

Кровотечі під час вагітності, в пологах і ранньому післяпологовому періоді є одним з небезпечних ускладнень для життя жінки. Їх частота все ще залишається високою і становить від 2,5% до 4,7% від загальної кількості пологів і займають одне з перших місць у структурі материнської смертності.

Під акушерською кровотечею розуміють будь-яку крововтрату із статевих органів жінки під час вагітності та патологічну крововтрату в пологах і післяпологовому періоді.

Маткові кровотечі у фізіологічних межах (до 0,3% маси тіла, що становить близько 200 - 250 мл) обумовлені гемохоріальним типом зв'язку між плацентою та маткою, не позначається на загальному стані породіллі і не потребують включення компенсаторних механізмів організму. Допустима крововтрата складає 250 - 400 мл, що в перерахунку до маси тіла становить 0,3 - 0,5% і, як правило, переноситься без ускладнень. Крововтрата більше 0,5% маси тіла вважається патологічною.

Кровотечі під час вагітності і пологів частіше бувають обумовлені викиднями, передлежанням плаценти, передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти, розривами матки, розривами варикозно розширених вен піхви, патологічними процесами в ділянці шийки матки. Кровотечі в послідовому і ранньому післяродовому періодах виникають внаслідок порушення процесів відшарування плаценти та виділення посліду, гіпо- й атонії матки, травматичних пошкоджень родових шляхів, вроджених та придбаних порушень системи гемостазу.

12.2.1. Самовільний викидень.

Викиднем або аборт (abortus) – називається переривання вагітності на протязі перших 28 тижнів. В залежності від терміну, коли сталося переривання вагітності, викидні розділяють на *ранні* (до 12-14 тижнів) та *пізні* (від 14 до 28 тижнів). Переривання вагітності може проводитись *штучно* (abortus artificialis), а може відбутись самовільно, не залежно від бажання жінки. Такий викидень називають *самовільним* (abortus spontaneus). Якщо самовільні викидні повторюються більше 2-х разів, то їх називають звичні викидні (abortus spontaneus habitualis).

Причин, які призводять до самовільного переривання вагітності багато. Це недостатній розвиток статевих органів (інфантилізм), при якому може спостерігатись функціональна неповноцінність яєчників, що проявляється в недостатньому утворенні естрогенів, недостатності жовтого тіла, а також недорозвиток матки. При наявності статевого інфантилізму причиною самовільного викидня може бути підвищена збудливість матки і недостатність децидуального перетворення строми ендометрію, а внаслідок цього - виникнення несприятливих умов для розвитку плідного яйця.

Досить часто причиною самовільних абортів є перенесені в минулому запальні захворювання статевих органів, наявність генітальної та екстрагенітальної інфекції, токсоплазмоз, ендокринні захворювання. Крім того, вагітність може самовільно перерватися при отруєнні вагітної жінки ртуттю, свинцем, алкоголем та іншими речовинами. Ускладнення вагітності – гестози, багатоводдя, аномалії розвитку плода, імунологічна несумісність матері і плоду по Rh-фактору або по групі крові, істміко-цервікальна недостатність – теж можуть бути причиною її переривання. Соціально - біологічні фактори (вік, кількість родів і абортів у жінки, шкідливі звички, неякісне харчування) також впливають на перебіг вагітності.

Враховуючи багатофакторність викиднів створити єдину етіопатогенетичну класифікацію дуже складно. Можна зауважити, що ранні самовільні аборти в основному обумовлені генетичними дефектами продукту запліднення, імунологічними або ендокринними причинами, які порушують фізіологію імплантації і плацентації. Пізні викидні обумовлені переважно загальними материнськими причинами (інфекції, травми, ускладнення вагітності та інше). У більшості випадків самовільний аборт починається з відшарування плідного яйця від стінки матки на невеликій ділянці при цьому порушуються цілість кровоносних судин децидуальної оболонки. В результаті переймоподібних скорочень м'язів матки відбувається розкриття цервікального каналу і вигнання плідного яйця з порожнини матки.

Кожний аборт супроводжується кровотечею, інтенсивність якої залежить від терміну вагітності, а також від швидкості відшарування і вигнання плідного яйця. При ранніх термінах кровотечі завжди бувають більш сильними ніж при абортах пізніх термінів. Це пояснюється тим, що на ранніх термінах вагітності вся поверхня плідного яйця вкрита ворсинчатою оболонкою. Ворсинки дуже ніжні, частина з них відділяється від стінки матки, а друга частина залишається прикріпленою до стінки матки, чим заважає скороченню матки і зупинці кровотечі. Тому відшарування будь-якої ділянки плідного яйця супроводжується кровотечею, яка припиняється тільки після видалення всіх останків плідного яйця із порожнини матки.

По мірі прогресування вагітності паралельно з розростанням ворсин трофобласта на ділянці майбутньої плаценти вся остання поверхня плідного яйця поступово звільняється від ворсин, тому викидні пізніх термінів перебігають по типу пологів, тобто спочатку відбувається відкриття шийки матки, потім виливаються води, зганяється плід, відділяється і народжується послід. Як і в пологах кровотеча при пізньому викидні виникає в момент відділення і народження посліду.

У клінічному перебігу самовільного викидня виділяють кілька стадій: загрозу самовільного

викидня, викидень, що розпочався, викидень в ході , неповний викидень, повний викидень. Діагностика стадії викидню важлива для надання правильної і своєчасної допомоги вагітній жінці.

При *загрозі викидня* (abortus imminens) вагітні скаржаться на важкість або незначні ниючі болі внизу живота, в крижах. В пізніх термінах болі можуть носити характер перейм. При піхвовому дослідженні шийка матки сформована, внутрішнє вічко закрите, розміри матки відповідають терміну вагітності, тонус її підвищений. Кров'яних виділень немає або вони незначні. **(рис. 23)**

Викидень, що розпочався (abortus incipiens) – характеризується більш вираженою клінічною картиною, що обумовлена прогресуючим відшаруванням плідного яйця, яке ще більшою своєю поверхнею зв'язане з стінкою матки. Вагітна скаржиться на переймоподібні болі внизу живота і невеликі кров'яні виділення. Під час огляду шийка матки центрована, дещо вкорочена, пом'якшена, зовнішнє вічко трохи відкрите. **(рис. 24)**

Викидень в ході (abortus progrediens) - супроводжується переймоподібними болями внизу живота. Вони з'являються внаслідок того, що плідне яйце, яке відшарувалось, виштовхується із порожнини матки через розширений канал шийки матки. При цьому часто виникає сильна кровотеча. Під час огляду шийка матки центрована вкорочена, елементи плідного яйця знаходяться в шийці. **(рис. 25)**

При *неповному викидні* (abortus incompletus) - частина плідного яйця вийшла із порожнини матки. Оболонка та шматки хоріону (чи плаценти) затримуються в матці, що перешкоджає її скороченню та призводить до продовження кровотечі. Канал шийки матки розкритий, величина матки менша, ніж має бути у цей період вагітності. **(рис. 26)**

Повний викидень (abortus completus) – відбувається в тому разі, якщо плідне яйце повністю виходить із порожнини матки (частіше це спостерігається в пізніх термінах). Після цього матка скорочується, канал шийки матки закривається, кровотеча припиняється.

При *викидні, що не відбувся* (missed abortion) плідне яйце після своєї загибелі залишається в порожнині матки і піддається вторинним змінам, навколоплідна рідина поступово всмоктується. Розміри матки менші, ніж повинні бути при відповідному терміні вагітності. Жінка перестає відчувати себе вагітною.

Лікування та профілактика самовільних викиднів.

В будь-якій стадії самовільного аборту жінка повинна бути госпіталізована для проведення лікування. При загрозі викидня і викидні, що розпочався призначають лікування направлене на збереження вагітності. Воно включає постільний режим, дієту багату білками, з підвищеним вмістом вітамінів Е, А. Використовують лікарські препарати, що знижують збудження матки: спазмолітики - но-шпа по 2мл 2 рази в/м, або по 1-й пігулці 2 рази на день, сульфат магnezії 25% розчин в ін'єкціях, папаверин у свічках, інгібітори простагландинів – індометацин, ацетилсаліцилова кислота, адреноміметики – партусістен, гініпрал. Статеві та гонадотропні гормони – естрогени, прогестерон, хоріальний гонадотропін під контролем їх вмісту. Обов'язково призначають седативні препарати – екстракт валеріани, пустирник, новопасіт. Зниженню активності скорочення матки сприяє електрофорез магнію на низ живота та ендоназальна гальванізація.

Коли причиною загрози викидня є імунологічний конфлікт показана десенсибілізуюча терапія - діазолін по 0,01 2-3 рази на день, піпольфен по 0,025 2рази на день. Можлива пересадка вагітній клаптика шкіри чоловіка. Цю невелику операцію проводить лікар. Після обробки пахової ділянки спиртом і йодом під місцевою інфільтраційною анестезією розчином новокаїну висікають шматок шкіри без підшкірної клітковини розміром 3x1 см, одночасно у вагітної після такої ж обробки і анестезії в тій же ділянці розрізається шкіра, робиться кішеня, куди поміщається шкірний лоскут чоловіка. Края рани зшиваються шовковими швами.

Можна зробити підсадку лімфоцитів чоловіка. Для цього у чоловіка з ліктьової вени беруть 20 мл крові, спеціально центрифугують відділяючи лімфоцити, які потім вводять підшкірно на внутрішній поверхні передпліччя жінки.

При викидні через істміко-цервікальну недостатність вдаються до хірургічних методів лікування - накладання шва на шийку матки. Виписують вагітну із стаціонару лише тоді , коли пройдуть всі симптоми загрози викидню.

При аборті в ході, неповному, повному та такому, що не відбувся проводять інструментальне видалення плідного яйця або його залишків. Часто ці викидні супроводжує сильна кровотеча. Тому до появи лікаря медсестра повинна, не гаючи часу розпочати лікувальні заходи по виведенню хворої з цього стану.

1. Покласти хвору на гінекологічне крісло з припіднятим тазовим і опущеним головним кінцем;
2. Організувати постійну подачу кисня з подушки для вдихання жінкою через носові катетери або воронку;
3. Розпочати внутрішньовенне введення будь-якого плазмозаміщуючого розчину (поліглюкіну, гемовінілу та інш.). При відсутності плазмозамінників вводити фізіологічний розчин чи 5% розчин глюкози;

4. Внутрішньом'язово ввести 1мл метилергометрину чи окситоцину;
5. Приготувати набір інструментів для вишкрібання матки.

Профілактика самовільних абортів полягає насамперед у виявленні та усуненні причин цього ускладнення вагітності. Велике значення мають проведення оздоровчих заходів, профілактика інфекційних захворювань, вітамінізоване, раціональне харчування. Для профілактики незапланованої вагітності показане застосування сучасних ефективних протизаплідних засобів.

12.2.2. Передлежання плаценти.

Передлежання плаценти - це таке розташування плаценти при якому вона прикріплюється в нижньому сегменті матки перекриваючи повністю або частково внутрішнє вічко матки. Ця патологія зустрічається 0,3 - 0,9% пологів. Передлежання плаценти має такі різновиди:

1. Повне (placenta praevia totalis), або центральне, при якому плацента повністю перекриває внутрішнє вічко матки.
2. Неповне або часткове (placenta praevia parcialis) - плацента розміщена біля краю внутрішнього вічка - крайове передлежання (placenta praevia marginalis), чи перекриває його до 2/3 - бокове передлежання (placenta praevia lateralis).

В процесі вагітності плацента може пересуватися (мігрувати) по стінці матки вгору. Тому передлежання плаценти в 2-му триместрі вагітності спостерігається в 8-10 разів частіше, ніж напередодні пологів.

Основними причинами передлежання плаценти можуть бути зміни слизової оболонки матки після перенесених запальних процесів, значних пошкоджень при штучних абортах і вишкрібанні порожнини матки, аномалії розвитку, інфантилізм, фіброміома матки, застосування внутрішньоматкових контрацептивів, запізніле виникнення протеолітичних властивостей ферментів трофобласту. Передлежання плаценти частіше виникає у повторно вагітних жінок.

Основними клінічними симптомами передлежання плаценти є кровотеча, яка з'являється в другій половині вагітності та першому періоді пологів. Особливістю такої кровотечі є раптовість, вона з'являється без видимої причини, часто в стані спокою, вночі. Кровотеча то посилюється, то послаблюється, може навіть припинитися. Її характер не можна передбачити. У 3-му триместрі вагітності кровотечу можуть спровокувати фізичні навантаження, статевий акт, акт дефекації, вагінальне дослідження. Розвиток кровотечі під час вагітності обумовлений розтяганням нижнього маткового сегменту, який поступово входить до складу плодовомістилиця. Плацента, не маючи здатності скорочуватися, відстає під час розтягнення нижнього сегмента матки. Внаслідок цього зв'язок між маткою та плацентою на невеликій ділянці порушується, розкриваються пазухи міжворсинчастих порожнин, починається кровотеча. Кровотечі, які повторюються швидко приводять вагітну до анемії. Така жінка погано переносить крововтрату в пологах. Перебіг вагітності та пологів при передлежанні плаценти часто буває патологічною: спостерігаються неправильні положення плода, патологічні передлежання голівки, слабкість родової діяльності яка обумовлена недостатнім тиском частини плода, розташованої у вході в таз на рецептори шийки матки. Не рідко відмічається загроза невиношування вагітності. Передлежання плаценти сприяє емболії навколоплідними водами. В результаті порушення коагуляційних властивостей крові розвивається фібриноліз. У післяпологовий період часто розвиваються гіпогалактія, субінволюція матки, ендометрит.

Діагностика передлежання плаценти здійснюється методом зовнішнього та внутрішнього обстеження. Високе стояння передлеглої частини плода свідчить про наявність передлежання плаценти. Вагінальне дослідження проводять при розгорнутій операційній, дуже уважно і обережно. Для з'ясування джерел кровотечі потрібно оглянути в дзеркалах шийку матки і піхву, щоб виключити поліп, рак шийки матки або розрив варикозного вузла. Ступінь передлежання плаценти встановлюють під час вагінального дослідження при відкритті шийки матки не менше, ніж на 4-6см. при повному передлежанні плаценти прощупується м'яка тканина попереду голівки, оболонки не визначаються. При неповному передлежанні оболонки пальпуються поряд з плацентою. Аускультативно в ділянці нижнього сегменту матки визначається шум плацентарних судин.

Об'єктивним і нешкідливим методом діагностики передлежання плаценти є ультразвукове дослідження, яке дає можливість визначити локалізацію плаценти. Бажано проводити УЗД в 16, 25-26, 34-36 тижнів вагітності. Вагітна із скаргами на кров'яні виділення повинна бути госпіталізована. Лікування та обстеження вагітних з кровотечами потрібно проводити тільки в стаціонарі. Вибір методу лікування та його термін залежить від виду передлежання плаценти, інтенсивності кровотечі, стану родових шляхів та загального стану жінки і плоду. Консервативне лікування проводять при незначній кровотечі, яка не викликає вираженої анемії у жінки. Призначають суворий ліжковий режим, повторні переливання невеликих доз крові, препарати токолітичної і спазмолітичної дії, антианемічні, засоби, які нормалізують матково-плацентарний кровообіг, зміцнюють судинну стінку, підвищують згортальні властивості крові. Можливі призначення препаратів седативної дії (коріння валеріани, трава пустирника, седуксен).

Вагітним з передлежанням плаценти проносні засоби протипоказані. При необхідності

призначають очисні клізми. З метою сприяння міграції плаценти проводиться накладання циркулярного шва на шийку матки на рівні внутрішнього вічка.

Показанням до проведення кесарського розтину при передлежанні плаценти є:

- повне передлежання плаценти;
- одномоментна крововтрата 250 мл і більше при кровотечі, яка продовжується;
- кровотечі, що повторюються, об'єм яких перевищують 200мл;
- поєднання невеликих крововтрат з анемією і гіпотонією;
- кровотечі при неповному передлежанні плаценти в поєднанні з іншою акушерською, або соматичною патологією (неправильне положення плоду, вузький таз та інше).

При неповному передлежанні плаценти і незначній кровотечі у пологах можливе родорозрішення через природні пологові шляхи. Для зменшення або припинення кровотечі застосовується операція розриву плідних оболонок при відкритті шийки матки до 4-5см. при цьому передлегла частина плода опускається нижче і притискує плаценту до стінки матки, завдяки чому відшарування плаценти припиняється. При недостатності ефекту цієї операції на шкіру голівки плода можна накласти двозубі щипці (по Уїлт-Іванову), до рукоятки яких підвішують вантаж 200-300 г, завдяки чому голівка опускається і притискує плаценту до стінки матки, що сприяє припиненню кровотечі. При наявності ніжного або змішаного сідничного передлежання можливо звести ніжку плода, яка притискує плаценту до стінки матки, кровотеча припиняється. Слід зауважити, що ці операції дуже травматичні для плоду, тому вони проводяться лише при нежиттєздатному або мертвому плоду.

Виписка вагітних з передлежанням плаценти проводиться лише після родорозрішення. Прогноз для жінки досить серйозний. При наданні своєчасної допомоги ризик значно зменшується і більшість породіль повністю видужують із збереженням працездатності і функціональної повноцінності репродуктивної системи. Профілактика передлежання плаценти направлена на боротьбу з абортми, попередження і своєчасне лікування запальних процесів статевих органів.

12.2.3. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (ПВНРП) - це такий стан, коли відшарування плаценти відбувається до народження плода, тобто при вагітності, в першому та другому періоді пологів. Воно зустрічається в 0,5-1,5% пологів. ПВНРП частіше виникає при захворюваннях, які супроводжуються порушеннями судинної системи при генітальній чи екстрагенітальній патології. Сюди відносяться пізні гестози вагітних, гіпертонічна хвороба, пієлонефрит, цукровий діабет, захворювання серця, печінки, перенесенні гострої вірусної інфекції. У пологах ПВНРП виникає при абсолютно або відносно короткій пуповині, дискординованій пологовій діяльності, швидкому вилитті вод при багатоводді, пізньому розриві плідного міхура, розташуванні плаценти на фіброматозному вузлі, хронічній фетоплацентарній недостатності. До відшарування плаценти під час вагітності можуть привести різні психологічні (переляк, нервові потрясіння) і механічні (удар, падіння, здавлення живота) травми.

Патологічні зміни стінок судин плацентарної ділянки приводять до того, що вони стають ламкими, хрумкими, погано переносять ті гемодинамічні коливання, які спостерігаються у жінок під час вагітності і пологів. В результаті виникають тромби капілярів і крововиливи в міжворсинкові простори, що в свою чергу приводить до передчасного відшарування плаценти. В результаті насичення стінки матки кров'ю, пошкоджується нервово-м'язовий апарат, різко порушуються обмінні процеси, моторна функція матки. Спочатку матка може бути напруженою, потім стає, дряблою, розвивається гіпо- і атонія. В результаті нерівномірного просочення крові матка набуває п'ятнистого фіолетового кольору, не реагує на механічні медикаментозні подразнення. Це так звана "матка Кувелера" або "матково-плацентарна апоплексія". Вперше два такі випадки у 1912 році описав французький лікар А.Кувелер, чим ім'ям і називається така матка.

Передчасне відшарування плаценти буває повним (відшарування всієї плаценти) і частковим, прогресуючим і непрогресуючим, легкої і важкої форми, мимовільне і насильне. Клінічний перебіг ПВНРП залежить від ступеню відшарування, тяжкості супутньої патології. Часткове відшарування плаценти на невеликій площі під час пологів іноді неможливо діагностувати. Воно розпізнається по наявності старого згустка крові на плаценті після її народження.

Основними симптомами ПВНРП є кровотеча і біль. Кровотеча може бути зовнішньою, внутрішньою і комбінованою. Це залежить від місця відшарування плаценти. Якщо гематома розташована в центрі плаценти, то зовнішньої кровотечі може не бути або вона з'явиться пізніше. Коли відшарування починається з периферії, то кров навіть при незначній гематомі може швидко відшарувати оболонки і кровотеча буде зовнішньою. Найбільш загрозливою є внутрішня кровотеча. Загальний стан жінки погіршується, артеріальний тиск знижується, з'являється тахікардія, слабкість, шкіра та слизові оболонки блідніють. Другим основним симптомом є біль. Біль спочатку локалізується в місці розташування плаценти і буває більш вираженим при утворенні ретроплацентарної гематоми. У

цьому випадку жінка скаржиться на сильний розпираючий біль в животі. Поступово болючість розповсюджується на інші відділи матки. При об'єктивному обстеженні відмічається асиметрія, напруження, гіпертонус матки, болючість при пальпації, визначення частин плоду ускладнене. При вагінальному дослідженні плідний міхур постійно напружений, навколоплідні води окрашені кров'ю. Плацента народжується відразу після народження дитини. Відшарування плаценти до 1/3 площі приводить до розвитку гіпоксії плода, особливо коли мали місце морфологічні або функціональні ознаки її недостатності.

Велике значення в діагностиці ПВНRP має ультразвукове дослідження. Діагноз підтверджується патолого-анатомічним дослідженням.

Вибір метода родорозршення залежить від ступеня крововтрати та умов, що дозволяють виконати певну операцію. При відшаруванні плаценти в I періоді пологів виконується кесаревий розтин. При подовженні часу відшарування плаценти до родорозршення розвивається матково-плацентарна апоплексія. Якщо під час операції виявлено просочування матки кров'ю, показано її видалення (екстирпація матки без додатків).

