

# КЛІНІЧНЕ МЕДСЕСТРИНСТВО

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

## в акушерстві і гінекології



## З М І С Т

### АКУШЕРСТВО

#### ПЕРЕДМОВА .....

<b>Розділ 1.</b>	<b>Структура і організація акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні.....</b>
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 розумі 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 антропозооносні 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 білізни, 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 діоксидину. 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 додатків – 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 діатермоекзцизію шийки матки, видалення поліпів цервікального каналу, біопсію підозрілих ділянок шийки матки. В кабінеті районного онкогінеколога щомісячно повторюють цитологічні дослідження на атипічні 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 епітеліїтів (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 атипічні 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 атипічних 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. Обох 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 відчувати 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

інсемінацією 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 замісного 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 м<sup>2</sup>). 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 м<sup>2</sup> 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 м<sup>2</sup>.

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 переведу 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 бідсах.

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 переведу 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 (слаборозевого 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 7м<sup>2</sup> 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 3м<sup>2</sup>, в обсерваційному відділенні і у палатах для недоношених дітей і тих, що народились в асфіксії санітарна норма площі складає 4,5м<sup>2</sup> 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 миють руки щіткою з милом і дезінфікуючим розчином. Після кожної дитини руки миють 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 вазеліною 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 очищують 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 шпатели.

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 раньому 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 послідуєчих 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 проведене 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 піхвове 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 піхвове дослідження виконують при розгорнутій операційній.

Згідно з діючими нормативними документами головним лікарем пологового будинку розроблюються 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 контактi зі всіма біологічними рідинами.

#### Інфекційний процес

При описуванні інфекційного процесу використовують цілий ряд слідуєчих 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.);
  - краплевий.
2. Повітряно-краплевий.
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 уrogenітальних 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 хворі 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 голодуванню, 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 трапитися 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 мікоплазмова 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 **Рис. 1.** 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 **Рис. 2.** її й одна вена. Судини пупкового канатика оточені особливою сполучною тканиною, яка називається вартонова 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 естрону та естрадіолу в яєчниках матері зростає також рівень естріолу, що виробляється фетоплацентрним 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 фетоплацентарного 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 закріпів.

### **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  $\text{H}^+$  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 організмах 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.

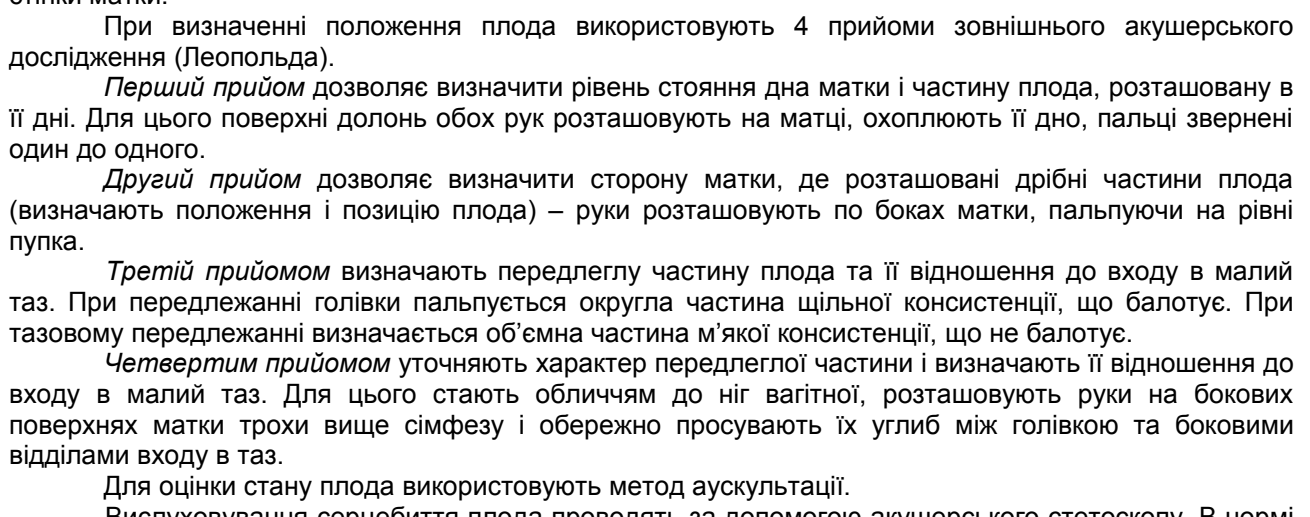


Рис. 4.

### 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 робітниця, 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 сприйнятливості 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. Роди закінчуються 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
<i>Білки</i>	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
<i>Вуглеводи та жири</i>				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
<b>Фосфор</b>	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 ви-ро-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
<b>Магній</b>		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 риби, нирки, печін-кова олія, мо-локо, жовтки, сметана, мас-ло, маргарин з

				очей. Підвищує опірність організму до інфекцій.	добавками, помідори, морква, апельсини
<i>Вітамін B<sub>6</sub></i> <i>Вітамін B<sub>12</sub></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 – *запізнілими*.

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 роділлю 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, апное, 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.

## **Х. 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 плоско 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 задушення 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 секретів;
  - 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 послідуочим 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 роділлею 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 5мг 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 лохій 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 лохій, 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, необґрунтоване 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'явилося 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, неокомпенсан, 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 дезінфікуючим 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  $\beta$ -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 гнильних 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 В<sub>12</sub>, 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 ледачих смоктунів (млявість смоктання).	Прикладати дитину до обох молочних залоз, а потім догодувати 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 кволість, 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 змірявати 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 білірубіну 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 білірубіну 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, дезінтоксикаційній 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 анагетиків, 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 магнезіальна 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 магнезіальної 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 магнезіальної 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 магнезіальної 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 гемодилуванту 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 слідуючі:

- 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.