молочними залозами здійснює санітарка під контролем медсестри. Зміну натільної та постільної білизни проводять 2-3 рази на тиждень. Підкладні стерильні пелюшки міняють 3-4 рази на день і після кожного туалету зовнішніх статевих органів, а також після огляду та обробки швів, зміни пов'язки.

При покращенні загального стану породіллі їй призначають обмежений ліжковий режим. Дозволяється вставати, самостійно відвідувати кімнату особистої гігієни, туалет, їдальню.

Питання про годування дитини груддю вирішується індивідуально, але в гострій стадії запалення, коли породілля одержує комплекс лікування, призначається штучне годування.

Харчування хворої породіллі має бути висококалорійним, смачним і легкозасвоюваним. Краще, якщо воно буде напіврідким до того часу, коли жінці дозволено буде вставати з ліжка.

Лікування післяпологових септичних захворювань включає в себе місцеві і загальні заходи. Суто місцевими методами можна обмежитися при лікуванні хворих з нетяжкими формами пуерперальних виразок. При наявності запального інфільтрату в області швів промежини рану слід розкрити і забезпечити добре відтікання раньового вмісту. В разі нагноєння потрібно дрениувати рану і ретельно промивати її антибіотиками. При некрозі мертвілі тканини треба видалити. Для кращого формування грануляцій дуже корисно зрошувати рану розчинами протеолітичних ферментів (трипсин,

хімотрипсин), після очищення рани показані мазеві пов'язки, УВЧ, кварц. При обширних виразках з некрозом тканин проводять ультразвукову обробку. Для цього рану заповнюють розчином фурациліну (1:5000) і занурюють в неї канюлю ультразвукового апарату на 5-10 хв.

В більшості випадків післяпологових септичних захворювань у породіль спостерігається уповільнення інволюції матки (субінволюція) і затримка виділень в її порожнині (лохіометра). При цьому необхідно провести вакуум-аспірацію чи вишкребування їх кюреткою. Якщо виділень небагато, можна обмежитися розширенням цервікального каналу для кращого відтоку гною, а для зменшення всмоктування продуктів розпаду і токсинів проводиться промивання порожнини матки охолодженими розчинами антисептиків та антибіотиків. Застосування утеротонічних засобів не завжди є доцільним.

Якщо у хворої виявлено обмежене гнійне вогнище (гнійний інфільтрат при параметриті, піосальпінкс), його розкривають, дрениують і надалі ведуть, користуючись загальними принципами лікування гнійних ран.

Свої особливості має лікування лактаційного маститу. На етапі інфільтрації крім ретельного випорожнення залози призначають антибіотики, лід на уражену ділянку під час набряку, потім – масляні компреси. Досить ефективними засобами лікування є ретромамарна блокада (новокаїн + антибіотики), ультразвук на молочну залозу, стафілококовий анатоксин. При нагноюванні абсцес розтинають, дрениують і лікують як септичне захворювання.

Питання про пригнічення лактації вирішується індивідуально при згоді хворої. Для цього використовують препарат бромокриптин (парлодел).

Особливої уваги заслуговують деякі аспекти ведення хворих з тромбофлебітичними ураженнями. По-перше, в процесі лікування вони потребують ретельного контролю за станом зсідальної та протизсідальної систем крові. Для профілактики тромбоутворення породіллі показане якомога раннє вставання з ліжка і активна поведінка в післяпологовому періоді. Однак в разі розвитку тромбофлебиту надзвичайно важливе суворе дотримання ліжкового режиму. Це є основною умовою профілактики емболізації. Показано бинтування кінцівок еластичними бинтами, дихальна гімнастика. Крім протизапальних, десенсибілізуючих, судиннопротекторних засобів, вітамінних препаратів, застосовуються антикоагулянти (обов'язково під контролем коагулограми).

Вставати з ліжка дозволяється лише в разі нормалізації температури на протязі тижня, зменшення ШОЕ нижче 30мм/год, при відсутності ознак "повзання мурашок".

16.7. Методи загального лікування післяпологових септичних захворювань.

1. Антибіотикотерапія з урахуванням чутливості мікрофлори та індивідуального сприйняття препарату. Використовуються антибіотики вузького (пеніциліни, макроліди, фузидин-натрій) та широкого (левоміцетин, тетрациклін, ампіцилін, аміноглікозиди, цефалоспорины, рифампіцин, тіенам) спектру дій.

2. Сульфаніламідні препарати, похідні нітрофурану, противірусні засоби (етазол, сульфален, бактрим, діоксидин, фурацилін, фурагін, неграм, 5-нок, флагил, трихопол, ністатин, леворин).

3. Інфузійна терапія. З цією метою застосовують трансфузію донорської крові, препарати крові (альбумін, протеїн), поліглюкін, ізотонічний розчин натрію хлориду, розчин Рінгера-Локка, білкові гідролізати (амінокровін, аміназол), синтетичні амінокислоти, глюкозу з інсуліном, реополіглюкін, гемодез, антигістамінні препарати, аскорбінову кислоту, вітаміни групи В.

4. Імунотерапія: стафілококовий анатоксин, протидіозан, левамизол, тималін, тощо.

5. Стимуляція лейкопоезу (метилурацил, пентоксил).

6. Утеротонічна терапія (окситоцин, маммофизин, пітуїтрин).

Сучасні додаткові методи лікування.

1. Лазерне опромінення крові.

2. Ультрафіолетове опромінення крові.

3. Гемо- і лімфосорбція.

4. Плазмаферез.

5. Промивання або лаваж порожнини матки.

Всі ці методи застосовуються комплексно, з урахуванням стану хворої і якомога швидше від початку захворювання. При післяпологових інфекційних захворюваннях III-IV етапів на перше місце виступає інфузійна терапія, так як на фоні порушеного гомеостазу і тканинного ацидозу дія антибіотиків та інших лікарських засобів значно пригнічена. Окрім того, таким чином зменшується інтоксикація і проводиться підготовка до ймовірного оперативного втручання. Терапія проводиться методом керованої гемодилуції. Введення великої кількості рідини (4-5л при перитоніті і більше при септичному шоці і сепсисі) потребує форсованого діурезу, який здійснюється шляхом призначення в кінці інфузії сечогінних засобів.

Інфузійну терапію краще починати з низькомолекулярних розчинів колоїдів (реополіглюкіну, желатинолю), які покращують реологічні властивості крові, перфузію тканин. Гемодез має дезінтоксикаційний і діуретичний ефект. Введення його в дозі 5мл/кг збільшує потік лімфи в 10 разів. Використовується

свіжоцитратна або свіжозаготовлена кров (250-500 мл), яка зменшує гіпоксію і анемію, стимулює імунітетні сили організму.

Для компенсації ацидозу вводять розчин бікарбонату натрія.

Корекцію волемічних порушень поєднують з парентеральним введенням білкових гідролізатів (амінопептину, амінокровіну, гідролізину), суміші амінокислот з концентрованим розчином глюкози та інсуліну. При необхідності вводять жирові емульсії (ліпофундин). Паралельно для зменшення катаболізму призначають анаболічні гормони (неробол, ретаболіл) один раз на три дні, вітаміни групи В і С. Для нормалізації мікроциркуляції і профілактики синдрому ДВЗ призначається гепарин по 500 од/кг, контрикал 100 од/кг.

Імунотерапія включає в себе застосування гама-глобуліну, антистафілококової плазми, лейкоцитарної маси. Стимуляцію захисних сил організму проводять за допомогою біогенних стимуляторів (декаріс, пентоксил, метилурацил).

При виникненні синдрому поліорганної недостатності призначають серцеві глікозиди, АТФ, кокарбоксілазу. В разі виникнення септичного шоку з перших хвилин потрібно проводити ШВЛ 50% сумішшю кисню і повітря з позитивним тиском на кінці видиху 5 мм. вод. ст.

Якщо консервативні методи не дають ефекту або стан породіллі неухильно погіршується, то ставиться питання про оперативне видалення септичного осередку – матки. При септичному шоці це має вирішальне значення і під прикриттям інфузійної терапії повинно проводитися якнайшвидше.

XVII. Лікувальна гімнастика в акушерській практиці

Фізичне виховання є могутнім засобом зміцнення здоров'я та підвищення опірності організму людини. Лікувальна фізкультура для жінки має свої особливі задачі: вона повинна допомогти підготувати організм до найбільш відповідального періоду життя – материнства.

Пологи – своєрідне випробовування, що демонструє правильність і фізіологічну доцільність фізичного виховання, ступінь фізичної тренуваності організму. В силу фізіологічних особливостей жінка покликана виконувати особливу роль, роль продовження людського роду, що накладає свій відбиток на фізичну будову жінки та на ряд функціональних особливостей її організму. Ці особливості потребують диференційного підбору фізкультурних вправ і уваги при фізичному навантаженні. Особливе значення потрібно надавати укріпленню м'язів спини, черевного пресу, нижніх кінцівок, а також стану мускулатури тазового дна, утримуючого в правильному положенні внутрішні статеві органи жінки.

Довгі м'язи спини, а також внутрішні косі та поперечні м'язи живота, волокна яких входять в круглі зв'язки матки, здійснюють прямий зв'язок скелетної мускулатури з внутрішніми статевими органами. Звідси, вправи цих м'язів виявляють безпосередній вплив на зміцнення положення жіночих статевих органів. Вказані особливості потребують увагу до використання фізичних вправ, які зміцнюють м'язи тазового та черевного пресу. Скорочення м'язів черевного пресу підвищення внутрішньочеревного тиску непрямым шляхом тренують і зміцнюють м'язи тазового дна.

Вправи, включаючи в роботу нижні кінцівки, м'язи спини, оточуючі тазостегеневі суглоби сприяють покращенню лімфокровотоку в тазовій ділянці.

Потрібно відмітити позитивну емоції настрою жінок, які займаються фізкультурою. Жінки, що пройшли фізичну підготовку в період вагітності до пологів, психічно підготовлені краще. Таким чином, здійснюючи всебічний благоприємний вплив на функціональний стан найважливіших фізіологічних систем організму засоби фізичної культури сприяють розвитку компенсаторних механізмів і адаптації різних систем організму до фізичного навантаження.

Лікувальна гімнастика в акушерській практиці.

В акушерській практиці застосовують наступні форми фізичних вправ:

- 1) спеціальна гімнастика (ранкова домашня і заняття в спеціалізованих кабінетах під керівництвом інструкторів-методистів);
- 2) спортивні вправи, допустимі за станом здоров'я, загального фізичного розвитку і підготовленості організму;
- 3) прогулянки пішохідні та на лижах.

Вкрай суттєво важливе поєднання фізичних вправ з використанням натуральних факторів природи, з відповідними фізіотерапевтичними процедурами (повітряні ванни-аерації), загальними ультрафіолетовими опроміненнями, гідропроцедурами (обтирання, обливання, ванни, дощовий душ).

Застосування фізичних вправ в період вагітності протипоказано при:

- гострій лихоманці, довгій субфебрильній температурі, гнійних процесах, при декомпенсованій та субкомпенсованій формі захворювань серцево-судинної системи, при прогресуючому туберкульозі, хронічному апендициті, різко вираженому опущенні внутрішніх органів, при больовому синдромі в зв'язку з м'язовими зусиллями. Протипоказано застосування фізичних вправ при розходженні лонного зчленування, при остаточних явищах після недавно перенесених запальних процесів в органах малого тазу, при різко виражених гестозах I та II половини вагітності, при емфіземі легень, артеросклерозі, розширенні аорти, при органічних захворюваннях нервової системи, гіпертонії, при новоутвореннях і запаленні нирок, при ревматизмі в стадії загострення, гострих інфекціях, при передлежанні дитячого місця, багатоводді,

при звичайних викиднях, при бурній реакції плоду на навантаження (прискорення серцебиття та рухів плоду).

Протипоказаннями не є перенесені в минулому: порожнинні операції (кесарський розтин, видалення фіброматозних вузлів, видалення пухлин придатків матки), переносна вагітність, еклампсія при попередній вагітності; неврози і невралгії, компенсовані вади серця, напади бронхіальної астми, початкові вади серця, початкові стадії гіпертонії та компенсовані форми туберкульозу легень, ожиріння, розширення вен нижніх кінцівок.

Заняття спеціальною гімнастикою під час вагітності мають такі цілі:

- 1) Покращення психофізичного тону, обміну речовин, кровообігу, дихання; заняття фізичними вправами покращують нервову регуляцію, створюють позитивні емоції.
- 2) Укріплення м'язів, що приймають участь в пологовій діяльності, покращенні їх еластичних здатностей, особливо м'язів промежини, тазового дна, черевного пресу. Гімнастичні вправи зменшують кисневу заборгованість в організмі вагітної жінки, тим самим попереджують недоношеність, асфіксію плода та каліцтво, які розвиваються на фоні гіпоксії.

У вагітних підготовлених фізіопрофілактичним методом скорочується пологовий акт, знижується травматизм та інші ускладнення в пологах.

Лікувальна гімнастика сприяє більшій іммобілізації поперекової ділянки хребта, особливо в місці зчленування останнього поперекового хребця з крижками; завдяки цьому під час пологового акту відбувається більше розширення тазового кільця.

- 3) Навчання правильній постановці дихання, його ритму, амплітуди та сили. Уміння володіти своїм диханням є великою перевагою вагітної жінки – воно значно полегшує пологи та зменшує періоди пологів.
- 4) Попередження судинних порушень (тромбофлебії, флебії, варикозне розширення вен і т. д.).

Направлення на заняття фізичною культурою дає лікар жіночої консультації після попередньої оцінки загального стану вагітної, її підготовленості до виконання фізичних вправ і характеру відповідних реакцій організму на їх виконання. Вагітній необхідно провести лікарсько-контрольне обстеження із включенням до нього спеціальних функціональних проб і контрольно-діагностичних вправ.

Особливості методики. Фізкультуру можна застосовувати, як групові або індивідуальні заняття, особливу обережність потрібно зберігати в перші 2-3 місяці вагітності і в дні, що співпадають з днями останньої менструації, щоб не викликати переривання вагітності.

В останні місяці вагітності рекомендується проводити індивідуальні заняття, які мають особливе значення в попередженні застійних явищ в легенях та в нижніх кінцівках. Застосовують вправи для всіх груп м'язів, особливо необхідні фізичні вправи, які покращують кровообіг в малому тазі та в черевній порожнині, укріплюють м'язи тазового дна, збільшують гнучкість хребта та рухливість тазостегнових суглобів. Слід виключати статичні вправи та затримку дихання. Заняття можна проводити в палатах, в спеціальних кабінетах лікувальної фізкультури і психопрофілактичної підготовки, в диспансерах, на площадках і верандах на повітрі, індивідуальні та малогрупові заняття з розрахунку 5-8 чоловік. Кабінет повинен відповідати наступним вимогам: розміри 24-30 м², по 4м² на кожного займаючогося при наявності вентиляції і температурі приміщення 18-20°C. Кабінет обладнується з урахуванням специфіки уроку. Необхідно мати шведську стінку, гімнастичні палки, м'ячі, килим, зрістомір, ваги, спирометр, тонометр, секундомір, ручний динамометр, товстотний циркуль, штангенциркуль з гоніометром, сантиметрові стрічки і стетоскоп. Вправи рекомендується проводити уранці та увечері.

В залежності від функціонального стану організму і реакції вагітної на фізичне навантаження розрізняють 3 періоди вагітності:

I. Період до 16 тижнів вагітності;

II Період від 17 до 32 тижнів вагітності;

III Період від 33 тижня вагітності.

Перший період вагітності. Задачі лікувальної гімнастики в першому періоді вагітності (в періоді, коли знижується коркова активність, підвищується підкоркова збудливість, коли вагітність може супроводжуватись різними формами токсикозів вагітних) наступні:

- навчити правильному повному диханню;
- підсилити постачання організму киснем, активувати роботу серця і легень.
- забезпечити нормальну реакцію нервової системи і відповідну функціональну перебудову;
- підвищити загальний і емоційний тонус організму вагітної та підготувати її до наступного періоду.

Тривалість занять – 25-45 хвилин.

Зразковий комплекс лікувальної гімнастики для I періоду вагітності. (Комплекс №1).

1. Висхідне положення (В.п.*) основна стойка. Виконання (Вик.***):
 - ходьба (на носках, п'ятках, звичайна).
2. В.п. основна стойка. Вик.:
 - розвести руки в сторони – вдих;

- схрестити руки на грудях – видих.
Повторити 6-8 разів.
- 3. В.п. основна стойка. Вик.:
 - підняти одну руку вгору, другу відвести назад – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 6-8 разів.
- 4. В.п. основна стойка. Вик.:
 - відвести руки назад – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 6-8 разів.
- 5. В.п. основна стойка. Вик.:
 - кругові обертання руками. Дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.
- 6. В.п. стоячи, руки на пояс. Вик.:
 - відвести ногу в бік – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
- 7. В.п. стоячи, ноги на ширині плеч. Вик.:
 - нахилитися вперед – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
- 8. В.п. основна стойка. Вик.:
 - обертання руками вліво і вправо навкруги попереку. Дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.
- 9. В.п. стоячи біля опори. Вик.:
 - по чергове відведення руки в сторону і ноги вперед;
 - вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 6-8 разів.
- 10. В.п. основна стойка. Вик.:
 - напівприсідання.
 Повторити 4-6 разів.
- 11. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - привести ноги до живота, допомагаючи руками – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
- 12. В.п. сидячи на підлозі, руки вперед. Вик.:
 - нахилитися, дістати підлоги - видих;
 - прийняти в.п. - вдих.
 Повторити 4-6 разів.
- 13. В.п. палиця внизу. Вик.:
 - підняти палицю вгору – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 6-8 разів.
- 14. В.п. палиця внизу. Вик.:
 - підтягнути ногу до живота палицею – видих;
 - прийняти в.п.- вдих.
 Повторити 4-6 разів.
- 15. В.п. палиця на ногах. Вик.:
 - нахили вправо та вліво.
 Повторити 6-8 разів.
- 16. В.п. палиця внизу. Вик.:
 - напівприсісти – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4 рази.
- 17. В.п. лежачи на спині, ноги зігнуті в колінах. Вик.:
 - опираючись на стопи, руки, плечі – підняти таз вгору.
 Повторити 6-8 разів.
- 18. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - підняти пряму ногу вгору – видих;

- прийняти в.п. – вдих.
Повторити 4-6 разів.
- 19. В.п. основна стойка. Вик.:
 - відвести ногу назад, руки підняти вверху – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 6-8 разів.
- 20. Звичайна ходьба.

Другий період вагітності. Задачі лікувальної гімнастики в другому періоді, коли відмічається рівновага процесів гальмування та збудження в корі головного мозку, такі:

1. Привиття навиків глибокого та ритмічного дихання як під час занять так і без них, забезпечуючи при цьому повноцінний кровообіг плода.
 2. Закріплення м'язів, що приймають участь в пологовому акті.
 3. Підвищення тону серцево-судинної та дихальної систем.
- Попередження можливого розширення вен нижніх кінцівок.
Тривалість занять 25-45 хвилин.

Зразковий комплекс лікувальної гімнастики другого періоду вагітності. (Комплекс № 2).

1. В.п. стоячи, руки впродовж тіла. Вик.:
 - ходьба звичайна, на п'ятках, носках, 1-2 хвилини.
2. В.п. основна стойка. Вик.:
 - повороти вправо, вліво, з розведенням рук в сторони – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
3. В.п. стоячи на колінах, руки вгору. Вик.:
 - присісти поміж п'яток, руки опустити на пояс – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
4. В.п. стоячи, руки на поясі, ноги на ширині плеч. Вик.:
 - нахили тулуба вперед і в сторони. Дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.
5. В.п. сидячи на підлозі, руки за спиною. Вик.:
 - по чергово згинання і розгинання ніг, ковзаючи підшвою по підлозі. Дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.
6. В.п. сидячи на підлозі, руки за спиною, ноги зігнуті в колінах. Вик.:
 - "велосипед".
7. В.п. сидячи на підлозі, ноги на ширині плеч, руки в сторони. Вик.:
 - по чергово торкнутися руками то лівої та правої стопи – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
8. В.п. лежачи на боці, одна рука під головою, друга – впродовж тулуба. Вик.:
 - одночасно підняти верхню руку і ногу вверху – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів кожною ногою та рукою.
9. В.п. стоячи навколішках. Вик.:
 - по чергове відведення ноги угору, назад – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
10. В.п. лежачи на спині, руки впродовж тулуба, ноги витягнуті. Вик.:
 - зігнуті ноги в колінах, розвести в сторони – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
11. В.п. основна стойка. Вик.:
 - по чергово підняти руки угору – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
12. В.п. лежачи на спині, руки зігнуті в ліктях, ноги витягнуті. Вик.:
 - по чергове згинання ніг в колінних суглобах – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.

- Повторити 4-6 разів.
13. В.п. сидячи, опір на руки за спиною. Вик.:
- одночасне згинання ніг в колінних суглобах – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
- Повторити 4-6 разів.
14. Звичайна ходьба.

Третій період вагітності. Задачі лікувальної гімнастики в третьому періоді вагітності, коли знижується коркова активність і підвищується діяльність підкірки, коли органи черевної порожнини зміщуються, з'являється схильність до запорів, обмежується рухливість діафрагми і затруднюється дихання, велика матка відтісняє діафрагму наверх, ємкість легень зменшується, діафрагмальне дихання обмежується, потреба в кисні збільшується, з'являється пастозність нижніх кінцівок, виникає загроза розширення вен нижніх кінцівок, наступні:

1. Закріпити результати, досягнуті в перші 2 періоди вагітності.
2. Розширити по можливості кістко-тазове кільце.
3. Покращити кровообіг.
4. Зменшити застійні явища.
5. Стимулювати діяльність кишківника.
6. Привити навички до м'язових напруг без затримки дихання. Тривалість за-няття 20-30 хвилин.

Зразковий комплекс лікувальної гімнастики
для III періоду вагітності (комплекс №3).

1. В.п. основна стойка. Вик.:
 - звичайна ходьба.
2. В.п. основна стойка. Вик.:
 - повернутися вправо, розвести руки в сторони – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.

Повторити 6-8 разів.
3. В.п. стоячи, ноги разом, руки на поясі. Вик.:
 - відвести ногу в сторону – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.

Повторити 6-8 разів.
4. В.п. стоячи, ноги на ширині плеч. Вик.:
 - напівприсісти – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.

Повторити 4-6 разів.
5. В.п. стоячи, руки впродовж тулуба. Вик.:
 - піднятися на носки, руки відвести в сторони – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.

Повторити 4-6 разів.
6. В.п. лежачи на спині. Вик:
 - імітація ходьби.
7. В.п. лежачи на спині, ноги зігнуті в колінних суглобах. Вик:
 - розвести коліна в сторони – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.

Повторити 6-8 разів.
8. В.п. лежачи на спині, руки на животі. Вик:
 - черевне дихання.
9. В.п., сидячи на стільці, одна рука відведена в сторону. Вик:
 - привести ногу до живота, допомагаючи другою рукою – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.

Повторити 4-6 разів.
10. В.п., сидячи на стільці, руки і ноги витягнути вперед. Вик.:
 - зажати пальці в кулак, стопи потягнути на себе. Дихання вільне.

Повторити 6-8 разів.
11. В.п. сидячи на стільці. Вик:
 - привести ногу до живота допомагаючи двома руками – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.

Повторити 6-8 разів.
12. В.п. сидячи на стільці ноги і руки витягнуті вперед. Вик:

- відвести руки в сторони – вдих;
- перевести руки вперед, ноги розвести в сторони – видих.

Повторити 4-6 разів.

13. В.п. Ходьба звичайна.

В 50% вправи рекомендується виконувати сидячи, лежачи і в колінно-ліктьовому вихідному положенні. Вправи повинні створювати гарну рухливість в тазостегновому зчленуванні, сприяти підвищенню еластичності м'язів промежини. Заняття рекомендується проводити 2-3 рази на день 15-20 хвилин, відпочивати з піднятими ногами для покращення відтоку крові та зменшення застійних явищ в нижніх кінцівках.

З 9-го місяця вагітності, коли матка набуває значну збудливість, вправи слід виконувати лежачи в повільному темпі і обережно для забезпечення запобігання передчасних пологів.

В повсякденній акушерсько-гінекологічній практиці стан кисневої недостатності зустрічається доволі часто, але не дивлячись на це, питанню боротьби з гіпоксією не приділяється потрібної уваги. Встановлено, що при кисневому голоданні організму настають значні, інколи не зворотні зміни в головних органах і системах. Звідси стає ясним, чому гіпоксія розглядається як патогенетична ланка в розвитку ряду захворювань.

Вагітність, як фізіологічний стан, звичайно протікає без будь-яких ускладнень, але одночасно пред'являє до організму матері подвійне навантаження: необхідно обслуговувати себе і харчувати розвиваючий плід. Навіть при нормальній вагітності в обмінних процесах організму матері спостерігаються зміни, в основі яких, без сумніву, лежить киснева недостатність. На кисневе голодування організм жінки під час вагітності реагує інакше, ніж при не вагітному стані.

Приймаючи участь в пристосуванні організму до недостатнього постачання його киснем серцево-судинна, дихальна і інші системи, функціонуючі з великою напругою, не завжди успішно справляються з додатковим навантаженням.

Лікувальна гімнастика вагітних з серцево-судинними захворюваннями. Лікувальна гімнастика являє собою чинний фактор покращення серцево-судинної діяльності і сприяє благоприємному протіканню вагітності і пологів у вагітних з серцево-судинними захворюваннями. До і після занять необхідно рахувати частоту пульсу, дихання, вимірювати кров'яний тиск і температуру. Лікувальна гімнастика проводиться за комплексом, створеним з урахуванням серцево-судинної патології і терміну вагітності. Пропонується 3 комплекси в положенні "лежачи", "лежачи і сидячи", "сидячи і стоячи". Заняття починають з комплексу "лежачи", потім включають вправи в положенні "сидячи" і "стоячи". Повний курс гімнастики розрахований на 4-5 тижнів від 32 до 40 тижнів вагітності.

Використовувати лікувальну гімнастику потрібно індивідуально. Вправи повинні виконуватися ритмічно, в спокійному темпі, без напруження особливо в перші дні занять. При цьому необхідно враховувати реакцію організму на фізичні вправи. Тренування вагітної жінки потрібно проводити з самого початку вагітності. Знаючи, що пологи сама важка фізична робота жінки, ми повинні приготувати, тобто довести її фізичні можливості до межі, а це можливо досягнути тільки довгими тренуваннями.

Зразковий комплекс лікувальної гімнастики для вагітних жінок, хворюючих серцево-судинними захворюваннями (Комплекс № 4).

Перші 6 днів в положенні "лежачи на спині".

1-й день.

1. Дихати спокійно (30 секунд).
2. Руки повернути долонями вгору – вдих;
 - вернутися в висхідне положення – видих;
 Повторити 4-5 разів.
3. Згибати стопи – вдих;
 - розгибати – видих;
 Повторити 4-5 разів.
4. Дихати спокійно, трохи поглиблено - 30 сек.
5. Зігнути кисті – вдих;
 - розігнути – видих;
 Повторити 3-4 рази.
6. Одночасно зігнути стопи і кисті – вдих;
 - розігнути – видих;
 Повторити 3-4 рази.
7. Зігнути руки в ліктьових суглобах (пальцями рук доторкнутися плечового суглобу) – вдих;
 - розігнути – видих.
 Повторити 3-4 рази.

8. Дихати спокійно, ритмічно – 30 сек.

2-й день.

1. Дихати спокійно – 30 сек.
2. Зігнути руки в ліктьових суглобах (пальцями рук торкнутися плечового суглобу) – вдих;
- розігнути - видих;
Повторити 4-5 разів.
3. Руки зігнути в ліктях під прямим кутом одночасно зігнути стопи і кисті – вдих;
- розігнути – видих;
Повторити 4-5 разів.
4. Дихати спокійно 30 сек.
5. Кисті до плечей. Відвести лікті в сторони – вдих;
- привести – видих;
Повторити 4-5 разів.
6. Зігнути ногу в колінному і тазостегновому суглобах (підшви не відривати від ліжка) – вдих;
- вернутися в висхідне положення – видих.
Повторити 3-4 рази по черговою кожною ногою.
7. Руки перед грудьми. Розвести руки в сторони – вдих;
- звести – видих;
Повторити 4-5 разів.
8. Дихати спокійно, ритмічно, 30 сек.

3-й день.

1. Дихати спокійно – 30 сек.
2. Руки перед грудьми. Розвести руки в сторони – вдих;
- звести – видих.
Повторити 4-5 разів.
3. Зігнути ногу в колінному і тазостегновому суглобах (підшви не відривати від ліжка) – вдих;
- вернутися в в.п. – видих.
Повторити 3-4 рази.
4. Дихати спокійно – 30 сек.
5. Руки перед грудьми. Розвести руки в сторони, одночасно зігнути ногу в колінному і тазостегновому суглобах – вдих;
- вернутися в в.п. – видих.
Повторити 3-4 рази кожною ногою по чергово.
6. Руки впродовж корпусу, ноги зігнуті в колінах. Розвести стегна – вдих;
- вернутися в в.п. – видих.
Повторити 4-5 разів.
7. Руки вниз. Підняти руки вгору і в сторони – вдих;
- опустити – видих.
Повторити 3-4 рази.
8. Дихати спокійно ритмічно 30 сек.

4-й день.

1. Дихати спокійно 30 сек.
2. Підняти руки угору і в сторони – вдих;
- опустити – видих.
Повторити 3-4 рази.
3. Зігнути ногу в колінному і тазостегновому суглобах, відвести коліно вбік – вдих;
- вернутися в в.п. – видих.
Повторити 3-4 рази, окремо кожною ногою.
4. Дихати спокійно – 30 сек.
5. При вдосі втягнути і стиснути м'язи промежини;
- при видосі – розслабити.
Повторити 4-5 разів.
6. Підняти праву ногу, правою п'яткою доторкнутися великого пальця лівої ноги – вдих;
- опустити ногу – видих.
Повторити 3-4 рази по черговою кожною ногою.
7. Руки перед грудьми, розвести в сторони, одночасно зігнути ногу в колінному і тазостегновому суглобах – вдих;
- вернутися в.п. – видих.
Повторити 3-4 рази кожною ногою.
8. Дихати ритмічно, спокійно – 30 сек.

5-й день.

1. Дихати спокійно, глибоко – 30 сек. Глибина вдиха в залежності від стану.
2. Розвести прямі руки в сторони до рівня плеч – вдих;
 - вернутися в в.п. – видих.
 Повторити 4-5 разів.
3. Ноги зігнуті в колінах. Розвести стегна – вдих;
 - втягнути і стиснути м'язи промежини;
 - вернутися в в.п. – видих;
 - розслабити м'язи промежини;
 Повторити 4-5 раз.
4. Дихати спокійно, глибоко – 30 сек.
5. Руки на талії. Підняти праву ногу угору – вдих;
 - опустити – видих.
 Повторити 4-5 разів кожною ногою.
6. Руки впродовж тулуба. Розвести прямі руки в сторони до рівня плеч – вдих;
 - опустити руки – видих.
 Повторити 3-4 рази.
7. Підняти одночасно прямі руки і пряму ногу угору – вдих;
 - опустити – видих.
 Повторити 2-3 рази кожною ногою.
8. Дихати спокійно 30 сек.

6-й день.

1. Дихати спокійно глибоко 30 сек.
2. Підняти прямі руки угору – вдих;
 - опустити – видих.
 Повторити 4-5 разів.
3. Зігнути ногу в тазостегновому і колінному суглобах, відвести коліно на зовні – вдих;
 - вернутися в в.п. – видих.
 Повторити 4-5 разів.
4. Дихати спокійно, глибоко – 30 сек.
5. Руки впродовж тулуба, розвести їх в сторони, з'єднати над головою долонями разом – вдих;
 - опустити перед собою, вернутися в в.п. – видих.
 Повторити 4-5 раз.
6. Розвести руки в сторони, приводячи обидві ноги одночасно до живота – вдих;
 - вернутися в в.п. – видих.
 Повторити 3-4 рази.
7. "Ходьба" лежачи.
 - Повторити 4-5 разів кожною ногою.
8. Дихати спокійно – 30 сек.

7-й день.

1. Дихати спокійно 30 сек.
2. Підняти прямі руки угору – вдих;
 - потягнутися, опустити руки – видих;
 Повторити 4-5 разів.
3. Ноги зігнуті в колінах. Розвести стегна – вдих;
 - втягнути і стиснути м'язи промежини;
 - вернутися в в.п. – видих;
 - розслабити м'язи промежини.
 Повторити 4-5 раз.
4. Розвести руки в сторони, згинаючи обидві ноги в колінах;
 - привести їх до живота – вдих;
 - вернутися в в.п. – видих;
 Повторити 3-4 разів.
5. Дихати спокійно 30 сек.
6. Сидячи на стільці, підняти руки угору до рівня плеч – вдих;
 - опустити – видих.
 Повторити 3-4 рази.
7. Сидячи, руки на талії – вдих;
 - нахилити корпус вліво – видих;
 - вернутися в в.п. – видих.
 Повторити 3-4 рази в кожную сторону, поперемінно.
8. Лежачи. Дихати спокійно 30 сек.

8-й день.

1. Лежачи, розвести руки в сторони і угору – вдих;
- потягнутись, повернутися в в.п. – видих.
Повторити 3-4 рази.
2. Згинаючи ноги в колінах привести їх до живота – вдих;
- витягнути і стиснути м'язи промежини.
Повторити 3-4 рази (рухи виконуються окремо).
3. Спокійне дихання 30 сек.
4. Сидячи на краю стільця, ноги на лавочці;
- підняти і розвести руки в сторони – вдих;
- опустити і звести руки – видих.
Повторити 3-4 рази (рухи виконуються окремо).
5. Підняти пряму ногу угору – вдих;
- опустити – видих.
Повторити 3-4 рази кожною ногою.
6. Підняти руки угору перед собою – вдих;
- опустити – видих.
Повторити 4-5 разів.
7. Вдих, нахилити корпус вліво – видих;
- вернутися в в.п. – вдих.
Повторити 3-4 рази в кожную сторону, поперемінно.
8. Лежачи, дихати спокійно 30 сек.

9-й день.

1. Лежачи, розвести руки в сторони і з'єднати долоні над головою – вдих;
- опустити – видих.
Повторити 3 рази.
2. Ноги зігнуті в колінах втягнути і стиснути м'язи промежини;
- розвести стегна – вдих;
- повернутися в в.п. – видих.
Повторити 4-5 разів.
3. Дихати спокійно – 30 сек.
4. Сидячи на краю стільця, ноги на лавці розвести руки в сторону;
- вирівняти корпус – вдих;
- вернутися в в.п. – видих.
Повторити 4-5 разів.
5. Руки на талії. Привести стегно до живота – вдих;
- вернутися в в.п. – видих.
Повторити 3-4 рази кожною ногою поперемінно.
6. Руки опущені підняти руки угору і в сторони – вдих;
- опустити – видих.
Повторити 3-4 рази.
7. Підняти руки перед собою до рівня плеч;
- одночасно підняти пряму ногу – вдих;
- опустити руки і ногу – видих.
Повторити 3-4 рази кожною ногою.
8. Ноги звисити, руками упиратися в край стільця;
- підняти пряму праву ногу, одночасно відвести ліву ногу назад.
Повторити 3-4 рази кожною ногою.
9. Лежачи. Дихати спокійно – 30 сек.

10-й день.

1. Лежати, підняти і розвести руки – вдих;
- опустити і звести руки – видих.
Повторити 3-4 рази.
2. "Ходьба" лежачи.
Повторити 4-5 разів кожною ногою.
3. Дихати спокійно – 30 сек.
4. Сидячи, ноги на лавці. Розвести руки в сторони, трохи нахилити корпус вперед – вдих;
- вернутися в в.п. – видих.
Повторити 3-4 рази.
5. Руки на талії. Привести зігнуту ногу до живота – вдих;
- вернутися в в.п. – вдих.

- Повторити 4-5 разів кожною ногою.
6. Підняти руки до рівня плеч – вдих;
 - опустити – видих.
 Повторити 3-4 рази.
 7. Проводити бокові нахили корпусу із ковзанням рук – “насос”.
Повторити 3-4 рази поперемінно в обидві сторони.
 8. Ноги звісити, руками упиратися в край стільця;
 - підняти пряму праву ногу, одночасно відвести ліву ногу назад.
 Повторити 3-4 рази кожною ногою.
 9. Лежачи, розслабити мускулатуру. Спокійно дихати – 30 сек.
- 11-й день.*
1. Лежачи. Підняти прямі руки угору – вдих,
 - опустити – видих.
 Повторити 3-4 рази.
 2. Підняти одночасно дві руки і пряму ногу угору – вдих;
 - опустити – видих.
 Повторити 2-3 рази кожною ногою поперемінно.
 3. Дихати спокійно 30 сек.
 4. Сидячи на стільці. Розвести руки в сторони, з’єднати долоні над головою – вдих;
 - опустити руки – видих.
 Повторити 3-4 рази.
 5. Сидячи на краю стільця, ноги витягнуті, упиратися руками в краї стільця;
 - розвести руки в сторони, з’єднати долоні над головою – вдих;
 - опустити руки – видих.
 Повторити 3-4 рази.
 6. Сидячи на стільці. Проводити бокові нахили корпусу з ковзанням рук “насос”.
Повторити 4 рази, поперемінно в обидві сторони.
 7. Стоячи. Підняти руки до рівня плеч – вдих;
 - опустити – видих.
 Повторити 3-4 рази.
 8. Стоячи. Триматися рукою за спинку стільця, ходьба на місці 30 сек.
 9. Лежачи. Дихати спокійно – 30 сек.
- 12-й день.*
1. Лежачи. Розвести руки в сторони, з’єднати долоні над головою – вдих;
 - опустити вниз перед собою – видих.
 Повторити 3-4 рази.
 2. Підняти пряму ногу вгору – вдих;
 - опустити – видих.
 Повторити 3-4 рази кожною ногою.
 3. Дихати спокійно – 30 сек.
 4. Сидячи. Витягнути руки вперед, підняти угору – вдих;
 - опустити – видих.
 Повторити 3-5 разів.
 5. Сидячи. Руки упираються в коліна
 - розвести стегна, не відриваючи руки з невеликим випрямленням корпусу – вдих;
 - звести стегна з невеликим нахилом корпусу вперед – видих.
 Повторити 3-4 рази.
 6. Сидячи. Підняти руки до рівня плеч – вдих;
 - втягнути і стиснути м’язи промежини;
 - опустити руки – видих;
 - розслабити м’язи промежини.
 Повторити 3-4 рази.
 7. Стоячи. Розводзячи руки в сторони, повернути корпус вліво – вдих;
 - повернутися в в.п. – видих.
 Повторити по 3-4 рази в кожную сторону.
 8. Стоячи. Підняти пряму ногу вгору відвести назад, вернутися в в.п..
Повторити 3-4 рази кожною ногою.
 9. Лежачи, розвести руки в сторони – вдих;
 - звести – видих.
 Повторити 3-4 рази.

13-й день.

1. Лежачи. Розвести руки в сторони, підняти угору – вдих;
 - повернутися в в.п. – видих.
 Повторити 3-4 рази.
2. Розвести прямі ноги – вдих;
 - звести – видих.
 Повторити 4-5 разів.
3. Дихати спокійно 30 сек.
4. Сидячи. Витягнути прямі руки вперед;
 - підняти вверх – вдих;
 - опустити – видих.
 Повторити 3-4 рази.
5. Сидячи. Кісті упираються в коліна. Розвести стегна, не відриваючи рук – вдих;
 - звести стегна з невеликим нахилом корпусу вперед – видих.
 Повторити 4-5 разів.
6. Стоячи. Підняти руки до рівня плеч і розвести – вдих;
 - опустити руки – видих.
 Повторити 3-4 рази.
7. Стоячи боком до спинки стільця, рука на спинці стільця;
 - зігнути ноги в колінному і тазостегновому суглобах;
 - витягнути вперед;
 - повернутися в в.п.
 Повторити по 3- 4 рази кожною ногою.
8. Ходьба з прискоренням та з уповільненням – 1 хвилина.
9. Лежачи. Підняти руки вверх – вдих;
 - опустити – видих.
 Повторити 3-4 рази.

14-й день.

1. Лежачи. Підняти прямі руки вверх, розвести в сторони – вдих;
 - опустити – видих.
 Повторити 3-4 рази.
2. Згинаючи ноги в колінах, привести до живота – вдих;
 - повернутися в в.п. – видих.
 Повторити 3-4 рази.
3. Дихати спокійно – 30 сек.
4. Сидячи. Розвести руки в сторони з випрямленим корпусом – вдих;
 - повернутися в в.п. – видих.
 Повторити 3-4 рази.
5. Сидячи. Розвести прямі ноги в сторони, одночасно підняти прямі руки до рівня плечей – вдих;
 - повернутися в в.п. – видих.
 Повторити 3-4 рази.
6. Стоячи. Підняти руки до рівня плечей – вдих;
 - втягти і зжати м'язи промежини;
 - опустити – видих;
 - розслабити м'язи промежини.
 Повторити 3-4 рази.
7. Стоячи, руки на спинці стільця. Вдих, напівприсісти – видих;
 - повернутися в в. п. – вдих.
 Повторити 3-4 рази.
8. Ходьба з прискоренням і сповільненням, 1-2 хв.
9. Лежачи. Розвести прямі руки угору до зведення долонь над головою – вдих;
 - опустити – видих.
 Повторити 3-4 рази.

Лікувальна гімнастика при неправильних положеннях і тазових передлежаннях плоду. Цей комплекс гімнастики використовується для виправлення неправильних положень і тазових передлежань плода.

Дуже актуальною проблемою сучасного акушерства слід вважати попередження ускладнень в пологах, зв'язаних із неправильним положенням плода і тазовими передлежаннями. При тазових передлежаннях і неправильних положеннях частіше ніж при головних передлежаннях відмічаються передчасні пологи, слабкість пологової діяльності, передчасне і раннє відходження навколоплідних вод

та інші ускладнення. Вказані ускладнення ведуть до розвитку внутрішньоутробної гіпоксії плоду і підвищення травматизму новонародженого.

Ці обставини змусили акушерів розробляти методи допологового виправлення неправильних положень і тазових передлежань плода. Таким чином, крім зовнішнього профілактичного повороту плода є і корегуюча гімнастика. Введений в 1963 році професором І.І.Грищенко і А.Е.Шулешовою метод виправлення неправильних положень і тазових передлежань плода фізичними вправами використовується з 28-го тижня вагітності. Ця корегуюча гімнастика у вигляді цілого комплексу фізкультурних вправ і сприяє переходу плода в головне передлежання.

Зразковий комплекс лікувальної гімнастики
при неправильних положеннях плода і тазових передлежаннях
(Комплекс №5)

1. В.п. стоячи, руки в сторони, ноги на ширині плеч. Вик.:
 - нахили з одночасним на півобертом тулуба в сторону позиції плода – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4 рази.
2. В.п. основна стійка. Вик.:
 - згинаючи одну із ніг в колінному і тазостегновому суглобах, привести її до грудей, допомагаючи руками, одночасно зробити напівоберт в сторону позиції плода – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
3. В.п. стоячи біля шведської стінки опір на руки. Вик.:
 - вигнути спину дугоподібно – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 6 разів.
4. В.п. стійка на навколішках. Вик.:
 - спину прогнути в поясничному відділі, підняти голову і таз – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
5. В.п. лежачи вниз лицем опираючись на передпліччя і кисть. Вик.:
 - припіднятися опираючись на кисті і стопи, підняти голову, прогнутися.
 Повторити 4-6 разів.
6. В.п. стійка на навколішках. Вик.:
 - перевести руки в кисть-ліктьове положення, високо підняти таз.
 - Повторити 4-6 разів.
7. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - кругові рухи зігнутих ніг ззовні досередини з напівобертом тазу в сторону позиції плода.
 Повторити 4-6 разів.

Лікувальна гімнастика при вузькому тазі. Використання цього комплексу гімнастики направлене на попередження ускладнень в пологах.

Основними задачами лікувальної гімнастики при вузькому тазі є:

- підвищення тону м'язів черевного пресу і функціонального стану тазового дна (вміння розслабити м'язи тазового дна);
- збільшення розмірів зовнішньої і акушерської конъюгати;
- розширення розмірів кісткових пологових шляхів у пологах.

Використання спеціального комплексу лікувальної гімнастики у вагітних з вузьким тазом на фоні загальноукріплюючої гімнастики, радять в залежності від терміну вагітності, збільшує в момент пологів рухливість кісткових зчленувань в більшій мірі, ніж у непідготовлених вагітних.

Лікувальна гімнастика використовується з 27-28 тижнів вагітності. Заняття може проводити акушерка в кабінеті психопрофілактичної підготовки під контролем лікаря. Вагітна повинна лежати на краю стола 30 хвилин з перервами, упираючись об край столу куприком. Ноги під час навантажень повинні звисати зі столу, а під час паузи стояти на стільці. Положення Вальхера, яке використовується в першому періоді пологів, коли голівка знаходиться при вході малого тазу, збільшує прямий розмір входу малого тазу від 0,5 до 1,5 см., а інколи до 2 і більше.

У вагітних з вузьким тазом при першій явці до жіночої консультації лікар повинен виміряти зовнішні розміри тазу, істинну і діагональну конъюгату. Повторне обстеження необхідно проводити перед першою процедурою лікувальної гімнастики на 28-му тижні вагітності (проводять всі виміри за виключенням діагональної і істинної конъюгати). Заключне обстеження проводять в кінці підготовки вагітної, перед самими пологами.

Зразковий комплекс лікувальної гімнастики
при вузьких тазax (Комплекс №6).

1. В.п. лежачи на краю високого тапчана, упираючись куприком в його край. Вик.:
- опустити прямі ноги вниз (лежати 2-3 хв). Дихання вільне.
2. В.п. лежачи на краю високого тапчана, упираючись куприком в його край. Вик.:
- праву ногу опустити вниз, а ліву – зігнути в тазостегновому і колінному суглобах;
- поставити ногу на носок, доторкаючись ним до краю тапчана (лежати 1-2 хв);
- повторити правою ногою. Дихання вільне.
3. В.п. лежачи на краю високого тапчана, упираючись куприком в його край. Вик.:
- зігнути ноги в колінних і тазостегнових суглобах і утримати їх у повітрі 2-3 хв.
4. В.п. лежачи на краю високого тапчана, упираючись куприком в його край. Вик.:
- підняти ліву пряму ногу угору, праву опустити вниз;
- змінити положення ніг (лежати 1-2 хв). Дихання вільне.
5. В.п. лежачи на краю високого тапчана, упираючись куприком в його край. Вик.:
- ліву пряму ногу спустити униз, праву – відвести в сторону;
- поміняти положення ніг (лежати 2-3 хв). Дихання вільне.
6. В.п. лежачи на краю високого тапчана, упираючись куприком в його край. Вик.:
- розвести ноги в сторони (лежати 1-2 хв). Дихання вільне.
7. В.п. лежачи на краю високого тапчана, упираючись куприком в його край. Вик.:
- відвести праву ногу в сторону, зігнути в тазостегновому і колінному суглобах, ліва нога опущена униз;
- поміняти положення ніг (лежати 1-2 хв). Дихання вільне.
8. В.п. лежачи на краю високого тапчана, упираючись куприком в його край. Вик.:
- зігнути ноги в колінних і тазостегнових суглобах, розвести їх в сторони;
- звести стопи разом, утримати їх в такому положенні 1-2 хв. Дихання вільне.
9. В.п. сидячи на підлозі. Вик.:
- зігнути ноги в колінних і тазостегнових суглобах;
- звести п'ятки разом, носки порізнть;
- розвести ноги в сторони, допомагаючи руками (сидіти 2-3 хв). Дихання вільне.
10. В.п. сидячи на підлозі, опір ззаду на руки. Вик.:
- розвести прямі ноги в сторони (сидіти 1-2 хв). Дихання вільне.
11. В.п. сидячи на підлозі, опір ззаду на руки. Вик.:
- праву ногу зігнути в колінному і тазостегновому суглобах, відвести в сторону;
- ліва нога пряма, витягнута вперед.
- поміняти положення ніг (сидіти 1-2 хв). Дихання вільне.
12. В.п. сидячи на підлозі, опір ззаду на руки. Вик.:
- зігнути ноги в колінних і тазостегнових суглобах, розвести їх в сторони;
- стопи звести разом (сидіти 1-2 хв). Дихання вільне.

Лікувальна гімнастика при переношеній вагітності. Переношеною називається така вагітність, пологи при якій наступають пізніше 14 днів визначеного терміну, сучасні клінічні, експериментальні дослідження дозволяють вважати, що в основі переносування лежать глибокі розлади гормональних співвідношень, які розвиваються до моменту появи термінових пологів. Ці розлади, напевно, пов'язані з порушенням співвідношень між корою головного мозку і підкорковими утвореннями.

Переношена вагітність, можливо, викликається надлишком гонадотропного або недостатністю екстрогенних гормонів.

Пологи при переношеній вагітності протікають нерідко з ускладненнями у вигляді слабкості пологової діяльності первинної та вторинної, клінічною невідповідністю між головкою плода і тазом, високою мертвонародженістю дітей. Нерідкі випадки атонічних кровотеч.

З метою активації залоз внутрішньої секреції, а, звідси, і профілактики вказаних ускладнень рекомендується лікувальна гімнастика, що виконується 2 рази на день. Вправи повинні включати всі основні м'язові групи. Рекомендуються різкі переходи з однієї вправи до іншої. Так як плід дуже чутливий до змін в кровообізі, необхідно контролювати серцебиття плода. Для створення більш сприятливих умов для плода необхідно після 2-3 звичайних вправ включати дихальні вправи. Тривалість занять від 25 до 30 хв., якщо з моменту початку використання лікувальної гімнастики для боротьби з переносуванням пологи не розпочалися на протязі 3 днів, подальше використання занять повинно поєднуватися з прийомом гормональної терапії.

Заняття лікувальною гімнастикою при переносуванні допустимі тільки в пологових стаціонарах з наглядом за станом плода і його реакції на гімнастичні вправи.

Зразковий комплекс лікувальної гімнастики
для викликання пологової діяльності (Комплекс № 7).

1. В.п. основна стійка. Вик.:
 - звичайна ходьба.
2. Ходьба з поворотами тулуба вправо і вліво.
3. Ходьба на носках.
4. Ходьба на п'ятках.
5. В.п. основна стійка. Вик.:
 - підняти руки угору;
 - піднятися на носки – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 6-8 раз.
6. В.п. стоячи, руки в сторони. Вик.:
 - привести зігнуту ногу до живота – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
7. В.п. основна стійка. Вик.:
 - одну руку відвести в сторону, другу підняти угору – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 6-8 разів.
8. В.п. стоячи біля опори. Вик.:
 - відвести ногу в сторону – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
9. В.п. лежачи на спині, руки в сторони. Вик.:
 - підняти пряму ногу угору – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
10. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - підняти одночасно руки і ноги угору – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
11. В.п. лежачи на спині, руки впродовж тулуба. Вик.:
 - розвести ноги і руки в сторони, відхилити плечовий пояс вліво і вправо, дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.
12. В.п. лежачи на спині руки впродовж тулуба. Вик.:
 - з опором на п'ятки, потилицю і руки припідняти тулуб. Дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.
13. В.п. стоячи, руки впродовж тулуба. Вик.:
 - розводячи руки в сторони, відставляти то ліву то праву ногу в сторону – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
14. В.п. сидячи на стільці, одна нога заведена за ніжку стільця, друга на повній ступі перед стільцем. Вик.:
 - встати.
 Повторити 4-6 разів.
15. В.п. сидячи на стільці, опираючись на руки спереду. Вик.:
 - розвести ноги в сторони – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
16. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - підняти прямі руки угору – вдих;
 - прийняти в.п. – видих;
 Повторити 6-8 разів.
17. В.п. лежачи на спині, ноги зігнуті в колінах. Вик.:
 - привести ногу до живота – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
18. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - за допомогою рук сісти – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 2-4 рази.

19. В.п. сидючи на стільці. Вик.:

- опираючись на руки та ноги, зігнути, випрямити тулуб – вдих;
- прийняти в.п. видих.

Лікувальна гімнастика в післяпологовому періоді. Фізична культура отримала широке розповсюдження і в післяпологовий період, являючись могутнім профілактичним міроприємством в боротьбі з післяпологовими ускладненнями, методом укріплення породіллі. Фізичні вправи в післяпологовому періоді благоприємно впливають на психіку породіллі, активізують діяльність центральної нервової системи, сприяють покращенню сна і апетита, створюють бадьорий настрій. Під їх впливом покращується функція серцево-судинної і дихальної системи, збільшуються окисно-відновні процеси в тканинах, посилюється обмін речовин, регулюється функція кишківника і сечового міхура. Вправи прискорюють зворотній розвиток тканин, перерозтягнутих під час вагітності, відновлюють внутрішньочеревний тиск, укріплюють м'язи черевного пресу і тазового дна, сприяють збереженню правильного анатомічного положення внутрішніх статевих органів, сприяють хорошій інволюції матки і відновлюванню працездатності породіллі в найбільш короткі строки.

Протипоказаннями до використання гімнастики в післяпологовому періоді є: кровотеча, підвищення температури, ендометрит, тромбофлебіт, серцево-судинна недостатність III ступеня, розриви промежини III ступеня.

Розпочати лікувальну гімнастику можна через 12-16 годин після пологів при відсутності протипоказань.

З 1-2-го дня після пологів вправи проводять тільки лежачи з акцентом на дихальні (грудне дихання) вправи для плечового пояса.

Задача уроку: зменшити притік крові в ділянку малого тазу і черевну порожнину.

З 2-3-го дня після пологів включають вправи, що дають навантаження м'язам тазового дна, черевного преса і нижніх кінцівок. Вправи необхідно суворо дозувати, проводити їх в повільному темпі. Вихідне положення – лежачи.

Задача уроку: покращити лімфо-кровообіг в ділянці малого тазу і черевної порожнини, сприяти інволюції матки.

З 4-5-го дня післяпологового періоду використовують загальнорозвиваючі і дихальні вправи в висхідному положенні лежачи і сидючи. Не рекомендуються вправи з розведенням ніг, так як вони можуть викликати кровотечу.

З 6-7-го дня післяпологового періоду і в наступні його дні рекомендують вправи з поступовим підвищенням навантаження, з включенням висхідного положення стоячи.

Задача уроку: підготувати породіллю до виписки.

Сразковий комплекс лікувальної гімнастики післяпологового періоду (I тиждень, комплекс № 8).

1. В.п. лежачи на спині, руки впродовж тулуба. Вик.:

- підняти прямі руки вперед – вдих;
- прийняти в.п. – видих.

Повторити 6-8 разів.

2. В.п. лежачи на спині, руки на животі. Вик.:

- черевне дихання.

3. В.п. лежачи на спині, руки впродовж тулуба. Вик.:

- підняти прямі руки угору – вдих;
- прийняти в.п.-видих.

4. В.п. лежачи на спині, руки впродовж тулуба; ноги зігнуті в тазостегнових і колінних суглобах. Вик.:

- з опіром на стопи і плечовий пояс підняти таз угору – вдих;
- прийняти в.п. – видих.

Повторити 4-6 разів.

5. В.п. лежачи на спині. Вик.:

- повернутися вправо, ліву руку покласти на пояс, праву під голову – видих;
- прийняти в.п. – вдих.

Повторити 4-6 разів.

6. В.п. лежачи на спині. Вик.:

- те ж зробити при повороті вліво.

Повторити 4-6 разів.

7. В.п. лежачи на спині. Вик.:

- розведення прямих рук в сторони – вдих;
- прийняти в.п. – видих.

Повторити 4-6 разів.

8. В.п. лежачи на спині, опираючись на лікті. Вик.:
 - за допомогою рук сісти – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
9. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - повернутися вправо і вліво, згинаючи верхню ногу – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 6-8 разів.
10. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - повернутися вправо і вліво з витягнутою верхньою рукою угору – видих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
11. В.п. лежачи на спині, руки на грудях. Вик.:
 - грудний тип дихання.

З другого тижня післяпологового періоду рекомендується слідуєчий комплекс лікувальної гімнастики, який слід виконувати до кінця 4-го тижня:

Комплекс №9

1. В.п. лежачи на спині, руки на животі. Вик.:
 - черевний тип дихання.
2. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - повернутися вправо, ліву руку покласти на пояс, праву-під голову – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
3. В.п. лежачи на боці. Вик.:
 - за допомогою рук зігнути ноги в колінному суглобі – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Зробити на лівому і правому боці. Повторити 4-6 раз.
4. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - підняти прямі руки угору – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 6-8 разів.
5. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - повернутися вліво, праву руку покласти на пояс, ліву під голову – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 6-8 разів.
6. В.п. лежачи на боці. Вик.:
 - зігнути ліву ногу і ліву руку в колінному і ліктьовому суглобах – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 6-8 разів.
7. В.п. лежачи на боці. Вик.:
 - почергове згинання ніг в колінних суглобах – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 6-8 разів.
8. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - з опіром на лікті підняти плечовий пояс угору – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
9. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - з поворотом вправо і вліво попереми́нне піднімання рук угору – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
10. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - підняти прямі руки угору – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 6-8 разів.
11. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - за допомогою рук попереми́нне згинання рук в колінних суглобах – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.

- Повторити 4-6 разів.
12. В.п. лежачи, опір на лікті. Вик.:
 - за допомогою рук сісти прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
 13. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - грудний тип дихання.
 14. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - “велосипед”, дихання вільне.
 15. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - розвести руки в сторони – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.

З п'ятого тижня післяпологового періоду. Для подальшого укріплення і вдосконалення фізичних можливостей жінці необхідно проводити лікувальну гімнастику з включенням вправ, укріплюючих м'язи спини, тазового дна і промежини. Рекомендується слідуєчий зразковий комплекс лікувальної гімнастики:

Комплекс №10

1. В.п. стоячи на колінах, руки вниз. Вик.:
 - сісти вліво, руки вправо;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
2. В.п. стойка на колінах. Вик.:
 - стояти в такому положенні 1 хвилину.
3. В.п. стойка на колінах і передпліччях. Вик.:
 - повзання 1-2 хвилини.
4. В.п. лежачи на прямих руках з опором на носки. Вик.:
 - зігнути руки в ліктьових суглобах. Дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.
5. В.п. стойка на навколішках. Вик.:
 - поперемінне піднімання рук вперед – угору;
 - ніг – угору. Дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.
6. В.п. лежачи на правому боці, праву руку під голову; ліву впродовж тулуба. Вик.:
 - згинання ніг в колінних суглобах – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
7. В.п. лежачи на животі. Руки над головою. Вик.:
 - поперемінне піднімання ніг угору – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
8. В.п. стойка на навколішках. Вик.:
 - вийти на прямі ноги з опорою на носки, поперемінно піднімати руки вперед-угору. Дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.
9. В.п. стоячи на колінах, руки вниз. Вик.:
 - сісти на п'ятки, опора на кисті – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
10. В.п. сидячи на п'ятках, руки вниз. Вик.:
 - повороти вправо і вліво з опорою на прямі руки. Дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.
11. В.п. стойка на колінах. Вик.:
 - повзання.
12. В.п. лежачи на животі. Вик.:
 - “ластівка” з розведеними руками у сторони. Дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.
13. В.п. стойка на навколішках. Вик.:
 - вийти на прямі ноги з опорою на кисті і носки.
 Повторити 4-6 разів.
14. В.п. стойка на навколішках. Вик.:
 - присісти на ліву ногу;
 - витягнути праву ногу назад;

- правою рукою доторкнутися кисті лівої руки – видих.
 - прийняти в.п. – вдих;
 - повторити вправо змінивши положення ніг і рук.
- Повторити 4-6 разів.
15. В.п. стойка на колінах, руки униз. Вик.:
 - поперемінні нахили вправо, вліво з підніманням прямих рук угору і вправо. Дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.
16. В.п. стойка на прямих руках і ногах. Вик.:
 - зробити поворот вправо;
 - праву руку відвести вправо і угору. Дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.

XVIII. Методика аналізу перинатальної смертності.

До числа основних показників, що відображають рівень організації роботи лікувально – профілактичних пологодопоміжних установ, відноситься перинатальна смертність. У зв'язку з цим єдиний підхід до аналізу даного показника не тільки дозволяє отримати порівняльні результати але й намітити міроприємства направлені на подальше зниження і профілактику перинатальної смертності. Наказ МОЗ України №31 від 19.02.96 затвердив інструкції про визначення критеріїв живонародженості, мертвонародженості та перинатального періоду.

Показник перинатальної смертності включає всі випадки смерті плодів і новонароджених у перинатальному періоді.

Перинатальним періодом вважається проміжок часу з моменту коли плід стає життєздатним по сьомий день (168 годин) після народження. В нашій країні за критерій життєздатності плоду (новонародженого) приймається термін вагітності 28 тижнів і більше. Коли ріст життєздатного плода при народженні досягає 35 см і більше, маса - 1000 гр і більше. Народження плоду до 28 тижнів вагітності (тобто ріст менше 35 см і маса менше 1000 гр) незалежно від того, чи проявив він ознаки життя, вважається викиднем (аборт). Маса тіла новонародженого або плоду повинна бути встановлена протягом першої години життя. Вимірювання росту новонародженого (плоду), обов'язково проводиться при витягнутому його положенні на горизонтальному ростомірі.

Живонародження – є повне вигнання або витягнення продукту зачаття з організму матері незалежно від тривалості вагітності, який після такого відокремлення дихає або виявляє інші ознаки життя, такі як: серцебиття, пульсація пуповини або відповідні рухи довільної мускулатури незалежно від того, перерізана пуповина чи ні, чи відшарувалась плацента. Кожен продукт такого народження вважається живонародженим.

Смерть плоду (мертвонароджений плід) є смерть продукту зачаття до його повного зігнання або вилучення із організму матері незалежно від тривалості вагітності. На смерть вказує той факт, що після такого відокремлення плід не дихає чи не виявляє інших будь-яких ознак життя, таких як: серцебиття, пульсація пуповини або відповідні рухи довільної мускулатури.

Тривалість вагітності визначається від першого дня останнього нормального менструального циклу. Строк вагітності виражається у повних днях чи повних тижнях (наприклад, події, які відбуваються в період між 280-им і 286-м днем після початку останнього менструального циклу, вважаються такими, що спостерігаються при 40-тижневій вагітності).

Недоношеність – менше ніж 37 повних тижнів (менше ніж 259 днів) вагітності.

Донашеність – від 37 повних тижнів до менш ніж 42 повних тижнів вагітності (259 до 293 днів).

Переношеність – 42 повних тижнів вагітності або більше (294 днів або більше).

Перинатальний період починається з 28 тижнів вагітності (259 днів), включає період пологів і 7 повних днів життя новонародженого, або 168 годин після народження.

Заклади охорони здоров'я здійснюють реєстрацію в медичній документації всіх народжених живими і мертвими, які мають масу тіла при народженні 500 гр і більше, незалежно від наявності ознак життя.

Неонатальний період починається з народження дитини і закінчується через 28 повних днів після народження.

Неонатальна смерть – смерть серед народжених живими протягом 28 днів життя.

Рання неонатальна смерть – смерть яка настала у перші 7 днів життя.

Пізня неонатальна смерть – смерть народжених живими, яка сталася в період після 7 дня життя до повних 28 днів.

ВООЗ підтверджує практику вираження віку новонародженого в повних одиницях часу. Це означає, що період життя протягом перших 24 годин після народження позначається як нульовий день, перший день включає в себе період з 24 до 47 годин, другий день з 48 до 71 повної години.

Всі хто народився живими чи мертвими, що мають масу тіла при народженні 500 гр і більше, незалежно від наявності ознак життя мають бути зареєстровані в медичній документації закладів охорони здоров'я і виходжені.

Плоди, що народжені до 28 тижнів вагітності (тобто ростом менше 35 см і масою тіла менше 1000 г), жили довше 7 днів (тобто довше кінця перинатального періоду), відносяться до живонароджених, що народилися при передчасних пологах і повинні бути зареєстровані в органах ЗАГСу.

Всі мертвонароджені та померлі з масою тіла при народженні від 500 гр до 999 гр мають бути антропологічно обстежені патологоанатомом, при цьому повторно вимірюється маса тіла, довжина від тім'я до п'яток, окружність голови і грудей.