У II періоді пологів виконують родорозршувачу операцію - накладання акушерських щипців або витягнення плода за тазовий кінець при живому плоді, та плоторуйнуючу - при мертвому. Водночас проводять заходи по боротьбі з крововтратою і шоком.

Профілактика ПВНRP заключається у своєчасному виявленні і лікуванні вагітних з пізніми гестозами, соматичними захворюваннями. Важливе значення має бережне ведення пологів – виключення грубого тиску на матку, повільне випускання навколоплідних вод при багатоводді.

12.2.4. Кровотечі в послідовому та ранньому післяродовому періодах.

Акушерські кровотечі в родах та післяродовому періоді дуже небезпечні для життя жінки. Основними причинами їх виникнення є аномалії прикріплення плаценти, аномалії відшарування плаценти і видалення плоду, гіпо- і атонія матки, порушення згортаючої системи крові.

➤ Аномалії прикріплення плаценти.

Третій, послідовий, період пологів характеризується відділенням плаценти і оболонки плідного яйця від стінки матки після народження плода. В нормі ворсини хоріона розташовані у функціональному шарі децидуальної оболонки стінки матки. У частині випадків плацента прикріплюється в більш глибоких шарах матки. Частіше всього зустрічається *несправжнє прирощення - щільне прикріплення плаценти* (placenta adherens), при якому ворсини хоріона розміщені в базальному шарі децидуальної оболонки, внаслідок атрофії губчатого шару відпадаючої оболонки.

Буває також *справжнє прирощення плаценти* (placenta accreta), обумовлене частковою або повною відсутністю губчатого шару децидуальної оболонки, в результаті чого ворсини хоріона досягають меометрію, проростають у глибину його (placenta increta), або проростають м'язовий та серозний шари матки (placenta percreta). *Прирощення плаценти буває повним або частковим*, в залежності від того, на якій площі плаценти сталося її прирощення.

Причиною цієї важкої патології бувають перенесені аборти, патологічні роди, ендометрит, які приводять до дистрофічних змін у слизовій оболонці матки завдяки підвищенню активності протеолітичних ферментів.

Клінічною ознакою часткового щільного прикріплення плаценти буде кровотеча з матки при відсутності ознак відокремлення плаценти. При повному прирощенні плаценти кровотеча відсутня.

Тактика лікаря в III періоді пологів повинна бути очікувально-активною. Очікувальна тактика заключається в тому, що до появи ознак відокремлення плаценти акушер не втручається в перебіг послідового періоду, це обумовлено тим, що матка ритмічно і рівномірно скорочується, плацента відділяється без порушень її цілісності. Втручання в цьому періоді (зовнішній масаж матки, підтягування за пуповину) може порушити нормальний перебіг відшарування плаценти.

Протягом послідового періоду черговий персонал повинен спостерігати за загальним станом роділлі: вимірюють артеріальний тиск, температуру, підраховують пульс, слідкують за забарвленням шкіри та слизових оболонок, за самопочуттям, підраховують кількість виділеної крові. Звичайно протягом 30 хвилин - 1 години (частіше через 5-15 хвилин) – з'являються ознаки відділення плаценти.

При відсутності ознак відокремлення плаценти і крововтратою більшою за фізіологічну необхідно перейти до активного ведення III періоду. Проводиться операція - ручне відділення плаценти і виділення посліду. Всі операції, пов'язані з введенням руки в порожнину матки несуть велику загрозу здоров'ю жінки. Разом з рукою можливе занесення в порожнину матки патогенних мікроорганізмів. Тому проведення таких операцій потребує строгих показань до їх проведення; призначається антибактеріальна терапія.

Техніка операції – ручне відокремлення плаценти. Перед операцією акушер обробляє руки; внутрішні поверхні стегон, лобок, зовнішні статеві органи, промежину роділлі обробляють 5% спиртовим розчином йоду чи йодонатом. Наркоз інгаляційний (закис азоту) чи внутрішньовенний

(каліпсол).

Лівою рукою розводимо статеві губи, праву руку складають конусоподібно і вводять по пуповині в порожнину матки. Знаходять край плаценти і поступово пиляючими рухами ребром долоні відокремлюють плаценту від стінок матки. Потім послід видаляють шляхом потягування за пуповину другою рукою, а рукою, що знаходиться в порожнині матки, проводять ревізію її стінок - ручне обстеження порожнини матки, видалення залишків плацентарної тканини та оболонок. (рис.27)

При відсутності кровотечі і ознак відокремлення плаценти в III період пологів протягом 2 годин у першонароджуючих ставлять діагноз повного прирощення плаценти і роблять спробу ручного відокремлення її від стінки матки. При несправжньому прирощенні це можливо виконати, а при справжньому немає змоги відокремити плаценту від стінки матки. В такому випадку проводиться оперативне лікування - лапаротомія і надшийкова ампутація матки. Необхідно пам'ятати, що у жінок з прирощанням плаценти може відбутися розрив матки, обумовлений потоншенням її стінки. Грубе поведження з маткою, особливо під час спроби видалити плаценту по частках, призводить до розвитку масивної крововтрати, геморагічного шоку, ДВЗ-синдрому.

➤ Аномалії відшарування плаценти і видалення посліду.

Іноді плацента не може відшаруватися від стінки матки повністю і окремі частини її залишаються в порожнині матки. Ця патологія називається – *дефектом плаценти*. Діагностують її при огляді материнської поверхні плаценти по відсутності однієї або кількох часток та кровоточивості тканин в місці дефекту. В порожнині матки може залишитися і додаткова долька, яка розміщена на плідних оболонках. Розпізнати наявність такої дольки, можна прослідкувавши хід судин на плідній поверхні плаценти, які раптово обриваються на оболонках.

Коли частка плаценти залишається в порожнині матки, вона сприяє порушенню скоротливої діяльності матки, що загрожує гіпотонічною кровотечею, інфікуванням з розвитком ендометриту.

При виявленні дефекту частки плаценти або коли в матці залишається додаткова долька чи 2/3 оболонок, або навіть коли є підозра на затримку частин плаценти в порожнині матки, потрібно робити операцію – ручне обстеження матки і виділення частин плаценти, що затримались.

➤ Кровотечі в ранньому післяродовому періоді внаслідок гіпотонії або атонії матки.

Післяродовий гемостаз забезпечують два основні фактори – це скорочення м'язів матки та тромбування в судинах плацентарної ділянки. Порушення одного з цих механізмів приводить до розвитку кровотечі. Частіше причиною кровотечі в ранньому післяродовому періоді є порушення скоротливої діяльності матки. Вони зустрічаються в 2% від загальної кількості пологів. Кровотеча, обумовлена затримкою скоротливої здатності матки, називається гіпотонічною. Якщо м'язи матки зовсім не здатні до скорочення, кровотеча називається атонічною.

Причини гіпотонії і атонії матки дуже різнобічні. Це – недостатність нервово-м'язового апарату матки, морфологічна неповноцінність матки (запальні та рубцеві зміни ендометрію, пов'язані з патологічними родами, пухлинами, оперативними втручаннями), розтягненням матки (великий плід, багатоводдя, багатопліддя), тяжка екстрагенітальна патологія, вроджені захворювання крові, порушення гемостазу пов'язане з ускладненням вагітності (антенатальна загибель плоду, пізній гестоз, емболія навколоплідними водами), слабкість родової діяльності чи її дискоординація, неконтрольоване введення лікарських утеротонічних препаратів, надмірний біль, втома або збудження жінки, передлежання плаценти, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, щільне прикріплення та прирощення плаценти, затримка в порожнині матки посліду або його частин.

Клінічна картина гіпотонічної кровотечі складається з наступних симптомів: кровотеча з матки непостійна, помірна або значна кров виділяється зі згортками. Матка м'яка, скорочується дуже погано, розміри її збільшуються внаслідок накопичення в її порожнині згустків крові. Знижується спонтанне збудження матки та її реакція на всі види подразнень (фармакологічні, хімічні, термічні та механічні). *При атонії* матка повністю втрачає спонтанну збудливість і фармакологічну реактивність. Настає гальмівна фаза перебігу збудження в нервовому апараті матки.

Стан породіллі залежить від інтенсивності та об'єму кровотечі, вихідного стану організму, стійкості гемодинаміки, своєчасності надання кваліфікованої допомоги. При несвоєчасному застосуванні радикальних заходів для зупинки кровотечі швидко розвиваються незворотні зміни в життєво важливих органах і породіллі гинуть від гострої крововтрати і геморагічного шоку.

Лікування гіпотонічної кровотечі спрямоване на швидке відновлення нормальної скоротливої активності матки та боротьбу з гострим недокрів'ям. При затримці посліду чи його частин в порожнині матки, підозрі на щільне прикріплення плаценти, необхідно провести ручне видалення посліду і обстеження порожнини матки. Не можна багаторазово і грубо застосовувати прийоми виділення посліду, оскільки це приводить до порушення скоротливої діяльності матки і продовження кровотечі.

Для лікування кровотечі, що виникає в зв'язку з гіпотонією матки послідовно застосовують

випорожнення сечового міхура, огляду посліду та пологових шляхів, зовнішній масаж матки, місцеву гіпотермію (холод на низ живота), внутрішньовенне введення 1мл метилергометрину або 1 мл окситоцину, зовнішньо - внутрішній масаж матки на кулаці.

Операція масажу матки на кулаці – проводиться під наркозом, в асептичних умовах.

Техніка операції: однією рукою (звичайно лівою) розводять статеві губи, права рука у вигляді конуса вводиться в матку, стискається в кулак і зміщує матку вгору і вперед. Другою рукою, через стерильну пелюшку, проводять обережний! масаж шляхом її поглажування через передню черевну стінку. При частковому збереженні моторної функції матки відмічається скорочення м'язів, а при атонії скорочення відсутні.

При продовженні кровотечі застосовують методи, які приводять до рефлекторного подразнення рецепторів і сприяють скороченню матки. Це накладання шва на задню губу шийки матки, затискачів на шийку матки, тампон з ефіром у заднє піхвове склепіння, притиснення черевної аорти, притиснення матки до лонного зчленування. При відсутності ефекту та продовженні кровотечі, яка становить більш 1000 мл, при ознаках ДВЗ синдрому, необхідно швидко приступити до лапаротомії для перев'язки маткових судин або надпихової ампутації чи екстирпації матки.

Одночасно з заходами по зупинці кровотечі, проводиться боротьба з гострим недокрів'ям. Кровотеча вважається компенсованою, якщо вона не перевищує 1% маси тіла, дефіцит ОЦК не більше 15%. Декомпенсованою вважається кровотеча, що має 1,5% маси тіла, дефіцит ОЦК більше 15%.

Оцінка крововтрати будується на визначенні наповнення і частоти пульсу, артеріального тиску, величини погодинного діурезу, гематокриту, гемоглобіну, шокowego індексу. Кровотеча до 500 мл відновлюється кровозамінниками (поліглюкін, реополіглюкін, розчин глюкози, розчин Рінгера, фізіологічний розчин). При більшій крововтраті необхідно переливання крові. Доцільне введення серцевих глікозидів, оксигенотерапія, зігрівання хворої, при термінальних станах - інтубація і підключення апарату ШВЛ, непрямий масаж серця, внутрішньовенне введення адреналіну.

12.2.5. Клініко-діагностичні критерії геморагічного шоку

Виразність клінічних проявів залежить в першу чергу від ступеню дефіциту ОЦК і швидкості крововтрати. По швидкості кровотечі розподіляються на блискавичні (вся клініка розвивається на протязі декількох хвилин), гострі, підгострі (5-6% ОЦК/год.) і хронічні .

Д.Хенсон пропонує наступну орієнтовну таблицю співвідношення ступеня крововтрати і клінічної симптоматики при геморагічному шоці.

Співвідношення ступеня крововтрати і клінічних даних при геморагічному шоку.

Ступень крововтрати	Об'єм крововтрати	Систолічний АТ (СТ) мм.рт.ст.	Ознаки і симптоми
Компенсована або передшок	10-15%	Нормальний	Слабкість, тахікардія, серцебиття.
Помірна	15-30%	Дещо знижується	Спрага, слабкість, тахікардія, пітливість.
Середня	30-35%	70-80	Неспокій, блідість, олігоурія.
Тяжка	35-40%	50-70	Блідість, ціаноз, колапс.
Глибокий шок	40-50%	50 і нижче	Колапс, відчуття недостатності повітря, анурія.

Для оцінки ступеню дефіциту ОЦК по шокowому індексу (співвідношення частоти серцевих скорочень до систолічного АТ) запропонована таблиця:

Величина крововтрати в % від загального	Індекс шоку
---	-------------

об'єму крові	
0	0,54
10-20	0,78
20-30	0,99
30-40	1,11
40-50	1,38

В практичному плані зручно розділити шок на компенсований та декомпенсований. При компенсованому шоку АТ залишається нормальним або дещо зниженим, але систолічний тиск (СТ) перевищує 100 мм.рт.ст., діастолічний (ДТ) іноді підвищений, пульс порядку 100-120 уд. за хв., обличчя бліде, шкіра холодна.

Необхідно пам'ятати, що клінічні ознаки шоку виникають лише при раптовому зменшенні ОЦК більше ніж на 20%. При крововтраті, що продовжується (дефіцит ОЦК 30% і більше) настає 2-га фаза шоку або декомпенсований шок. При цьому СТ падає нижче 100 мм.рт.ст., пульс досягає 120-140 уд./хв., наростає задишка, шкіра покрита холодним потом, з'являється страх, неспокій, олігурія або анурія, кінцівки бліді, температура їх значно знижена. Прийнято виділяти також "незворотний шок", який відрізняється від "зворотнього" в основному глибиною порушень центральної гемодинаміки, ступенем поліорганної недостатності і тривалістю декомпенсації.

12.2.6. Основні принципи організації переливання крові та її компонентів в акушерсько-гінекологічному стаціонарі.

Переливання крові в акушерсько - гінекологічній практиці має ряд специфічних особливостей. В акушерстві переливання крові застосовується головним чином для надання невідкладної допомоги, для врятування життя. Це зв'язано з раптовістю і масивністю крововтрати під час вагітності та пологів, а також деякими складнощами, які виникають іноді при зупинці "акушерської" кровотечі.

Кров та її похідні знаходять все більш широке застосування в лікуванні ускладнень вагітності та пологів, а використання крові як і в інших хірургічних відділеннях зростає. Але лікування кров'ю зв'язане з імовірністю виникнення грізних ускладнень. Вони більш можливі у жінок, які підлягають ризику імунізації при вагітності. Переливання крові може стати додатковим фактором, який підвищує цей ризик. В цей же час відомо, що у жінок, попередньо імунізованих антигенами крові за системою резус, число мертворождалих в два рази вище, ніж у жінок, яким кров не переливалась. Це з одного боку примушує переливати кров жінкам, особливо тим, які знаходяться в дітородному періоді, тільки за строгими показаннями, з другого боку - вимагає від організації служби крові в акушерській практиці особливої чіткості і невідхильного дотримання заходів трансфузіології.

В задачі служби переливання крові акушерсько - гінекологічних відділень входить:

- 1) отримання (а інколи і зберігання) і видача крові, препаратів крові і кровозамінників;
- 2) реєстрація отриманої крові та кровозамінників;
- 3) отримання стандартних та антирезусних сироваток;
- 4) отримання та правильне зберігання одноразових систем для переливання крові і кровозамінників, а іноді самостійна заготовка, обробка, монтування і стерилізація систем для переливання крові та кровозамінників (в останньому випадку забезпечується також видача стерильних і отримання використаних систем для трансфузії);
- 5) отримання необхідного спорядження (стерильні флакони з розчином 7б і системи для взяття крові) для виконання екстреного забору крові у донорів;
- 6) забезпечення правильного виконання операції переливання крові, чіткого ведення документації на переливання крові та її компонентів і кровозамінників у відділеннях акушерсько-гінекологічного стаціонару.

Очолює службу крові лікар, відповідальний за переливання крові. Він призначається наказом головного лікаря і в його обов'язки входить забезпечення виконання вищеперерахованих задач, а також контроль за проведенням всіх заходів безпосередньо зв'язаних з гемотрансфузією.

Середній медичний персонал всю роботу виконує під керівництвом відповідального лікаря. В обов'язки медичних сестер (акушерок) працюючих разом з відповідальним лікарем входить:

- 1) замовлення крові, препаратів крові та кровозамінників, стандартних сироваток та антирезусних сироваток;
- 2) отримання вищеперерахованих препаратів і реєстрація їх в книзі реєстрації крові, її компонентів та препаратів;
- 3) при зберіганні крові у відділеннях стаціонару – дотримання правильного режиму зберігання крові, реєстрація температури в холодильнику (в "Журналі температурного режиму зберігання крові"), здійснення регулярного макроскопічного огляду крові;
- 4) отримання (чи самостійна заготовка), обробка, монтування, стерилізація, зберігання та видача систем для гемотрансфузії і введення кровозамінників. Зберігання і видача одноразових систем для переливання крові та кровозамінників;

- 5) підготовка усього необхідного для переливання крові і кровозамінників;
- 6) надання допомоги лікарю у визначенні групи крові, резус - фактора і проведення проб на сумісність при переливанні крові;
- 7) безпосереднє введення хворим кровозамінників. Спеціально підготовлена медична сестра може здійснювати переливання крові та її компонентів під контролем лікаря;
- 8) надання допомоги лікарю при виконанні операції забору крові, зворотнього переливання крові, прямого переливання крові, обмінного переливання крові у новонароджених і при деяких інших процедурах.

Консервовану кров, препарати крові та кровозамінники акушерсько-гінекологічний стаціонар отримує із інститутів переливання крові і станцій переливання крові. При великих стаціонарах організовується відділення або кабінети переливання крові, задачою яких є забезпечення цього стаціонару необхідною кількістю крові. В тому випадку, якщо у відділенні чи кабінеті переливання крові забезпечена цілодобова видача крові, то питання про безпосереднє її збереження в акушерсько-гінекологічних відділеннях стаціонару відпадає. Але при відсутності таких відділень і кабінетів доводиться утримувати черговий запас крові. Для цього виділяють електро-холодильник, який звичайно розташовується в операційному блоці або в пологовій кімнаті стаціонару. Медична сестра, яка контролює збереження крові в холодильнику обов'язково звертає увагу на правильність паспортної частини флакона. Консервована кров зберігається в холодильнику при температурі +2-+6 С. Температура в холодильнику відповідно показанням термометра два рази на добу відмічається в спеціальному журналі з графами:

- 1) дата
- 2) години вимірювання температури
- 3) підпис медичної сестри або акушерки

Щоденно, а також безпосередньо перед трансфузією, виконується макроскопічний огляд кожного флакону з кров'ю. При цьому слід звернути увагу на гемоліз, наявність згустків, цілісність флаконів, герметичність упаковки.

При зберіганні крові відбувається поступове осідання більш важкої клітинної маси, в результаті кров у флаконі чітко розмежується на два шари: нижній шар (клітинна маса), який складається з еритроцитів, на поверхні яких у вигляді тонкого шару розташовуються тромбоцити і лейкоцити, та верхній шар – прозора чи злегка мутнувата плазма. При тривалому зберіганні білий шар лейкоцитів і тромбоцитів, які знаходяться на поверхні еритроцитів дещо потовщується і перетворюється на щільну плівку, жир концентрується і спливає, а плазма просвітлюється.

Найбільш частою причиною непридатності крові є наявність в ній згустків. При цьому межа між клітинною масою і плазмою буває нерівною. Крім того, наявність згустків можна виявити при обережному покачуванні (обертанні) флакона, який знаходиться у вертикальному положенні. При цьому згустки, відмінністю яких є темний колір, в силу свого тяжіння осідають на дно, утворюючи дефект в білому кільці лейкоцитів і тромбоцитів і одночасно при коливаннях флакону деякі згустки випливають на поверхню плазми.

Рідше зустрічається гемоліз. На нього вказує порозовіння плазми на межі з клітинною масою.

Інфікування крові зустрічається дуже рідко. Воно супроводжується гемолізом, желатинуванням плазми, появою в ній муті, пластівців і плівок, а в клітинній масі – крупинок або комочків темно – вишневого кольору.

Плазма може бути мутною від розчиненого в ній жиру (хільозна кров). Для відмінності її від інфікованої крові рекомендовано витримати таку кров на протязі трьох годин при кімнатній температурі чи 1,5-2 год при температурі 37 С. Лише у випадку зникнення білого нальоту на поверхні і просвітлення плазми в результаті розчинення жиру кров може бути використана для трансфузії. Підігріта таким чином кров повинна відразу використатись.

Препарати крові – еритроцитарна маса, лейко- та тромбозавись, нативна плазма – зберігаються при тих же умовах, що і кров.

Ознаки непридатності еритроцитарних компонентів крові являються гемоліз, наявність згустків та інфікування.

При наявності гемолізу з'являється рожеве забарвлення консервуючого розчину над еритроцитами. Ознаками інфікування є каламутність і зміна кольору консерванту, наявність пластівців і плівок.

Нативна плазма непридатна до переливання, якщо вона має тьмяне забарвлення з сіруватим відтінком або містить осад, плівки, згустки та сторонні тіла.

При знаходженні гемолізу, згустків, мутності і т.д. консервовану кров та її компоненти необхідно враховувати, реєструючи це в книзі реєстрації браку крові і її компонентів та препаратів (облікова форма №236).

Згідно інструкції термін придатності консервованої крові з моменту заготівлі складає 21 день, еритроцитарної зависі – 15 днів, еритроцитарної маси – 5-7 днів, нативної плазми – 3 дні. Ефективність введення лейко- та тромбоцитарної маси зберігається на протязі 1-2 діб з моменту заготівлі.

Термін зберігання лейкозависі при використанні її в якості нативної не повинен перевищувати 5 діб, термін зберігання тромбоцитарної маси 2 дні.

Що стосується інших компонентів крові та кровозамінників, необхідно пам'ятати, що їх зберігання потребує різних умов. Нижче наводяться відомості про температурний режим зберігання деяких головних препаратів крові та кровозамінників.

Температурний режим зберігання крові та кровозамінників.

Назва препарату	Температура
Суша плазма.	Кімнатна
Альбумін.	2-10 С
Фібриноген.	2-10 С
Сироватковий поліглобулін.	3-10 С
Гідролізин.	4-20 С
Амінокровін.	Не вище 20 С
Протеїн.	Кімнатна (в захищеному від сонця місці)
Поліглюкін.	Те ж
Амінопептид.	Кімнатна
Манітол.	Не вище 20 С
Желатиноль.	Не вище 22С
Реополіглюкін.	10-25 С

З перерахованого видно, що частину кровозамінників необхідно зберігати в холодильнику (але не разом з кров'ю), тоді як деякі препарати можна зберігати при звичайних умовах в темному прохолодному і сухому місці. Порушення встановлених режимів зберігання в одних випадках може призвести до інактивації препарату (фібриноген, наприклад, при температурі вище 10 С піддається денатурації), в других випадках препарат так змінює склад і структуру, що його вливання може викликати небезпечні для життя наслідки.

Для боротьби з профузними матковими кровотечами у відділенні завжди повинен бути певний запас крові та кровозамінників. Рекомендується слідуєча їх кількість: консервована кров або еритроцитарна маса усіх чотирьох груп крові системи АВО – 0,5-2 л крові кожної групи, поліглюкін, желатиноль всього – 10-12 л, білкові кровозамінники – 10 л, 0,85% розчин кухонної солі 15-20 л. Крім цього, бажано мати рингера-лактат, лактосоль, реополіглюкін, еритроцитарну масу, контрикал, протаміна сульфат, суху плазму, фібриноген.

Серед інших медикаментів, доповнюючих трансфузійну терапію, необхідно відмітити наступні: 40% розчин глюкози, інсулін, 10% розчин хлористого кальцію, строфантин, корглікон, 6% розчин епсилон – амінокапронової кислоти, 4% або 5% розчин гідрокарбонату натрію, манітол, сечовина, лазикс, трасилол. Стандартні сироватки для визначення груп крові та антирезусні сироватки (ці та інші обов'язково двох серій) повинні зберігатися в холодильнику і по закінченні терміну придатності замінюються свіжими.

На жаль, забезпечення достатньою кількістю “чергової” крові особливо в невеликих стаціонарах, являє значні труднощі. В зв'язку з цим доцільно мати список можливих донорів крові з числа співробітників та осіб, що проживають в районах розташованих біля стаціонару, з уже відомою групою крові та резус-фактором. Для забору крові у цих донорів, як було вказано, необхідно мати певний запас (15-20 флаконів) гемоконсервуючого розчину та відповідну кількість систем для забору крові.

Переливання крові.

Безпосередньо перед переливанням крові середній медичний персонал проводить визначення групи крові та резус-належності у хворої та перевіряє їх у флаконі і, показавши результати лікареві, фіксує їх в історії хвороби та карті переливання крові.

Візуальне визначення придатності крові до переливання.

Визначається цілісність флакона і герметичність його закупорювання. Вивчити паспорт крові (звернути увагу на позначення групи крові та резус-належності, дату забору). Визначити якість плазми (колір, прозорість, однорідність).

Визначення групи крові.

На спеціальну тарілочку в кожну лунку наносять відповідні сироватки 4 груп 2-х серій.

Палець хворої протирають ватною кулькою з 96% розчином спирту і проколюють скарифікатором. Першу краплю крові витирають. До кожної краплі сироватки додають в 10 разів меншу краплю крові хворої, перемішуючи їх окремими скляними паличками. Через 4 хвилини до кожної лунки додають по одній краплі фізіологічного розчину. Відлічують 1 хвилину і показують результат лікареві. Якщо аглютинація виникла у лунках з 1 і 3 групою - кров 2 групи, якщо аглютинація не виникла ні в одній з лунок - кров 1 групи, якщо аглютинація виникла в лунках з 1 і 2 групою – кров 3 групи, якщо аглютинація виникла в лунках з 1,2 та 3 групою – кров 4-ої групи.

Визначення резус-належності експрес-методом.

В пробірку (або на тарілку, чашку Петрі, тощо) додають антирезусну сироватку, додають дослідну кров у співвідношенні 5:1. Вичікують 4 хвилини і додають краплю фізіологічного розчину, розмішують. Вичікують 1 хвилину і показують результат лікареві (якщо виникла аглютинація - кров резус позитивна і навпаки).

Проведення проби на індивідуальну сумісність.

На тарілку наносять плазму хворого, додають форменні елементи донора у співвідношенні 10:1. Вичікувати 4 хвилини і додати 1 краплю фізіологічного розчину. Вичікувати 1 хвилину і показати результат лікареві (якщо виникла аглютинація проба вважається позитивною і кров не переливається).

Проведення проби на Rh-сумісність.

На чашку Петрі нанести плазму хворої і додати форменні елементи донора у співвідношенні 10:1, чашку Петрі поставити на водяну баню на 10 хвилин ($t = 52-55\text{ C}$). Результат показати лікареві (якщо виникла аглютинація, проба вважається позитивною і кров не переливається).

Проведення біологічної проби.

Проводиться венепункція, підключається система для переливання крові. Кров в кількості 25 мл переливається струйно. Система перекидається на 3-5 хв, спостерігається за хворою (якщо у хворої з'являється біль у поперекові, головокружіння, головний біль, підвищується температура тіла, пробу припиняють). Знову переливають струйно 25 мл крові. Система перекидається на 3-5 хвилин, спостерігати за хворою. Втретє переливається 25 мл крові, потім перекидають систему на 3-5 хв і спостерігають за хворою. При негативній пробі встановлюємо крапельне переливання крові (30-40 крапель за хвилину).

XVI. Післяпологові інфекційні захворювання.

Ускладнення післяпологового періоду інфекційного генезу поділяють на 3 групи захворювань:

- власні післяпологові септичні захворювання, що виникли внаслідок попадання інфекції на родові рани, що утворилися після акту пологів;
- інτερкурентні захворювання інфекційного характеру (грип, ГРЗ, ангіна, тощо);
- екстрагенітальні післяпологові інфекції, при яких геніталії можуть і не пошкоджуватись (мастит, цистит, пієлонефрит).

Власне післяпологові інфекційні процеси представляють собою динамічний процес, що виникає і розвивається внаслідок взаємодії макро - та мікроорганізму при попаданні останньої в післяпологові шляхи породіллі.

Безсумнівним і єдиним етіологічним чинником післяпологових септичних захворювань є мікроорганізми. Найчастіше ними являються стафілококи, стрептококи, колибактерії, ентерококи, грам-негативна анаеробна мікрофлора, та ін., у вигляді моноінфекції або в складі мікробних асоціацій. В останній час спектр післяпологових хвороботворних мікроорганізмів дещо змінюється. Зростає частка умовно - патогенних мікроорганізмів, що вегетують в організмі здорових людей, не викликаючи інфекційних ускладнень, а за певних умов набувають патогенних властивостей. Зростає етіологічна роль хламідій, генітальних мікоплазм, дріжджеподібних грибків. Висока частка в етіології післяпологових захворювань належить госпітальним штамам, в першу чергу *Staphylococcus aureus*. Інфекційний агент може проникати в організм породіллі екзогенно (з рук самої породіллі, медичного персоналу, через білизну, предмети догляду, перев'язочний матеріал). Однак можливий і розвиток ендогенної інфекції, коли мікроби попадають на раневу поверхню із несанованих вогнищ хронічного запалення в організмі самої жінки (хронічний гастрит, каріозні зуби, захворювання жовчно-видільної системи, хронічний тонзиліт, тощо).

Воротами інфекції є внутрішня поверхня матки, яка після відокремлення плаценти являє собою раневу поверхню значного розміру, а також створені в процесі пологів розриви, тріщини м'яких статевих шляхів, особливо не відновлені після пологів. Залишки некротизованих тканин, тромботичні утворення, інфільтрація ушкоджених тканин безумовно створюють сприятливий субстрат для розмноження в рані мікроорганізмів, а значна васкуляризація та лімфовідток геніталій в післяпологовому періоді створюють умови для швидкого розповсюдження інфекції.

Однак попадання мікроорганізмів, навіть патогенних, на раневу поверхню не завжди реалізується в розгорнуту картину інфекційного процесу. В разі коли реактивність організму висока, імунної відповіді організму виявляється достатньо для знешкодження збудника.

Але наприкінці вагітності, в пологах, і особливо, в післяпологовому періоді створюється ряд певних передумов, що в сукупності зменшують захисні сили організму і сприяють більш швидкій реалізації запального процесу. До таких факторів слід віднести зменшення активності імунної системи наприкінці вагітності та в пологах, значний викид в пологах імунодепресорних активних речовин, уповільнення кровотоку та фізіологічна післяпологова гіперкоагуляція, виснаження організму внаслідок значного фізичного та емоційного навантаження, яким являються пологи, тощо. Ще більше погіршується резистентність макроорганізму до інфекції у випадку патологічного перебігу вагітності (гестози, анемії, екстрагенітальна патологія запального та незапального генезу, загроза переривання вагітності, особливо при її гормональній чи хірургічній корекції), передчасному вилиттю навколоплідних вод, тривалому безводному проміжку, затяжних пологах, частих вагінальних дослідженнях, а також при оперативних втручаннях, значно сприяє післяпологовим септичним захворюванням некомпенсована крововтрата в пологах.

При поєднанні різноманітних несприятливих факторів мікроорганізми попадають на раневу поверхню (вхідні ворота), формують первинне вогнище запальної реакції і досить швидко (в залежності від стану макроорганізму та вірулентності збудника) розповсюджуються далі лімфогенним, гематогенним або каналікулярним шляхом.

Таким чином післяпологові септичні захворювання набувають постадійного перебігу: від первинного вогнища інфекції до її генералізації. Саме такий погляд на прогресування післяпологових захворювань лежить в основі їх класифікації, що запропонована С.В.Сазоновим та А.В.Вальтерсом у 1973р., і до цього часу використовується в акушерстві. За цією класифікацією різні форми післяпологової інфекції розглядаються як окремі ланки єдиного динамічного процесу.

I етап – клінічна картина захворювання визначається місцевими проявами інфекційного процесу в ділянці родової травми:

- післяпологовий ендометрит;
- післяпологова виразка.

II етап – інфекція розповсюджується за межі пологової рани, однак залишається локалізованою:

- метрит;
- параметрит;
- обмежений, без розпаду, тромбофлебіт (метротромбофлебіт, тромбофлебіт тазових вен та вен ніг);
- сальпінгоофорит;
- пельвіоперитоніт.

III етап - по тяжкості інфекція близька до генералізованої:

- поширений перитоніт;
- септичний шок;
- прогресуючий тромбофлебіт.

IV етап - генералізована інфекція:

- сепсис без метастазів та з метастазами.

Окремо виділяються екстрагенітальні післяпологові захворювання (мастит).

16.1. I етап.

Післяпологова виразка.

Під цією назвою розуміють рани (тріщини чи розриви) на промежині, вульві, піхві чи шийці матки, що мали місце в пологах і зазнали інфікування. Початок захворювання звичайно припадає на 3-4 дні післяпологового періоду. Раньова поверхня вкривається бруднувато-сірим або сіро-жовтим нальотом, який важко відокремлюється від нижче розташованих тканин. Рана легко кровоточить, тканини, навколо неї набряклі і гіперемійовані, різко болючі.

Загальний стан хворої страждає мало. Іноді впродовж 4-5 днів спостерігається висока температура тіла (до 39°C і більше), яка потім повертається до субфебрильних цифр.

Післяпологовий ендометрит.

Клініка післяпологового запалення внутрішньої поверхні матки залежить від форми перебігу (легка, середня, тяжка). Перші ознаки з'являються на 5-12 день після пологів, а в тяжких випадках на 2-3 день. Підвищується температура тіла до 38-38,5°C і вище, погіршується загальний стан, прискорюється пульс.

Матка дещо збільшена, болюча, лохії довго залишаються кров'янистими, можуть стати пійними. Іноді вони затримуються в матці, спричиняючи розвиток лохіометри, яка може перейти піометру. В загальному аналізі крові лейкоцитоз зі зсувом лейкоцитарної формули вліво, прискорення ШОЕ, може бути анемія.

16.2. II етап.

Післяпологовий метрит.

Це більш глибоке ураження матки, яке виходить за межі ендометрію внаслідок розповсюдження інфекції по лімфатичним щілинам та судинам в міометрій. Розпочинається він одночасно з ендометритом або через 7 днів після пологів. Загальний стан породіллі значно погіршується, підвищується температура тіла до 40°C, з'являється остуда та ознаки інтоксикації (головний біль, слабкість). Пульс прискорений. Матка погано скорочується, при пальпації болюча, особливо по ребрам. Лохії мало, вони темно-червоні, з домішками гною, з неприємним запахом.

Післяпологовий параметрит.

Захворювання виникає внаслідок розповсюдження загального процесу на навколоматкову клітковину і розпочинається, як правило, на 7-10 дні післяпологового періоду. Першими його ознаками є підвищення температури тіла до 39-40°C, остуда, тахікардія. В аналізі крові визначається лейкоцитоз, зсув формули вліво, зростає ШОЕ. Хвору турбує помірний тянучий біль внизу живота.

При піхвовому дослідженні на початку захворювання визначається пастозність і болючість матки. Потім з'являється інфільтрат щільної консистенції, помірно болючий, нерухомий, що розміщується між боковою поверхнею матки і стінкою тазу.

Післяпологовий сальпінгоофорит

Запалення придатків матки, як правило, являється ускладненням ендометриту. Інфекція розповсюджується лімфогенним шляхом, або по матковим трубам (інтраканалікулярно). Загальний процес спочатку поширюється на маткові труби, а потім переходить на яєчники з утворенням єдиного конгломерату.

Захворювання розвивається на 9-10 день після пологів, супроводжується погіршенням загального стану, підвищенням температури, лихоманкою, тахікардією, сильними болями у животі, нудотою, метеоризмом, перитоніальними симптомами. При бімануальному обстеженні придатки матки пастозні і різко болючі. При гіперергічному перебігу можливе нагноєння (піосальпінкс, піоварум) з загрозою розвитку гнійного перитоніту.

Післяпологовий пельвіоперитоніт.

Це обмежена запалення очеревини малого тазу внаслідок розповсюдження інфекції з сусідніх органів (матки, придатків).

Виникнення пельвіоперитоніту припадає на різні терміни післяпологового періоду. Розпочинається він бурхливо, з надзвичайно швидкого підйому температури, значної тахікардії, нудоти, блювання. Різко виражені болі в нижніх відділах живота, позитивним виявляється симптом Щоткіна-Бломберга. Приєднується відчуття сухості в роті, метеоризм, можливі дизурічні розлади. Живіт стає напруженим, твердим. При вагінальному дослідженні іноді вдається встановити випинання заднього склепіння внаслідок накопичення ексудативного випоту в позаматковому просторі. Однак це не постійна ознака пельвіоперитоніту.

Пальпація матки різко болюча, іноді через це не вдається встановити чіткі її контури.

Перебіг захворювання може бути різноманітним. Частіше за все при адекватному лікуванні температура тіла падає, а випот розсмоктується. Іноді процес прогресує, виникає нагноєння з високою ймовірністю прориву гнійного осередку в пряму кишку, є тенезми, часті рідкі кишкові випорожнення з домішками слизу. При загрозі прориву в сечовий міхур з'являються імперативні позиви до сечовипускання, болючість при сечоспусканні, деяка затримка або труднощі.

Післяпологовий тромбофлебіт

Для розвитку тромбофлебіту в післяпологовому періоді складається безліч передумов. Це і застійні явища в обширній судинній сітці після спорожнення матки, і уповільнення кровотоку в венах ніг в перші дні післяпологового періоду, коли жінка лежить, і фізіологічна гіперкоагуляція, притаманна усім породіллям навіть у фізіологічних умовах.

Механізм формування післяпологового тромбофлебіту частіше за все пов'язаний з інфекційним ураженням венозної стінки при переході запального процесу з джерела інфекції по лімфатичним щілинам. Потім ділянка ураження прикривається тромбом і організується. Рідше має місце зворотній перебіг – інфікування вже сформованого тромбу.

В залежності від локалізації ураження розрізняють тромбофлебіт поверхневих та глибоких (маткових, тазових) вен.

Найчастіше процес тромбоутворення після пологів починається з вен матки (метротромбофлебіт) та тазових вен. При цьому клінічна картина складається з загальних симптомів (зростання температури тіла, остуда, ознаки підвищення коагуляційної активності і запальна реакція крові, лабільність пульсу, тощо) та виявлення під час бімануального дослідження звивистих судин на поверхні матки або на основі широких її зв'язок.

В подальшому процес поширюється на кульшо-стегові та глибокі стегові вени. Крім притаманних тромбофлебіту загальних ознак, заявляється біль по ходу уражених вен, набряк нижньої кінцівки, блідість і ціанотичність шкірних покривів. При враженні поверхневих вен візуально визначається набрякла і звивиста вена, надзвичайно болюча, шкіра над нею гіперемійована.

Післяпологовий тромбофлебіт, особливо глибоких вен, небезпечний високою ймовірністю емболії.

16.3. III етап.

Перитоніт.

Перитоніт – запалення очеревини, пов'язане з подальшим розповсюдженням інфекції по черевній порожнині. За причинами виникнення розрізняють власне післяпологовий перитоніт, післяопераційний, перфораційний (при якому подразнення очеревини виникає внаслідок розриву гнійних утворень в малому тазі), а також перитоніт внаслідок проникаючих в черевну порожнину поранень при здійсненні вагінальних оперативних втручань або при самовільному розриві матки. Частіше за все доводиться мати справу з післяопераційним перитонітом.

Виділяють *три можливих механізми інфікування черевної порожнини у хворих, що перенесли кесарський розтин.*

При першому варіанті перитоніт виникає внаслідок інфікування очеревини під час кесарського розтину на фоні довготривалого безводного періоду. Джерелом інфекції є вміст матки, який потрапляє в черевну порожнину під час операції. При цьому клінічні ознаки перитоніту виявляються на 1-2 добу після операції. Герметичність швів на матці зберігається, якщо процес не дуже тривалий.

При другому варіанті джерелом інфікування черевної порожнини після кесарського розтину може бути підвищена, внаслідок парезу, проникливість стінки кишечника для токсинів і бактерій.

Третій і найбільш частий варіант перитоніту обумовлений інфікуванням черевної порожнини внаслідок недостатності швів на матці.

Клініка акушерського перитоніту складається з ряду загальних і місцевих проявів. В залежності від їх вираженості розрізняють *три форми акушерського перитоніту.* При *першій* переважають прояви інтоксикації: психомоторне збудження, спрага, сухість слизової оболонки, тахікардія, слабкість. Тяжкість стану хворої залежить від вірулентності інфекції і швидкості розвитку синдрому поліорганної недостатності в організмі, ослабленому пологам.

В клінічній картині *другої форми* акушерського перитоніту на початку захворювання домінують симптоми парезу кишечника, а явища інтоксикації наростають згодом.

При третьому варіанті найбільш чітко, в порівнянні з іншими формами, виражена місцева симптоматика. На фоні вираженого парезу кишечника визначаються виражений симптом Щоткіна-Блюмберга, м'язовий дефанс, блювання, рідкі і часті випорожнення з різким запахом, чітка локальна болючість при пальпації.

Септичний шок.

Септичний шок – особлива реакція організму, яка характеризується розвитком складних системних розладів, пов'язаних з порушенням адекватної перфузії тканин, що виникають у відповідь на проникнення мікроорганізмів і їх токсинів. Найчастіше він ускладнює перебіг інфекцій, викликаних грамнегативною флорою: кишкова паличка, протей, синьогнійна паличка.

Виникненню інфекції спричиняють такі фактори:

- зниження загальної резистентності макроорганізму;
- особливості кровообігу вагітної матки, що сприяє легкому надходженню бактеріальної флори в кров'яне русло;
- зсуви гормонального гомеостазу;
- гіперліпідемія вагітних.

Шок розвивається гостро, як правило, після оперативного втручання або маніпуляцій в осередку інфекції, що сприяє прориву мікроорганізмів і їх токсинів в кров'яне русло.

В даному випадку дуже важлива рання діагностика, бо вже через 6-8 годин відбуваються незворотні процеси в організмі.

Основні діагностичні критерії:

1. Наявність септичного осередку в організмі.
2. Гіпертермія. Температура тіла підвищується до 39-40°C, утримується протягом 1-3 діб, потім критично падає на 2-4°C до субфебрильних, нормальних або субнормальних чисел.
3. Зниження артеріального тиску без крововтрати, або яке не відповідає її об'єму.
4. Тахікардія до 120-140 уд/хв. При цьому шоківий індекс перевищує 1,5 (при нормі 0,5), що свідчить про доволі швидке зниження ОЦК.
5. Тахіпноє до 30-60 дихальних рухів за хвилину, що відображає не тільки тканинний ацидоз, але й формування "шоківих" легень.
6. Порушення свідомості, яке проявляється ейфорією, збудженням, дезорієнтацією, маренням, слуховими галюцинаціями, втратою свідомості.
7. Суха з гіперемією шкіра швидко змінюється на бліду, вкриту холодним липким потом. Часто виникає Herpes labialis.
8. У більшості жінок з'являється періодичний біль з різною локалізацією, який виникає внаслідок порушення кровопостачання та крововилив в різні частини тіла, в м'язи, слизові оболонки.