Розробка матеріалів і аналіз перинатальної смертності може проводитися на підставі первинної медичної документації (індивідуальна карта вагітності, історія пологів, історія розвитку новонародженого, протокол розтину), а також лікарських свідчень про перинатальну смертність, що заповнюється всіма лікувально-профілактичними закладами, лікарями швидкої медичної допомоги, пологовими будинками, бюро судово - медичної експертизи на кожен випадок мертвонародження або смерті на першому тижні життя.

У випадку смерті дітей (плодів) при багатоплідних пологах свідцтво заповнюється на кожну дитину окремо. Дані для заповнення вказаних свідцтв беруться з первинної медичної документації.

Реєстрація народження мертвої дитини повинна бути проведена не пізніше 3 доби з моменту пологів. Реєстрація смерті дитини повинна оформлятися не пізніше 3 доби з моменту настання смерті. Обов'язок повідомити про це в органи ЗАГСу покладається на керівника установи де знаходиться мати під час пологів чи помер новонароджений.

Перинатальна смертність включає мертвонародженість (смерть наступила до пологів або в пологах) та рання неонатальна смертність (смерть наступила на протязі 168 годин після народження дитини).

Показник вираховується по окремим адміністративним територіям (республіка, край, місто, область, район) за календарний рік, 6 місяців, квартал. Нижче приводиться методика розрахунку показників перинатальної смертності, ранньої неонатальної смертності:

$$\text{Мертвонародженість} = \frac{\text{число мертвонароджених} \bullet 1000\text{‰}}{\text{число дітей, що народилися (живі+мертві)}}$$

$$\text{Рання неонатальна смертність} = \frac{\text{число дітей, що померли в перші 168 год.} \bullet 1000\text{‰}}{\text{число дітей, що народилися живими}}$$

$$\text{Перинатальна смертність} = \frac{\text{число мертвонароджених+число дітей, що померли в перші 168 год} \bullet 1000\text{‰}}{\text{число дітей, що народилися (живі+мертві)}}$$

Приведені показники дозволяють визначити рівень мертвонароджень та смерті дітей в ранній неонатальний і перинатальний періоди серед популяційних груп всіх народжених і дітей, народжених живими. Вони дають можливість порівняти рівень мертвонародженості, ранньої неонатальної і перинатальної смертності на різних адміністративних територіях.

Динаміка показника смертності в пологодопоміжних установах дозволяє судити про якість медичної допомоги в ній, однак не у всіх, це пов'язане в основному зі спеціалізацією окремих установ, визначаються відмінність контингентів вагітних (з передчасними пологами, вагітні породіллі, хворі цукровим діабетом, серцево - судинною патологією).

Для оцінки рівня надання акушерської та реанімаційної інтенсивної допомоги новонародженим має значення структурне співвідношення мертвонародженості та ранньої неонатальної смертності серед усіх перинатальних втрат.

В великих акушерських стаціонарах мертвонароджені складають 45-50% серед усіх втрат в перинатальний період. Збільшення долі мертвонароджених при одному і тому же рівні перинатальних втрат може вказати на недостатню антенатальну охорону плода, недоліки в веденні пологів і реанімаційної допомоги новонародженим. В залежності від часу настання смерті в мертвонародженості виділяється антенатальна смерть плода (до початку плогової діяльності) і інтранатальна смерть плода (в пологах). При аналізі мертвонародженості мають значення абсолютні величини втрат, інтенсивні показники, а також їх співвідношення. Ріст показників мертвонародженості в антенатальному або інтранатальному періодах, значні зміни їх співвідношення потребують детального розгляду для прийняття правильного рішення з організації лікувального процесу. Показник перинатальної смертності прийнято аналізувати окремо для доношених та недоношених дітей. Це обумовлено різними станами і адаптаційними можливостями дітей цих категорій після народження, а також різноманітними вимогами до акушерської та неонатологічної служб при наданні їм медичної допомоги. Методика розрахунку приведена нижче:

$$\text{Перинатальна смертність доношених дітей} = \frac{\text{число мертвонароджених доношених дітей} + \text{число померлих в перші 168 год}}{\text{число дітей, що народилися доношеними (живі+мертві)}} \bullet 1000\%$$

$$\text{Перинатальна смертність недоношених дітей} = \frac{\text{число мертвонароджених недоношених дітей} + \text{число померлих в перші 168 год}}{\text{число дітей, що народилися недоношеними (живі+мертві)}} \bullet 1000\%$$

Перинатальна смертність, мертвонародженість та рання неонатальна смерть недоношених дітей значно перевищують аналогічні показники доношених дітей.

Вибірковими даними встановлена чітка залежність рівня перинатальної смертності, мертвонародженості, ранньої неонатальної смертності від маси тіла при народженні.

Розподіл дітей по масі тіла і строкам їх смерті доцільно аналізувати по нижче приведений формі.

Перинатальна смертність в залежності від маси тіла плода або новонародженого (в абсолютних числах і на 1000 народжених кожної категорії).

Маса тіла при народженні, г	Народились живими	Народились мертвими	Померли в перші 168 год	Перинатальна смертність ‰
Менше 1000				
1000 – 1499				
1500 – 2499				
2500 – 3499				
3500-4499				
4500 і більше				
Всього				

Найбільш високі показники перинатальної смертності спостерігаються у дітей з масою тіла до 1500 г. В наступних вікових групах перинатальна смертність помітно знижується. Мінімальні показники перинатальної смертності відмічені при масі плода від 3000 до 3500 г. Ця закономірність спостерігається як в групі новонароджених, так і померлих в ранньому неонатальному періоді.

Для розробки мір профілактики перинатальної смертності велике значення має детальний аналіз її причин. Склад і характер причин перинатальної смертності відрізняється від причин смертності в інших вікових групах комплексністю дій факторів. Причина смерті новонародженого (плода) в цей період в більшості випадків визначається дією антенеонатальних факторів, а також інтранатальних. У зв'язку з цим враховуються і аналізуються причини, що обумовили дану смерть і відносяться до самої дитини або до матері.

Основне захворювання дитини (патологоанатомічний діагноз), що являється причиною смерті дитини, аналізується по нозологічному принципу окремо в групі мертвонароджених і померлих новонароджених.

При цьому враховується тільки основне захворювання представлене однією нозологічною формою, котра сама безпосередньо або через приєднані ускладнення призводить до смерті плода. Якщо маються два або більше захворювань, то враховується лише одне з них. При цьому слід виходити з можливості вилікування захворювання і його соціального значення.

По даній формулі можна розраховувати долю кожного захворювання, а також долю смерті від кожного захворювання:

$$\text{Частота смерті від захворювання} = \frac{\text{числи померлих від захворювання} \bullet 1000\%}{\text{число дітей, що народилися}}$$

По долі кожного захворювання можна судити про його роль в структурі перинатальної смертності.

Одним з показників, які дозволяють судити про якість і ефективність медичної допомоги новонародженим є летальність:

$$\text{Летальність} = \frac{\text{число померлих дітей} \bullet 100\%}{\text{число захворівших дітей}}$$

Поряд з показниками загальної летальності доцільно визначити її при окремих нозологічних формах, наприклад

Летальність від пологової травми = $\frac{\text{число дітей, що загинули від пологової травми} \bullet 100\%}{\text{число дітей, що отримали пологову травму}}$

Динаміка цього показника може засвідчувати про можливість медичної допомоги при окремих нозологічних формах.

Важливим є аналіз основних захворювань матері, ускладнень вагітності та пологів, патології посліду, які призвели до перинатальної смертності. Для розробки мір профілактики перинатальної патології, а також смертності має велике значення зіставлення основних захворювань.

До ускладнень вагітності відносять пізні гестози (преклампсія, еклампсія), істміко – цервікальна недостатність, несвоєчасний розрив плідних оболонок, багатоводдя, та інші.

До патології плаценти та пуповини відносяться: передлежання і відшарування плаценти, морфологічні та функціональні зміни посліду, випадіння пуповини або її відносна та абсолютна короткість, а також хоріонепітеліома.

Ускладнення пологів, включають тазове передлежання, неправильні положення і передлежання плода, несумісність розмірів тазу та плода, порушення скорочувальної діяльності матки, оперативне пологорозрішення, аномалії м'яких тканин, тазових органів.

На підставі вище вказаного можна розрахувати долю кожного з основних захворювань та станів матері серед всіх захворювань, а також частоту кожного захворювання.

Таким чином аналіз випадків смерті в перинатальному періоді носить багатофакторний характер.

Для розробки мір профілактики перинатальної смертності доцільно кожен випадок смерті розбирати з точки зору її попередження. Більшість дослідників вважають можливим розділити всі випадки перинатальної смертності на ті, що можна попередити, випадки які можна умовно попередити, і які попередити неможливо.

До випадків перинатальної смертності які можна попередити відносять ті випадки, причину яких можна було усунути шляхом покращення лікарського спостереження за вагітними в жіночій консультації, покращення спеціальної акушерської і лікувальної допомоги вагітній та роділлі в пологовому будинку, а також правильного вибору тактики лікування новонародженого, своєчасного переводу дітей в спеціалізовані відділення для недоношених і хворих новонароджених та інші.

До випадків смерті, причину яких в теперішній час важко усунути відносять обумовлені вадами розвитку плода, патологією пуповини та плаценти, глибокого недоношення. Міроприємства по усуненню цих причин багато в чому пов'язані з розвитком фундаментальних досліджень та матеріально – технічного оснащення пологових будинків.

Таким чином, глибокий та детальний аналіз перинатальної смертності повинен сприяти оцінці діяльності пологодопоміжних установ і розробці мір по її удосконаленню.

ГІНЕКОЛОГІЯ

I. Загальна симптоматологія гінекологічних захворювань.

Спостереження та догляд за хворими є прямим обов'язком медичної сестри. Тому медична сестра повинна добре володіти знаннями та практичними навичками по догляду за хворими. Медична сестра може виконувати вірний догляд за хворою з гінекологічним захворюванням і чітко виконувати лікарські призначення, якщо вона буде ясно уявляти причини виникнення (етіологію), механізм розвитку (патогенез), симптоматологію, особливості клінічного перебігу і профілактику захворювання. Необхідно пам'ятати, що функція статевої системи залежить від життєздатності всіх інших органів і систем організму жінки.

Важливими симптомами гінекологічних захворювань є білі, болі, кровотечі, непліддя, свербіж зовнішніх статевих органів, а також розлади функцій сусідніх органів.

I.1. Білі.

Порушення секреторної функції жіночих статевих органів – це один із найбільш частих симптомів гінекологічних захворювань, його вираженість залежить від загального стану організму і характеру захворювання. Секреторні клітини маткових труб, залози слизової оболонки тіла і шийки матки виділяють невелику кількість секрета, який зволожує внутрішню поверхню органів. Слизова оболонка піхви залоз не має і секрета не виробляє. Секрет слизових оболонок різних відділів статевого каналу, зазвичай незначний і непомітний, при гінекологічних захворюваннях може

виділяться посилено – з'являються білі. Білі є симптомом функціональних або анатомічних порушень. Скарги на білі пред'являють більшість гінекологічних хворих.

Джерелом білей можуть бути різні відділи статевих шляхів. Виділяють білі вестибулярні, піхвові, цервікальні, маткові і трубні.

Вестибулярні білі виникають у зв'язку гіперсекрецією сальних і слизових залоз, при запаленні бартолінових залоз, що призводить до подразнення навколишніх тканин. Вестибулярні білі можуть бути пов'язані з вульвітом і виникати при переході запального процесу внутрішніх статевих органів, а також із шкіри зовнішніх статевих органів на переддвір'я піхви. Запалення може бути викликане ендокринними захворюваннями (цукровий діабет), кишковими паразитами, застійними явищами в малому тазі або порушенням гігієни. Вестибулярні білі іноді поєднують зі свербіжем статевих органів і супроводжуються розчухами. При таких симптомах потрібно пам'ятати про можливість цукрового діабету або наявність кишкових паразитів і провести дослідження сечі на цукор і кал на яйця глистів.

Піхвові білі виникають при занесенні у піхву патогенних мікроорганізмів, а також при дії механічних, термічних і хімічних факторів. Занесенню патогенної мікрофлори сприяє розрив промежини, опущення стінок піхви, безпорядкові статеві стосунки, порушення гігієни. Причиною появи піхвових білей можуть бути екстрагенітальні захворювання (туберкульоз легень, гострі інфекційні хвороби, гіпертиреоз, онкологічні захворювання), що пов'язано з порушенням гормональної функції яєчників.

Цервікальні білі – результат секреції залоз шийки матки. Кількість і якість секрету шийкових залоз змінюються в залежності від фази менструального циклу. Відразу після закінчення або до настання менструації цервікальні залози виділяють незначну кількість густого секрету; всередині менструального циклу може виділятися велика кількість світлого прозорого слизу. Постійне виділення слизових білей з каналу шийки матки може бути наслідком розриву шийку матки в пологах, після чого виникає виворот слизової оболонки цервікального каналу. Посилення білей можливо також при гострих і хронічних запаленнях, ерозіях шийки матки, поліпах слизової оболонки каналу і раку шийки матки.

Маткові білі в нормальному стані відсутні і завжди є проявом гінекологічного захворювання. При запаленні слизової оболонки матки білі зазвичай гнійно-подібні, при раці матки – кров'яні або серозно-кров'яні (кольору м'ясних помийів).

Трубні білі спостерігається порівняно рідко, причиною їх можуть бути запальні процеси або злякисні новоутворення труб. Накопичена в трубі рідина інколи спорожняється в матку і виділяється назовні через різні проміжки часу і в різній кількості (від 50 до 150 мл і більше).

Інші білі можуть бути наслідком виділення гною в піхву через нориці при накопиченні гною в малому тазі (гнійні вогнища), яєчнику (піоварум) і в трубах (піосальпінкс). При появі білей потрібно встановити місце їх виникнення. Вірне лікування основного захворювання приводить до зникнення білей.

1.2. Біль.

Біль є одним з частих симптомів гінекологічних захворювань. Іноді характер болю прямо вказує на певний патологічний процес, наприклад, сильний біль при розриві труби, при позаматковій вагітності або перекуті ніжки пухлини яєчника. Інтенсивність і характер болей неоднакові при різних патологічних станах. Болі можуть бути переймоподібні і постійні. Спазматичні або переймоподібні болі можуть спостерігатись при матковому або трубному викидні, народженні підслизового фіброматозного вузла, при гідросальпінксі, піосальпінксі або піометрі. Постійно тягучого характеру біль в нижній частині живота, що супроводжується відчуттям тяжкості в ділянці піхви і зовнішніх статевих органів дуже часто є наслідком захворювання фіксуєчого і опорного апарату статевої системи. Така біль буває при опущенні і випадінні матки. Тупа постійна біль запального походження локалізується зазвичай в ділянці криж, попереку і нижніх відділів живота.

Біль в середині менструального циклу іноді може виникати при розриві фолікула в яєчнику. Злякисні новоутворення в початкових стадіях захворювання можуть зовсім не викликати біль, а лише при порушенні функцій сусідніх органів і втягнення в процес нервової системи у хворих з'являються постійні тупі або "гризучі" болі.

При перекуті ніжки пухлини яєчника, а також при розриві труби при позаматковій вагітності можуть виникати різкі болі з симптомами подразнення очеревини. При цьому біль часто передається (ірадіює) в ділянку правого плеча. Локалізація болі може допомогти у діагностиці хвороби: при захворюваннях додатків матки, вона локалізується у нижніх бокових відділах живота; при запальних процесах матки, біль локалізується в центрі нижнього відділу живота; при параметриті – в крижах і в попереку.

Зустрічаються гінекологічні хворі в яких біль не має певної локалізації і супроводжується напругою черевних м'язів. Така біль, часто пекучого характеру, може бути викликана ураженням нервової системи. Цей симптомокомплекс називають "синдромом тазової болі". Таким хворим може допомогти тільки хірургічне лікування (наприклад, десимпатизація, резекція верхнього підчеревного

сплетіння або пресакрального нерва).

I.3. Кровотеча.

Менорагія – циклічні кровотечі, які можуть бути викликані патологічним процесом в самих статевих органах, а також порушенням функцій інших органів і систем жіночого організму. Менорагія може наступити внаслідок недостатньої скоротливої здатності матки при дегенеративних змінах в її стінці, при наявності пухлини матки (фіброміома). До менорагії можуть призвести також порушення в ендокринній системі організму, захворювання крові і інші причини.

Метрорагія – ациклічні маткові кровотечі, які можуть виникати при позаматковій вагітності, а також при доброякісних і злоякісних новоутвореннях матки і додатків. Рідше ациклічні кровотечі спостерігаються при захворюваннях піхви (раньове ураження, конділоми, що розпадаються, розрив варикозно розширених вен).

Велике діагностичне значення мають так звані контактні кровотечі, що виникають після статевого акту, при доторканні медичних інструментів до шийки матки або до стінки піхви. Контактні кровотечі повинні насторожувати медичних працівників, так як нерідко вони є ранньою ознакою злоякісних новоутворень статевих органів.

Механізм маткових кровотеч залежить від характеру етіологічних факторів і визваних ними в жіночому організмі патологічних змін. Причини маткових кровотеч можна поділити на генітальні і екстрагенітальні:

- а) генітальні причини маткових кровотеч:
 - порушення менструальної функції;
 - новоутворення: *злаякісні* (рак матки, яєчника, піхви, вульви, саркома матки і яєчника, хоріонепітеліома); *доброякісні* (міома матки);
 - запальні захворювання геніталій;
 - аномалії положення жіночих статевих органів;
 - ендометріоз матки, поліпоз матки;
 - травматичні пошкодження статевих органів.
- б) екстрагенітальні причини маткових кровотеч:
 - нейроендокринні порушення (ювенільні, клімактеричні, гіпофізарні);
 - хвороби крові (хвороба Верльгофа, спленомегалія, гострий лейкоз, мієлоз);
 - хвороби нирок, печінки (цироз);
 - гострі інфекційні захворювання (тиф, малярія, сепсис, коліт);
 - аліментарні дістрофії (гіповітаміноз);
 - токсичні фактори (алкоголізм, наркоманія, промислові яди).

I.4. Непліддя.

Непліддя жінки може бути симптомом багатьох гінекологічних хвороб. Якщо через один рік після вступу до шлюбу, при регулярному статевому житті без використання будь-якої контрацепції не наступає вагітність – шлюб вважають неплодним. Найбільш поширеною причиною жіночого неплоддя є запальні захворювання статевих органів, внаслідок чого виникає непрохідність маткових труб і порушення функціонального стану яєчників, дистрофічні зміни слизової оболонки матки. Непліддя може виникати внаслідок ендокринних розладів у зв'язку з інфантилізмом і гіоплазією статевих органів, анатомічних і функціональних особливостей статевої системи, а також внаслідок загальних захворювань і інтоксикації (туберкульоз, сифіліс, алкоголізм, наркоманія та ін.). *Розрізняють первинне і вторинне неплоддя. Первинним* вважається таке неплоддя, коли вагітність взагалі не наступала. *Вторинним* – неплоддя після пологів, абортів (штучного чи самовільного) при неможливості завагітніти протягом одного року.

Причиною неплодного шлюбу часто є чоловік. Частота чоловічого неплоддя за даними сучасних авторів досягає 40% і більше. До неплоддя чоловіка можуть призвести перенесені в дитячому і зрілому віці інфекційні і інші хвороби, шкідливі промислові фактори, рідше вади розвитку статевих органів. При безплідному шлюбі повинні обстежуватись чоловік і жінка.

I.5. Свербіж зовнішніх статевих органів.

Свербіж зовнішніх статевих органів нерідко супроводжують запалення піхви (кольпіт), з

великою кількістю подразнюючих білей. Свербіж може виникати у зв'язку зі зміною обміну речовин, при загальних ендокринних порушеннях (наприклад, при цукровому діабеті), порушення функції яєчників, особливо в клімактеричному періоді. Свербіж може поєднуватись з такими передраковими станами, як крауроз і лейкоплакія зовнішніх статевих органів.

У деяких жінок свербіж розвивається при порушенні функції центральної нервової системи і представляє собою психоневроз. Свербіж зовнішніх статевих органів можуть викликати деякі медикаментозні засоби, такі як – миш'як, опій, бром, аспірин, іхтіол, беладонна та інші. Свербіж може виникати внаслідок алергії, як харчового так і іншого походження. Виникнення свербіжу можуть обумовити психосексуальні порушення. Нестерпний свербіж супроводжується розчухами зовнішніх статевих органів, а при приєднанні інфекції виникають і запальні зміни. При лікуванні свербіжу потрібно неодмінно враховувати його причини.

I.6. Розлади функцій сусідніх органів.

Розлади функцій сусідніх органів, розташованих в безпосередній близькості від статевих, можуть наступити при різних гінекологічних хворобах. Зазвичай страждають функції сечового міхура і кишечника. При опущенні і випадінні піхви і матки сечовипускання частішає, може настати нетримання сечі. При повному випадінні матки деякі жінки можуть помочитись тільки після того як вправлять випавші органи. Опущення і випадіння статевих органів часто супроводжуються запорами.

Великі доброякісні пухлини, які виходять із геніталій, можуть здавлювати і зміщувати сусідні органи. При цьому може порушуватись і сечовипускання і дефекація. Рак і інші злоякісні новоутворення в пізніх стадіях захворювання розповсюджуються на клітковину малого тазу і на сусідні органи. При цьому також можуть спостерігатися тяжкі порушення функції сечового міхура і кишечника.

II. Методи обстеження гінекологічних хворих.

Обстеження гінекологічних хворих проводиться за певною методикою, яка допомагає врахувати всі деталі і виявити головні симптоми захворювання. Методика обстеження гінекологічних хворих має за мету послідовне вивчення функцій і анатомічних особливостей статевого апарату жінки і складається із збору анамнезу, об'єктивного обстеження (загального і гінекологічного) обстеження хворих за допомогою додаткових методів.

II.1. Загальні методи обстеження.

Анамнез. Обстеження гінекологічних хворих розпочинається з опитування, метою якого є з'ясування головних скарг, уточнення розвитку даного захворювання і отримання відомостей про попереднє життя і перенесені хвороби. Систематичне проведення опитування і вірна оцінка отриманих даних в багатьох випадках дозволяє встановити попередній діагноз і призначити необхідні спеціальні дослідження із врахуванням результатів додаткових методів обстеження, які використовуються. Опитування хворої передбачає детальне виявлення скарг, розвиток хвороби, гінекологічного анамнезу і анамнезу життя.

Серед загальних відомостей (прізвище, ім'я, по-батькові, сімейний стан, професія, вік) важливе значення має вік оскільки функція статевих органів, а також анатомічна будова їх підлягають віковим змінам.

Найбільш частіше гінекологічні хворі звертаються до лікаря зі скаргами на болі, білі, кровотечі, порушення менструальної функції, непліддя, порушення функції сусідніх органів, а також зі скаргами пов'язаними з захворюваннями інших органів і систем. При з'ясуванні анамнезу теперішнього захворювання необхідно з'ясувати коли і з чого воно почалось, яке проводилось лікування і його результати. Важливе значення для розвитку організму жінки мають умови життя в дитинстві, в період статевого дозрівання. Недостатнє харчування або переїдання може привести до порушення формування статевої системи, порушення менструальної і дітородної функції.

Вияснення професії хворої, вірніше умов праці, сприяє уточненню причин тих чи інших патологічних явищ. Так, наприклад, праця пов'язана з тривалим переохолодженням, посиленням навантаженням на нижні кінцівки, легко може привести до загострення хронічного запального процесу. Вібрація, праця з бензином, ефірними маслами, миш'яком, фосфором, свинцем відображається на менструальній та дітородній функціях. Тяжка праця може призвести до опущення або випадіння статевих органів.

Гінекологічний анамнез слід починати з вияснення часу появи перших місячних, характеру становлення менструального циклу, його регулярності, тривалості, кількості втраченої крові, наявності болі, змін характеру менструації після початку статевого життя, пологів, абортів, протягом теперішнього захворювання, дати останньої менструації. Потрібно з'ясувати чи живе хвора статевим життям, з якого віку, в шлюбі чи не в шлюбі, чи не було скарг на порушення функції сечової системи, чи користується засобами контрацепції і тривалість їх використання, здоров'я чоловіка. Вивчення дітородної функції жінки повинно включати в себе скільки було вагітностей, їх перебіг і чим вони

закінчилися. Важливо знати перебіг пологів, наявність оперативних втручань, травм родових шляхів, перебіг післяпологового періоду. Якщо вагітність закінчилася абортom, треба встановити був він самовільним чи штучним. Ускладнення після пологів і абортів можуть приводити до запальних процесів, позаматкової вагітності, непліддю. При гінекологічних захворюваннях може порушуватись функція сусідніх органів, тому слід звертати увагу на функцію системи сечовиділення і кишечника.

Далі потрібно розпитати хвору про перенесені нею захворювання протягом життя, встановити, чи супроводжувались вони ускладненнями, операціями, променевим або хіміотерапевтичним лікуванням. Особливу увагу заслуговує виявлення захворювань шлунку, молочної та щитовидної залози, так як при злоякісному ураженні цих органів можуть спостерігатись метастази в яєчники.

Велике значення має виявлення несприятливої спадковості. При цьому потрібно встановити, чи не було у батьків і близьких родичів психічних захворювань, туберкульозу, пухлин, захворювань, пов'язаних з порушенням обміну речовин (ожиріння, цукровий діабет та ін.). Виявлення несприятливої спадковості допомагає з'ясувати схильність пацієнтки до вище згаданих захворювань.

В епідеміологічному анамнезі потрібно вказати на можливі контакти з інфекційними хворими, виїзди за межі даної області, гемотрансфузії протягом останніх трьох місяців. Для призначення лікування важливо зібрати алергологічний анамнез, тобто наявність алергічних реакцій на медикаментозні, харчові та інші речовини. Завершує опитування жінки страховий анамнез, який уточнює чи є у хворої листок непрацездатності, вказується його номер, дата видачі, діагноз.

Об'єктивне обстеження. Загальне обстеження дозволяє скласти загальну уяву про стан організму, виявити супутні захворювання, які можуть бути пов'язані із захворюваннями статевих органів.

Огляд хворої проводиться за певним планом. При огляді краще використовувати денне світло, так як тільки при такому освітленні можна виявити жовтушність склер і шкіри. Спочатку визначають положення хворої, загальний її стан, стан шкіри, будову тіла (конституційні особливості), а потім переходять до огляду окремих частин тіла: обличчя, шиї, тулубу, верхніх і нижніх кінцівок.

Положення гінекологічної хворої буває активним, вимушеним і пасивним. Положення вважається активним, якщо хвора спроможна самостійно сісти, встати, повернутись на бік, підняти на гінекологічне крісло для огляду. При вимушеному положенні хвора приймає зручну для неї позу, яка приносить їй полегшення. Наприклад, при наявності значного запального чи пухлинного інфільтрату на стінці тазу, стегно відповідної сторони може бути притиснутим до живота. Положення вважається пасивним в тих випадках, коли хворі не рухомі і неспроможні самостійно змінити положення. Це спостерігається у хворих, які знаходяться без свідомості або ослаблених і виснажених захворюваннями. Потрібно пам'ятати, що в збудженому стані, наприклад, після операції деякі хворі можуть бути активними не дивлячись на заборону самовільно вставати, ходити і т. п.

При поступленні хворої в гінекологічне відділення медична сестра повинна оцінити її стан, щоб в залежності від нього направити її у відповідну палату для можливості ретельного спостереження. Свідомість гінекологічної хворої може бути ясна і спутана. При спутаній свідомості хвора знаходиться як би в напівсні: вона байдужа до оточуючих, на запитання відповідає із запізненням, а іноді зовсім не відповідає, але рефлекси у неї збережені. Непритомний стан характеризується повною втратою свідомості, розслабленням м'язів, втратою чутливості і рефлексів. Спутана свідомість і непритомний стан є явними ознаками тяжкого стану хворої і при виявленні їх вперше сестра повинна негайно повідомити про це лікаря.

Лице гінекологічних хворих з лихоманкою набуває своєрідний збуджений вираз: щоки червоні, очі блищать. При гострому запаленні очеревини (перитоніті) очі западають, ніс загострюється, шкіра бліда, губи цианотичні, лице покривається холодним потом. Оглядаючи лице потрібно звернути увагу на стан очей. Звуження зрачків спостерігається при уремії, отруєнні алкоголем, морфіном; розширення зрачків має місце при отруєнні атропіном. В оцінці тяжкості стану хворої важлива реакція зрачків на світло. При наявності жовтухи відмічається жовтушність склер, а при анемії – блідість кон'юнктиви. Ці два симптоми з'являються раніше ніж на шкірі.

Після загального огляду переходять до огляду шкіри і слизових оболонок. Блідість шкіри при нормальному складі крові може бути тимчасовою або постійною. Тимчасова блідість виникає при спазмі шкірних судин внаслідок збудження, при переохолодженні. При гострому малоокрів'ї, яке розвинулось внаслідок внутрішньої кровотечі при позаматковій вагітності, блідість шкіри з'являється досить швидко. Раптова поява блідості може спостерігатись у результаті різкого зменшення крові в шкірних судинах і накопичення її в судинах червоної порожнини, що має місце при колапсі і непритомності. Блідість з зеленуватим відтінком характерна для септичних хворих, а землистий колір обличчя – для хворих із запущеними формами злоякісних новоутворень.

Тимчасове почервоніння (гіперемія шкіри) спостерігається при сильних стресах, лихоманці, після приймання горячої ванни, алкоголю і деяких медикаментів (нікотинової кислоти). Недостатнє насичення крові киснем і надмірне накопичення в ній вуглекислоти веде до синюшності шкіри – ціанозу. Раптовий ціаноз верхньої частини тіла хворої в післяопераційному періоді може виникнути внаслідок ускладнення – тромбоза легеневої артерії.

Жовтушна окраска шкіри спостерігається при надмірному накопиченні в крові жовчних

пігментів. Гемолітична жовтяниця розвивається через посилений розпад еритроцитів і гемоглобіну, що має місце у гінекологічних хворих при септичних станах після кримінального абортів, отруєннях (хлороформ, фенол) і інше. Забарвлення шкіри в жовтий колір може спостерігатись при прийомі деяких ліків (акрихін). В цих випадках склери залишаються білими, кількість білірубину буває нормальним, сеча не містить жовчних пігментів.

У тяжких септичних хворих на шкірі можуть виникати крововиливи у вигляді крапок або плям неправильної форми.

При індивідуальній несумісності деяких харчових продуктів або ліків на шкірі відмічаються сверблячі червоно-білі плями, які нагадують пухирі при опіках кропивою (кропивниця). У тяжко хворих, які вимушені довго лежати, утворюються пролежні. Локалізуються пролежні у місцях найбільшого тиску, тобто в ділянці криж, сідничних бугрів, п'яток.

Огляд шкіри медсестрою вже дає уяву про стан хворої і необхідність сприйняття тих чи інших організаційних заходів. При поступленні у відділення хворої з різко вираженою блідістю або цианозом, або при появі цих ознак у хворих в післяопераційному періоді потрібно негайно викликати лікаря, приготувати крапельницю і розпочати інгаляцію зволоженого кисню. При виявленні жовтушної шкіри хвору потрібно ізолювати до з'ясування етіології захворювання і забезпечити окремий шприц для ін'єкцій, посуд і судно. Сестра першою повинна помітити і доповісти лікарю від яких медикаментів з'явилась кропивниця, приготувати десенсибілізуючі засоби (хлорид кальцію, димедрол, піпольфен). Старанний догляд за шкірою тяжко-хворої попереджує виникнення пролежнів. При їх появі хвору потрібно покласти на надувний круг.

Перед гінекологічним оглядом сестра повинна збрита у хворої волосся з зовнішніх статевих органів; при поступленні хворої – огляд волосся голови, а під час бриття – лобка, щоб не пропустити жінок, які потребують спеціальної обробки милом "К" (воші, гниди).

Огляд слизової оболонки порожнини рота, язика дає додаткову інформацію про стан хворої. Сухий язик з різко вираженими сосочками вказує на наявність перитоніальних явищ. Закінчується огляд, якщо дозволяє стан хворої, вимірюванням зросту і ваги тіла, які сестра записує в історію хвороби.

Подальше загальне обстеження хворої складається із проведення пальпації, перкусії, вимірювання температури тіла і артеріального тиску, а також лабораторного дослідження крові, сечі, калу і т. п.

Обмацування шкіри дозволяє виявити набряки. Виражені набряки видно при зовнішньому огляді, незначні визначають за допомогою надавлювання пальця на шкіру (*при наявності набряків залишається ямка*) невелика набряклість називається – пастозністю.

При дослідженні лімфатичних вузлів визначають їх величину, щільність, рухомість, зв'язок зі шкірою і підлеглими тканинами. Обов'язково повинні бути пропальповані молочні залози. Поява із молочних залоз сукровичної чи кров'янистої рідини, знаходження в них щільних нерухомих ділянок заставляє припустити про можливість розвитку раку.

Пальпацію живота проводять у горизонтальному положенні хворої при зігнутих ногах, що забезпечує розслаблення м'язів черевної стінки. Шляхом пальпації визначається стан черевної стінки (тонус, м'язевий захист, розходження прямих м'язів живота), печінки, селезінки і кишечника, наявність в черевній порожнині пухлин, інфільтратів, їх величина, форма і рухомість. При гострому запаленні додатків матки і тазової очоревини часто виявляється напруга м'язів в нижньому відділі живота (м'язовий захист).

Вистукування або перкусія застосовується для дослідження багатьох органів і систем, але найбільше значення вона має при дослідженні органів дихання. Перкуторні удари наносяться м'якоттю нігтьової фаланги середнього пальця правої руки, при цьому ніготь пальця яким стукають повинен бути коротко підстриженим. Перкуторний удар повинен завжди наноситись з однаковою силою, бути щільним і коротким. В приміщенні де проводиться перкусія повинно бути тихо. Крім перкусії легень, гінекологічним хворим проводять перкусію живота. Вистукування живота сприяє уточненню меж і контурів пухлини, а також великих інфільтратів і ексудатів, які виникли при запальних захворюваннях статевих органів. При зміні положення тіла перкусія дозволяє виявити у порожнині живота наявність асцитичної рідини або крові.

Аускультация основана на вислуховуванні звуків, які виникають в організмі. Аускультация здійснюється безпосередньо вухом, а також за допомогою стетоскопа або фонендоскопа. Стетоскоп або воронку фонендоскопа потрібно щільно прикласти до шкіри окремих ділянок. В приміщенні де проводиться вислуховування повинна бути тиша.

Метод аускультация дає найбільшу інформацію при дослідженні серця та легень. При всіх захворюваннях статевого апарату необхідне дослідження серцево-судинної системи, так як від її стану іноді залежить метод вибору лікування гінекологічного захворювання. Аускультация живота допомагає виявити характер перистальтики. Відсутність перистальтики вказує на парез кишечника при перитоніті; послаблення перистальтики спостерігається після складних гінекологічних операцій, при зниженій моторній функції кишечника. Сильні кишкові шуми відмічаються при початковій стадії розвитку непрохідності кишечника.

II.2. Гінекологічні методи дослідження.

Гінекологічне обстеження включає в себе обов'язкові методи, які застосовуються при обстеженні хворої і додаткові, які застосовуються для підтвердження діагнозу.

Обов'язкові методи:

1. Огляд зовнішніх статевих органів;
2. Огляд за допомогою дзеркал;
3. Піхво-абдомінальне (двуручне) дослідження.

Додаткові методи дослідження :

1. Бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження;
2. Цитологічне дослідження;
3. Зондування матки;
4. Дослідження за допомогою кульових щипців;
5. Пункція черевної порожнини;
6. Біопсія;
7. Діагностичне вишкрібання слизової цервікального каналу тіла матки;
8. Ультразвукове дослідження (УЗД);
9. Рентгенологічні методи дослідження;
10. Ендоскопічні методи (гістероскопія, кольпоскопія, кульдоскопія, лапароскопія);
11. Дослідження функції труб (гідротубація, пертубація);
12. Дослідження функції яєчників (тести функціональної діагностики);
13. Дослідження функції сусідніх органів.

Обов'язкові методи дослідження:

Огляд зовнішніх статевих органів. Хвору вкладають на гінекологічне крісло в спинно-сідничному положенні з розведеними і зігнутими в тазо-стегнових і колінних суглобах ногами після випорожнення сечового міхура. Звертають увагу на ріст волосся (за жіночим або чоловічим типом), розвиток зовнішніх статевих органів, промежини і ділянки заднього проходу. Для огляду переддвер'я піхви великим і вказівним пальцями лівої руки розводять статеві губи. Оглядають клітор, зовнішній отвір сечового каналу, парауретральні ходи, дівочу плівку, задню спайку промежини, вивідні протоки великих залоз переддвер'я піхви.

Огляд за допомогою дзеркал. В гінекологічній практиці використо-вують циліндричні, двостулкові і ложкоподібні дзеркала. Найбільш розпов-сюджене ложкоподібне дзеркало Сімпса з підіймачем Отта і двостулкове дзеркало Куско. При використанні ложкоподібних дзеркал необхідно мати помічника для їх утримання. Використання дзеркала Куско не потребує помічника, тому ними в амбулаторній практиці користуються частіше.

Введення дзеркала у піхву повинно бути обережним і безболісним, щоб не травмувати слизової оболонки. Вказівним і великим пальцями лівої руки розводять статеві губи. Дзеркало Сімпса вводять по задній стінці по наряду піхвової трубки до заднього склепіння, щоб шийка матки розташовувалась на площині дзеркала. Після цього підіймачем Отта піднімають передню стінку піхви. Переміщуючи дзеркало і підіймач, можна оглянути всі відділи піхви: стінки склепіння і піхвову частину шийки матки (характер слизової оболонки, форму зовнішнього вічка, наявність рубцевих змін, поліпів, характер виділень із каналу шийки матки).

Внутрішнє дослідження в гінекологічній практиці повинно бути комбінованим дворучним. Дослідження має бути обережним і по можливості менш болісним. Обов'язковою умовою дослідження є випорожнення сечового міхура і прямої кишки.

При *піхво-абдомінальному дослідженні* великим і вказівним пальцями лівої руки розводять статеві губи, середній палець правої руки вводять в піхву, надавлюють на задню стінку піхви і промежини і по середньому пальцю вводять вказівний; у жінки з вузькою піхвою дослідження проводять одним пальцем. Зовнішня рука розташовується на передній черевній стінці так, щоб чотири пальця знаходились на нижній частині черевної стінки і прямували на зустріч пальцям внутрішньої руки. При цьому важливо добитися максимального розслаблення передньої черевної стінки.

При дослідженні визначають стан промежини і піхви, потім знаходять піхвову частину шийки-матки і визначають її форму, консистенцію, ступінь рухомості і чутливості при зміщенні; форму зовнішнього маткового зіву і ступінь його розкриття. Розміщуючи пальці внутрішньої руки в ділянці піхвових склепінь, визначають їх глибину, рухомість слизової оболонки і наявність в них інфільтратів. Визначають положення, форму, величину, консистенцію і рухомість матки.

В нормі матка розташована в малому тазі по середній лінії, кут між шийкою і тілом матки відкритий наперед і матка нахилена наперед. Нормальна матка дорослої жінки має форму груші, поверхня її рівна, при пальпації матка безболісна і рухома.

При патології придатків, вони визначаються як утворення різної форми і величини. При ураженні навколоматкової клітковини в ділянці бокових склепінь визначаються інфільтрати різної

величини і щільності. Нерідко змінені придатки і рідина, яка вилпилась із придаткових утворень призводить до виражених змін в ділянці піхвового склепіння.

Ректально-абдомінальне обстеження проводять у дівчат, при атрезії піхви, а також в тих випадках, коли необхідно більш детальне обстеження задніх відділів клітковини тазу, крижово-маткових м'язів і при наявності новоутворень розташованих позаду матки. Ректальне дослідження виконують в гумових рукавичках з напальчником, який змазують вазеліновим маслом.

Ректо-піхвове дослідження проводять при захворюваннях задньої стінки піхви або передньої стінки прямої кишки. При цьому у піхву вводять вказівний палець, а в пряму кишку – середній палець правої руки.

II.3. Додаткові методи обстеження.

Бактеріоскопічне дослідження піхвового секрету. Після обробки зовнішніх статевих органів тампоном із дезінфікуючим розчином піхвове дзеркало обережно вводять у піхву. Металевою ложечкою Фолькмана роблять зішкріб слизової оболонки задньо-бокового склепіння піхви та цервікального каналу і вміст переносять на предметне скло тонким шаром у вигляді продовгуватого мазка. Потім, видаливши дзеркало, пальцем введеним у піхву, легко масажують уретру і іншим кінцем ложки роблять зішкріб слизової оболонки уретри. Вміст переносять на теж предметне скло тонким шаром у вигляді округлого мазка. Мазки висушують на повітрі і разом з направленням відносять у лабораторію. У направленні вказують прізвище і ініціали хворої, номер відділення і палати, мету дослідження, дату. В лабораторії мазки фарбуються за Грамом, результати мікроскопії вписуються у направлення. Отримавши відповіді з лабораторії, сестра їх продивляється і прикріплює до історії хвороби. Відповідно до характеру мікрофлори, кислотного титру і вмісту лейкоцитів розрізняють 4 ступені чистоти піхви.

При чистоті піхви I ступеня в мазку визначається велика кількість паличок Додерлейна, стороння мікрофлора відсутня, поодинокі лейкоцити. Зовнішній вигляд виділень молочно-білий, реакція секрету різко-кисла. Чистота піхви I ступеня характерна для дівчат і жінок, які не живуть статевим життям.

При чистоті піхви II ступеня в мазку паличок Додерлейна стає менше, збільшується число лейкоцитів, може бути паличкова флора. Колір виділень молочний або злегка жовтуватий, є домішки слизу. Реакція виділень кисла. Чистота піхви II ступеня характерна для здорових жінок, які живуть статевим життям.

При чистоті піхви III ступеня в мазку паличок Додерлейна мало, переважають лейкоцити, стороння мікрофлора, частіше кокова. Характер виділень слизово-гнійний, реакція слабо-кисла, нейтральна або слаболужна. Чистота піхви III ступеня вказує на наявність запального процесу.

При чистоті піхви IV ступеня в мазку паличок Додерлейна немає, визначаються у великій кількості лейкоцити та стороння специфічна мікрофлора (гонококи, трихомонози). Характер виділень гнійний, реакція нейтральна або лужна.

При виявленні у мазках гонокока Нейсера результати дослідження підкреслюються червоним кольором, сестра негайно повідомляє про це лікаря і старшу медсестру для повідомлення в шкірно-венерологічний диспансер за місцем проживання хворої.

При підозрі на трихомонадний кольпіт мазки беруть із заднього склепіння дерев'яним шпателем одночасно із взяттям мазків на флору і наносять тонким шаром на предметне скло. Мазки висушують на повітрі і разом з направленням відносять до лабораторію. *Бактеріологічне дослідження* проводиться шляхом посівів на електоральні середовища і подальшій ідентифікації мікроорганізму, а при потребі і його чутливості до антибіотиків.

Цитологічне дослідження проводиться з метою раннього виявлення раку матки і маткових труб. З поверхні шийки-матки матеріал беруть за допомогою мазків-відбитків, а з каналу шийки-матки жолобоватим зондом. Після висушування і фарбування мазки вивчають під мікроскопом. При виявленні атипичних клітин виділяють групу жінок, яким потрібно більш детальне обстеження (біопсія, діагностичне вишкрібання).

Зондування матки проводиться для визначення положення матки, наявності міоматозних вузлів, деформацію її порожнини, довжину порожнини матки, прохідність цервікального каналу. Зондування проводиться металевим матковим зондом, на якому існує сантиметрова шкала.

Зондування проводять з дотриманням правил асептики і антисептики. У піхву вводять дзеркала, шийку матки захоплюють кульовими щипцями. Зонд обережно вводять спочатку в канал шийки матки, потім у її порожнину.

Протипоказаннями є вагітність, гостре і підгостре запалення матки, гнійні виділення (III і IV ступені чистоти піхви).

Дослідження за допомогою кульових щипців проводиться в тих випадках, коли потрібно встановити зв'язок пухлини із статевими органами (маткою) і коли двуручне дослідження є недостатнім. Після захвату шийки матки кульовими щипцями під контролем пальців, введених у піхву або пряму кишку, проводять тракцію, що дозволяє встановити зв'язок пухлини із статевими органами.

Даний метод протипоказаний при вагітності, гострих та підгострих запаленнях статевих органів, III і IV ступенів чистоти піхви.

Пункцію черевної порожнини проводять при підозрі на переривання позаматкової вагітності, розриві яєчника, при гострих запальних процесах, які супроводжуються накопиченням серозного або гнійного випоту і крові в черевній порожнині. Іноді її виконують з лікувальною метою для місцевого введення лікарських препаратів чи відсмоктування гною. Пункцію черевної порожнини проводять через заднє склепіння піхви або через передню черевну стінку (наприклад, при асциті).

Техніка пункції: після обробки зовнішніх статевих органів і піхви дезинфікуючим розчином за допомогою дзеркал оголюють піхову частину шийки матки. Задню губу шийки матки захоплюють кульовими щипцями і відтягують уперед і вгору. У заднє склепіння піхви по середній лінії вводять товсту голку на шприці на глибину 1-2 см. рідину витягують зворотним рухом поршня при одночасному повільному витягуванні голки.

Діагностичне вишкрібання слизової оболонки шийки тіла матки дає можливість оцінити циклічні зміни ендометрію, а також виявити різноманітні патологічні процеси (поліпоз, рак, хоріоепітеліома), залишки плідного яйця. Слід зауважити, що спочатку проводять вишкрібання цервікального каналу, а потім тіла матки. Операція обов'язково проводиться з дотриманням правил асептики і антисептики при достатньому знеболенні. *Необхідні інструменти*: корнцанг, ватні шарики, ложкоподібні піхові дзеркала, кульові щипці, матковий зонд, набір розширювачів Гегара, набір кюреток.

Зовнішні статеві органи і піхву обробляють дезинфікуючим розчином, вводять ложкоподібні дзеркала, кульовими щипцями захоплюють передню губу шийки матки. Проводять місцеву парацервікальну анестезію 2 % розчином новокаїну чи загальне знеболення. Для уточнення положення матки і довжини її порожнини проводять зондування. Після обережного розширення цервікального каналу кюреткою №1 чи №2 проводять вишкрібання цервікального каналу і потім порожнини матки. Кінець кюретки доводять до дна матки, потім вишкрібальними рухами від дна до каналу шийки матки поступово і послідовно видаляють слизову оболонку. Увесь одержаний матеріал збирають, промивають, вміщують у баночки з 10 % розчином формальдегіду (окремо з цервікального каналу і порожнини матки) і відправляють до лабораторії на гістологічне дослідження.

Протипоказаннями для виконання діагностичного вишкрібання є III і IV ступені чистоти піхви, наявність гострого і підгострого запального процесу в статевих органах, інфекційні захворювання, підвищення температури.

Ультразвукове дослідження (ехографія) є одним з сучасних і поширених методів неінвазивної діагностики.

В основі методу лежить здатність органів і тканин по-різному відбивати ультразвукові хвилі. Генератор апарату випромінює ультразвуковий пучок, який при відбиванні від тканин з різною щільністю змінюється, потрапляє на датик і перетворюється в електричні коливання, що відображаються на екрані. Це дає змогу визначити розмір оргпну і його структуру.

Перед дослідженням необхідно наповнити сечовий міхур та спорожнити кишечник.

Ультразвукове дослідження дозволяє уточнити дані про розмір і розташування матки та яєчників, наявність патології (поліпи, фіброміома матки, кісти і кістоми яєчників, аномалії розвитку статевих органів), вагітності, ВМК. Протипоказань у цього метода немає. Особливо допомагає воно при ожирінні, напруженій черевній стінці, її болючості, у дівчаток.

Біопсія і гістологічне дослідження тканини проводять при патологічних процесах (пухлини, папіломи, виразки), підозрілих у відношенні злоякісності, які локалізуються в ділянці шийки-матки, піхви і зовнішніх статевих органів. Для біопсії використовують спеціальні щипці-кусачки (конхотом) або скальпель. Місце для біопсії вибирають, як правило, після кольпоскопічного дослідження ураженої ділянки. Причому бажано взяти кусочок тканини, який би містив не тільки уражену, а й частку здорової тканини. Одержаний матеріал заливають 10 % розчином формаліну і відправляють до лабораторії на гістологічне дослідження. Із порожнини матки за допомогою шприца Брауна проводять аспіраційну біопсію.

II.4. Рентгенологічні методи дослідження.

Перед рентгенологічним дослідженням шлунково-кишкового тракту медична сестра очищає кишечник дворазовими клізмами: 1-у в кількості 1-2 літра ставлять напередодні увечері о 22 години, 2-у вранці за 2-3 години до дослідження. Остання клізма виводить газу, які накопичилися за ніч і залишки калових мас. Приймати послаблюючі засоби для очищення кишківника не радять, так як вони визивають метеоризм і посилюють перистальтику, що перешкоджає дослідженню. Тільки при амбулаторному дослідженні шлунково-кишкового тракту, коли немає умов для очищення кишечника клізмою, можна напередодні дати послаблюючі засоби.

Сестра попереджує хвору про час і місце проведення дослідження і проводить відповідну підготовку. Необхідно попередити хвору про появу через день після дослідження безкольорового калу.

Рентгенологічне дослідження сечовивідної системи починають з оглядового знімку. По оглядовому знімку можна приблизно орієнтуватися про положення, величину, форму і контури нирок. Сечоводи на цих знімках не видно. Однак інколи можна бачити багаті вапновими солями камені.

Для більш поглибленого вивчення органів сечовивідної системи використовують штучне контрастування сечовивідних шляхів, яке може бути досягнуто двома шляхами. Одним із них є введення контрастної речовини через сечовивідний катетер прямо в сечовід і далі в ниркову лоханку. Цей метод називається висхідний, або *ретроградна пієлографія*. Він дозволяє ретельно вивчити ниркові лоханки та сечоводи і тому вважається ведучим методом дослідження сечовивідних шляхів. Інший спосіб – *урографія*, ґрунтується на фізіологічній здібності нирок захоплювати із крові і виділяти з сечею контрастні речовини (кардіотраст, верографін та ін.). Контрастну речовину вводять в вену хворий в нагрітому до температури тіла стані на протязі 2-3 хвилин. Максимальна концентрація його в сечі спостерігається через 8-15 хвилин після введення, а через 3 години вона повністю виводиться із організму. Рентгенограми роблять послідовно через 5-7 хвилин після закінчення введення. Урографія є ведучим рентгенологічним дослідженням функції нирок. Рентгенографія сечового міхура не має великого практичного значення, так як сечовий міхур досліджується для огляду цистоскопом.

Підготовка хворої до рентгенологічного дослідження сечовивідних шляхів така, як і при дослідженні шлунково-кишкового тракту: напередодні увечері і вранці в день дослідження хворий ставлять очисну клізму, дослідження проводять натщесерце.

При отриманні призначення для проведення хворій ретроградної пієлографії сестра уточнює місце проведення дослідження. Як правило дослідження проводиться в урологічному відділенні, при тяжкому стані хворої лікар-уролог обстежує хвору на місці. В першому випадку сестра узгоджує з урологічним відділенням час проведення дослідження, в другому – узгоджує час проведення з лікарем-урологом і рентгенівським кабінетом, замовляє необхідні для дослідження розчини. Сестра попереджує хвору про час і місце проведення досліджень, проводить підготовку до дослідження і супроводжує її з історією хвороби в урологічне відділення і назад. При проведенні пієлографії на місці, постова сестра в узгоджений час доставляє хвору в оглядову, де лікар-уролог за допомогою цистоскопа проводить катетеризацію сечоводів. На стерильному столі необхідно мати пінцет, стерильний матеріал, дезінфікуючий розчин для обробки зовнішніх статевих органів, гумовий катетер, шприц і розчин для заповнення сечового міхура, 95% етиловий спирт для протирання цистоскопа і стерильний гліцерин для його змазування. Після катетеризації сечоводів хвору доставляють в рентгенологічний кабінет, де лікар-уролог вводить контрастну речовину, а рентгенолог робить знімки. Після закінчення дослідження сестра доставляє хвору у палату, збирає і миє інструменти.

При призначенні внутрішньовенної урографії сестра узгоджує час проведення з рентгенівським кабінетом, заказує контрастну речовину, робить пробу на чутливість до неї, готує хвору: перед дослідженням підігріває контрастну речовину до температури тіла і сама вводить її у ліктьову вену за вказівкою рентгенолога, коли хвора знаходиться на рентгенівському столі.

Гістросальпінгографія проводиться хворим для з'ясування стану порожнини матки та прохідності труб. Протипоказанням до гістросальпінго-графії є наявність у хворой гострих запальних процесів геніталій і кровотечі. При підготовці хворой сестра з'ясовує в рентгенологічному кабінеті час проведення дослідження і попереджує про це хвору. За призначенням лікаря вона проводить пробу на чутливість до препаратів, які вміщують йод. При цьому 1 мл контрастної речовини (крім йодоліпола) вводять внутрішньо-венно.

Увечері і вранці сестра ставить очисну клізму, за 30 хвилин до дослідження вводять 1 мл 2% розчину промедолу, слідкують щоб хвора перед дослідженням випорожнила сечовий міхур, а дослідження було проведено натщесерце.

В рентгенологічному кабінеті сестра готує стерильний стіл, на якому повинен бути стерильний матеріал (марлеві кульки), дезінфікуючі розчини для обробки шийки матки, дзеркала, пінцет, кульові щипці, матковий наконечник для введення контрастної речовини, який щільно з'єднаний з 10 г шприцем, контрастна речовина, підігріта до температури тіла, голка для набирання контрастної речовини в шприц. Під час дослідження сестра допомагає лікарю заповнити шприц, тримає дзеркала, транспортує хвору до палати після дослідження, збирає і миє інструменти.

Пневмопельвіографія – це рентгенографія органів малого тазу на фоні штучно створеного газового контрасту – *пневмоперитоніума*. Пневмопельвіографія в останні роки широко використовується в діагностиці пухлин і вад розвитку внутрішніх статевих органів, ендометріозу, полікістозу яйчників та інших захворювань.

При підготовці хворой сестра з'ясовує в рентгенівському кабінеті час проведення дослідження, напередодні дослідження хвора не вечеряє, а в день дослідження не снідає. Напередодні увечері і уранці в день дослідження хворий ставлять очисну клізму, а безпосередньо перед дослідженням звільняють сечовий міхур, вводять підшкірно 1 мл 2% розчину промедолу.

Для пункції черевної порожнини використовують голки діаметром 1,5-2 мм і довжиною 6-10 см. Голки повинні бути з мандреном. Під час проведення проколу мандрен залишають у голці, щоб жирова клітковина не попала в її просвіт. Перед дослідженням голки і сполучні трубки стерилізують. За допомогою апарату Боброва в черевну порожнину вводять 1500-2000 мл газу (повітря, кисень,

закис азоту, вуглекислий газ). Така кількість кисню розсмоктується із черевної порожнини протягом 3-5 днів, вуглекислий газ – 2-3 дні, закис азоту – 2-3 години.

Після підготовки апарату для проведення пневмоперитоніума сестра готує в рентгенівському кабінеті стерильний столик, на якому повинні бути стерильний матеріал (кульки, підкладні пелюшки або рушники), розчин йоду або спирт для обробки шкіри, розчин новокаїну, голка з мандреном для пункції, пінцет, розділяючі дзеркала, кульові щипці і гумова трубка, яка з'єднає голку з розподіляючим краном.

До дослідження готуються сестра і лікар. Руки миють з милом і обробляють їх спиртом. Шкіру передньої черевної стінки обробляють спиртом, місце проколу обмежують стерильними рушниками. Прокол роблять зліва від пупка на 2-3 см нижче його. По закінченню введення газу голку видаляють і на місце пункції накладають стерильну пов'язку.

Пневмоперитоніум може бути використаний шляхом пункції заднього склепіння. В цьому випадку хвору вкладають в положення для гінеколо-гічного дослідження, зовнішні статеві органи і піхву обробляють спиртом, шийку матки за задню губу захвачують кульовими щипцями, голку вводять в черевну порожнину через заднє склепіння.

Біконтрасна рентгенопільвеографія являє собою сполучення пневмопельвіографії і гістеросальпінгографії.

Ангіографія – рентгенологічний метод дослідження судинної системи тазу шляхом наповнення її контрастною речовиною, яка проводиться для діагностики ступеня розповсюдження пухлинного процесу або вад розвитку внутрішніх статевих органів.

Для отримання рентгеноконтрастного зображення вен тазу (флебографія) використовують внутрішньовенне, внутрішньоматкове і внутрішньо-органне введення контрастної речовини (60% кардіотраст або верографін). При внутрішньовенному способі контрастну речовину вводять шляхом пункції або катетеризації стегнової вени або вен гомілки, при внутрішньо-кістковому – шляхом пункції лобкових або сідничних кісток, гребеня клубової кістки, крижа: при внутрішньоорганному способі контрастну речовину вводять голкою в товщу стінки матки зі сторони її порожнини. Для кожної точки введення контрастної речовини характерна своя флебограма, тобто переважне заповнення тих чи інших груп вен тазу.

Тазова артеріографія виконується шляхом пункції і катетеризації стегнової артерії. Катетер проводять до біфуркації аорти, після чого спеціальним ін'єктором вводять контрастну речовину зі швидкістю 25 мл/с. Артеріограму роблять з частотою 5-6 кадрів за секунду. Підготовка хворої до тазової артеріографії така, як і до пієлографії.

На відміну від флебографії і артеріографії *лімфографію* проводять масляною контрастною речовиною – йодоліполом. Який вводять в кількості 10 мл в лімфатичні судини тилу п'ятки за допомогою спеціального ін'єктора зі швидкістю 1 мл за 10 хв. Тривалість введення йодоліполу приблизно 1,5 години. Контрастну речовину вводять в малій операційній або перев'язочній, після чого хвору транспортують в рентгенологічний кабінет.

II.5. Ендоскопічні методи дослідження.

Під ендоскопічними методами дослідження розуміють огляд внутрішніх статевих органів хворої за допомогою спеціальних оптичних інструментів. Серед ендоскопічних методів дослідження в гінекології використовуються кольпоскопія, кульдоскопія, лапароскопія, цистоскопія і ректороманоскопія.

Кольпоскопія використовується для діагностики ранніх стадій раку шийки матки і зовнішніх статевих органів. Кольпоскопія дає можливість вибрати підозрілу ділянку для прицільного мазку або біопсії.

Кольпоскоп складається з оптичної системи, освітлювача і штативу. Овітлювач кольпоскопу спрямовує концентрований пучок яскравого світла на досліджувану ділянку. Бінокулярні мікроскопи дають можливість отримати стереоскопічне зображення поверхні піхвової частини шийки-матки, нижньої третини шийкового каналу (при наявності розривів), піхви і зовнішніх статевих органів. При наявності фотонасадки кольпоскоп дає можливість не тільки оглянути поверхню досліджуваного органу, але і зробити знімки.

Кульдоскопія являє собою візуальне дослідження внутрішніх статевих органів ендоскопом, введеним через отвір заднього склепіння піхви в черевну порожнину. Кульдоскопію проводять в операційній. Хвору вкладають на гінекологічне крісло в звичайному положенні на спині. Лікар і сестра обробляють руки, як перед операцією. Сестра обробляє зовнішні статеві органи спиртом і асистує при парацервікальній анестезії. Після цього опускають спинку гінекологічного крісла і хвору переводять в колінно-грудне положення. Голова, плечовий пояс, грудна клітка і передпліччя хворої розміщуються на м'якій подушці. Спина хворої повинна бути в положенні максимального лордоза, а таз піднятий. В такому положенні ложкоподібним дзеркалом сестра відводить промежину максимально вгору. Лікар проводить пункцію заднього склепіння, кольпотомію і ендоскопію. Після дослідження на

кольпоскопічний отвір накладають кетгуттові шви і сестра транспортує хвору до палати, попереджаючи її про необхідність дотримання ліжкового режиму протягом 24 годин.

Лапароскопія – ендоскопічний метод дослідження, який використо-вується в хірургії та гінекології для огляду органів черевної порожнини і малого тазу оптичним інструментом, який введений в порожнину через отвір в передній черевній стінці. Підготовка хворої до лапароскопії така, як і до кульдоскопії.

Лапароскопія проводиться у великій операційній на операційному столі в положенні хворої для піхвових операцій, шкіра передньої черевної стінки, зовнішні статеві органи і слизова оболонка піхви обробляється як перед операцією. Хвору прикривають стерильною білизною. На передню губу шийки-матки накладають щипці Мюзо. Після інфільтраційної анестезії 0,25% розчином новокаїну ділянки пупка і середньої лінії черевної стінки створюють штучний пневмоперітонеум і хвору переводять в положення Тренделенбурга. Газ накопичується в нижній частині черевної порожнини і малому тазі, що покращує умови огляду. По середній лінії на середині відстані між пупком і лоном роблять розтин шкіри довжиною 1,5-2 см, через який в черевну порожнину вводять троакар. Через циліндр троакару лікар вводить ендоскоп і проводить огляд матки, труб, яєчників, кишечника і інших органів черевної порожнини. В цей час сестра переміщує кульові щипці, накладені на шийку матки, полегшуючи попадання матки в поле зору ендоскопа. Після видалення інструментів на розріз накладають шовковий шов і асептичну пов'язку.

Цистоскопія – ендоскопічний метод дослідження, який використо-вується для огляду внутрішньої поверхні сечового міхура за допомогою цистоскопу. Гінекологічним хворим цистоскопію проводять при підозрі на новоутворення, захворювання нирок, травму сечоводів. Підготовка хворої до дослідження така, як при пієлографії.

Ректороманоскопія – метод ендоскопії, який являє собою огляд внутрішньої поверхні прямої та сигмовидної кишки. Гінекологічним хворим це дослідження призначають для визначення ступеню розповсюдження пухлинного процесу геніталій і для з'ясування причин кишкової кровотечі.

Положення хворої під час дослідження колінно-лікткове. При цьому відбувається різке пневматичне розширення прямої кишки, випрямлення коліна в сигмовидній кишці, що значно полегшує введення ендоскопу і огляд слизової оболонки. Якщо в зв'язку з тяжким станом або в післяопераційному періоді хворій не можна надати вказану позицію, то її вкладають на лівий бік з припіднятим тазом і приведеними ногами до живота.

Дослідження прохідності труб (гідротубація, пертубація). З метою визначення прохідності маткових труб проводять метод введення в маткові труби рідини (гідротубація) і повітря (пертубація). Дані методи проводяться для діагностування трубного безпліддя. Гідротубація може виконуватись і з лікувальною метою. Протипоказаннями для виконання гідротубації і пертубації є кольпіти, цервіцити, гострі і підгострі запалення матки, труб і яєчників.

II.6. Дослідження функції яєчників (тести функціональної діагностики)

Функціональний стан яєчників можна оцінити по тестам функціона-льної діагностики: гормональна кольпоцитологія, ректальна (базальна) температура, симптом “зіниці”, феномен арборизації слизу шийки-матки (симптом листка папороті), а також за визначенням гормонів в плазмі, крові і сечі.

Гормональна кольпоцитограма (гормональне дзеркало). В гінекологічній практиці нерідко виникає необхідність в'яснити гормональну функцію яєчників. Найбільш просте цитологічне дослідження піхвових мазків. Матеріал для дослідження потрібно брати із верхньобокової стінки піхви на рівні шийки матки. Дослідженню підлягає матеріал, який вільно відділяється від стінки піхви. Для цього використовують скляну піпетку з грушею або дерев'яний шпатель. Ватні тампони для взяття мазків непридатні, оскільки вата вбирає в себе клітинні елементи. Взятий матеріал наносять на край предметного скла і одним легким рухом розмазують по ньому ребром другого скла або шпателем. Мазок висушують на повітрі. Фарбування мазків може бути монохромне або поліхромне. Монохромні методи використовують для визначення характеру клітинних елементів і величини ядер. Поліхромні методи фарбування дають можливість провести всебічний цитологічний аналіз. У направленні необхідно вказати номер відділення і палати, прізвище, ініціали хворої, вік, день менструального циклу, мету дослідження і дату.

Найбільш простим методом визначення вмісту естрогенів в організмі жінки є дослідження слизу цервікального каналу.

Ректальна (базальна) температура вимірюється уранці, до піднімання з ліжка і до прийому їжі. При нормальному менструальному циклі базальна температура (Rt) залежить від фази циклу і співвідношення естрогенів та прогестерона. В фолікуліновій фазі Rt нижче 37°C (36,2-36,7°C), а в лютеїнову фазу вона підвищується на 0,4-0,6°C. При відсутності овуляції температурна крива буде монотонною, що вказує на порушення менструального циклу.