При несвоєчасній терапії септичний шок ускладнюється гострою нирковою та дихальною недостатністю. Можлива також маткова кровотеча внаслідок прогресування ДВЗ крові.

Прогресуючий тромбофлебіт.

При цій патології процес не обмежується запаленням венозної стінки та утворенням тромбу, а розповсюджується далі по ходу вени. Тромб, що утворився, нерідко розпадається, внаслідок чого виникають емболії та інфаркти легень.

Емболія центральних гілок легеневої артерії проявляється різкою слабкістю, блідістю шкіри, зниженням артеріального тиску, тахікардією, болями в грудях.

При емболії невеликих гілок спостерігається задишка, прискорення пульсу. Переважно в нижніх частках легень виникають інфаркти. До постійних симптомів інфаркту належать: біль при диханні, притуплення перкуторного звуку, послаблення дихання з бронхіальним відтінком, дрібнопухирцеві хрипи на периферії інфаркту. Інколи з'являється кров в харкотинні, підвищується температура тіла, в загальному аналізі крові – лейкоцитоз.

16.4. IV етап.**Сепсис.**

Сепсис – це загальна (генералізована) форма післяпологової інфекції, що зумовлена виникненням ряду реакцій макроорганізму на вторгнення інфекційного агенту. Не можна вважати його лише наслідком прямої дії мікробу. Поняття "сепсис" – більш об'ємне і включає в себе порушення усіх життєво важливих функцій організму. Безумовно, це вторинний стан, тобто завжди є первинне вогнище запалення, яке представляє собою вхідні ворота для інфекції.

Септична інфекція перебігає у вигляді двох форм, що можуть розглядатися як фази одного процесу: сепсис без метастазів та сепсис з метастазами (септицемія, септикопемія).

Септицемія є більш ранньою формою сепсису. Частіше за все вона виникає на 1-3 добу післяпологового періоду внаслідок прориву інфекційного агенту в кровеносне русло, що зумовлює значну інтоксикацію організму. Перебіг септицемії бурхливий. Першими проявами є підвищення температури тіла вище 41°C і значне прискорення пульсу, яке звичайно не відповідає приросту температури. Заявляється сильна струшуюча остуда, кратність якої прямо корелює з ймовірністю летального наслідку для хворої. Шкірні покриви бліді, як правило з синюшним відтінком ногтьових фаланг і видимих слизових оболонок. Іноді на шкірі обличчя, спини, живота з'являються дрібні петехіальні висипи, що виникають внаслідок ураження капілярів і мікроінфарктів в тканинах. Такі ж зміни мають місце і у внутрішніх органах, що зумовлює появу мозкових симптомів, обмеження функції нирок аж до анурії, свідчення печінкової, серцевої недостатності. Артеріальний тиск зменшується, язик вкривається білим чи коричневим нальотом, заявляються зеленуваті рідкі калові маси, які іноді хвора не може втримувати через парез сфінктеру.

В аналізі крові у більшості жінок з'являється анемія. Зміна білої крові неспецифічна — лейкоцитоз або лімфопенія, зрушення вліво, прискорення ІПОЕ.

Під септикопемією розуміють утворення в різних органах і тканинах гнійних вогнищ. При ній патогенні мікроорганізми постійно депонують в лейкоцитах або ретикулоендотеліальній системі і періодично прориваються в кров'яне русло, розносяться ним і призводять до утворення все нових і нових метастатичних уражень.

Стан хворої при цьому хвилеподібно змінюється. В період депонування мікробів він дещо покращується, симулюючи картину несправжнього благополуччя. Однак потім знову різко зростає температурна реакція, виникає остуда. Хвора стає вкрай збудженою або навпаки, у неї спостерігаються ознаки пригнічення психічної діяльності. З'являються болі в ікроножних м'язах, зникає апетит, іноді з'являється нудота, майже завжди – спрага. Шкіра поступово набуває землистого відтінку, на ній з'являється петехіальний висип або виразки. Маса тіла знижується. Риси обличчя загострюються, набувають апатичного виразу.

З'являються ознаки порушення серцево-судинної діяльності. В цей період можливе висівання збудника при бактеріологічному дослідженні крові. Розвиток такої картини звичайно передуює утворенню нового гнійного осередку.

Метастазування при септикопемії може здійснюватися в усі органи та тканини. Швидше за все виникає занесення гною в легені (з утворенням їх абсцесів та емпієми плеври), нирки, печінку, селезінку і таке ін.

Відповідно формується клінічна картина поліорганної та полісистемної недостатності.

Прогноз при такій формі перебігу післяпологової інфекції досить сумнівний і залишається таким, не дивлячись на використання сучасних методів лікування.

16.5. Екстрагенітальні післяпологові інфекції. Післяпологовий мастит.

Післяпологовий мастит - запальне захворювання лактуючої молочної залози. Збудником його частіше є золотистий стафілокок, що коагулює плазму.

Інфекція проникає в молочну залозу лімфогенним та лактогенним (через молочні ходи) шляхом. Вхідними воротами для неї є тріщини сосків, рідше -молочні ходи.

Джерелом інфікування для породіллі можуть бути хворі медичні працівники, носії патогенного стафілококу, або хворі новонароджені. Іноді має місце занесення інфекційного агенту через предмети оточуючого середовища, інструменти, перев'язочний матеріал.

Суттєво сприяє виникненню й розвитку маститу в післяпологовому періоді лактостаз.

В клінічній картині лактаційного маститу виділяють три стадії, що поступово переходять одна в одну:

1. Серозна стадія (початкова);
2. Інфільтративна;
3. Гнійна:
 - гнійно – інфільтративна (дифузна чи вузлова);
 - абсцедуюча:
 - фурункульоз ареоли;
 - абсцес ареоли;
 - абсцес в товщі залози (інтрамамарний);
 - абсцес позаду залози (ретромамарний);
 - флегмонозна;
 - гангренозна.

Як правило, мастит є одностороннім процесом з гострим початком, що звичайно заявляється на 2-4 тиждень після пологів.

Серозна стадія характеризується раптовим підвищенням температури, появою слабкості, головного болю. З'являються больові відчуття в хворій молочній залозі, що посилюються при годуванні. Об'єктивно: вражена залоза збільшена, тепліша на дотик від здорової, пальпаторно визначається ділянка локальної болючості щільно, еластичної консистенції з гіперемійованою над нею шкірою. Іноді болючість визначається і при пальпації лімфатичних вузлів в пахвових западинах.'

Через 1-2 дні ця стадія змінюється інфільтративною. При цьому описані вище явища стихають, температура зменшується, а в ділянці локальної болючості з'являється щільний інфільтрат. Триває інфільтративна стадія маститу, як правило, 6-8 днів і змінюється розсмоктуванням або нагноюванням інфільтрату.

В разі коли інфільтративна стадія маститу змінюється гнійною, стан хворої знову погіршується. Температура тіла знову зростає, стає ремітуючою, з'являються ознаки інтоксикації, остуда. Інфільтрат збільшується в розмірах, шкіра над ним різко червоніє, стає набряклою. В інфільтраті заявляються явища флюктуації.

У 20% хворих гнійний мастит проявляється у вигляді абсцедуючої форми (фурункульоз, абсцес ареоли, тощо). Рідше гнійне ураження захвачує всю молочну залозу або більшу її частину (флегмонозний варіант). Стан хворої в такому разі дуже тяжкий. Уражена молочна залоза надзвичайно болюча, значно збільшена в розмірах, шкіра над нею багрово-синя. Ситуація може ускладнитися септичним шоком.

Гангренозна форма лактаційного маститу зустрічається рідко, характеризується надзвичайно тяжким станом хворої. При ній тканини молочної залози підлягають некрозу, що надає їм сіруватого забарвлення. Наслідки неблагоприємні.

16.6. Догляд за хворою породіллею.

Загальні принципи профілактики та лікування післяпологових інфекційно-запальних захворювань.

Враховуючи постійно зростаючий рівень гнійно-септичних запалень в післяпологовому періоді, як і раніше, ведуче значення мають заходи профілактики інфікувань породіль. З метою попередження післяпологового інфікування слід ретельно дотримуватись санітарно-гігієнічного і протиепідемічного режиму пологового будинку (відділення), що зводиться до виконання наступних заходів:

- утримання в необхідному порядку приміщень акушерського стаціонару;
- дотримання правил по прийому вагітних і породіль;
- регулярні медичні огляди медичного персоналу, виявлення і санація бактеріоносіїв;
- створення умов для підтримання ними санітарно-гігієнічних норм в лікувальному закладі;
- дотримання правил по обробці транспортних засобів, оточуючих предметів, білизни;
- створення асептичних умов при обробці операційного поля, родових шляхів породіллі, рук медичного персоналу;
- приділяти більш уваги запровадженню системи спільного перебування матері і дитини в післяпологовому періоді;
- санітарно-просвітня робота серед матерів щодо правил особистої гігієни та догляду за новонародженими.

В умовах жіночої консультації особлива увага приділяється виділенню серед вагітних груп ризику по розвитку запальних ускладнень в післяпологовому періоді.

З метою профілактики післяпологового інфікування, створення активного імунітету у матері та пасивного у новонародженого, можливе проведення у цієї категорії жінок щеплення стафілококовим анатоксином (трикратно: під час вагітності, в пологах, в післяпологовому періоді). Однак доцільність цього методу в останній час переглядається.

В процесі вагітності всі жінки повинні бути ретельно обстежені, а наявні у них вогнища хронічного інфікування – сановані.

В пологах суттєве значення набуває дотримання правил їх ведення, які виключають тривалий перебіг, передчасне вилиття навколоплодових вод і надмірний безводний період, травматизацію тканин. З точки зору профілактики інфекції має сенс ретельне знеболювання з метою запобігання зайвим стресовим ситуаціям. Крововтрата в пологах обов'язково має бути компенсована. З метою обмеження ймовірності інфікування в післяпологовому періоді по можливості обирають розродження природним шляхом. В разі необхідності оперативного втручання (кесарський розтин, акушерські щипці, ручне обстеження порожнини матки) в післяпологовому періоді призначають профілактичне протизапальне лікування.

З метою підтримання захисних сил породіллі в післяпологовому періоді призначають вітамінізоване висококалорійне харчування. Показане якомога раннє вставання здорової породіллі, дозовані фізичні вправи.

Догляд за ранами повинен здійснюватися з усіма правилами асептики та антисептики. Суттєвого значення набуває санітарно-просвітня робота серед породіль. Медичний персонал повинен ознайомити жінок з правилами догляду за новонародженими, з навиками обробки молочних залоз та грудного вигодовування. Контролювати правильність дотримання породіллями основних положень санітарно-гігієнічного режиму, їх перебування в післяпологовому відділенні. За хворими породіллями нагляд повинен бути посилений.

В залежності від загального стану хворим породіллям призначають суворий, обмежений або вільний ліжковий режим. Всі гігієнічні процедури догляд за шкірою, порожниною рота, молочними залозами здійснює санітарка під контролем медсестри. Зміну натільної та постільної білизни проводять 2-3 рази на тиждень. Підкладні стерильні пелюшки міняють 3-4 рази на день і після кожного туалету зовнішніх статевих органів, а також після огляду та обробки швів, зміни пов'язки.

При покращенні загального стану породіллі їй призначають обмежений ліжковий режим. Дозволяється вставати, самостійно відвідувати кімнату особистої гігієни, туалет, їдальню.

Питання про годування дитини груддю вирішується індивідуально, але в гострій стадії запалення, коли породілля одержує комплекс лікування, призначається штучне годування.

Харчування хворої породіллі має бути висококалорійним, смачним і легкозасвоюваним. Краще, якщо воно буде напіврідким до того часу, коли жінці дозволено буде вставати з ліжка.

Лікування післяпологових септичних захворювань включає в себе місцеві і загальні заходи. Суто місцевими методами можна обмежитися при лікуванні хворих з нетяжкими формами пуерперальних виразок. При наявності запального інфільтрату в області швів промежини рану слід розкрити і забезпечити добре відтікання раньового вмісту. В разі нагноєння потрібно дрениувати рану і ретельно промивати її антибіотиками. При некрозі мертвілі тканини треба видалити. Для кращого формування грануляцій дуже корисно зрошувати рану розчинами протеолітичних ферментів (трипсин,

хімотрипсин), після очищення рани показані мазеві пов'язки, УВЧ, кварц. При обширних виразках з некрозом тканин проводять ультразвукову обробку. Для цього рану заповнюють розчином фурациліну (1:5000) і занурюють в неї канюлю ультразвукового апарату на 5-10 хв.

В більшості випадків післяпологових септичних захворювань у породіль спостерігається уповільнення інволюції матки (субінволюція) і затримка виділень в її порожнині (лохіометра). При цьому необхідно провести вакуум-аспірацію чи вишкрібування їх кюреткою. Якщо виділень небагато, можна обмежитися розширенням цервікального каналу для кращого відтоку гною, а для зменшення всмоктання продуктів розпаду і токсинів проводиться промивання порожнини матки охолодженими розчинами антисептиків та антибіотиків. Застосування утеротонічних засобів не завжди є доцільним.

Якщо у хворої виявлено обмежене гнійне вогнище (гнійний інфільтрат при параметриті, піосальпінкс), його розкривають, дрениують і надалі ведуть, користуючись загальними принципами лікування гнійних ран.

Свої особливості має лікування лактаційного маститу. На етапі інфільтрації крім ретельного випорожнення залози призначають антибіотики, лід на уражену ділянку під час набряку, потім – масляні компреси. Досить ефективними засобами лікування є ретромамарна блокада (новокаїн + антибіотики), ультразвук на молочну залозу, стафілококовий анатоксин. При нагноюванні абсцес розтинають, дрениують і лікують як септичне захворювання.

Питання про пригнічення лактації вирішується індивідуально при згоді хворої. Для цього використовують препарат бромокриптин (парлодел).

Особливої уваги заслуговують деякі аспекти ведення хворих з тромбофлебітичними ураженнями. По-перше, в процесі лікування вони потребують ретельного контролю за станом зсідальної та протизсідальної систем крові. Для профілактики тромбоутворення породіллі показане якомога раннє вставання з ліжка і активна поведінка в післяпологовому періоді. Однак в разі розвитку тромбофлебиту надзвичайно важливе суворе дотримання ліжкового режиму. Це є основною умовою профілактики емболізації. Показано бинтування кінцівок еластичними бинтами, дихальна гімнастика. Крім протизапальних, десенсибілізуючих, судиннопротекторних засобів, вітамінних препаратів, застосовуються антикоагулянти (обов'язково під контролем коагулограми).

Вставати з ліжка дозволяється лише в разі нормалізації температури на протязі тижня, зменшення ШОЕ нижче 30мм/год, при відсутності ознак "повзання мурашок".

16.7. Методи загального лікування післяпологових септичних захворювань.

1. Антибіотикотерапія з урахуванням чутливості мікрофлори та індивідуального сприйняття препарату. Використовуються антибіотики вузького (пеніциліни, макроліди, фузидин-натрій) та широкого (левоміцетин, тетрациклін, ампіцилін, аміноглікозиди, цефалоспорины, рифампіцин, тіенам) спектру дій.

2. Сульфаніламідні препарати, похідні нітрофурану, противірусні засоби (етазол, сульфален, бактрим, діоксидин, фурацилін, фурагін, неграм, 5-нок, флагил, трихопол, ністатин, леворин).

3. Інфузійна терапія. З цією метою застосовують трансфузію донорської крові, препарати крові (альбумін, протеїн), поліглюкін, ізотонічний розчин натрію хлориду, розчин Рінгера-Локка, білкові гідролізати (амінокровін, аміназол), синтетичні амінокислоти, глюкозу з інсуліном, реополіглюкін, гемодез, антигістамінні препарати, аскорбінову кислоту, вітаміни групи В.

4. Імунотерапія: стафілококовий анатоксин, протидіозан, левамизол, тималін, тощо.

5. Стимуляція лейкопоезу (метилурацил, пентоксил).

6. Утеротонічна терапія (окситоцин, маммофізин, пітуїтрин).

Сучасні додаткові методи лікування.

1. Лазерне опромінення крові.

2. Ультрафіолетове опромінення крові.

3. Гемо- і лімфосорбція.

4. Плазмаферез.

5. Промивання або лаваж порожнини матки.

Всі ці методи застосовуються комплексно, з урахуванням стану хворої і якомога швидше від початку захворювання. При післяпологових інфекційних захворюваннях III-IV етапів на перше місце виступає інфузійна терапія, так як на фоні порушеного гомеостазу і тканинного ацидозу дія антибіотиків та інших лікарських засобів значно пригнічена. Окрім того, таким чином зменшується інтоксикація і проводиться підготовка до ймовірного оперативного втручання. Терапія проводиться методом керованої гемодилуції. Введення великої кількості рідини (4-5л при перитоніті і більше при септичному шоці і сепсисі) потребує форсованого діурезу, який здійснюється шляхом призначення в кінці інфузії сечогінних засобів.

Інфузійну терапію краще починати з низькомолекулярних розчинів колоїдів (реополіглюкіну, желатинолю), які покращують реологічні властивості крові, перфузію тканин. Гемодез має дезінтоксикаційний і діуретичний ефект. Введення його в дозі 5мл/кг збільшує потік лімфи в 10 разів. Використовується

свіжоцитратна або свіжозаготовлена кров (250-500 мл), яка зменшує гіпоксію і анемію, стимулює імунітетні сили організму.

Для компенсації ацидозу вводять розчин бікарбонату натрія.

Корекцію волемічних порушень поєднують з парентеральним введенням білкових гідролізатів (амінопептину, амінокровіну, гідролізину), суміші амінокислот з концентрованим розчином глюкози та інсуліну. При необхідності вводять жирові емульсії (ліпофундин). Паралельно для зменшення катаболізму призначають анаболічні гормони (неробол, ретаболіл) один раз на три дні, вітаміни групи В і С. Для нормалізації мікроциркуляції і профілактики синдрому ДВЗ призначається гепарин по 500 од/кг, контрикал 100 од/кг.

Імунотерапія включає в себе застосування гама-глобуліну, антистафілококової плазми, лейкоцитарної маси. Стимуляцію захисних сил організму проводять за допомогою біогенних стимуляторів (декаріс, пентоксил, метилурацил).

При виникненні синдрому поліорганної недостатності призначають серцеві глікозиди, АТФ, кокарбоксілазу. В разі виникнення септичного шоку з перших хвилин потрібно проводити ШВЛ 50% сумішшю кисню і повітря з позитивним тиском на кінці видиху 5 мм. вод. ст.

Якщо консервативні методи не дають ефекту або стан породіллі неухильно погіршується, то ставиться питання про оперативне видалення септичного осередку – матки. При септичному шоці це має вирішальне значення і під прикриттям інфузійної терапії повинно проводитися якнайшвидше.

XVII. Лікувальна гімнастика в акушерській практиці

Фізичне виховання є могутнім засобом зміцнення здоров'я та підвищення опірності організму людини. Лікувальна фізкультура для жінки має свої особливі задачі: вона повинна допомогти підготувати організм до найбільш відповідального періоду життя – материнства.

Пологи – своєрідне випробовування, що демонструє правильність і фізіологічну доцільність фізичного виховання, ступінь фізичної тренуваності організму. В силу фізіологічних особливостей жінка покликана виконувати особливу роль, роль продовження людського роду, що накладає свій відбиток на фізичну будову жінки та на ряд функціональних особливостей її організму. Ці особливості потребують диференційного підбору фізкультурних вправ і уваги при фізичному навантаженні. Особливе значення потрібно надавати укріпленню м'язів спини, черевного пресу, нижніх кінцівок, а також стану мускулатури тазового дна, утримуючого в правильному положенні внутрішні статеві органи жінки.

Довгі м'язи спини, а також внутрішні косі та поперечні м'язи живота, волокна яких входять в круглі зв'язки матки, здійснюють прямий зв'язок скелетної мускулатури з внутрішніми статевими органами. Звідси, вправи цих м'язів виявляють безпосередній вплив на зміцнення положення жіночих статевих органів. Вказані особливості потребують увагу до використання фізичних вправ, які зміцнюють м'язи тазового та черевного пресу. Скорочення м'язів черевного пресу підвищення внутрішньочеревного тиску непрямым шляхом тренують і зміцнюють м'язи тазового дна.

Вправи, включаючи в роботу нижні кінцівки, м'язи спини, оточуючі тазостегеневі суглоби сприяють покращенню лімфокровотоку в тазовій ділянці.

Потрібно відмітити позитивну емоції настрою жінок, які займаються фізкультурою. Жінки, що пройшли фізичну підготовку в період вагітності до пологів, психічно підготовлені краще. Таким чином, здійснюючи всебічний благоприємний вплив на функціональний стан найважливіших фізіологічних систем організму засоби фізичної культури сприяють розвитку компенсаторних механізмів і адаптації різних систем організму до фізичного навантаження.

Лікувальна гімнастика в акушерській практиці.

В акушерській практиці застосовують наступні форми фізичних вправ:

- 1) спеціальна гімнастика (ранкова домашня і заняття в спеціалізованих кабінетах під керівництвом інструкторів-методистів);
- 2) спортивні вправи, допустимі за станом здоров'я, загального фізичного розвитку і підготовленості організму;
- 3) прогулянки пішохідні та на лижах.

Вкрай суттєво важливе поєднання фізичних вправ з використанням натуральних факторів природи, з відповідними фізіотерапевтичними процедурами (повітряні ванни-аерації), загальними ультрафіолетовими опроміненнями, гідропроцедурами (обтирання, обливання, ванни, дощовий душ).

Застосування фізичних вправ в період вагітності протипоказано при:

- гострій лихоманці, довгій субфебрильній температурі, гнійних процесах, при декомпенсованій та субкомпенсованій формі захворювань серцево-судинної системи, при прогресуючому туберкульозі, хронічному апендициті, різко вираженому опущенні внутрішніх органів, при больовому синдромі в зв'язку з м'язовими зусиллями. Протипоказано застосування фізичних вправ при розходженні лонного зчленування, при остаточних явищах після недавно перенесених запальних процесів в органах малого тазу, при різко виражених гестозах I та II половини вагітності, при емфіземі легень, артеросклерозі, розширенні аорти, при органічних захворюваннях нервової системи, гіпертонії, при новоутвореннях і запаленні нирок, при ревматизмі в стадії загострення, гострих інфекціях, при передлежанні дитячого місця, багатоводді,

при звичайних викиднях, при бурній реакції плоду на навантаження (прискорення серцебиття та рухів плоду).

Протипоказаннями не є перенесені в минулому: порожнинні операції (кесарський розтин, видалення фіброматозних вузлів, видалення пухлин придатків матки), переносна вагітність, еклампсія при попередній вагітності; неврози і невралгії, компенсовані вади серця, напади бронхіальної астми, початкові вади серця, початкові стадії гіпертонії та компенсовані форми туберкульозу легень, ожиріння, розширення вен нижніх кінцівок.

Заняття спеціальною гімнастикою під час вагітності мають такі цілі:

- 1) Покращення психофізичного тону, обміну речовин, кровообігу, дихання; заняття фізичними вправами покращують нервову регуляцію, створюють позитивні емоції.
- 2) Укріплення м'язів, що приймають участь в пологовій діяльності, покращенні їх еластичних здатностей, особливо м'язів промежини, тазового дна, черевного пресу. Гімнастичні вправи зменшують кисневу заборгованість в організмі вагітної жінки, тим самим попереджують недоношеність, асфіксію плода та каліцтво, які розвиваються на фоні гіпоксії.

У вагітних підготовлених фізіопрофілактичним методом скорочується пологовий акт, знижується травматизм та інші ускладнення в пологах.

Лікувальна гімнастика сприяє більшій іммобілізації поперекової ділянки хребта, особливо в місці зчленування останнього поперекового хребця з крижками; завдяки цьому під час пологового акту відбувається більше розширення тазового кільця.

- 3) Навчання правильній постановці дихання, його ритму, амплітуди та сили. Уміння володіти своїм диханням є великою перевагою вагітної жінки – воно значно полегшує пологи та зменшує періоди пологів.
- 4) Попередження судинних порушень (тромбофлебіти, флебіти, варикозне розширення вен і т. д.).

Направлення на заняття фізичною культурою дає лікар жіночої консультації після попередньої оцінки загального стану вагітної, її підготовленості до виконання фізичних вправ і характеру відповідних реакцій організму на їх виконання. Вагітній необхідно провести лікарсько-контрольне обстеження із включенням до нього спеціальних функціональних проб і контрольно-діагностичних вправ.

Особливості методики. Фізкультуру можна застосовувати, як групові або індивідуальні заняття, особливу обережність потрібно зберігати в перші 2-3 місяці вагітності і в дні, що співпадають з днями останньої менструації, щоб не викликати переривання вагітності.

В останні місяці вагітності рекомендується проводити індивідуальні заняття, які мають особливе значення в попередженні застійних явищ в легенях та в нижніх кінцівках. Застосовують вправи для всіх груп м'язів, особливо необхідні фізичні вправи, які покращують кровообіг в малому тазі та в черевній порожнині, укріплюють м'язи тазового дна, збільшують гнучкість хребта та рухливість тазостегнових суглобів. Слід виключати статичні вправи та затримку дихання. Заняття можна проводити в палатах, в спеціальних кабінетах лікувальної фізкультури і психопрофілактичної підготовки, в диспансерах, на площадках і верандах на повітрі, індивідуальні та малогрупові заняття з розрахунку 5-8 чоловік. Кабінет повинен відповідати наступним вимогам: розміри 24-30 м², по 4м² на кожного займаючогося при наявності вентиляції і температурі приміщення 18-20°C. Кабінет обладнується з урахуванням специфіки уроку. Необхідно мати шведську стінку, гімнастичні палки, м'ячі, килим, зрістомір, ваги, спирометр, тонометр, секундомір, ручний динамометр, товстотний циркуль, штангенциркуль з гоніометром, сантиметрові стрічки і стетоскоп. Вправи рекомендується проводити уранці та увечері.

В залежності від функціонального стану організму і реакції вагітної на фізичне навантаження розрізняють 3 періоди вагітності:

I. Період до 16 тижнів вагітності;

II Період від 17 до 32 тижнів вагітності;

III Період від 33 тижня вагітності.

Перший період вагітності. Задачі лікувальної гімнастики в першому періоді вагітності (в періоді, коли знижується коркова активність, підвищується підкоркова збудливість, коли вагітність може супроводжуватись різними формами токсикозів вагітних) наступні:

- навчити правильному повному диханню;
- підсилити постачання організму киснем, активувати роботу серця і легень.
- забезпечити нормальну реакцію нервової системи і відповідну функціональну перебудову;
- підвищити загальний і емоційний тонус організму вагітної та підготувати її до наступного періоду.

Тривалість занять – 25-45 хвилин.

Зразковий комплекс лікувальної гімнастики для I періоду вагітності. (Комплекс №1).

1. Висхідне положення (В.п.*) основна стойка. Виконання (Вик.***):
 - ходьба (на носках, п'ятках, звичайна).
2. В.п. основна стойка. Вик.:
 - розвести руки в сторони – вдих;

- схрестити руки на грудях – видих.
Повторити 6-8 разів.
- 3. В.п. основна стойка. Вик.:
 - підняти одну руку вгору, другу відвести назад – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 6-8 разів.
- 4. В.п. основна стойка. Вик.:
 - відвести руки назад – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 6-8 разів.
- 5. В.п. основна стойка. Вик.:
 - кругові обертання руками. Дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.
- 6. В.п. стоячи, руки на пояс. Вик.:
 - відвести ногу в бік – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
- 7. В.п. стоячи, ноги на ширині плеч. Вик.:
 - нахилитися вперед – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
- 8. В.п. основна стойка. Вик.:
 - обертання руками вліво і вправо навкруги попереку. Дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.
- 9. В.п. стоячи біля опори. Вик.:
 - почергове відведення руки в сторону і ноги вперед;
 - вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 6-8 разів.
- 10. В.п. основна стойка. Вик.:
 - напівприсідання.
 Повторити 4-6 разів.
- 11. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - привести ноги до живота, допомагаючи руками – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
- 12. В.п. сидячи на підлозі, руки вперед. Вик.:
 - нахилитися, дістати підлоги - видих;
 - прийняти в.п. - вдих.
 Повторити 4-6 разів.
- 13. В.п. палиця внизу. Вик.:
 - підняти палицю вгору – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 6-8 разів.
- 14. В.п. палиця внизу. Вик.:
 - підтягнути ногу до живота палицею – видих;
 - прийняти в.п.- вдих.
 Повторити 4-6 разів.
- 15. В.п. палиця на ногах. Вик.:
 - нахили вправо та вліво.
 Повторити 6-8 разів.
- 16. В.п. палиця внизу. Вик.:
 - напівприсісти – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4 рази.
- 17. В.п. лежачи на спині, ноги зігнуті в колінах. Вик.:
 - опираючись на стопи, руки, плечі – підняти таз вгору.
 Повторити 6-8 разів.
- 18. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - підняти пряму ногу вгору – видих;

- прийняти в.п. – вдих.
Повторити 4-6 разів.
- 19. В.п. основна стойка. Вик.:
 - відвести ногу назад, руки підняти вгору – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 6-8 разів.
- 20. Звичайна ходьба.

Другий період вагітності. Задачі лікувальної гімнастики в другому періоді, коли відмічається рівновага процесів гальмування та збудження в корі головного мозку, такі:

1. Привиття навиків глибокого та ритмічного дихання як під час занять так і без них, забезпечуючи при цьому повноцінний кровообіг плода.
 2. Закріплення м'язів, що приймають участь в пологовому акті.
 3. Підвищення тону серцево-судинної та дихальної систем.
- Попередження можливого розширення вен нижніх кінцівок.
Тривалість занять 25-45 хвилин.

Зразковий комплекс лікувальної гімнастики другого періоду вагітності. (Комплекс № 2).

1. В.п. стоячи, руки впродовж тіла. Вик.:
 - ходьба звичайна, на п'ятках, носках, 1-2 хвилини.
2. В.п. основна стойка. Вик.:
 - повороти вправо, вліво, з розведенням рук в сторони – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
3. В.п. стоячи на колінах, руки вгору. Вик.:
 - присісти поміж п'яток, руки опустити на пояс – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
4. В.п. стоячи, руки на поясі, ноги на ширині плеч. Вик.:
 - нахили тулуба вперед і в сторони. Дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.
5. В.п. сидячи на підлозі, руки за спиною. Вик.:
 - по чергово згинання і розгинання ніг, ковзаючи підшвою по підлозі. Дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.
6. В.п. сидячи на підлозі, руки за спиною, ноги зігнуті в колінах. Вик.:
 - "велосипед".
7. В.п. сидячи на підлозі, ноги на ширині плеч, руки в сторони. Вик.:
 - по чергово торкнутися руками то лівої та правої стопи – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
8. В.п. лежачи на боці, одна рука під головою, друга – впродовж тулуба. Вик.:
 - одночасно підняти верхню руку і ногу вгору – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів кожною ногою та рукою.
9. В.п. стоячи навколішках. Вик.:
 - по чергове відведення ноги угору, назад – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
10. В.п. лежачи на спині, руки впродовж тулуба, ноги витягнуті. Вик.:
 - зігнуті ноги в колінах, розвести в сторони – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
11. В.п. основна стойка. Вик.:
 - по чергово підняти руки угору – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
12. В.п. лежачи на спині, руки зігнуті в ліктях, ноги витягнуті. Вик.:
 - по чергово згинання ніг в колінних суглобах – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.

- Повторити 4-6 разів.
13. В.п. сидячи, опір на руки за спиною. Вик.:
 - одночасне згинання ніг в колінних суглобах – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
14. Звичайна ходьба.

Третій період вагітності. Задачі лікувальної гімнастики в третьому періоді вагітності, коли знижується коркова активність і підвищується діяльність підкірки, коли органи черевної порожнини зміщуються, з'являється схильність до запорів, обмежується рухливість діафрагми і затруднюється дихання, велика матка відтісняє діафрагму наверх, ємкість легень зменшується, діафрагмальне дихання обмежується, потреба в кисні збільшується, з'являється пастозність нижніх кінцівок, виникає загроза розширення вен нижніх кінцівок, наступні:

1. Закріпити результати, досягнуті в перші 2 періоди вагітності.
2. Розширити по можливості кістко-тазове кільце.
3. Покращити кровообіг.
4. Зменшити застійні явища.
5. Стимулювати діяльність кишківника.
6. Привити навички до м'язових напруг без затримки дихання. Тривалість за-няття 20-30 хвилин.

Зразковий комплекс лікувальної гімнастики
для III періоду вагітності (комплекс №3).

1. В.п. основна стойка. Вик.:
 - звичайна ходьба.
2. В.п. основна стойка. Вик.:
 - повернутися вправо, розвести руки в сторони – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 6-8 разів.
3. В.п. стоячи, ноги разом, руки на поясі. Вик.:
 - відвести ногу в сторону – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 6-8 разів.
4. В.п. стоячи, ноги на ширині плеч. Вик.:
 - напівприсісти – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
5. В.п. стоячи, руки впродовж тулуба. Вик.:
 - піднятися на носки, руки відвести в сторони – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
6. В.п. лежачи на спині. Вик:
 - імітація ходьби.
7. В.п. лежачи на спині, ноги зігнуті в колінних суглобах. Вик:
 - розвести коліна в сторони – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 6-8 разів.
8. В.п. лежачи на спині, руки на животі. Вик:
 - черевне дихання.
9. В.п., сидячи на стільці, одна рука відведена в сторону. Вик:
 - привести ногу до живота, допомагаючи другою рукою – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
10. В.п., сидячи на стільці, руки і ноги витягнути вперед. Вик.:
 - зажати пальці в кулак, стопи потягнути на себе. Дихання вільне.
 Повторити 6-8 разів.
11. В.п. сидячи на стільці. Вик:
 - привести ногу до живота допомагаючи двома руками – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 6-8 разів.
12. В.п. сидячи на стільці ноги і руки витягнуті вперед. Вик:

- відвести руки в сторони – вдих;
- перевести руки вперед, ноги розвести в сторони – видих.

Повторити 4-6 разів.

13. В.п. Ходьба звичайна.

В 50% вправи рекомендується виконувати сидячи, лежачи і в колінно-ліктьовому вихідному положенні. Вправи повинні створювати гарну рухливість в тазостегновому зчленуванні, сприяти підвищенню еластичності м'язів промежини. Заняття рекомендується проводити 2-3 рази на день 15-20 хвилин, відпочивати з піднятими ногами для покращення відтоку крові та зменшення застійних явищ в нижніх кінцівках.

З 9-го місяця вагітності, коли матка набуває значну збудливість, вправи слід виконувати лежачи в повільному темпі і обережно для забезпечення запобігання передчасних пологів.

В повсякденній акушерсько-гінекологічній практиці стан кисневої недостатності зустрічається доволі часто, але не дивлячись на це, питанню боротьби з гіпоксією не приділяється потрібної уваги. Встановлено, що при кисневому голоданні організму настають значні, інколи не зворотні зміни в головних органах і системах. Звідси стає ясним, чому гіпоксія розглядається як патогенетична ланка в розвитку ряду захворювань.

Вагітність, як фізіологічний стан, звичайно протікає без будь-яких ускладнень, але одночасно пред'являє до організму матері подвійне навантаження: необхідно обслуговувати себе і харчувати розвиваючий плід. Навіть при нормальній вагітності в обмінних процесах організму матері спостерігаються зміни, в основі яких, без сумніву, лежить киснева недостатність. На кисневе голодування організм жінки під час вагітності реагує інакше, ніж при не вагітному стані.

Приймаючи участь в пристосуванні організму до недостатнього постачання його киснем серцево-судинна, дихальна і інші системи, функціонуючі з великою напругою, не завжди успішно справляються з додатковим навантаженням.

Лікувальна гімнастика вагітних з серцево-судинними захворюваннями. Лікувальна гімнастика являє собою чинний фактор покращення серцево-судинної діяльності і сприяє благоприємному протіканню вагітності і пологів у вагітних з серцево-судинними захворюваннями. До і після занять необхідно рахувати частоту пульсу, дихання, вимірювати кров'яний тиск і температуру. Лікувальна гімнастика проводиться за комплексом, створеним з урахуванням серцево-судинної патології і терміну вагітності. Пропонується 3 комплекси в положенні "лежачи", "лежачи і сидячи", "сидячи і стоячи". Заняття починають з комплексу "лежачи", потім включають вправи в положенні "сидячи" і "стоячи". Повний курс гімнастики розрахований на 4-5 тижнів від 32 до 40 тижнів вагітності.

Використовувати лікувальну гімнастику потрібно індивідуально. Вправи повинні виконуватися ритмічно, в спокійному темпі, без напруження особливо в перші дні занять. При цьому необхідно враховувати реакцію організму на фізичні вправи. Тренування вагітної жінки потрібно проводити з самого початку вагітності. Знаючи, що пологи сама важка фізична робота жінки, ми повинні приготувати, тобто довести її фізичні можливості до межі, а це можливо досягнути тільки довгими тренуваннями.

Зразковий комплекс лікувальної гімнастики для вагітних жінок, хворюючих серцево-судинними захворюваннями (Комплекс № 4).

Перші 6 днів в положенні "лежачи на спині".

1-й день.

1. Дихати спокійно (30 секунд).
2. Руки повернути долонями вгору – вдих;
 - вернутися в висхідне положення – видих;
 Повторити 4-5 разів.
3. Згибати стопи – вдих;
 - розгибати – видих;
 Повторити 4-5 разів.
4. Дихати спокійно, трохи поглиблено - 30 сек.
5. Зігнути кисті – вдих;
 - розігнути – видих;
 Повторити 3-4 рази.
6. Одночасно зігнути стопи і кисті – вдих;
 - розігнути – видих;
 Повторити 3-4 рази.
7. Зігнути руки в ліктьових суглобах (пальцями рук доторкнутися плечового суглобу) – вдих;
 - розігнути – видих.
 Повторити 3-4 рази.

8. Дихати спокійно, ритмічно – 30 сек.

2-й день.

1. Дихати спокійно – 30 сек.
2. Зігнути руки в ліктьових суглобах (пальцями рук торкнутися плечового суглобу) – вдих;
- розігнути - видих;
Повторити 4-5 разів.
3. Руки зігнути в ліктях під прямим кутом одночасно зігнути стопи і кисті – вдих;
- розігнути – видих;
Повторити 4-5 разів.
4. Дихати спокійно 30 сек.
5. Кисті до плечей. Відвести лікті в сторони – вдих;
- привести – видих;
Повторити 4-5 разів.
6. Зігнути ногу в колінному і тазостегновому суглобах (підшви не відривати від ліжка) – вдих;
- вернутися в висхідне положення – видих.
Повторити 3-4 рази по черговою кожною ногою.
7. Руки перед грудьми. Розвести руки в сторони – вдих;
- звести – видих;
Повторити 4-5 разів.
8. Дихати спокійно, ритмічно, 30 сек.

3-й день.

1. Дихати спокійно – 30 сек.
2. Руки перед грудьми. Розвести руки в сторони – вдих;
- звести – видих.
Повторити 4-5 разів.
3. Зігнути ногу в колінному і тазостегновому суглобах (підшви не відривати від ліжка) – вдих;
- вернутися в в.п. – видих.
Повторити 3-4 рази.
4. Дихати спокійно – 30 сек.
5. Руки перед грудьми. Розвести руки в сторони, одночасно зігнути ногу в колінному і тазостегновому суглобах – вдих;
- вернутися в в.п. – видих.
Повторити 3-4 рази кожною ногою по чергово.
6. Руки впродовж корпусу, ноги зігнуті в колінах. Розвести стегна – вдих;
- вернутися в в.п. – видих.
Повторити 4-5 разів.
7. Руки вниз. Підняти руки вгору і в сторони – вдих;
- опустити – видих.
Повторити 3-4 рази.
8. Дихати спокійно ритмічно 30 сек.

4-й день.

1. Дихати спокійно 30 сек.
2. Підняти руки угору і в сторони – вдих;
- опустити – видих.
Повторити 3-4 рази.
3. Зігнути ногу в колінному і тазостегновому суглобах, відвести коліно вбік – вдих;
- вернутися в в.п. – видих.
Повторити 3-4 рази, окремо кожною ногою.
4. Дихати спокійно – 30 сек.
5. При вдосі втягнути і стиснути м'язи промежини;
- при видосі – розслабити.
Повторити 4-5 разів.
6. Підняти праву ногу, правою п'яткою доторкнутися великого пальця лівої ноги – вдих;
- опустити ногу – видих.
Повторити 3-4 рази по черговою кожною ногою.
7. Руки перед грудьми, розвести в сторони, одночасно зігнути ногу в колінному і тазостегновому суглобах – вдих;
- вернутися в.п. – видих.
Повторити 3-4 рази кожною ногою.
8. Дихати ритмічно, спокійно – 30 сек.

5-й день.

1. Дихати спокійно, глибоко – 30 сек. Глибина вдиха в залежності від стану.
2. Розвести прямі руки в сторони до рівня плеч – вдих;
 - вернутися в в.п. – видих.
 Повторити 4-5 разів.
3. Ноги зігнуті в колінах. Розвести стегна – вдих;
 - втягнути і стиснути м'язи промежини;
 - вернутися в в.п. – видих;
 - розслабити м'язи промежини;
 Повторити 4-5 раз.
4. Дихати спокійно, глибоко – 30 сек.
5. Руки на талії. Підняти праву ногу угору – вдих;
 - опустити – видих.
 Повторити 4-5 разів кожною ногою.
6. Руки впродовж тулуба. Розвести прямі руки в сторони до рівня плеч – вдих;
 - опустити руки – видих.
 Повторити 3-4 рази.
7. Підняти одночасно прямі руки і пряму ногу угору – вдих;
 - опустити – видих.
 Повторити 2-3 рази кожною ногою.
8. Дихати спокійно 30 сек.

6-й день.

1. Дихати спокійно глибоко 30 сек.
2. Підняти прямі руки угору – вдих;
 - опустити – видих.
 Повторити 4-5 разів.
3. Зігнути ногу в тазостегновому і колінному суглобах, відвести коліно на зовні – вдих;
 - вернутися в в.п. – видих.
 Повторити 4-5 разів.
4. Дихати спокійно, глибоко – 30 сек.
5. Руки впродовж тулуба, розвести їх в сторони, з'єднати над головою долонями разом – вдих;
 - опустити перед собою, вернутися в в.п. – видих.
 Повторити 4-5 раз.
6. Розвести руки в сторони, приводячи обидві ноги одночасно до живота – вдих;
 - вернутися в в.п. – видих.
 Повторити 3-4 рази.
7. "Ходьба" лежачи.
 - Повторити 4-5 разів кожною ногою.
8. Дихати спокійно – 30 сек.