Про функцію яєчників судять по *симптому “зіниці”*. В фолікуліновій фазі залози цервікального

каналу продукують слизовий секрет, кількість якого поступово збільшується до середини циклу. Зовнішнє вічко розширює-ться секретом і нагадує “зіницю”. В лютеїнову фазу феномен “зіниці” зникає і вічко приймає щілоподібну форму. Даний симптом спостерігається з 10 по 17 день циклу.

Паралельно симптому “зіниці” спостерігають *феномен арборизації сли-зу шийки матки*, яка при висушуванні на предметному склі утворює криста-лічний малюнок у вигляді листка папороті. Під впливом прогестерону відбувається деструкція “листка папороті”.

II.7. Лабораторні методи дослідження.

Загальний аналіз крові включає визначення вмісту гемоглобіну, кольорового показника, підрахунок кількості червоних кров'яних тілець (еритроцитів) і білих кров'яних тілець (лейкоцитів), підрахунок лейкоцитарної формули, тобто процентного співвідношення окремих видів лейкоцитів, визначення ШОЕ (швидкості осідання еритроцитів). Іноді додатково проводять визначення кількості тромбоцитів, швидкості згортання крові, протромбінового індексу.

Взяття крові для подальшого аналізу робиться лаборантом і як правило проводиться вранці до прийняття їжі. Для цього береться невелика кількість крові (0,5 мл) з пальця, використовуючи перо Дженера або звичайну голку від шприця, які попередньо стерилізують кип'ятінням. Для кожної хворої використо-вують окремий інструмент. У деяких випадках вважається доцільним брати кров із мочки вуха. Цей спосіб застосовують при ревматичних захворюван-нях і тяжких порушеннях периферичного кровообігу. Техніка взяття крові із мочки вуха така сама, як і з пальця. Місце ін'єкції обробляють спиртом, першу краплю зазвичай стирають стерильною ваткою. Виступаюча кров окремо набирається для визначення гемоглобіну і в спеціальні змішувачі для підрахунку еритроцитів, лейкоцитів, тромбоцитів.

Для *біохімічного дослідження* кров отримують із вени. Різні складові частини крові визначають в цільній крові і в сироватці. Сироватка крові являє собою рідку її частину без формених елементів, тобто без лейкоцитів, еритроцитів, тромбоцитів. Вона містить різні солі, білки, ферменти, вуглеводи, вітаміни і гормони.

Медична сестра повинна вміти не тільки взяти кров для біохімічних аналізів, але й вірно документувати направлення матеріалу до лабораторії. На спеціально визначеному бланці вказується прізвище хворої з ініціалами, номер палати, відділення, дата. Направлення фіксується до пробірки. Для взяття крові із вени потрібно мати 5-20-грамові шприці, голки, пінцет і стерилізовані в автоклаві сухі пробірки. Вище передбаченого місця пункції накладають гумовий джгут, ділянку пункції обробляються ефіром, спиртом або розчином йоду. Голку насаджують на канюлю шприця за допомогою пінцета. Під час пункції уважно слідкують за тим, щоб не доторкнутись до голки чим-небудь нестерильним. Кров може бути отримана при самостійно-му витіканні через голку або шляхом засосування її через голку в шприц. Під час пункції і взяття крові необхідно уважно стежити за тим, щоб голка не вийшла з просвіту вени. Виливають кров із шприця повільно по стінці пробірки, уникаючи утворення піни і руйнування формених елементів. Після взяття достатньої кількості крові знімають джгут, швидко видаляють голку, місце проколу прикривають ваткою зі спиртом. Руку згинають у ліктьовому суглобі і піднімають (кладуть на груди хворої).

Кількість взятої крові залежить від того, які і скільки досліджень буде зроблено. На кожне дослідження в середньому необхідно 0,5-2 мл сироватки, а значить в 3 рази більше крові, так як сироватка складає 1/3 крові.

При сполученні декількох досліджень кров беруть у кількості 7-10 мл. Найбільш широко практикують взяття крові із вени для таких біохімічних аналізів, як: визначення загального білка сироватки крові, білкових фракцій, білірубіну, електролітів, сечовини та інше.

Для *дослідження загального білка крові і його фракцій* (альбумінів та глобулінів) беруть кров із вени натщесерце в три пробірки по 3 мл в кожну з додаванням в усі по 0,3 мл цитрату натрію. Дослідження білків крові має велике діагностичне значення. З білкових речовин найбільш важливе значення мають глобуліни та альбуміни. Відношення альбумінів до глобулінів виражається коефіцієнтом, який в нормі становить 1,6-2,8. При порушенні водного обміну загальна кількість білка в сироватці крові змінює-ться: при згущенні крові збільшується, а при затримці води в органімі – зменшується.

Від показників відношення альбумінів до глобулінів залежить *швидкість осідання еритроцитів* (ШОЕ). Із збільшенням вмісту в крові глобулінів ШОЕ збільшується, а при збільшенні вмісту альбумінів – зменшується. При всіх інфекційних хворобах зазвичай зміни відповідають гостроті процесу.

Для *дослідження на залишковий азот* кров беруть із вени натщесерце в кількості 4,5 мл з додаванням у пробірку 0,5 мл цитрату натрію. в процесі нормального білкового обміну утворюється велика кількість низькомолекулярних азотистих речовин: поліпептидів, амінокислот, аміаку, сечовини і ін. При різних захворюваннях дезамінування амінокислот може бути порушене, що призводить до збільшення вмісту в крові низькомолекулярних азотистих речовин (залишкового азоту). В нормі кількість залишкового азоту в сироватці крові дорівнює 17,85-28,56 ммоль/л.

При порушенні видільної функції нирок спостерігається затримка азотистих речовин в крові, що має місце у хворих при кримінальному аборті, сепсисі, злоякісних пухлинах.

Для дослідження цукру крові і цукрової кривої кров беруть натще із пальця. У здорової людини взята натще кров містить 3,89-5,55 ммоль/л цукру, при цукровому діабеті рівень його підвищується до 7,75 ммоль/л та більше.

Для з'ясування прихованих латентних форм діабету використовують так звані *цукрові навантаження*. Хворій досить випити натщесерце 50-70 г (0,7 г/кг ваги жінки) глюкози (цукру), розчиненій в склянці води і відмічають характер підйому і зниження цукру в крові і появу цукру в сечі. Перший раз для дослідження кров береться до вживання глюкози, а потім кожні 30 хв на протязі 2,5 годин. Наприкінці дослідження хвора утримується від їжі і пиття. Сечу на аналіз беруть до і після дослідження.

Визначення вмісту *загального білірубину* та його фракцій в сироватці крові і сечі має важливе значення в диференціальній діагностиці жовтяниці. Виділяють гемолітичну, паренхіматозну і обтураційну жовтяницю. Підвищений гемоліз еритроцитів та захват білірубину гепатоцитами при зводить до підвищення в крові непрямого білірубину. Порушення екскреції прямого білірубину із гепатоцитів та через жовчні протоки лежить в основі обтураційної (механічної) жовтяниці. Паранхіматозна жовтяниця виникає внаслідок порушення захвату, кон'югації, а також екскреції білірубину.

Для визначення вмісту *холестерину* кров беруть із вени натщесерце в кількості 5 мл. В нормі в сироватці крові міститься 3,8-6,5 ммоль/л холестерину.

Для дослідження *електролітів* кров беруть із вени натщесерце в кількості 7 мл з додаванням в пробірку цитрату натрію в кількості 0,5 мл. Найбільш важливими мінеральними солями, які містяться в сироватці крові є хлорид натрію, хлорид калію, солі кальцію і ін. В нормі в сироватці вміст натрію 135-144 ммоль/л, кальція – 2,25-2,75 ммоль/л, калію – 4,10-5,12 ммоль/л, магнію – 0,7-1,2 ммоль/л, хлору – 95,88-107,16 ммоль/л. Основну частину електролітів складає хлорид натрію. Вміст його різко зменшується при блюванні вагітних, кишковій непрохідності, перитоніті.

Для дослідження *кислотно-лужного стану* кров беруть із вени натщесерце в кількості 5 мл з додаванням у пробірку 0,3 мл розчину цитрата натрію. Реакція (рН) крові є величиною постійною, рівною 7,4, що пояснюється наявністю в організмі буферних систем, які забезпечують зв'язування кислих продуктів обміну. Зсув кислотно-лужної рівноги спостерігається при перитоніті, діабеті, розладах серцево-судинної системи і інших патологічних станах.

Специфічна *серологічна реакція на сифіліс* (реакція Васермана) проводиться усім поступаючим в стаціонар гінекологічним хворим. Кров беруть із вени натще в суху пробірку в кількості 5 мл.

Посів крові проводять септичним хворим, при тривалому підвищенні температури нез'ясованого характеру, кримінальному аборті і інших інфекційних захворюваннях. Взяття крові краще проводити під час лихоманки. В раніше підготовлені пробірки зі стерильними пробками і спеціальним середовищем (агар, бульон) береться кров із вени: 10 мл на посів і по 1 мл в 5 окремих пробірок. В закритому вигляді пробірки відразу транспортують до лабораторії.

Для дослідження на *протромбін* кров беруть в пробірку з 1,34% розчином оксалату натрію у співвідношенні 1:5 (наприклад, 0,2 мл розчину оксалату натрію та 1 мл крові).

Вміст протромбіну є найбільш вірним показником системи згортання крові, однак у зв'язку з відсутністю прямого способу визначення протромбіну його визначають непрямим по швидкості зсідання крові, а результат виражають коефіцієнтом або індексом. Протромбіновий індекс в нормі дорівнює 85-100%. При збільшенні його до 140-160% може наступити утворення внутрішньо-судинних тромбів. Зниження протромбінового індексу до 40-30% і нижче супроводжується кровоточивістю.

Для дослідження *коагулограми*, фібринолітичної активності фібриногену кров беруть із вени по 4,5 мл в кожену пробірку з додаванням по 0,5 мл розчину цитрату натрію (пробірки ставлять на лід). Ці дослідження в повному обсязі проводяться спеціалістами гематологами або гематологічною бригадою швидкої допомоги.

Отримані із лабораторії відповіді досліджень крові сестра продивляється і підклеює до історії хвороби. При отриманні термінових досліджень або при виявленні показників, які виходять за межі норми, медсестра повинна негайно повідомити лікаря.

II.8. Дослідження випорожнень.

Дослідження випорожнень призначають гінекологічним хворим для з'ясування функціонального стану кишківника, органічних захворювань і порушень, пов'язаних із захворюваннями статевих органів.

Дослідження на яйця глист проводять усім хворим, які поступили в стаціонар. Сестра попереджує хвору про необхідність зібрати випорожнення для дослідження. Пояснює як це зробити і забезпечує необхідною посудиною. Для аналізу необхідно брати свіжі випорожнення без домішок сечі, гнійних або кров'янистих виділень. При цьому хвора перед дефекацією повинна звільнити сечовий

міхур, при менструації або рясних гнійних чи кров'янистих виділеннях покласти у вхід піхви стерильний марлевий тампон. Випорожнення збирають у чисте, сухе підкладне судно або нічний горщик. В лабораторію відсилають приблизно 50 г калу в чистій скляній посудині прикритою папером. На посуді повинна бути наклейка із вказівкою прізвища, ініціалами хворої, номер відділення і палати, дата взяття проби і мета дослідження (кал на яйця глист, копрологічне дослідження, кал на реакцію Грегерсена і ін.). до відправки в лабораторію зібраний кал зберігається в спеціальному ящику в туалеті. Зберігання калу допустимо на протязі не більше 12 годин. Виключення складає дослідження калу на амебіаз, в цьому випадку кал відправляється до лабораторії відразу після дефекації.

Дослідження калу на приховану кров (реакція Грегерсена) призначається після спеціальної трьохденної дієти. Із їжі виключається м'ясо, риба, яблука, шпинат, щавель, тобто продукти та ліки, які містять залізо.

Для *бактеріологічного дослідження* при підозрі на дизентерію кал із судна беруть скляною паличкою і опускають в пробірку з живильним середовищем. При отриманні позитивних відповідей дослідження сестра повинна негайно повідомити лікаря і до переводу в спеціалізований медичний заклад ізолювати хвору. Виділити їй окремий посуд і судно. Випорожнення таких хворих перед змивом в каналізаційну систему знезаражують 50% розчином хлорного вапна, або 5% розчином карбонової кислоти. Для стерилізації випорожнень вказаними розчинами потрібно 5-10 годин.

III. Основні гінекологічні захворювання і їх клінічні прояви.

Серед захворювань жіночих статевих органів запальні процеси складають 55-65% випадків. Найбільш частою причиною запальних захворювань жіночих статевих органів є інфекційний збудник. В основному це стафілококи, стрептококи, кишкова паличка, ентерококи, протей, гонококи, мікоплазми, хламідії. Часто при загальному процесі виявляються мікробні асоціації. Велике значення в розвитку запального процесу має порушення цілості слизових оболонок і прилеглих тканин (наприклад, при мінструації, абортів, пологах, травмах), що сприяє проникненню інфекції. Виникнення і розвиток запального процесу залежить також від здатності організму протидіяти інфекції. При несприятливих умовах (втомлення, крововтрата, переохолодження і перегрівання, авітаміноз та ін.) запальний процес може бути викликаний умовно-патогенною флорою.

В основному розповсюдження інфекцій відбувається висхідним шляхом. Мікроорганізми можуть переноситися за допомогою сперматозоїдів, трихомонад, можливий і пасивний транспорт. Також інфекція може поширюватись гематогенним, лімфогенним чи контактним шляхом, проте це буває значно рідше.

III.1 Неспецифічні запальні захворювання жіночих статевих органів.

Неспецифічні запальні захворювання геніталій викликаються гнієрідною флорою і можуть виникати в різний період життя жінки. В більшості випадків вони спостерігаються у жінок в дітородному віці.

По перебігу запальні захворювання поділяються на гострі, підгострі та хронічні.

В залежності від локалізації виділяють запалення зовнішніх статевих органів (вульвіт, бартолініт), піхви (кольпіт), матки (ендоцервіцит, ендометрит, метрометрит, периметрит), придатків матки (сальпінгіт, оофорит), клітковини малого тазу (параметрит), тазової очеревини (пельвіоперитоніт) і розлите запалення очеревини (перитоніт).

При гострій стадії захворювання вирішальне значення має інфекційний агент. В хронічній стадії збудник значного значення не має. Загострення існуючого хронічного процесу часто не пов'язане з інфекцією.

Вогнище при хронічному запальному процесі є джерелом тривалого подразнення нервово – ендокринної та інших систем організму. Відмічається порушення кровопостачання з частковою облітерацією кровоносних, лімфатичних судин. Велике значення має фіброз і розвиток рубцево – злуквих процесів, які порушують правильні анатомічні та функціональні взаємовідношення, дистрофічні процеси в нервових клітинах сонячного, підчеревного та аортального сплетіння.

Значна роль при запаленні належить сенсibiliзації організму. Антигенами можуть бути різні фармакологічні засоби, які тривало використовувались з лікувальною метою, а також продукти розпаду і зміненого обміну у вогнищі запалення. Тривалі запальні захворювання жіночих статевих органів викликають порушення менструальної та дітородної функції, сексуальні розлади, порушення функції сечовидільної системи, функції кишечника, і можуть бути фоном для розвитку онкологічних захворювань.

Гострий вульвіт – запалення зовнішніх статевих органів, в більшості випадків розвивається внаслідок подразнення та мацерації вульви патологічними виділеннями при захворюваннях внутрішніх статевих органів. Сприятливими факторами розвитку вульвіту є нервово-ендокринні порушення в організмі, особливо недостатня функція яєчників, порушення обміну речовин і вітамінного балансу,

порушення ендокринної системи (цукровий діабет) і інші. Безпосередньою причиною виникнення захворювання є інфікування вульви, якому сприяє механічне подразнення і негігієнічне утримання зовнішніх статевих органів.

Основним симптомом вульвіту є роз'їдаючі болі, відчуття печії, свербіж, біль при доторканні, набряк і різка гіперемія зовнішніх статевих органів. Для успішної терапії необхідно з'ясувати причини, які призводять до даного захворювання і ліквідувати їх для цього визначають первинним чи вторинним є запальний процес, проводять бактеріоскопічне, а при необхідності і бактеріологічне дослідження. Місцеве лікування складається з бережної гігієнічної обробки розчином перманганату калію 1:10000, 3% розчином борної кислоти, або настійкою ромашки. Використовують примочки із 1% свинцевої води, 1% розчин резорцину, 3% розчин борної кислоти або фурациліну 1:5000. У похилих жінок при наявності болявих тріщин – мазі на жировій основі, 1% синтаміцинову емульсію. При виражених болях використовують 5% анестезинову мазь. На ніч призначають веронал 0,1 г на прийом. При розповсюдженні запалення призначають сидячі ванночки із настоєм ромашки, 3% розчин гідрокарбонату натрію.

Гострий бартолініт – це запалення вивідного протоку бартолінової залози. Набряк та інфільтрація механічно здавлюють вузький просвіт протоку і закривають його. Секрет залози застоюється і нагниває. Залоза збільшується, її вивідний проток перетворюється в гнійний мішок.

Відмічається локальна болючість, підвищення температури тіла до 38-39°C, припухлість в ділянці залози, пізніше – розм'якшення і флюктуація.

В стадії інфільтрації призначають ліжковий режим, лід до ділянки ураженої залози, сульфаніламід та антибіотики. Лікування триває 2-3 дні. При відсутності покращення, рекомендують теплові процедури, які сприяють швидкому нагноєнню. При появі флюктуації абсцес розкривають і лікують як гнійну рану.

Кольпіт – запалення піхви. Кольпіт, як первинне захворювання зустрічається рідко. Частіше кольпіт є наслідком запального процесу вищележачих відділів геніталій або в поєднанні із захворюваннями вульви. Хворі скаржаться на свербіж, біль у піхві, білі. Місцеві зміни стінки піхви дуже характерні і дозволяють поставити діагноз після огляду слизової оболонки піхви в дзеркалах. Постановці діагнозу і вибору лікування допомагає бактеріоскопічне і бактеріологічне дослідження виділень з піхви.

При тяжкій формі кольпіту призначають антибіотики, сульфаніламід, знеболюючі і дезінтоксикаційні засоби. Дуже важливим є ретельний гігієнічний догляд за зовнішніми статевими органами. Місцеве лікування складається із спринцювання розчином перманганату калію 1:10000, 2-4% розчином борної кислоти, 2% розчином соди. Використовують тампони із риб'ячим жиром і синтоміциновою емульсією.

Бактеріальний вагіноз (БВ) – при БВ відбувається зміна мікробіоценозу піхви: різке зниження чи відсутність лактобактерій, переважання бактероїдів, пептострептококів, гарднерел, мікоплазмів та інших анаеробів. Розвитку БВ можуть сприяти ендогенні фактори: зміна гормонального статусу, зниження імунологічної реактивності, порушення мікробіоценозу кишечника, а також ті, що вимагають застосування антибактеріальної терапії, перенесені та супутні захворювання, використання гормональних засобів, імунодепресантів.

Факторами ризику для розвитку БВ є: часта зміна статевих партнерів, використання ВМК, запальні захворювання сечостатевої системи, застосування антибактеріальних препаратів та імуносупресорів.

Діагноз БВ вважається обґрунтованим при наявності хоча б трьох з чотирьох ознак: наявності гомогенних вершкоподібних виділень сіро-білого кольору, адгезованих на слизовій оболонці піхви з неприємним запахом; виявлення *ключових клітин* (зрушені клітини плоского епітелію, вкриті грамваріабельними мікроорганізмами); позитивний аміногест (поява рибного запаху при змішуванні у рівних кількостях піхвових виділень та 10% розчину КОН); рН піхвового вмісту >4,5.

Мікроорганізми, що сприяють БВ, виробляють різні фактори, в тому числі протеолітичні ферменти (колагеназу), які сприяють проникненню бактерій у навколоплодову оболонку та порушенню їх цілісності. Виявлено зв'язок БВ з клінічною внутрішньоутробною інфекцією і виявленим при гістологічному дослідженні хоріоамніонітом.

Лікування: інтравагінально кліндаміцина фосфат (крем) чи метранідазол-гель. Починаючи з другого триместру вагітності, в разі недостатньої ефективності місцевої терапії можливе пероральне застосування кліндаміцину (300 мг 2 рази на добу упродовж 5 днів) чи метранідазолу (500 мг 2 рази на добу 2-5 днів). У першому триместрі вагітності пероральне застосування зазначених препаратів протипоказане. В разі наявності показань доцільно застосовувати еубіотики, біогенні стимулятори, вітаміни та інші засоби, що сприяють нормалізації мікробіоценозу піхви та кишечника.

Під час лікування та контрольного спостереження слід рекомендувати використання бар'єрних методів контрацепції. Перше контрольне клініко-лабораторне обстеження через тиждень після завершення терапії, повторне – через 4-6 тижнів.

Ендоцервіцит – ураження запальним процесом слизової оболонки каналу шийки матки, протікає по типу катарального запалення і супроводжується гіперсекрецією слизу. Проникненню

інфекції і виникненню запального процесу сприяє пошкодження шийки матки під час пологів, абортів, діагностичних вишкрібань. Патологічні білі із каналу шийки матки викликають злущування епітелію, який покриває слизову оболонку шийки матки навколо зовнішнього її зіву, при цьому часто утворюється кровоточива істинна ерозія. Больових відчуттів при ендocerвіциті у хворих не виникає і нерідко запалення виявляється при дослідженні жінки, яка звернулася з приводу скарг на білі.

Діагноз встановлюють на підставі клінічної картини, а також бактеріоскопічного і бактеріологічного дослідження виділень з цервікального каналу. Вважаючи, що ендocerвіцит може бути фоном для виникнення раку шийки матки, обов'язково треба провести кольпоскопію і цитологічне дослідження мазків на атипові клітини. Лікування проводиться загальне і місцеве в залежності від збудника захворювання.

Ендометрит – запалення слизової оболонки матки. Нерідко запальний процес захвачує і м'язовий шар матки (метроендометрит). Характерним для гострих метроендометритів є виражена загальна реакція організму на запалення: висока температура, лихоманка, слабкість, пітливість, тахікардія. Хворі скаржаться на болі в животі і виділення із статевих органів. Основними симптомами є білі і розлади менструальної функції, переважно поліменорея і меноррагія.

Виникненню ендометриту сприяють запальні захворювання нижнього відділу геніталей, зондування матки, порушення правил особистої гігієни під час місячних та після абарту. Особливо тяжко протікає метроендометрит після кримінальних внутрішньоматкових втручань, які проводяться для переривання вагітності.

Огляд в дзеркалах дозволяє виявити гнійний характер виділень з матки. При бімануальному дослідженні визначається збільшена, болюча при пальпації матка.

Розповсюдження інфекції за межі матки може призвести при ендометриті до втягненню в процес придатків матки, очеревини, навколоматкової клітковини, а також до виникнення метротромбофлебиту.

Периметрит – запалення серозного шару матки, протікає у вигляді сухої або ексудативної форми. Ексудат розсмоктується, але випавший фібрин утворює обширні спайки між маткою, придатками, паріетальною очеревиною, петлями кишечника і сальника.

Сальпінгоофорит (аднексит) – запалення придатків матки. Запальний процес може бути одностороннім або двохстороннім. Запальний ексудат, який накопичується в трубці, нерідко витікає через ампулярний отвір в черевну порожнину. Навколо труби утворюються спайки і отвір труби закривається. Розвивається мішкова пухлина труби, гідросальпінкс (вміст – серозна речовина) або піосальпінкс (гнійна рідина).

Ізольоване запалення яєчників (офорит) як первинне захворювання зустрічається рідко. В гострій стадії запалення в яєчнику спостерігається набряк і мілкоклітинна інфільтрація. Якщо запальний процес продовжує зростати, то виникає гнійник. Запальні захворювання придатків матки є причиною безплідності, порушення менструальних функцій, позаматкових вагітностей і інших захворювань жіночих статевих органів.

Симптоматику сальпінгоофорита можна поділити на місцеву, пов'язану з пошкодженням додатків матки і порушенням їх функції і загальну, що відображає реакцію організму на патологічний процес. Для місцевих симптомів характерна біль, порушення менструального циклу, білі та непліддя.

Із загальних симптомів спостерігається підвищення температури, слабкість, нудота та блювота, сухість у роті, що пов'язано з інтоксикацією організму.

Терапія повинна бути спрямована на знищення запального процесу додатків матки, встановленню нормальної функції яєчників і збереження здоров'я жінки. Застосовується антибактеріальна терапія (беручи до уваги чутливість мікрофлори), десенсибілізуюча, розсмоктуюча терапія, вітамінотерапія і фізіотерапевтичні методи лікування.

Параметрит – запалення навколоматкової клітковини. Виникнення параметриту пов'язане з ускладненим перебігом пологів або абортів. Найбільш частий шлях розповсюдження інфекції – лімфогенний. Характерними для параметриту є біль з іррадіацією в крижі і ноги. Із-за сильних болей часто затруднене сечовипускання і дефекація. Температура тіла підвищується до 39°C, тахікардія. Стан хворої різко погіршується при гнійному розплавленні параметральної клітковини. Можливий прорив гнійника в сечовий міхур або пряму кишку.

Пельвіоперитоніт – це запалення тазової очеревини, виникає частіше за все вторинно при проникненні інфекції в черевну порожнину із інфікованої матки, труб і яєчників. Розрізняють гострий та хронічний пельвіоперитоніт. При гострому процесі відмічаються різкі болі в животі, особливо в нижньому його відділі, висока температура тіла, тахікардія, нудота, блювота, вздуття живота, затримка газів і стула; виявляються ознаки інтоксикації організму. Живіт в нижній частині напружений, симптом Щоткіна – позитивний. Відмежований гнійний процес може розповсюдитись і призвести до розвитку дифузного перитоніту.

Захворювання, що викликають гострий живіт в гінекології.

Позаматкова вагітність.

Імплантація плодового яйця в будь-якому іншому місці, крім порожнини матки, визначається як позаматкова вагітність. Більше 95% випадків ектопічної вагітності складає трубна вагітність.

Переривання трубної вагітності звичайно проходить шляхом трубного абортів або розриву труби. При повному аборті продукт запліднення виділяється в черевну порожнину, кровотеча може припинитися і симптоми зникають.

Частіше кровотеча продовжується коли продукт запліднення залишається в трубі; кров стікає в прямо-кишкове маткове заглиблення. При закупорці ампулярного відділу труби утворюється гематосальпінкс.

Розрив труби виникає в перші декілька тижнів вагітності при локалізації плідного яйця в істмічному відділі. В цьому випадку виникає профузна кровотеча, що супроводжується гіповолемією і нерідко колапсом.

Клінічними симптомами порушеної позаматкової вагітності є:

- біль в животі або тазі;
- аменорея або невеликі кров'янисті вагінальні виділення;
- вазомоторні розлади (при невеликій кровотечі – нормальній або злегка підвищений АТ; при тривалій кровотечі – тахікардія, зниження АТ, головокружіння, запаморочення, олігурія);
- гастроінтестинальні симптоми (нудота, блювота);
- біль при пальпації живота, заднього вагінального склепіння;
- збільшення придатків з одного боку;
- при присутності крові в черевній порожнині можуть спостерігатися симптоми подразнення очеревини, "м'язовий захист".

Діагностика:

1. Лабораторна:
 - зменшення гемоглобіну і гематокриту;
 - дослідження рівня хоріонічного гонадотропіну (при ектопічній вагітності рівень його нижче, ніж при матковій).
2. Ультрасонографія.
3. Кульдоцентез (при одержанні шляхом аспірації крові, що не згортається, діагноз внутрішньочеревної кровотечі цілком ймовірний).
4. Лапароскопія.

Лікування: існує єдина точка зору на терапію трубної вагітності – після встановлення діагнозу необхідно провести хірургічне лікування. Характер операції залежить від локалізації плідного яйця, вираженості патологічних змін, ступеня крововтрати, загальним станом, віком і бажанням хворої мати вагітність у майбутньому.

Операція вибору є тубектомія. Операція проводиться в три етапи: лапаратомія, зупинка кровотечі – реанімаційні міроприємства – продовження операції.

Консервативні операції на маткових трубах виконуються в наступних випадках: задовільний стан хворої; незначні зміни маткової труби; бажання жінки зберегти репродуктивну функцію; відсутність в анамнезі неплідності, операції на трубах, сальпінгіту.

Апоплексія яєчника – це крововилив у паренхіму яєчника, який супроводжується кровотечею у черевну порожнину. Причини апоплексії чітко не встановлені. Вона може розвиватися у будь – який день менструального циклу чи після затримки менструації, але частіше в середині циклу.

Захворювання починається раптово появою гострого болю, частіше в одній із здухвинних ділянок, який невдовзі поширюється на весь живіт та іррадіює у пряму кишку, пахову ділянку, крижі, ногу.

З'являються симптоми внутрішньої кровотечі, шок із втратою свідомості. Температура тіла нормальна. При пальпації живота відмічають його здуття, болючість у нижній половині з одного або з обох боків.

При гінекологічному дослідженні визначається нависання (у випадку сильної кровотечі) і болючість вагінальних склепінь. Зміщення шийки викликає сильний біль. Матка здебільшого нормальних розмірів, а в ділянці придатків з одного боку визначається болючість, збільшений, не рідко кістозно – змінений яєчник. Часто при апоплексії встановлюють діагноз позаматкової вагітності, тому що симптомів, характерних для апоплексії немає.

Розрив піосальпінксу – відбувається мимовільно або в наслідок фізичної травми. Перед перфорацією гнійника завжди є період погіршення – посилення болю, підвищення температури,

наростання симптомів подразнення очеревини. Одразу ж після розриву виникає гострий біль по всьому животі, стан колапсу, нудота, блювота, живіт напружений і різко болючий. Загальний стан хворої швидко погіршується. При розриві піосальпінксу не рідко розвивається тазовий перитоніт.

Перекрути ніжки кістому. У результаті перекруту порушується живлення тканини пухлини, виникають дегенеративні зміни в пухлині, некроз із розривом стінки. Клінічно при перекручуванні ніжки пухлини з'являються симптоми гострого живота.

III.2 Запальні захворювання жіночих статевих органів, які передаються статевим шляхом

Термін “венеричні захворювання” був недавно замінений терміном – захворювання, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ), або сексуально-трансмисійні захворювання – група інфекційних захворювань, що передаються, в основному статевим шляхом.

Гонорея – специфічне інфекційне захворювання, викликане гонококком Нейсера. Зараження гонореею відбувається статевим шляхом. Рідко спостерігається побутовий шлях зараження. Інкубаційний період складає 3-4 доби, але може досягати 2-3 тижні. Розповсюдження інфекції відбувається висхідним шляхом по слизовим оболонкам, поступово захвачуючи все нові і нові ділянки сечостаєвого апарату. Ендотоксини, звільнюючись при руйнуванні мікробних тіл, викликають ряд загальних явищ: головний біль, загальне недомогання, ураження суглобів, периферичних нервів і інших органів. Попавши в сечовивідний канал гонококи викликають гонорейний уретрит. Однак внаслідок короткої уретри, запалення часто викликає відчуття печії або болей при сечовипусканні, а гнійні виділення можуть залишатися непомітними.

Подальше розповсюдження інфекції призводить до ураження шийкового каналу, слизової оболонки шийки матки і маткових труб.

Сприятливі умови для розповсюдження інфекції створюються під час менструації, вагітності, у післяпологовому періоді.

Виділяють гостру, підгостру та хронічну гонорею. В гострому періоді хворі скаржаться на свербіж або відчуття печії в піхві, гнійні виділення із статевих органів, часте болюче сечовипускання. Гострий період поступово і непомітно для хворої переходить в наступну стадію – підгостру. Значна тривалість гострого та підгострого процесу досягає 8 тижнів. Хронічна гонорея у жінок протікає часто без виражених клінічних симптомів і при відсутності гонококів у виділеннях із сечовстатевих органів. В той же час хвора є джерелом інфекції.

В залежності від локалізації гонорейного процесу у жінок прийнято виділяти гонорею нижнього та верхнього відділів геніталей. Межею між верхнім та нижнім відділом статевих органів є внутрішнє вічко каналу шийки матки.

При гонорейі нижнього відділу геніталей у дорослих патологічний процес захвачує сечовипускний канал з парауретральними ходами, вивідні протоки бартолінових залоз і канал шийки матки. В дитячому віці може спостерігатись також гонорейний вульвіт і вагініт.

При проникненні гонококів за межі внутрішнього вічка розвивається гонорея верхнього відділу статевих органів або висхідна гонорея. При цьому уражується ендометрій, труби і яєчники. Подальше розповсюдження інфекції за межі статевих органів призводить до розвитку гонококового пельвіоперитоніту та перитоніту.

Для виявлення гонорейі, крім вивчення анамнезу і клінічних симптомів захворювання проводять аналіз вірогідних первинних вогнищ гонорейі, бактеріоскопчне дослідження секрету уретри, великих вестибулярних залоз, цервікального каналу та прямої кишки. Бактеріологічне дослідження виділень і серологічні реакції з кров'ю (реакція Борде-Жангу) із сечею (реакція Лисовської-Фенгелля). Діагноз гонорейі можна вважати встановленим лише при наявності гонокока.

При хронічному перебігу гонорейі для виявлення збудника можуть бути використані методи провокування, які викликають загострення процесу.

Виділяють фізіологічне, біологічне, термічне, механічне, хімічне та аліментарне провокування загострення гонорейі. Одночасно використовують декілька видів провокування.

Гонорея – загальне захворювання. В терапії її велике значення має лікування антибіотиками (пеніцилін, левоміцетин) і сульфаніламідними препаратами (сульфадімезин, сульфазол, норсульфазол та інші по 0,5г 5 разів на день).

Загальна терапія поєднується з місцевою обробкою вогнищ ураження. Для цього використовують 1-3,5% розчин азотно-кислого срібла, 3% розчин протарголу, 5% розчин коларголу.

Для встановлення остаточного виліковування гонорейі після закінчення лікування проводять механічне та біологічне провокування з послідуочим взяттям мазків і посівів протягом 3-х місяців на 2-й та 4-й день місячних. Якщо протягом цього часу гонокок жодного разу не виявляється. То хвора вважається вилікованою.

Трихомоніаз.

Збудником трихомоніазу є піхвова трихомонада. Зараження відбувається переважно статевим шляхом. Інкубаційний період складає від 2 до 20 діб. Піхвова трихомонада паразитує в піхві але може

проникати в уретру і бартолінові залози. Початок захворювання може мати гострий та підгострий характер. Ступінь запальної реакції залежить від патогенності трихомонад, реактивності макроорганізму і характеру супутньої бактеріальної флори.

Гострий трихомонадний кольпіт супроводжується рясними пінистими гнійними виділеннями з неприємним запахом, свербінням зовнішніх статевих органів, печією при сечовиділенні, болісністю при статевому акті, гіперемією слизової оболонки піхви.

Туберкульоз статевих органів жінки відноситься до вторинних органних позалегенових форм захворювання. *Первинний комплекс*: первинне ураження туберкульозом – розвивається в легенях (90%) або в органах черевної порожнини (10%). Звідси збудник туберкульозу – мікобактерія туберкульозу – розповсюджується на внутрішні статеві органи, частіше за все гематогенним шляхом. Можливе розповсюдження інфекції по лімфатичним судинам, також перехід туберкульозного процесу на стетеві органи з ураженої туберкульозом очеревини.

Найбільш часто уражуються маткові труби і матка, рідше – яєчники і дуже рідко – піхва і зовнішні статеві органи.

Загальні ознаки туберкульозу статевих органів жінки по клінічній картині мало відрізняються від неспецифічних запальних захворювань. Це призводить до того, що діагноз захворювання встановити важко.

Туберкульоз придатків матки – з незначними анатома – функціональними змінами відноситься до самих ранніх стадій захворювання, які протікають непомітно і тяжкі для розпізнавання. Часто хворі скаржаться на безпліддя. Температура тіла залишається нормальною. При піхвовому дослідженні патологічних змін придатків матки не визначається. Картина крові не змінена. Тільки ретельне багатостороннє дослідження хворої дозволяє встановити вірний діагноз і своєчасно призначити лікування.

Подальший розвиток захворювання призводить до потовщення маткових труб, утворення злук з оточуючими органами, з'являються болі, порушення менструального циклу. Можуть виникати великі запальні утворення, але у багатьох жінок загальний стан при цьому залишається задовільний.

Більш в тяжких випадках в процес втягується яєчник, але запалюється частіше його зовнішній шар, іноді виникає кістозна дегенерація. Маткова труба і яєчник можуть являти собою єдине утворення в якому при дослідженні можна виявити вогнище казеозного розпаду тканин. При цій формі захворювання є виражені ознаки туберкульозної інтоксикації: температура тіла підвищена (характерно періодичне не постійне підвищення температури), у хворої з'являється подразливість, швидка втомлюваність, пітливість, прискорення ШОЕ. Казеозне вогнище часто потребує оперативного лікування.

Рубцево-злукові форми туберкульозу придатків матки із – за значних зрощень між внутрішніми статевими органами малого тазу можуть супроводжуватися болями. Такі хворі, як правило страждають безпліддям.

З туберкульозом геніталей можуть протікати і інші гінекологічні захворювання, такі як доброякісні пухлини матки і її придатків. В таких випадках поряд з протитуберкульозним лікуванням показане оперативне втручання з приводу супутнього захворювання.

У більшості хворих з рубцево-злуковими формами туберкульозний процес неактивний. Чи потребують такі хворі лікування протитуберкульозними засобами, вирішується після ретельного обстеження хворої.

При *туберкульозі матки* частіше всього уражується її слизова оболонка, тобто виникає *туберкульозний ендометрит*. Виділяють вогнищевий ендометрит, коли в ендометрії спостерігаються окремі туберкульозні вогнища і повторне ураження всієї слизової оболонки - дифузний ендометрит.

Туберкульоз шийки матки, піхви і зовнішніх статевих органів зустрічається рідко. Туберкульозна виразка шийки матки мало відрізняється від істинної ерозії і тільки за допомогою біопсії можливо встановити вірний діагноз. При розпаді тканин у зтяжних випадках туберкульозу виразка шийки матки нагадує злоякісний процес. Туберкульоз піхви і зовнішніх статевих органів проявляється у вигляді поверхневих виразок.

Для встановлення діагнозу генітального туберкульозу велике значення має вірно зібраний анамнез (перенесені в минулому захворювання туберкульозу інших органів і систем або контакт з хворими відкритими формами туберкульозу). Підтверджують діагноз туберкульозу гістологічне і бактеріологічне дослідження. Велике значення має рентгенологічне дослідження і гістеросальпінгографія, при якій отримують характерне для туберкульозного ураження зображення порожнини матки і труб, а також оглядовий знімок тазу, який дозволяє виявити ділянки звапнення (кальцифікати). Позитивні результати туберкулінових проб також сприяють встановленню вірного діагнозу.

Лікування туберкульозу проводять так, як і при іншій локалізації туберкульозного процесу в організмі. Хвора повинна стати на облік в протитуберкульозний диспансер по місцю проживання. Лікування призначають гінекологи – спеціалісти по генітальному туберкульозу, які працюють разом з лікарем-гінекологом жіночої консультації і фтизіатрами диспансеру. Лікування проводять на фоні лікувально-охоронного режиму і раціонального харчування. Після встановлення діагнозу генітального

туберкульозу, хвору направляють в спеціалізоване гінекологічне відділення або санаторій. Вчасно розпочате правильне протитуберкульозне лікування призводить до повного виліковування в більшості хворих. Використовують специфічні протитуберкульозні препарати: стрептоміцин, препарати ГНК (фтивазид, тубазид і інші) і ПАСК (солі параміносалицилової кислоти).

Лікування повинно бути комбінованим і тривалим. Спочатки призначають три, а потім два із вказаних вище препаратів першого порядку. В подальшому по мірі необхідності до лікування додають препарати другого порядку (циклосерин, етаксид, тібон, ріфампіцин). При показаннях використовують фізіотерапевтичні та оперативні методи лікування.

Профілактика туберкульозу.

В нашій країні розроблені заходи спрямовані на повне знищення туберкульозу в Україні. Велике значення мають протитуберкульозні диспансери, де хворі генітальним туберкульозом жінки знаходяться під спостереженням і до повного виздоровлення отримують необхідне безкоштовне лікування.

СНІД (синдром набутого імунodefіциту) – є захворювання, що швидко розповсюджується, передається статевим шляхом. СНІД був вперше описаний в 1981 р., збудник якого ВІЛ (вірус імунodefіциту людини) був відкритий в 1983 р. Захворювання розповсюджене в багатьох країнах світу. СНІД включає широкий спектр захворювань, що визвані ВІЛ.

ВІЛ є причиною розвитку ураження імунної системи організму внаслідок його репродукції в білих кров'яних клітинах – Т-лімфоцитах, уражаючи все більшу кількість клітин. Чим довше інфікований організм людини, тим більша вірогідність ураження його імунної системи, що призводить до підвищення захворюваності. Приблизно в половині випадків ВІЛ-інфіковані люди захворіють СНІДом протягом 10 років. При захворюванні на СНІД в 50% випадків смерть настає протягом 18 місяців, а в 80% випадків – протягом 3-х років.

Шляхи передачі інфекції:

- статевий: через гомо- і гетеросексуальний контакт;
- парентеральний: переливання крові і її препаратів, вживання використаних ін'єкційних голок наркоманів, інфікування медичних працівників при випадковому ураженні шкіри, через відкриту рану і т.ін.
- перинатальний: внутрішньоутробний (через плаценту), в період пологів, під час годування груддю.

ВІЛ вдалось виділити із крові, слини, сперми і піхового секрету, а також сечі, калу і сліз. Вірус не проходить через непошкоджену шкіру. Проникаюча здатність тканин ендометрію, піхви, шийки матки, прямої кишки і уретри для ВІЛ може сприяти інфікуванню організму. Інфікованість продовжується протягом усього життя.

Як і для інших ЗПСШ, ризик інфікування жінки після одного статевого зношення вище для жінок при передачі ВІЛ від інфікованих статевих партнерів, ніж для чоловіків, які мали статевий контакт з інфікованою жінкою.

Профілактика ВІЛ-інфекції – це єдиний шлях запобіганню епідемії СНІДу. Масова пропаганда безпечного статевого життя і запобігання інших сексуально-трансмісивних захворювань – є основним у боротьбі зі СНІДом. В більшості випадків початок захворювання залишається безсимптомним. Такий безсимптомний перебіг може продовжуватись протягом багатьох років. В цей період часу пацієнти можуть стати джерелом інфекції.

Клінічні симптоми СНІДу діляться на дві групи:

I група (основні симптоми):

- 1) втрата маси тіла більш ніж на 10%;
- 2) хронічний пронос протягом більше одного місяця;
- 3) тривала лихоманка, більше одного місяця (постійного або періодичного характеру).

II група ("малі" симптоми):

- 1) постійний кашель протягом більше одного місяця;
- 2) генералізований дерматит;
- 3) рецидивуючий герпес (Herpes zoster);
- 4) кандидоз слизової роти;
- 5) хронічна прогресуюча і диссиминована інфекція простого герпесу;
- 6) генералізована лімфоаденопатія.

При наявності у пацієнтки двох симптомів першої і одного з симптомів другої групи і виключення таких причин імуносупресії, як злоякісна пухлина виражена недостатність харчування та інше їх слід направляти до інфекціоніста.

Хламідіоз.

Хламідії – грам-негативні бактерії, що розміщуються всередині клітин у вигляду скупчень, або дифузно. Живуть переважно в парауретральних ходах.

Урогенітальний хламідіоз – найпоширеніше захворювання серед хвороб, що передаються статевим шляхом.

Хламідіоз одна з основних причин патології вагітних і новонароджених. Можливе

внутрішньоутробне враження. Подолавши плацентарний бар'єр, інфекція обумовлює самовільні аборти. Лабораторна діагностика хламідіоза – метод прямої імунофлюоресценції. Зараз широко впроваджується молекулярні методи – імунохроматографія.

Лікування уrogenитального хламідіоза досить затруднене через асоціацію хламідіоза (до 50%) з **мікоплазмами**, що передаються статевим шляхом.

В 1937 році мікоплазми були вперше виділені в чистій культурі з абсцесу бартолінової залози. З 12 різновидів мікоплазм, які можуть спричинити захворювання у людини, 7 виділені з сечостатевого тракту. В 1954 році з уретри хворих були виділені Т-мікоплазми, які пізніше були названі **уреаплазма**. У жінок уреаплазма спричиняє гострий уретральний синдром, цервіцит, сальпінгіт.

III.3. Пухлини геніталій.

Пухлини геніталій можуть бути доброякісними та злоякісними. Злоякісні пухлини характеризуються швидким ростом, здатністю інфільтрувати навколишні тканини і давати метастази. В залежності від тканини із якої виникла пухлина, розрізняють епітеліальні, сполучнотканинні, м'язові та тератоїдні (із ембріонального зачатку) пухлини.

Пухлини вульви та піхви – займають 4-5-те місце серед пухлин геніталій.

Кисти піхви – ретенційне утворення (із залишків гартнерового ходу), розвиваються по боковій стінці і склепінні піхви, клінічних симптомів не дають, виявляються при огляді піхвовими дзеркалами і бімануальному дослідженні, видалаються оперативним шляхом.

Фіброми вульви та піхви – доброякісні пухлини сполучно-тканинного походження. Діагностуються візуально та при бімануальному дослідженні, лікування: **консервативне** (спостереження), при значному збільшенні: **оперативне**.

Рак вульви та піхви – злоякісна пухлина, які виникають в похилому віці та супроводжуються свербінням, слизово-гнійними або сукровичними виділеннями, болями. Лікування в початкових стадіях комбіноване – видалення вульви та пахвових лімфатичних вузлів з послідувочою рентгенотерапією. При масивному ураженні використовується поєднана рентгено-радіотерапія.

Пухлини шийки матки по частоті виникнення займають перше місце серед пухлин геніталей.

Фонові захворювання шийки матки:

- справжня ерозія шийки матки;
- псевдоерозія;
- лейкоплакія (без атипії, проста);
- поліпи шийки матки

Передраковий процес – дисплазії шийки матки.

Справжня ерозія шийки матки – відсутність покривного епітелію на її піхвовій частині. Часто виникає внаслідок ендocerвіциту, ендометриту.

Псевдо ерозія – циліндричний епітелій наповзає на ерозовану поверхню із слизової оболонки шийкового каналу. Основні причини виникнення: запальні захворювання (цервіцит, ендocerвіцит); поліпи, травми шийки матки під час пологів, гормональні порушення.

Псевдо ерозія буває набута, вроджена, рецидивуюча.

Лейкоплакія шийки матки, вульви – фонове захворювання з характерним ураженням шкіри та слизових оболонок нижнього відділу статевих органів, потовщенням і зроговінням покривного епітелію.

Поліпи слизової оболонки каналу шийки матки – розростання тканин біля зовнішнього вічка, в середині або верхній частині слизової оболонки каналу шийки матки. Можуть бути на ніжці або широкій основі. Поліпи шийки матки, як правило, є доброякісними.

Дисплазія епітелію шийки матки – клінічно проявляється як лейкоплакія, еритроплакія, ерозія, ектропіон чи цервіцит. Діагноз дисплазії можна встановити за допомогою кольпоскопії, цитологічного та гістологічного досліджень.

Міоми або фіброміоми шийки матки розвиваються із м'язової та сполучної тканин, діагностуються при огляді шийки матки, за допомогою піхвових дзеркал та бімануальному дослідженні. Лікування оперативне.

Рак шийки матки найбільш часто зустрічається у жінок у віці 40 років та старше. Для раку шийки матки в ранній стадії характерні контактні кровотечі, а в більш пізній – ациклічні.

Форми росту пухлини: ендofітна, екзофітна, змішана. При екзофітній формі пухлина росте у просвіт піхви, набуває вигляду цвітної капусти і може виповнювати просвіт піхви. Ендofітна форма характеризується проростанням пухлини у м'язовий шар шийки матки, внаслідок чого шийка матки збільшується ущільнюється. При розпаді пухлини утворюється кратероподібна виразка. Змішана форма росту раку шийки матки має ознаки як ендofітних, так і екзофітних форм. Рак шийки матки може поширюватися на тіло матки, параметрії, піхву.

Діагностика пізніх стадій раку шийки матки нескладна, важче діагностувати початкові форми,

коли на шийці ще немає пухлинних утворень. Для виявлення ранніх стадій захворювання використовується цитодіагностику, кольпоскопію та біопсію. При екзофітній формі росту пухлина має вигляд велико- або мілкобугристих легко кровоточачих розростань типу кольорової капусти. При ендофітних формах шийка матки має бочковидну форму з виразками. При розвитку пухлини в цервікальному каналі зовнішній вигляд шийки матки може бути незмінений. Бімануальне піхво-ректальне дослідження дозволяє виявити щільність шийки матки, її бугристість, інфільтрацію склепін та параметрію, ураження тазових лімфатичних вузлів.

Лікування раку шийки матки може бути: комбінованим (оперативно-променево), променевим (радій, телегамматерапія).

Пухлини тіла матки по частоті виникнення займають 3 місце серед пухлин геніталій.

Міоми (фіброміоми) матки – доброякісні пухлини. В залежності від напрямку росту фіброматозних вузлів виділяють: субсерозну форму, коли вузли розташовані на ніжці під серозною оболонкою стінки матки, субмукозну (підслизову), якщо пухлина росте в порожнину матки, інтерстиціальну, якщо пухлина розташована в товщі стінки матки. Величина вузлів може бути різною: від декількох міліметрів до розмірів величини матки при доношеній вагітності.

Симптоматологія фіброміоми матки залежить від локалізації вузлів. Субсерозні фіброматозні вузли зв'язані з маткою широкою основою або тонкою ніжкою. При одиноких та невеликих субсерозних вузлах менструальна та дітородна функції не порушені і фіброміома протікає безсимптомно. Ускладнення виникають при перекуті ніжки вузла та порушенні його харчування. Субмукозні фіброматозні вузли супроводжуються альгодисменореєю, гіперполіменореєю, непліддям і іншими порушеннями.

Клініка при інтерстиціальних вузлах залежить від напрямку їх росту.

Діагностика фіброміом матки здійснюється при бімануальному дослідженні. При субмукозному вузлі використовують зондування матки та гістеросальпінографію.

Лікування хворих фіброміомою матки проводять за двома напрямками: диспансерне спостереження за хворими з "безсимптомними" фіброміомами і оперативне лікування по показанням.

Рак тіла матки зустрічається рідше, чим рак шийки матки. Найбільш часто захворювання спостерігається у віці від 50 до 60 років. В етіології та патогенезі раку тіла матки велике значення має порушення ендокринних факторів. Про це свідчить часте поєднання раку тіла матки з ожирінням, цукровим діабетом, гіперхолестеринемією, гіпертонічною хворобою і інше.

Характерними для раку тіла матки є порушення менструальної функції. Кровотечі мають ациклічний характер і нерідко спостерігаються кров'яні виділення в менопаузі. В запущених випадках з'являються гнійні білі.

Діагностику раку тіла матки починають з цитологічного дослідження аспірату з порожнини матки. При виявленні в мазках атипічних клітин проводять гістероцервікографію, що дозволяє виявити наявність пухлини та локалізацію і сукупність розповсюдження. Згідно даним гістероцервікографії роблять прицільну біопсію ендометрію. Для підтвердження діагнозу проводять лімфографію або флебографію для уточнення ступеню розповсюдження пухлини.

Лікування раку тіла матки може бути комбінованим та променевим. Комбінований метод включає операцію екстирпації матки з придатками та тазовими лімфатичними вузлами з послідуочим використанням телегамматерапії, променевий метод заключається в поєднанні Кюрі - телегамматерапії.

Саркома матки частіше виникає в тілі матки і відрізняється вираженою схильністю до розповсюдження на сусідні органи і метастазування в легені та печінку. Характеризується кров'янистими виділеннями із статевих шляхів та швидким ростом матки. Діагностика базується на даних гістологічного дослідження ендометрію.

Лікування комбіноване: екстирпація матки з придатками та послідуоча променева терапія.

Хоріонепітеліома відноситься до найбільш злоякісних пухлин, розвивається із елементів трофобласту. Найчастіше хоріонепітеліома локалізується в матці, рідше в піхві, в трубах, або яєчниках.

Метастазує хоріонепітеліома гематогенним шляхом. Раніше всього метастази з'являються в легенях та піхві, а потім в головному мозку, печінці, нирках і інших органах.

Характерними для хоріонепітеліоми є тривалі маткові кровотечі, які не припиняються, не дивлячись на багаторазове вишкрібання порожнини матки.

Діагностика хоріонепітеліоми базується на оцінці даних анамнезу, гінекологічного, гормонального та гістологічного методів дослідження. Вміст гонадотропних гормонів в сечі при хоріонепітеліоми в 30-100 разів вищий, ніж при нормальній вагітності.

Лікування комбіноване і заключається в екстирпації матки з придатками, з послідуочою хіміотерапією.

Хіміотерапію використовують як самостійний метод, при вираженому її ефекті може відбутися регрес хоріонепітеліоми та її метастазів, а також відновити менструальну та дітородну функцію. Лікування хіміопрепаратами (метотрексат, актиноміцин) проводять курсами під контролем біологічних та імунологічних гормональних тестів.

Пухлини яєчників. Із тканини яєчника можуть розвиватися пухлиноподібні (ретенційні утворення) та істинні пухлини яєчників.

Ретенційні утворення, або кісти – це не проліферуючі пухлини, які виникають внаслідок затримки секрету в порожнині, що викликані розтягненням та розплавленням тканини. До них відносять фолікулярні кісти, кісти жовтого тіла, ендометроїдні та параоваріальні кісти.

По перебігу ці утворення доброякісні, не досягають великих розмірів, симптоматика їх бідна. Розвиток кісти не супроводжується ніякими больовими симптомами. Виявляються кісти, як правило, випадково, при гінекологічному огляді.

Лікування тривало існуючих кіст яєчника оперативне, так як неможливо виключити наявність істинної пухлини. Об'єм оперативного втручання у жінок молодого віку – мінімальний: цистектомія, тобто вилучення кісти із залишком незміненої тканини яєчника, оофоректомія – видалення всього яєчника при неможливості збереження його тканини. В похилому віці різні кісти яєчників підлягають хірургічному лікуванню з видаленням обох яєчників.

При *ендометриозі яєчників* можливе лікування синтетичними прогестинами – мігестреналом, інфекундіном і оксипрогестероном – компронатом протягом 4 -5 місяців.

Кістоми (істинні пухлини яєчників) по походженню можуть бути первинними (розвиватися із тканин яєчника) та вторинними (метастатичними). Найбільш часто метастази в яєчнику виникають із шлунково-кишкового тракту (метастаз Крукенберга), молочної та щитовидної залози.

По перебігу всі кістоми яєчників розділяються на доброякісні, проліферуючі та малігнізуючі. Доброякісна кістома з часом може перейти в проліферуючу, а проліферуюча – в малігнізовану кістому.

Лікування хворих з істинними пухлинами залежить від характеру пухлини. При доброякісних пухлинах лікування обмежується оперативним втручанням, яке залежить від віку хворої. При злоякісних пухлинах хірургічне лікування проводиться разом з хіміотерапією.

III.4. Порушення менструального циклу.

Менструальна функція жінки тісно пов'язана зі всіма іншими функціями організму. Любі порушення в організмі можуть призвести до порушення менструального циклу і навпаки – порушення менструальної функції часто призводить до загальних розладів, що виражається в погіршенні самопочуття і працездатності жінок.

Порушення менструального циклу зумовлені патологічними змінами нейроендокринної регуляції в системі гіпоталамус – гіпофіз–яєчники–матка і можуть мати циклічний та ациклічний характер. До циклічних порушень відносять гіпо- та гіперменструальний синдром.

Гіпоменструальний синдром об'єднує порушення менструального циклу, яке виражається зниженням менструальної функції. Виділяють наступні прояви цього синдрому.

Гіпоменорея (мізерні менструації) спостерігається при загальному і місцевому недорозвитку геніталей, може бути наслідком таких ендокринних захворювань як гіпофізарне ожиріння або порушення функції щитовидної залози. Вона виникає також при загальних важких захворюваннях та після ускладненого абортів.

Олігоменорея – короткі менструації (менш ніж 2 дні).

Опсоменорея – рідкі менструації, що повторюються більше ніж через 35 днів.

Аменорея – повна відсутність менструацій протягом більше 6 місяців. Вона може бути фізіологічною та патологічною. До фізіологічних відносять аменорею до статевої зрілості, пов'язану з вагітністю та годуванням груддю (лактаційна аменорея), а також аменорею в похилому віці.

Патологічна аменорея може бути первинною (ніколи в житті не було менструацій) і вторинною (менструації були, але припинились).

Можлива несправжня первинна аменорея, коли відбуваються нормальні циклічні зміни в яєчниках та матці, але по деякій причині менструальна кров не виділяється назовні. Відтоку виділенню може заважати зарощення дівочої перетинки, каналу шийки матки або піхви. У таких хворих менструальна кров накопичується у відділах статевих органів, які розташовані вище над місцем зарощення, що викликають появу болей, порушення загального стану жінки та потребують відповідного хірургічного лікування.

Вторинна аменорея виникає внаслідок багатьох тяжких захворювань: інтоксикація при інфекційних захворюваннях, хронічних отруєннях, загальному виснаженні організму, психічних травмах. Вторинна аменорея може бути обумовлена оперативними втручаннями (видалення матки або яєчників) або дією променевої енергії.

За рівнем виникнення порушення регуляції менструальної функції виділяють різні форми патологічної аменореї: гіпоталамічну, гіпофізарну, яєчникову та маткову.

Гіпоталамічна аменорея.

Психогенна аменорея обумовлена стресовими ситуаціями та психічними травмами.

Аменорея при несправжній вагітності може виникати у жінок, які дуже хочуть або дуже бояться завагітніти. Можуть з'явитись гадані ознаки вагітності (під впливом самонавіювання). Біологічні реакції на вагітності від'ємні.

Аменорея при нервовій анорексії може з'явитись у дівчат при нервовому або фізичному первантаженні, при різкому схудненні або безконтрольному вживанні препаратів для зниження апетиту.

Аменорея при адіпозо – геніальній дистрофії (синдром Пехранца – Бабінського – Фрейліна) розвивається внаслідок пухлини або травми гіпоталамічної ділянки, після нейрогенної інфекції, епідемічного паротиту, грипу. Зустрічається до періоду статевого дозрівання. Характерне ожиріння з відкладенням жиру на стегнах, животі, обличчі, затримка росту, гіпоплазія статевих органів, зниження інтелекту.

Аменорея при синдромі Морганьї – Стюарта внаслідок відкладання солей кальцію в ділянці турецького сідла (внутрішній фронтальний гіперостоз). Клінічні прояви: головний біль, напад судом, порушення психіки, ожиріння, вірілізм.

Аменорея при синдромі персистуючої лактації (синдром Кіарі – Фроммеля) основними симптомами є виділення молока (галакторея), що розпочинається після пологів, і аменорея, що приєднується пізніше. Виділення молока продовжується, розвивається гіпертрофія молочних залоз із вираженим судинним рисунком, статеві органи зазнають атрофії, розвиваються розлади вуглеводного та жирового обмінів.

Гіпофізарна аменорея.

Аменорея при гіпофізарному нанізмі розвивається внутрішньоутробно або в перші місяці життя внаслідок інфекційних захворювань чи травматичних пошкоджень передньої частини гіпофізу, тому виникає недостатність усіх її гормонів – соматотропну в тому числі.

Аменорея при гігантизмі та акромегалії. При пухлинах гіпофізу зумовлена гіперпродукцією соматотропну, продукція гонадотропних гормонів знижена.

Аменорея при хворобі Іщенко – Кушинга викликана надмірною продукцією кортикотропіну. Спостерігається збільшення маси тіла з розподілом жиру переважно на обличчі, шиї, тулубі. Виникають зміни шкіри та скелета, підвищується артеріальний тиск, розвивається кардіосклероз, нефросклероз. Внаслідок де мінералізації кісток розвивається остеопороз, гірсутизм (ріст волосся в незвичайних для жінки місцях – обличчі, грудях, животі). На шкірі з'являються смуги розтягнення, висипання типу *acne vulgaris*, гіперпігментація зовнішніх статевих органів.

Аменорея при синдромі Шихана розвивається після важких пологів або септичних захворювань і пов'язана із крововиливами у гіпофіз і наступним некрозом його передньої, а інколи і задньої частки. Об'єм некрозу визначає важкість перебігу захворювання. Виникає біль голови, запаморочення, слабкість, анорексія. Пізніше розвивається астенія, зменшення маси тіла, аменорея, мікседема. Випадає волосся на голові, на лобку. Знижується артеріальний тиск, температура тіла.

Яєчникова аменорея розвивається внаслідок *вродженої дисгенезії гонад* (синдром Шерешевського – Тернера). Захворювання пов'язане з хромосомними порушеннями (відсутня одна X – хромосома), що зумовлюють недорозвиток яєчникової тканини. Яєчники являють собою сполучно – тканинні тяжі, функція їх відсутня. Хорі низького росту, при огляді характерна коротка шия з крилоподібними складками від вух до плечей, широкі плечі, бочкоподібна грудна клітка. Зовнішні кути очей опущені, піднебіння високе, тому характерний особливий тембр голосу. Психічний розвиток непорушений, статева орієнтація жіноча, але в пубертатний період вторинні статеві ознаки розвиваються мало.

Синдром склерокістозних яєчників (синдром Штейна – Левенталя). В організмі продукується надмірна кількість андрогенів внаслідок генетично обумовленого порушення синтезу статевих гормонів у яєчниках в зв'язку з неповноцінністю ензимних систем. Клінічно це проявляється надмірною волосистістю (гіпертрихоз), гіпоменструальним синдромом або аменореєю, безпліддям. Надмірна андрогенна стимуляція призводить до потовщення білкової оболонки яєчника, тому не настає овуляція і фолікули, що не розірвалися перетворюються у кісти.

Маткова форма аменореї може бути первинною (внаслідок аномалії розвитку матки) та вторинною, що виникає внаслідок запального процесу з утворенням синеній (зрощень) у порожнині матки; травми ендометрію під час вишкрібання, коли порушується структура базального шару, після перенесеного туберкульозу ендометрію, або введення у матку йоду.

Дисфункціональні маткові кровотечі (ДМК). Маткова кровотеча, що не пов'язана з органічними захворюваннями жіночих статевих органів, порушеною вагітністю чи системними захворюваннями організму називається дисфункціональною. Залежно від часу їх виникнення розрізняють ювенільні (у дитячому віці та у періоді статевого дозрівання), кровотечі репродуктивного періоду, клімактеричні кровотечі.

Етіологія захворювання пов'язана з несприятливими впливами навколишнього середовища, психічними стресами, порушенням функції яєчників та інших ендокринних залоз. Залежно від того настає овуляція чи ні, кровотечі можуть бути овуляторними та ановуляторними.

Ановуляторні маткові кровотечі.

Атрезія фолікула - фолікул починає свій розвиток, досягає певного ступеня зрілості, але овуляція не настає, жовте тіло не утворюється, фолікул зазнає зворотного розвитку. Менструації втрачають регулярний ритм, порушується їх інтенсивність і тривалість.

Тривала персистенція фолікула (геморагічна метрорпатія, хвороба Шредера). Під час першої фази менструального циклу фолікул росте та розвивається надмірно довго. Овуляція не настає. Жовте тіло не утворюється. Відсутня продукція прогестерону, тому в ендометрії не настає фаза секреції. Фолікул досягає значних розмірів, інколи утворюється фолікулярна кіста. Це призводить до гіперпродукції естрогенів, під впливом яких у матці відбувається патологічна проліферація ендометрію. Внаслідок значного потовщення ендометрію в ньому розвиваються деструктивні зміни, настає некроз і безладна десквамація, що супроводжується тривалою кровотечею, оскільки відсутність секреторних змін у матці не дозволяє відшаруватися функціональному шару ендометрію, як це буває при нормальній менструації. Період аменореї протягом 1,5 – 2 місяців відповідає розвитку фолікула, а початок кровотечі – початку некротичних змін в ендометрію.

Альгодисменорея.

Болючі менструації бувають частіше у дівчат та жінок, що не народжували, після перших пологів альгодисменорея минає або б'єть стає не таким інтенсивним. Виникнення болю під час менструації може бути зумовлене функціональними та органічними причинами. До органічних відносять наявність перешкод відтоку менструальної крові у вигляді перегину матки, рубцевих змін, що призвели до звуження цервікального каналу. Альгодисменорея – один із симптомів ендометріозу, геніального інфантилізму, запальних процесів у матці та яєчників, неправильних положеннях матки, пухлин статевих органів.

Нейроендокринні синдроми.

Предменструальний синдром (перед менструальне напруження)- симптомокомплекс клінічна суть якого заключається в появі в другій половині менструального циклу різних розладів нервово – психічного, вегето – судинного і обмінно ендокринного характеру. З'являється дратливість, агресивність, депресія, плаксивість, головний біль і запаморочення, нудота, блювота, порушення сну, болі чи набрятання молочних залоз (мастодинія), набряки, метеоризм, болі в ділянці серця, гіпертермія та остуда, спрага, генералізований свербіж, акне, кропивниця та інші. Ознаки передменструального синдрому виникають за 2-14 днів до менструації, зберігаються, в середньому 7-14 діб, і зникають (або різко зменшуються) з початком кровотечі.

Післякастраційний синдром – комплекс патологічних синдромів (нервово – психічних, вегето – судинних і обмінно – ендокринних), які виникають після хірургічного видалення яєчників або їх загибелі після опромінення γ - або R_0 – променями. Патологічний симптомокомплекс, що виникає в процесі адаптації організму до різкого зниження кількості жіночих статевих гормонів, виникає у 60-80% прооперованих хворих. Чим молодший вік жінки і чим більший об'єм операції тим важчий перебіг захворювання. Перші ознаки післякастраційного синдрому виникають через 2-3 тижні після операції. З'являються приливи жару, пітливість, підвищена дратливість, запаморочення, розлади сну, дисгормональна кардіопатія. Розвивається ожиріння, остеопороз, атрофічний кольпіт, цисталгія, зміни у шкірі – зниження її еластичності, випадання волосся. Прогресує атеросклероз, глаукома, порушується процес згортання крові. Трохи інакше перебігає посткастраційний синдром, викликаний опроміненням. Клінічний симптомокомплекс розвивається у більшості таких жінок. Однак симптоми виникають поступово і менш різко, чим при хірургічній кастрації.

Клімактеричний синдром – симптомокомплекс, що ускладнює перебіг перехідного періоду. Клімактеричний період – це віковий перехідний етап життя жінки між репродуктивним періодом і стійким завершенням гормональної функції яєчників; період інволютивних змін в жіночій статевій сфері, що проявляється поступовим згасанням (перша фаза клімактерія), а потім і повним завершенням (друга фаза клімактерія) менструальної і регенеративної функції. Клімактеричний синдром – це своєрідна реакція на зміни, що проходять в організмі і обумовлені віковими змінами гіпоталамічної області.

Найбільш типовими проявами патологічного клімаксу є нейровегетативні ознаки: "приливи" жару до обличчя, голови та верхньої частини тіла, що супроводжується почервонінням обличчя та інтенсивним потовиділенням, серцебиттям, запамороченням. Хворих турбує біль голови, дратливість, зниження працездатності, порушення сну. Загострюються хронічні захворювання; гепатохолецистит, жовчо – кам'яна хвороба, виразкова хвороба шлунку та 12-ти палої кишки, погіршується перебіг ішемічної хвороби серця, гіпертонічної хвороби, оскільки виключення з процесів обміну естрогенів призводить до підвищення рівня холестерину в крові, а зниження кількості гестагенів спричинює посилення згортання крові та тромбоутворення.

Особливо часто розвивається клімактеричний синдром у хворих з вразливою нервовою системою у стресових ситуаціях, зокрема зумовлених виробничими або сімейними конфліктами.

Вірільний синдром. Поява у жінок чоловічих (маскулінізація) і зниження жіночих (дефемінізація) вторинних статевих ознак, що спостерігається при ряду патологічних станів, об'єднано в поняття, яке отримало назву вірільний синдром або вірілізм. Захворювання може розвинути у будь – якому віці. Клінічна своєрідність цього процесу заключається в формуванні чоловічої архітекτονіки тіла (широкі плечі, вузький таз), посилення розвитку мускулатури, зниження тембру голоса, гірсутизм. Вказана симптоматика розвивається під впливом надмірного вироблення андрогенів внаслідок розладу гормонопродукуючої функції гіпофізу, яєчників і кори надниркових залоз. Для вірільного синдрому

характерні також порушення менструальної функції по типу опсо- або аменореї, безпліддя або не виношування вагітності, гіпоплазія матки і залозистої тканини молочних залоз. У хворих спостерігається відсутність овуляції і зниження гормональної (естрогенної) функції яєчників.

Дисгормональні захворювання молочних залоз.

Захворювання молочних залоз поза вагітністю та лактацією називається “дисгормональними дисплазіями” або терміном “мастопатія”.

За визначенням ВООЗ (1984), мастопатія – фіброзно – кістозне захворювання, якому притаманний спектр проліферативних і регресивних змін тканини залози з ненормальним співвідношенням епітеліального і сполучно – тканинного компонентів.

Форми мастопатій

I – дифузна фіброзно – кістозна мастопатія;

- 1) з переважанням залозистого компонента;
- 2) з переважанням фіброзного компонента;
- 3) з переважанням кістозного компонента;
- 4) змішана форма.

II – вузлова фіброзно – кістозна мастопатія

Фіброзно – кістозна мастопатія з переважанням залозистого компонента. Клінічно проявляється болючістю, набуханням, дифузним ущільненням всієї залози чи її ділянки. Симптоми посилюються у перед менструальний період. Ця форма частіше трапляється у молодих дівчат у кінці періоду статевого дозрівання.

Фіброзно – кістозна мастопатія з переважанням фіброзу. Характерні зміни сполучної тканини між часточками молочної залози. При пальпації визначаються болючі, щільні, тяжисті ділянки. Такі процеси переважають у жінок передменопаузального віку.

Фіброзно – кістозна мастопатія з переважанням кістозного компонента. Утворюється багато утворень еластичної консистенції, добре відмежованих від тканини залози, що їх оточує. Характерною ознакою є біль, що посилюється перед менструацією. Ця форма трапляється у жінок в менопаузі.

Кальцинація кіст і наявність у них кров'янистого вмісту є патогномонічною ознакою злоякісного процесу.

Для вузлової фіброзно – кістозної мастопатії характерні ті самі зміни вткані залози, але вони не дифузні, а локалізуються у вигляді одного або кількох вузлів. Вузли не мають чітких меж збільшуються перед і зменшуються після менструації, не з'єднані зі шкірою.

Серед жінок, що застосовують оральну контрацепцію дуже мало хворих на фіброзно – кістозну мастопатію.

Галактоцеле – це кіста, яка з'являється в молочній залозі в період вагітності або лактації. Фона формується в наслідок обструкції одного або декількох молочних протоків і в своєму складі містить молоко. Стаз молока може призвести до швидкого розвитку маститу або абсцесу. Якщо кіста продовжує існувати після періоду лактації, то можлива її трансформація в шоколадну кісту.

Ліпома – це вузол зрілої жирової тканини, оточений сполучно-тканинною капсулою. Пальпаторно у молочній залозі виявляється м'яке рухоме утворення.

У перед менструальному періоді виділяють особливу форму – *мастоденію* або *масталгію* – циклічне нагрібання молочної залози, обумовлене венозним застоєм і набряклістю строми; молочна залоза збільшується в обсязі більш ніж на 15%. Виникнення болю пояснюється стисканням нервових закінчень набряклою сполучною тканиною, кістозними утвореннями і втягуванням їх у склерозовані тканини. Є дані, що при гінекологічній патології (при відсутності овуляції і прогестеронового впливу) у молочній залозі виникає аденоз, тобто переважаю розростання залозистої тканини. При недостатній дії прогестерону і відносній гіперестрогенемії розвивається фіброзно – кістозна мастопатія.

Хвору, в якій лікар, акушерка, чи медсестра виявили ущільнення у молочній залозі, обов'язково слід направити до онколога.

Рак молочної залози.

Як правило, на ранній стадії, рак молочної залози не викликає болю і може існувати взагалі без симптомів. Проте, з ростом пухлини виникають зміни, зокрема ущільнення або потовщення в ділянці молочної залози або в пахвовій ділянці, зміни в ділянці соска, зокрема виділення з соска, зменшення або збільшення соска, відчуття печіння в ділянці молочної залози або біль у кістках. Рак, передусім, локалізується у верхньому зовнішньому квадранті, на другому місці – субареолярна ділянка, на ці ділянки часто не звертають уваги при клінічному обстеженні молочної залози. Рак молочної з залози може бути у вигляді дифузної форми (набрякові – інфільтративний рак чи маститоподібна форма), вузлової форми та хвороби Пеждета (рак субареолярних протоків під соском).

Гіперменструальний синдром – об'єднує порушення менструального циклу, які характеризуються посиленням менструальної функції.

Гіперменорея – менструації з великою кількістю крові. В нормі кількість виділень складає 50-200 мл. Кількість втраченої крові при цьому складає не більше 40-60 мл, інша частина виділень є секретом маткових залоз.

Пройоменорея – часті менструації з інтервалом менше 21-22 днів.

Поліменорея – довготривалі менструації (7-12 днів). Причиною гіперменструального синдрому можуть бути фіброміоми матки, ендометрит, захворювання крові, що супроводжуються зниженням її згортання, а також нейрогормональні порушення.

Ациклічні маткові кровотечі спостерігаються при доброякісних (субсерозна фіброміома) і злоякісних (рак ендометрію) пухлинах геніталей, а також при тяжких нейроендокринних порушеннях в клімактеричному періоді.

Клімактеричні маткові кровотечі виникають в період фізіологічного згасання статевої функції жінки, коли механізм регулюючої менструальної функції жінки становиться не стійким. Маткові кровотечі можуть розпочинатися після тривалої відсутності місячних або в період жданої менструації.

При клімактеричній кровотечі необхідно провести вишкрібання порожнини матки. Гістологічне дослідження зішкрібу ендометрію дозволяє встановити наявність злоякісного процесу і призвести до зупинки кровотечі. В залежності від результатів дослідження і від віку жінки в подальшому проводять хірургічне або гормональне лікування. Для зупинки кровотечі хворим призначають кровоупиняючі препарати і скорочуючі мускулатуру матки засоби: глюконат кальцію, пітуїтрин, окситоцин і ін.

При анемії проводять антианемічне лікування. Показана вітамін-нотерапія (особливо вітаміни В та С), заспокійливі засоби, при безсонні – снодійні.

Ювенільні кровотечі виникають в період статевого дозрівання дівчинки. Порушення менструаційної функції можуть виникати внаслідок несприятливих дій у внутрішньоутробному періоді розвитку (фетопатії) так і інфекційних захворюваннях, перенесених в дитячому віці.

Ювенільні кровотечі можуть протікати по типу циклічних і ациклічних кровотеч.

В залежності від даних досліджень гормонів в організмі дівчинки призначають гормональне лікування естрогенами і прогестероном, одним прогестероном або хоріонічним гонадотропіном. Необхідна антианемічна терапія. Харчування повинно бути повноцінним з достатнім вмістом білків, жирів, вуглеводів і вітамінів. Вишкрібання матки при ювенільних кровотечах проводять тільки при повній відсутності ефекту консервативного лікування.

III.5. Безплідний шлюб.

У більшості жінок, які вступили в шлюб (82%) вагітність настає в перші два роки заміжжя. Причиною безплідного шлюбу дуже часто несправедливо вважають тільки жінку. Але винуватцями безплідного шлюбу може бути і жінка, і чоловік, а іноді і обоє.

Частота чоловічого непліддя складає 40%. Тому при бездітному шлюбі перш за все ретельно обстежують чоловіка, навіть якщо він не вказує ніяких скарг. Для цього проводять дослідження сперми, отриманої після 3-4 днів статевого стримування. Сперму відправляють в спеціальну лабораторію в чистій скляній посудині не охолоджену. При оцінці якості сперми визначають загальну кількість еякуляту, кількість сперматозоїдів в 1 мл (в нормі не менше 60 млн), їх рухливість, морфологічні особливості (наявність патологічних форм). При виявленні чоловічого непліддя призначають відповідне лікування.

Жіноче непліддя може бути обумовлене цілим рядом причин або поєднанням декількох факторів.

Виділяють первинне безпліддя і вторинне. Безпліддям називають первинним, якщо у жінки ніколи не наступала вагітність, і вторинним, якщо в минулому були аборти, пологи чи позаматкова вагітність. Причинами первинного безпліддя є недорозвиток статевих органів і інші гормональні порушення.

Серед причин вторинного безпліддя на першому плані стоять запальні захворювання геніталей. Найбільш частою причиною безпліддя жінки є непрохідність маткових труб. Для дослідження прохідності маткових труб використовують гістеросальпінгографію. При цьому на

рентгенівському знімку можна встановити, в якому відділі труба непрохідна. Якщо труби прохідні, то приступають до виявлення інших можливих причин непліддя.

Вивчають функцію яєчників за допомогою тестів функціональної діагностики, виключаючи захворювання інших органів, в тому числі залоз внутрішньої секреції, проводять обстеження на туберкульоз. Лікування непліддя проводять в залежності від причини, виявленої в результаті обстеження.

III.6. Травми статевих органів.

Пошкодження жіночих статевих органів можуть бути різними за характером і по локалізації. Частіше зустрічаються травми зовнішніх статевих органів і стінок піхви.

Травми жіночих статевих органів нерідко супроводжуються великою кровотечею і потребують невідкладної допомоги. Особливо велика крововтрата спостерігається при пошкодженні м'яких тканин в ділянці клітору і верхньої третини піхви. При наявності кровотечі виникає необхідність зупинки її тимчасово (тампонада, придавлювання кровоточивої ділянки) або кінцевої зупинки (ушивання рани). Потрібно мати чітку уяву про цілісність сечового міхура і прямої кишки.

В зв'язку з вірогідним інфікуванням потрібно забезпечити ретельну обробку рани, профілактику правця і терапію по попередженню тяжкої інфекції в подальшому.

Травма статевих органів може бути пов'язана з внутрішньоматковими діагностичними і лікувальними маніпуляціями, операцією, виконання абортів і пологами.

При внутрішньоматкових маніпуляціях і операції абортів можуть мати місце перфорація шийки або тіла матки.

Пошкодження сечового міхура, прямої кишки в послідуєчому можуть стати причиною сечостатевих і кишково-статевих норниць. При невеликих пузирно-піхвових норницях, які мають свіжогранульовані поверхні, іноді спостерігається самовільне загоювання. В інших випадках потрібно оперативне лікування. Пошкодження, які виникають під час операції, ліквідують одразу. Пластичні операції при наявності норниць проводять через 4-6 місяців, коли закінчується формування норниці і повністю ліквідуються запалення тканин.

IV. Сестринський процес

в акушерсько-гінекологічній практиці

Успіхи в розвитку та визнанні сестринської справи, проблеми в боротьбі за права людини, безперервний розвиток теорії сестринської справи продовжують стимулювати перемини в цій професії і в нашій країні.

Висококваліфікована практикуюча медична сестра на сучасному етапі розвитку суспільства повинна мати достатньо знань та навичок, а також впевненості, щоб самостійно планувати, здійснювати та оцінювати догляд, що відповідає потребам окремої пацієнтки. При цьому робиться основний акцент на унікальність вкладу сестринського догляду у видужанні.

В останні роки змінився погляд на функцію медичної сестри. Якщо раніш він був зорієнтований тільки на догляд за хворими людьми, то зараз сестринський персонал з іншими спеціалістами бачить головне завдання:

- у підтриманні здоров'я;
- у попередженні захворювань;
- у забезпеченні максимальної незалежності людини у відповідності з її індивідуальними можливостями.

Функції медичної сестри визначаються Європейським регіональним бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) з сестринської справи.

Перша функція – здійснення сестринського догляду.

Це можуть бути профілактичні заходи, сестринські втручання, пов'язані з реабілітацією, психологічною підтримкою людини чи її родини. Ця функція найбільш ефективна в рамках сестринського процесу та полягає в слідуєчому:

- оцінка потреб людини та її родини;
- виявлення потреб, котрі можуть бути найбільш ефективно задоволені через сестринські втручання;
- визначення першочергових проблем із здоров'ям, які можна вирішити через сестринське втручання;
- планування та здійснення потрібного сестринського догляду у співпраці з пацієнткою та її родиною;
- використання прийнятих професійних стандартів.

Друга функція – навчання пацієнтів та сестринського персоналу:

- оцінка знань та навичок людини, які відносяться до збереження та підтримання здоров'я;
- підготовка та надання необхідної інформації;
- допомога сестрам, іншому персоналу та пацієнткам в отриманні нових знань та навичок;
- використання прийнятих професійних стандартів.

Третя функція – виконання сестрою залежних та незалежних функцій в складі медичної бригади, що обслуговує пацієнтку.

Цю функцію в нашій країні починають освоювати, але без неї сестринська справа не може зайняти належне місце в системі охорони здоров'я.

Це співробітництво з пацієнткою, родиною, іншими співробітниками в плануванні, організації, керівництві доглядом, обговорення з пацієнткою плану та результатів догляду за нею.

Четверта функція – розвиток сестринської практики за допомогою дослідницької діяльності.

Ця функція також тільки починає реалізовуватися.

Філософія сестринської справи базується на чотирьох основних поняттях:

- пацієнт як особистість;
- сестринський догляд як наука та мистецтво;
- навколишнє середовище;
- здоров'я.

Медсестринський процес – це серцевина, основа діяльності медичної сестри.

Згідно досліджень сестринської справи, проведених Європейським регіональним бюро ВООЗ, "суть сестринської справи складається в догляді за людиною та яким чином сестра здійснює цей догляд, це і є суть сестринського процесу. В основі цієї роботи повинна лежати не інтуїція, а продуманий та сформульований підхід, розрахований на задоволення потреб та вирішення проблем...".

"Сестринський процес" – це термін, який застосовується до системи певних видів сестринських втручань в сфері охорони здоров'я окремих людей, їх родин та груп населення. Він включає використання наукових методів визначення медико-санітарних потреб пацієнта, родини чи суспільства і на цій основі вибір тих із них, які можуть бути найефективніше задоволені через сестринський догляд".

Надзвичайно важливими умовами сестринського процесу є встановлення теплих, доброзичливих і довірливих відносин між медсестрою та пацієнткою, необхідність залучати пацієнтку і її сім'ю в процес планування сестринського догляду, необхідність застосування індивідуального підходу до кожної пацієнтки зокрема, враховуючи її специфічні потреби.

Як бачимо, сестринський процес складається із п'яти етапів, які взаємодіють між собою, а сам процес представляє собою циклічне коло.

В основі сестринського процесу знаходиться пацієнтка як особистість, яка потребує комплексного підходу. Необхідними умовами здійснення сестринського процесу є участь пацієнтки (членів родини) в прийнятті рішень відносно мети догляду, плану, способів сестринських втручань, оцінки результатів догляду.

Ступінь участі пацієнтки в здійсненні сестринського процесу залежить від ряду факторів:

- взаємовідносин між медсестрою та пацієнткою, ступені довіри між ними;
- відношення пацієнтки до свого здоров'я;
- рівня знань, культури пацієнтки;
- усвідомлення потреби в догляді.

Участь пацієнтки в цьому процесі дозволяє їй усвідомити необхідність самопомоги, навчитись її здійснювати та оцінити якість сестринської допомоги.

Значення сестринського процесу в акушерсько-гінекологічній практиці.

Сестринський процес:

- визначає конкретні потреби пацієнтки в догляді як ті, що існують протягом всього гінекологічного процесу, так і ті, що мають безпосереднє відношення до передопераційного, операційного і післяопераційного періодів;
- сприяє виділенню із ряду існуючих потреб пріоритетів по догляді та очікуваних результатів. Стосовно акушерства та гінекології, пріоритетними проблемами будуть являтися проблеми безпеки (операційна, інфекційна, соціо-культурна, психологічна), проблеми, пов'язані з болем, тимчасовим чи стійким порушенням функцій органів та систем (з обов'язковою зміною схеми тіла); проблеми, пов'язані з операційним стресом та

неспокоєм; проблеми пов'язані зі збереженням гідності, оскільки ні в одній іншій галузі медицини пацієнт не є таким беззахисним та вразливим, як в родовій залі так і під час гінекологічної операції;

- прогнозує наслідки догляду, визначаючи терміни, тактику та можливу ступінь відновлення після ролів та гінекологічних операцій;
- визначає план дії медичної сестри, стратегію, направлену на задоволення потреб пацієнтки з урахуванням особливостей конкретної акушерської чи гінекологічної патології;
- за її допомогою оцінюється ефективність проведеної акушеркою чи сестрою роботи, професіоналізм акушерського чи сестринського втручання;
- гарантує якість надання допомоги, яку можна контролювати. Тільки в акушерстві та гінекології найбільше значення має використання стандартів та алгоритмів акушерського та сестринського втручання.

Для отримання успішного результату гінекологічного втручання (швидке відновлення в післяопераційному періоді, відсутність ускладнень під час та після операції) команда спеціалістів, яка готує пацієнтку до операції, повинна вирішити дві головні задачі:

- 1) обстеження пацієнтки з метою ідентифікації факторів, які можуть вплинути на перебіг операції та після операційного періоду; ці фактори включають в себе загальний стан організму і всі фізичні та психологічні аспекти, які сприяють розвитку ускладнень.
- 2) психологічну та фізіологічну підготовку пацієнтки до майбутньої хірургічної травми з метою зменшення можливих негативних наслідків втручання та прискорення виздоровлення.

Організаційна структура сестринського процесу складається з п'яти основних етапів:

1 ЕТАП – Первинна оцінка стану пацієнтки та запис отриманої інформації в лист сестринської оцінки стану пацієнтки.

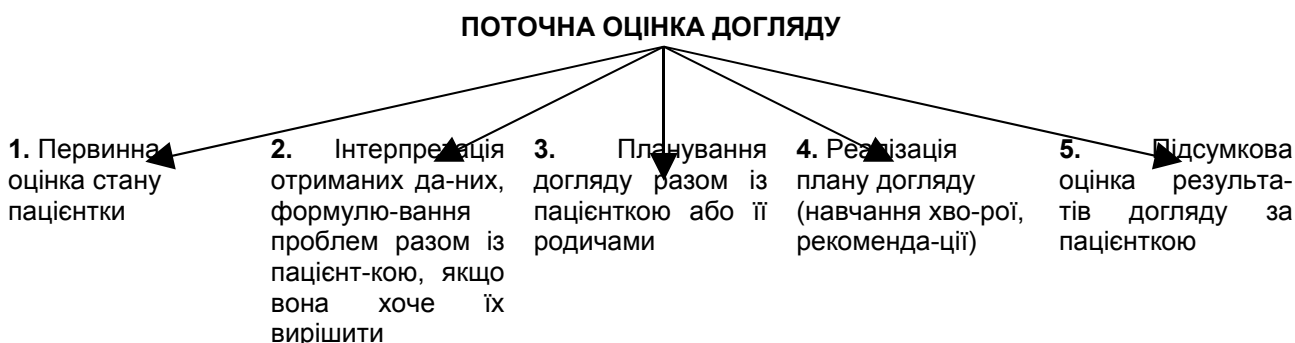
2 ЕТАП – Аналіз, синтез, інтерпретація отриманих даних та виведення на основі їх певних висновків, які і становлять проблеми пацієнтки (або медсестринський діагноз). Ці проблеми є предметом сестринського догляду, якщо пацієнтка підтвержує їх існування.

3 ЕТАП – Планування догляду за пацієнткою, суть якого полягає в:

- визначенні (разом із пацієнткою) мети (очікуваного результату) для кожної проблеми;
- визначенні (разом із пацієнткою) характеру, об'єму та тривалості сестринських втручань;
- встановлення першочергових проблем;
- визначення можливостей пацієнтки у вирішенні її проблем.

4 ЕТАП – Виконання (реалізація) плану сестринського догляду, тобто виконання наміченого (разом із пацієнткою) плану сестринських втручань для вирішення проблем пацієнтки.

5 ЕТАП – Підсумкова оцінка ефективності сестринського догляду. Мета оцінки – визначити результат, тобто стан пацієнта, досягнутий в результаті сестринських втручань.



V. Лікування гінекологічних хворих та медсестринський догляд за ними.

V.1. Принципи догляду за гінекологічними хворими.

Догляд за гінекологічними хворими декілька відрізняється від догляду за хворими загального профілю.

Ліжковий режим показаний хворим з гострими запальними захворюваннями статевих органів

при лихоманці, з явищами гострого живота, з вираженою анемією, в післяопераційному періоді. Режим харчування хворих залежить від тяжкості стану і вираженості гінекологічної та соматичної патології. Більшості хворих призначають загальний стіл. Лікувальне харчування призначають в залежності від супутніх захворювань. Посилене харчування необхідне для ослаблених хворих, переважно після кровотечі. Хворих, які поступили з приводу гінекологічних захворювань з картиною гострого живота, не годують до кінцевого в'яснення характеру захворювання у зв'язку з можливістю операції. Хворим з гострими запальними захворюваннями геніталій протипоказані гострі страви. Харчування хворих після операції залежить від характеру оперативного втручання перебігу післяопераційного періоду.

Вимірювання температури тіла проводять по загальним правилам, два рази на день. При необхідності та призначенні лікаря вимірювання температури тіла проводять частіше через 2-3 години.

У хворих з порушенням менструальної функції за призначенням лікаря вимірюють ректальну температуру.

В гінекологічному відділенні передбачені гігієнічні кімнати, оснащені біде, або кабінками з висхідними душами, душові та ванні кімнати.

Хворим з ліжковим режимом гігієнічні процедури проводить медичний персонал. Кожний день обмивають зовнішні статеві органи і ділянку заднього проходу. При необхідності туалет зовнішніх статевих органів проводять частіше (при кровотечах, наявності гнійних виділень із статевих шляхів). Натільну та постільну білизну міняють по мірі необхідності.

Кожний тиждень при відсутності протипоказань призначається загальна ванна або душ. Хворим з ліжковим режимом проводять обтирання шкіри вологою салфеткою або полотенцем. Використовують також слабкий розчин етилового або камфорного спирту.

Чергова сестра слідкує за діурезом, проводить катетеризацію сечового міхура не рідше 2-3 разів на день при відсутності самостійного сечо-виділення.

Гінекологічні хворі часто страждають запорами. Регуляція стулу відбувається призначенням відповідної дієти або за допомогою послаблюючих засобів і клізми, що призначає лікар.

Велике значення при догляді за гінекологічними хворими має лікувально-охоронний режим. Медичний персонал повинен уважно й чуйно відноситися до хворих з самого початку поступлення їх до стаціонару. Особлива роль відводиться вигляду, поведінці медичної сестри. Бесіда з хворою повинна створювати спокійну, сприятливу для видужування обстановку.

V.2. Медикаментозна терапія

В терапії гінекологічних захворювань широко використовуються антибіотики. Кількість антибіотиків в теперішній час дуже велика. Антибіотики використовуються за призначенням лікаря після проведення проби на їх переносимість. Із антибактеріальних препаратів широке використання знайшли сульфаніламід, нітрофуран.

В гінекологічній практиці використовуються засоби, що сприяють скороченню матки (пітуїтрин, окситоцин, мамозин і ін), гормональні препарати.

Медичні сестри проводять деякі процедури, ефективність яких залежить від правильного виконання.

Підмивання – під хвору підставляють судно і ватним тампоном, захваченим корнцангом ретельно обмивають зовнішні статеві органи розчином перманганату калію 1:10000 рухом зверху вниз (від вульви до заднього проходу), а потім просушують сухим тампоном.

Спринцювання виконують за допомогою кружки Есмарха. Спочатку обмивають зовнішні статеві органи, потім наконечник вводять у піхву і обережним рухом проводять в глибину. Використовують кип'ячену воду. Температура води 36°C, а при лихоманці – 38-39°C. Наконечник після використання стерилізують.

Тампонада піхви. Для зупинки кровотечі за допомогою дзеркал туго заповнюють піхву стерильною марлевою полоскою довжиною до 1м і шириною до 10см. Кінець тампона виводять назовні. При вірно виконаній тампонаді він залишається сухим.

Введення тампону для лікування захворювань піхви та шийки матки. Беруть шматок стерильної вати, перев'язаної хрест-навхрест ниткою, змочують лікувальною речовиною (гліцерин, риб'ячий жир, 1% стрептоміцинова емульсія) і вводять в піхву. Тампон залишають на 10-12 годин, після чого витягають за нитку.

Піхвові ванночки застосовують при лікуванні ендометритів. Попередньо видаляють слиз із цервікального каналу паличкою з ватою, змоченою содовим розчином. В піхву наливають 30-40мл 3% розчину протарголу, розчину фурациліну або антибіотиків і залишають на 15-20 хв. Перед проведенням процедури потрібно перевірити назву розчину, який використовують, дату виготовлення та термін зберігання.

Всі процедури виконують в положенні хворої на спині з приведеними до живота ногами на гінекологічному кріслі.

Гормонотерапія – лікувальне використання продуктів внутрішньої секреції ендокринних залоз

(гормонів). Гормони виготовляють із тваринної сировини і отримують шляхом синтезу. Гормонотерапія може бути замісною і стимулюючою.

Замісна гормонотерапія повинна бути постійною, так як з припиненням приймання препарату симптоми хвороби повертаються. Стимулююча терапія препаратами гормонів яєчника естрогенами і прогестероном має місце при лікуванні оваріальної гіпофункції з порушенням менструального циклу. Дози гормональних препаратів позначають в одиницях ваги – для препаратів чистих гормонів і синтетичних аналогів (синестрол 0,001 г, прегнін – 0,05 г) і в умовних одиницях дії (ОД), наприклад, фолікулін в ампулах по 1мл з вмістом 5000, 10000 і 50000 ОД.

Вибір методу введення залежить від збереження активності гормональних препаратів. Препарати стійкі до дії ферментів травного каналу використовують всередину в пігулках (синестрол, октестрол – 0,001 г). Деякі препарати, які добре всмоктуються слизовою оболонкою порожнини рота, використовують сублінгвально в спеціальних пігулках (прегнін, метил-тестостерон – 0,005). Найбільш розповсюдженим методом гормонотерапії є парентеральне введення засобів. В залежності від розчинності гормональних речовин використовуються водневі та олійні розчини для підшкірного і внутрішньом'язового введення. Розчини перед введенням підігривають до температури тіла. Внутрішньовенне введення використовують тільки для водних розчинів (інсулін, гідрокортизон).

При догляді за хворими які отримують гормональну терапію, сестра повинна знати, що терапію жіночими статевими гормонами проводять циклічно: після естрогенів призначають прогестерон, доза гормональних препаратів знижується поступово. Сестрі потрібно чітко фіксувати в історії хвороби дозу і дату введення гормонального препарату.

Згідно з існуючим загальним правилом лікар і середній медичний працівник перед тим, як зробити ту чи іншу ін'єкцію повинен перевірити, чи необхідний розчин набраний в шприц і чи не сталася помилка; ампули, з яких набраний розчин, слід деякий час зберігати і викидати їх лише після того, як ін'єкція зроблена і ні яких ускладнень за нею не послідувало.

Гірудотерапія – тобто лікувальне використання медичних пиявок відомо здавна. Тривалість кровотечі після відпадання пиявок пояснюється антикоагулюючою дією гірудину. Після відкриття антикоагулянтів показання до використання пиявок стали більш обмеженими (тромбофлебіт тазових вен, явища місцевого застою або запальних процесів в жіночих статевих органах). Використання пиявок протипоказане при захворюваннях, які супроводжуються кровоточивістю, зниженим згортанням крові, підвищеним гемолізом. Пиявки ставлять в піхву на сторону запального вогнища. В дзеркалах піхву обробляють теплою водою, витирають тампонами і змочують бажане місце присмокування 40% розчином глюкози. Не можна обробляти піхву милом, йодом, ефіром та іншими пахучими речовинами. Пінцетом з ваткою захоплюють пиявку із банки і направляють до потрібного місця. Звичайно ставлять 2-3 пиявки. Кожна пиявка насмоктує 10-15 мл крові протягом 30-60 хвилин. Якщо пиявка швидко відпадає то вона не годиться і на її місце потрібно поставити іншу. Пиявку не можна відривати, якщо вона довго не відпадає. При змочуванні солоною водою пиявка відпадає сама. Перед застосуванням пиявки повинні бути голодними (тонкими і швидко рухатись). Пиявки, що насмокталися не придатні до повторного застосування. Пиявки зберігаються, в банці, наполовину налитою чистою водою і міцно зав'язаній марлею.

V.3 Фізіотерапевтичні методи лікування.

Обладнання фізіотерапевтичного кабінету.

Об'єм і структура фізіотерапевтичного відділення залежить від величини гінекологічного відділення чи лікарні. Приміщення фізіотерапевтичного кабінету повинно бути сухим, теплим (температура повітря не нижче +20°C), світлим і досить просторним, обладнаним вентиляцією.

В кабінетах світлолікування передбачені спеціальні пристрої для захисту хворих і медичних працівників від електричних травм. Процедури проводять на дерев'яних кушетках, які покривають простирадлом, на нижній кінець стелять клейонку. На кожну кушетку виділяють простирадло та одіяло, щоб можна було укрити хвору під час провдення процедури.

Кушетки чи кабінки, де вони розміщуються, краще пронумерувати, щоб було зручно по процедурним електронним годинникам контролювати тривалість процедури.

В фізіотерапевтичному кабінеті повинно бути передбачене місце для зберігання інвентаря і підготовки процедур, для кип'ятіння інструментів, шафа для запасної білизни, електродів, електронних приладів, інструмен-тарію.

На письмовому столі медичної сестри фізіотерапевтичного кабінету знаходяться електронні годинники, картотека з процедурними картками хворих, а в ящику стола секундомір, сантиметрова стрічка, захисні окуляри, гумові рукавички.

Перед початком кожної робочої зміни медичні сестри повинні перевіряти справність апаратів і заземлюючих пристроїв. При виявленні несправності або дефектів медсестра негайно про це сповіщає завідувачому відділенню (кабінетом), а при його відсутності – головному лікарю або його заміснику по лікувальній частині, виявлені несправності одночасно записуються в контрольно-технічний журнал (форма №2). До усунення дефекту проведення процедур несправними апаратами

забороняється.

Догляд за апаратурою. Тривале збереження лікувальної апаратури і її правильна робота повинні бути забезпечені старанним і постійним доглядом. Догляд за апаратом входить в обов'язок медичної сестри.

До самостійного проведення фізіотерапевтичних процедур допускаються тільки особи з закінченою середньою медичною освітою, які мають посвідчення про закінчення курсів спеціалізації по фізіотерапії за програмою, затвердженою Міністерством Охорони здоров'я України, ознайомлені з правилами техніки безпеки.

Під час проведення лікувальних процедур медичні сестри постійно слідкують за роботою апарату і станом хворих і не мають права виходити із лікувального приміщення.

Природні і штучно отримані фізичні лікувальні чинники можна розділити на 10 груп:

Електричні струми низької напруги (гальванічний струм, електрофо-рез ліків, імпульсні струми, постійні та змінні);

Електричні струми високої напруги (дарсонвалізація, діатермія);

Електричні і магнітні поля (постійне електричне поле високої напруги, постійне магнітне поле, змінне електромагнітне поле низької, високої і надвисокої частоти);

Світло (інфрачервоне, видиме, ультрафіолетове і монохроматичне випромінювання);

Механічні коливання (інфразвук-вібрація і ультразвук);

Штучне повітряне середовище (аероіони, гідроаероіони, аерозолі і електроаерозолі);

Повітряний тиск, що змінюється;

Радіоактивні чинники (радонова вода і альфа-аплікатори);

Водолікувальні чинники (прісна вода, мінеральні води природні і штучно виготовлені);

Теплолікувальні чинники (лікувальні грязі, торф і озокерит).

Електрофорезом називається метод введення лікарської речовини за допомогою постійного електричного струму. Лікарський електрофорез один із методів приймання гальванічного струму.

Механізм дії лікарського електрофорезу заключається в тому, що частинки лікарської речовини, якою змочені прокладки електродів, під дією струмів проникають в товщу шкіри і утворюють в ній так зване іонне депо, звідки ліки поступово вимиваються лімфою і кров'ю. При цьому лікуванні на організм діє сам гальванічний струм – активний біологічний чинник і лікарська речовина – фармакологічний чинник.

Методом електрофорезу вводять речовини, що несуть електричний заряд. Речовини, які мають позитивний заряд вводяться з позитивного полюсу (аноду), а речовини з негативним електричним зарядом – з негативного полюсу (катоду). Можна одночасно вводити різнозаряджені іони з обох полюсів.

Для гальванізації і лікарського електрофорезу використовують електроди – металічні пластинки певного розміру і форми. Під електродом розміщують прокладку із гідрофільного матеріалу, змоченою розчином лікарської речовини. Для кожної лікарської речовини необхідно мати окремий комплект гідрофільних прокладок.

Лікарські речовини для електрофорезу повинні бути свіжими, деякі лікарські речовини готують безпосередньо перед проведення процедури (наприклад розчин ПАСК). Розчини зберігають в спеціальній шафі для ліків.

При лікуванні жінок з гінекологічними захворюваннями лікарським електрофорезом використовують черевно-крижову (один електрод розташовують в ділянці крижів, інший – над лонном); крижово-півхову (один електрод в ділянці крижів, інший – в півхві); абдомінально-півхову (один електрод над лонним сполученням, інший, спеціальний, в півхві); крижово-абдомінально-півховий метод (один електрод в ділянці крижів, другий – над лонним зрощенням, третій – в півхві).

Електрофорез вітаміну В₁ по інтраназальній методиці успішно використовують при загрози викидня. В кожну ніздрю вводять вільний від ізоляції на довжину 2-2,5 см округлий кінець проводу щільно обгорнутий шаром вати, змоченої розчином лікарської речовини. Обидва проводи при'єднують до одного із полюсів апарату, а другий електрод розміщений на задній поверхні шиї з'єднують з другим полюсом.

Електростимуляція шийки матки. Використовують імпульсні струми низької частоти постійного та перемінного напрямку.

Електростимуляцію шийки матки призначають жінкам при деяких формах безпліддя, недорозвитку статевих органів, дисфункціональних маткових кровотеч, звичному невиношуванні, яке викликано недостатністю шийки матки (поза вагітністю).

Для процедури використовують апарати для стимуляції м'язів типу АСМ-3, апарати для діодинаміки або типу "Ампліпульс".

Один електрод розміщують в попереково-крижовій ділянці, другий – у вигляді металевого зонду діаметром 2-4мм з'єднують з струмопровідною ручкою, покритою ізоляцією, до ручки підводять провід від апарату. Шийку матки оголяють дзеркалами, в отвір зовнішнього вічка матки вводять зонд до внутрішнього вічка шийки матки. Тривалість процедури – до 10 хв кожного дня, або через день, загальна кількість процедур на курс лікування до 15.

Для *діатермії* використовують спеціальні апарати. Величина сили струму при діатермії може бути небезпечною при випадково несправних апаратах або при порушенні техніки виконання процедури. Тому в теперішній час при хронічних запальних процесах внутрішніх статевих органів замість діатермії в лікувальну практику вводять інші методи високочастотної дії, позбавлені небезпечних недоліків, наприклад, індуктотермію.

Діатермію правої молочної залози призначають при маткових кровотечах, на кушетку кладуть мішечок з піском або подушку і зверху розміщують електрод розміром 15x20 см. Жінка лягає на кушетку, таким чином, щоб електрод розміщувався в міжлопатковій ділянці. Шматочком тонкої гуми покривають сосок та навколососкову ділянку (пігментні ділянки шкіри). На праву молочну залозу накладають круглий електрод розміром 3 см. Тривалість процедури 15-20 хв, лікування проводять кожний день, на курс лікування не більше 10 процедур.

Діатермоелектрофорез. Метод лікування базується на одночасній дії на організм постійного та високочастотного струму. Для проведення діатермії зі сполученням з лікарським електрофорезом необхідні обидва апарати і апарат з'єднувач, призначення якого – виключити можливість проникнення постійного струму в апарат для діатермії і навпаки. В іншому випадку відбувається взаємне псування апаратів.

Діатермоелектрофорез використовують при хронічних запальних захворюваннях внутрішніх статевих органів.

УВЧ-терапія. Дія електричного поля ультрависокої частоти (УВЧ) на організм людини викликає рівномірне та глибоке прогрівання, крім того має значення і нетепловий фактор, зумовлений дуже великою частотою коливань.

В якості апаратів поля УВЧ використовують апарати УВЧ-30, УВЧ-66, "Екран-1" і "Екран-2".

Ділянку тіла хворої, яка підлягає лікуванню, розміщують між двома металевими пластинками, до яких підводять генеруюче поле, в апараті змінна напруга. Між тілом хворої та електродом апарату немає контакту. Величина зазору має велике значення. При малому зазорі 9,5 мм велика частина енергії поглинається поверхневими шарами тканини; при великих зазорах (30 мм) значна частина енергії розсіюється в навколишньому просторі, але частина енергії, яка залишається рівномірно поглинається всією товщею тканини.

Показання для лікування УВЧ-полем – запальні процеси внутрішніх статевих органів. Протипоказання – злоякісні новоутворення і підозра на їх наявність, схильність до кровотеч, вагітність.

В деяких випадках УВЧ-терапія призначається для лікування місцевої рани (наприклад, при інфільтраціях після ін'єкцій або при маститі).

Світлолікування. В залежності від довжини хвилі світлове випромінювання може розділитися на три основні частини: інфрачервоне випромінювання (від 0,8 мкм до 70 нм), видиме випромінювання (від 700 до 380 нм) і ультрафіолетове (від 380 до 4 нм).

Джерела світлового випромінювання розділяють на калоричні (теплові) і люмінесцентні. До першої групи відносяться сонце і всі випромінювачі, які залежать від температури випромінюючого тіла. Спектр їх випромінювання – суцільний. Спектр люмінесцентних джерел світла – переривистий, що можна пояснити світінням у них іонізованих газів або шарів різних речовин, які виникають з певною довжиною хвилі.

Встановлено, що біле світло сприятливо впливає на психічний стан людини, червоне – надає збуджуючу, синє та зелене – заспокійливу дію. Інфрачервоні та видимі світлові випромінювання сприяють лікуванню запальних процесів і зниженню відчуття болю.

В фізіотерапії знаходять використання різні джерела світлового випромінювання: лампи накаливання різної потужності, ртутно-кварцеві і люмінесцентні лампи.

В останні роки в медицині знайшли використання лазери. *Лазери* – джерела електропостійних випромінювань в ділянці інфрачервоного, видимого та ультрафіолетового спектрів. Існують твердотілі, газові і напівпровідникові лазери.

Робота з лазерами потребує дотримання спеціальних правил техніки безпеки, як для пацієнта так і для обслуговуючого персоналу. В дії лазерного випромінювання на живий організм ще дуже багато незрозумілого, однак встановлено, що лазери володіють тепловим ефектом, ефектом по типу світлового променя і впливом електромагнітного поля.

На сучасному етапі в фізіотерапії використовують переважно лазерне обладнання малої міцності, яке виключає можливість руйнування тканин. Ці процедури направлені на стимуляцію захисно-відновних і компенсаторних процесів в організмі.

Ультрафіолетове випромінювання. Джерелом штучного ультрафіолетового випромінювання (УФ) є ртутно-кварцева лампа, яка являє собою трубку із плавленого кварцу, що заповнена парами ртуті і невеликою кількістю аргону. На кінцях трубки знаходяться вольфрамові електроди. Лампа випромінює повний спектр УФ-хвиль, який включає "еритемну" зону і зону бактерицидної дії. УФ опромінювання викликає не тільки місцеву, але і загальну реакцію організму, які володіють протизапальною реакцією і болезаспокійливою дією.

Короткохвильове УФ випромінювання, яке володіє вираженою бактерицидною дією використовують для знезаражування повітря приміщень (операційних, передопераційних,

перев'язувальних). УФ опромінення призначають хворим із запальними процесами внутрішніх статевих органів – еритемні дози на сегментарні ділянки тіла. Загальне УФ опромінення проводять для укріплення загального стану хворих гінекологічними захворюваннями і вагітних жінок.

Для попередження опіків, УФ випромінювання суворо дозують, тобто визначають найменшу дозу опромінення даного випромінювача, яка викликає у даної хворої мінімальну реакцію.

Біодоза – це час опромінення на певній відстані даної лампи від тіла, після якого через 6, 8 і 24 години на шкірі з'являється так зване порогове почервоніння (еритема).

Жінкам з запальними захворюваннями внутрішніх статевих органів призначають еритемні дози УФ опромінення за методикою “опромінення трусикової зони” (до 6-8 біодоз).

Пацієнтка та обслуговуючий персонал під час роботи лампи повинні бути в захищених окулярах.

Показанням до опромінення УФ променями ділянок сосків є тріщини сосків у породіль при годуванні.

Інфрачервоне випромінювання. В якості джерел інфрачервоного випромінювання в фізіотерапії використовують лампи інфрачервоних променів (ІЧП), джерела поєданого теплового і видимого випромінювання лампи соллюкс, Мініна та інші лампи накаливання.

Рефлектор або лампу соллюкс встановлюють збоку від кушетки на відстані 50-100 см від оголеної частини тіла, яка підлягає опроміненню. Медична сестра регулює інтенсивність опромінення до появи у хворої відчуття помірного тепла. Тривалість процедури 20-30 хв. Процедури проводять кожного дня, всього 20-25 на курс лікування.

Показанням до світлолікування інфрачервоним і видимим опроміненням є підгострі і хронічні запальні процеси статевих органів.

Ультрозвукова терапія (УЗ) – це механічні коливання з частотою 800 кГц-3 МГц. УЗ випромінювання забезпечує мікромасаж клітин і тканин та супроводжується появою тепла, забезпечує анальгезуючий, дисенсібілізуючий, фібринолітичний ефекти, посилює обмінні процеси і поліпшує трофіку тканин. Випромінювання малої інтенсивності (до 1 Вт/см²) справляє стимулюючу дію на наднирники та яєчники.

Використовують два режими генерації УЗ-коливань: безперервний та імпульсний. Лікувальний ефект імпульсного випромінювання більш довготривалий в порівнянні з безперервним.

Показаннями для лікування ультразвуком є такі гінекологічні захворювання, як хронічні запалення органів малого тазу, що супроводжуються спайковими процесами в тому числі і гінекологічний туберкульоз, окремі форми непліддя.

Медична сестра дезінфікує голівку випромінювача 2 рази етиловим спиртом. На випромінюючу поверхню для створення контактного середовища, наносить тонкий шар вазеліну і прикладає його до шкіри у надлобковій або пахвинній ділянках виконуючи повільні масажуючі рухи.

Водолікувальні фактори.

До водолікувальних факторів відноситься прісна вода в рідкому, пароподібному і твердому стані; мінеральні газовані води і їх штучні аналоги. Дія води на організм базується на температурному, механічному, хімічному, і при деяких видах водолікування, на радіаційному подразненню. Всі водолікувальні процедури в залежності від температури води умовно ділять на холодні (нижче 20°C), прохолодні (20-22°C), теплі (37-39°C) і гарячі (40°C та вище). При кожній водолікувальній процедурі температурне подразнення поєднується з механічним. Тиск маси води й рух по поверхні тіла, вплив пупирків газу (в газованих ваннах). Найбільш виражена механічна дія при душах, а також при купаннях у відкритих водоймах і значно менша у ванні, де гідростатичний тиск становить всього 0,03-0,4 атм. Прісна вода практично не справляє хімічну дію на організм. Додаючи сіль, гірчицю, хвойний екстракт і інші речовини, може викликати такий вплив.

В природних водах і штучно виготовлених аналогах містяться такі ароматичні і газоподібні речовини, як вуглекислий газ, вільний та зв'язаний сірководень, кисень, азот, іони деяких речовин (йоду, броду та ін). Розчинені в воді речовини під час приймання ванни проникають через шкіру і дихальні шляхи і викликають певну реакцію організму.

При захворюваннях статевих органів жінки використовують самі різноманітні загальні та місцеві процедури водолікування: ванни, душі, обмивання, обтирання, вологі вкатування, підводні душ-масаж та інше.

Лікувальний душ – процедура, при якій тіло людини підлягає дії водного струменя. В залежності від виду душа струменю можна надавати певну форму, напрямок, тиск. Душ розділяють по тиску водного струменя і по температурі води. По площині дії на тіло, душ може бути загальним і місцевим (на ділянку живота, попереку, промежину, нижні кінцівки). По напрямку водяного струменя душ розділяють на висхідний, горизонтальний. Нисхідний, змішаний; по формі водного струменя – на дощовий, голковий, циркулярний, струменевий, вільний душ. Жінкам з гінекологічними захворюваннями призначають душ для загартовування, а також для нормалізації функції нервової системи і обмінних процесів.

Лікувальні ванни можуть бути загальними і місцевими (наприклад, тазові). Температура води в ванні на протязі процедури може змінюватись або залишатись постійною.

За хімічним складом води ванни поділяють на прісні та мінеральні, з вмістом морської або повареної солі, лужні, соляно-лужні та інші. Сірководневі (сульфідні ванни) використовують при лікуванні хронічних запальних процесів внутрішніх статевих органів. Використовують воду мінеральних джерел або штучно виготовлену воду.

Перед процедурою ванну сполоскують гарячою водою, після процедури – миють щіткою з мильною водою і сполоскують.

Радонові ванни. Радонова вода відноситься до радіоактивних факторів. Радіоактивність – це властивість самовільного перетворення нестійких атомних ядер деяких елементів в стійкі ядра інших елементів, що супроводжується радіоактивним випроміненням. Радонові процедури – один із видів променевої терапії, але за методикою використання і дії на організм їх можна віднести до розділу водолікування. Деякі підземні мінеральні води містять радон і виведені на поверхність землі, представляють собою основний лікувальний фактор на “радонових” курортах. Радон отримують також із хлористої або бромистої солі радю. Радіоактивні солі зберігають в спеціальних герметичних трубках – “барботерах” в свинцевих шафах, в ізольованих приміщеннях – радонових лабораторіях. Між природною і штучно виготовленою радоною водою немає різниці ні в складі, ні в дії на організм. Радонові ванни призначають у вигляді загальних чи місцевих, мікроклім і орошень піхви. Радон сприятливо діє на серцево-судинну і нервову систему. Радонові ванни використовують для лікування хронічних запальних захворювань внутрішніх жіночих статевих органів. Протипоказанням для такого лікування є: вагітність всіх термінів, злоякісні новоутворення і підозра на їх наявність, активний туберкульоз, захворювання крові, епілепсія, гнійні процеси.

Для орошення піхви і мікроклім використовують кип'ячену воду з такою концентрацією радону, як і в загальній ванні. В положенні хворої лежачи на спині (на гінекологічному кріслі або на кушетці). Медична сестра вводить в піхву спеціальний простерилізований наконечник і під невеликим тиском проводить орошення на протязі 15-20 хв, кожний день або через день.

Грязелікування відноситься до теплолікувальних факторів, куди відносять лікування торфом, парафіном, озекеритом і гарячим піском. Всі лікувальні грязі складаються з двох частин: твердої та рідкої. Тверда фаза – це кристалічна основа: скелет; рідка фаза – це розчинені у воді солі і органічні речовини. Лікувальні грязі при змішуванні з водою утворюють однорідну пластинчасту масу, вони відрізняються малою теплопровідністю і добре утримують тепло і вологість. Теплолікувальні фактори в тому числі і грязелікувальні процедури, підвищують обмін речовин в тканинах, володіють протизапальною дією.

Показанням для лікування є хронічні запальні процеси у внутрішніх статевих органах, спайкові процеси в ділянці малого тазу, безпліддя, зумовлене непрохідністю маткових труб. Протипоказанням для проведення є вагітність всіх термінів, добро- та злоякісні утворення і підозра на них, гнійні процеси, захворювання серцево-судинної системи, активний туберкульоз легень. Грязелікування використовують на курортах, а також в позакурортних умовах. В нашій країні найбільш відомі такі курорти: Саки, Євпаторія, Одеса, Слов'янськ, Бердянськ та інші. В позакурортних умовах використовують нашірні аплікації лікувальної грязі, піхвові та ректальні тампони. Лікувальні грязі в спеціальній тарі привозять з місця їх зародження до місця де проводиться лікування і зберігають у спеціальних сховищах. Позакурортне грязелікування можна проводити тільки в спеціально обладнаних лікарнях.

Техніка піхвового грязелікування. Лікувальна грязь, яка використовується для піхвових тампонів, повинна відповідати певним умовам:

- грязь повинна бути очищена від сторонніх сумішей шляхом протирання її через мілке металеве сито;
- для піхвового грязелікування використовують тільки свіжу грязюку, яка не була у використанні. Перед використанням проводять бактеріологічний контроль.

Грязю заповнюють продезінфіковані відрізки гумової трубки довжиною до 25-30 см, отвори з обох сторін закривають затискачами і підігривають на водяній бані до температури 45-48°C.

Медична сестра, після зняття затискача з одного кінця трубки і вимірявши температуру грязі, згортає цей кінець конусом, змазує його вазеліновим маслом і обережно вводить в піхву хворої, яка лежить на кушетці або на гінекологічному кріслі. Після повільного вижимання грязі, трубка видаляється. Після процедури медична сестра вимиває грязі шляхом спринцювання мінеральною водою або дезінфікуючим розчином з температурою 38-42°C.

Лікування грязевими піхвовими тампонами часто поєднується з аплікаціями грязюки на ділянку живота і тазу (“трусси” або “напівтрусси”).

Лікування підігрітим піском (псаммотерапія) використовують за тими ж показаннями, як і інші теплолікувальні фактори: при хронічних запальних захворюваннях жіночих статевих органів і спайкових процесах у ділянці малого тазу.

Для пісочних ванн використовують добре промитий великої зернистості річний або морський пісок нагрітий до 45-50°C. На пляжі пісок нагрівається сонцем, в лікарняних закладах на жаровнях або в спеціальних апаратах. Хвора лягає в поглиблення яке зроблене в гарячому, добре перемішаному піску, і медична сестра з усіх сторін насипає пісок шаром 8-10 см, ділянку серця залишають вільною.

В лікувальних закладах загальні процедури проводять в спеціальних приміщеннях або в звичайних ваннах, наповнених піском. Пісок може бути використаний повторно після прокалювання при температурі 100-140 С, опромінення бактерицидною лампою і бактеріологічного контролю.

Ручний масаж – метод механотерапії, що полягає в механічному впливі на м'які тканини (шкіру, м'язи, сухожилля) тіла хворої шляхом поглажування, розтирання, розминання і вібрації руками медичного працівника, що отримав відповідну підготовку. В порівнянні з лікувальною гімнастикою масаж не потребує вольової участі пацієнтки і є тепічно більш диференційованим впливом. Ручний масаж багатогранно впливає на організм, викликає покращення кровообігу масажованих ділянок, прискорення лімфотоку, активацію тканинного дихання, появу біологічно активних речовин, що сприяють адаптаційно-трофічній функції жіночого організму і формуванню його захисних і компенсаторних реакцій.

За допомогою ручного масажу можна покращити функціональний стан ураженого органа (класичний масаж) або всіх тканин відповідного сегменту спинного мозку (сегментарний масаж) з послідовним впливом на діяльність різних систем організму, включаючи статеву.

Специфічною різновидністю ручного масажу є *гінекологічний масаж*. Гінекологічний масаж потребує знання анатомії і досвіду, його може проводити лише лікар-гінеколог.

Показання до гінекологічного масажу: недостатній розвиток матки, неправильне положення матки, спайкові процеси в ділянці малого тазу. **Протипоказання:** гострі та підгострі запальні процеси в органах малого тазу, туберкульоз, злоскісні новоутворення, вагітність або підозра на неї. Ожиріння не відноситься до протипоказань, але при гінекологічному масажі не дає задовільних результатів. Хвора жінка при масажі лежить на гінекологічному кріслі. Вона повинна навчитися не напружувати черевну стінку під час масажу, дихати рівномірно і спокійно. Сечовий міхур повинен бути звільнений безпосередньо перед масажем, кишечник – не пізніше чим за декілька годин до процедури. Масаж можна проводити не раніше ніж через дві години після їжі. Черевну стінку змазують маслом або припудрюють тальком. В піхву вводять два пальця однієї руки (правої), а іншою рукою масажують зі сторони черевної стінки. Гінекологічний масаж проводять обережно і ніжно, щоб хвора не відчувала болей. Прийоми гінекологічного масажу направлені перш за все на те, щоб викликати гіперемію органів, ці прийоми складаються із поглажування, розминання, надавлювання і розтягування. Кількість сеансів, їх частоту і тривалість встановлюють індивідуально для кожної хворої. Під час менструації гінекологічний масаж протипоказаний.

V.4. Робота у відділенні неоперативної гінекології.

Організація та планування відділення. Гінекологічне відділення може входити в склад спеціалізованої гінекологічної або багатопрофільної лікарні, поряд з терапевтичним, хірургічним та іншими відділеннями. Виділяють відділення оперативних та неоперативних (консервативних) методів лікування.

В склад відділення неоперативного лікування входять палати для хворих, буфетна, столова, приміщенні для білизни, декілька туалетів, приміщення для миття суден і клейонок, оглядова, процедурна (маніпуляційна), приміщення денного перебування хворих (кімната відпочинку, хол), кабінет завідувача, зал лікувальної фізкультури, учбова кімната для студентів, стерилізаційна, передопераційна, мала та велика операційні входять в склад відділення оперативної гінекології, але обслуговують при необхідності хворих відділення консервативного лікування. Палати гінекологічного відділення повинні бути невеликими, на 2-6 чоловік, це створює умови для правильного розподілу жінок, в залежності від захворювання, для лікувально-охоронного режиму.

У відділення неоперативної гінекології госпіталізують жінок з запальними захворюваннями статевих органів, з порушеннями менструально-го циклу, які страждають непліддям і іншими гінекологічними захворюваннями, котрі не потребують оперативного лікування.

Організація та оснащення оглядової гінекологічного відділення. В оглядовій лікар оглядає кожну хвору, яка поступила в гінекологічне відділення. Крім звичайного дворучного гінекологічного обстеження і огляду шийки матки за допомогою дзеркал в оглядовій беруть матеріал для аналізу в бактеріологічній, цитологічній та інших лабораторіях. Для оглядової виділяють простору світлу кімнату, площа її повинна бути не менше 12м². В залежності від величини гінекологічного відділення (від кількості ліжок-міст), в оглядовій встановлюють одне або два гінекологічних крісла, тверду кушетку, стіл, декілька стільців, 2-3 столика для стерильних інструментів і матеріалу, шафу для зберігання лікарських розчинів, штативи для посудини з дезінфікуючою рідиною.

На гінекологічне крісло кладуть чисте простирadlo і вішають мішок з чистими підкладними клейонками (розміром 35-40см), під крісло ставлять ємкість, куди викидають використаний матеріал. В окремий посуд складають клейонки, які були у використанні. Стіл для інструментів покривають стерильним простирadлом і стерильними корнцангами або пінцетом медична сестра розкладає необхідні для роботи стерильні інструменти: гінекологічні дзеркала (окремо дзеркала Куско, підйначі і

ложкоподібні дзеркала Сімса), пінцети, маткові зонди, шпатель, ложечки Фолькмана, катетери. На цей же стіл кладуть декілька запасних стерильних пелюшок і ниркоподібних тазиків. Стіл накривають іншим стерильним простирадлом або пелюшкою, до вугла якої прикріплюють металевий затискач. За цей затискач її підіймають і стерильним інструментом, який зберігається в дезінфікуючому розчині, беруть зі стерильного столика необхідні для роботи предмети. Таким же чином можна накрити стерильний стіл для матеріалу (кульок, паличок, тампонів і т.д.).

Для поточної роботи в ниркоподібний тазик можна складати набір: гінекологічне дзеркало, пінцет, ложечки для взяття мазків, декілька кульок. Ножиці і скальпелі зберігають у 96% розчині етилового спирту або трійному розчині в окремому стерилізаторі. В шафі оглядової знаходяться пляшки зі свіжими розчинами перманганату калію, Люголя, йодної настійки. Медична сестра оглядової наливає ці розчини в невеликий окремих посуд з широким горлом і притертою пробкою для постійного використання. На пляшечках повинні бути етикетки, а на посудині чіткі надписи з назвою медикаментів. На окремих стіл ставлять бікси зі стерильними ватними та марлевими тампонами, кульками і паличками, з намотаною на них ватою. Поряд з біксами ставлять інструмент в посудині з трійним розчином, матеріал із біксів дозволяється брати тільки цим інструментом. Поряд ставлять посудину з 1% розчином хлораміну для обробки рук перед оглядом хворої, а також пусту посудину (кружка Есмарха) з довгою гумовою трубкою і змінними наконечниками для обробки хворих; в цю посудину при необхідності наливають теплий розчин фурациліну 1:5000 або слабкий розчин перманганату калію. Наконечник після використання опускають в 1% розчин хлораміну, потім кип'ятять і зберігають в 1% розчині хлораміну.

На маленький столик або тумбочку ставлять баночку, зав'язану марлею з тальком для гумових рукавичок. Передбачають місце для зберігання чистих предметних стекел і стерильних пробірок. Бланки для направлення на аналіз взятого матеріалу і чисті листки-вкладиші для історії хвороби в достатній кількості повинні знаходитися у видвижних ящиках лікарського столу. В оглядовій повинна бути раковина і водопровідний кран із змішувачем гарячої та холодної води. Кожного дня вивішують два чисті рушники для висушування рук в рукавичках та без них. Оглядову забезпечують добрим штучним освітленням. Крім верхнього світла необхідно мати передвижний рефлектор для бокового освітлення.

Процедурна гінекологічного відділення (маніпуляційна) призначена для внутрішньовенних, внутрішньом'язових, підшкірних вливань ліків та взяття крові для дослідження. Приміщення і обстановка процедурної гінекологічного відділення така, як і оглядової. В процедурній (маніпуляційній) повинен бути столик для внутрішньовенних вливань. Його покривають чистою пелюшкою, кладуть на нього плоску подушечку, зшити з клейонки. На цьому столі знаходиться гумовий джгут, пляшка з дезінфікуючим розчином (70% етилового спирту), ниркоподібний тазик зі спеціальними кульками із марлі.

На окремому стерильному столі медична сестра процедурної до початку роботи готує потрібну кількість стерильних шприців різної ємкості, щоб поступово брати їх по мірі необхідності. В маніпуляційній завжди повинні бути наготові набори для крапельного введення лікарських речовин і пристосування для визначення груп крові і сумісності крові донора і реципієнта. В шафі процедурної зберігають ліки, призначені для внутрішньовенних, внутрішньом'язових та підшкірних ін'єкцій.

Оглядову і процедурну відділення прибирають вологим способом 2 рази на день.

До початку роботи обтирають 1-2% розчином хлораміну: гінекологічне крісло, меблі, медична сестра перестилає стерильні столи і розкладає на них простерилізовані інструменти та матеріал, котрі перестилають не рідше 1 разу на день. Після цього на 15-20 хв вмикають бактерицидні лампи. Після закінчення роботи проводять ретельне прибирання вологим способом, провітрювання і в останню чергу кварцування.

Обробка шприців. Після використання кожний шприц підлягає дезінфекції шляхом повного занурювання в дезінфікуючий розчин (перекис водню 6% на 60 хв, хлораміна 5% на 60 хв). Після дезінфекції шприці одноразового використання розділяють на основні частини. Для виключення можливого повторного використання їх складові частини підлягають деформації шляхом проведення парової стерилізації при температурі 132°C 20 хв, або повітряної стерилізації при температурі 180°C 60 хв у металевих біксах дно котрих попередньо застелене щільним папером.

Обробка гумових рукавичок. Використані гумові рукавички звільняють від бруду у ємкості № 1 в котру налита вода. Після одноразового використання воду кип'ятять при температурі 100°C протягом 30 хв і виливають в каналізацію. В подальшому рукавички підлягають передстерилізаційній обробці шляхом їх занурювання у дезінфікуючому розчині 5% хлораміна на 60 хв, або кип'ятіння при температурі 100°C протягом 30 хв. після цього рукавички висушують, пересипають тальком і стерилізують в автоклаві при температурі 132°C, тиском 1,5 Атм і експозиції 45 хв.