7-й день.

1. Дихати спокійно 30 сек.
2. Підняти прямі руки угору – вдих;
 - потягнутися, опустити руки – видих;
 Повторити 4-5 разів.
3. Ноги зігнуті в колінах. Розвести стегна – вдих;
 - втягнути і стиснути м'язи промежини;
 - вернутися в в.п. – видих;
 - розслабити м'язи промежини.
 Повторити 4-5 раз.
4. Розвести руки в сторони, згинаючи обидві ноги в колінах;
 - привести їх до живота – вдих;
 - вернутися в в.п. – видих;
 Повторити 3-4 разів.
5. Дихати спокійно 30 сек.
6. Сидячи на стільці, підняти руки угору до рівня плеч – вдих;
 - опустити – видих.
 Повторити 3-4 рази.
7. Сидячи, руки на талії – вдих;
 - нахилити корпус вліво – видих;
 - вернутися в в.п. – видих.
 Повторити 3-4 рази в кожную сторону, поперемінно.
8. Лежачи. Дихати спокійно 30 сек.

8-й день.

1. Лежачи, розвести руки в сторони і угору – вдих;
- потягнутись, повернутися в в.п. – видих.
Повторити 3-4 рази.
2. Згинаючи ноги в колінах привести їх до живота – вдих;
- витягнути і стиснути м'язи промежини.
Повторити 3-4 рази (рухи виконуються окремо).
3. Спокійне дихання 30 сек.
4. Сидячи на краю стільця, ноги на лавочці;
- підняти і розвести руки в сторони – вдих;
- опустити і звести руки – видих.
Повторити 3-4 рази (рухи виконуються окремо).
5. Підняти пряму ногу угору – вдих;
- опустити – видих.
Повторити 3-4 рази кожною ногою.
6. Підняти руки угору перед собою – вдих;
- опустити – видих.
Повторити 4-5 разів.
7. Вдих, нахилити корпус вліво – видих;
- вернутися в в.п. – вдих.
Повторити 3-4 рази в кожную сторону, поперемінно.
8. Лежачи, дихати спокійно 30 сек.

9-й день.

1. Лежачи, розвести руки в сторони і з'єднати долоні над головою – вдих;
- опустити – видих.
Повторити 3 рази.
2. Ноги зігнуті в колінах втягнути і стиснути м'язи промежини;
- розвести стегна – вдих;
- повернутися в в.п. – видих.
Повторити 4-5 разів.
3. Дихати спокійно – 30 сек.
4. Сидячи на краю стільця, ноги на лавці розвести руки в сторону;
- вирівняти корпус – вдих;
- вернутися в в.п. – видих.
Повторити 4-5 разів.
5. Руки на талії. Привести стегно до живота – вдих;
- вернутися в в.п. – видих.
Повторити 3-4 рази кожною ногою поперемінно.
6. Руки опущені підняти руки угору і в сторони – вдих;
- опустити – видих.
Повторити 3-4 рази.
7. Підняти руки перед собою до рівня плеч;
- одночасно підняти пряму ногу – вдих;
- опустити руки і ногу – видих.
Повторити 3-4 рази кожною ногою.
8. Ноги звисити, руками упиратися в край стільця;
- підняти пряму праву ногу, одночасно відвести ліву ногу назад.
Повторити 3-4 рази кожною ногою.
9. Лежачи. Дихати спокійно – 30 сек.

10-й день.

1. Лежати, підняти і розвести руки – вдих;
- опустити і звести руки – видих.
Повторити 3-4 рази.
2. "Ходьба" лежачи.
Повторити 4-5 разів кожною ногою.
3. Дихати спокійно – 30 сек.
4. Сидячи, ноги на лавці. Розвести руки в сторони, трохи нахилити корпус вперед – вдих;
- вернутися в в.п. – видих.
Повторити 3-4 рази.
5. Руки на талії. Привести зігнуту ногу до живота – видих;
- вернутися в в.п. – вдих.

- Повторити 4-5 разів кожною ногою.
6. Підняти руки до рівня плеч – вдих;
 - опустити – видих.
 Повторити 3-4 рази.
 7. Проводити бокові нахили корпусу із ковзанням рук – “насос”.
Повторити 3-4 рази поперемінно в обидві сторони.
 8. Ноги звісити, руками упиратися в край стільця;
 - підняти пряму праву ногу, одночасно відвести ліву ногу назад.
 Повторити 3-4 рази кожною ногою.
 9. Лежачи, розслабити мускулатуру. Спокійно дихати – 30 сек.

11-й день.

1. Лежачи. Підняти прямі руки угору – вдих,
 - опустити – видих.
 Повторити 3-4 рази.
2. Підняти одночасно дві руки і пряму ногу угору – вдих;
 - опустити – видих.
 Повторити 2-3 рази кожною ногою поперемінно.
3. Дихати спокійно 30 сек.
4. Сидячи на стільці. Розвести руки в сторони, з'єднати долоні над головою – вдих;
 - опустити руки – видих.
 Повторити 3-4 рази.
5. Сидячи на краю стільця, ноги витягнуті, упиратися руками в краї стільця;
 - розвести руки в сторони, з'єднати долоні над головою – вдих;
 - опустити руки – видих.
 Повторити 3-4 рази.
6. Сидячи на стільці. Проводити бокові нахили корпусу з ковзанням рук “насос”.
Повторити 4 рази, поперемінно в обидві сторони.
7. Стоячи. Підняти руки до рівня плеч – вдих;
 - опустити – видих.
 Повторити 3-4 рази.
8. Стоячи. Триматися рукою за спинку стільця, ходьба на місці 30 сек.
9. Лежачи. Дихати спокійно – 30 сек.

12-й день.

1. Лежачи. Розвести руки в сторони, з'єднати долоні над головою – вдих;
 - опустити вниз перед собою – видих.
 Повторити 3-4 рази.
2. Підняти пряму ногу вгору – вдих;
 - опустити – видих.
 Повторити 3-4 рази кожною ногою.
3. Дихати спокійно – 30 сек.
4. Сидячи. Витягнути руки вперед, підняти угору – вдих;
 - опустити – видих.
 Повторити 3-5 разів.
5. Сидячи. Руки упираються в коліна
 - розвести стегна, не відриваючи руки з невеликим випрямленням корпусу – вдих;
 - звести стегна з невеликим нахилом корпусу вперед – видих.
 Повторити 3-4 рази.
6. Сидячи. Підняти руки до рівня плеч – вдих;
 - втягнути і стиснути м'язи промежини;
 - опустити руки – видих;
 - розслабити м'язи промежини.
 Повторити 3-4 рази.
7. Стоячи. Розводзячи руки в сторони, повернути корпус вліво – вдих;
 - повернутися в в.п. – видих.
 Повторити по 3-4 рази в кожную сторону.
8. Стоячи. Підняти пряму ногу вгору відвести назад, вернутися в в.п..
Повторити 3-4 рази кожною ногою.
9. Лежачи, розвести руки в сторони – вдих;
 - звести – видих.
 Повторити 3-4 рази.

13-й день.

1. Лежачи. Розвести руки в сторони, підняти угору – вдих;
 - повернутися в в.п. – видих.
 Повторити 3-4 рази.
2. Розвести прямі ноги – вдих;
 - звести – видих.
 Повторити 4-5 разів.
3. Дихати спокійно 30 сек.
4. Сидячи. Витягнути прямі руки вперед;
 - підняти вверх – вдих;
 - опустити – видих.
 Повторити 3-4 рази.
5. Сидячи. Кісті упираються в коліна. Розвести стегна, не відриваючи рук – вдих;
 - звести стегна з невеликим нахилом корпусу вперед – видих.
 Повторити 4-5 разів.
6. Стоячи. Підняти руки до рівня плеч і розвести – вдих;
 - опустити руки – видих.
 Повторити 3-4 рази.
7. Стоячи боком до спинки стільця, рука на спинці стільця;
 - зігнути ноги в колінному і тазостегновому суглобах;
 - витягнути вперед;
 - повернутися в в.п.
 Повторити по 3- 4 рази кожною ногою.
8. Ходьба з прискоренням та з уповільненням – 1 хвилина.
9. Лежачи. Підняти руки вверх – вдих;
 - опустити – видих.
 Повторити 3-4 рази.

14-й день.

1. Лежачи. Підняти прямі руки вверх, розвести в сторони – вдих;
 - опустити – видих.
 Повторити 3-4 рази.
2. Згинаючи ноги в колінах, привести до живота – вдих;
 - повернутися в в.п. – видих.
 Повторити 3-4 рази.
3. Дихати спокійно – 30 сек.
4. Сидячи. Розвести руки в сторони з випрямленим корпусом – вдих;
 - повернутися в в.п. – видих.
 Повторити 3-4 рази.
5. Сидячи. Розвести прямі ноги в сторони, одночасно підняти прямі руки до рівня плечей – вдих;
 - повернутися в в.п. – видих.
 Повторити 3-4 рази.
6. Стоячи. Підняти руки до рівня плечей – вдих;
 - втягти і зжати м'язи промежини;
 - опустити – видих;
 - розслабити м'язи промежини.
 Повторити 3-4 рази.
7. Стоячи, руки на спинці стільця. Вдих, напівприсісти – видих;
 - повернутися в в. п. – вдих.
 Повторити 3-4 рази.
8. Ходьба з прискоренням і сповільненням, 1-2 хв.
9. Лежачи. Розвести прямі руки угору до зведення долонь над головою – вдих;
 - опустити – видих.
 Повторити 3-4 рази.

Лікувальна гімнастика при неправильних положеннях і тазових передлежаннях плоду. Цей комплекс гімнастики використовується для виправлення неправильних положень і тазових передлежань плода.

Дуже актуальною проблемою сучасного акушерства слід вважати попередження ускладнень в пологах, зв'язаних із неправильним положенням плода і тазовими передлежаннями. При тазових передлежаннях і неправильних положеннях частіше ніж при головних передлежаннях відмічаються передчасні пологи, слабкість пологової діяльності, передчасне і раннє відходження навколоплідних вод

та інші ускладнення. Вказані ускладнення ведуть до розвитку внутрішньоутробної гіпоксії плоду і підвищення травматизму новонародженого.

Ці обставини змусили акушерів розробляти методи допологового виправлення неправильних положень і тазових передлежань плода. Таким чином, крім зовнішнього профілактичного повороту плода є і корегуюча гімнастика. Введений в 1963 році професором І.І.Грищенко і А.Е.Шулешовою метод виправлення неправильних положень і тазових передлежань плода фізичними вправами використовується з 28-го тижня вагітності. Ця корегуюча гімнастика у вигляді цілого комплексу фізкультурних вправ і сприяє переходу плода в головне передлежання.

Зразковий комплекс лікувальної гімнастики
при неправильних положеннях плода і тазових передлежаннях
(Комплекс №5)

1. В.п. стоячи, руки в сторони, ноги на ширині плеч. Вик.:
 - нахили з одночасним на півобертом тулуба в сторону позиції плода – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4 рази.
2. В.п. основна стійка. Вик.:
 - згинаючи одну із ніг в колінному і тазостегновому суглобах, привести її до грудей, допомагаючи руками, одночасно зробити напівоберт в сторону позиції плода – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
3. В.п. стоячи біля шведської стінки опір на руки. Вик.:
 - вигнути спину дугоподібно – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 6 разів.
4. В.п. стійка на навколішках. Вик.:
 - спину прогнути в поясничному відділі, підняти голову і таз – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
5. В.п. лежачи вниз лицем опираючись на передпліччя і кисть. Вик.:
 - припіднятися опираючись на кисті і стопи, підняти голову, прогнутися.
 Повторити 4-6 разів.
6. В.п. стійка на навколішках. Вик.:
 - перевести руки в кисть-ліктьове положення, високо підняти таз.
 - Повторити 4-6 разів.
7. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - кругові рухи зігнутих ніг ззовні досередини з напівобертом тазу в сторону позиції плода.
 Повторити 4-6 разів.

Лікувальна гімнастика при вузькому тазі. Використання цього комплексу гімнастики направлене на попередження ускладнень в пологах.

Основними задачами лікувальної гімнастики при вузькому тазі є:

- підвищення тону м'язів черевного пресу і функціонального стану тазового дна (вміння розслабити м'язи тазового дна);
- збільшення розмірів зовнішньої і акушерської конъюгати;
- розширення розмірів кісткових пологових шляхів у пологах.

Використання спеціального комплексу лікувальної гімнастики у вагітних з вузьким тазом на фоні загальноукріплюючої гімнастики, радять в залежності від терміну вагітності, збільшує в момент пологів рухливість кісткових зчленувань в більшій мірі, ніж у непідготовлених вагітних.

Лікувальна гімнастика використовується з 27-28 тижнів вагітності. Заняття може проводити акушерка в кабінеті психопрофілактичної підготовки під контролем лікаря. Вагітна повинна лежати на краю стола 30 хвилин з перервами, упираючись об край столу куприком. Ноги під час навантажень повинні звисати зі столу, а під час паузи стояти на стільці. Положення Вальхера, яке використовується в першому періоді пологів, коли голівка знаходиться при вході малого тазу, збільшує прямий розмір входу малого тазу від 0,5 до 1,5 см., а інколи до 2 і більше.

У вагітних з вузьким тазом при першій явці до жіночої консультації лікар повинен виміряти зовнішні розміри тазу, істинну і діагональну конъюгату. Повторне обстеження необхідно проводити перед першою процедурою лікувальної гімнастики на 28-му тижні вагітності (проводять всі виміри за виключенням діагональної і істинної конъюгати). Заключне обстеження проводять в кінці підготовки вагітної, перед самими пологами.

**Зразковий комплекс лікувальної гімнастики
при вузьких тазax (Комплекс №6).**

1. В.п. лежачи на краю високого тапчана, упираючись куприком в його край. Вик.:
- опустити прямі ноги вниз (лежати 2-3 хв). Дихання вільне.
2. В.п. лежачи на краю високого тапчана, упираючись куприком в його край. Вик.:
- праву ногу опустити вниз, а ліву – зігнути в тазостегновому і колінному суглобах;
- поставити ногу на носок, доторкаючись ним до краю тапчана (лежати 1-2 хв);
- повторити правою ногою. Дихання вільне.
3. В.п. лежачи на краю високого тапчана, упираючись куприком в його край. Вик.:
- зігнути ноги в колінних і тазостегнових суглобах і утримати їх у повітрі 2-3 хв.
4. В.п. лежачи на краю високого тапчана, упираючись куприком в його край. Вик.:
- підняти ліву пряму ногу угору, праву опустити вниз;
- змінити положення ніг (лежати 1-2 хв). Дихання вільне.
5. В.п. лежачи на краю високого тапчана, упираючись куприком в його край. Вик.:
- ліву пряму ногу спустити униз, праву – відвести в сторону;
- поміняти положення ніг (лежати 2-3 хв). Дихання вільне.
6. В.п. лежачи на краю високого тапчана, упираючись куприком в його край. Вик.:
- розвести ноги в сторони (лежати 1-2 хв). Дихання вільне.
7. В.п. лежачи на краю високого тапчана, упираючись куприком в його край. Вик.:
- відвести праву ногу в сторону, зігнути в тазостегновому і колінному суглобах, ліва нога опущена униз;
- поміняти положення ніг (лежати 1-2 хв). Дихання вільне.
8. В.п. лежачи на краю високого тапчана, упираючись куприком в його край. Вик.:
- зігнути ноги в колінних і тазостегнових суглобах, розвести їх в сторони;
- звести стопи разом, утримати їх в такому положенні 1-2 хв. Дихання вільне.
9. В.п. сидячи на підлозі. Вик.:
- зігнути ноги в колінних і тазостегнових суглобах;
- звести п'ятки разом, носки порізнть;
- розвести ноги в сторони, допомагаючи руками (сидіти 2-3 хв). Дихання вільне.
10. В.п. сидячи на підлозі, опір ззаду на руки. Вик.:
- розвести прямі ноги в сторони (сидіти 1-2 хв). Дихання вільне.
11. В.п. сидячи на підлозі, опір ззаду на руки. Вик.:
- праву ногу зігнути в колінному і тазостегновому суглобах, відвести в сторону;
- ліва нога пряма, витягнута вперед.
- поміняти положення ніг (сидіти 1-2 хв). Дихання вільне.
12. В.п. сидячи на підлозі, опір ззаду на руки. Вик.:
- зігнути ноги в колінних і тазостегнових суглобах, розвести їх в сторони;
- стопи звести разом (сидіти 1-2 хв). Дихання вільне.

Лікувальна гімнастика при переношеній вагітності. Переношеною називається така вагітність, пологи при якій наступають пізніше 14 днів визначеного терміну, сучасні клінічні, експериментальні дослідження дозволяють вважати, що в основі переносування лежать глибокі розлади гормональних співвідношень, які розвиваються до моменту появи термінових пологів. Ці розлади, напевно, пов'язані з порушенням співвідношень між корою головного мозку і підкорковими утвореннями.

Переношена вагітність, можливо, викликається надлишком гонадотропного або недостатністю екстрогенних гормонів.

Пологи при переношеній вагітності протікають нерідко з ускладненнями у вигляді слабкості пологової діяльності первинної та вторинної, клінічною невідповідністю між головкою плода і тазом, високою мертвонародженістю дітей. Нерідкі випадки атонічних кровотеч.

З метою активації залоз внутрішньої секреції, а, звідси, і профілактики вказаних ускладнень рекомендується лікувальна гімнастика, що виконується 2 рази на день. Вправи повинні включати всі основні м'язові групи. Рекомендуються різкі переходи з однієї вправи до іншої. Так як плід дуже чутливий до змін в кровообізі, необхідно контролювати серцебиття плода. Для створення більш сприятливих умов для плода необхідно після 2-3 звичайних вправ включати дихальні вправи. Тривалість занять від 25 до 30 хв., якщо з моменту початку використання лікувальної гімнастики для боротьби з переносуванням пологи не розпочалися на протязі 3 днів, подальше використання занять повинно поєднуватися з прийомом гормональної терапії.

Заняття лікувальною гімнастикою при переносуванні допустимі тільки в пологових стаціонарах з наглядом за станом плода і його реакції на гімнастичні вправи.

Зразковий комплекс лікувальної гімнастики
для викликання пологової діяльності (Комплекс № 7).

1. В.п. основна стійка. Вик.:
 - звичайна ходьба.
2. Ходьба з поворотами тулуба вправо і вліво.
3. Ходьба на носках.
4. Ходьба на п'ятках.
5. В.п. основна стійка. Вик.:
 - підняти руки угору;
 - піднятися на носки – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 6-8 раз.
6. В.п. стоячи, руки в сторони. Вик.:
 - привести зігнуту ногу до живота – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
7. В.п. основна стійка. Вик.:
 - одну руку відвести в сторону, другу підняти угору – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 6-8 разів.
8. В.п. стоячи біля опори. Вик.:
 - відвести ногу в сторону – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
9. В.п. лежачи на спині, руки в сторони. Вик.:
 - підняти пряму ногу угору – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
10. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - підняти одночасно руки і ноги угору – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
11. В.п. лежачи на спині, руки впродовж тулуба. Вик.:
 - розвести ноги і руки в сторони, відхилити плечовий пояс вліво і вправо, дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.
12. В.п. лежачи на спині руки впродовж тулуба. Вик.:
 - з опором на п'ятки, потилицю і руки припідняти тулуб. Дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.
13. В.п. стоячи, руки впродовж тулуба. Вик.:
 - розводячи руки в сторони, відставляти то ліву то праву ногу в сторону – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
14. В.п. сидячи на стільці, одна нога заведена за ніжку стільця, друга на повній ступі перед стільцем. Вик.:
 - встати.
 Повторити 4-6 разів.
15. В.п. сидячи на стільці, опираючись на руки спереду. Вик.:
 - розвести ноги в сторони – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
16. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - підняти прямі руки угору – вдих;
 - прийняти в.п. – видих;
 Повторити 6-8 разів.
17. В.п. лежачи на спині, ноги зігнуті в колінах. Вик.:
 - привести ногу до живота – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
18. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - за допомогою рук сісти – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 2-4 рази.

19. В.п. сидячи на стільці. Вик.:

- опираючись на руки та ноги, зігнути, випрямити тулуб – вдих;
- прийняти в.п. видих.

Лікувальна гімнастика в післяпологовому періоді. Фізична культура отримала широке розповсюдження і в післяпологовий період, являючись могутнім профілактичним міроприємством в боротьбі з післяпологовими ускладненнями, методом укріплення породіллі. Фізичні вправи в післяпологовому періоді благоприємно впливають на психіку породіллі, активізують діяльність центральної нервової системи, сприяють покращенню сна і апетита, створюють бадьорий настрій. Під їх впливом покращується функція серцево-судинної і дихальної системи, збільшуються окисно-відновні процеси в тканинах, посилюється обмін речовин, регулюється функція кишківника і сечового міхура. Вправи прискорюють зворотній розвиток тканин, перерозтягнутих під час вагітності, відновлюють внутрішньочеревний тиск, укріплюють м'язи черевного пресу і тазового дна, сприяють збереженню правильного анатомічного положення внутрішніх статевих органів, сприяють хорошій інволюції матки і відновлюванню працездатності породіллі в найбільш короткі строки.

Протипоказаннями до використання гімнастики в післяпологовому періоді є: кровотеча, підвищення температури, ендометрит, тромбофлебіт, серцево-судинна недостатність III ступеня, розриви промежини III ступеня.