Обробка медичних інструментів. Використані інструменти підлягають дезінфекції, передстерилізаційній обробці та стерилізації. Попередньо інструменти розміщують в ємкості № 1 з водою, це сприяє звільненню від бруду (кров, слиз, виділення). Вода використовується одноразово, кип'яти-ться протягом 30 хв. і виливається в каналізацію. Потім інструменти переносять в ємкість № 2 з дистильованою водою, у якій їх кип'ятять протягом 30 хв, або вони занурюються в дезінфікуючий

розчин на 1 годину. Із дезінфікуючих розчинів використовуються: 3% розчин хлораміну, 5% розчин перекису водню з 0,5% миючої речовини (“Прогрес”, “Лотос”, “Айна”). В ємкості № 3 проводиться передстерилізаційна обробка шляхом занурювання інструментів в розчині “Біомоя” підогрітого до температури 40°C на протязі 15 хв. Після цього інструменти сушать і стерилізують шляхом автоклавування.

VII. Структура та організація роботи відділення оперативної гінекології

Основні задачі відділення оперативної гінекології:

1. Передопераційна підготовка гінекологічних хворих.
2. Підготовка до гінекологічного череворозтину.
3. Безпосередня підготовка до операції.
4. Підготовка хворих до екстрених череворозтинів.
5. Підготовка хворих до піхвових операцій.
6. Догляд за гінекологічними хворими в післяопераційний період: після “малих” операцій, після гінекологічних череворозтинів, після пластичних піхвових операцій.
7. Догляд за важкохворими.

У відділенні оперативної гінекології передбачені ліжка для передопераційних та післяопераційних хворих. При організації відділення прагнуть, щоб для кожної групи хворих існував окремий відсік з постом чергової медсестри. Необхідно зменшити контакт хворих, які знаходяться в процесі обстеження і підготовки до операції і хворих після операції, а також контакт між хворими в перші дні після операції і в більш пізні терміни видужування. Хворі з лихоманкою і з ознаками інфекції (інфіковані рани, ускладненнями гнійного характеру) відразу госпіталізуються в спеціальні відділення або переводяться туди для попередження внутрішньолікарняного розповсюдження інфекції.

При організації відділення оперативної гінекології для оперованих хворих необхідно передбачити невеликі палати на 1-2 ліжка, обладнані централізованою подачею кисню, сигналізацією та функціональними ліжками. Палати повинні бути світлими з достатньою природньою вентиляцією, передбаченим нічним освітленням. При великих відділеннях необхідно організувати реанімаційне відділення. При відсутності реанімаційного відділення виділяють палату інтенсивної терапії для важких хворих з апаратурою для штучної вентиляції легень, електровідсмоктувачем, дефібрилятором. У відділенні виділяють оглядову і процедурну. Велике значення в роботі відділення оперативної гінекології мають питання деонтології. Персонал повинен бути уважним, ввічливим, тактичним. Заборонено в присутності хворих обговорювати характер захворювання. Сторонні особи та хворі не повинні мати доступ до документації, яка стосується захворювання і оперативного втручання. Бесіди з хворими і їх родичами проводить тільки лікар, який надає необхідні усні та письмові справки. Медичний персонал, включаючи середніх та молодших медичних робітників, повинен добре знати, що слово повинно не ранили, а лікувати.

VII.1. Велика операційна.

Асептика та антисептика – це комплекс заходів направлених на попередження розвитку інфекційної (гнієвидної) флори при хірургічному втручанні і в післяопераційному періоді.

Асептика – це метод який попереджує попадання мікробів в операційну рану. Інструментарій, шовний матеріал, рукавички, матеріал, який використовується при операції (білизна, халати, марлеві салфетки і кульки) повинні бути стерильними.

Антисептика – система заходів направлених на знищення мікробів у рані, зменшення їх проникнення у рану і розвитку в ній.

Стерилізація інструментів. Стерилізація забезпечує загибель в стерилізуючому матеріалі патогенної і непатогенної мікрофлори.

Після закінчення операції увесь хірургічний інструментарій розбирають і замочують у ємкості з 3% хлораміну протягом 1 години, потім промивають проточною водою до зникнення запаху хлора і замочують в гарячому (50°C) миючому розчині (0,5% розчин перекису водню з миючим засобом) взятих у співвідношенні 1:1, протягом 15 хв.

Після замочування в цьому розчині інструменти миють йоршиком або ватно-марлевым тампоном в середньому 20-35 сек кожний предмет. Розчин використовують одноразово. Вимиті предмети споліскують у проточній воді, потім у дистильованій. Якість миття інструментів визначають шляхом проведення бензидинової проби на наявність крові.

Для приготування розчину змішують 0,0025 г основного бензидину з 0,1 г перекису барію або 3% розчином перекису водню і перед використанням додають 5 мл 50% розчину оцтової кислоти,

збовтують до повного розчинення. Вказаним розчином змочують тампони і протирають інструменти, шприци і частини апаратів. Поява зеленого кольору вказує на наявність крові на предметах, отже, вироб підлягає повторній обробці.

Повноту відмивання миючих добавок перевіряють місцевою реакцією з 0,1% спиртовим розчином фенол-фталейну шляхом нанесення 2-3 крапель розчину на вимитий інструментарій. При появі рожевого кольору інструменти підлягають повторному промиванню в проточній воді протягом 5 хв.

Стерилізацію інструментів проводять безпосередньо перед операцією. Для екстрених операцій може бути використаний спеціальний стерильний набір інструментів, який зберігається в добре закритому стерилізаторі накритому стерильним простирадлом. Тривалість зберігання такого набору не більше 6-12 год. Стерилізацію проводять різними методами: паром, сухим гарячим повітрям, розчинами хімічних речовин. Хірургічні та гінекологічні інструменти, деталі та вузли приборів та апаратів в тому числі виготовлені із корозійностійких матеріалів і сплавів, шприци з надписом 200°C, ріжучі інструменти стерилізують у повітряних стерилізаторах. Стерилізація у повітряних стерилізаторах відбувається сухим гарячим повітрям при температурі 180°C – 45 хв, при температурі 160°C – 60 хв. В якості упаковочного матеріалу використовують спеціальні бікси, металеві пенали.

Хірургічні інструменти, виготовлені із металів і сплавів, стійких до корозій, вироби із гуми, пластичних мас, в тому числі з металевими частинами, стерилізують 3 год в 6% розчині перекису водню при температурі розчину 50°C, або 6 год при температурі розчину 18°C.

Стерилізація перев'язочного матеріалу, білизни та рукавичок. В хірургічній практиці найбільш часто використовується марля і гіроскопічна вата. Перед укладкою бікси протирають із середини і ззовні серветкою, змоченою 5% розчином нашатирного спирту. Потім здвигують металеву стрічку, щоб відкрились бокові отвори, відкривають кришку і висушують дно і стінки бікса полотняною серветкою або простирадлом. При укладці білизни і неперев'язувального матеріалу в бікси потрібно дотримуватись певного порядку, що дозволяє швидко і легко знайти необхідні предмети.

В центральну частину бікса поміщають індикатор для контролю стерилізації. Коли бікс заповнений, краї виступаючого його простирадла загортають один на інший поверх вмісту. В один із біксів зверху простирадла закладають халат, а на нього декілька марлевих серветок і рушник. Це потрібно для того, щоб операційна сестра змогла, вимиваючи руки витерти їх і надіти стерильний халат, не торкаючись іншої білизни та матеріалу. До кришки кожного біксу прив'язують клейончату етикетку, на якій перераховано вміст біксу, вказана дата стерилізації і прізвище медсестри, яка готувала бікс. Надпис роблять простим олівцем. Кришку бікса закривають, скріплюють гачком на ланцюзі і щільно прив'язують стрічкою, щоб вона випадково не відкрилась. Потім перевіряють чи відкриті бокові отвори біксів.

Автоклавування. Найбільш надійним і швидким методом стерилізації перев'язувального матеріалу, білизни та деякого оснащення операційної є стерилізація насиченим паром під тиском в автоклаві.

При підвищенні тиску (визначається згідно манометру) до 1,1 атм (120°C) загибель патогенних мікробів настає через 45 хв, при тиску 2 атм (132°C) – протягом 20 хв. Стерилізації в автоклаві в особливих коробках – біксах (барабанах), підлягає хірургічний перев'язувальний матеріал, білизна, предмети обладнання, шприці з голками. До роботи з автоклавом допускають спеціально підготовлених працівників середнього медичного персоналу. Дуже важливим є правильна робота автоклаву, яка забезпечує повну стерилізацію. Для перевірки стерильності матеріалу та роботи автоклаву запропоновані хімічні методи. Всередину кожного біксу вкладають індикатор стерильності. При відкритті кожного біксу перевіряють чи набув індикатор бажаного кольору, що свідчить про підвищення температури у біксі до 132 С. Крім того систематично, не рідше 4 рази на місяць, перев'язувальний матеріал та білизну при відкритті біксів перевіряють на стерильність шляхом посіву. Від несправності апарату, невідповідності або недоброросовісного обслуговування може залежити стерильність матеріалу.

Бактеріологічний контроль в хірургічному відділенні. Об'єктом дослідження є повітряне середовище, різні об'єкти навколишнього середовища, медичний інструментарій, перев'язувальний і шовний матеріал, руки хірургів та шкіра операційного поля. Взяття проб з поверхності різних предметів здійснюється методом змивів (стерильними ватними тампонами на паличках). Тампони розміщують в пробірки. При контролі мілких предметів змиви проводять з поверхні всього досліджуваного предмету в декількох місцях площиною приблизно 100-200 см².

Дослідження хірургічного матеріалу на стерильність проводять для лабораторного контролю за ефективністю стерилізації перев'язувального і шовного матеріалу та інструментарію. Об'єктами бактеріологічного дослідження є перев'язувальний матеріал – кетгут, шовк і хірургічний інструментарій безпосередньо після стерилізації і приготування до використання, шприці і голки з ними.

Взяття проб на стерильність проводить операційна сестра під керівництвом співробітників бактеріологічної лабораторії. Змиви зі шкіри операційного поля та рук хірургів проводять стерильними марлевими тампонами розміром 5x5 см, які змочені в розчині нейтралізатора або в фізіологічному розчині. Також проводиться забір повітря на ріст колоній мікрофлори.

Набори для гінекологічних операцій.

Необхідно мати окремий набір інструментів для гінекологічних операцій, які проводяться як шляхом розтину черевної порожнини, так і через піхву.

Основний перелік наборів повинен знаходитися в шафі для інструментів з вказівкою їх кількості. Ножиці повинні бути різної довжини, тупо- та гострокінцеві, хірургічні та анатомічні пінцети (довгі та короткі), кульові щипці, щипці Дуайєна і Мюзо. Найбільш багаточисленними інструментами в наборі є кровозупиняючі затискачі Пеана, Кохера та Мікуліча, а також інші довгі затискачі, які зв'язують по 10 штук. При додаванні під час операції набору кровозупинних затискачів їх беруть десятками.

Для вишкрібання матки необхідні: піхвові дзеркала, кульові щипці, металеві розширювачі Геґара або вібророзширювачі, матковий зонд, довгі пінцети, кюретки різних розмірів, абортцанг і аспіратор.

VII.2. Сучасні види наркозу.

Сучасні види наркозу включають в себе два методи загального знеболення: внутрішньовенний наркоз та інгаляційний наркоз. Інгаляційний наркоз ділиться на масочний та ендотрахеальний. Останній включає в себе обов'язкове проведення штучної вентиляції легень і використання м'язових релаксантів.

Внутрішньовенний наркоз досягається шляхом введення в вену різних наркотичних речовин. До них відносяться похідні барбітурової кислоти (тіопентал, гексенал), похідні прегнандіолу (стероїдні наркотики віадріл, предіон), похідні ГАМК (ГОМК або оксибутират натрію), фенілциклідину (кетамін).

Внутрішньовенний наркоз використовується в гінекологічній практиці як самостійний вид знеболення при виконанні невеликих гінекологічних операцій (непорожнинних) тривалістю від 10 хв до 1 год. Крім того, внутрішньовенний наркоз використовується при наданні анестезіологічного посібника як компонент ендотрахеального наркозу (вводний наркоз). До різновиду внутрішньовенного наркозу відноситься так званий нейролептнаркоз, який досягається введенням великих доз нейролептика дроперидолу і сильного анальгетика фентанілу. Може використовуватись також введення в вену великих доз анальгетиків (1% розчин морфіну в сполученні з седуксеном).

Масочний наркоз – інгаляція хворій наркотичних засобів (ефір, фторотан, закис азоту, циклопропан) через маску наркозного апарату. В наркотичну суміш обов'язково повинен входити кисень.

Ендотрахеальний наркоз – ведучий метод знеболення. Досягається шляхом введення наркотичних засобів в дихальні шляхи хворої через трубку, яка вставлена в трахею. Цей вид знеболення потребує проведення штучної вентиляції легень, а також використання м'язових релаксантів. Механізм їх дії заключається в блокаді проведення імпульсу через нервово-м'язову пластинку, що і забезпечує параліч скелетних м'язів. Всі м'язеві релаксанти поділяються на 3 великі групи: короткої дії (дітілін, міорелаксин, лістенон), тривалої дії (діплацин, ардуан, тубокурарин), змішаної дії (тракриум).

Спинномозкова і перидуральна анестезія відноситься до різновидностей провідникової анестезії. Анестетик вводиться при спинномозковій пункції – в субарахноїдальний простір. В цих випадках ефект знеболення досягається за рахунок блокади спинномозкових нервів при їх виході із спинного мозку. Перидуральна анестезія забезпечується введенням в перидуральний простір фторопластикового катетера. Для спинномозкової і перидуральної анестезії використовують 2% розчин лідокаїну, 1-2% розчин тримекаїна.

Ускладнення при проведенні наркозу та допомога при них. При використанні для вводного наркозу розчину барбітуратів при швидкому введенні, а також при використанні великих концентрацій (більше 1%) може бути різке пригнічення дихання і значне зниження кров'яного тиску навіть до зупинки серця, що особливо небезпечно при великій попередній крововтраті (1-1,5 л). При цих ускладненнях необхідно розпочати штучну вентиляцію легень маскою наркозного апарату, введення великої кількості рідини, серцевих засобів. Вводиться 10 мл 10% розчину хлориду кальцію внутрішньовенно для нейтралізації токсичної дії барбітуратів на міокард.

Регурґітація – пасивне затікання кислого вмісту шлунку і кишечника в дихальні шляхи хворого. Частіше зустрічається при вводному наркозі перед інтубацією. Небезпечний розвиток кислотно-аспіраційного синдрому Мендельсона. Часто зустрічається при невипорожненому шлунку, вираженій кишковій непрохідності. Клінічно проявляється розвитком часткового або повного бронхоспазму, асфіксією. Допомога – швидка інтубація, опускання головного кінця столу, відсмоктування вмісту, по можливості – введення зонду в шлунок. Медикаментозна терапія: введення в дихальні шляхи гормонів (суспензія гідрокортизону), лужних розчинів з послідуочим відсмоктуванням, використання бронхолітиків (еуфілін 2,4% – 10 мл в/в, но-шпа 2% – 2 мл в/в), 3% розчину гідрокарбонату натрію 200 мл в/в, штучна вентиляція легень. Зупинка серця при наркозі виникає при використанні високих концентрацій деяких інгаляційних анестетиків (фторотана), а також при гіпоксії. Допомога: звільнити дихальні шляхи від стороннього вмісту, непрямий масаж серця, внутрішньовенне введення 0,1% розчину атропіну 0,5 мл, 10% розчину хлористого кальцію 10 мл,

0,1% розчину адреналіну 0,5 мл. При неефективності – дефібриляція.

Ателектаз (спадіння) однієї легені настає при проведенні штучної вентиляції легень при неправильному розміщенні інтубаційної трубки в правому або лівому бронху. При цьому відбувається штучна вентиляція однієї легені. Інша легеня в акті дихання не приймає участі. Допомога: при проведенні наркозу контроль за положенням інтубаційної трубки. Якщо ателектаз розвивається в післяопераційному періоді, то проводять бронхоскопію з відсмоктуванням слизової пробки, введенням трипсину, гідрокортизону, роздуванням легені.

VII.3. Основні типи гінекологічних операцій і їх технічні особливості.

Малі гінекологічні операції.

Знеболення малих гінекологічних операцій виконують шляхом місцевої інфільтраційної анестезії 0,5-1% розчином новокаїну, внутрішньовенним знеболенням, короточасним загальним наркозом та іншими видами анестезії.

Необхідний інструментарій: вагінальні дзеркала, набір розширювачів Гегара, 2 пари кульових щипців або щипці Мюзо, матковий зонд, набір кюреток (3), абортцанг, 2 корнцанга, ножиці.

Операція штучного абарту проводиться при терміні вагітності 6-12 тижнів після звичайної підготовки хворої до піхвової операції.

Техніка операції. Розкривають піхву дзеркалами, оголюють шийку матки і обробляють спиртом та розчином йоду. Захвачують передню губу шийки матки кульовими щипцями, виймають підйомник, а заднє дзеркало передають асистенту (сестрі). Потім для визначення довжини та положення матки проводять її зондування, розширюють цервікальний канал за допомогою розширювачів Гегара до №12-12,5. Починають вишкрібання великою кюреткою (№6), якою роздроблюють плодове яйце і видаляють його по часточкам. При низведенні частини плодового яйця в шиєчний канал, її захоплюють абортцангом та видаляють. Кюреткою менших розмірів перевіряють послідовно всі стінки внутрішньої поверхні матки, особливо трубні вугли. Цервікальний канал протирають марлевою смужкою, змоченою розчином йоду.

Більш бережний спосіб переривання вагітності – проводять за допомогою вакуумного апарату і наконечників з боковим отвором поблизу торця. Операція штучного абарту методом аспірації складається з двох моментів: розширення каналу шийки матки і видалення плодового яйця шляхом вакуум-аспірації. Після розширення цервікального каналу в порожнину матки вводять наконечник і з'єднують його з електровідсмоктувачем, переконавшись, що він створює тиск 0,4-0,6 атм (300-400 мм.рт.ст) або 0,6-0,8 атм, взаємності від моделі апарату.

Вміст матки потрапляє в резервуар з'єднаний гумовою трубкою з наконечником. Операція вважається закінченою, якщо через трубку видно, що вміст із порожнини матки більше не надходить. Перевагами методу вакуум-аспірації перед вишкрібанням матки кюретками є менша травматизація матки; для виконання операції потрібно менше часу, а сама операція менш болюча і супроводжується меншою крововтратою.

Діагностичне вишкрібання порожнини матки виконують після звичайної підготовки до піхвової операції, таким же чином, що і операцію абарту.

Для вишкрібання слизової оболонки порожнини матки використо-вують гострі кюретки № 1 та № 2. Матеріал збирають в баночку з 10% розчином формаліну.

Фракційне вишкрібування матки починають із слизової оболонки шийкового каналу не заходячи за внутрішнє вічко. Отриманий матеріал збирають у пробірку. Потім вишкрібають стінки матки, матеріал збирають в іншу пробірку. Пробірки чітко маркірують.

Поліпектомія – видалення поліпів слизової оболонки шийкового каналу. Поліпи ендометрію видаляються при діагностичному вишкрібуванні порожнини матки. Корнцангом захвачують ніжку поліпа і відкручують, повертаючи навколо продольної осі в одну сторону. Місце розташування поліпа змазують 5% розчином йоду. При неповному видаленні поліпа або при наявності множинних поліпів проводять вишкрібання слизової цервікального каналу. Всі поліпи підлягають обов'язковому гістологічному дослідженню.

Видалення фіброматозного вузла, що народжується, проводять піхво-вим шляхом після звичайної підготовки до вагінальної операції. Оголюють шийку матки дзеркалами та захоплюють щипцями Мюзо нижній полюс вузла, що народжується. Трохи підтягуючи щипці оголюють ніжку пухлини. Якщо ніжка товста, вигнутими ножицями підсікають капсулу в місці переходу пухлини в ніжку і починають викручувати. При необхідності виконують розсічення шийки матки з послідовним накладаннями швів. Видалений вузол відправляють на гістологічне дослідження.

Гінекологічні лапаротомії. Операція розтину черевної порожнини (лапаротомія) може бути проведена двома шляхами. Найбільш поширеною на теперішній час є черевностіночна лапаротомія, що виконується шляхом розтину передньої черевної стінки. Піхвова лапаротомія (кольпотомія) виконується шляхом розсічення піхвового склепіння.

Положення хворої на операційному столі – горизонтальне. Іноді виникає необхідність (при

оперуванні в глибині малого тазу) в короточас-ному нахилі головного кінця операційного столу на 10-15° вниз (положення Тренделенбурга). До операційного столу фіксують ноги хворої на рівні стегон і ліву руку за кисть у витягнутому вздовж тулуба положенні. Праву руку викладають на спеціальний столик для внутрішньовенних ін'єкцій. При лапаротомії хірург стоїть зліва від хворої, перший асистент прямо навпроти хірурга, другий – поряд з першим, ближче до нахиленого місця столу.

Операційна сестра повинна стояти за своїм столом обличчям до операційної рани, що дозволяє їй слідкувати за перебігом операції і своєчасно подавати все необхідне. Біля головного кінця операційного столу розміщується наркозний апарат і стоїть анестезіолог. Біля столика, на якому лежить права рука хворої знаходиться помічник анестезіолога (анестезист). Знеболювання при лапаротоміях, зазвичай – ендотрахеальне, рідше масочний наркоз чи перидуральна анестезія.

Інструментарій для лапаротомії відрізняється у гінекологічних хворих від хірургічного тільки довжиною, що дозволяє проводити маніпуляції в глибині тазу під контролем зору. В набір інструментів повинні входити гострі скальпелі (2-3), ножиці прямі, вигнуті і довгі, пінцети хірургічні та анатомічні (довгі і короткі) по два, кровозупинні зажими. Кульові щипці (2), вікончаті, абортцанг. Для тупферів використовують довгі прямі та вигнуті корнцанги (3). Голкотримачі довгий та короткий (2), голки ріжучі і круглі, різного розміру, голки Дешана (ліва та права). Для розширення рани черевної порожнини використовують самотримаючі дзеркала, а для роздвигання країв рани – гострі та тупі гачки (по 2 шт). В наборі інструментів повинні бути затискачі (2 шт), металевий катетер, матковий зонд, наконечник для відсмок-туючого апарату, шприци та голки до них.

Розташування інструментів на столі строго обумовлене, що полегшує роботу хірурга та сестри. На кінці столу ближче до хірурга, розкладають окремими групами короткі та довгі зажими, скальпелі, ножиці, корнцанги із зажатими марлевими тампонами. В наступному ряду знаходяться голкотримачі, голки і шовний матеріал, дзеркала, додаткові інструменти. Ближче до сестри, а зручніше в складці простирадла (карман), що покриває стіл з інструментами, знаходяться марлеві серветки та кульки.

Підготовку операційного поля починають з обробки пупка спиртом і розчином йоду. Потім шкіру передньої черевної спинки двічі протирають спиртом і змазують 5% розчином йоду. Шкіру дезінфікують далеко за межами передбаченого розтину: вище пупка на 6-10 см і передню поверхню стегон. Обробку шкіри починають з ділянки передбаченого розтину, а потім переходять на периферію. З появою нових антисептиків, можлива дезінфекція шкіри без застосування спирту та йоду. Операційне поле двічі протирають тупфером з цим розчином, потім витирають насухо. Після дезінфекції покривають стерильними простирадлами, які розташовують в залежності від майбутнього розтину – поздовжньо чи поперечно.

Операція на придатках матки. Видалення маткової труби називається сальпінгектомія чи тубектомія. Розтин, зазвичай, поздовжній. При розтині очере-вини в черевній порожнині може бути значна кількість свіжої крові. Якщо стан хворої дозволяє кров вибирають патологоанатомічною ложкою чи спеціальним відсмоктувачем, проціджують через 8 шарів марлі та перели-вають хворій. Матку та придатки виводять в рану. Матку захоплюють маточними вікончатими затискачами. На змінену трубу накладають затискачі Кохера біля самого кута матки і на мезосальпінкс біля ампулярного кінця труби. Мезосальпінкс пересікають до кінця затискача, на частину мезосаль-пінкса, що залишилась накладають ще 2-3 зажими і трубу видаляють.

Затискачі замінюють кетгуттовими лігатурами. Перитонізація безперерв-ним кетгуттовим швом. Звільняють черевну порожнину від крові та згустків. Перед зашиванням черевної порожнини сестра рахує інструменти та марлеві серветки. Для зашивання очеревини використовують кетгут для безперервного шва, для зашивання апоневрозу – шовк, лавсан; для підшкір-ної жирової клітковими – кетгут; на шкіру – шовк, лавсан, металічні скобки. Зверху шви обробляють йодом, накладають асептичну пов'язку.

Видалення яєчника позначають терміном оваріоектомія. Враховуючи характер захворювання яєчника, виконують його резекцію, або повне видалення яєчника. Розтин на шкірі може бути поздовжній чи поперечний. При розкритті черевної порожнини в рану виводять змінений яєчник. Накладають затискачі на власну та воронко-тазову зв'язки яєчника, пересікають їх і видаляють яєчник. Зв'язки нижче затискачів перев'язують кетгуттовими лігатурами. Культі зашивають кисетним кетгуттовим швом. Виконують туалет черевної порожнини, рахують інструменти і марлеві серветки. Зашивання шкіри при поперечному розтині може бути виконано безперервним швом (косметичний шов).

При *резекції яєчника* на його зв'язки накладають м'які затискачі, щоб не порушити кровообіг. Скальпелем виділяють змінену частину яєчника, а рану зашивають безперервним кетгуттовим швом круглою голкою. При наявності кісти великого розміру її вміст видаляють електровідсмоктувачем, наконечник якого вводять в кісту через невеличкий розтин.

Запальні захворювання придатків матки зазвичай супроводжуються утворенням великих зрощень з навколишніми органами: сальником, кишками, сечовим міхуром і тому операції в деяких випадках іноді ускладнюються ураженням цих органів. При таких операціях сестра повинна мати стерильну пробірку для взяття з черевної попрожнини вмісту для посіву на чутливість флори до антибіотиків, наконечник електровідсмоктувача, м'які застискачі, кишкові голки, катетери, гумові трубки різноманітного діаметру для дренажів, великий запас серветок, розчини для промивання

черевної порожнини та антибіотики.

Техніка операції. Після розтину м'якими рушниками ретельно відшаровують верхній відділ черевної порожнини і починають розділення зрощень. При інтимному зрощенні труби з запальними утвореннями край труби розсікають між зажимами і перев'язують кетгуттовими лігатурами. Розділення спайок проводять гострим і тупим шляхом, періодично використовуючи гідравлічну препаративку розчином новокаїну. При розділенні зрощень користуються тільки анатомічними пінцетами.

При розкритті капсули запального утворення черевну порожнину додатково відгороджують марлевими серветками, а гній видаляють за допомогою електровідсмоктувача. Після видалення матки з придатками із зрощень вирішують питання про об'єм оперативного втручання: видалити чи залишити матку, яєчники, труби. Промивання черевної порожнини проводять 1,5-2л теплою розчином фурациліну, який видаляють із черевної порожнини електровідсмоктувачем. При необхідності дренивання черевної порожнини проводять задню кольопотомію. Вигнутий корцанг вводять у піхву і вип'ячують очеревину прямокишкового-маткового простору. Зі сторони черевної порожнини скальпелем роблять надріз очеревини над розведеним корцангом. Корцанг проводять в черевну порожнину і захопивши нижній кінець дренажної трубки, виводять його за вхід у піхву. В верхньому кінці трубки перед її введенням роблять декілька отворів. Дренивання черевної порожнини через черевну стінку проводять за допомогою додаткових розтинів через всі шари черевної стінки справа та зліва від операційної рани. По ходу каналу, який зроблений скальпелем, вводять корцанг і захопивши верхній кінець дренажної трубки виводять її зовні та фіксують до шкіри. При зашиванні передньої черевної стінки в нижньому кінці рани залишають тонкий (ніпельний) дренаж-трубку, діаметром 2-3 мм, яку фіксують до шкіри одним із шкірних швів. Пов'язку накладають окремо для швів післяопераційної рани і дренажів. Шви обов'язково обробляють спиртом. Перед зашиванням черевної порожнини рахують марлеві серветки (тампони) для виключення їх знаходження в черевній порожнині.

Надпівхова ампутація матки. Найбільш часто використовується при фіброміомі матки чи злоякісній пухлині яєчника. Може виконуватися повне видалення матки, консервативно-пластична операція з видаленням вузлів пухлини чи з частковою резекцією матки. Матка може видалитися з придатками і без них. При злоякісній пухлині яєчника матку завжди видаляють з придатками і додатково проводять резекцію сальника.

Після типового розтину черевної стінки матку захоплюють міцними щипцями (щипці Мюзо, штопор) і виводять в рану. При видаленні матки без придатків на її ребра з обох боків накладають міцні прямі затискачі, щоб захопити круглі зв'язки матки, труби і власні зв'язки яєчників. При різкій деформації матки на кожну зв'язку і трубу накладають затискачі окремо. В обох випадках паралельно накладеним затискачам відступають 1-1,5 см і накладають інші. Тканини між затискачами розсікають і перев'язують лігатурами, кінці яких беруть на затискачі. Розкривають ножицями пузирно-маткову складку і тупфером відсепаровують разом з сечовим міхуром донизу за внутрішнє вічко матки. На маточні судини з обох боків на рівні внутрішнього вічка накладають по парі міцних щипців (паралельно). Між ними маткові судини пересікають і перев'язують їх надійними лігатурами (кетгут, шовк, лавсан). Скальпелем клиноподібно відсікають тіло матки і видаляють його. Кулью шийки матки захоплюють кульовими щипцями, змазують розчином йоду і прошивають 3-4 кетгуттовими лігатурами. Перитонізацію проводять безперервним кетгуттовим швом, зрізаючи за необхідністю залишені на затискачах лігатури. Сестра рахує всі серветки, марлі, затискачі. Проводять туалет черевної порожнини і пошарово ушивають рану черевної стінки. Надпівхову ампутацію матки з придатками проводять в такій же послідовності, як і без придатків. Затискачі накладають не на власні зв'язки яєчників, а не воронко-тазові зв'язки. Надпівхову ампутацію матки з придатками і резекцію сальника при злоякісній пухлині яєчника проводять за методикою описаною вище. Особливістю операції є: підшивання очеревини до серветок, що обкладають рану з метою захисту підшкірної жирової клітковини від імплантації клітин пухлини.

Екстирпація матки. Тотальну екстирпацію – видалення тіла та шийки матки проводять при фіброміомі, злоякісній пухлині яєчників, септичних запальних захворюваннях матки. Екстирпація може проводитися з придатками і без них. Після розтину черевної порожнини накладають довгі затискачі на дно матки. Затискачі зв'язують за кільця і використовують як тримачі. Розсікають та лігують круглі зв'язки, зв'язки що підвішують яєчник. Пузирно-маткову складку розтинають, сечовий міхур відсепаровують до піхових склепінь, край очеревини двома краями підшивають до нижнього кута рани і лігатури беруть на затискачі. Сечовий міхур захищають дзеркалами, які вводять з боку лона. Виділяють із клітковини стовбур маткової артерії і перев'язують його капроновою лігатурою, підведеною на голці Дешана. Відступивши від лігатури в сторону матки на 1-1,5 см, накладають міцний затискач і кінчиками ножиць відсікають артерію, а кінці лігатури зрізають. Пересікають крижово маткові зв'язки. Переднє склепіння піхви захоплюють кульовими щипцями чи міцними затискачами і вскривають кінчиками вигнутих ножиць. Через отвір вводять вузький марлевий тампон, змочений спиртом. На шийку матки накладають кульові щипці. Піхву захоплюють довгими затискачами і послідовно відсікають матку від вагінальних склепінь. Піхву зашивають окремими кетгуттовими швами, кінці яких беруть на затискачі. Перед перитонізацією перевіряють гемостаз, роблять туалет черевної

порожнини, мийуть руки або знімають рукавички. Краї очеревини сечового міхура підшивають до передньої стінки піхви. Перитонізацію здійснюють за допомогою безперервного кетгутового шва. Після підрахунку тампонів та інструментів черевну порожнину пошарово зашивають. Із піхви видаляють марлевий тампон, введений під час операції.

Консервативно-пластичні операції на придатках та матці. Для відновлення прохідності труб необхідні затискачі, пінцети та голки, якими користуються при операції на очах.

Крім цього необхідні трубні катетери діаметром 2-3 мм, протези труби із гетерогенної очеревини, шприц Брауна, індигокармін, стерильна вазелинова олія.

Сальпінголізис – операція, що полягає у вивільненні маткової труби від зрощень. Зрощення розсікають кінчиком ножиць. Для гідралічної препаровки використовують шприц, тонкі голки, розчин новокаїну. Після звільнення придатків матки із зрощень перевіряють прохідність маткових труб шляхом їх продування. Пертубацію можна провести зі сторони піхви, для цього використовують самотримаючий наконечник. Замість пертубації може бути використана гідротубація, коли через ампулярний кінець труби вводять підкрашену рідину. Перед зашиванням черевної порожнини придатки орошують 3-4 мл стерильної вазелінової олії.

Сальпінгостомія – розтин зарощеного ампулярного кінця труби. Слизову оболонку труби вивертають тонким м'яким зажимом і тонким кетгутом з'єднують з брижою труби. В деяких випадках видаляють частину ампулярного відділу труби. Краї слизової оболонки ампулярного відділу тонкими кетгутовими швами з'єднують її з черевним покривом. Шляхом гідротубації перевіряють прохідність труб.

Сальпінго-сальпінго анастомоз – зшивання труби після резекції непрохідної ділянки в істмічному відділі труби. Після видалення рубців зміненої частини труби через ампулярний кінець вводять поліетиленовий катетер діаметром 2-3 мм так, щоб він пройшов до проксимального відділу труби на 2-3 см. Тонким кетгутовим швом за допомогою атравматичних голок зшивають між собою кінці пересіченої труби. Для цього можна використати і судинно-зшиваючий апарат. Вільний кінець катетера одним шовковим швом прикріплюють до труби або до матки, частину, що залишається виводять із черевної порожнини на передню черевну стінку. З боку шкіри вузьким скальпелем роблять отвір через усі шари черевної стінки. В цей канал вводять корнцанг і захоплюють вільний кінець катетера. На поверхні катетер складають в петлю і прикріплюють двома швами до шкіри. Аналогічно проводять операцію пересаджування маткових труб в матку.

Піхвові операції. Хвору для операції вкладають на операційний стіл в положенні як для гінекологічного огляду: частина операційного стола опущена, сідниці лежать на рівні краю, ноги зігнуті в колінах утримують за допомогою підставок, що прикріплюються до столу. Рука хворої зігнута в ліктьовому суглобі, передпліччя та кисть розміщені на грудях. Друга рука вкладається на спеціальний столик для під'єднання крапельниці.

Сечу виводять через катетер. Шкіру верхньої частини внутрішньої поверхні стегон, сідниці, ділянку лобкового зрощення, зовнішні статеві органи, піхву, анус обробляють спиртом та 5% розчином йоду. На ноги хворої одягають стерильні полотняні бахіли або закривають їх простирадлами. Простирадла кладуть на низ живота та під таз хворої і закріплюють цапками так, щоб зовнішні статеві органи знаходились у центрі прямокутника, утвореного простирадлами. Хірург сідає на стільчик, що обертається. Помічник хірурга сидить або стоїть справа або зліва від нього. Операційна сестра та стіл з інструментами знаходяться справа та позаду від хірурга. Інструменти для піхвових операцій повинні включати набір піхвових дзеркал (ложкоподібні, прямі, довгі, короткі), кулеві щипці та щипці Мюзо, набори затискачів, пінцети, металеві катетери, крутовигнуті голки тощо.

Вилуцення кісти великої залози присінку піхви. Розтин лінійний або овальний проводять гострим скальпелем, захоплюють кісту м'якими щипцями (оваріальними), відсепаровують тупфером. При зрощеннях вилуцення кісти виконують гострим шляхом після гідралічного препарування новокаїном.

Край шкіри захоплюють затискачами Кохера і розводять, тяжі надсікають вигнутими ножицями. Гемостаз здійснюють обколюючими кетгутовими швами. Ложе кісти ушивають заглиблювальними кетгутовими швами. На шкіру накладають шовкові шви. В нижньому куту рани залишають вузький тампон або гумовий дренаж.

Вилуцення кісти піхви. Розтин стінки піхви проводять над кістою. Края розтину захоплюють затискачами. За допомогою скальпелю і ножиць кісту вилучають. Судини які кровоточать лігують кетгутовими лігатурами. На рану піхви накладають кетгутові шви.

Розтин перетинки піхви. Піхву розкривають боковими дзеркалами. Прямими ножицями розтинають перетинку, видаляючи надлишок тканини.

Края рани зашивають безперервними петельними кетгутовими швами. У піхву вводять тампон із марлі, рясно змочений вазеліновим маслом, щоб не склеювались протилежні стінки піхви в ділянці рани. Тампони кожні дві години змінюють.

Передня кольпорафія – пластична операція на передній стінці піхви. Піхву розкривають за допомогою ложкоподібного і плоского дзеркал. Шийку матки захоплюють кульовими щипцями. Довге ложкоподібне дзеркало замінюють коротким дзеркалом. На передню стінку піхви між отвором

сечового міхура і цервікального каналу, відступаючи від вказаних утворень на 2 см, накладають два зубчатих затискачі і між ними вирізають овальний шматок слизової оболонки піхви. Краї слизової, яку видаляють, захоплюють затискачами та відсепаровують новокаїном. Фасцію сечового міхура ушивають кисетними швами і окремими кетгутувими швами. На краї піхвової рани накладають безперервний кетгутувий шов. Шви обробляють йодом.

Кольпоперинеопластика – кольпоперинеорафія, задня кольпорафія, застосовується при опущенні задньої стінки піхви. Зубчатими затискачами захоплюють задню стінку піхви на рівні верхнього кута розрізу і обидві великі статеві губи на висоті промежини, яка відновлюється. Піхву розкривають боковими плоскими дзеркалами. Скальпелем намічають межі лоскуту і відсепаровують його тільки гострим шляхом. Лоскут захоплюють затискачами Пееана. Края розрізів стінки піхви відсепаровують на глибину 1-2 см для кращого зближення. Леваторо-пластику проводять без виділення і з виділенням фасції. 2-3 шви товсті кетгутуві або шовкові шви накладають на леватори товстою голкою.

Кінці швів беруть на затискачі і зав'язують тільки після зашивання стінки піхви. Края піхвової рани зашивають безперервними петльовими кетгутувими швами до задньої спайки. Зав'язують шви, які з'єднують леватори. Кладуть окремі кетгутуві шви або продовжують безперервний шов з піхви на підшкірну клітковину промежини. На шкіру промежини накладають вузлові шовкові шви.

Вентрофіксація і вентросуспензія матки. Як правило, доповнює передню і задню кольпорафію, яка виконується в першу чергу. Після завершення піхвових операцій піднімають опущений нижній кінець операційного столу і опускають ноги хворої. Хірурги мийуть руки, переодягаються і роблять лапаротомію. Матку підводять до розтину очеревини і підшивають до неї у нижньому куті рани. При інших варіантах прошивають матку трьома шовковими швами і зав'язують над зашитим вже апоневрозом.

Можлива і вентросуспензія (підшивання) матки до апоневрозу шляхом круглих зв'язок, петлі яких проводяться через прокол в апоневрозі. Петлі круглих зв'язок зшивають шовком між собою над швом апоневрозу і окремими швами фіксують до апоневрозу.

Серединна кольпографія за Лефором-Нейгебауером застосовується у похилому віці при повному випадінні матки і виключає в подальшому можливість статевого життя. Шийку матки захоплюють кульовими щипцями і виводять назовні піхви. Висікають прямокутний лоскут із передньої і задньої стінок піхви. Відсепаровування тканини проводять скальпелем. Кетгутувим швом з'єднують поранені поверхні передньої та задньої стінок піхви. Спочатку зшивають краї поперечних розрізів попереду та позаду шийки матки. При зв'язуванні цих швів шийка матки поглиблюється і вивертається всередину. При послідовному симетричному накладанні швів освіжені поверхні з'єднуються і вивертаються всередину. Останніми швами з'єднують поперечні передні краї розрізів.

Піхвова ектірпація матки. Операцію виконують при повному випадінні матки у похилих жінок.

Техніка операції: шийку матки захоплюють щипцями Мюзо і максимально витягують назовні разом з піхвою трубкою. Проводять циркулярний розтин стінки піхви і відсепаровують її у вигляді манжетки, края рани захоплюють зубчатими затискачами. Гострим і тупим шляхом відділяють сечовий міхур і зміщують широким дзеркалом до лона. Парацервікальну клітковину, зв'язки та судини беруть затискачами, пересікають та лігують. Кінці лігатури беруть на затискачі та прикріплюють до простирадла. Роблять передню і задню кольпотомію. Пересікають широкі зв'язки біля ребра матки. Маткові судини беруть на затискачі, лігують шовком і лігатури зрізають, крижово-маткові м'язи беруть на затискачі, пересікають, лігують, кінці лігатур беруть на затискачі. Після видалення матки здійснюють перитонізацію кисетним швом круглою маленькою голкою. Іноді піхвову ектірпацію матки доповнюють передньою кольпорафією і кольпоперинеопластиком.

VII.4. Передопераційна підготовка гінекологічних хворих.

Підготовка до малих гінекологічних операцій. Операцію виконують на гінекологічному кріслі або на операційному столі з використанням ноготримача. Перед операцією хворій необхідно випустити сечу катетером. Зовнішні статеві органи голять, потім обробляють 5% розчином йоду послідовно від статевої щілини, внутрішні поверхні стегон, ділянку заднього проходу. На ноги одягають стерильні бахіли або використовують дві стерильні пелюшки. Асистує при операції медична сестра.

Підготовка до гінекологічного череворозтину. Підготовка хворих до порожнинних операцій складається із попереднього обстеження і безпосередньої підготовки перед операцією. Консультацію терапевта та попереднє лабораторне обстеження роблять амбулаторно (клінічні та біохімічні аналізи крові та сечі, визначення групи крові, резус-належності, протромбінового індексу, запис електрокардіограми, флюорографію, а при пухлинах яєчників – рентгеноскопію шлунково-кишкового тракту). Перед операцією обов'язково повинна бути санована порожнина рота. В стаціонарі при необхідності призначають дезінтоксикаційну терапію, гемотрансфузію, антибіотики, заспокійливі препарати. В процесі підготовки серцево-судинної системи та печінки хворій призначають внутрішньовенне введення 40% розчину глюкози з вітамінами по 20 мл протягом 4-5 днів. Для

профілактики ускладнень з боку органів дихання хвору вчать правильно і глибоко дихати, що має велике значення в післяопераційному періоді.

Підготовка шлунково-кишкового тракту досягається призначенням очищувальних клізм, при постійних запорах – проносного. Підготовка кишечника при операції кольпопоеза здійснюється протягом 4-5 днів. В період підготовки до операції призначається дієта з обмеженням клітковини (кефір, бульйон, солодкий чай).

Хвора повинна бути підготовлена як до операції, так і до знеболення. Деякі хворі потребують седативної терапії з моменту надходження у стаціонар.

Безпосередня підготовка до операції. Напередодні операції хвора приймає душ та міняє білизну. Лобок і зовнішні статеві органи вдруге голять. Очищувальну клізму роблять ввечері та вранці. Перед операцією сигмоїдального кольпопоеза ставлять сифонні клізми. Перед розширеною екстирпацією матки очищувальні клізми ввечері роблять два дні підряд. Дієта напередодні операції повинна бети легкою: сніданок звичайний, в другу половину дня – бульйон, солодкий чай. Зйомні зубні протези хвора перед операцією віддає на збереження. Премедикацію проводять за призначенням анестезіологів напередодні та вранці. При екстирпації матки перед доставкою хворої в операційну, піхву обробляють фурациліном, сухо витирають і обробляють спиртом, а шийку матки – йодом. У піхві залишають тампон, кінець якого беруть на затискачі. При розширеній екстирпації матки у онкологічних хворих кінець тампону змочують спиртом, щоб попередити імплантацію пухлинних клітин. Хвору в чистій сорочці і з хусткою на голові транспортують в операційну на каталці, загорнувши ковдрою. Не можна відправляти хвору в операційну пішки, особливо після премедикації. Сестра, яка доставляє хвору в операційну, допомагає санітарці укласти її на операційний стіл. Якщо хвора в свідомості і стан здоров'я дозволяє, вона перебирається з каталки на стіл сама. Для цього каталку підвозять щільно до операційного столу і утримують в такому положенні, поки хвора, лежачи пересувається з каталки на стіл. Як правило, сестра утримує каталку, а операційна санітарка стає з протилежного боку столу і страхує хвору, щоб вона не впала на підлогу. Ці перестороги потрібні тому, що хворі після премедикації не в стані добре контролювати свої рухи. Тяжкохвору, не здатну пересуватися самостійно, перекладають з каталки на стіл разом з простирадлом. Дві людини, які стоять за операційним столом беруть за кінці і середину простирадла та легко припіднявши його, тягнуть простирадло на себе. Сестра, яка залишається біля каталки, бере простирадло на ширину розведених рук і утримує його, щоб воно не вислизнуло з під хворої. Хвора разом з простирадлом обережно переноситься з каталки на операційний стіл. Катетеризацію сечового міхура хворій роблять в оглядовій перед відправлен-ням в операційну чи на операційному столі. Катетер може бути постійним, тоді сечу збирають в посудину. Обробку черевної стінки виконують двічі спиртом і один раз 5% розчином йоду. Після цього хвору накривають стерильною білизною.

Підготовка хворих до екстрених череворозтинів. Стан хворих, які потребують екстренної операції зазвичай буває тяжким. Підготовка таких хворих до операції має ряд особливостей: чим тяжчий стан хворої, тим більш коротка підготовка.

При встановленні захворювання, яке вимагає термінової операції, до мінімуму скорочують формальні процедури, які передують попаданню хворої до стаціонару. Іноді хвору доставляють в операційну без заповненої історії хвороби у супроводі лікаря або сестри приймального покою. У таких випадках працівників операційного блоку попереджують по телефону, щоб все було готове до операції. Хворим в тяжкому стані одночасно терміново проводять, як анестезіологічні, так і реанімаційні заходи. Фактор часу при цьому грає важливу роль. Максимально швидко виконують пункцію вени і починають трансфузію кровозамінників (поліглюкін, реополіглюкін). Кровозамінники дозволяють нормалізувати мікроциркуляцію, вони необхідні, коли не можна відразу ж почати переливання крові, через відсутність даних про групову належність крові та її резус-фактор. При неможливості пунктувати вену роблять венесекцію або пункцію підключичної вени. Якщо стан хворої не важкий, сестра оглядає хвору і в разі необхідності обмиває забруднені ділянки тіла і тазу, не знімаючи хвору з каталки.

Зовнішні статеві органи голять. За вказівкою лікаря хворій промивають шлунок і ставлять очисну клізму, обробляють піхву та вводять тампон, катетеризують сечовий міхур і посилають сечу на аналіз, беруть кров для дослідження і починають внутрішньовенне введення рідини.

У випадках, коли немає можливості випорожнити шлунок через необхідність термінового операційного втручання, інтубацію трахеї виконують з припіднятим головним кінцем. Після інтубації вводять зонд і випорожнюють шлунок. Ці заходи попереджують регургітацію, тобто затікання харчових мас в трахею. При виборі анестезії доцільним є ендотрахеальний комбінований наркоз із застосуванням м'язових релаксантів. Цей вид знеболення дозволяє виконувати регуляцію життєво-важливих функцій організму під час та після операції, застосовувати штучну вентиляцію легень.

Під час операції за показаннями роблять аутогемотрансфузію, переливання крові, білкових препаратів, електролітів. У післяопераційному періоді трансфузійна терапія продовжується до повної корекції волемії, кислотно-лужної рівноваги, електролітного балансу, корекції коагулятивної системи крові.

Підготовка хворих до піхвових операцій. Загальні заходи у підготовці хворих до операцій такі

ж, як і при череворозтині (попереднє обстеження, психопрофілактика, підготовка серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, шкіряних покривів і т.ін.). Піхвові операції роблять при I та II ступені чистоти піхви. При III і IV ступенях чистоти проводять санацію піхви. При наявності пролежнів на шийці матки або стінках піхви призначають тампони з метілурациловою, синтоміциновою або стрептоміци-новою мазями. При в'ялому заживленні до мазей додають естрогени (1-2 мл фолікуліна на тампон) або застосовують тампони з маслом облепіхи. При наявності сечостатевих нориць підготовка направлена на ліквідацію запальних процесів. Піхву спринцюють дезінфікуючими розчинами, промивають 2% розчином гідрокарбонату натрію, обробляють маззю алоє, присипають порошками стрептоциду, ксероформу. Для запобігання мацерації шкіри статевих органів і стегон використовують пасту Лассара і цинкову мазь. Дієта пропонується м'ясна, багата на вітаміни, без гострих прянощів. При наявності цистоцеле виконують промивання сечового міхура 2% розчином борної кислоти, фурациліну або водного розчину хлоргексидину. Одночасно слідкують за щоденним випорожненням кишечника, особливо при наявності ректоцеле. При необхідності ставлять очисну клізму. Безпосередня підготовка перед операцією аналогічна до підготовки при череворозтині.

Догляд за гінекологічними хворими в післяопераційному періоді. Після-операційний період починається з моменту закінчення операції і продовжується до одужання хворої. Тривалість його залежить від стану хворої до операції, об'єму виконаної операції, техніки її виконання, характеру захворювання і багатьох інших факторів.

Мало успішно зробити операцію, треба виходити хвору, правильно організованою роботою і непослабленою увагою необхідно полегшити перебіг післяопераційного періоду, попередити можливість виникнення ускладнень.

Догляд за хворими після малих операцій. До малих гінекологічних втручань відносяться всі діагностичні внутрішньоматкові маніпуляції.

Медичні сестри повинні знати можливі ускладнення при цих втручаннях, щоб допомогти лікарю раніше діагностувати їх і надати необхідну допомогу. Хворих незалежно від виконаного втручання, перевозять в палату на каталці. Постільного режиму дотримуються не менше 2-3 год., а при ускладненнях не менше доби.

Блювота – найбільш часте ускладнення в післяопераційному періоді. Особливої уваги заслуговує хвора після наркозу. Протягом 2-3 годин хворим не дають ні пити, ні їсти. При наявності блювоти голову хворої повертають на бік і систематично видаляють блювотні маси із порожнини рота для попередження попадання їх в дихальні шляхи.

Кровотечі можуть бути як зовнішні так і внутрішні. Для попередження патологічної втрати крові відразу після операції призначають лід на низ живота, засоби для скорочення матки (ерготал, метилергометрин, мамофі-зин, пітуїтрин, окситоцин), для впливу на згортуючу систему крові (хлорид кальцію, вікасол, діцінон, протамінсульфат). Медична сестра повинна спостерігати за хворою, особливо в першу годину після операції і при ознаках кровотечі (блідість шкіряних покривів, ціаноз слизових оболонок, зниження АТ, зміни пульсу – тахікардія) негайно повідомити лікарю.

На **прояви інфекції** вказує поява локальної болісності, почуття жа-ру у хворої, гіперемія шкіряних покривів поява лихоманки.

Більш рідкі ускладнення після малих гінекологічних операцій – больовий шок, зупинка дихання, емболія. Завданням медичної сестри є спостереження за хворою і чітке виконання конкретних вказівок лікаря.

Догляд за хворими після гінекологічних череворозтинів. При догляді за гінекологічними хворими доцільно виділити 2 групи хворих:

- 1) без вираженої соматичної патології після операції, яким потрібен звичайний догляд;
- 2) хворі з вираженою патологією, після складних операцій, де в післяопераційному періоді вимагається індивідуальний догляд.

Хвору переводять з операційної в супроводі лікаря-анестезіолога. У відділенні для післяопераційних хворих напередодні готують палату, пров'яють вологе прибирання, провітрюють та кварцюють палату. Безпосередньо перед переведенням хворої ліжко зігрівається за допомогою грілок. Перекладання хворої на функціональне ліжко виконують обережно. В перші 4-5 годин хвора знаходиться в положенні на спині без подушки. На ділянку операційної рани кладуть вантаж на 4 години (мішок з піском) і пузир з льодом на 30 хв. Під пузир підкладають рушник або пелюшку. Застосування тягаря і холоду приводить до здавлення і звуження дрібних судин і попереджає накопичення крові в тканинах в ділянці операційної рани. Чергова сестра повинна постійно знаходитись біля хворої. Для видалення блювотних мас із порожнини рота застосовують роторозширювачі, корнцанги з марлевими тампонами. Не слід протирати порожнину рота без корцангу, рукою, щоб уникнути тяжких укусів. У післяопераційних палатах передбачають можливість проведення оксигенотерапії. Знеболюючі засоби призначають в перші 2-3 дні (промедол, пантопон, омнопон, анальгін, тощо). Чергова сестра вводить ці засоби строго за призначенням лікаря і в його присутності з відповідною відміткою про виконання в історії хвороби. В обов'язки чергової сестри входить нагляд за загальним станом хворих після операції: контроль за пульсом, артеріальним тиском, пов'язкою, виділеннями із статевих органів, діурезом. При появі ознак погіршення дихання або

серцевої діяльності чергова сестра повинна повідомити про це черговому лікарю. Пов'язка в ділянці рани повинна залишатися сухою. Просякання пов'язки кров'ю свідчить про недостатній гемостаз і вимагає здійснення термінової лікарської допомоги.

У післяопераційний період хворі довгий час не відчують позиви до сечовиділення або не можуть самостійно випустити сечу. Через 4-6 годин після операції і в наступний період 2-3 рази на добу слід проводити катетеризацію сечового міхура та вести облік виділеної сечі.

Після операції хвора відчуває спрагу. У перші години післяопераційно-го періоду губи і порожнину рота змочують марлевим тампоном. Якщо не нудить та немає блювоти, дозволяється пити спочатку невеликими ковтками, а з наступного дня – без обмеження. Прийом їжі в день операції забороняється. На наступний день після операції призначають рідкий стіл (№1 або №1а). У перші 2-3 дні виключають продукти, які важко засвоюються (хліб, продукти з великою кількістю клітковини, смажені, гострі та солоні страви, продукти, які сприяють підвищенню газоутворення в кишечнику, молоко). На 2-3 день післяопераційного періоду можна рекомендувати легкі страви (м'ясний бульйон, протерті супи, некруті яйця, вершкове масло, білі сухарі, кефір, сир, овочеве пюре). Їжа повинна мати достатню кількість мінеральних солей і вітамінів, особливо вітаміну С. Хворих переводять на загальний стіл на 4-й день після операції.

Доцільно застосовувати активний метод ведення післяопераційного періоду. Цей метод дає позитивний психологічний ефект, сприяє більш швидкому відновленню функції кишечника, сечового міхура, попереджує ускладнення в післяопераційному періоді з боку дихальної, серцево-судинної систем. У той же час активний метод ведення хворих вимагає розумного застосування його в залежності від віку хворих, особливостей перенесеної операції, врахування соматичної патології. Вже в день операції після повного пробудження дозволяються активні рухи в ліжку (хворі перевертаються, рухають руками, ногами). В наступний день в залежності від стану, до вечора хворі можуть сідати в ліжку. Хворі піднімаються з ліжка до кінця 2-3 доби після операції. Час вставання визначає лікар. Постова медсестра керується відмітками про режим в історії хвороби.

У перші дні післяопераційного періоду хворі мають знижений тонус мускулатури кишечника, що не вимагає лікувальних заходів. При більш глибокому і тривалому зниженні тону мускулатури кишечника виникає серйозне ускладнення – парез кишечника.

Симптоми парезу кишечника – вздуття живота, затримка газів, відсутність перистальтики кишечника, нудота, відригування повітрям, блювота. До кінця 2-ї доби у хворої повинна бути перистальтика кишечника і відходження газів. Для цього призначають ін'єкції прозеріна (1 мл п/ш 3 рази на день), гіпертонічну клізму, газовідвідну трубку. Якщо вказані засоби виявилися неефективними, проводять додаткову терапію. Хороший ефект дає клізма за методом Огнева (гіпертонічний розчин, вазелінова олія, 3% розчин перекису водню у рівних кількостях по 30-50 мл).

У разі необхідності можуть бути застосовані очисна і сифонна клізми. При вираженому паретичному стані шлунка – відригування повітрям, блювота, вздуття верхніх відділів живота – у таких випадках показано промивання шлунку теплою водою з наступним постійним відведенням шлункового вмісту через тонкий зонд. Позитивний ефект дає в/в введення гіпертонічного розчину внутрішньовенно (від 60 до 100 мл 10% хлориду натрію), 200 мл 20% розчину сорбіта в/в струйно. Хороший ефект при парезі кишечника дає довготривала перидуральна анестезія.

Догляд за післяопераційною ранюю. На першу добу пов'язку замінюють обов'язково. В подальшому при відсутності просякання кров'ю пов'язку змінюють через 2-3 дні з дотриманням всіх правил асептики та антисептики. Ділянку швів при зміні пов'язки обробляють 2-5% розчином йоду або спиром.

Ускладнення з боку органів дихання в післяопераційному періоді особливо часті. Причинами їх є – охолодження, вимушене положення, погіршення вентиляції легень, збільшення секреції дихальних шляхів і множинні аспірації слизу. Профілактика цих ускладнень проводиться вже під час операції і продовжується в післяопераційному періоді (кругові банки в кінці першої доби, дихальна гімнастика, раннє вставання, відхаркувальна мікстура, антибактеріальна терапія).

При розвитку інфекції в ділянці операційної рани посилюється біль, з'являється інфільтрація тканин, підвищення місцевої температури, потім набряк і почервоніння. Розвитку інфекції і нагноєнню нерідко сприяє наявність гематоми. В цьому випадку знімаються 1-2 шви, рану промивають розчином перекису водню або фурациліну і накладають асептичну пов'язку. При нагноєнні накладають пов'язку з гіпертонічним розчином. При ускладненому перебігу післяопераційного періоду іноді спостерігається просякання пов'язки серозною чи гнійною рідиною на 5-9 день після операції, що є симптомом, який передусім тяжкому ускладненню післяопераційного періоду – евентерації.

Евентерація – виходження сальника або петель кишечника в операцій-ну рану відбувається через неспроможність швів при розвитку інфекції та перитоніту. При виявленні евентерації чергова сестра повинна накрити органи, які випали стерильною серветкою чи рушником і терміново повідомити лікаря.

У післяопераційному періоді часто розвивається тромбофлебіт вен тазу і нижніх кінцівок. Ознаки тромбозу венозних стволів – біль в кінцівках, набряк, припухлість, цианоз і підвищення температури. Більш частіше зустрічаються біль в м'язах, болісність при пальпації і рухах, невеликий

набряк. При лікуванні тромбозу необхідний повний спокій, підвищене положення кінцівок, антибіотики, антикоагулянти (декумарін, пелентан, гепарин, фраксипарін). Найбільш грізним ускладненням при тромбозі вен є емболія, яка може бути причиною загибелі хворої. Інші тяжкі ускладнення – шок, колапс, розлад функції серцево-судинної системи, пролежні, перитоніти, кишкова непрохідність – розвиваються переважно у ослаблених хворих.

При безускладненому заживленні післяопераційної рани шви знімаються на 7-8 день після операції.

Догляд за хворими після піхвової операції. Післяопераційний період при піхвових операціях протікає легше, ніж при череворозтинах. Якщо в піхві знаходиться тампон, то його виймають за вказівкою лікаря. Відразу після операції призначають холод на ділянку промежини. Стерильні прокладки змінюють через 3-4 години. Хворій дозволяється пити. Харчування відновлюють з наступного дня після операції. Їжа повинна бути висококалорійною, але не сприяти утворенню твердих калових мас (бути рідкою, з обмеженням клітковини), з метою затримки стула на 4-5 днів. При відсутності протипоказань хвору піднімають на 5-6 добу після операції. На 4-5 день призначають проносне, на наступний день роблять очисну клізму і на 5-6 день знімаються шви з промежини, після чого хвору переводять на загальну дієту. При первинному загоєнні рани режим хворої розширюють, але до 10-го дня не рекомендується сидіти, щоб уникнути натягнення в ділянці свіжого післяопераційного рубця.

Догляд за швами: не менше 2 разів на день виконують туалет зовнішніх статевих органів шляхом обмивання їх дезінфікуючим розчином.

Кварцування ділянки промежини виконується на 3-4 день після операції. При наявності посиленних виділень із піхви проводять спринцюван-ня розчином перманганату калію в концентрації 1:10000 або розчином фурациліну 1:5000 з наступною обережною обробкою швів на стінці піхви синтоміциновою маззю. Необхідно протягом перших двох діб домогтися самостійного сечовипускання (рефлекторно, зміною положення, в/м введення 3-5 мл 25% розчину сульфату магнію, в/в вливання 5-10 мл 40% розчину уротропіну).

При відсутності ефекту від прийнятих мір виконують катетеризацію сечового міхура. Після повторних катетеризацій промивають сечовий міхур розчином фурациліну 1:5000. Для попередження циститу після багаторазових катетеризацій призначають уротропін, салол, фурадонін.

Після ушивання розривів промежини III ступеню чи ректовагінальних або ректопромежинних нориць стул намагаються затримати на 5-6 діб, і шви знімають на 7-8 день. Більш тривалий час тримати шви недоцільно, тому що вони прорізаються.

При наявності інфільтрату призначають терапію, яка направлена на обмеження і ліквідацію запального процесу. При нагноєнні – в даній ділянці знімають шви, рану промивають 3% розчином перекису водню і накладають пов'язку з гіпертонічним розчином або маззю Вишневського (в залежності від стану рани).

Догляд за важкохворими. Контингент важкохворих в гінекологічній клініці різноманітний: хворі з сепсисом і бактеріально-токсичним шоком, особливо після кримінальних абортів, з перитонітом, після масивних крово-теч, із запущеними формами раку, з соматичною патологією, після важких тривалих операцій.

Хворі всіх зазначених груп потребують індивідуального посту і знаходження в палатах інтенсивної терапії. Хворих кладуть на функціональне ліжко, доступ до якого повинен бути вільним з усіх боків. Як правило, проводять масивну інфузійну терапію, для здійснення якої застосовують пункцію та катетеризацію підключичної вени. Пункція, катетеризація і наступне використання катетера виконується з дотриманням правил асептики і антисептики. Медична сестра повинна добре знати особливості догляду за катетером. У разі необхідності переривання інфузії катетер заповнюють гепарином і закривають шматочком гумової трубки. Необхідно слідкувати, щоб катетер не заповнювався кров'ю, тому, що він може затромбуватись. Катетер промивають 3-4 рази на добу 20 мл фізіологічного розчину з гепарином (на 1 л розчину 5000 ОД гепарину). При відновленні інфузії пропонується хворій зробити глибокий вдих і затримати дихання. В цей момент слід вилучити гумовий затвор і приєднати крапельницю, після чого дозволяється видихнути (щоб уникнути засмокування повітря в катетер). Всі препарати, які можуть пригнічувати функцію серцево-судинної і легеневої систем вводять повільно. При відсутності місцевих запальних змін катетер може функціонувати 7-10 днів, при появі запального процесу катетер вилучають.

У післяопераційний період для тривалого знеболення і боротьби з парезом кишечника використовують перидуральну блокаду. В перидураль-ному просторі залишають тонкий фторопластовий катетер на 2-3 дні. Через нього в разі потреби вводять 20-30 мл 0,1% розчину дикаїну або 6-8 мл 2% розчину лідокаїну. Протягом 30 хв. після введення лідокаїну чи дикаїну необхідно кожні 10 хв. контролювати частоту пульсу і величину АТ. Напоготові повинна бути система і розчин для внутрішньовенного вливання, судиннорозширюючі препарати. Катетер в деяких місцях прикріплюється до шкіри лейкопластиром для попередження випадкового витягання його при рухах хворої, при перекладанні її і при виконанні інших лікувальних проце-дур.

Прийом рідини і годування важких хворих виконується суворо за вказівкою лікаря. Необхідно

ретельно провітрювати палату, але не допускати протягів. Під час провітрювання хворі повинні бути вкритими ковдрою. Саме у таких ослаблених хворих може розвинутися пневмонія. Постільну і натільну білизну треба змінювати щоденно, а в разі необхідності частіше. На білизні не повинно бути складок, щоб не з'явилися пролежні. Особливо важкохворих укладають на гумове підкладне судно. Шкіру щоденно обробляють камфорою. При утрудненні сечовипускання необхідно допомогти хворій: підкласти тепле судно, пустити з крану воду в судно чи раковину. В разі необхідності лікар призначає засоби, які тонізують мускулатуру сечового міхура. В разі відсутності самостійного сечовипускання випускають сечу по катетеру 2-3 рази на добу. При повторній катетеризації необхідно промити сечовий міхур розчином фурациліну 1:5000, щоб уникнути інфікування сечових шляхів.

У хворих із сепсисом і гострою недостатністю нирок при наявності анурії застосовують постійний катетер для контролю за діурезом.

Медична сестра гінекологічного відділення повинна добре володіти технікою постановки гіпертонічної, очисної та сифонної клізм, вміти правильно поставити газовивідну трубку. Під час операції у деяких хворих проводять дренажування черевної порожнини. У післяопераційний період необхідно слідкувати за функціонуванням дренажів, станом пов'язки навколо них, своєчасно змінювати її при просяканні патологічними виділеннями з рани. Чергова сестра повинна знати про можливі ускладнення, вміти правильно оцінювати ранні симптоми ускладнення і своєчасно інформувати лікаря про зміни в стані хворої.

При набрякові легень відмічається ядуха, голосне клокотуче дихання, піна на губах рожевого кольору та харкотиння. Пульс різко погіршується, стає слабким. Шкіра та слизові стають синюшними.

При уремичній комі відмічається запах сечі з рота, судоми, ядуха, напружений пульс, підвищення АТ, землистий колір обличчя, непритомність.

Гіпоглікемічна кома характеризується рясною пітливістю, судомами, збудженням, непритомністю.

При гіперглікемічній комі відмічається непритомність, запах ацетону з рота, гіперемія, сухість шкіряних покривів і слизових оболонок, частий слабкий пульс, зниження АТ.

При печінковій комі відмічається непритомність, сонливість, марення, судоми, гнилісно-солодкий запах з рота.

Післяопераційні психози проявляються у вигляді виражених рухових збуджень. Хворі не пізнають оточуючих, намагаються встати з ліжка, бігти.

Невідкладна допомога може знадобитися хворим, які поступили в стаціонар і хворим, погіршення стану яких настало несподівано в стаціонарі. Це хворі з позаматковою вагітністю, перекрученням пухлини яєчника, з травмою статевих органів, з матковими кровотечами тощо.

Клініка гострого живота може бути зумовлена багатьма захворюваннями, які мають подібну картину. Симптоми гострого живота свідчать про погіршення стану хворої, при цьому часто необхідна невідкладна хірургічна допомога. Основні симптоми гострого живота:

- 1) біль, який виник раптово, але має зростаючий характер за інтенсивністю. При попаданні в черевну порожнину рідини має місце іррадіація болі в пряму кишку, в лопатку, ключицю;
- 2) блювота як наслідок ураження очеревини;
- 3) вздуття живота, затримка відходження газів та стула;
- 4) блідість шкіряних покривів, іноді їх жовте забарвлення;
- 5) часто спостерігається тахікардія і гіпотонія;
- 6) загальмованість чи стурбованість хворих;
- 7) ригідність черевної стінки;
- 8) слабкість, болі в животі при пальпації, позитивні симптоми ураження очеревини;
- 9) наявність в черевній порожнині вільної рідини, яка визначається перкуторно.

З хірургічних захворювань клініка гострого живота спостерігається при гострому апендициті, перфоративних виразках шлунку і дванадцятипалої кишки, гострому холециститі, гострій кишковій непрохідності, травмах.

З гінекологічних захворювань симптоми гострого живота спостерігаються при перекручуванні ніжки пухлини яєчника, позаматковій вагітності, розриві гнійної пухлини придатків матки, перфорації матки, некрозі фіброматозного вузла та його інфікуванні, пельвіоперитоніті різного походження.

Задача медичної сестри – правильно оцінити симптоми захворювання і забезпечити хворих лікарською допомогою. Незважаючи на виражену болісність, введення знеболюючих засобів до огляду лікаря забороняється.

VIII. ЛІКУВАЛЬНА ГІМНАСТИКА В ГІНЕКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ.

В гінекологічній практиці лікувальна гімнастика використовується при наступних захворюваннях і станах:

1. У дівчаток в період статевого дозрівання при гіпофункції і дисфункції статевої системи.
2. При дисменорей.
3. При запальних захворюваннях.
4. При неправильних положеннях матки.

5. При безплідді.
6. При опущенні внутрішніх статевих органів.
7. При функціональному нетриманні сечі.
8. В передопераційному і післяопераційному періодах.
9. В клімактеричному періоді.

Основна ціль і задачі лікувальної гімнастики в гінекології полягають в більш благоприємному перебігу патологічних процесів в організмі і попередженні можливих ускладнень.

Окремими задачами є:

- боротьба з центральними вогнищами гальмування (при впливі захворюваннях і в післяопераційному періоді);
- покращення кровообігу і лімфообігу;
- ліквідація венозних застоїв;
- покращення трофічних процесів;
- стимуляція запальних і місцевих процесів обміну окисно-відновних процесів;
- укріплення м'язів грудної клітки, тазового дна, внутрішньотазових м'язів, для забезпечення правильного положення органів черевної порожнини і органів малого тазу;
- покращення регулювання рецепції органів статевої системи для боротьби з функціональними розладами (дисменорея, гіперполіменорея, не стримання сечі і т.д.);
- попередження розвитку або ліквідація слідових реакцій.

Лікувальна гімнастика в період статевого дозрівання.

Лікувальна гімнастика в період статевого дозрівання при гіпофункції і дисфункції статевої системи.

В пубертатному періоді дівчата мають дискореляцію перебігу гальмівних і збуджувальних процесів в центральній нервовій системі, з переважанням збудження і підвищенням рецепції з органів статевої системи. При використанні лікувальної гімнастики корегуються гальмівні і збуджувальні процеси в ЦНС і знижується збудливість рецепторів внутрішніх органів, статевих органів і їх зв'язуючого апарату. Відбувається удосконалення в формуванні вісцеро-кортикальних і вісцеро-вісцеральних рефлексів. Це досягається завдяки систематичним заняттям гімнастикою в поєднанні з елементами закалювання. Вправи призначаються для всіх груп м'язів з великою амплітудою рухів в суглобах і динамічністю. Особливо суворо потрібно дотримуватись основного принципу фізичного виховання від легкого до важкого і від простого до складного. Необхідно включити рухливі емоційні вправи. Вихідні положення мають бути самими різноманітними лежачи, стоячи, колінно-ліктьове, колінно-кистьове положення.

Зразковий комплекс лікувальної гімнастики в період статевого дозрівання.

1. 1. Вихідне положення основна стойка. Вик.:
- ходьба звичайна, на носках, п'ятках, схрещеним кроком.
2. В.п. основна стойка. Вик.:
- підняти руки угору – вдих;
- прийняти в.п. – видих.
Повторити 4-6 разів.
3. В.п. стояти, ноги на ширині плеч, руки на поясі. Вик.:
- повернутися в сторону, розвести руки в сторони – вдих;
- прийняти в.п. – видих.
Повторити 4-6 разів.
4. В.п. стоячи, ноги на ширині плеч. Вик.:
- нахилитися до правої потім до лівої ноги – видих;
- прийняти в.п. – вдих.
Повторити 4-6 разів.
5. В.п. стоячи, руки на поясі. Вик.:
- поперемінні нахили в сторони.
Повторити 4-6 разів.
6. В.п. лежачи на спині, руки на грудях. Вик.:
- грудний тип дихання.
7. В.п. лежачі на спині. Вик.:
- поперемінні підтягування зігнутих ніг до тазу;
- ковзаючи п'яткою по підлозі, приводячи ногу до тазу – видих;

- прийняти в.п. – вдих.
Повторити 4-6 разів.
- 8. В.п. лежачи на спині. Вик. :
 - підняти пряму ногу угору – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
Повторити 4-6 разів.
- 9. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - ножиці. Дихання вільне.
Повторити 4-6 разів.
- 10. В.п. стойка на навколішках. Вик.:
 - “ластівка”. Дихання вільне.
Повторити 4-6 разів.
- 11. В.п. сидячи на стільці. Вик.:
 - випрямитися, розвести руки в сторони – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
Повторити 4-6 разів.
- 12. В.п. основна стойка. Вик.:
 - розвести руки в сторони – вдих;
 - схрестити руки на грудях – видих.
Повторити 4-6 разів.
- 13. В.п. основна стойка. Вик.:
 - ходьба звичайна.

Лікувальна гімнастика при дисменореї. Дисменореєю страждають частіше всього дівчата і жінки, праця яких пов'язана з довгим сидінням або зі значним нервово-психічним напруженням.

Спортсменки – розрядниці після тренувальних занять в передменструальну і менструальну фазу відмічають зменшення і навіть повне зникнення больових відчуттів.

Дисменорея буває: первинна і вторинна. *Причини первинної:*

- 1) механічні в результаті переповнення порожнини матки кров'ю при малій ємкості порожнини матки і вузькості каналу шийки-матки;
- 2) конституціональні – інфантилізм;
- 3) нейро-психогенні в результаті спазмів внутрішнього вічка шийки матки, спазмофілії, ваготонії;
- 4) ендокринні – при недостатній продукції гормонів жовтого тіла.

Причини вторинної:

- 1) перенесені запальні захворювання матки, її додатків, різноманітні зміщення матки (ретрофлексії);
- 2) наявність пухлин і ендометріозу.

В залежності від етіології і характеру функціональних порушень рекомендується відповідна лікувальна гімнастика.

В комплекс лікувальної гімнастики при первинній дисменореї, причинами якої є інфантилізм, мала ємкість і вузькість каналу шийки-матки необхідно включати вправи, які скорочують м'язи промежини, тазового дна і зв'язковий апарат матки. При вторинній дисменореї, етіологічним моментом якої є запальні процеси у внутрішніх статевих органах, рекомендується проводити заняття за комплексом лікувальної гімнастики при хронічних запальних процесах. При пухлинах і ендометріозах лікувальна гімнастика ефекту не дає.

Спеціальну гімнастику можна проводити кожного дня зранку, а в перед-менструальному і менструальному періоді 2-3 рази в день по 15-20 хвилин. Навантаження має бути відносно висовим. Вправи виконувати енергійно, в швидкому темпі або з постійним його прискоренням, з різкими поворотами, зі зміною положення тіла, швидкими нахилами корпусу, після попередньої загальної підготовки.

Зразковий комплекс лікувальної гімнастики при дисменореї.

- 1-2. В.п. стоячи, ноги на ширині плеч. Вик.:
 - різкі швидкі повороти корпусу вліво-вправо “вітряк”. Дихання вільне.

- Повторити 4-6 разів.
3. В.п. стоячи, ноги на ширині плеч. Вик.:
 - нахили вперед – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
4. В.п. лежачи на животі, ногами до гімнастичної стінки, стопи на нижній рейці, опір на кисті, передпліччя і стопи. Вик.:
 - підйом стоп на наступну рейку. Дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.
5. В.п. лежачи на спині, ноги на рейці, розведені. Вик.:
 - ротаційні рухи ногами. Дихання вільне.
- 6-7. В.п. стоячи, одна рука на рейці, друга відведена в сторону. Вик.:
 - маховими рухами ноги в сторону доторкнутися стопою кисті руки – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
8. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - дістати стопою кисті лівої руки – видих;
 - прийняти в.п. – вдих. Рухи на одному рівні.
 Повторити 4-6 разів.
9. В.п. сидячи на підлозі. Вик.:
 - нахили вперед, доторкуючись лівою рукою правої стопи – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
10. В.п. стоячи на колінах. Вик.:
 - сісти на підлогу між ступнями ніг. Дихання вільне.
11. В.п. колінно-кистьове положення. Вик.:
 - витягнути ліву руку вперед – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
12. В.п. стоячи, ноги на ширині плеч. Вик.:
 - кругові рухи корпусу. Дихання вільне.
1. В.п. стоячи, ноги на ширині плеч, руки угору. Вик.:
 - пружинисті нахили в сторону – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.

Лікувальна гімнастика при запальних процесах. Запалення, діючи на організм нейрогуморальним шляхом, вивчається як запальне захворювання, що відбивається на стані всього організму, в тому числі на перебігу біохімічних процесів. Запалення виробляє в організмі умовно-рефлекторні зв'язки і слідові реакції. Звідси і лікувальна гімнастика повинна діяти на організм в цілому. Розрізняють 3 фази запалення:

- наростання явищ запалення без ознак локалізованості з наростанням больових відчуттів – лікувальна гімнастика протипоказана;
- наростання явищ запалення з явищами осумкування запального джерела, що супроводжуються різкими болями. Лікувальна гімнастика – протипоказана;
- При зменшенні явищ запалення і болей, тобто при стабілізації запальних процесів, а потім зворотнього розвитку можна розпочинати легкі фізичні вправи з плавним нарощуванням навантаження.

Ціль:

1. Покращити окисно-відновні процеси, підвищити загальний тонус судин.
2. Посилити крово-лімфообіг і зменшити венозний застій у всіх органах і в органах малого тазу.

3. Виробити рухові навички, необхідні в умовах ліжкового режиму.

4. Боротися з утворенням джерел застійного гальмування і слідових реакцій в ЦНС.

Рекомендуються вправи : 1. Ритмічне дихання.

2. Вправи для кисті руки і пальців.
3. Вправи для верхніх кінцівок.
4. Вправи для стоп.
5. Ротаційні вправи.

6. Підйом тазу.

Заняття індивідуальні по 15-20 хвилин, темп повільний, число повторень від 3-4 до 5-6 разів. Осумковані гнійні запальні процеси є протипоказанням для використання лікувальної гімнастики.

Зразковий комплекс лікувальної гімнастики при хронічних запальних процесах.

1. В.п. основна стойка. Вик.:
 - піднятися на носки, руки в сторони – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
2. В.п. стоячи, руки на поясі, ноги на ширині плеч. Вик.:
 - випад вправо – видих;
 - прийняти в.п. – вдих;
 - випад вліво – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
3. В.п. стоячи, руки на поясі, ноги на ширині плеч. Вик.:
 - попеременні нахили до правої і лівої ноги – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
4. В.п. стоячи, руки на поясі, ноги на ширині плеч. Вик.:
 - “насос”. Дихання вільне.
5. В.п. основна стойка. Вик.:
 - присісти на носки, руки вперед – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
6. В.п. лежачи на животі. Вик.:
 - упор лежачи на передпліччях з прогином у поясниці. Дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.
7. В.п. лежачи на животі. Вик.:
 - “ластівка”. Дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.
8. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - з опорою на руки сісти – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
9. В.п. лежачи, ноги зігнути в колінних суглобах. Вик.:
 - “велосипед”. Дихання вільне.
10. В.п. основна стойка. Вик.:
 - ходьба з перекатом з п'ятки на носок.
11. В.п. стоячи, руки за голову. Вик.:
 - нахили вправо і вліво – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
12. В.п. основна стойка. Вик.:
 - ходьба схрестним кроком.
13. В.п. основна стойка. Вик.:
 - ходьба звичайна.
14. В.п. стоячи, руки за голову. Вик.:
 - почергове відведення ніг в сторони з розведенням рук – вдих;

- прийняти в.п. – видих.

Повторити 4-6 разів.

15. В.п. стоячи, ноги на ширині плечей, руки в сторони. Вик.:

- підняти прямі руки угору – вдих;
- прийняти в.п. – видих.

Повторити 4-6 разів.

16. В.п. стойка на навколішках. Вик.:

- поперемінне піднімання ніг угору і рук вперед – видих;
- прийняти в.п. – вдих.

Повторити 4-6 разів.

17. В.п. лежачи на животі. Вик.:

- ковзання.

18. В.п. лежачи на спині, руки вздовж тулуба. Вик.:

- з опорою на ступні і кисті підняти таз угору – вдих;
- прийняти в.п. – видих.

Повторити 4-6 разів.

19. В.п. лежачи на спині, руки вздовж тулуба. Вик.:

- з опорою на руки сісти – видих;
- прийняти в.п. – вдих.

Повторити 4-6 разів.

Лікувальна гімнастика
при неправильних положеннях матки.

Запальні процеси в органах малого тазу можуть ліквідуватися або перейти в третю, рубцево-спайкову фазу, при котрій утворюються різноманітні патологічні неправильні положення, загиби матки наслідком чого може бути неплоддя.

Розрізняють слідуючі неправильні положення матки:

1. Ретродевіація зі збереженням антефлексії (ретропозиція).
2. Ретроверзія – нахил матки назад без вираженого вугла між шийкою і тілом матки.
3. Ретрофлексія з вираженим вуглом між тілом і шийкою матки, відкритим назад.

Причини ретродевіації матки:

1. Розслаблення підвішуючого апарату (зв'язок), при неповноцінності підтримуючого апарату (м'язів тазового дна і, особливо, леваторів).
2. Вроджена короткість задньої стінки піхви, довга конічна шийка, малий вугол нахилу тазу.
3. Перенесені запальні процеси в малому тазі з утворенням зрощень матки з сусідніми органами.

При неправильних положеннях матки, причиною яких є розслаблення підвішуючого апарату матки і при неповноцінності підтримуючого апарату рекомендується комплекс лікувальної гімнастики, який укріплює м'язи спини, черевного пресу і тазового дна.

При недорозвиненні статевих органів з малим вуглом відхилення тазу рекомендується комплекс, який укріплює м'язи черевного пресу, м'язи тазового дна, м'язи спини і загальнозміцнюючий комплекс (комплекс ранкової гігієнічної гімнастики).

Зразковий комплекс лікувальної гімнастики
при зміщеннях матки.

1. В.п. основна стойка. Вик.:

- розвести прямі руки в сторони – вдих;
- прийняти в.п. – видих.

Повторити 4-6 разів.

2. В.п. стоячи, руки за голову. Вик.:

- нахилитися в сторону – видих;
- прийняти в.п. – вдих.

Повторити 4-6 разів.

3. В.п. стойка на передпліччях і голові. Вик.:

- підняти прямі ноги угору – видих;

- прийняти в.п. – вдих.
Повторити 4-6 разів.
- 4. В.п. стоячи на колінах. Вик.:
- сісти на п'ятки, руки підняти угору. Дихання вільне.
Повторити 4-6 разів.
- 5. В.п. стоячи, ноги на ширині плеч. Вик.:
- нахилитися вперед – видих;
- прийняти в.п. – вдих.
Повторити 4-6 разів.
- 6. В.п. лежачи на животі і передпліччях. Вик.:
- підняти прямі ноги угору. Дихання вільне.
Повторити 4-6 разів.
- 7. В.п. сидячи, опір позаду. Вик.:
- поперемінні повороти вправо і вліво з опором на руки. Дихання вільне.
Повторити 4-6 разів.
- 8. В.п. стойка на навколішках. Вик. :
- округлити спину, опустити голову вниз – вдих;
- прийняти в.п. – видих.
Повторити 4-6 разів.
- 9. В.п. стойка на навколішках. Вик.:
- одночасне піднімання руки вперед, ноги угору – вдих;
- прийняти в.п. – видих.
Повторити 4-6 разів.
- 10. В.п. стойка на навколішках. Вик.:
- ковзання.
- 11. В.п. лежачи на животі. Вик.:
- “ластівка”. Дихання вільне.
Повторити 4-6 разів.
- 12. В.п. стойка на навколішках. Вик.:
- вийти на прямі ноги. Дихання вільне.
Повторити 4-6 разів.
- 13. В.п. сидячи, опір позаду. Вик.:
- доторкнутися прямими ногами голови, руки положити вздовж тулуба. Дихання вільне.
Повторити 2-4 рази.
- 14. В.п. лежачи на передпліччях. Вик.:
- з опорою на носки підняти таз угору – вдих;
- прийняти в.п. – видих.
Повторити 4-6 разів.
- 15. В.п. стойка на колінах і голові. Вик.:
- почергове піднімання правої і лівої ноги угору – вдих;
- прийняти в.п. – видих.
Повторити 4-6 разів.
- 16. В.п. стойка на колінах і голові. Вик.:
- вийти на прямі ноги з опором на носки. Дихання вільне.
Повторити 4-6 разів.
- 17. В.п. стойка на навколішках, руки і ноги прямі. Вик.:
- ходьба на прямих руках і ногах.
- 18. В.п. сидячи, ноги на ширині плеч. Вик.:
- нахилитися, дістати руками стопи ніг – видих;
- прийняти в.п. – вдих.
Повторити 4-6 разів.
- 19. В.п. сидячи, опір позаду. Вик.:
- згинання ніг з розведенням колін в сторони. Дихання вільне.
Повторити 4-6 разів.

20. В.п. стойка на колінах і ліктях. Вик.:

- з прогином поясниці підняти таз угору. Дихання вільне.
- Повторити 4-6 разів.

Лікувальна гімнастика направлена на оздоровлення організму в цілому, на покращення кровообігу в малому тазі, на усунення трофічних розладів, на навчання хворої самовільному розслабленню скелетної мускулатури в тих положеннях тіла, в яких проводять гінекологічний масаж. Це полегшує виведення матки із неправильного положення.

Спеціальні фізичні вправи сприяють редресації матки. Положення тіла повинно сприяти перенесенню внутрішньочеревного тиску з передньої поверхні матки на задню.

Положення: лежачи на животі, колінно-ліктьове, колінно-кистьове, стопо-кистьове.

Нахили корпусу назад повинні бути виключені, нахили вперед хворі повинні робити більш різко, ніж випрямляння.

Лікувальна гімнастика при безплідді. Безпліддям (Sterilitas) називають відсутність у жінки здатності до зачаття. Розрізняють первинне і вторинне безпліддя. Деякі автори виділяють ще два різновиди безпліддя: абсолютне і відносне. Причини:

1. Загальні причини, ендокринні розлади і авітамінози.
2. Аномалії розвитку тазових органів і їх захворювання.
3. Шийко-піхвовий фактор.
4. Тубарний фактор.
5. Чоловіче безпліддя.

При безплідді, пов'язаному з ендокринними розладами і авітамінозом, при аномалії розвитку тазових органів і їх захворюваннях рекомендується загальнозміцнюючий комплекс лікувальної гімнастики. При тубарному факторі необхідно проводити лікування за комплексом лікувальної гімнастики для хворих із хронічним запаленням. Нерідко безпліддя є результатом раніше перенесених запальних процесів внутрішніх статевих органів. Безпліддя ж, пов'язане з аномаліями розвитку статевих органів (гіпоплазія матки), частіше всього супроводжується аменореєю, котра являє собою побічний, супутній або ускладнюючий симптом, який сигналізує про наявність захворювання в статевому апараті або поза ним. Відсутність місячних у жінки може бути первинною або вторинною. Первинною аменореєю називають повну відсутність місячних в пубертатному віці; вторинною аменореєю називають зупинку колишніх місячних на довгий час або назавжди. За етіологією аменорею поділяють на фізіологічну, штучно викликану, патологічну, нейро-психогенну, аменорею військового часу і так звану вікарну менструацію. Всі види аменореї потребують комплексного лікування, в яке повинна входити лікувальна гімнастика. При цьому лікувальна гімнастика показана в комплексі з іншою спеціальною терапією (фізіотерапія, медикаментозна терапія, курортне лікування, масаж матки).

Лікувальна гімнастика повинна проводитись в самих різноманітних вихідних положеннях і забезпечувати велику амплітуду рухів в суглобах. Виконувати вправи необхідно у відносно швидкому темпі. Від напруження необхідно різко переходити до розслаблення. Заняття повинні бути емоційно насиченими з включенням рухливих ігор. Слід відмітити, що систематичні заняття фізичною культурою і спортом є сильним засобом профілактики безпліддя.

Задачі лікувальної гімнастики:

1. Покращити трофічні процеси в органах і тканинах малого тазу.
2. Покращити процеси обміну.
3. Покращити евакуацію продуктів розпаду із джерела колишнього запалення.
4. Розтягнути і поступово розслоїти спайки.
5. Удосконалювати загально фізичний розвиток.
6. Нормалізувати інтерорецептивні імпульси із статевих органів.

Зразковий комплекс
лікувальної гімнастики при безплідді.

1. В.п. основна стойка. Вик.:

- ходьба.

2. В.п. стоячи, ноги на ширині плеч. Вик.:

- нахилити тулуб вперед – видих;
- прийняти в.п. – вдих.

Повторити 4-6 разів.

3. В.п. лежачи на спині, ноги припідняті. Вик.:
 - розвести ноги в сторони – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
4. В.п. стоячи, руки в сторони. Вик.:
 - підняти пряму ногу угору – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
5. В.п. стоячи на навколішках. Вик.:
 - підняти пряму ногу угору – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
6. В.п. сидячи, опір позаду за спиною на руки. Вик.:
 - розвести ноги в сторони – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
7. В.п. лежачи, опір на носки і прямі руки. Вик.:
 - зігнути руки в ліктьових суглобах – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
8. В.п. лежачи на спині, руки впродовж тулуба. Вик.:
 - “ножниці”. Дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.
9. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - підняти прямі ноги угору – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
10. В.п. стойка на навколішках Вик.:
 - одночасне підняття рук вперед;
 - угору – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
11. В.п. лежачи на животі, руки над головою Вик.:
 - підняти пряму ногу угору – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
12. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - поперемінне підняття прямих ніг угору – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.

Лікувальна гімнастика при опущенні статевих органів. Опущення статевих органів обумовлене морфологічною і функціональною неповноцінністю м'язів черевної стінки, тазового дна, внутрішньотазових м'язів, зниженням тонузу зв'язкового апарату матки і недієздатністю з'єднально-тканинних елементів тазового дна при підвищеному внутрішньочеревному тиску. Ці порушення є результатом пологової травми при недостатньому фізичному розвитку хворої.

Розрізняють три ступені зміщення піхви донизу:

1. Опущення передньої стінки піхви.
 2. Випадання передньої стінки з опущенням сечового міхура (цисто-целе), задньої стінки з опущенням стінки прямої кишки (ректоцеле) або комбінація їх.
 3. Повне випадіння піхви, що може супроводжуватися випадінням матки.
- Зміщення матки донизу класифікується наступним чином:*
1. Опущення матки, матка своєю шийкою досягає рівня входу в піхву.
 2. Випадіння матки, що починається; біля входу до піхви з'являється шийка матки.
 3. Неповне випадіння матки; крім шийки з'явилась і частина тіла матки.
 4. Повне випадіння матки, вся матка вийшла за вхід до піхви.

Лікувальна гімнастика раціональна тільки при опущенні піхви або матки. *Задачі* лікувальної гімнастики при опущенні внутрішніх статевих органів:

1. Удосконалення загального фізичного розвитку органів.
2. Укріплення і розвиток м'язів черевної стінки, довгих м'язів спини, привідних і відвідних м'язів стегна і внутрішньотазових органів.
3. Покращення кровообігу і лімфообігу в малому тазі.
4. Попередження трофічних розладів.
5. Встановлення умовно-рефлекторних зв'язків і кортикальної регуляції функціональних розладів.

При опущенні статевих органів рекомендується проводити лікування за зразковим комплексом лікувальної гімнастики для хворих з опущенням статевих органів з включенням вправ, які укріплюють м'язи спини, тазового дна і промежини.

Зразковий комплекс лікувальної гімнастики
при опущенні статевих органів

1. Вихідна позиція основна стойка. Вик.:
 - руки на пояс, зробити крок вліво – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
2. В.п. основна стойка. Вик.:
 - ходьба звичайна.
3. В.п. основна стойка. Вик.:
 - присідання з підняттям рук вперед – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
4. В.п. лежачи, ноги на рейці шведської стінки.. Вик.:
 - розведення рук в сторони – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
5. В.п. лежачи. Вик.:
 - грудний тип дихання (30сек).
6. В.п. лежачи, руки під головою. Вик.:
 - зігнути ноги в колінних суглобах – видих;
 - прийняти в.п. – вдих..
 Повторити 4-6 разів.
7. В.п. лежачи на животі. Вик.:
 - повороти голови вправо і вліво. Дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.
8. В.п. стойка на колінах, руки угору. Вик.:
 - стояти 1хвилину.
9. В.п. лежати на спині. Вик.:
 - піднімання прямих рук угору – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
10. В.п. лежати на спині. Вик.:
 - з опорою на руки сісти – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
11. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - одночасне згинання ніг в колінних суглобах – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.

- 12. В.п. лежачи, руки під головою, ноги зігнуті. Вик.:**
- опираючи на стілець, плечі, голову, підняти таз – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
- Повторити 4-6 разів.
- 13. В.п. лежачи на спині. Вик.:**
- відведення правої ноги вліво;
 - відведення лівої ноги вправо – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
- Повторити 4-6 разів.
- 14. В.п. лежачи на спині. Вик.:**
- одночасне піднімання прямих ніг угору – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
- Повторити 4-6 разів.
- 15. В.п. лежачи на спині, ноги зігнуті в колінних суглобах. Вик.:**
- “велосипед”. Дихання вільне.
- 16. В.п. лежачи на животі. Вик.:**
- підняти плечовий пояс угору, зігнути ноги в колінних суглобах – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
- Повторити 4-6 разів.
- 17. В.п. лежачи на спині, руки під голову. Вик.:**
- “ножиці”. Дихання вільне.
- 18. В.п. лежачи на спині. Вик.:**
- з опорою на п'ятки підняти таз угору – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
- Повторити 4-6 разів.
- 19. В.п. стойка на навколішках. Вик.:**
- ковзання.
- 20. В.п. стойка на колінах, руки угору. Вик.:**
- нахили вправо і вліво – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
- Повторити 4-6 разів.
- 21. В.п. стоячи, ноги на ширині плеч, руки на поясі. Вик.:**
- нахили вправо і вліво – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
- Повторити 4-6 разів.
- 22. В.п. стоячи, руки на поясі. Вик.:**
- ходьба звичайна.
- 23. В.п. основна стойка. Вик.:**
- ходьба схрещеним кроком.
- 24. В.п. лежачи, руки в сторони, ноги угору, разом. Вик.:**
- зведення і розведення ніг в колінах. Дихання вільне.

Виконання фізичних вправ не повинно викликати відчуття опущення стінок піхви і матки. Досягається це тим, що вправи, які підвищують внутрішньочеревний тиск, а також вправи зі зведенням і розведенням стегон виконуються лежачи з припіднятим тазом; вправи стоячи виконуються при щільно зімкнутих стегнах, при напруженні привідних м'язів стегон. Ходьба проводиться коротким або схрещеним кроком або з зажатим між ногами набивним м'ячем. Стрибання, підскоки і біг повинні бути повністю виключені із комплексу лікувальної гімнастики.

Лікувальна гімнастика при функціональному нетриманні сечі. Нетримання сечі є великою проблемою для жінки. Функціональне нетримання сечі є наслідком розладів, що виникають при неспроможності сфінктера сечового міхура. Частіше за все це трофічний розлад, який виникає після травми з пошкодженням нервових рецепторів або провідникових нервових шляхів з порушенням кортико-висцеральної інервації. Ці страждання нерідко

поєднуються з неспроможністю тазового дна і опущенням стінок піхви. Для лікування функціонального нетримання сечі запропоновані хірургічне втручання і науково обгрунтована методика лікувальної гімнастики.

В основі лікувальної дії фізичних вправ лежить загальноукріплюючий вплив на організм, підвищення тону м'язів тазового дна і сфінктера сечового міхура та уретри. Попереднє підвищення і зниження внутрішньочеревного тиску, які відбуваються при виконанні вправ, підвищують тонус м'язів малого тазу і тим самим укріплюють їх. Укріплюються і м'язи черевного пресу, внутрішньотазові і привідні м'язи стегна. Вправи, які рекомендуються, аналогічні комплексу вправ для хворих з опущенням внутрішніх статевих органів. Широко використовуються вправи з предметами, зажатими між ногами. Дуже корисні вправи для нижніх кінцівок з опором. Рекомендуються утримувати скомканий носовий платок пальцями стоп. В комплекс потрібно вводити вправи з широко розведеними стегнами, присідання з опорою на руки. Вихідні положення: на колінах, лежачи на спині, на животі і сидячи на підлозі. Курс лікування-20-30 занять, по 30 хвилин зі збільшенням часу до 60 хвилин в кінці курсу лікування.

Зразковий комплекс лікувальної гімнастики
при нетриманні сечі.

1. Вихідна позиція лежачи на спині. Вик.:
 - підняти прямі руки угору – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
2. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - зігнути ногу в колінному суглобі – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
3. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - грудний тип дихання з прогином у поясниці.
4. В.п. лежачі на спині. Вик.:
 - поперемінне відведення зігнутих ніг вправо і вліво – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
5. В.п. лежачи на передпліччях. Вик.:
 - прогнутися в поясниці. Дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.
6. В.п. лежачи на животі, руки над головою. Вик.:
 - поперемінне піднімання прямих ніг угору – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
7. В.п. лежачи, ноги зігнуті, опір на лікті. Вик.:
 - відвести зігнуті ноги в сторону – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
8. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - з опорою на лікті і п'ятки підняти таз угору – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
9. В.п. лежати на спині.. Вик.:
 - піднімання прямих ніг угору – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
10. В.п. лежати на спині, ноги підняти угору. Вик.:
 - розвести ноги в сторони – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.

Повторити 4-6 разів.

11. В.п. лежачи на спині. Вик.:

- за допомогою рук сісти – видих;
- прийняти в.п. – вдих.

Повторити 4-6 разів.

12. В.п. стоячи, ноги на ширині плеч. Вик.:

- нахили до правої і лівої ноги, нахилитися – видих;
- прийняти в.п. – вдих.

Повторити 4-6 разів.

13. В.п. стоячи біля опору. Вик.:

- присісти – видих;
- прийняти в.п. – вдих.

Повторити 4-6 разів.

14. В.п. стоячи, ноги на ширині плеч. Вик.:

- з розведенням рук в сторони поперемінне піднімання прямих ніг вперед – вдих;
- прийняти в.п. – видих.

Повторити 4-6 разів.

15. В.п. стоячи, руки на поясі. Вик.:

- випади вправо і вліво. Дихання вільне.

Повторити 4-6 разів.

Лікувальна гімнастика в передопераційному періоді. Для більш правильного вибору фізичних вправ і методики занять доцільно розділити оперативні втручання на наступні групи.

1. Група хворих, яким потрібне оперативне втручання з приводу пухлин матки і додатків, у яких спостерігаються зміни в розміщенні органів черевної порожнини, здавлення крово- і лімфосудин, порушується циркуляція крові і лімфи, мають місце венозний застій і спайкові процеси, зміни внутрішньочеревного тиску, спостерігається дислокація органів малого тазу, змінюються інтероцептивні зв'язки і вироблення організмом безумовних і умовних рефлексів.

2. Група хворих, які потребують пластичних операцій.

3. Група хворих, які потребують операцій при пухлинах, які не виходять за межі порожнини малого тазу і не включають в процес органи черевної порожнини.

Загальні задачі передопераційної підготовки.

1. Створення благоприємного морально-вольового настрою хворої (ліквідація у хворої страху).
2. Урівноваження перебігу гальмівних і збудливих процесів.
3. Вироблення рухових навиків по самообслуговуванню.
4. Навчання диференційованому диханню, особливо грудному.
5. Підготовка до правильного розслаблення сфінктера сечового міхура і прямої кишки в положенні лежачи.
6. Закалювання організму.

Власні задачі.

1. Удосконалити діяльність серцево-судинної і дихальної систем (широко використовують дихальні вправи в положенні стоячи, лежачи на спині і боці, сидячи).
2. Укріплювати м'язи черевної стінки.

У хворих першої групи потрібно надати особливу увагу виробленню навичок диференційованого дихання і адаптації їх до змін внутрішньочеревного тиску. В підготовку хворих до пластичних операцій необхідно включити фізичні вправи, які укріплюють м'язи тазового дна і вправи, які удосконалюють збережені умовні і безумовні рефлексорні зв'язки. Передопераційну підготовку хворих можна розпочинати амбулаторно, за декілька тижнів до операції. Вправи слід проводити кожного дня на протязі 20-30 хв., 2-3 рази на день. Після занять рекомендується ультрофіолетове опромінення, потім водні процедури. Двічі на добу хворі повинні приймати повітряні ванни від 10 до 15 хв. (в голому стані при кімнатній температурі).

Зразковий комплекс лікувальної гімнастики доопераційного періода.

1. В.п. сидячи на стільці, ноги на ширині плеч. Вик.:
 - встаючи, підняти прямі руки угору – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
2. В.п. сидячи на стільці, руки на поясі, ноги разом. Вик.:
 - поперемінне відведення рук в сторони – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
3. В.п. сидячи на стільці, одна рука на грудях, друга-на животі. Вик.:
 - змішаний тип дихання (30 секунд).
4. В.п. стоячи, руки на поясі. Вик.:
 - поперемінне відведення рук в сторони.
5. В.п. стоячи, ноги на ширині плеч. Вик.:
 - з підніманням прямих рук угору нахили вправо і вліво – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
6. В.п. стоячи, ноги на ширині плеч. Вик.:
 - “насос”.
 Повторити 4-6 разів.
7. В.п. стоячи, ноги на ширині плеч. Вик.:
 - нахилитися дістати пальцями підлоги – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
8. В.п. стоячи на навколішках. Вик.:
 - опустити голову униз, спину округлити – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
9. В.п. стойка на колінах, руки на потилиці. Вик.:
 - сісти на п’ятки, підняти руки угору – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
10. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - поперемінне піднімання ніг угору – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
11. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - з опорою на лікті підняти плечовий пояс. Дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.
12. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - поперемінне підведення ніг до живота, допомагаючи руками – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
13. В.п. лежачи на лівому боці, ліва рука під головою, права на поясі. Вик.:
 - поперемінне піднімання рук вперед, угору – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
14. В.п. лежачи на спині. Ліва рука на грудях, права-на животі. Вик.:
 - грудний, черевний, змішаний тип дихання.

Лікувальна гімнастика в післяопераційному періоді. Заняття розпочинаю-ться з другого дня після операції при відсутності загальних протипоказань.

Вони сприяють зближенню строків клінічного виліковування і функціо-нального відновлення організму хворої.

У практичній роботі більш вигідне розділення курсу лікування на періоди ЛФК. В клінічну характеристику кожного періоду покладено: тяжкість запального стану, вид на тяжкість оперативного втручання і післяопераційних ускладнень, ступінь вираженості регенеративних процесів і відновлення функцій органів і систем організму, порушених основним або супутнім захворюванням і оперативним втручанням.

Виходячи з клінічної характеристики періодів, можна точніше визначити задачі і методику лікувальної фізкультури в кожному конкретному випадку. Практичне використання лікувальної фізкультури по даним періодам забезпечує своєчасність призначення лікарями-гінекологами лікувальної фізкультури, що позитивно відбивається на перебізі післяопераційного періоду, зменшує кількість післяопераційних ускладнень і скорочує кількість ліжко-днів.

Задачі лікувальної гімнастики.

1. Підвищення загального тону хворої.
2. Удосконалення дихання.
3. Нормалізація трофічних процесів.
4. Зниження рецепції зі статевих органів і органів черевної порожнини.
5. Нормалізація гальмівних і збудливих процесів.
6. Покращення крово- і лімфообігу.
7. Активація обміних або регенеративних процесів.
8. Попередження утворення рубців і спайок.
9. Попередження розвитку застійних явищ в легенях і малому тазі.

Зразковий комплекс лікувальної гімнастики
післяопераційного періоду.

1. В.п. лежачи на спині, руки на грудях. Вик.:
- грудний тип дихання (30 секунд).
2. В.п. лежачи на спині, руки впродовж тулуба. Вик.:
- зжати пальці в кулаки, стопи потягнути на себе. Дихання вільне.
Повторити 4-6 разів.
3. В.п. лежачи на спині. Вик.:
- повернути долоні догори, ноги розвести – вдих;
- прийняти в.п. – видих.
Повторити 4-6 разів.
4. В.п. лежачи на спині, руки впродовж тулуба. Вик.:
- підняти руки вперед – вдих;
- прийняти в.п. – видих.
Повторити 4-6 разів.
5. В.п. лежачи на спині. Вик.:
- поперемінне згинання ніг в колінних суглобах – видих;
- прийняти в.п. – вдих.
Повторити 4-6 разів.
6. В.п. лежачи на спині. Вик.:
- поперемінне згинання рук в ліктьових суглобах – видих;
- прийняти в.п. – вдих.
Повторити 4-6 разів.
7. В.п. лежачи на спині. Вик.:
- поперемінне піднімання прямих ніг угору – вдих;
- прийняти в.п. – видих.
Повторити 4-6 разів.
8. В.п. сидячи на стільці. Вик.:
- повернутися вправо, відвести руки в сторони – вдих;
- прийняти в.п. – видих;
- повернутися вліво, відвести руки в сторони – вдих;
- прийняти в.п. – видих.
Повторити 6-8 разів.
9. В.п. сидячи на стільці, кисті біля плечей. Вик.:

- обертальні рухи зігнутими руками. Дихання вільне.
Повторити 6-8 разів.

10. В.п. сидячи, опір за спиною на руки. Вик.:

- розвести ноги в сторони – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
- Повторити 4-6 разів.

11. В.п. сидячи на стільці. Вик.:

- розвести руки в сторони – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
- Повторити 4-6 разів.

12. В.п. стоячи біля опори. Вик.:

- піднятися на носки – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
- Повторити 6-8 разів.

13. В.п. стоячи біля опори. Вик.:

- відвести пряму ногу в сторону – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
- Повторити 4-6 разів.

14. В.п. основна стойка. Вик.:

- звичайна ходьба.

На 7-й день після операції та зняття швів рекомендується лікувальна гімнастика, яка укріплює, черевну стінку, м'язи тазового дна, а також вправи, що сприяють розмоктуванню післяопераційних інфільтратів, вправи по відновленню звичних рухових навиків, тимчасово утрачених у зв'язку з лежачим станом, попередженню розвитку рубцево-спаєчних процесів, укріпленню опорно-рухового апарату для відновлення осанки і нормальної манери ходьби.

Темп виконання повільний, з поступовим переходом до середнього, розпочинаючи з дрібних м'язевих груп кінцівок. Амплітуда рухів повинна нарощуватись. Тривалість занять 15-20 хв., додаткові заняття по 10-15 хв., у вечірні години. Після виписки хворих із стаціонару на амбулаторне лікування можна рекомендувати заняття лікувальною фізкультурою за зразковим комплексом вправ, рекомендованих для хворих з хронічними запальними процесами статевих органів.

Хворим, що перенесли операцію по відновленню тазового дна, необхідно займатися лікувальною гімнастикою в цілях:

- укріплення відповідних м'язевих груп;
- відновлення втрачених нормальних умовних і безумовних рефлексів і усунення трофічних розладів.

Раннє вставання і вправи з помірним розведенням ніг в положенні лежачи не викликають прорізування швів. Перехід із положення лежачи в положення стоячи для цих хворих повинен проводитись шляхом повороту на живіт, прийняття колінно-ліктьового положення, а тільки потім вставання не сідаючи на ліжко. Після виписки хворої із стаціонару на амбулаторне лікування рекомендуються заняття лікувальною гімнастикою за комплексом для хворих з функціональним нетриманням сечі.

Лікувальна гімнастика при патологічному клімаксі. Клімактеричні розлади з'являються у жінок частіше всього між 40-50 роками. Сучасна медична наука розглядає клімакс, як вікову інволюційну перебудову, що супроводжується одночасним розвитком недостатності функції статевих залоз і зупинкою їх репродуктивної функції. Порушення, що виникають в вищих відділах ЦНС, призводять до розвитку ряду послідовних патологічних змін і можуть бути причиною таких станів, як клімактеричний психоз.

Відмічаються зміни в яєчниках, які призводять до зниження їх функцій, що в свою чергу призводить до порушення діяльності ЦНС. Клімакс проявляється дратівливістю, порушенням сну, ослабленням пам'яті, приливами. Нерідко у жінок з'являється схильність до ожиріння, розвивається гіпертонічна хвороба, діабет.

В комплексі лікувальних заходів при даній патології велике значення надається методам, стимулюючим відновлення порушень функцій ЦНС. Серед засобів, які нормалізують діяльність регуляторних механізмів, значне місце має бути відведене лікувальній гімнастиці. При розпитуванні хворих на початку лікування, крім скарг на сильні головні болі, запаморочення, пітливість, серцебиття, задишку, поганий сон, дратівливість, втрату

працездатності, ослаблення пам'яті, вони відмічають біль у серці, печінці, суглобах.

Порушується діяльність вегетативної нервової системи, що проявляється грою вазомоторів і тахікардією. Лікувальна гімнастика регулює діяльність ЦНС, сприяє прискоренню сприймання імпульсів, направляє їх в центри подразнення і нормалізує координаційну діяльність кори головного мозку. Крім того, вона покращує діяльність серцево-судинної і дихальної систем, крово- і лімфообіг, оксигенацію крові, підвищує окисно-відновні процеси, посилює обмін речовин, активує діяльність залоз внутрішньої секреції, звідси і нормалізується співвідношення різних гормонів.

Курс лікувальної гімнастики повинен складатися із трьох періодів або етапів:

1. *Підготовчий*, тривалістю від 2 до 3 тижнів. В цьому періоді підготовлюються хворі до перенесення фізичних навантажень наступного, основного, періоду лікування. Вивчається характер реакцій і здатність до засвоєння виконаних вправ.
2. *Основний*, або лікувально-тренувальний період, тривалість 2-3 місяці. В цьому періоді бажають досягнути основної мети, поставленої перед заняттями лікувальною гімнастикою.
3. *Заключний*, тривалість 2-3 тижні, в цей період жінки вивчають вправи, які їм потрібно буде виконувати вдома.

По мірі лікування фізичне навантаження повинно наростати. На початку воно невелике, вправи прості, легко запам'ятовуються. Вправи повинні виконуватися в повільному темпі, з невеликою амплітудою з невеликою кількістю повторів, поперемінно з дихальними вправами. Через 1-1,5 місяці навантаження потрібно збільшувати, але індивідуально. Заняття повинні бути емоційними, велике місце повинні займати ігри, елементи завдань, конкурси, танці. Рекомендується включати елементи китайської гімнастики. Виконання їх напіврозслабленими м'язами позитивно впливає на гемодинаміку, сприяє зменшенню застійних явищ в черевній порожнині і малому тазі, створює благоприємні умови для глибокого повноцінного дихання.

Зразковий комплекс
лікувальної гімнастики при клімаксі.

1. В.п. лежачи на спині, ліва рука на животі, права на грудях. Вик.:
- діафрагмальне дихання (30сек).
2. В.п. лежачи на спині, руки вздовж тулуба. Вик.:
- рухи стоп з одночасним підніманням кистей рук угору. Дихання вільне.
Повторити 2-4 рази.
3. В.п. лежачи на спині. Вик.:
- кругові рухи кистями і стопами. Дихання вільне.
Повторити 2-4 рази.
4. В.п. лежачи на спині, руки над головою. Вик.:
- поперемінне піднімання ніг угору – видих;
- прийняти в.п. – вдих.
Повторити 2-4 рази.
5. В.п. лежачи на боку, одна рука під головою, друга на поясі. Вик.:
- кругові рухи то одною, то другою ногою. Дихання вільне.
Повторити 2-4 рази.
6. В.п. сидячи на стільці, одна рука на грудях, друга на животі. Вик.:
- діафрагмальне дихання (10секунд).
7. В.п. сидячи на стільці, ноги зігнуті в колінах, руки опущені. Вик.:
- поперемінне згинання ніг в колінних суглобах з одночасним згинанням рук в ліктьових суглобах, доторкаючись пальцями плеч. Дихання вільне.
Повторити 2-4 рази.
8. В.п. сидячи на стільці, ноги зігнуті в колінах. Вик.:
- руки витягнути вперед – видих;
- прийняти в.п. – вдих.
Повторити 2-4 рази.
9. В.п. сидячи на стільці, кисті до грудей. Вик.:
- повороти в сторони з розведенням рук в сторони – вдих;

- прийняти в.п. – видих.
Повторити 2-4рази.
 - 10.**В.п. сидячи на стільці, руки на поясі, ноги зігнуті. Вик.:
- кругові рухи тулуба по часовій та проти часової стрілки. Дихання вільне.
Повторити 2-4 рази.
 - 11.**В.п. сидячи на стільці, руки опущені. Вик.:
- відвести руки назад, нахилитися вперед – видих;
- прийняти в.п. – вдих.
Повторити 2-4 рази.
 - 12.**В.п. стоячи, носки на ширині плеч. Вик.:
- піднімання рук вперед, угору з одночасним зжиманням пальців в кулак – вдих;
- прийняти в.п. – видих.
Повторити 2-4 рази.
 - 13.** В.п. стоячи, ноги на ширині плеч. Вик.:
- нахилитися вперед, руки опустити, хитальні рухи руками. Дихання вільне.
Повторити 2-4 рази.
 - 14.**В.п. стоячи, руки вздовж тулуба. Вик.:
- руки завести за голову – вдих;
- прийняти в.п. – видих.
Повторити 2-4 рази.
 - 15.**В.п. стоячи, руки на поясі. Вик.:
- нахилитися вліво, одночасно підняти праву руку і дістати ліве вухо. Дихання вільне.
- нахилитися вправо, одночасно підняти ліву руку і дістати праве вухо. Дихання вільне.
Повторити 4-6 разів.
 - 16.**В.п. стоячи, палиця попереду. Вик.:
- зігнути ногу в коліні і підтягнути її палицею до живота;
- прийняти в.п. – вдих.
Повторити 2-4 рази.
 - 17.**В.п.стоячи, ноги на ширині плеч.Вик.:
- підняти руки угору – вдих;
- прийняти в.п. – видих.
- ІХ. ТЕХНІКА ВИКОНАННЯ ОСНОВНИХ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНИХ МАНІПУЛЯЦІЙ.**

ІХ.1. Антропометрія.

Вимірювання обводу грудної клітки здійснюється сантиметровою стрічкою. Хвору роздягають до пояса, стрічку накладають позаду під кутами лопаток, спереди під молочними залозами (у чоловіків – під сосками). Виконують три вимірювання: при максимальному вдосі, максимальному видошу і в спокійному стані.

Вимірювання росту.

Довжина тіла дорослої людини мало піддається змінам, а тому немає потреби її вимірювати часто. При вимірюванні довжини тіла слід пам'ятати, що з ранку після сну, людина на 1,3 см вища ніж наприкінці дня. Після важкої фізичної праці довжина тіла може зменшуватись на 3-5 см. Це відбувається внаслідок ущільнення міжхребцевих дисків і збільшення природних вигинів хребта – лордозів та кіфозів.

Пацієнтка стає на площадку ростоміра так, щоб п'яти, сідниці, лопатки і потилиця щільно торкалися планки ростоміра. Прослідкувати, щоб козилець вуха і зовнішній кут очної щілини були на одному горизонтальному рівні. Планшетку ростоміра опустити на тім'я пацієнтки, визначити зріст на шкалі (показник, що розміщується біля нижнього краю планшетки)

Визначення маси тіла рекомендується проводити вранці до сніданку, після сечовиділення і звільнення кишечника; зняти верхній одяг, взуття.

ІХ.2. Дослідження артеріального пульсу

Пульс – це періодичні коливання стінок артерій внаслідок руху крові і зміни тиску в судинах при кожному скороченні серця. В практичній діяльності визначають 4 основних параметри пульсу: частоту, ритм, напруження, наповнення.

Частота пульсу – це кількість пульсових хвиль за 1 хвилину. У здорової людини частота пульсу коливається в межах від 60 до 80 ударів за 1 хвилину і відповідає частоті серцевих скорочень. Частоту

серцевих скорочень понад 80 за 1 хвилину називають тахікардією, а частоту серцевих скорочень менше 60 за 1 хвилину – брадикардією.

Ритм пульсу оцінюють по інтервалах між пульсовими хвилями: якщо вони однакові і сила хвиль однакова це ритмічний пульс. Якщо інтервали між пульсовими хвилями різні – це аритмічний пульс. Коли між двома черговими пульсовими хвилями виникає додаткова, цей вид аритмії називається ексрасистолічною. Якщо великі і малі пульсові хвилі виникають хаотично, відсутня закономірність ритму, то це миготлива аритмія.

Напруження пульсу – це ступінь наповнення артерії кров'ю під час систоли. За характером пульсу можна робити висновок про стан серцево-судинної системи і скласти враження про загальний стан хворої. Для дослідження пульсу на променевій артерії руку хворої розміщують на столі або у ліжку в положенні середньому між супінацією і пронацією (ребром). Медична сестра розташовує другий, третій і четвертий пальці правої руки біля основи великого пальця на долонній поверхні передпліччя хворої.

Для дослідження пульсу на сонній артерії, медичній сестрі необхідно другий, третій та четвертий пальці руки покласти приблизно на середині по передньому краю грудинно-ключично-соскоподібного м'язу. Не слід сильно натискувати на артерію, тому що може виникнути зниження артеріального тиску, сповільнення роботи серця аж до його зупинки.

З метою дослідження пульсу на висковій артерії слід прикласти другий, третій та четвертий пальці правої руки на рівні брів жінки, відступивши від зовнішнього кута ока на 1-1,5 см до вушної раковини.

Для дослідження пульсу на стегновій артерії хворій запропонувати лягти у ліжку в положенні з випрямленим стегном. Другим, третім та четвертим пальцями провести пальпацію ділянки нижчої пахової складки, приблизно на її середині.

Для дослідження пульсу на ліктьовій артерії слід розмістити другий, третій та четвертий пальці правої руки на 1 см медіальніше від ліктьового згину.

Для дослідження пульсу на підколінній артерії хворій запропонувати лягти у ліжку на живіт. Другий, третій та четвертий пальці розмістити в підколінній ямці. Для дослідження пульсу на тильній артерії ступні слід розташувати другий, третій та четвертий пальці правої руки в проксимальній частині першого міжплюсневого простору.

Пульс можна досліджувати на будь-якій артерії, але найчастіше його досліджують на променевій артерії, яка легко доступна для цього. Пульс на правій руці досліджують лівою рукою, а на лівій – правою. Необхідно розпочати досліджувати пульс одночасно на двох руках. Взяти руку хворої в ділянці променево-зап'ястного суглоба так: першим пальцем ззовні та знизу, а пучками четвертого, третього та другого пальців –зверху. Відчувати пульсуючу артерію в зазначеному місці, з помірною силою притиснути її до внутрішньої поверхні променевої кістки. Пальпуючи пульс одночасно на правій та лівій руках, порівняти величину пульсових хвиль на обох руках. В нормі вона має бути однаковою. В такому разі дослідження пульсу проводять на одній руці. Якщо є різниця в наповненні пульсу на двох руках (це буває при аномалії розвитку променевої артерії або її здавленні чи здавленні плечової, підключичної артерій), то дослідження проводять на тій руці, де пульсові хвилі краще відчуються.

Відчувши пульсову хвилю, слід визначити чотири основних параметри пульсу: частоту, ритм, напруження і наповнення.

Рахувати пульс слід протягом однієї хвилини. Якщо пульс неритмічний, крім підрахунку його частоти, необхідно визначити, чи відповідає число пульсових хвиль числу серцевих скорочень. При частих неритмічних скороченнях серця окремі систоли лівого шлуночка можуть бути настільки слабкими, що вихід в аорту крові не відбувається, або її поступає так мало, що пульсова хвиля не досягає периферичних артерій, тобто частота серцевих скорочень за 1 хв буде перевищувати число пульсових хвиль. Різниця між цими показниками називається *дефіцитом пульсу*, а сам пульс – дефіцитним. Підвищення температури тіла на 1°C прискорює пульс на 8-10 ударів в 1 хвилину.

Напруження пульсу визначають натискуванням на судинну стінку до зникнення пульсових хвиль. Для цього другий, третій та четвертий пальці покласти на променеву артерію, пальцем, який ближче до серця, натиснути на артерію. Якщо перетискання артерії не вимагає великих зусиль, то пульс є ненапруженим. Якщо при пальпації судина здавлюється важко, то такий пульс називається напруженим або твердим.

Наповнення пульсу визначають по висоті пульсової хвилі: при доброму наповненні під пальцями відчуються високі пульсові хвилі, при поганому – малі пульсові хвилі. Частий, ледь відчутний пульс називається ниткоподібний.

Результати дослідження пульсу можна зобразити графічно у температурному листі.

Пульс, що визначається на аорті і сонних артеріях називається центральним, на променевих артеріях і тильних артеріях стопи – периферичним.

IX.3. Вимірювання артеріального тиску

Артеріальний тиск – це тиск крові на стінки судин. Вимірювання артеріального тиску

проводиться за допомогою ртутного або пружинного манометра по методу М.К. Короткова.

В повсякденній медичній практиці проводиться вимірювання показників систолічного і діастолічного тиску в плечовій артерії шляхом вислуховування шумів або тонів, що виникають при проходженні крові по судині. При максимальному здавленні плеча манжеткою шляхом нагнетіння в неї повітря течія крові в плечовій артерії припиняється; при поступовому зниженні тиску в манжетці і зменшенні здавлення плечової артерії слід спіймати момент відновлення кровотоку в судині, що виражається в появі шумів (тонів). Це відбувається при певному тиску повітря в манжетці (про що судять по шкалі тонометра), яке розглядається, як показник систолічного артеріального тиску, тому що ця пульсація з'являється на висоті систоли, тобто скорочення серця. Зникнення шумів (тонів) відбувається при зниженні тиску в манжетці до певної величини, яка оцінюється як показник діастолічного артеріального тиску.

В теперешній час загальноприйнято, що у вагітних жінок артеріальний тиск слід вимірювати на обох плечах. Це дає можливість судити про симетричність показників артеріального тиску – особливо систолічного.

У здорових вагітних жінок допустима різниця між показниками систолічного тиску на правому і лівому плечах в межах 5 або 10 мм.рт.ст. Збільшення цієї різниці, тобто наростання асиметрії показників систолічного артеріального тиску, свідчить про порушення судинного тону, що вельми часто спостерігається у вагітних з пізнім гестозом. Отже, при вимірюванні артеріального тиску лише на одній руці можливо пропустити порушення судинного тону в виді односторонньої гіпертензії і відміченої вище асиметрії показників систолічного тиску.

Необхідно пам'ятати також про належну оцінку показників діастолічного артеріального тиску та про важливість визначення так званого пульсового тиску, тобто різниці між систолічним і діастолічним тиском. В нормальних умовах пульсовий тиск повинен складати біля 40-50% систолічного артеріального тиску. Низькі показники пульсового тиску (менше 40% систолічного) вказують на виражений спазм периферичних кровоносних судин, особливо мілких артерій, артеріол і капілярів, що також часто спостерігається у вагітних, які страждають пізнім гестозом.

Слід пам'ятати, що на протязі першої половини вагітності спостерігається чітка тенденція до зниження артеріального тиску, а в другій половині її, навпаки, схильність до підвищення артеріального тиску. Крім того, оцінюючи показники артеріального тиску, необхідно урахувати вихідні його величини, що спостерігались або до наступлення цієї вагітності, або в самому початку її. Якщо у жінки до вагітності або на її початку виявлялась артеріальна гіпотонія (низькі показники систолічного артеріального тиску – не вище 105 мм.рт.ст.), то виявлення в неї пізніше систолічного артеріального тиску в межах допустимої норми (біля 120-130 мм.рт.ст.) слід розглядати як патологічне явище. Показники артеріального тиску не є сталими. Вони змінюються протягом дня на 10-12 мм. рт. ст. З віком артеріальний тиск дещо підвищується. Фізичне навантаження, емоційне збудження викликають підвищення артеріального тиску. Спостерігаються добові коливання тиску: вранці артеріальний тиск нижчий, ввечері – вищий, під час сну – найнижчий. Після прийому їжі систолічний тиск трохи підвищується, а діастолічний – знижується.

ІХ.4. Вимірювання температури тіла

Температура тіла людини залежить від багатьох факторів, таких як теплоутворення, тепловіддача, терморегуляція та ін.

Температура тіла людини визначається інтенсивністю теплоутворення за рахунок обмінних процесів, що перебігають усередині організму. В залежності від тих чи інших умов можливі фізіологічні коливання температури тіла. Так, у дітей, обмінні процеси у яких перебігають більш інтенсивно, а механізми терморегуляції ще недосконалі, відмічається більш висока температура тіла, ніж у дорослих. У новонароджених, наприклад, вона досягає 37,2°C в пахвовій ямці. В той же час у літніх і старих пацієнтів температура тіла нерідко буває декілька зниженою (субнормальною).

Температура тіла у жінок зазнає впливу від фізіологічних коливань в визначену фазу менструального циклу (в період овуляції, при розриві зрілого фолікулу і виході яйцеклітини вона підвищується на 0,6-0,8°C). Крім того, майже у всіх людей відмічаються добові коливання температури тіла, що складає зазвичай 0,1-0,6°C.

Перед усім слід мати на увазі, що поняття “температура тіла” є умовним, оскільки температура різних частків тіла досить різко розрізняється.

Температура тіла характеризується висотою і амплітудою коливань. По висоті розрізняють температуру субнормальну (35-36°C), нормальну (36-37°C), субфебрильну (37-38°C). Підвищення температури вище 38°C вважається лихоманкою, причому від 38° до 39°C – помірною, від 39° до 41°C – високою. Підвищення температури до 41-42°C є загрозою для життя хворої. Летальна максимальна температура, тобто та, при якій настає смерть людини складає 43°C. При такій температурі відбуваються тяжкі структурні зміни клітин, що призводять до невідворотних порушень обміну речовин в організмі. Летальна мінімальна температура тіла людини коливається в межах 15-23°C. Температуру тіла в стаціонарі вимірюють термометром 2 рази на добу: вранці натще з 6 до 8 години та

з 16 до 18 години ввечері. В цей час спостерігається максимальне коливання добової температури. При вимірюванні температури тіла трапляються випадки симуляції пацієнткою підвищеної температури тіла або, навпаки, приховування її, а тому медична сестра повинна стежити за діями пацієнта під час вимірювання температури. Медична сестра повинна знати, що підвищення температури тіла на 1°C супроводжується збільшенням частоти пульсу на 10 ударів за хвилину. У разі виникнення гострих хірургічних захворювань черевної порожнини підвищення температури тіла на 1°C викликає збільшення частоти пульсу більш, ніж на 10 ударів, тобто спостерігається невідповідність кривих частоти пульсу та температури. Цей симптом має назву симптом “ножиць” і наявність його допомагає лікарю у встановленні діагнозу.

У разі тяжких захворювань температуру тіла вимірюють через кожні 2-3 години. Проводити термометрію одразу ж після прийняття їжі небажано, оскільки її показники будуть дещо вищими. Запитати у пацієнта чи він безпосередньо перед вимірюванням температури не пив гарячі напої (каву, чай). Багато, щоб хвора була у стані спокою, краще щоб лежала в ліжку не розташованому біля гарячої батареї (взимку), щоб не мала грілки, міхура з льодом на момент вимірювання температури тіла.

Перед вимірюванням температури перевірити, чи вся ртуть в резервуарі термометра (на рівні поділки 34°C), коли ні – струсити термометр. Провести огляд шкіри пахвової ділянки, при наявності гіперемії, місцевих запальних процесів не можна проводити вимірювання температури тіла в цій ділянці, тому що показання термометра будуть вищими, ніж температура усього тіла. При відсутності місцевих запальних процесів витерти шкіру м'яким сухим рушником методом “промокання”, оскільки вологість охолоджує ртуть, і показання термометра буде нижчим. У породіль вимірювання температури тіла проводять в пахвовій ділянці на тій стороні, де зціджена молочна залоза. Термометр встановити так, щоб весь ртутний резервуар з усіх боків щільно прилягав до пахвової ділянки; при підозрі на симуляцію розмістити одномоментно два термометри в лівій і правій пахвових ділянках. Хворій необхідно запропонувати притиснути плече до грудної клітки, а передпліччя розмістити таким чином, щоб долоня розміщувалася у протилежній пахвовій ділянці. Через 10 хвилин виїняти термометр і визначити його показання.

У дітей грудного віку термометр встановлюється в піхвинній ділянці, ногу дитини дещо зігнути в кульшовому суглобі так, щоб термометр заховався в утвореній складці шкіри. Притримати в такому положенні ногу дитини і через 10 хвилин виїняти термометр і визначити його показання.

Вимірювання температури тіла в порожнині рота – це зручний, швидкий метод, він дає точні результати, незалежно від температури навколишнього середовища, вологості шкіри тощо. Засосовується часто, як в домашніх умовах, так і в умовах лікувально-профілактичних установ. Вимірювання температури тіла в порожнині рота показане у надто виснажених та знесилених хворих. У них термометр в пахвовій ділянці не щільно охоплюється м'якими тканинами, тому результати такого вимірювання є *неточними*.