Розпочати лікувальну гімнастику можна через 12-16 годин після пологів при відсутності протипоказань.

З 1-2-го дня після пологів вправи проводять тільки лежачи з акцентом на дихальні (грудне дихання) вправи для плечового пояса.

Задача уроку: зменшити притік крові в ділянку малого тазу і черевну порожнину.

З 2-3-го дня після пологів включають вправи, що дають навантаження м'язам тазового дна, черевного преса і нижніх кінцівок. Вправи необхідно суворо дозувати, проводити їх в повільному темпі. Вихідне положення – лежачи.

Задача уроку: покращити лімфо-кровообіг в ділянці малого тазу і черевної порожнини, сприяти інволюції матки.

З 4-5-го дня післяпологового періоду використовують загальнорозвиваючі і дихальні вправи в висхідному положенні лежачи і сидячи. Не рекомендуються вправи з розведенням ніг, так як вони можуть викликати кровотечу.

З 6-7-го дня післяпологового періоду і в наступні його дні рекомендують вправи з поступовим підвищенням навантаження, з включенням висхідного положення стоячи.

Задача уроку: підготувати породіллю до виписки.

Сразковий комплекс лікувальної гімнастики післяпологового періоду (I тиждень, комплекс № 8).

1. В.п. лежачи на спині, руки впродовж тулуба. Вик.:

- підняти прямі руки вперед – вдих;
- прийняти в.п. – видих.

Повторити 6-8 разів.

2. В.п. лежачи на спині, руки на животі. Вик.:

- черевне дихання.

3. В.п. лежачи на спині, руки впродовж тулуба. Вик.:

- підняти прямі руки угору – вдих;
- прийняти в.п.-видих.

4. В.п. лежачи на спині, руки впродовж тулуба; ноги зігнуті в тазостегнових і колінних суглобах. Вик.:

- з опіром на стопи і плечовий пояс підняти таз угору – вдих;
- прийняти в.п. – видих.

Повторити 4-6 разів.

5. В.п. лежачи на спині. Вик.:

- повернутися вправо, ліву руку покласти на пояс, праву під голову – видих;
- прийняти в.п. – вдих.

Повторити 4-6 разів.

6. В.п. лежачи на спині. Вик.:

- те ж зробити при повороті вліво.

Повторити 4-6 разів.

7. В.п. лежачи на спині. Вик.:

- розведення прямих рук в сторони – вдих;
- прийняти в.п. – видих.

Повторити 4-6 разів.

8. В.п. лежачи на спині, опираючись на лікті. Вик.:
 - за допомогою рук сісти – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
9. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - повернутися вправо і вліво, згинаючи верхню ногу – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 6-8 разів.
10. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - повернутися вправо і вліво з витягнутою верхньою рукою угору – видих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
11. В.п. лежачи на спині, руки на грудях. Вик.:
 - грудний тип дихання.

З другого тижня післяпологового періоду рекомендується слідує комплекс лікувальної гімнастики, який слід виконувати до кінця 4-го тижня:

Комплекс №9

1. В.п. лежачи на спині, руки на животі. Вик.:
 - черевний тип дихання.
2. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - повернутися вправо, ліву руку покласти на пояс, праву-під голову – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
3. В.п. лежачи на боці. Вик.:
 - за допомогою рук зігнути ноги в колінному суглобі – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Зробити на лівому і правому боці. Повторити 4-6 раз.
4. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - підняти прямі руки угору – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 6-8 разів.
5. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - повернутися вліво, праву руку покласти на пояс, ліву під голову – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 6-8 разів.
6. В.п. лежачи на боці. Вик.:
 - зігнути ліву ногу і ліву руку в колінному і ліктьовому суглобах – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 6-8 разів.
7. В.п. лежачи на боці. Вик.:
 - почергове згинання ніг в колінних суглобах – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 6-8 разів.
8. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - з опіром на лікті підняти плечовий пояс угору – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
9. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - з поворотом вправо і вліво попереми́нне піднімання рук угору – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
10. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - підняти прямі руки угору – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 6-8 разів.
11. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - за допомогою рук попереми́нне згинання рук в колінних суглобах – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.

- Повторити 4-6 разів.
12. В.п. лежачи, опір на лікті. Вик.:
 - за допомогою рук сісти прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
 13. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - грудний тип дихання.
 14. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - “велосипед”, дихання вільне.
 15. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - розвести руки в сторони – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.

З п'ятого тижня післяпологового періоду. Для подальшого укріплення і вдосконалення фізичних можливостей жінці необхідно проводити лікувальну гімнастику з включенням вправ, укріплюючих м'язи спини, тазового дна і промежини. Рекомендується слідує зразковий комплекс лікувальної гімнастики:

Комплекс №10

1. В.п. стоячи на колінах, руки вниз. Вик.:
 - сісти вліво, руки вправо;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
2. В.п. стойка на колінах. Вик.:
 - стояти в такому положенні 1 хвилину.
3. В.п. стойка на колінах і передпліччях. Вик.:
 - повзання 1-2 хвилини.
4. В.п. лежачи на прямих руках з опором на носки. Вик.:
 - зігнути руки в ліктьових суглобах. Дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.
5. В.п. стойка на навколішках. Вик.:
 - попереми́нне піднімання рук вперед – угору;
 - ніг – угору. Дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.
6. В.п. лежачи на правому боці, праву руку під голову; ліву впродовж тулуба. Вик.:
 - згинання ніг в колінних суглобах – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
7. В.п. лежачи на животі. Руки над головою. Вик.:
 - попереми́нне піднімання ніг угору – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
8. В.п. стойка на навколішках. Вик.:
 - вийти на прямі ноги з опорою на носки, попереми́нно піднімати руки вперед-угору. Дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.
9. В.п. стоячи на колінах, руки вниз. Вик.:
 - сісти на п'ятки, опора на кисті – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
10. В.п. сидячи на п'ятках, руки вниз. Вик.:
 - повороти вправо і вліво з опорою на прямі руки. Дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.
11. В.п. стойка на колінах. Вик.:
 - повзання.
12. В.п. лежачи на животі. Вик.:
 - “ластівка” з розведеними руками у сторони. Дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.
13. В.п. стойка на навколішках. Вик.:
 - вийти на прямі ноги з опорою на кисті і носки.
 Повторити 4-6 разів.
14. В.п. стойка на навколішках. Вик.:
 - присісти на ліву ногу;
 - витягнути праву ногу назад;

- правою рукою доторкнутися кисті лівої руки – видих.
 - прийняти в.п. – вдих;
 - повторити вправо змінивши положення ніг і рук.
- Повторити 4-6 разів.
15. В.п. стойка на колінах, руки униз. Вик.:
 - поперемінні нахили вправо, вліво з підніманням прямих рук угору і вправо. Дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.
16. В.п. стойка на прямих руках і ногах. Вик.:
 - зробити поворот вправо;
 - праву руку відвести вправо і угору. Дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.

XVIII. Методика аналізу перинатальної смертності.

До числа основних показників, що відображають рівень організації роботи лікувально – профілактичних пологодопоміжних установ, відноситься перинатальна смертність. У зв'язку з цим єдиний підхід до аналізу даного показника не тільки дозволяє отримати порівняльні результати але й намітити міроприємства направлені на подальше зниження і профілактику перинатальної смертності. Наказ МОЗ України №31 від 19.02.96 затвердив інструкції про визначення критеріїв живонародженості, мертвонародженості та перинатального періоду.

Показник перинатальної смертності включає всі випадки смерті плодів і новонароджених у перинатальному періоді.

Перинатальним періодом вважається проміжок часу з моменту коли плід стає життєздатним по сьомий день (168 годин) після народження. В нашій країні за критерій життєздатності плоду (новонародженого) приймається термін вагітності 28 тижнів і більше. Коли ріст життєздатного плода при народженні досягає 35 см і більше, маса - 1000 гр і більше. Народження плоду до 28 тижнів вагітності (тобто ріст менше 35 см і маса менше 1000 гр) незалежно від того, чи проявив він ознаки життя, вважається викиднем (аборт). Маса тіла новонародженого або плоду повинна бути встановлена протягом першої години життя. Вимірювання росту новонародженого (плоду), обов'язково проводиться при витягнутому його положенні на горизонтальному ростомірі.

Живонародження – є повне вигнання або витягнення продукту зачаття з організму матері незалежно від тривалості вагітності, який після такого відокремлення дихає або виявляє інші ознаки життя, такі як: серцебиття, пульсація пуповини або відповідні рухи довільної мускулатури незалежно від того, перерізана пуповина чи ні, чи відшарувалась плацента. Кожен продукт такого народження вважається живонародженим.

Смерть плоду (мертвонароджений плід) є смерть продукту зачаття до його повного зігнання або вилучення із організму матері незалежно від тривалості вагітності. На смерть вказує той факт, що після такого відокремлення плід не дихає чи не виявляє інших будь-яких ознак життя, таких як: серцебиття, пульсація пуповини або відповідні рухи довільної мускулатури.

Тривалість вагітності визначається від першого дня останнього нормального менструального циклу. Строк вагітності виражається у повних днях чи повних тижнях (наприклад, події, які відбуваються в період між 280-им і 286-м днем після початку останнього менструального циклу, вважаються такими, що спостерігаються при 40-тижневій вагітності).

Недоношеність – менше ніж 37 повних тижнів (менше ніж 259 днів) вагітності.

Доношеність – від 37 повних тижнів до менш ніж 42 повних тижнів вагітності (259 до 293 днів).

Переношеність – 42 повних тижнів вагітності або більше (294 днів або більше).

Перинатальний період починається з 28 тижнів вагітності (259 днів), включає період пологів і 7 повних днів життя новонародженого, або 168 годин після народження.

Заклади охорони здоров'я здійснюють реєстрацію в медичній документації всіх народжених живими і мертвими, які мають масу тіла при народженні 500 гр і більше, незалежно від наявності ознак життя.

Неонатальний період починається з народження дитини і закінчується через 28 повних днів після народження.

Неонатальна смерть – смерть серед народжених живими протягом 28 днів життя.

Рання неонатальна смерть – смерть яка настала у перші 7 днів життя.

Пізня неонатальна смерть – смерть народжених живими, яка сталася в період після 7 дня життя до повних 28 днів.

ВООЗ підтверджує практику вираження віку новонародженого в повних одиницях часу. Це означає, що період життя протягом перших 24 годин після народження позначається як нульовий день, перший день включає в себе період з 24 до 47 годин, другий день з 48 до 71 повної години.

Всі хто народився живими чи мертвими, що мають масу тіла при народженні 500 гр і більше, незалежно від наявності ознак життя мають бути зареєстровані в медичній документації закладів охорони здоров'я і виходжені.

Плоди, що народжені до 28 тижнів вагітності (тобто ростом менше 35 см і масою тіла менше 1000 г), жили довше 7 днів (тобто довше кінця перинатального періоду), відносяться до живонароджених, що народилися при передчасних пологах і повинні бути зареєстровані в органах ЗАГСу.

Всі мертвонароджені та померлі з масою тіла при народженні від 500 гр до 999 гр мають бути антропологічно обстежені патологоанатомом, при цьому повторно вимірюється маса тіла, довжина від тім'я до п'яток, окружність голови і грудей.

Розробка матеріалів і аналіз перинатальної смертності може проводитися на підставі первинної медичної документації (індивідуальна карта вагітності, історія пологів, історія розвитку новонародженого, протокол розтину), а також лікарських свідчень про перинатальну смертність, що заповнюється всіма лікувально-профілактичними закладами, лікарями швидкої медичної допомоги, пологовими будинками, бюро судово - медичної експертизи на кожен випадок мертвонародження або смерті на першому тижні життя.

У випадку смерті дітей (плодів) при багатоплідних пологах свідцтво заповнюється на кожну дитину окремо. Дані для заповнення вказаних свідцтв беруться з первинної медичної документації.

Реєстрація народження мертвої дитини повинна бути проведена не пізніше 3 доби з моменту пологів. Реєстрація смерті дитини повинна оформлятися не пізніше 3 доби з моменту настання смерті. Обов'язок повідомити про це в органи ЗАГСу покладається на керівника установи де знаходиться мати під час пологів чи помер новонароджений.

Перинатальна смертність включає мертвонародженість (смерть наступила до пологів або в пологах) та рання неонатальна смертність (смерть наступила на протязі 168 годин після народження дитини).

Показник вираховується по окремим адміністративним територіям (республіка, край, місто, область, район) за календарний рік, 6 місяців, квартал. Нижче приводиться методика розрахунку показників перинатальної смертності, ранньої неонатальної смертності:

$$\text{Мертвонародженість} = \frac{\text{число мертвонароджених} \bullet 1000\text{‰}}{\text{число дітей, що народилися (живі+мертві)}}$$

$$\text{Рання неонатальна смертність} = \frac{\text{число дітей, що померли в перші 168 год.} \bullet 1000\text{‰}}{\text{число дітей, що народилися живими}}$$

$$\text{Перинатальна смертність} = \frac{\text{число мертвонароджених+число дітей, що померли в перші 168 год} \bullet 1000\text{‰}}{\text{число дітей, що народилися (живі+мертві)}}$$

Приведені показники дозволяють визначити рівень мертвонароджень та смерті дітей в ранній неонатальний і перинатальний періоди серед популяційних груп всіх народжених і дітей, народжених живими. Вони дають можливість порівняти рівень мертвонародженості, ранньої неонатальної і перинатальної смертності на різних адміністративних територіях.

Динаміка показника смертності в пологодопоміжних установах дозволяє судити про якість медичної допомоги в ній, однак не у всіх, це пов'язане в основному зі спеціалізацією окремих установ, визначаються відмінності контингентів вагітних (з передчасними пологами, вагітні породіллі, хворі цукровим діабетом, серцево - судинною патологією).

Для оцінки рівня надання акушерської та реанімаційної інтенсивної допомоги новонародженим має значення структурне співвідношення мертвонародженості та ранньої неонатальної смертності серед усіх перинатальних втрат.

В великих акушерських стаціонарах мертвонароджені складають 45-50% серед усіх втрат в перинатальний період. Збільшення долі мертвонароджених при одному і тому же рівні перинатальних втрат може вказати на недостатню антенатальну охорону плода, недоліки в веденні пологів і реанімаційної допомоги новонародженим. В залежності від часу настання смерті в мертвонародженості виділяється антенатальна смерть плода (до початку пологової діяльності) і інтранатальна смерть плода (в пологах). При аналізі мертвонародженості мають значення абсолютні величини втрат, інтенсивні показники, а також їх співвідношення. Ріст показників мертвонародженості в антенатальному або інтранатальному періодах, значні зміни їх співвідношення потребують детального розгляду для прийняття правильного рішення з організації лікувального процесу. Показник перинатальної смертності прийнято аналізувати окремо для доношених та недоношених дітей. Це обумовлено різними станами і адаптаційними можливостями дітей цих категорій після народження, а також різноманітними вимогами до акушерської та неонатологічної служб при наданні їм медичної допомоги. Методика розрахунку приведена нижче:

$$\text{Перинатальна смертність доношених дітей} = \frac{\text{число мертвонароджених доношених дітей} + \text{число померлих в перші 168 год}}{\text{число дітей, що народилися доношеними (живі+мертві)}} \bullet 1000\%$$

$$\text{Перинатальна смертність недоношених дітей} = \frac{\text{число мертвонароджених недоношених дітей} + \text{число померлих в перші 168 год}}{\text{число дітей, що народилися недоношеними (живі+мертві)}} \bullet 1000\%$$

Перинатальна смертність, мертвонародженість та рання неонатальна смерть недоношених дітей значно перевищують аналогічні показники доношених дітей.

Вибірковими даними встановлена чітка залежність рівня перинатальної смертності, мертвонародженості, ранньої неонатальної смертності від маси тіла при народженні.

Розподіл дітей по масі тіла і строкам їх смерті доцільно аналізувати по нижче приведений формі.

Перинатальна смертність в залежності від маси тіла плода або новонародженого (в абсолютних числах і на 1000 народжених кожної категорії).

Маса тіла при народженні, г	Народились живими	Народились мертвими	Померли в перші 168 год	Перинатальна смертність ‰
Менше 1000				
1000 – 1499				
1500 – 2499				
2500 – 3499				
3500-4499				
4500 і більше				
Всього				

Найбільш високі показники перинатальної смертності спостерігаються у дітей з масою тіла до 1500 г. В наступних вікових групах перинатальна смертність помітно знижується. Мінімальні показники перинатальної смертності відмічені при масі плода від 3000 до 3500 г. Ця закономірність спостерігається як в групі новонароджених, так і померлих в ранньому неонатальному періоді.

Для розробки мір профілактики перинатальної смертності велике значення має детальний аналіз її причин. Склад і характер причин перинатальної смертності відрізняється від причин смертності в інших вікових групах комплексністю дій факторів. Причина смерті новонародженого (плода) в цей період в більшості випадків визначається дією антенеонатальних факторів, а також інтранатальних. У зв'язку з цим враховуються і аналізуються причини, що обумовили дану смерть і відносяться до самої дитини або до матері.

Основне захворювання дитини (патологоанатомічний діагноз), що являється причиною смерті дитини, аналізується по нозологічному принципу окремо в групі мертвонароджених і померлих новонароджених.

При цьому враховується тільки основне захворювання представлене однією нозологічною формою, котра сама безпосередньо або через приєднані ускладнення призводить до смерті плода. Якщо маються два або більше захворювань, то враховується лише одне з них. При цьому слід виходити з можливості вилікування захворювання і його соціального значення.

По даній формулі можна розраховувати долю кожного захворювання, а також долю смерті від кожного захворювання:

$$\text{Частота смерті від захворювання} = \frac{\text{числи померлих від захворювання} \bullet 1000\%}{\text{число дітей, що народилися}}$$

По долі кожного захворювання можна судити про його роль в структурі перинатальної смертності.

Одним з показників, які дозволяють судити про якість і ефективність медичної допомоги новонародженим є летальність:

$$\text{Летальність} = \frac{\text{число померлих дітей} \bullet 100\%}{\text{число захворівших дітей}}$$

Поряд з показниками загальної летальності доцільно визначити її при окремих нозологічних формах, наприклад

Летальність від пологової травми = $\frac{\text{число дітей, що загинули від пологової травми} \bullet 100\%}{\text{число дітей, що отримали пологову травму}}$

Динаміка цього показника може засвідчувати про можливість медичної допомоги при окремих нозологічних формах.

Важливим є аналіз основних захворювань матері, ускладнень вагітності та пологів, патології посліду, які призвели до перинатальної смертності. Для розробки мір профілактики перинатальної патології, а також смертності має велике значення зіставлення основних захворювань.

До ускладнень вагітності відносять пізні гестози (преклампсія, еклампсія), істміко – цервікальна недостатність, несвоєчасний розрив плідних оболонок, багатоводдя, та інші.

До патології плаценти та пуповини відносяться: передлежання і відшарування плаценти, морфологічні та функціональні зміни посліду, випадіння пуповини або її відносна та абсолютна короткість, а також хоріонепітеліома.

Ускладнення пологів, включають тазове передлежання, неправильні положення і передлежання плода, несумісність розмірів тазу та плода, порушення скорочувальної діяльності матки, оперативне пологорозрішення, аномалії м'яких тканин, тазових органів.

На підставі вище вказаного можна розрахувати долю кожного з основних захворювань та станів матері серед всіх захворювань, а також частоту кожного захворювання.

Таким чином аналіз випадків смерті в перинатальному періоді носить багатофакторний характер.

Для розробки мір профілактики перинатальної смертності доцільно кожен випадок смерті розбирати з точки зору її попередження. Більшість дослідників вважають можливим розділити всі випадки перинатальної смертності на ті, що можна попередити, випадки які можна умовно попередити, і які попередити неможливо.

До випадків перинатальної смертності які можна попередити відносять ті випадки, причину яких можна було усунути шляхом покращення лікарського спостереження за вагітними в жіночій консультації, покращення спеціальної акушерської і лікувальної допомоги вагітній та роділлі в пологовому будинку, а також правильного вибору тактики лікування новонародженого, своєчасного переводу дітей в спеціалізовані відділення для недоношених і хворих новонароджених та інші.

До випадків смерті, причину яких в теперішній час важко усунути відносять обумовлені вадами розвитку плода, патологією пуповини та плаценти, глибокого недоношення. Міроприємства по усуненню цих причин багато в чому пов'язані з розвитком фундаментальних досліджень та матеріально – технічного оснащення пологових будинків.

Таким чином, глибокий та детальний аналіз перинатальної смертності повинен сприяти оцінці діяльності пологодопоміжних установ і розробці мір по її удосконаленню.

ГІНЕКОЛОГІЯ

I. Загальна симптоматологія гінекологічних захворювань.

Спостереження та догляд за хворими є прямим обов'язком медичної сестри. Тому медична сестра повинна добре володіти знаннями та практичними навичками по догляду за хворими. Медична сестра може виконувати вірний догляд за хворою з гінекологічним захворюванням і чітко виконувати лікарські призначення, якщо вона буде ясно уявляти причини виникнення (етіологію), механізм розвитку (патогенез), симптоматологію, особливості клінічного перебігу і профілактику захворювання. Необхідно пам'ятати, що функція статевої системи залежить від життєздатності всіх інших органів і систем організму жінки.

Важливими симптомами гінекологічних захворювань є білі, болі, кровотечі, непліддя, свербіж зовнішніх статевих органів, а також розлади функцій сусідніх органів.

I.1. Білі.