Не дозволяється вимірювати температуру в порожнині рота дітям, пацієнтам з розладами психіки, пацієнтам з наявністю запальних хвороб порожнини рота. Резервуар термометра помістити під язиком пацієнтки і попросити її губами притримати корпус термометра. Через 5 хв виїняти термометр і визначити його показання.

Вимірювання температури тіла в прямій кишці найчастіше застосовують в акушерсько-гінекологічній і хірургічній практиці. Так, у разі діагностичних затруднень необхідно порівняти температуру у пахвовій ділянці та у прямій кишці. В нормі різниця температури не перевищує $0,5^{\circ}\text{C}$. Більша різниця вказує на наявність запального процесу в черевній порожнині.

Вимірювання ректальної температури проводиться в положенні на лівому боці з підведеними ногами до живота (при неможливості лягти на бік ректальну температуру можна вимірювати у положенні хворої на спині).

Резервуар термометра змастити вазеліновою олією, лівою рукою розвести сідниці і легкими рухами правої руки ввести резервуар термометра у пряму кишку до середини його довжини, сідниці притиснути одна до одної. Через 5 хвилин виїняти термометр і визначити його показання.

Вимірювати базальну температуру в акушерсько-гінекологічній практиці необхідно не встаючи з ліжка і не опорожнюючи сечовий міхур і кишечник. В I фазі менструального циклу базальна температура нижче 37° , коливається в межах $36,4-36,9^{\circ}\text{C}$. Безпосередньо перед овуляцією температура знижується на $0,2-0,3^{\circ}\text{C}$, а після овуляції в II фазі менструального циклу підвищується більше 37°C ($37,2-37,4^{\circ}$), тобто базальна температура має двохфазний характер. При захворюваннях характер температури змінюється.

Догляд за хворою у стадії підвищення температури тіла.

Стадія підвищення температури тіла триває декілька годин, іноді – декілька днів. Перша стадія гарячки характеризується тим, що теплоутворення в організмі перевищує тепловіддачу. Хвора скаржиться на появу остуди, погане самопочуття, головний біль, ниючий біль у всьому тілі. Спостерігається блідість шкіри, вона холодна на дотик і набуває виду “гусячої”.

В такому стані хвору необхідно укласти в ліжку, тепло вкрити ковдрою, до нижніх кінцівок прикласти теплі грілки. Не допустити протягів. Дати у великій кількості гарячі напої (чай з малиною,

калиною, липовим цвітом). Контролювати гемодинамічні показники (пульс, артеріальний тиск, частоту серцевих скорочень, частоту дихальних рухів). При появі змін на гірше терміново викликати лікаря.

Догляд за хворою у стадії збереження температури тіла на високому рівні.

Стадія збереження температури тіла на високому рівні триває від декількох годин до декількох тижнів, залежно від виду хвороби та реактивності організму. Друга стадія гарячки характеризується тим, що теплоутворення і тепловіддача в організмі приблизно врівноважені. Хвора скаржиться на відчуття жару, загальну слабкість, сильний головний біль. Спостерігається почервоніння шкіри, вона гаряча на дотик. Пульс прискорений. Дихання прискорене, поверхневе. Язик сухий. Герпес на губах. Може виникнути носова кровотеча. При значному підвищенні температури у пацієнта можуть з'явитися судоми, марення, галюцинації.

Для хворої з гіпертермією необхідно створити повну тишу і установити (по можливості) індивідуальний пост. Постійно повідомляти про зміни в стані хворої. Під час догляду регулярно стежити за показниками температури, артеріального тиску, частотою пульсу, частотою серцевих скорочень, частотою дихальних рухів. Забрати ковдру і хвору вкрити простиралом. Застосовувати фізичні заходи, що полегшують гарячку і головний біль: холодні водно-оцтові примочки на чоло, міхур з льодом на голову, обтирання тіла пацієнта водою кімнатної температури з додаванням оцту, вологе обкутування оголеної хворої, оголювання хворої та включення вентилятора. Приміщення необхідно провітрювати, але не допускаючи протягів. Доглядати за порожниною рота, носом та іншими органами хворої. За призначенням лікаря дати жарознижуючі препарати. При перших ознаках стану марення сповістити лікаря. За призначенням лікаря ввести хворій медикаменти внутрішньом'язово: 50% розчин анальгіну – 2мл, 1% розчин димедролу – 1-2мл, 2,5% розчин аміназину – 2мл. При гіпертермії важкого пербігу після введення хіміотерапевтичних засобів, які знімають спазм судин шкіри, можна застосувати: обкладання хворої міхурами з льодом, внутрішньовенне введення охолодженого (до +10°C) ізотонічного розчину натрію хлориду, очисну клізму з холодною водою. Дати у великій кількості пиття (фруктові і ягідні соки, відвар шипшини, лужну мінеральну воду) для зниження концентрації і виведення із організму токсичних речовин. Своєчасно змінювати білизну, особливо після потовиділення.

Догляд за хворою у стадії зниження температури тіла.

Стадія зниження температури тіла може відбуватися двома шляхами – літичним (протягом 2-3 діб) та критичним (різке зниження температури протягом декількох годин). Третя стадія гарячки характеризується тим, що теплоутворення в організмі знижується, а тепловіддача зростає. При літичному зниженні температури тіла стан хворої поступово поліпшується. Критичне зниження температури тіла небезпечне для хворої.

Криза може мати сприятливий перебіг, коли зниження температури супроводжується ясным потовиділенням. Пульс і дихання не прискорюються, свідомість не порушується, безсоння змінюється сном. Перебіг кризи може бути й дуже важким. Це свідчить про те, що у хворої виникла гостра судинна недостатність.

При догляді за хворою необхідно регулярно стежити за показниками температури, артеріального тиску, частотою пульсу, частотою серцевих скорочень, частотою дихальних рухів. При літичному зниженні температури тіла продовжувати ретельний догляд шкіри пацієнта зі зміною натільної і постільної білизни; розширити режим активності; призначити дієту №15.

У разі критичного зниження температури тіла та при виникненні колапсу (різка слабкість, сильний головний біль, відчуття холоду, остуда; об'єктивно – поверхневе дихання, блідість шкірних покривів, холодний липкий піт, ниткоподібний пульс, зниження артеріального тиску іноді до загрозливих цифр, похолодіння кінцівок) необхідно:

- а) негайно викликати лікаря. Ні в якому разі не залишати хвору одну!;
- б) дати вжити хворій міцної кави або міцного солодкого чаю;
- в) з під голови хворої забрати подушку;
- г) підняти ножний кінець ліжка на 30-40 см або використати підручні засоби (ковдру, подушку тощо);
- д) до рук і ніг пацієнта прикласти грілки, загорнуті у рушник;
- е) дати зволожений кисень;
- є) контролювати гемодинамічні показники;
- ж) вірно доповідати черговому лікарю про стан хворої, стежачи за ним постійно;
- з) виконати призначення лікаря щодо медикаментозної терапії: ввести підшкірно 1% розчин мезатону або 10% розчин кофеїну-бензоату натрію 1-2мл, 10% розчин сульфокамфокаїну- 2мл;
- і) після виведення хворої із даного стану витерти шкіру насухо, замінити натільну та постільну білизну, створити жіночі умови для глибокого сну.

Пам'ятати! Якщо не надати своєчасно невідкладну допомогу хворій у разі виникнення колапсу – вона може померти.

Ступінь підвищення температури зазвичай залежить від інтенсивності захворювання, яке її обумовило. Вона особливо висока при гострих запальних процесах в статевому апараті, які захватили також і очеревину. Проте слід мати на увазі, що не завжди відсутність високої температури свідчить про незначне поширення запального процесу. Підвищення температури тіла є однією з ознак

реактивності організму. При наявності значного виснаження сил і слабкій опірності організму навіть такі тяжкі процеси, як розлитий перитоніт і сепсис, можуть перебігати при незначному підвищенні температури.

При невідповідності даних температури стану хворої виконуються порівняльне вимірювання периферичної і порожнинної температур, що вимірюються в прямій кишці або, рідше, в піхві. При цьому одночасно два термометри розміщують в пахвових ділянках, а третій – в прямій кишці. Тривалість вимірювання – 5 хвилин.

ІХ.5. Підрахунок частоти дихання

Нормальне дихання беззвучне і непомітне для оточуючих. Людина звичайно дихає через ніс із закритим ротом. У дорослої людини частота дихання у стані спокою коливається від 16 до 20 дихальних рухів за 1 хв., причому вдих в 2 рази коротший за видих. Одне дихання відповідає приблизно чотирьом пульсовим ударам. У жінок частота дихання дещо більша, ніж у чоловіків. Під час сну і в стані спокою дихання стає повільнішим. Фізична праця, нервово збудження, підвищення температури приводять до частішого дихання.

Рахувати необхідно вдих і видих, як один дихальний рух. Підрахунок проводити протягом 1 хвилини. Хвора може невимушено затримувати або прискорювати дихання, тому під час обстеження необхідно вести підрахунок дихальних рухів грудної клітини непомітно для неї. Можна рахувати дихання безпосередньо після визначення частоти пульсу, не віднімаючи руки від променевої артерії – тоді хвора впевнена, що у неї рахують пульс. Якщо дихання поверхневе і рухи грудної клітки або живота важко помітити, то необхідно зробити вигляд, що рахується пульс, тримаючи свою руку на променевій артерії хворої. Тим часом іншу руку непомітно покласти хворій на її грудну клітку (при грудному типі дихання) або на живіт (при черевному типі дихання).

Можна спостерігати за частотою дихання і на відстані від хворої, рахувати кількість рухів грудної клітки або черевної стінки протягом 1 хвилини.

ІХ.6. Взяття мазка із зівва

Мазок із зівва пацієнтки береться з метою знаходження в ньому гемолітичного стрептококу, патогенного стафілококу, менінгококу, дифтерійної палички та іншої мікрофлори, а також з метою визначення чутливості мікрофлори до антибіотиків.

Бажано процедуру виконувати натще або не раніше 2-х годин після прийняття їжі; щоб перед процедурою пацієнтка не полоסקала горло антисептиками і не приймала антибактеріальних препаратів.

I, II, III пальцями лівої руки взяти стерильний шпатель; між IV і V пальцями цієї ж руки розмістити стерильну пробірку з стерильною ватною пробкою. Шпателем придавити корінь язика донизу. Провести огляд ротової порожнини і зіву. Правою рукою вийняти із пробірки тампон і обережно, не торкаючись слизової оболонки щоки і язика, підвести його до ділянки розміщення нальоту. Швидко зробити мазок по задній стінці глотки, тобто де є наліт, і не торкаючись слизової оболонки ротової порожнини, обережно вийняти тампон із порожнини рота.

Особливістю взяття мазка із зівва при підозрі на дифтерію є те, що мазок береться на межі нальоту і здорової тканини.

Горловину пробірки провести над вогнем спиртівки і швидко вставити тампон у пробірку, не торкаючись її зовнішньої поверхні.

ІХ.7. Взяття мазка із порожнини носа

Взяти пробірку в ліву руку, тримаючи її між IV і V пальцями. Вказівним пальцем лівої руки злегка підняти кінчик носа пацієнта. Правою рукою вийняти тампон із пробірки, обережно ввести його обертовими рухами в нижній носовий хід з однієї, а потім з іншої сторони. Горловину пробірки провести над вогнем спиртівки і швидко вставити тампон у пробірку, не торкаючись її зовнішньої поверхні.

ІХ.8. Взяття мазків з різних відділів сечо-статевого апарату жінки

При взятті матеріалу з різних ділянок статевих органів жінки слід пам'ятати про необхідність ретельного дотримування правил асептики і виконувати всі необхідні в таких випадках процедури в певній послідовності: взяття матеріала для дослідження до, а не після піхвового огляду хворої, а також до, а не після лікувальних процедур.

Перед взяттям мазків із уретри і шийкового каналу на гонокок Нейссера і флору хвора не повинна мочитись на протязі 1,5-2 годин. Перед тим як взяти мазок із уретри, необхідно зробити легкий масаж її пальцем, що введений в піхву (масажується передня стінка піхви і уретра, що до неї

прилягає). Першу порцію виділень з уретри треба зняти ватною кулькою, а потім ввести в сечовидільний канал (не глибше 1,5-2 см) ложечку (Фолькмана, або вушну) і легким пошкрібуванням отримати матеріал, і так само, удавшись до легкого пошкрібування, отримують матеріал із шийного каналу. Легке пошкрібування необхідне для того, щоб в матеріал, що досліджується, могли потрапити гонококи Нейссера, що звичайно розміщуються не на поверхні слизових оболонок, а під епітеліальним покриттям. Матеріал отриманий для дослідження наноситься на предметне скло.

При нанесенні любого матеріалу на предметне скло слід уникати надмірного його розмазування, тому що при цьому руйнуються кліткові елементи, що утруднює лабораторну діагностику. Діагностика утруднюється і при “товстому” мазку, тобто при нанесенні матеріалу товстим шаром.

Мазок із заднього склепіння

Мазок із заднього склепіння піхви для визначення ступеню чистоти піхвового вмісту береться після введення дзеркал і за допомогою палочки з намотаною на кінці ватою.

Мазок з бокової стінки піхви

Береться на рівні між верхньою і середньою його третиною (на рівні зовнішнього вічка шийки матки) для цитологічного дослідження і визначення насичення організму жінки яєчниковими статевими гормонами (гормональна цитодіагностика). Береться також після введення дзеркал і за допомогою палочки з намотаною на її кінці ватою або шпателем.

Мазок-зішкріб (мазок-відбиток)

Мазок – зішкріб з поверхні ерозії шийки матки, мазок із заднього склепіння піхви, мазок-зіскоб із шийкового каналу і мазок із матеріалу отриманого шляхом аспірації (відсмоктування) вмісту порожнини матки (аспіраційна біопсія) – всі ці матеріали беруться для онкологічної цитологічної діагностики з метою виявлення передпухлинних або пухлинних клітин.

При направленні матеріалу для дослідження необхідно відмітити наступні дані: прізвище і ініціали жінки, що обстежується, її вік, домашня адреса, місце роботи і спеціальність, звідки направляється матеріал (пологове, гінекологічне відділення, жіноча консультація), клінічний діагноз, на який предмет і звідки взятий матеріал для дослідження, дата взяття мазків, прізвище лікаря або мед. сестри, що взяли мазки.

ІХ.9. Оксигенотерапія

Оксигенотерапія – це введення кисню в організм хворої або вагітної з лікувальною метою, яке можна здійснити інгаляційним і неінгаляційним методами. Киснева терапія широко застосовується при патологічних станах, основу яких перш за все становить гіпоксія – загальна або місцева. Прикладами загальної гіпоксії можуть бути: тканинна гіпоксія, що виникла на фоні захворювань органів дихання і органів кровообігу; гемічна гіпоксія, що виникла внаслідок великої крововтрати; гіпоксія від отруєння чадним газом та інші. В останні роки широкого застосування в медичній практиці знайшла оксигенотерапія, яка ефективна не тільки в лікуванні загальної гіпоксії, а й в лікуванні місцевих проявів гіпоксії, наприклад, хронічної ішемічної хвороби серця, ішемії кінцівок на фоні травми або атеросклеротичного ушкодження судин. Гіпербарична оксигенація застосовується для надання невідкладної допомоги при гострих порушеннях прохідності мозкових, вінцевих судин, при пологах (у разі розвитку гіпоксії плода), а також для профілактики раньової інфекції при важких відкритих травмах кінцівок. Як правило, киснева терапія ефективна в комплексі з іншими лікувальними засобами при наданні невідкладної допомоги і при традиційному лікуванні того чи іншого захворювання.

Для оксигенотерапії використовується спеціальний медичний кисень, який зберігається в балонах, пофарбованих в блакитний колір. На балоні є позначка чорною фарбою “кисень” та літера “М” – медичний. Тиск у балоні 150 атм. Медичний працівник повинен знати, що стиснутий кисень є вибухонебезпечним, а тому слід суворо дотримуватися правил техніки безпеки при роботі з киснем, балоном, апаратурою. *Киснева подушка* являє собою прогумований мішок ємкістю 25-50 л. Від мішка відходить гумова трубка довжиною біля одного метра, на якій є кран та мундштук. До подушки кріпиться лямка. З огляду на небезпеку вибуху кисню та виникненню пожежі медична сестра повинна звернути увагу на приміщення, де зберігається кисневий балон. Воно повинно бути сухим, температура повітря не вища за +25°C. Дія більш високої температури оточуючого повітря або дія сонячних променів можуть призвести до різкого підвищення тиску газу в балоні у зв'язку з його розширенням. В приміщенні, де зберігається кисневий балон, недопустимо палити, користуватися електроприладами, відкритим вогнем. Забороняється в цьому приміщенні зберігати інші гази, ефір, спирт, бензин.

Балон повинен знаходитись у вертикальному положенні; бути зафіксованим металевими скобами до стіни приміщення. Необхідно звернути увагу на рік виготовлення балону і дату наступного випробування (випробування на стійкість до високого тиску проводиться один раз на 5 років).

Одяг персоналу повинен бути чистим, а саме не забрудненим жиром, мастилами, фарбою. Руки забороняється змазувати кремом або олією.

Кисень – це сухий і холодний газ, який при контакті з слизовими оболонками може викликати їх опік, а тому на всіх етапах роботи з киснем – не слід направляти струмінь газу в обличчя, очі.

Редуктор кисневого балону має 2 манометри. Один із них показує тиск кисню в балоні, інший – тиск, під яким кисень випускається з балону. Користуючись вентилям редуктора, наповнити подушку киснем під тиском 1-2 атм (вентиль редуктора слід повільно крутити за годинниковою стрілкою, слідкуючи за стрілкою манометра низького тиску). Відчувши наповнення подушки (вона стає твердою), вентиль редуктора закрутити проти годинникової стрілки. Занадто тверду подушку робити не слід, тому що оболонка подушки не розрахована на високий тиск і може статися розрив з вибухом.

На гумову трубку кисневої подушки надіти мундштук з краном. Мундштук обгорнути вологою марлевою серветкою (3-4 шари марлі) та укріпити її бинтом до основи мундштука.

Притиснути до рота хворої мундштук кисневої подушки, попередньо зауваживши, щоб вона вдихала ротом, а видихала носом. Відкрити кран і регулювати ним швидкість поступлення кисню. По мірі зменшення кисню в подушці її слід повільно скручувати з протилежного до трубки кінця, щоб максимально використати кисень з подушки. Можливе підвищення ефективності кисневої подушки, якщо мундштук замінити носовим катетером, а зволоження кисню здійснити шляхом пропускання його через заповнений частково водою апарат Боброва. До довгої склянки трубки приєднати подушку, а до короткої - катетер.

При централізованій подачі кисню через носовий катетер відрегулювати оптимальну дозу (4-6 л/хв). Кожні 30-40 хвилин змінювати положення катетера (з правого носового ходу в лівий і навпаки) для запобігання висихання слизової оболонки носових ходів і утворення пролежнів.

При виникненні першіння в носі і носоглотці тимчасово припинити подачу кисню і закапати олійні краплі в ніс. Через 1-2 години інгаляції потрібно робити перерву на 20-30 хвилин, щоб запобігти токсичній дії високих концентрацій кисню. Перенасичення організму киснем погано впливає на серцево-судинну та дихальну системи. А при тривалому застосуванні кисню может виникнути гостре кисневе отруєння.

Оксигенотерапія при набряку легень проводиться через апарат Боброва заповнений на 1/3 40° розчином етилового спирту або 10% спиртовим розчином антифомсилану. Інгаляцію робити протягом 20-30 хвилин з перервами на 10-15 хвилин. Під час перерви хворій дати вдихати чистий кисень.

IX.10. Аутогемотерапія

Аутогемотерапію застосовують з метою підвищення опірності організму при гострих і хронічних гнійно-запальних процесах. Суть методу полягає в тому, що взяту із вени хворої кров одразу вводять внутрішньом'язово в верхньо-зовнішній квадрат сідниці. В перший день вводиться 2 мл крові, а потім через кожні 2-3 дні збільшувати дозу на 2 мл і довести її до 10-12 мл. Загальний курс лікування – 10-12 ін'єкцій, інтервал між ними – 2-3 дні. Для профілактики утворення інфільтрату до місця внутрішньом'язової ін'єкції прикласти грілку.

IX.11. Профілактика СНІДу при роботі з кров'ю

В наш час проблема профілактики СНІДу (синдрому набутого імунodefіциту) в лікувальних закладах надзвичайно актуальна. Медичні працівники, які виконують різні маніпуляції пов'язані з кров'ю, можуть бути інфіковані не тільки від хворих на СНІД, але і від носіїв цього збудника. Медичні працівники, які недостатньо обізнані з проблемою СНІДу можуть заразитися не тільки самі, але й заразити пацієнтів, які звернулися в поліклініку або потрапили до лікарні.

При виконанні маніпуляцій, при яких може наступити забруднення рук кров'ю або сироваткою – обов'язково одягнути стерильні гумові рукавички. Під час роботи всі ушкодження на руках закрити напальчиком або заклеїти лейкопластирем. Під час процедур, які можуть супроводжуватися розбризкуванням крові очі, ніс та рот повинні оберігатися за допомогою захисних окулярів, маски, поверх халату необхідно надіти клейончатий фартук. Якщо відбувся розрив або прокол рукавички, необхідно її терміно зняти, занурити у 5% розчин хлораміну на 60 хв. видавити краплю крові з місця проколу пальця, обробити 4% розчином перекису водню, а потім – 5% спиртовим розчином йоду. Заклеїти липким пластирем, надіти напальчник, зверху нову стерильну гумову рукавичку. При попаданні крові в очі – промити великою кількістю води, продути сильним струменем повітря, закапати кілька крапель 1% розчину борної кислоти.

При попаданні крові на слизову оболонку рота – прополоскати 0,05% розчином калію перманганату, 1% розчином борної кислоти або 70° розчином етилового спирту.

При попаданні крові на шкіру рук та інших ділянок тіла – обробити її 3% розчином хлораміну або 70° розчином етилового спирту, через 5 хв. Промити водою з милом.

При попаданні крові на клейонку обробити її 3% розчином хлораміну або 4% розчином перекису водню. Забруднений кров'ю одяг замочити у 0,5% розчині хлораміну на 60 хв. Кров змити в промаркіровану ємкість і залити 3% розчином хлораміну на 60 хв. Пробірки від крові та ватні кульки –

занурити в 3% розчин хлораміну на 60 хв. Виконання таких невідкладних заходів збереже здоров'я медсестер та іншого медперсоналу.

IX.12. Визначення добового діурезу і водного балансу

Добовий діурез – це кількість виділеної сечі за добу. За добу людина виділяє приблизно 1000-1500мл сечі, але ця кількість може значно коливатися залежно від різних фізіологічних і патологічних умов. У здорової людини добовий діурез залежить, як правило, від кількості великої рідини, характеру харчування і медикаментів, що приймаються. При захворюваннях серцево-судинної системи, нирок та інших органів кількість виділеної сечі може зменшуватися (олігурія), збільшуватися (поліурія), може спостерігатись повне припинення сечовиділення (анурія).

Водний баланс – це співвідношення кількості виділеної сечі і кількості вжитої протягом доби рідини. Добовий діурез в нормі повинен становити не менше 75-80% від усієї прийнятої за добу рідини. Якщо хвора за добу виділяє набагато менше сечі, ніж вживає рідини (від'ємний діурез), то це означає, що частина рідини затримується в організмі, збільшуються набряки, рідина накопичується в порожнинах: черевній (асцит), плевральній (гідроторакс) та інших. Якщо хвора протягом доби виділяє сечі більше кількості випитої рідини, то це позитивний діурез. Він спостерігається у пацієнтів при хронічній недостатності кровообігу в період сходження набряків при прийманні сечогінних препаратів. Вагітним з пізними гестозами, хворим з серцевою недостатністю дуже важливо щоденно визначати добовий діурез та водний баланс.

Для визначення добового діурезу хвора вранці о 6 годині повинна прокинутись і звільнити сечовий міхур в туалет (ця сеча не збирається). Лежача хвора збирає сечу в сечоприймач або підкладне судно. Протягом доби (вдень та вночі) до 6 години ранку наступного дня хвора збирає сечу і зливає її в градуйовану ємкість. Після закінчення доби медична сестра визначає кількість виділеної сечі і записує цифрою результат вимірювання у відповідну графу температурного листа.

При вимірюванні добового діурезу у хворої після операції або переливання крові, відлік часу збору сечі іде з моменту поступлення хворої в палату (наприклад, з 15 год. 2/III до 15 год. 3/III). При передачі чергування вказується скільки сечі зібрано за попередній час і до котрої години слід продовжити дослідження.

Для визначення водного балансу протягом всієї доби фіксувати кількість випитої пацієнткою рідини, включаючи не тільки напої, а і рідку частину перших страв. Зважувати на вагах фрукти і овочі, тому що маса фруктів та овочів приймається повністю за кількість спожитої рідини. Враховувати кількість рідини, введеної парентерально. Водний баланс визначається по співвідношенню прийнятої рідини та виділеної за добу сечі.

IX.13. Збирання сечі для лабораторного дослідження.

А. Збирання сечі для загального аналізу.

Загальний клінічний аналіз сечі проводиться усім пацієнтам, незалежно від характеру захворювання. В нормі добова кількість сечі у дорослої людини коливається від 1000 до 2000 мл. Забарвлення сечі коливається від світло-жовтого кольору до насичено-жовтого і залежить від кількості пігментів – урохрому, уроеритрину. Інтенсивність забарвлення сечі залежить також від її питомої ваги і кількості сечі. Зміна кольору сечі має деяке діагностичне значення. Насичена темно-жовта сеча свідчить про добру концентраційну здатність нирок; блідо-жовта, майже безбарвна сеча вказує на порушення концентраційної функції нирок. Гематурія надає сечі кольору м'ясних помиїв. При з'явленні темної, майже коричневої сечі, після переливання крові слід терміново повідомити лікаря.

У нормі сеча завжди прозора. Її помутніння може бути спричинене надлишком солей, клітковими елементами, бактеріями, жирами.

У нормі реакція сечі при змішаному харчуванні кисла або слабо-кисла. Питома вага сечі залежить від кількості розчинених в ній речовин, вона коливається від 1010 до 1025.

В сечі не повинно бути цукру, білка, пігментів, кетонових тіл. В осаді нормальної сечі можуть бути поодинокі клітини епітелію, лейкоцити, незначна кількість солей.

Для збирання сечі необхідно підготувати чисту суху скляну банку ємкістю 250 мл з кришкою. Банку не можна мити милом або пральним порошком, тому що ці речовини можуть зробити сечу не придатною для дослідження. Вранці перед збиранням сечі на аналіз жінка повинна здійснити туалет зовнішніх статевих органів теплою перекип'яченою водою з милом або слабким розчином калію перманганату. Після гігієнічної процедури випустити трохи сечі в унітаз і затримати сечовипускання; підставити банку і зібрати в неї 100-200мл сечі (при необхідності - закінчити сечовипускання в унітаз) закрити банку кришкою. "Середню" порцію сечі необхідно брати для того, щоб запобігти потраплянню в банку сторонніх домішок (з піхви, сечівника).

Сечу на дослідження не беруть у жінок під час менструації. У разі потреби необхідно взяти сечу уретральним катетером. Цю маніпуляцію виконують тільки за призначенням лікаря.

Відправляють сечу в клінічну лабораторію протягом однієї години після її збирання, тому що

інфікування сечі з оточуючого середовища може призвести до лужного бродіння. Якщо немає можливості швидко відправити сечу в лабораторію, її слід зберігати в прохолодному місці.

Повторні аналізи сечі роблять кожні 7-10 днів за призначенням лікаря. Більш часті дослідження сечі необхідно робити після оперативних втручань, до і після переливання крові.

Визначення кетонових тіл

Кетонів (ацетонів) тіла визначають в перші три години після сечовипускання (бажано ранкового). Сеча повинна бути доставлена в лабораторію якомога швидше.

Кетонурія може з'явитися в результаті як підвищеного утворення кетонових тіл в організмі, так і в результаті зменшення їх розщеплення.

Кетонурія з'являється при тяжкій формі цукрового діабету, а також може бути наслідком вуглеводного голодування. Кетонурія на тлі голоду і виснаження можлива при тяжких формах ранніх гестозів, тривалих шлунково-кишкових розладах, дизентерії тощо.

Збирання сечі за методом Амбурже

При цьому методі відмічають "хвилинну лейкоцитурію", тобто кількість формених елементів, що виділяються з сечею за 1 хв.

В нормі за 1 хв. з сечею виділяється до 2000 лейкоцитів та 1000 еритроцитів. Отримані дані мають важливе значення для уточнення діагнозу захворювань нирок і сечовивідних шляхів.

Вранці о 6 годині хвора сповільнює сечовий міхур (цю сечу не збирають). Протягом наступних трьох годин з 6 до 9 годин ранку, хвора збирає сечу в банку (250мл або 500мл).

Збирання сечі на аналіз за методом Нечипоренка.

При цьому методі визначають кількість формених елементів в 1 мл осаду сечі.

В нормі у здорової людини в 1 мл осаду сечі міститься 4000 лейкоцитів та 2000 еритроцитів, циліндри 20.

Збирати "середню" порцію сечі краще вранці, але можна зробити це в будь-який час доби.

Збирання сечі за методом Каковського-Аддіса.

При цьому методі визначають кількість формених елементів, що виділяються з сечею за добу.

У здорової людини протягом доби з сечею виділяється лейкоцитів 2×10^6 , еритроцитів 1×10^6 , циліндрів 2×10^4 .

О 22 годині вечора хвора повинна звільнити сечовий міхур і протягом ночі не ходити в туалет. Якщо хвора не може на тривалий час затримати сечовипускання та виділяє сечу протягом 10-ти нічних годин декількома порціями, то для запобігання розпаду формених елементів (еритроцитів, лейкоцитів) в сечу, яка довго стоїть, додають декілька крапель формальдегіду.

О 8-й годині ранку (після гігієнічної процедури) хвора збирає сечу у банку ємкістю 250 або 500мл.

Збирання сечі за методом Зимницького.

Це один із методів дослідження функціональної здатності нирок. Ця проба дозволяє визначити денний, нічний, добовий діурез, а також кількість і питому вагу сечі в кожній із 8 порцій.

Основною перевагою цього метода є те, що функціональне дослідження нирок проводиться в умовах звичайного режиму пацієнтки.

Перед дослідженням необхідно проконтролювати відміну сечогінних препаратів, щоб не сталося збільшення діурезу і зменшення питомої ваги сечі. Підготувати 8 чистих банок ємкістю 250мл. з кришками і наклеїти етикетки на кожен банку

I порція – з 6 до 9 години;

II порція – з 9 до 12 години;

III порція – з 12 до 15 години;

IV порція – з 15 до 18 години;

V порція – з 18 до 21 години;

VI порція – з 21 до 24 години;

VII порція – з 24 до 3 години;

IX порція – з 3 до 6 години.

Звечора видати хворій підготовлені банки. Після заповнення банки її необхідно закрити кришкою і поставити на полицю спеціально відведена для аналізів сечі в туалетній кімнаті.

О 6 годині ранку хвора звільняє сечовий міхур (ця сеча не збирається). Протягом кожних трьох годин хвора мочиться у відповідні ємкості один або декілька разів. У випадках поліурії може не вистачити однієї банки. Хвора бере банку без номера і мочиться в неї. Але вона повинна проінформувати про це медичну сестру. Необхідно прослідкувати, щоб хвора заповнила усі банки. О

24-й, 3-й та 6-й годині розбудити хвору для звільнення сечового міхура. Вранці наступного дня відправити всі банки в клінічну лабораторію. При відсутності сечі в окремих банках, їх також слід відправити до лабораторії.

В лабораторії в кожній із восьми порцій вимірюють об'єм і визначають урометром питому вагу. Результати проби записуються на спеціальних бланках, де приведені дані про кожну порцію.

Оцінка результату проби за Зимницьким.

Результат проби за Зимницьким вважають хорошим, якщо:

- а) добовий діурез достатній (приблизно 1,5л) і становить 70-75% від кількості випитої хворою рідини;
- б) денний діурез, тобто виділення сечі з 6⁰⁰ до 18⁰⁰ год. Повинен становити 2/3-3/4 від добового, а нічний діурез – 1/3 або 1/4 від добового діурезу;
- в) коливання питомої ваги за добу в межах норми 1010-1025, коливання між порціями не менше 4-х одиниць.

Виділення рівної кількості сечі вдень і вночі, а також перевага нічного діурезу над денним (ніктурія) вказує на зниження функціональної здатності нирок; низька питома вага сечі (гіпостенурія) та майже однакова протягом доби (ізостенурія –1007-1012) вказують на важкі захворювання нирок.

IX.14. Катетерізація сечового міхура.

Катетерізацію сечового міхура здійснюють з метою виведення з нього сечі (при гострій затримці сечі, що триває більше 10-12 годин), для промивання сечового міхура або одержання сечі для дослідження, коли неможливо виконати цю маніпуляцію за загальними правилами. Цю процедуру виконують катетером, який буває гумовим, пластмасовим, металевим. При проведенні процедури всі інструменти, перев'язувальний матеріал, руки медичної сестри, катетер, розчини та інше, повинні бути стерильними.

Після туалету зовнішніх статевих органів лівою рукою за допомогою двох серветок розвести статеві губи. Ділянку навколо зовнішнього отвору сечівника обробити стерильним розчином фурациліну 1:5000. Правою рукою взяти стерильним пінцетом стерильний катетер, змазаний попередньо стерильною вазеліновою олією або стерильним гліцерином. Обережно, без зусиль ввести катетер в сечівник і просунути його на 5-7см. Поява сечі свідчить про те, що катетер знаходиться в сечовому міхурі.

Якщо необхідно зібрати сечу на бактеріальне дослідження, під стумінь сечі підставити стерильну пробірку, знявши з неї пробку. Набрати половину пробірки сечі, закрити пробку.

Для збирання сечі на клінічний аналіз (щоб виключити можливі домішки), підставити під стумінь сечі чисту суху банку ємкістю 250мл. Набрати 100-150мл сечі. Після припинення самостійного виділення сечі з катетера, можна злегка натиснути над лобком, щоб виділити із сечового міхура залишки сечі. Вийняти катетер в час, коли виділяються залишки сечі, цим самим промити сечеву сечівник.

Якщо катетерізацію роблять щоденно, то після виділення сечі для профілактики запалення сечового міхура (цистити) за допомогою стерильного шприця ємкістю 10-20 мл ввести через катетер у сечовий міхур 10 мл теплого (+37⁰C) стерильного розчину фурациліну 1:5000 і відразу вийняти катетер.

Визначення гормонів кори надниркових залоз.

Для з'ясування функціонального стану кори надниркових залоз визначають вміст в сечі 17-кетостероїдів. В нормі в жінок за добу з сечею виділяється 7-37 мк/моль 17-кетостероїдів.

Для дослідження на вміст 17-кетостероїдів збирають добову кількість сечі. Сестра попереджає хвору про проведення дослідження, вказує термін збору сечі і забезпечує хвору необхідною посудом великої ємкості (2-3л) з кришкою, що щільно закривається. Банка з сечею повинна зберігатися в холодильнику. При направленні на дослідження в банку відливають 100 мл сечі, вказують загальну кількість виділеної сечі та вагу жінки.

IX.15. Використання міхура з льодом

Лід дрібно розколоти для зручнішого розміщення міхура та щоб міхур був легшим і краще моделювався за формою тіла. Не можна наливати воду у міхур, а потім заморозувати його. Такий міхур надто важкий і він погано набуває форму ураженого місця.

Міхур на 2/3 заповнений льодом прикладається до поверхні тіла хворої: на ділянку живота (при гострих запальних процесах органів черевної порожнини), на нижню частину живота (при матковій кровотечі), на уражене місце (при свіжих травмах).

Міхур з льодом можна використовувати на протязі доби, але через 20-30 хв його необхідно знімати на 10-15 хв. При необхідності тривалого тримання міхура з льодом (протягом доби) через 2-3 години лід потрібно поновлювати.

Слідкувати, щоб шкіра під міхуром не побіліла (для запобігання відмороження).

При лихоманці, а саме у другій її стадії міхур з льодом, обгорнутий полотняною серветкою, слід підвісити на жердині на 3-5 см над головою хворої.

IX.16. Застосування газовивідної трубки

Метеоризм – це скупчення газів у кишках. Хворі відчувають здуття, розпирання живота. Причинами метеоризму можуть бути:

- 1) посилене газоутворення в кишках, яке обумовлене споживанням з їжею рослинної клітковини (капуста, квасоля, горох тощо);
- 2) порушення рухової функції кишок внаслідок зниження тонуусу їхніх стінок та непрохідності;
- 3) зниження всмоктування газів стінками кишок при їх нормальному утворенні та ін.

Хвора лягає на лівий бік з зігнутими і приведеними до живота ногами. Якщо хворій протипоказане положення на лівому боці, покласти її на спину з зігнутими в колінах і розведеними ногами. Закручений кінець газовивідної трубки змащеної стерильною вазелиновою олією обертаючими рухами повільно вводиться на глибину 20-30 см. Зовнішній кінець газовивідної трубки опустити в судно з водою (через нього будуть виділятися гази, рідкі калові маси, слиз).

Тривалість процедури визначає лікар. Медична сестра повинна знати, що газовивідна трубка повинна знаходитися в прямій кишці не більше 2-ох годин. Тривале знаходження газовивідної трубки у прямій кишці може привести до утворення пролежня на слизовій оболонці кишки. При необхідності газовивідну трубку можна застосовувати повторно через деякий час.

IX.17. Клізми

Клізма (від грецького *klyma* – зрошувати) – це введення в нижній відділ товстої кишки через задній прохід різноманітної рідини з лікувальною та діагностичною метою.

Діагностичну клізму застосовують, наприклад, для розпізнавання кишкової непрохідності.

Лікувальна клізма застосовується для очищення кишечника (очисна, послаблююча: олійна, гіпертонічна, емульсійна) а також для введення в товсту кишку лікувальних засобів як місцевої так і резорбтивної (загальної) дії на організм людини (медикаментозна клізма).

Одним із показань до постановки клізм є запор. Запор – це тривала затримка калу в кишках. Запор буває органічним, що пов'язаний з механічною перешкодою – в разі звуження кишки пухлиною, спайками, а також функціональний, який пов'язаний з недостатнім руховим режимом, вживанням легкозасвоюваної їжі, слабкістю черевного пресу, тривалим лежанням у ліжку.

Запор може погіршувати стан хворих, тому що зворотно всмоктуються шкідливі для організму продукти обміну, що веде до самоотруєння. Починає боліти голова, знижується апетит, здувається кишечник. Запор при захворюванні органів кровообігу, може викликати напад болю в ділянці серця, підвищення кров'яного тиску.

Якщо стан здоров'я дозволяє, підвищуючи фізичну активність, регулюючи склад харчового раціону із збільшенням в дієті овочів та фруктів (капуста, буряк, чорнослив, банани, а також одноденний кефір), можна нормалізувати випорожнення, а коли це не допомагає – ставити клізму.

Очисну клізму ставлять при запорах, перед пологами, штучними абортами, з метою підготовки пацієнтів до планових операцій, рентгенологічного і ендоскопічного досліджень органів шлунково-кишкового тракту, нирок, внутрішніх статевих органів, перед медикаментозними клізмами, при отруєннях.

Перед процедурою необхідно звільнити сечовий міхур. Пацієнт лежить на лівому боці з підведеними до живота ногами. Якщо хворій заборонено повертатися, процедуру виконують в положенні на спині, але під таз слід покласти валик із ковдри, хвора повинна зігнути ноги в колінах і розвести в сторони стегна.

Кухоль Есмарха підвішується на штатив на висоту 1 метр, заповнюється водою до кількості 1-1,5 л.: при атонічних запорах – температурою +14-16°C, при звичайних запорах – +18-20°C, при спастичних запорах – +39-40°C; для полегшення виведення калу у воду можна додати 25 г господарського мила.

Наконечник змащується вазеліном, пальцями лівої руки розвести сідниці і обережно, обертальними рухами правої руки ввести наконечник в пряму кишку. Спочатку ввести його в напрямку до пупка (3-4 см), а потім паралельно куприку (8-10 см). При наявності гемороїдальних вузлів наконечник слід обережно провести між ними, намагаючись їх не задіти. Грубе і стрімке введення наконечника недопустиме, тому що можна поранити стінку прямої кишки.

Рідина повинна поступати в кишечник повільно, щоб не викликати біль у животі і раптове переповнення кишечника. При відчутті болю в животі під час введення рідини в пряму кишку слід опустити нижче кухню Есмарха, що зменшить тиск надходження рідини в пряму кишку і зніме біль.

Якщо при введенні наконечника він упирається в стінку кишки або калові маси, його витягують на 1-2 см і знову просовують вперед. Якщо наконечник закупорюється каловими масами, його

виймають, промивають водою з куніу Есмарха і вводять повторно.

Іноді калові маси дуже щільні і поставити клізму практично неможливо. У такому випадку слід очистити пряму кишку пальцем у гумовій рукавичці, змащеною вазеліном; після цього поставити очисну клізму.

Хвора повинна полежати на спині 5-7 хвилин і глибоко дихати. Це сприяє кращому розрідженню калових мас. Очисну клізму вважають успішною, якщо з водою відійдуть через декілька хвилин і калові маси.

Особливості застосування клізми дітям

Кількість введеною рідини залежить від віку:

- новонародженим – 30 мл;
- віком від 1 до 3 місяців – 60 мл;
- віком від 3 до 6 місяців – 90 мл;
- віком від 6 до 9 місяців – 120-150;
- віком від 9 до 12 місяців – 180 мл;
- віком від 1 до 2 років – 200 мл;
- віком від 3 до 5 років – 300 мл;
- віком від 6 до 9 років – 400 мл;
- віком від 10 до 14 років – 500 мл.

Дітям для постановки клізм застосовують м'які гумові або поліетиленові наконечники, гумові груші. Рідину вводять повільно, без великого тиску. Після видалення наконечника на кілька хвилин стиснути сідниці дитині, щоб затримати потяг до очищення кишечника.

Застосування олійної клізми

Олійна клізма належить до послаблюючих клізм, які проводять з метою очищення кишечника від калових мас. Олійну клізму призначають при стійкому запорі та запальних процесах у прямій кишці. Послаблюючий ефект очисної клізми полягає в тому, що олія обволікає кал і полегшує його виведення. Також під впливом кишкової мікрофлори і соку, олія частково розщеплюється, при цьому утворюються жирні кислоти, які справляють на стінку кишківника слабку подразнюючу дію, що відновлює нормальну перистальтику.

Для клізми використовується стерильна вазелінова або рослинна олія – 100-150 мл. Гумовий балон ємкістю 150 – 200 мл заповнюється олією, зануривши в неї наконечник обережно обертаючими рухами правої руки ввести наконечник у пряму кишку на глибину 8-10 см. Плавнo без застосування великої сили, витиснути з балону олію в пряму кишку. Після клізми хвора не повинна вставати з ліжка до ранку, випорожнення наступить через 8 – 10 годин. Якщо через 8-10 годин дія олійної клізми не наступить, тоді слід зробити очисну клізму (при відсутності протипоказань).

Застосування гіпертонічної клізми

Найчастіше гіпертонічну клізму призначають для стимуляції спорожнення кишoк при атонічному запорі і при парезі кишечника після хірургічних втручань на органах черевної порожнини.

Використовують 10% розчин натрію хлориду, 25% розчин магnezії сульфату, 20-30% розчин натрію сульфату. Міцні сольові розчини збуджують перистальтику кишoк і вже через 10 – 20 хвилин відбувається спорожнення кишечника.

Крім того завдяки своїй осмотичній дії гіпертонічна клізма сприяє інтенсивному виходу міжклітинної рідини з тканин у просвіт прямої кишки, що призводить до розрідження калу і виділенню його у великій кількості. Враховуючи це, гіпертонічну клізму застосовують при набряках, зокрема, оболонок мозку.

Але в зв'язку з тим, що такі клізми подразнюють слизову оболонку кишoк, їх застосовують рідко.

Протипоказання: гострі запальні та виразкові захворювання нижніх відділів товстої кишки та тріщини заднього проходу.

Для приготування 10% розчину натрію хлориду 20 г натрію хлориду розчинити у 200 мл води (в домашніх умовах) або отримати розчин цієї концентрації у аптеках.

В гумовий балон набрати 150-200 мл гіпертонічного розчину, наконечник ввести у пряму кишку на глибину 8-10 см і плавнo без застосування великої сили, витиснути розчин у пряму кишку.

Хворій необхідно полежати 20-30 хвилин, затримуючи акт дефекації, після цього випорожнити вміст кишечника.

Застосування емульсійної клізми

Емульсійна клізма має послаблюючу дію, застосовується при запорах у важко хворих пацієнтів.

Після такої клізми спорожнення кишечника настає через 15-20 хвилин. Приготування емульсії: взяти 1 столову ложку ромашки, залити склянкою крутого кип'ятку, настояти 10-20 хвилин, процідити. До настою ромашки додати жовток одного яйця, збитий з однією чайною ложкою натрію

гідрокарбонату, дві столові ложки гліцерину або вазелінової олії. Емульсію приготувати ще так: до 100-150 мл води додати 2 столові ложки риб'ячого жиру або рослинної олії.

Гумовим балоном через наконечник введений в пряму кишку на глибину 8-10 см плавно витискується емульсійний розчин. Хворій необхідно полежати 20-30 хвилин, затримуючи акт дефекації.

Застосування сифонної клізми

Сифонний метод промивання кишечника заснований на використанні принципу сполучних судин.

Сифонну клізму застосовують при непрохідності товстої кишки, тяжких отруєннях та інтоксикації, підготовці хворого до операції на товстій кишці, при відсутності ефекту від очисної і послаблюючої клізм. Сифонна клізма не тільки механічно вимиває кал вона справляє подразнюючу дію на стінки кишечника, збуджуючи перистальтику.

Сифонна клізма – це важка процедура для ослаблених хворих. Тому слід потурбуватися, щоб голова хворої лежала на подушці, а верхні частини тіла були вкриті ковдрою. Необхідно уважно слідкувати під час проведення процедури за станом пацієнтки. Присутність лікаря обов'язкова.

Необхідно підготувати перекип'ячену воду або слабкий розчин калію перманганату – 8-10 л.

Стерильний товстий зонд з боковими отворами обертальними рухами обережно ввести на 20-30 см у пряму кишку. Через перехідник приєднати до товстого зонда гумову трубку і скляну лійку ємкістю 1-1,5 л. Тримаючи лійку на рівні кушетки в нахиленому положенні: поступово наповнити її водою з кухля. Наливаючи воду в лійку, одночасно піднімати її на один метр вище кушетки, тобто вище тіла хворої. За один раз можна влити у лійку 1-1,5 л води.

При підніманні лійки, вода переходить із системи в кишку. Коли рівень води наблизиться до звуження лійки, останню опускають над мискою, не перевертаючи її, чекають, доки вона наповнюється вмістом кишечника. Перевертають лійку і виливають її вміст у миску. Спочатку виділяється мутна вода з каловим забарвленням, потім поступають в лійку газу, а потім – шматочки калу. Це свідчить про ефективність клізми.

Знову наповнити лійку водою, підняти її на висоту один метр і повторювати процедуру до тих пір, поки із кишківника не припиниться відходження газів та калу. Закінчуючи процедуру від'єднати лійку, опустити гумову трубку в миску на 10-15 хвилин, щоб видалити залишки рідини та газу із кишечника. Обережно вийняти товстий зонд із кишечника і здійснити туалет промежини. Хвору необхідно тепло вкрити ковдрою, при необхідності зігріти грілками.

Застосування медикаментозної клізми

Медикаментозні клізми поділяються: клізма місцевої дії (лікувальна мікроклізма) має протизапальну та обволікаючу дію, її застосовують при запальних процесах у прямій кишці. Вміст такої клізми не перевищує 150 мл. До клізми місцевої дії належать олійні (30-50 мл маслинової або шипшинової олії), крохмальні (2,5 г крохмалю розводять у 50 мл кип'ятку). Може використовуватися і настій ромашки (1 столову ложку сухих квіток ромашки залити 1 стаканом кип'ятку, настояти годину, процідити).

Медикаментозні клізми загальної дії застосовують у випадках, коли хворій не можуть вводити ліки через рот або парентерально. При цьому способі ліки швидко всмоктуються в кров через гемороїдальні вени, обминаючи печінку. Для загальної дії на організм невелику кількість ліків (до 150 мл) можна вводити в мікро клізмах (напр., хлоралгідрат: 1 г препарату розводять у 25 мл крохмального клейстеру). Таку клізму використовують при судомах та різкому збудженні хворої. Для їх виконання можна використовувати гумовий балон або ректальний катетер та шприц Жане. Лікувальні розчини об'ємом 1-2 л вводять крапельним способом (крапельна клізма) для компенсації втрати кількості рідини (пронеси, блювання, проливні поти). Слід пам'ятати, що в нижньому відділі товстої кишки всмоктується вода, ізотонічний розчин натрію хлориду, розчин глюкози та розчинені в них ліки, також частково всмоктуються білки, амінокислоти.

За 40-60 хвилин до постановки медикаментозної клізми зробити хворій очисну клізму. Лікувальний розчин у кількості 100-150 мл підігріти до температури +38-40°C (низька температура сприяє позивам на дефекацію, внаслідок чого ліки не всмоктуються).

Обертальними рухами обережно – ректальний катетер ввести у пряму кишку на глибину 10-15 см. Приєднаним до ректального катетера шприцем Жане з лікувальним розчином повільно ввести останній у пряму кишку.

Хворій слід спокійно полежати в ліжку не менше 1 години.

Застосування крапельної клізми

Введення лікувальних розчинів об'ємом 1-2 л здійснюють за допомогою крапельних клізм. Крапельний спосіб введення є більш доцільним, бо при цьому рідина не розтягує кишку, не посилює перистальтику, не викликає дефекацію, а всмоктується, поступаючи краплями. Температура рідини, яку вводять за допомогою крапельної клізми, має бути в межах +38-40°C, тому до задньої стінки кухля Есмарха прикріплюють грілку і стежать щоб вона була весь час теплою.

Хвора лягає на край кушетки на лівий бік з підведеними до живота ногами. Стерильний ректальний катетер вводиться на глибину 15-20 см. Кухоль Есмарха підвішується на висоті один метр.

Відрегулювати краном частоту крапель лікувального розчину у кількості 60-80 крапель за хвилину.

При необхідності в кухоль Есмарха додають ще лікувальної рідини за призначенням лікаря. Протягом доби вводити до 2-3 л розчинів.

Х. Зразки санітарно-просвітницьких бесід по гінекологічній тематиці

Х.1. Дівчатам про статеве дозрівання

“Уміння бути здоровими – це уміння не нашкодити своєму здоров’ю. Нажаль 30% підлітків мають захворювання. Існує поняття “гігієнічна культура”. Нажаль деякі люди пов’язують гігієнічну культуру лише з чистотою зубів та миттям рук. Для попередження багатьох захворювань кожна дівчинка-підліток повинна знати основи фізіологічного розвитку статевої системи, становлення менструальної функції, гігієну статевого життя”.

Що таке період статевого дозрівання?

Ти вже помітила, що зараз з тобою постійно відбуваються зміни, і не тільки зовнішні, але змінюється настрій, поведінка, характер. І це зрозуміло. Раніше ти лише росла, а тепер почала дорослішати. Розпочався новий період у твоєму житті – період статевого дозрівання. За цей час дівчинка поступово перетворюється в дівчину. Він триває з 9-10 років до 16-17 років і поділяється на два періоди:

I – препубертатний (7-9 років);

II – пубертатний, в якому виділяють дві фази:

1. 10-13 років (її завершує перша менструація);

2. 14-17 років.

I – препубертатний період (7-9 років) – в цей час в репродуктивній системі розпочинають відбуватися зміни, які свідчать про її хоча й низьку, але певну функціональну активність. Вміст статевих гормонів ще продовжує залишатись низьким, вторинні статеві ознаки відсутні.

II – пубертатний період

1 фаза – 10-13 років – цей період розпочинається тоді, коли гіпофіз (ендокринна залоза, що розташована в мозку) починає виробляти деякі гормони. Ці гормони впливають на вироблення у яєчниках статевих гормонів (естрогенів та прогестерону), внаслідок чого:

- дівчина починає посилено рости;
- відбувається перерозподіл жирової та м’язової тканин за жіночим типом: розширюються стегна, збільшується вага;
- посилено функціонують сальні та потові залози, що приводить до появи неприємних вугрових прищів на обличчі;
- розвиваються молочні залози;
- з’являється оволосіння під пахвами і на лобку;
- розпочинаються менструації. Поява першої менструації завершує цю фазу.

2 фаза – 14-17 років – у цей час відбувається становлення менструальної функції, розвиток репродуктивної системи, остаточне формування організму, який стає здатним до запліднення, виношування вагітності, пологів і вигодовування новонародженого.

Чому з’являються менструації?

Однією з найбільших змін, яка відбувається з дівчатами в період статевого дозрівання, є початок менструацій (місячних). Це ознака нормального розвитку здорового тіла, і не потрібно хвилюватись, – просто ти стаєш дорослою дівчиною.

Слово “менструація” походить від латинського слова “mens”, яке означає “місяць”, і, в свою чергу, походить від назви небесного світила (Місяця). Буквально слово менструація можна перекласти як “новий Місяць”.

Зміни в організмі, що ритмічно повторюються, називають менструальним циклом. Усі процеси регулюються нервовою і ендокринною системами (кора головного мозку, гіпоталамус, гіпофіз, яєчники, матка). Менструальний цикл – це відрізок часу між першим днем попередньої та першим днем наступної менструації.

В яєчниках під впливом гормонів гіпоталамусу та гіпофіза відбуваються зміни, що циклічно повторюються. Тривалість циклу здебільшого відповідає місячному (4 тижні, тобто 28 днів). Коливання циклу буває від 3 тижнів (21 день) до 5 тижнів (35 днів).

Яєчниковий цикл складається з 2 фаз:

- **фолікулінової**, коли відбувається розвиток фолікула і дозрівання яйцеклітини;
- **лутеїнової** – фази розвитку жовтого тіла.

В I фазі відбувається дозрівання фолікула, при 28-денному циклі – в перші 14 днів. При цьому яйцеклітина збільшується в розмірі у кілька разів. У фолікулі накопичується фолікулярна рідина, яка містить естрогенні гормони. Тому цю фазу циклу ще називають **естрогеновою**. На 14-15 день фолікул розривається і з його порожнини виходить зріла яйцеклітина, здатна до запліднення. Цей процес називається **овуляцією**. Яйцеклітина потрапляє в маткову трубу, по каналу якої вона рухається в матку. В каналі маткової труби, якщо в ній є сперматозоїди, відбувається запліднення яйцеклітини.

Лютеїнова фаза починається після того, як розірвався фолікул, на місці якого утворюється жовте тіло. Жовтим воно називається тому, що лютеїнові клітини мають жовтий колір. Ці клітини посилено розмножуються, при цьому виділяється гормон – прогестерон. Тому цю фазу ще називають **прогестереновою**. Триває вона 14 днів. Якщо запліднення не відбулося, жовте тіло в'яне і починається розвиток чергового фолікула. З настанням вагітності жовте тіло продовжує функціонувати і називається **жовтим тілом вагітності**.

В матці також відбуваються певні зміни, які відповідають змінам в яєчниках. З початком розвитку фолікулу оновлюється і слизова оболонка матки. Потім вона розростається, в ній розвиваються залози. Таким чином, матка готується до прийняття заплідненої яйцеклітини. Якщо запліднення не відбулось, яйцеклітина гине, жовте тіло зазнає зворотного розвитку і розпочинається дозрівання нового фолікула, а в матці знову настає відторгнення слизової оболонки – менструація.

Таким чином, **менструацією** називають періодичні кров'яні виділення з піхви дівчини, які повторюються щомісячно і тривають кілька днів. Продовжується менструація 3-7 днів, дівчина втрачає 50-150 мл крові. Менструальний цикл встановлюється протягом 1-1,5 років. Місячні повинні бути регулярними; припиняються лише під час вагітності, вигодовування дитини та в період менопаузи (45-50 років). У жінки протягом життя буває приблизно 400-500 менструацій, що в цілому складає 6-7 років.

Увага! Якщо у тебе до 14 років не з'явилися вторинні статеві ознаки, а до 16 років не розпочалися менструації, – необхідно сказати про це батькам або звернутися до лікаря.

Обережно, ти майже доросла!

Але це ще не означає, що ти повністю готова до статевого життя і вагітності. Зараз організм особливо чутливий до дії негативних чинників, таких як паління, вживання алкоголю, наркотиків. Надто швидко відбувається звикання і дуже важко позбутися шкідливих звичок.

Ранній початок статевого життя, часта зміна партнерів приводять до розвитку запальних процесів статевих органів. У підлітковому віці особливістю їх є схильність до хронічного перебігу, відсутність чітких клінічних ознак, швидке розповсюдження в організмі. Ці особливості тим більше виражені, чим менше вік дівчини. Запальні процеси статевих органів є основною причиною порушення менструального циклу і безпліддя. Крім того, виникає велика вірогідність зараження захворюваннями, що передаються через статеві шляхи. Це – сифіліс, гонорея, трихомоніаз, хламідіоз, герпес, конділоми і найнебезпечніше – ВІЛ-інфекція.

Самостійно ці захворювання не проходять. Тривають довго і приводять до незворотних змін в організмі.

А якщо в підлітковому віці наступить вагітність? Велике навантаження на юний, незміцнілий організм є серйозним випробуванням. У такому віці вагітність і пологи мають важкий перебіг і інколи доводиться переривати вагітність – робити аборт. Це дуже небезпечно, адже лікар виконує цю операцію всліпу, керуючись лише своїм досвідом і знаннями. Ускладнення, які можуть виникнути, приводять до неможливості мати дітей у майбутньому.

Гігієна періоду статевого дозрівання

Гармонійний розвиток здорового жіночого організму відбувається під впливом збалансованої дієти (рослинна їжа, білки, жири, вуглеводи, вітаміни), фізкультури (водних процедур, прогулянок на свіжому повітрі); обов'язковим є щоденний сон протягом 8 годин. Дуже корисний щоденний душ.

У період між менструаціями із зовнішніх статевих органів можуть з'являтися прозорі слизові виділення – білі, які не викликають неприємних відчуттів. Слід лише щоденно підмиватися. Під час менструації підмиватися слід двічі на день теплою водою з милом; користуватися гігієнічними прокладками, які необхідно змінювати 3-4 рази на день. Інколи в дні менструації з'являється легка слабкість, незначні болі внизу живота, підвищується втомлюваність. Ці явища самостійно проходять. Фізкультурою займатись можна, крім виконання вправ з підвищеним фізичним навантаженням (підняття вантажу, верхова їзда, стрибки). **У разі виникнення погіршення загального стану або збільшення кров'яних виділень при виконанні вправ необхідно негайно звернутися до лікаря.**

X.2. Сучасні контрацептивні засоби

“Планування сім’ї є складовою частиною поліпшення репродуктивного жінки.

Шановні жінки, чоловіки, наша молодь, подружжя! Ви повинні пам’ятати, що аборт – це один з самих тяжких засобів запобігання народження небажаної дитини, який викликає безліч ускладнень у подальшому репродуктивному житті жінки. Існує багато засобів, які в змозі попередити вагітність. Необхідно, щоб кожна вагітність була планованою. Цим ми збережемо здоров’я наших жінок, а з тим і здоров’я нації”.

Природне планування сім’ї

- **календарний метод:** протягом року визначається тривалість менструального циклу. З найкоротшого циклу відраховується цифра 18, з найдовшого – 11. Отримані показники являють собою найбільш вірогідні для запліднення дні;
- **метод базальної температури** виконується шляхом вимірювання температури у прямій кишці, яка підвищується після овуляції (виходу зрілої яйцеклітини) на 0,2-0,5 С. Утримуватись від статевого життя потрібно за 4 дні до і 3 – після перепаду температури;
- **метод цервікального слизу:** найбільша вірогідність завагітніти при появі тягучих в’язких виділень із шийки матки (період овуляції). Найбезпечніші дні – починаючи з 5 дня після загущення слизу;
- **симптоматичний метод** включає в себе контроль базальної температури, змін слизу шийки матки, використання календарного методу поряд із фізіологічними показниками овуляції – незначний біль і важкість внизу живота, чутливість молочних залоз, мажучі виділення з піхви.

Показання: небажання використовувати інші методи з релігійних чи інших міркувань.

Недоліки: щоденне ведення записів; низька ефективність при порушеннях циклу, грудному вигодовуванні, преклімактерії; не захищає від інфекції.

Сперміциди

це хімічні речовини, які пошкоджують сперматозоїди в піхві. Можуть застосовуватись як самотійно, так і в поєднанні з бар’єрними методами, що підвищує їх контрацептивний ефект та захищає від інфікування. Випускаються у вигляді аерозолів, пінистих таблеток і супозиторіїв, сперміцидних паст і желе.

Переваги: негайна ефективність; відсутній ризик для здоров’я; використовується при грудному вигодовуванні; можуть бути страхувальним методом при інших засобах; відсутні системні побічні впливи; прості у використанні; не вимагають медичного огляду перед застосуванням; частково захищають від інфікування.

Недоліки: середня ефективність; кожне введення зберігає ефективність протягом 1-2 годин; створює складнощі для жінки у зв’язку з необхідністю введення за 10-15 хвилин до статевого акту; можливі алергічні реакції на контрацептиви.

Препарати: “Фарматекс”, “Делфін”, “Патентекс”, “Семіцид”, “Алпагель”.

Бар’єрні методи контрацепції

“Чоловічий” метод – презерватив.

“Жіночі” методи – діафрагма та ковпачок – не мають поширення у зв’язку із незручностями у використанні та малою ефективністю.

Механізм дії: запобігають попаданню сперми у жіночі статеві органи.

Переваги: можуть використовуватись як додатковий метод разом із іншими контрацептивами; відсутні побічні впливи; не впливають на грудне вигодовування; дешеві і доступні; не потребують проведення профілактичних медичних оглядів; попереджують інфікування статевих органів, в тому числі ВІЛ-інфекцією, вірусами гепатиту, простого герпесу, цитомегаловірусом (латексні та вінілові) та ін.; продовжують тривалість статевого акту; знижують ризик виникнення раку шийки матки; застосовуються для лікування імунологічного непліддя; використовуються при алергії на сперму.

Недоліки: середня ефективність; знижують статеву чутливість; можуть викликати подразнення у чоловіків і жінок.

Гормональна контрацепція

є високоефективною. Сучасні оральні контрацептиви (ОК) поділяють на:

- ❖ комбіновані оральні контрацептиви (КОК):
 - однофазні:
 - високодозовані (Нон-Овлон, Овідон-Ріхтер);
 - низькодозовані (Фемоден, Логест, Новінет, Регулон, Марвелон);
 - двофазні (Антеовін);
 - трифазні (Три-Регол, Тризістон, Триквілар, Синфазе);
- ❖ однокомпонентні чисто гестагенні (Континуін, Мікронор, Фемулен, Ексютон);

❖ ін'єкційні, подовженої дії: Депо-Провера-150.

Механізм дії: пригнічують овуляцію; згущують слиз шийки матки, ускладнюючи проникнення сперматозоїдів; порушують рухливість сперматозоїдів у внутрішніх статевих органах; змінюють слизову оболонку матки, заважаючи сприйняттю нею плідного яйця.

Переваги: висока ефективність; метод не пов'язаний із статевим актом; зручний і простий у використанні; швидке поновлення можливості завагітніти після припинення вживання; лікувальний ефект при порушенні менструального циклу; знижують вірогідність раку яєчників та матки, а також їх доброякісних пухлин.

Недоліки: необхідний щоденний прийом ОК; можливі ускладнення захворювань серцево-судинної, нервової та травної систем; можливі тимчасові зміни настрою, маси тіла; не захищають від інфекції.

Внутрішньоматкова контрацепція (ВМК)

є високоефективною. Використовують мідьвміщуючі (TCu-380A, Tcu-220, Tcu-380Ag, Multiloud) та гормонвміщуючі ВМК (Levo-Nova, Progestasert-T).

Механізм дії: викликають зміни слизової оболонки матки, запобігаючи зануренню плідного яйця; викликають підсилені скорочення маткових труб; згущують цервікальний слиз (гормоно-вміщуючі); викликають атрофічні зміни слизової оболонки матки (гормонвміщуючі).

Переваги: високоефективна довготривала контрацепція; метод не пов'язаний із статевим актом; не впливає на грудне вигодовування; швидке повернення можливості завагітніти; мала кількість побічних ефектів; зменшують менструальні болі і крововтрату (гормонвміщуючі); порівняно недорого.

Недоліки: можливе самостійне випадіння ВМК; необхідність медпрацівника для введення ВМК; необхідний огляд медпрацівником перед введенням ВМК; необхідне вилучення ВМК в разі виникнення запальних захворювань статевих органів, маткових кровотеч; сприяють поширенню запальних процесів статевих органів; збільшують ризик виникнення позаматкової вагітності; можлива перфорація матки під час введення ВМК.

Метод лактаційної аменореї

надає можливість запобігати небажаної вагітності під час грудного вигодовування.

Метод високоефективний за таких умов: грудне вигодовування з проміжком між годуванням дитини не більше 4 годин; зберігання відсутності менструації; після пологів минуло не більше 6 місяців.

Механізм дії. Регулярне режимне ссання молочних залоз дитиною стимулює продукцію гормону пролактину в гіпофізі, який зумовлює стримування овуляції.

Переваги: висока ефективність протягом 6 місяців після пологів;

не пов'язаний із статевим актом; не потребує участі партнерів у контрацепції; відсутні побічні ефекти; не потребує грошових витрат; пасивна імунізація, профілактика інфікування дитини.

Недоліки: висока ефективність до поновлення менструації лише протягом 6 місяців після родів; залежить від режиму життя жінки; неможливий при гіпогалакції з наступною агалакцією; не захищає жінку від інфікування.

Аварійна (невідкладна, посткоїтальна) контрацепція

використовується після незахищеного статевого акту або при виявленні дефектів бар'єрних методів, пропуску прийому чергової таблетки гормонального контрацептиву, після згвалтування. Використовується не частіше 1 разу на рік

Для аварійної контрацепції придатні: монофазні КОК; гестагени; антипрогестерон; ВМК.

Механізм дії: вплив на плідне яйце в передімплантаційний період;

переривання вагітності малих термінів внаслідок зменшення виробки гормону вагітності (прогестерону) або механічного пошкодження слизової оболонки матки (ВМК).

Переваги: висока ефективність у цьому циклі; ВМК забезпечує тривалий контрацептивний ефект.

Недоліки: КОК ефективні лише у випадку прийому протягом перших 72 годин після незахищеного статевого акту – 4 таблетки низькодозованого препарату (30 мкг етинілестрадіолу) з наступним прийомом через 12 годин ще 4 таблеток; або 2 таблетки високодозованого КОК (50 мкг етинілестрадіолу) в перші 72 години з наступним прийомом через 12 годин; можуть викликати побічні дії у вигляді порушень менструального циклу, нудоти, блювоти, головного болю; антипрогестерони дорогі і викликають кровотечі; ВМК ефективні лише в разі введення протягом 5 діб після незахищеного акту; введення ВМК проводиться лише медпрацівником і може сприяти поширенню інфекції статевих органів.

Добровільна хірургічна стерилізація

це найбезпечніший і економічний засіб контрацепції, заснований на перешкоді заплідненню внаслідок створення штучної непрохідності маткових труб, який проводиться під час оперативних втручань на органах черевної порожнини, при міні-лапаротомії та лапароскопії.

Механізм дії: при перев'язуванні з наступним пересіканням, накладанні скобки або електрокоагуляції

маткових труб розвивається трубне неплоддя внаслідок припинення можливості наближення сперматозоїдів до яйцеклітини.

Переваги: висока ефективність; постійний метод; допускається при грудному вигодовуванні; рекомендується жінкам, яким вагітність протипоказана за медичними показаннями; відсутня побічна дія; не впливає на статеві функції; не пов'язаний із статевим актом.

Недоліки: незворотний метод; необхідний доступ у черевну порожнину; можливі ускладнення під час операції та знеболення; використання дорогої апаратури для лапароскопії; необхідність залучення висококваліфікованого лікаря; не захищає від інфікування.

Контрацепція в залежності від періоду життя жінки

Підлітковий період.

Основні вимоги:

надійна контрацепція; захист від захворювань, що передаються статевим шляхом; можливість відновлення дітородної функції.

Рекомендовані методи:

- бар'єрні методи (презерватив) + сперміциди;
- КОК (через 2 роки після першої менструації) – монофазні, до складу яких входять прогестагени третього покоління;
- при наявності декількох партнерів – “подвійний голландський метод” (КОК + презерватив).

Молодий репродуктивний вік (до перших пологів) – період підвищеної сексуальної активності.

Основні вимоги: надійна контрацепція; захист від захворювань, що передаються статевим шляхом; оборотність;

Рекомендовані методи:

- КОК (монофазні);
- протягом 3 місяців до запланованої вагітності – бар'єрні методи та (або) симпотермічний метод;
- при наявності декількох партнерів – “подвійний голландський метод” (КОК + презерватив).

Період лактації.

Основні вимоги: відсутність впливу на лактацію; надійна, але оборотна контрацепція.

Рекомендовані методи:

- метод лактаційної аменореї;
- оральні контрацептиви, у складі яких лише прогестагени;
- ВМК;
- бар'єрні методи в сполученні із сперміцидами;
- ін'єкційні контрацептивні препарати.

Подальше планування сім'ї при бажанні збільшити інтервал між пологами.

Основні вимоги: надійна, довготривала, але оборотна контрацепція; захист від захворювань, які передаються статевим шляхом (при наявності непостійного або декількох партнерів).

Рекомендовані методи:

- КОК;
- оральні контрацептиви, у складі яких лише прогестагени;
- ВМК;
- бар'єрні методи в сполученні зі сперміцидами;
- ін'єкційні контрацептивні препарати.

Пізній репродуктивний період (після народження останньої дитини).

Основні вимоги: надійна контрацепція; мін. ризик метабол. порушень.

Рекомендовані методи:

- добровільна хірургічна стерилізація;
- КОК (монофазні, до складу яких входять прогестагени третього покоління або багатофазні препарати);
- оральні контрацептиви, у складі яких лише прогестагени;
- ВМК;
- ін'єкційні контрацептивні препарати.
- бар'єрні методи в сполученні із сперміцидами.

Х.3. Найбільш поширені захворювання, що передаються статевим шляхом.

“Дорогі хлопці і дівчата!

Вже скоро настане той час, коли ви будете дорослими. Перед вами відкриються нові можливості: вибирати стиль життя, нових друзів, самостійно приймати рішення. І так вже хочеться відчувати себе дорослими.

Але крім радощів, веселощів та розваг, можна зустріти багато неприсмностей. Одне з них – ранній початок статевого життя – може привести до згубних наслідків, особливо коли відбувається часта зміна статевих партнерів. Насамперед – це захворювання, що передаються від однієї людини до іншої переважно статевим шляхом (ЗПСШ)”.

На сьогоднішній день відомо більше 20 мікроорганізмів, які передаються під час статевого акту та призводять до розвитку захворювань. Найбільш поширеними є:

- сифіліс;
- гонорея;
- трихомоніаз;
- хламідіоз;
- герпес статевих органів;
- гострокінцеві кондиломи;
- ВІЛ-інфекція.

Інфекції статевих шляхів розповсюджені в світі дуже широко – щорічно реєструється близько 250 млн. нових їх випадків.

Наслідки нелікованих ЗПСШ дуже серйозні. До них належать:

- позаматкова вагітність (ризик зростає у 7-10 разів);
- підвищений ризик розвитку раку шийки матки, навіть у молодому віці;
- хронічні болі у животі (у 18%);
- безпліддя:
 - у 20-40% чоловіків з нелікованим хламідіозом чи гонореею;
 - у 55-85% жінок з нелікованими ЗПСШ;
- підвищується ризик зараження вірусом гепатиту В і СНІДом.

Основні особливості ЗПСШ:

1. Багато видів збудників можуть знаходитись не лише в статевих шляхах, а і в задньому проході, роті, очах і, навіть, у грудному молоці.
2. Захворювання мають тривалий хвилеподібний перебіг, часто переходять у хронічну форму.
3. Самостійно захворювання не проходять, тобто не можна видужати без спеціального лікування.
4. Єдина неліковна хвороба – це СНІД.
5. Досить часто немає зовнішніх ознак захворювання. У цьому і полягає підступність ЗПСШ. Тому, якщо є підозра, що ви могли заразитись, – негайно звертайтеся до лікаря-спеціаліста.
6. Чим раніше звернутися до лікаря, тим більше шансів вилікуватись і не одержати ускладнень.
7. Лише лікування обох статевих партнерів призводить до одужання.
8. Прояви ЗПСШ:
 - свербіж і печія статевих органів;
 - почервоніння в ділянці статевих органів і заднього проходу;
 - значні неприємні виділення із статевих органів;
 - часте болюче сечовиділення

Сифіліс – його збудник *бліда спірохета*. Вона може проникнути в організм через будь-які ділянки тіла (статеві органи, рот, задній прохід, пошкоджену шкіру).

Ознаки хвороби:

- там, де збудник проникає в організм, через 3-4 тижні з'являється виразка (твердий шанкр). Вона маленька, округла, безболісна, несвербить, має щільну основу і дуже заразна, тому що на її поверхні багато спірохет;
- збільшуються лімфатичні вузли у пахвинній ділянці;
- через 3-4 тижні виразка зникає, але збудник продовжує розвиватися;
- через декілька місяців на тілі з'являється несверблячий висип, який протягом 2-3 років періодично то зникає, то знову з'являється;
- через 3 роки розвивається пізній сифіліс, який часто приводить до смерті через ураження серця, мозку, кісток, великих судин.

Виявляють сифіліс за реакцією Васермана (RW) – це спеціальний аналіз, який визначає наявність антитіл до збудника сифілісу. Він стає позитивним через 8 тижнів після зараження і залишається таким, поки людина не вилікується.

Гонорея – збудник хвороби гонокок, який під мікроскопом виглядає як бобове зернятко.

Особливо гостро проявляється у хлопців – вже через 3-7 днів після зараження з'являється:

- біль і печія під час сечовиділення;
- гнійні жовто-зелені виділення із сечового каналу.

Інколи через 10-14 днів скарги зникають навіть без лікування, але радуватись рано, – це значить, що хвороба перейшла у хронічну форму.

Ускладнення:

- епідидиміт (запалення придатка яєчка);
- абсцес (гнійник) або звуження сечовидільного каналу;
- безплідність.

Слід пам'ятати, що у 70% дівчат на початкових стадіях ознаки захворювання відсутні, що значно ускладнює лікування. Без лікування гонорея призводить до:

- інфікування органів тазу;
- неплідності в результаті трубної непрохідності, злукової хвороби;
- підвищеного ризику виникнення позаматкової вагітності.

Трихомоніаз – викликається одноклітинним найпростішим паразитом – трихомонадою. Вона дуже стійка в умовах зовнішнього середовища.

Ознаки захворювання:

- перші ознаки захворювання з'являються у терміни від 4-5 днів до 3 тижнів після зараження;
- на відміну від гонореї трихомоніаз більш виражено проявляється у дівчат:
 - сильна печія і свербіж у ділянці статевих органів, промежини;
 - значні пінисті виділення з неприємним запахом;
- у хлопців можуть бути виділення із сечового каналу, хоча часто будь-які ознаки відсутні;
- діагноз встановлюється на основі виявлення виляючого руху збудника під мікроскопом в солоному вологому препараті.

Хламідіоз – викликається особливими бактеріями – хламідіями.

Особливості перебігу:

- ознак захворювання дуже мало, що ускладнює діагностику і лікування;
- хламідія може вражати не лише сечостатеві органи, але й очі, кишечник, органи дихання;
- хламідіоз є найчастішою причиною безпліддя як у жінок, так і у чоловіків. Часто приводить до викиднів;
- вагітна жінка може передати захворювання дитині, що призводить до розвитку пневмонії, запалення очей, статевих шляхів;
- поставити діагноз можна лише на основі спеціальних аналізів.

Герпес статевих органів – викликається вірусом протого герпесу, який може з'являтися і на губах.

Особливості:

- зараження відбувається один раз, після чого вірус залишається в організмі на все життя;
- дрібні пухирці на статевих органах, які заповнені прозорою рідиною, швидко розкриваються й утворюють болючі ранки, що супроводжується печією та свербіжем;
- пухирці з'являються через 2-3 дні, інколи через 10-12 днів після зараження. Іноді їх появі передують головний біль, слабкість та підвищення температури тіла;
- зовнішні прояви проходять протягом 1-2 тижнів, але вірус залишається в організмі. Як тільки захисні сили організму ослабнуть, хвороба проявиться знову;
- діагноз ставиться за характерними ознаками та спеціальними аналізами;
- лікування направлене на попередження загострень захворювання.

Гострокінцеві кондиломи. Захворювання викликається особливим вірусом – вірусом папіломи. Інша назва – генітальні бородавки.

Ознаки захворювання:

- прояви цього захворювання схожі на поодинокі або численні, м'які, неbolючі бородавки, які, поступово розростаються. Розташовані найчастіше навколо анального отвору, статевих губ,

сечового каналу, на голівці пенісу, у ділянці промежини;

- від моменту зараження до проявів захворювання проходить 1-9 місяців;
- ні в якому разі не можна видаляти конділоми самостійно, навіть, якщо залишиться невелика часточка – конділоми поширяться ще більше.

ВІЛ-інфекція. СНІД. Захворювання на СНІД – синдром набутого імунodefіциту – все більш охоплює населення всіх країн світу. СНІД – кінцева стадія ВІЛ-інфекції, яка включає широкий спектр захворювань. Викликається захворювання вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ), що відноситься до ретровірусів і досить стійкий у навколишньому середовищі.

Шляхи зараження:

- гетеро- і гомосексуальний;
- кров – кров (через препарати крові, ін'єкційні голки наркоманів, нестерильні шприці);
- мати – дитина (під час вагітності, пологів, годування груддю).

Вірус вражає клітини, які повинні боротися проти інфекції – клітини імунної системи.

Після зараження триває латентний (прихований) період – людина може не підозрювати, що хвора. У цей час її турбують симптоми, схожі на застуду (підвищується температура, збільшуються лімфовузли). Цей період триває від 1-2 до 10-15 років. Людина в цей час є джерелом інфекції. Остання стадія хвороби – це розвиток СНІД – розвиваються тяжка пневмонія, новоутворення, ураження шкіри, нервової системи, що призводить до смерті.

Лікування лише гальмує розвиток хвороби, бо до цього часу немає засобів, які вилікували хворого на СНІД.

Як же уникнути цих захворювань?

- По-перше, не треба “пробувати” статеве життя лише із цікавості, особливо з дорослими;
- По-друге, якщо ви все ж таки розпочали статеве життя – прийміть рішення – мати лише одного статевого партнера і зберігати взаємну вірність;
- По-третє, користуйтеся засобами запобігання небажаної вагітності та інфікування. Найнадійнішим з них є презерватив – він захистить вас від більшості ЗПСШ;
- І, нарешті, якщо вас хвилюють будь-які питання, не шукайте відповіді на них у сумнівних знайомих, не користуйтеся сумнівними порадами, не соромтесь звернутись до спеціаліста і знайти всі відповіді.
-

Х.4. Клімактеричний період у жінок

“Жінка завжди повинна залишатися молодою.

Слово “клімакс” грецького походження і перекладається як “сходи”. Цей період життя жінки схожий із сходами своєю низкою гормональних змін, які відбуваються в організмі і приводять до поступового згасання дітородної функції.

Згідно прогнозів ВООЗ до 2005 року майже половину жіночого населення планети будуть складати жінки у віці, старшому за 45 років.

Тому кожна жінка такого приємного віку, “віку початку золоті осені”, повинна бути обізнаною в запобіганні можливих проблем”.

Клімактеричний період – перехідний етап у житті жінки

Клімактеричний період є перехідним етапом у житті жінки, коли під впливом вікових змін відбувається зниження її здатності до продовження роду. Подібно до того, як в підлітковому віці репродуктивна функція жінки набуває свого поступового розквіту, так у клімактеричному періоді відбувається її згасання, що знаменується переходом до стану так званої фізіологічної неплідності.

Як фізіологічно, так і психологічно цей період є досить важким станом у житті жінки. Хоча за своєю сутністю це є фізіологічний процес, однак зміни, що його супроводжують, іноді призводять до значних розладів у функціонуванні організму та емоційному стані жінки. До того ж нерідко саме в цей час змінюються життєві обставини її життя:

- діти залишають батьківський дім і починають самостійне життя;
- власні батьки старіють;
- пік службової кар'єри виявляється позаду;
- в подружніх відносинах з'являються нові вимоги.

Багатьом жінкам важко протистояти такому життєвому виклику, залишаючись активною, сповненою сил і намірів, зберігаючи творчий підхід до справ у сім'ї та на роботі.

Тож надзвичайно важливим виявляється зважений і грамотний підхід до проблем клімактеричного періоду з боку самої жінки, її обізнаність у цьому питанні, розуміння того, як може вона допомогти собі сама, на яку допомогу лікарів може розраховувати.

Зміни в організмі жінки, що виникають у клімактеричному періоді

В основі змін, що виникають у клімактеричному періоді, лежить поступове вікове виснаження функції залоз репродуктивної системи – насамперед яєчників та тих, що регулюють їх роботу (гіпофіз, гіпоталамус). Внаслідок цього динамічно зменшується кількість гормонів, які вони продукують. Саме гормональний дисбаланс призводить до безлічі розладів як в роботі статевих органів, так і у функціонуванні всього організму, які складають картину клімактеричного періоду.

Основною ознакою цього стану є порушення регулярного ритму менструацій та настання, так званої, менопаузи – останньої менструації в житті жінки.

Час настання менопаузи припадає найчастіше на 50-52 роки. Однак, індивідуальні коливання цього терміну надзвичайно широкі. У деяких жінок клімакс може наступити вже в 40-річному віці, або ще раніше, а у деяких навіть після 50 років продовжуються регулярні менструації.

Загалом, час настання менопаузи є генетично обумовленим, однак на нього можуть істотно впливати безліч факторів. Насамперед до них слід віднести:

- надзвичайні стресові ситуації;
- тяжкі соціально-економічні умови;
- фізичні перевантаження;
- неповноцінне та недостатнє харчування;
- різноманітні захворювання, що супроводжуються обмінними та гормональними порушеннями, тощо.

Саме ці фактори нерідко призводять до того, що фізіологічний за своєю суттю клімактеричний період набуває патологічних ознак. За характером проявів і часу виникнення ці патологічні стани поділяються на **ранні симптоми**:

- припливи жару;
- пітливість;
- головний біль;
- гіпотонія або гіпертонія (зниження або підвищення артеріального тиску);
- серцебиття;
- озноби;
- роздратованість;
- сонливість;
- слабкість;
- депресія;
- неуважність;
- зтурбованість.

З плином часу з'являються і органічні розлади, обумовлені нестачею естрогенів (жіночих статевих гормонів) або пізні ускладнення:

- сухість і зморщування шкіри та слизових оболонок;
- атрофічні зміни слизових оболонок призводять до виникнення тріщин і інфікування частіше органів сечостатевої системи;
- сухість і ломкість нігтів, випадіння волосся;
- запалення суглобів;
- серцево-судинні ускладнення;
- біль у хребті та його деформація;
- надмірне руйнування кісткової тканини (остеопороз);
- переломи кісток кінцівок, хребта.

Гормональні зміни в клімактерії нерідко призводять до загострення перебігу існуючих раніше захворювань або сприяють появі нових. Особливо підвищується ризик розвитку цукрового діабету, гіпертонічної хвороби з кризовим характером перебігу, ішемічної хвороби серця. Зростає імовірність атеросклеротичних та тромбоемболічних ускладнень, що проявляється значно частішими випадками інфаркту міокарду та порушень мозкового кровообігу аж до інсульту.

Безумовно, у кожної жінки клімактеричний період перебігає по-різному. Близько 30% жінок взагалі не відчувають якихось клімактеричних розладів аж до припинення менструацій. Однак, частіше

трапляється так, що клімактеричний період перетворюється в період проблем.

При незначних проявах клімактеричних розладів жінка сама може спробувати зробити дещо, що послабить порушення, які виникають у цей період:

- регулювання активної фізичної діяльності та відпочинку;
- прогулянки на свіжому повітрі;
- вживання в їжу сиру, овочів (які містять кальцій, необхідний для побудови кісток), сої, гороху, квасолі (містять природні естрогени);
- відмова від надмірного вживання кави, алкогольних напоїв, солодощів, гострих приправ до їжі;
- корисні контрастний душ або обливання теплою та холодною водою.

Лікарська допомога жінкам у клімактеричному періоді

Майже 30% жінок в клімактеричному періоді поряд з проведенням вищезгаданих заходів потребують ще й лікарської допомоги.

Сучасний арсенал лікувальних заходів має широкий діапазон:

- медикаментозні препарати, що поліпшують функціонування центральної нервової системи, органів кровообігу;
- засоби, що підтримують адаптаційні можливості організму та обмінні процеси;
- немедикаментозні способи терапії (рефлексотерапія, фізіотерапевтичне лікування, гомеопатичні препарати, тощо).

Однак найбільш доцільним і обґрунтованим засобом лікування є застосування замісної гормональної терапії. Лише вона дає можливість впливати на усі ключеві ланки патогенезу клімактеричних розладів, усуваючи вже наявні і попереджуючи їх виникнення в більш пізньому періоді. Майже всі препарати є комбінованими препаратами і в своєму складі мають точно підібрану дозу естрогенів та прогестерону – гормонів, недостатня кількість яких призводить до формування численних розладів.

Відтворюючи рівень гормонів в організмі, відповідно до природного його рівня, ці препарати дають змогу усунути саму причину захворювання, повертаючи жінці можливість відчувати себе активною та здоровою.

Препарати замісної гормональної терапії можна застосовувати місцево:

- у вигляді гелів та кремів для нанесення на шкіру (Естожель, Прогестожель, Дівігель);
- пігулок для введення у піхву (“Овестін”, “Утрожестан”);

Таблетовані форми здебільшого розраховані на щоденний прийом впродовж 21 дня з наступною 7-денною перервою.

Серед них найбільшого застосування нині набули препарати: “Клімонорм”, “Клімен”, “Дівіна”, “Цикло-прогінова”.

Поряд з цим використовуються негормональні препарати: “Ременс” та “Клімактоплан”.

Всі вони потребують тривалого прийому.

Призначення препаратів замісної гормональної терапії здійснюється тільки лікарем-гінекологом після детального гінекологічного та соматичного обстеження з обов’язковим обстеженням молочних залоз. У такому разі призначений препарат буде точно відповідати гормональним потребам жіночого організму, що є запорукою безпроблемного перебігу клімактеричних змін, прекрасного самопочуття, життєвої сили і соціальної активності жінки.

X.5. 10 питань і відповідей про рак молочної залози. (Одеське протиракове товариство)

1. Як побудована молочна залоза?

Молочна залоза трохи нагадує квітку: вона складається з 15-20 фрагментів, що розташовані у вигляді суцвіття і називаються частками.

Кожна частка, у свою чергу, складається з часточок, кожна часточка закінчується цибулинами. Частки, часточки і цибулини зв’язані протоками, схожими на тонкі трубки. Цибулини виробляють молоко. Протоки сходяться до соска, що розташований у центрі ареоли, тобто колососкового кружка.

Кожна молочна залоза містить жирову тканину. Крім залози проходять нерви, кровonosні і

лімфатичні судини. Останні йдуть до невеличких утворень – лімфатичних вузлів.

2. Що таке рак?

Рак – це не одне захворювання, а ціла група, яка містить багато десятків хвороб. Усі вони виникають у результаті безладного, не контрольованого організмом, поділу клітин. Якщо система імунологічного нагляду організму не змогла знищити клітини, що безладно діляться, вони утворюють надлишок тканини, тобто пухлину.

Пухлина організму не потрібна, вона не виконує ніяких корисних функцій. Більше того, вона стискає навколишні тканини або проростає крізь них. До того ж, клітини і групи клітин можуть відриватися від злоякісної пухлини і з кров'ю або лімфою розповсюджуватися в організмі. Так формуються вторинні пухлини, тобто відбувається метастазування.

3. Чим відрізняється доброякісна пухлина від злоякісної?

Доброякісна пухлина не проростає крізь навколишні тканини, вона може лише здавлювати їх у процесі росту. Вона не метастазує. Треба мати на увазі, що часом можна спостерігати переродження доброякісної пухлини в злоякісну.

4. Чи завжди рак молочної залози – це смертельно?

Ні! Уявлення про рак молочної залози як смертельну хворобу – це міф. Сучасні методи лікування, що включають хірургічне втручання, хіміотерапію і радіотерапію, дозволяють або досягти повного вилікування або продовжити жінці, що хворіє, повноцінне життя на довгі роки. Рання діагностика дає найбільший шанс вилікуватись повністю.

5. Хто частіше хворіє на рак молочної залози – молоді жінки чи старші?

Ризик захворіти на рак молочної залози збільшується з віком. До 30 років хворіє лише незначна кількість жінок. До 40 років ризик збільшується у 5 разів. До 70 років – у 18 разів. Найчастіше рак молочної залози зустрічається у жінок 45 – 70 років.

6. Що означає “раннє виявлення” раку молочної залози?

Це означає діагностику хвороби на початковій стадії. Оскільки рак молочної залози відноситься до зовнішніх, раннє виявлення його не є складним. Воно складається з трьох основних заходів: регулярного обстеження молочних залоз лікарем, мамографії (спеціального рентгенологічного дослідження молочних залоз) і самообстеження. Жінкам 20-40 років рекомендується відвідувати онколога-мамолога один раз у три роки, а старшим – щорічно. Щодо мамографії, то у нас вона здійснюється, в основному, за рекомендацією лікаря, а в багатьох європейських країнах її рекомендують робити усім жінкам: у віці до 40 років – раз у два роки, після 40 – раз у рік. Самообстеження, що складається з огляду і прощупування молочних залоз, треба робити всім жінкам, старшим 20 років, щомісячно.

7. Як правильно робити самообстеження?

Рекомендований час проведення самообстеження – перші 7–10 днів після менструації, бо саме у цей період молочна залоза не буває збільшеною чи напруженою. У випадку, якщо менструацій у жінки немає, варто робити самообстеження завжди в одне й те саме число місяця.

Самообстеження складається з трьох основних моментів: огляд у трьох положеннях; прощупування молочних залоз; прощупування пахвових западин.

Огляд проводиться перед дзеркалом при гарному освітленні у таких положеннях: руки на поясі, руки підняті вгору з долонями на потилиці, руки опущені.

Ваше завдання – з'ясувати, чи не з'явилися ознаки хвороби. Ними можуть бути:

- втягнення або ж, навпаки, висунання ділянки шкіри молочної залози;
- втягнення соска або відхилення соска у бік;
- зміна звичайної форми або розміру однієї з молочних залоз;
- деформація ареоли –пігментованої ділянки шкіри навколо соска;
- зменшення радіусу ареоли;
- виділення з соска жовтуватого кольору або кров'янисті;
- почервоніння шкіри молочної залози; набряклість; виразки або злущування шкіри на соску.

Прощупування молочних залоз можна здійснювати стоячи або лежачи. Краще це робити лежачи, бо у цьому випадку мускулатура розслаблена, що надає можливості не пропустити жодної ділянки молочної залози. Вперше починаючи самообстеження, Ви повинні обрати найзручніший саме для Вас спосіб: здійснювати прощупування круговими рухами, або прощупувати сегмент за сегментом, або прямувати вгору-вниз по залозі. Як тільки Ви виявили, який з варіантів для Вас найзручніший – надалі дотримуйтеся лише його.

Кожна молочна залоза прощупується протилежною рукою. Половина грудної клітини, на якій знаходиться молочна залоза, що обстежується повинна бути піднятою. Задля цього під лопатку

підкладають невеличку подушечку або валик.

Дослідження проводиться у таких трьох положеннях: рука з обстежуваного боку піднята вгору за голову; рука спрямована вбік; рука лежить уздовж тулуба.

Технологія обстеження: прощупування здійснюється пучками пальців, обережно, м'яко. Зручним є такий порядок обстеження: спочатку перевіряють зовнішню половину молочної залози, починаючи від соска, потім – внутрішню, прямуючи від соска до грудини. Намагайтеся завжди проводити прощупування у тому самому порядку, тими самими рухами, у таких самих напрямках – це дасть Вам можливість порівняти теперішній стан молочних залоз із попереднім.

Після того, як прощупування молочних залоз закінчено, зверніть увагу на сосок: злегка здавлюючи його та ареолу між пальцями, Ви повинні визначити – чи немає виділень, а якщо є, то якого характеру.

Наприкінці прощупуються пахові западини. Надключичні і підключичні ділянки: там Ви можете виявити збільшені лімфатичні вузли.

До лікаря варто звертатися у таких випадках: поява будь-яких з наведених вище об'яв, що виявлені при огляді; прощупування ущільнень у молочній залозі; збільшення лімфатичних вузлів.

8. Що у моєму житті може спровокувати рак?

Усього відомо більше вісімдесяти чинників, що підвищують ризик захворювання на рак молочної залози. Частіше він зустрічається у жінок із раннім початком або пізнім закінченням менструацій, у осіб з нерегулярним статевим життям, у тих, що не народжували, не годували немовлят грудним молоком, з пізнім віком першої вагітності. Запалення яєчників, кісти яєчників, фіброміома матки також збільшують ризик захворювання на рак молочної залози. Можливість розвитку раку молочної залози підвищує штучне переривання вагітності. Існує вірогідність розвитку раку на фоні мастопатії. Рак молочної залози може бути пов'язаний із спадковістю: якщо мати і сестра жінки мали це захворювання, ризик захворювання, ризик зростає. Підвищують його і такі хвороби, як цукровий діабет, ожиріння, хронічні захворювання печінки, щитовидної залози. Іонізуюче випромінювання і виробничі канцерогени також відносяться до чинників ризику. Надмірне вживання алкоголю, жирів, або ж недостатнє – овочів і фруктів так само може сприяти виникненню раку молочної залози.

Жоден з цих факторів чи навіть комбінація з декількох факторів не є фатальними, проте у разі можливості треба уникати впливу цих чинників – це буде дієва профілактика раку молочної залози.

9. Які ознаки захворювання молочної залози?

Ущільнення і припухання у ділянці молочної залози або під піхвою, зміна розміру або форми молочної залози, виділення з соска, зміна кольору або характеру шкіри молочної залози навпомацки, зміни колососкового кружка або соска (можуть спостерігатися заглиблення, втягування тканини, злущування шкіри, зміни типу так званої "лимонної шкірки"). Наявність цих ознак не вказує прямо на захворювання раком. Їхню появу варто сприймати як попереджувальний сигнал – і неодмінно звертатися до лікаря.

10. Чи достатньо ефективними є сучасні методи лікування раку молочної залози?

Так, безумовно. До того ж з кожним роком зростає кількість пацієнток, що вилікувалися повністю. Багато залежить від того, у якій стадії діагностовано захворювання, коли розпочато лікування. Раннє виявлення і вчасно розпочате лікування – запорука успіху в боротьбі з раком. Арсенал засобів, що застосовується у боротьбі з раком молочної залози, постійно збільшується.

ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

Примерный комплекс ЛГ для 1-го периода беременности (комплекс №1)



Рис.1



Рис.2



Рис.3



Рис.4



Рис.5



Рис.6



Рис.7

Рис.8



Рис.9

Рис.10

Рис.11

Рис.12

Рис.13

Рис.14

Рис.15



Рис.16

Рис.17

Рис.18

Рис.19

Рис.20



Примерный комплекс ЛГ 2-го периода беременности (комплекс №2)



Рис.1

Рис.2

Рис.3

Рис.4

Рис.5

Рис.6

Рис.7



Рис.8

Рис.9

Рис.10

Рис.11

Рис.12

Рис.13

Рис.14

Примерный комплекс ЛГ для 3-го периода беременности (комплекс №3)



Рис.1
Рис.7

Рис.2

Рис.3

Рис.4

Рис.5

Рис.6

Рис.8
Рис.12

Рис.9

Рис.10

Рис.11

Рис.13

***Примерный комплекс ЛГ при неправильных
положениях плода и тазовых предлежаниях (комплекс №5)***



Рис.1

Рис.2

Рис.3

Рис.4

Рис.5

Рис.6

Рис.7

Примерный комплекс ЛГ при узких тазах (комплекс №6)



Рис.1

Рис.2

Рис.3

Рис.4

Рис.5

Рис.6



Рис.7

Рис.8



Рис.9

Рис.10



Рис.11



Рис.12

Примерный комплекс ЛГ для вызывания родовой деятельности (комплекс №7)



Рис.1

Рис.2

Рис.3

Рис.4

Рис.5

Рис.6

Рис.7

Рис.8

Рис.9

Рис.10

Рис.11

Рис.12



Рис.13

Рис.14

Рис.15

Рис.16



Рис.17



Рис.18



Рис.19

ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Примерный комплекс ЛГ послеродового периода – 1-я неделя (комплекс №8)



Рис.1



Рис.2



Рис.3



Рис.4



Рис.5



Рис.6



Рис.7



Рис.8



Рис.9



Рис.10



Рис.11

*Примерный комплекс ЛГ послеродового периода – 2-я неделя,
продолжать до конца 4-й недели (комплекс №9)*



Рис.1



Рис.2



Рис.3



Рис.4



Рис.5



Рис.6



Рис.7



Рис.8



Рис.9



Рис.10



Рис.13



Рис.11



Рис.12



Рис.15

Примерный комплекс ЛГ с пятой недели послеродового периода (комплекс №10)



Рис.1



Рис.2



Рис.3



Рис.4



Рис.5



Рис.6



Рис.7



Рис.8



Рис.9



Рис.10



Рис.11



Рис.12



Рис.13



Рис.14



Рис.15



Рис.16

Зразковий комплекс ЛГ при дисменорей (комплекс №14).



Рис.1



Рис.2



Рис.3



Рис.4



Рис.5

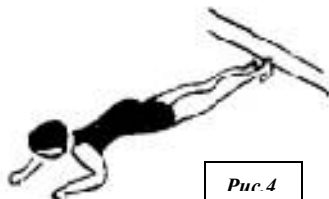


Рис.6



Рис.7



Рис.8



Рис.9



Рис.10

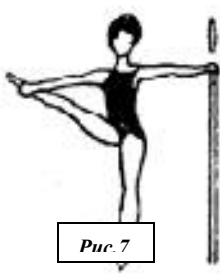


Рис.11

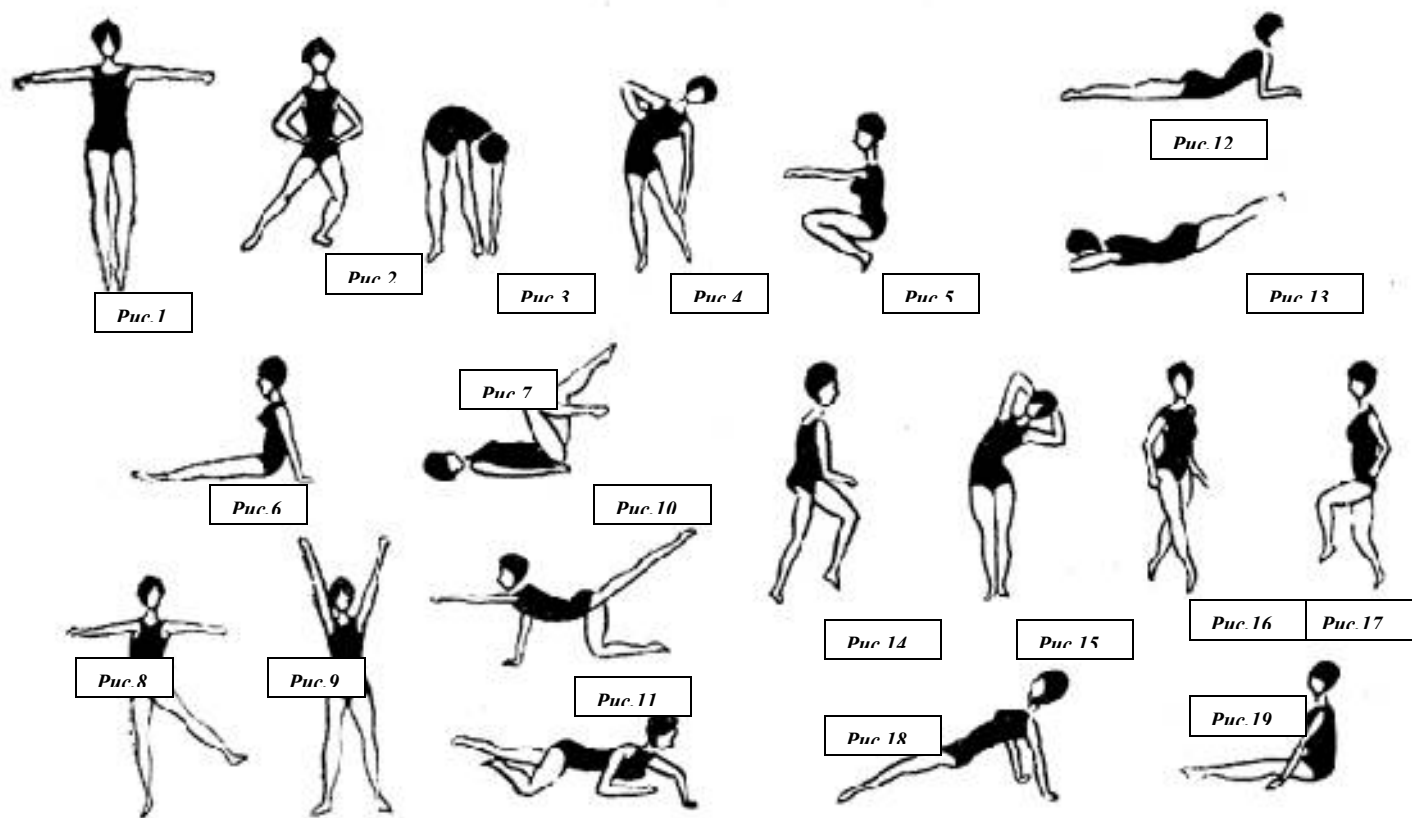


Рис.12

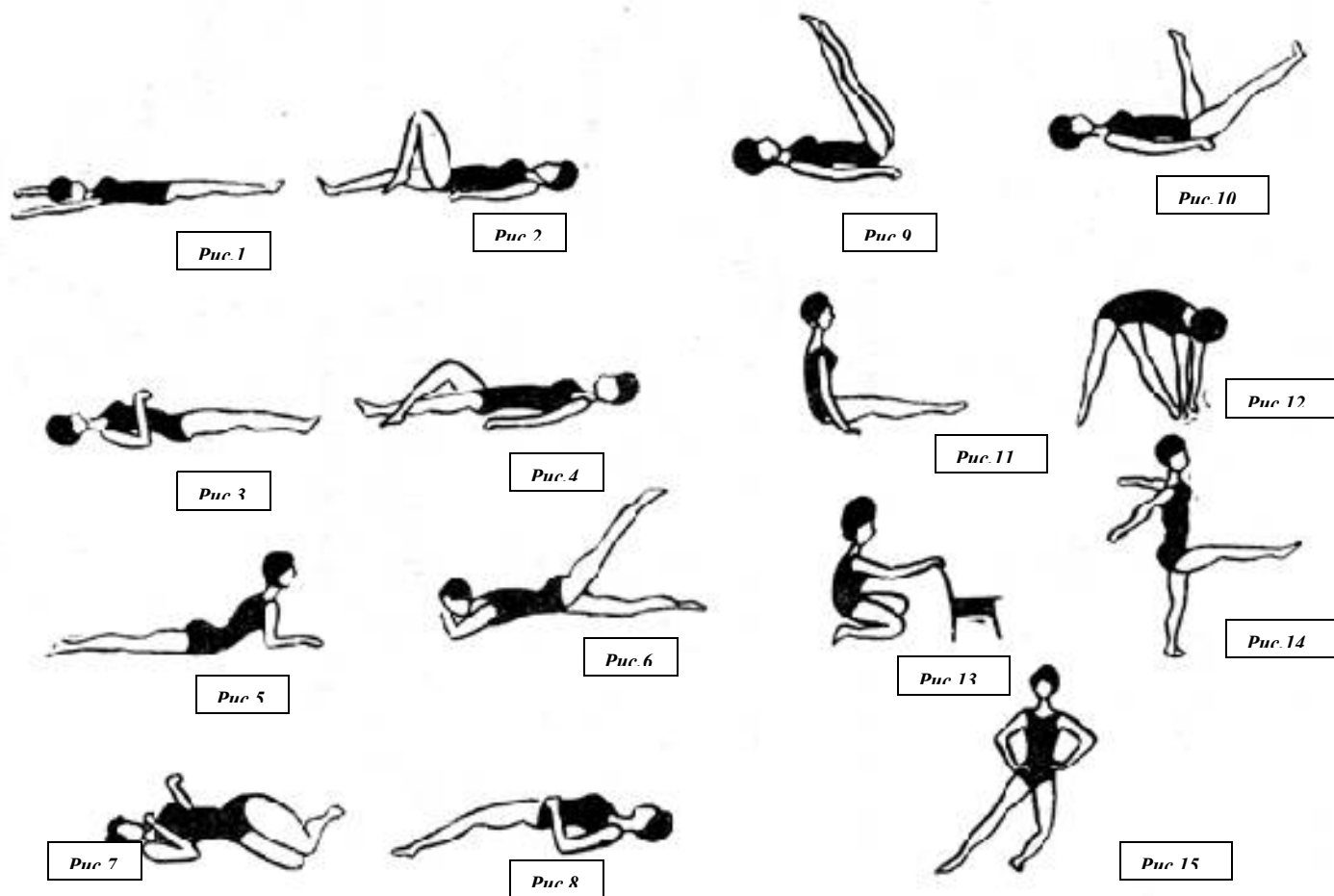


Рис.13

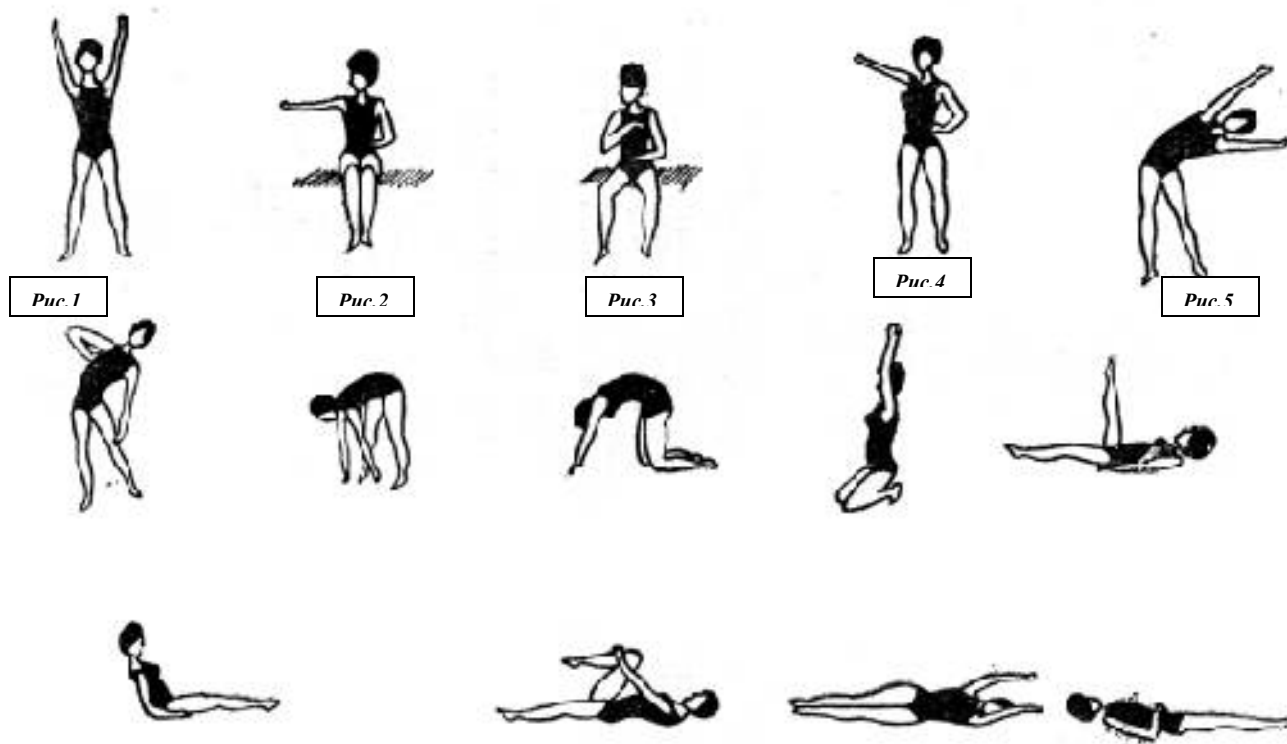
Зразковий комплекс ЛГ при хронічних запальних процесах (комплекс №15).



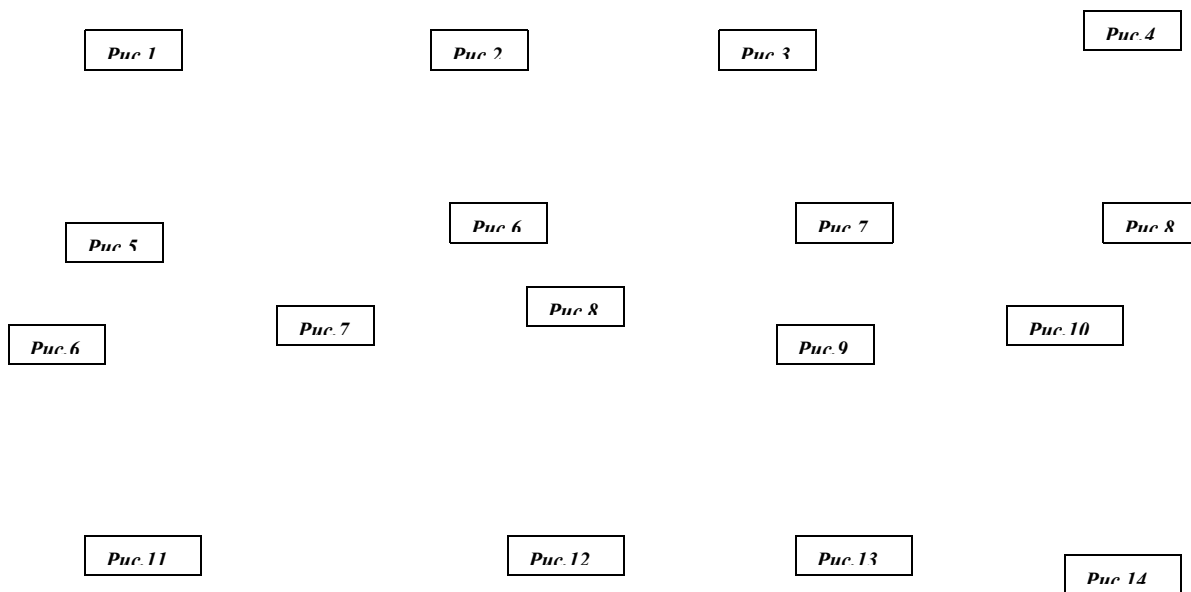
Зразковий комплекс ЛГ при нетриманні сечі (комплекс №19)

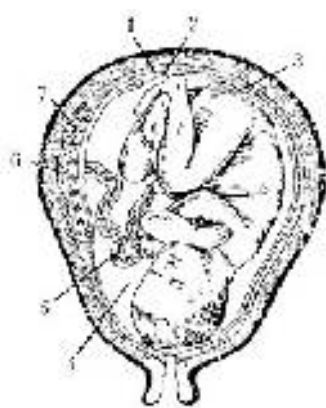
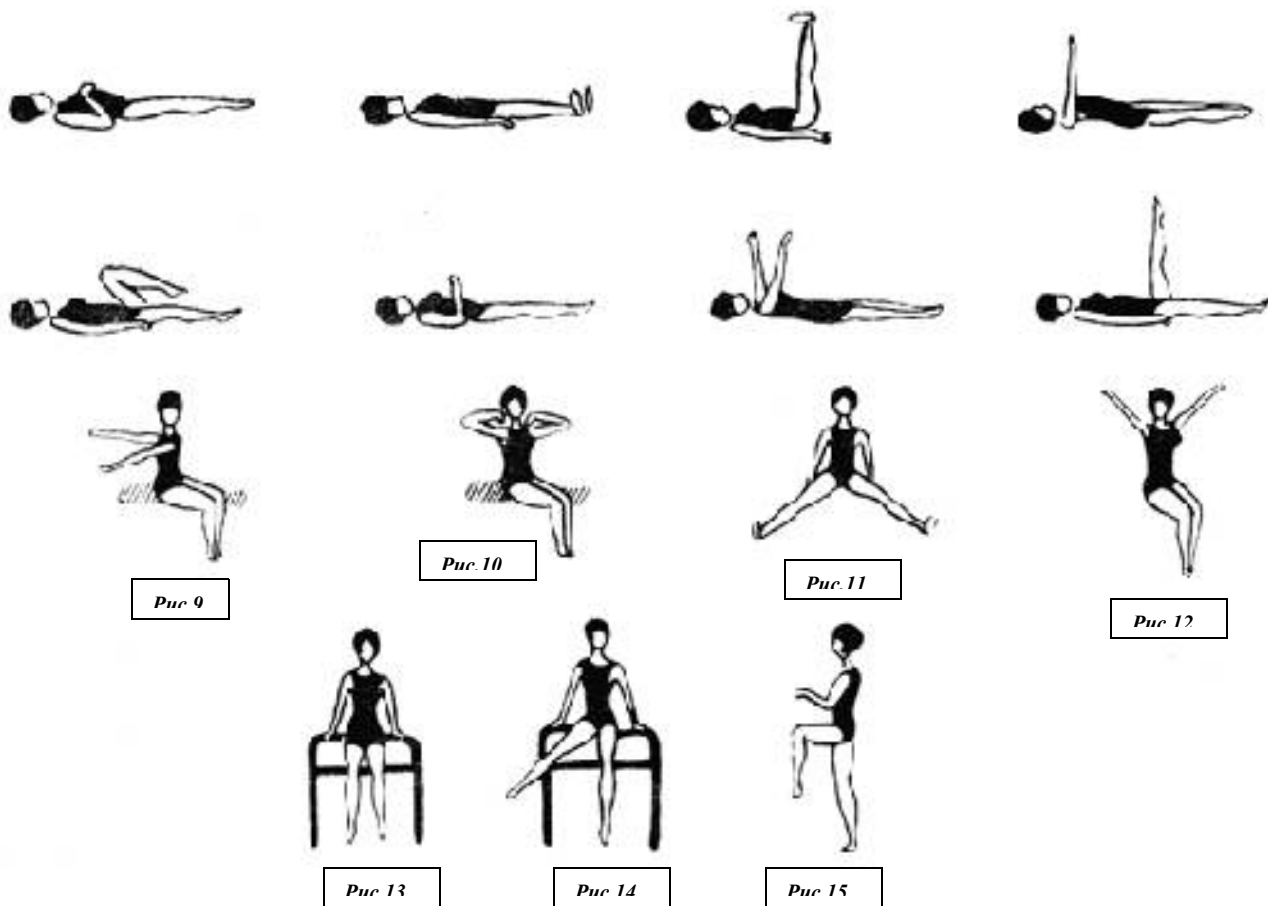


Зразковий комплекс ЛГ доопераційного періоду (комплекс №20)



Зразковий комплекс ЛГ в післяопераційному періоді (комплекс №21)





- 1- chorion laeve;
 2- амніон;
 3- злиті decidua capsularis та decidua parietalis;
 4- порожнина амніона;
 5- пуповина;
 6- decidua basalis;
 7- chorion frondosum.



Мал.1 Розташування

Плацента

а

Мал.2

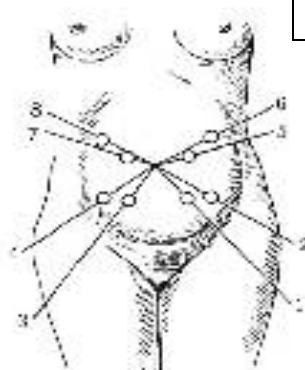
б

оболонок в матці.
материнська поверхня.

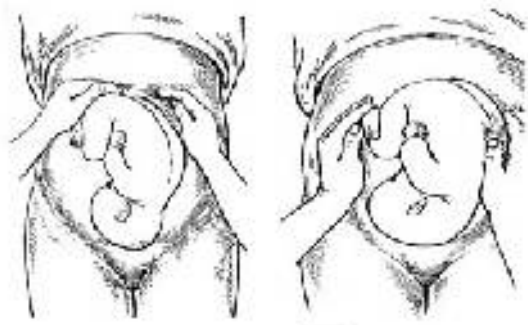


а – плодова поверхня; б –

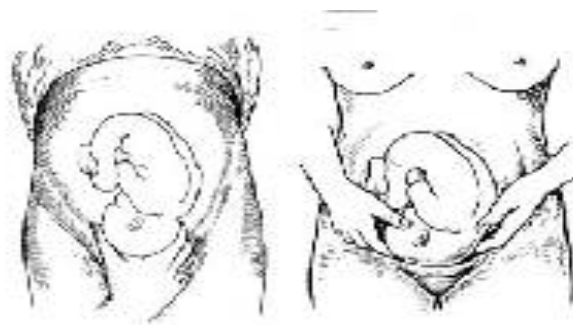
- 1- передній вид, перша позиція, головне передлежання;
- 2- задній вид, перша позиція, головне передлежання;
- 3- передній вид, друга позиція, головне передлежання;
- 4- задній вид, друга позиція, головне передлежання;
- 5- передній вид, перша позиція, тазове передлежання;
- 6- задній вид, перша позиція, тазове передлежання;
- 7- передній вид, друга позиція, тазове передлежання;
- 8- задній вид, друга позиція, тазове передлежання;**



Мал.3 Дворучне дослідження
серцебиття
вагітної.



Мал.5 Міця найбільш ясного
при різних передленнях плода.



Мал.4 Прийоми Леопольда.

Мал.6 Висота стояння

Мал.7 Перший момент механізму

пологів

дна матки в різні терміни вагітності.

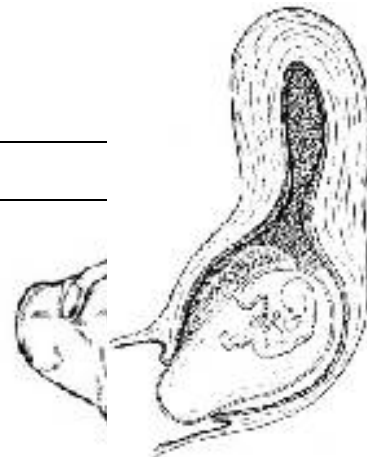
а – згинання голівки; б – вид з боку виходу таза; сагітальний шов у поперечному розмірі таза.



Мал.23 Загрожуючий



Мал.24 Викидень,

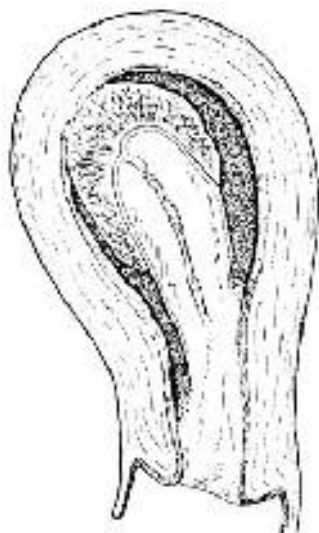


Мал.25

Викидень в ходу.

Викидень.

що розпочався.



Мал.26 Неповний викидень.



Мал.27 Рука акушера.

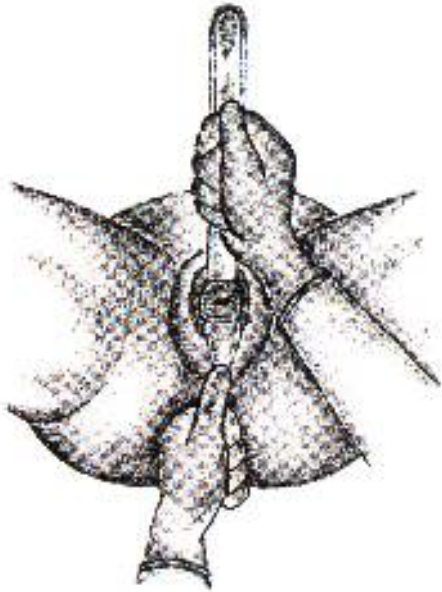


Рис. 28. Огляд шийки матки за
черев-
допомогою дзеркал



Рис. 29. Бімануальне вагінально –
ностінкове дослідження

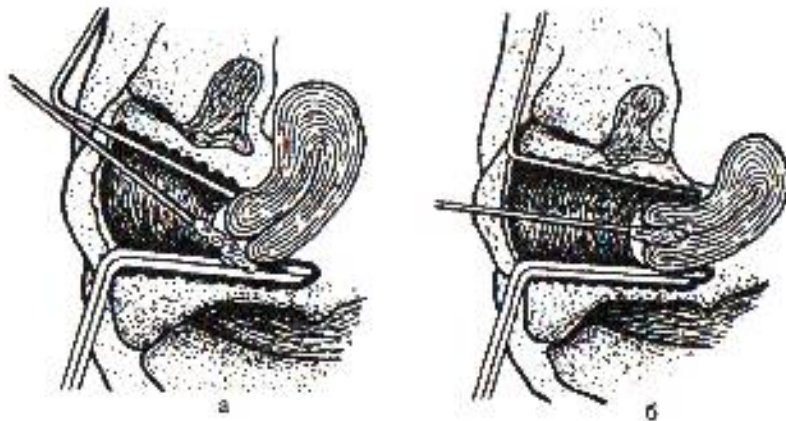


Рис. 30. Забір матеріалу на онкоцитологічне дослідження з шийки матки:
а – з поверхні шийки матки; б – з церві кального каналу

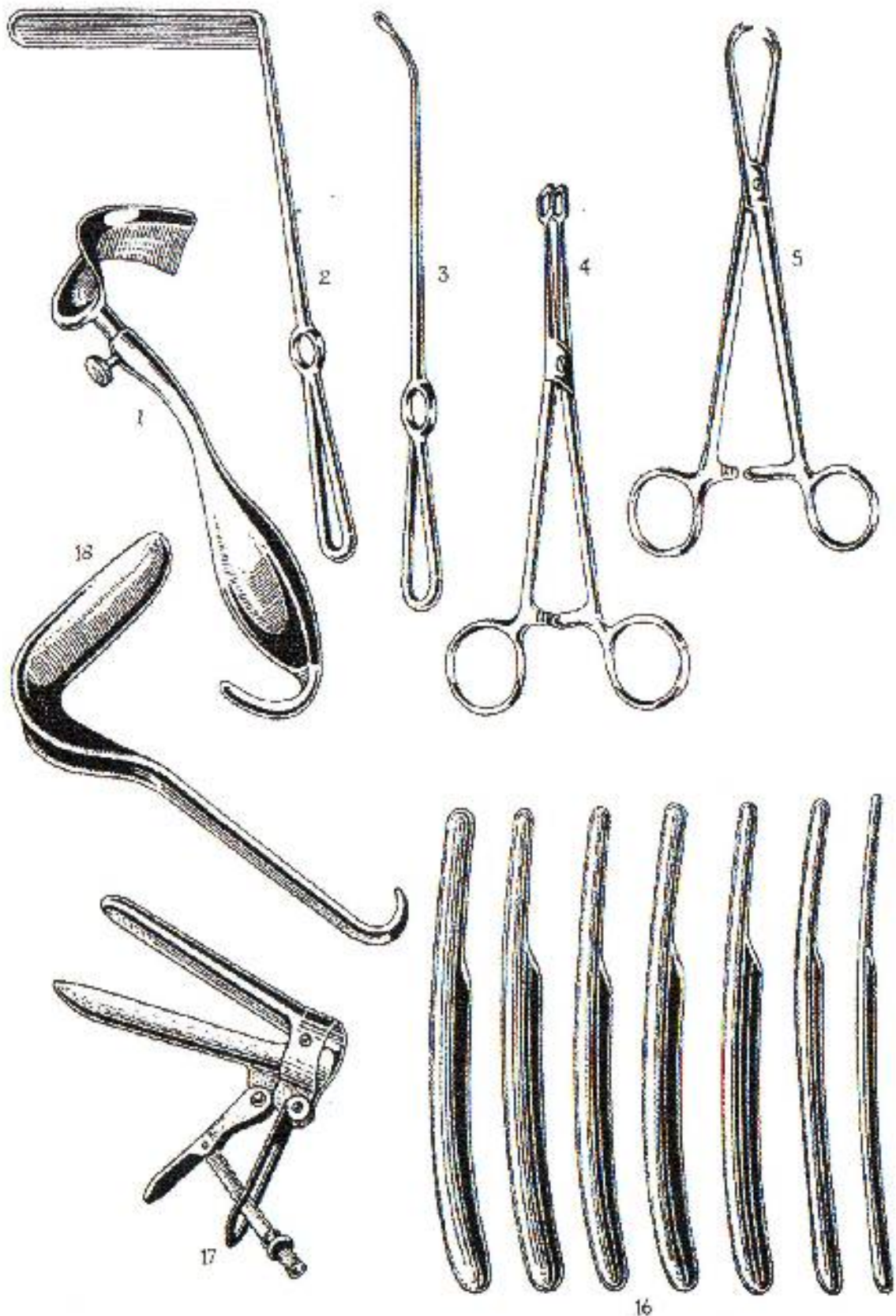


Рис. 34. Набір інструментів для гінекологічного обстеження й операцій на статевих органах:

1 – дзеркало Фриза; 2 – підіймач вагінальний; 3 – зонд матковий; 4 – аборт цанг; 5- щипці (двозубі) Мюзю; 6 – щипці кульові; 7- зонд Плейфера; 8 –

кюретки; 9- щипці маткові вікон часті; 10 – наконечник для гістерографії; 11 – штопор матковий; 12 – розібраний зонд пінцет;

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО САМООБСТЕЖЕННЯ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ

Самообстеження молочних залоз є важливим кроком до зниження захворюваності на рак молочної залози. Його рекомендується проводити один раз на місяць у першій тиждень після менструації, оскільки в цей період молочні залози не збільшені та не напружені. Самообстеження можна проводити у ванній кімнаті перед дзеркалом та під час приймання душу. У разі виникнення будь-якої підозри Вам необхідно наступного дня звернутися до спеціаліста із захворювань молочної залози.

ОГЛЯД

Станьте перед дзеркалом спочатку з опущеними, а потім з піднятими догори руками. Зверніть увагу на такі ознаки:

- втягнення або випинання ділянки шкіри;
- втягнення соска;
- зміна звичної форми або розміру однієї з молочних залоз;
- наявність жовтуватих або кров'янистих виділень з соска;
- почервоніння та припухлість ділянок шкіри молочної залози.

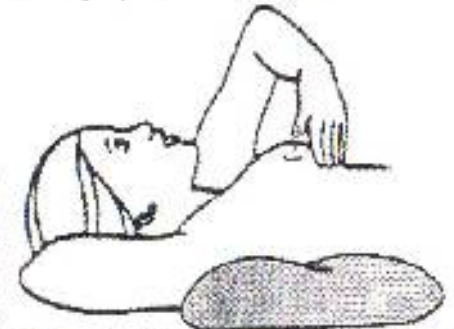


ПРОЩУПУВАННЯ

Здійснюється у положенні лежачи на спині. Під лопатку зі сторони, що обстежується, підкладіть валик таким чином, щоб грудна клітка була трохи піднята. Пальпуйте кожну молочну залозу протилежною рукою. Уникайте грубого прощупування та захоплення великої ділянки тканини молочної залози, оскільки це може створити враження ущільнення, якого насправді немає. Обстеження проводиться у трьох положеннях:

- рука з обстежуваного боку спрямована вздовж тулуба;
- рука спрямована уверх за голову;
- рука спрямована у бік.

Пальцями другої руки молочну залозу пальпують у такий спосіб: ви можете вибрати кругові рухи (мал. 1); рухи по лінії вгору та вниз (мал. 2); клиноподібні рухи (мал. 3). Завжди пальпуйте молочні залози в одній і тій самій послідовності. Це допоможе Вам не пропустити жодної ділянки, а також запам'ятати, якими Ваші молочні залози звичайно є на дотик. Окремо обстежуйте сосок. Його стискають між пальцями, починаючи з країв ареоли, для того, щоб переконатися, що з соска не з'являються виділення (мал. 4).



Мал. 1



Мал. 2



Мал. 3



Мал. 4