Порушення секреторної функції жіночих статевих органів – це один із найбільш частих симптомів гінекологічних захворювань, його вираженість залежить від загального стану організму і характеру захворювання. Секреторні клітини маткових труб, залози слизової оболонки тіла і шийки матки виділяють невелику кількість секрета, який зволожує внутрішню поверхню органів. Слизова оболонка піхви залоз не має і секрета не виробляє. Секрет слизових оболонок різних відділів статевого каналу, зазвичай незначний і непомітний, при гінекологічних захворюваннях може

виділяться посилено – з'являються білі. Білі є симптомом функціональних або анатомічних порушень. Скарги на білі пред'являють більшість гінекологічних хворих.

Джерелом білей можуть бути різні відділи статевих шляхів. Виділяють білі вестибулярні, піхвові, цервікальні, маткові і трубні.

Вестибулярні білі виникають у зв'язку гіперсекрецією сальних і слизових залоз, при запаленні бартолінових залоз, що призводить до подразнення навколишніх тканин. Вестибулярні білі можуть бути пов'язані з вульвітом і виникати при переході запального процесу внутрішніх статевих органів, а також із шкіри зовнішніх статевих органів на переддвір'я піхви. Запалення може бути викликане ендокринними захворюваннями (цукровий діабет), кишковими паразитами, застійними явищами в малому тазі або порушенням гігієни. Вестибулярні білі іноді поєднують зі свербіжем статевих органів і супроводжуються розчухами. При таких симптомах потрібно пам'ятати про можливість цукрового діабету або наявність кишкових паразитів і провести дослідження сечі на цукор і кал на яйця глистів.

Піхвові білі виникають при занесенні у піхву патогенних мікроорганізмів, а також при дії механічних, термічних і хімічних факторів. Занесенню патогенної мікрофлори сприяє розрив промежини, опущення стінок піхви, безпорядкові статеві стосунки, порушення гігієни. Причиною появи піхвових білей можуть бути екстрагенітальні захворювання (туберкульоз легень, гострі інфекційні хвороби, гіпертиреоз, онкологічні захворювання), що пов'язано з порушенням гормональної функції яєчників.

Цервікальні білі – результат секреції залоз шийки матки. Кількість і якість секрету шийкових залоз змінюються в залежності від фази менструального циклу. Відразу після закінчення або до настання менструації цервікальні залози виділяють незначну кількість густого секрету; всередині менструального циклу може виділятися велика кількість світлого прозорого слизу. Постійне виділення слизових білей з каналу шийки матки може бути наслідком розриву шийку матки в пологах, після чого виникає виворот слизової оболонки цервікального каналу. Посилення білей можливо також при гострих і хронічних запаленнях, ерозіях шийки матки, поліпах слизової оболонки каналу і раку шийки матки.

Маткові білі в нормальному стані відсутні і завжди є проявом гінекологічного захворювання. При запаленні слизової оболонки матки білі зазвичай гнійно-подібні, при раці матки – кров'яні або серозно-кров'яні (кольору м'ясних помийів).

Трубні білі спостерігається порівняно рідко, причиною їх можуть бути запальні процеси або злякисні новоутворення труб. Накопичена в трубі рідина інколи спорожняється в матку і виділяється назовні через різні проміжки часу і в різній кількості (від 50 до 150 мл і більше).

Інші білі можуть бути наслідком виділення гною в піхву через нориці при накопиченні гною в малому тазі (гнійні вогнища), яєчнику (піоварум) і в трубах (піосальпінкс). При появі білей потрібно встановити місце їх виникнення. Вірне лікування основного захворювання приводить до зникнення білей.

1.2. Біль.

Біль є одним з частих симптомів гінекологічних захворювань. Іноді характер болю прямо вказує на певний патологічний процес, наприклад, сильний біль при розриві труби, при позаматковій вагітності або перекуті ніжки пухлини яєчника. Інтенсивність і характер болей неоднакові при різних патологічних станах. Болі можуть бути переймоподібні і постійні. Спазматичні або переймоподібні болі можуть спостерігатись при матковому або трубному викидні, народженні підслизового фіброматозного вузла, при гідросальпінксі, піосальпінксі або піометрі. Постійно тягучого характеру біль в нижній частині живота, що супроводжується відчуттям тяжкості в ділянці піхви і зовнішніх статевих органів дуже часто є наслідком захворювання фіксуєчого і опорного апарату статевої системи. Така біль буває при опущенні і випадінні матки. Тупа постійна біль запального походження локалізується зазвичай в ділянці криж, попереку і нижніх відділів живота.

Біль в середині менструального циклу іноді може виникати при розриві фолікула в яєчнику. Злякисні новоутворення в початкових стадіях захворювання можуть зовсім не викликати біль, а лише при порушенні функцій сусідніх органів і втягнення в процес нервової системи у хворих з'являються постійні тупі або "гризучі" болі.

При перекуті ніжки пухлини яєчника, а також при розриві труби при позаматковій вагітності можуть виникати різкі болі з симптомами подразнення очеревини. При цьому біль часто передається (ірадіює) в ділянку правого плеча. Локалізація болі може допомогти у діагностиці хвороби: при захворюваннях додатків матки, вона локалізується у нижніх бокових відділах живота; при запальних процесах матки, біль локалізується в центрі нижнього відділу живота; при параметриті – в крижах і в попереку.

Зустрічаються гінекологічні хворі в яких біль не має певної локалізації і супроводжується напругою черевних м'язів. Така біль, часто пекучого характеру, може бути викликана ураженням нервової системи. Цей симптомокомплекс називають "синдромом тазової болі". Таким хворим може допомогти тільки хірургічне лікування (наприклад, десимпатизація, резекція верхнього підчеревного

сплетіння або пресакрального нерва).

I.3. Кровотеча.

Менорагія – циклічні кровотечі, які можуть бути викликані патологічним процесом в самих статевих органах, а також порушенням функцій інших органів і систем жіночого організму. Менорагія може наступити внаслідок недостатньої скоротливої здатності матки при дегенеративних змінах в її стінці, при наявності пухлини матки (фіброміома). До менорагії можуть призвести також порушення в ендокринній системі організму, захворювання крові і інші причини.

Метрорагія – ациклічні маткові кровотечі, які можуть виникати при позаматковій вагітності, а також при доброякісних і злоякісних новоутвореннях матки і додатків. Рідше ациклічні кровотечі спостерігаються при захворюваннях піхви (раньове ураження, конділоми, що розпадаються, розрив варикозно розширених вен).

Велике діагностичне значення мають так звані контактні кровотечі, що виникають після статевого акту, при доторканні медичних інструментів до шийки матки або до стінки піхви. Контактні кровотечі повинні насторожувати медичних працівників, так як нерідко вони є ранньою ознакою злоякісних новоутворень статевих органів.

Механізм маткових кровотеч залежить від характеру етіологічних факторів і визваних ними в жіночому організмі патологічних змін. Причини маткових кровотеч можна поділити на генітальні і екстрагенітальні:

- а) генітальні причини маткових кровотеч:
 - порушення менструальної функції;
 - новоутворення: *злаякісні* (рак матки, яєчника, піхви, вульви, саркома матки і яєчника, хоріоепітеліома); *доброякісні* (міома матки);
 - запальні захворювання геніталій;
 - аномалії положення жіночих статевих органів;
 - ендометріоз матки, поліпоз матки;
 - травматичні пошкодження статевих органів.
- б) екстрагенітальні причини маткових кровотеч:
 - нейроендокринні порушення (ювенільні, клімактеричні, гіпофізарні);
 - хвороби крові (хвороба Верльгофа, спленомегалія, гострий лейкоз, мієлоз);
 - хвороби нирок, печінки (цироз);
 - гострі інфекційні захворювання (тиф, малярія, сепсис, коліт);
 - аліментарні дістрофії (гіповітаміноз);
 - токсичні фактори (алкоголізм, наркоманія, промислові яди).

I.4. Непліддя.

Непліддя жінки може бути симптомом багатьох гінекологічних хвороб. Якщо через один рік після вступу до шлюбу, при регулярному статевому житті без використання будь-якої контрацепції не наступає вагітність – шлюб вважають неплодним. Найбільш поширеною причиною жіночого неплоддя є запальні захворювання статевих органів, внаслідок чого виникає непрохідність маткових труб і порушення функціонального стану яєчників, дистрофічні зміни слизової оболонки матки. Непліддя може виникати внаслідок ендокринних розладів у зв'язку з інфантилізмом і гіоплазією статевих органів, анатомічних і функціональних особливостей статевої системи, а також внаслідок загальних захворювань і інтоксикації (туберкульоз, сифіліс, алкоголізм, наркоманія та ін.). *Розрізняють первинне і вторинне неплоддя. Первинним* вважається таке неплоддя, коли вагітність взагалі не наступала. *Вторинним* – неплоддя після пологів, абортів (штучного чи самовільного) при неможливості завагітніти протягом одного року.

Причиною неплодного шлюбу часто є чоловік. Частота чоловічого неплоддя за даними сучасних авторів досягає 40% і більше. До неплоддя чоловіка можуть призвести перенесені в дитячому і зрілому віці інфекційні і інші хвороби, шкідливі промислові фактори, рідше вади розвитку статевих органів. При безплідному шлюбі повинні обстежуватись чоловік і жінка.

I.5. Свербіж зовнішніх статевих органів.

Свербіж зовнішніх статевих органів нерідко супроводжують запалення піхви (кольпіт), з

великою кількістю подразнюючих білей. Свербіж може виникати у зв'язку зі зміною обміну речовин, при загальних ендокринних порушеннях (наприклад, при цукровому діабеті), порушення функції яєчників, особливо в клімактеричному періоді. Свербіж може поєднуватись з такими передраковими станами, як крауроз і лейкоплакія зовнішніх статевих органів.

У деяких жінок свербіж розвивається при порушенні функції центральної нервової системи і представляє собою психоневроз. Свербіж зовнішніх статевих органів можуть викликати деякі медикаментозні засоби, такі як – миш'як, опій, бром, аспірин, іхтіол, беладонна та інші. Свербіж може виникати внаслідок алергії, як харчового так і іншого походження. Виникнення свербіжу можуть обумовити психосексуальні порушення. Нестерпний свербіж супроводжується розчухами зовнішніх статевих органів, а при приєднанні інфекції виникають і запальні зміни. При лікуванні свербіжу потрібно неодмінно враховувати його причини.

I.6. Розлади функцій сусідніх органів.

Розлади функцій сусідніх органів, розташованих в безпосередній близькості від статевих, можуть наступити при різних гінекологічних хворобах. Зазвичай страждають функції сечового міхура і кишечника. При опущенні і випадінні піхви і матки сечовипускання частішає, може настати нетримання сечі. При повному випадінні матки деякі жінки можуть помочитись тільки після того як вправлять випавші органи. Опущення і випадіння статевих органів часто супроводжуються запорами.

Великі доброякісні пухлини, які виходять із геніталій, можуть здавлювати і зміщувати сусідні органи. При цьому може порушуватись і сечовипускання і дефекація. Рак і інші злоякісні новоутворення в пізніх стадіях захворювання розповсюджуються на клітковину малого тазу і на сусідні органи. При цьому також можуть спостерігатися тяжкі порушення функції сечового міхура і кишечника.

II. Методи обстеження гінекологічних хворих.

Обстеження гінекологічних хворих проводиться за певною методикою, яка допомагає врахувати всі деталі і виявити головні симптоми захворювання. Методика обстеження гінекологічних хворих має за мету послідовне вивчення функцій і анатомічних особливостей статевого апарату жінки і складається із збору анамнезу, об'єктивного обстеження (загального і гінекологічного) обстеження хворих за допомогою додаткових методів.

II.1. Загальні методи обстеження.

Анамнез. Обстеження гінекологічних хворих розпочинається з опитування, метою якого є з'ясування головних скарг, уточнення розвитку даного захворювання і отримання відомостей про попереднє життя і перенесені хвороби. Систематичне проведення опитування і вірна оцінка отриманих даних в багатьох випадках дозволяє встановити попередній діагноз і призначити необхідні спеціальні дослідження із врахуванням результатів додаткових методів обстеження, які використовуються. Опитування хворої передбачає детальне виявлення скарг, розвиток хвороби, гінекологічного анамнезу і анамнезу життя.

Серед загальних відомостей (прізвище, ім'я, по-батькові, сімейний стан, професія, вік) важливе значення має вік оскільки функція статевих органів, а також анатомічна будова їх підлягають віковим змінам.

Найбільш частіше гінекологічні хворі звертаються до лікаря зі скаргами на болі, білі, кровотечі, порушення менструальної функції, непліддя, порушення функції сусідніх органів, а також зі скаргами пов'язаними з захворюваннями інших органів і систем. При з'ясуванні анамнезу теперішнього захворювання необхідно з'ясувати коли і з чого воно почалось, яке проводилось лікування і його результати. Важливе значення для розвитку організму жінки мають умови життя в дитинстві, в період статевого дозрівання. Недостатнє харчування або переїдання може привести до порушення формування статевої системи, порушення менструальної і дітородної функції.

Вияснення професії хворої, вірніше умов праці, сприяє уточненню причин тих чи інших патологічних явищ. Так, наприклад, праця пов'язана з тривалим переохолодженням, посиленням навантаженням на нижні кінцівки, легко може привести до загострення хронічного запального процесу. Вібрація, праця з бензином, ефірними маслами, миш'яком, фосфором, свинцем відображається на менструальній та дітородній функціях. Тяжка праця може призвести до опущення або випадіння статевих органів.

Гінекологічний анамнез слід починати з вияснення часу появи перших місячних, характеру становлення менструального циклу, його регулярності, тривалості, кількості втраченої крові, наявності болі, змін характеру менструації після початку статевого життя, пологів, абортів, протягом теперішнього захворювання, дати останньої менструації. Потрібно з'ясувати чи живе хвора статевим життям, з якого віку, в шлюбі чи не в шлюбі, чи не було скарг на порушення функції сечової системи, чи користується засобами контрацепції і тривалість їх використання, здоров'я чоловіка. Вивчення дітородної функції жінки повинно включати в себе скільки було вагітностей, їх перебіг і чим вони

закінчилися. Важливо знати перебіг пологів, наявність оперативних втручань, травм родових шляхів, перебіг післяпологового періоду. Якщо вагітність закінчилася абортom, треба встановити був він самовільним чи штучним. Ускладнення після пологів і абортів можуть приводити до запальних процесів, позаматкової вагітності, непліддю. При гінекологічних захворюваннях може порушуватись функція сусідніх органів, тому слід звертати увагу на функцію системи сечовиділення і кишечника.

Далі потрібно розпитати хвору про перенесені нею захворювання протягом життя, встановити, чи супроводжувались вони ускладненнями, операціями, променевим або хіміотерапевтичним лікуванням. Особливу увагу заслуговує виявлення захворювань шлунку, молочної та щитовидної залози, так як при злоякісному ураженні цих органів можуть спостерігатись метастази в яєчники.

Велике значення має виявлення несприятливої спадковості. При цьому потрібно встановити, чи не було у батьків і близьких родичів психічних захворювань, туберкульозу, пухлин, захворювань, пов'язаних з порушенням обміну речовин (ожиріння, цукровий діабет та ін.). Виявлення несприятливої спадковості допомагає з'ясувати схильність пацієнтки до вище згаданих захворювань.

В епідеміологічному анамнезі потрібно вказати на можливі контакти з інфекційними хворими, виїзди за межі даної області, гемотрансфузії протягом останніх трьох місяців. Для призначення лікування важливо зібрати алергологічний анамнез, тобто наявність алергічних реакцій на медикаментозні, харчові та інші речовини. Завершує опитування жінки страховий анамнез, який уточнює чи є у хворої листок непрацездатності, вказується його номер, дата видачі, діагноз.

Об'єктивне обстеження. Загальне обстеження дозволяє скласти загальну уяву про стан організму, виявити супутні захворювання, які можуть бути пов'язані із захворюваннями статевих органів.

Огляд хворої проводиться за певним планом. При огляді краще використовувати денне світло, так як тільки при такому освітленні можна виявити жовтушність склер і шкіри. Спочатку визначають положення хворої, загальний її стан, стан шкіри, будову тіла (конституційні особливості), а потім переходять до огляду окремих частин тіла: обличчя, шиї, тулубу, верхніх і нижніх кінцівок.

Положення гінекологічної хворої буває активним, вимушеним і пасивним. Положення вважається активним, якщо хвора спроможна самостійно сісти, встати, повернутись на бік, підняти на гінекологічне крісло для огляду. При вимушеному положенні хвора приймає зручну для неї позу, яка приносить їй полегшення. Наприклад, при наявності значного запального чи пухлинного інфільтрату на стінці тазу, стегно відповідної сторони може бути притиснутим до живота. Положення вважається пасивним в тих випадках, коли хворі не рухомі і неспроможні самостійно змінити положення. Це спостерігається у хворих, які знаходяться без свідомості або ослаблених і виснажених захворюваннями. Потрібно пам'ятати, що в збудженому стані, наприклад, після операції деякі хворі можуть бути активними не дивлячись на заборону самовільно вставати, ходити і т. п.

При поступленні хворої в гінекологічне відділення медична сестра повинна оцінити її стан, щоб в залежності від нього направити її у відповідну палату для можливості ретельного спостереження. Свідомість гінекологічної хворої може бути ясна і спутана. При спутаній свідомості хвора знаходиться як би в напівсні: вона байдужа до оточуючих, на запитання відповідає із запізненням, а іноді зовсім не відповідає, але рефлекси у неї збережені. Непритомний стан характеризується повною втратою свідомості, розслабленням м'язів, втратою чутливості і рефлексів. Спутана свідомість і непритомний стан є явними ознаками тяжкого стану хворої і при виявленні їх вперше сестра повинна негайно повідомити про це лікаря.

Лице гінекологічних хворих з лихоманкою набуває своєрідний збуджений вираз: щоки червоні, очі блищать. При гострому запаленні очеревини (перитоніті) очі западають, ніс загострюється, шкіра бліда, губи цианотичні, лице покривається холодним потом. Оглядаючи лице потрібно звернути увагу на стан очей. Звуження зрачків спостерігається при уремії, отруєнні алкоголем, морфіном; розширення зрачків має місце при отруєнні атропіном. В оцінці тяжкості стану хворої важлива реакція зрачків на світло. При наявності жовтухи відмічається жовтушність склер, а при анемії – блідість кон'юнктиви. Ці два симптоми з'являються раніше ніж на шкірі.

Після загального огляду переходять до огляду шкіри і слизових оболонок. Блідість шкіри при нормальному складі крові може бути тимчасовою або постійною. Тимчасова блідість виникає при спазмі шкірних судин внаслідок збудження, при переохолодженні. При гострому малоокрів'ї, яке розвинулось внаслідок внутрішньої кровотечі при позаматковій вагітності, блідість шкіри з'являється досить швидко. Раптова поява блідості може спостерігатись у результаті різкого зменшення крові в шкірних судинах і накопичення її в судинах червоної порожнини, що має місце при колапсі і непритомності. Блідість з зеленуватим відтінком характерна для септичних хворих, а землистий колір обличчя – для хворих із запущеними формами злоякісних новоутворень.

Тимчасове почервоніння (гіперемія шкіри) спостерігається при сильних стресах, лихоманці, після приймання горячої ванни, алкоголю і деяких медикаментів (нікотинової кислоти). Недостатнє насичення крові киснем і надмірне накопичення в ній вуглекислоти веде до синюшності шкіри – ціанозу. Раптовий ціаноз верхньої частини тіла хворої в післяопераційному періоді може виникнути внаслідок ускладнення – тромбоза легеневої артерії.

Жовтушна окраска шкіри спостерігається при надмірному накопиченні в крові жовчних

пігментів. Гемолітична жовтяниця розвивається через посилений розпад еритроцитів і гемоглобіну, що має місце у гінекологічних хворих при септичних станах після кримінального абортів, отруєннях (хлороформ, фенол) і інше. Забарвлення шкіри в жовтий колір може спостерігатись при прийомі деяких ліків (акрихін). В цих випадках склери залишаються білими, кількість білірубину буває нормальним, сеча не містить жовчних пігментів.

У тяжких септичних хворих на шкірі можуть виникати крововиливи у вигляді крапок або плям неправильної форми.

При індивідуальній несумісності деяких харчових продуктів або ліків на шкірі відмічаються сверблячі червоно-білі плями, які нагадують пухирі при опіках кропивою (кропивниця). У тяжко хворих, які вимушені довго лежати, утворюються пролежні. Локалізуються пролежні у місцях найбільшого тиску, тобто в ділянці криж, сідничних бугрів, п'яток.

Огляд шкіри медсестрою вже дає уяву про стан хворої і необхідність сприйняття тих чи інших організаційних заходів. При поступленні у відділення хворої з різко вираженою блідістю або цианозом, або при появі цих ознак у хворих в післяопераційному періоді потрібно негайно викликати лікаря, приготувати крапельницю і розпочати інгаляцію зволоженого кисню. При виявленні жовтушної шкіри хвору потрібно ізолювати до з'ясування етіології захворювання і забезпечити окремий шприц для ін'єкцій, посуд і судно. Сестра першою повинна помітити і доповісти лікарю від яких медикаментів з'явилась кропивниця, приготувати десенсибілізуючі засоби (хлорид кальцію, димедрол, піпольфен). Старанний догляд за шкірою тяжко-хворої попереджує виникнення пролежнів. При їх появі хвору потрібно покласти на надувний круг.

Перед гінекологічним оглядом сестра повинна збрита у хворої волосся з зовнішніх статевих органів; при поступленні хворої – огляд волосся голови, а під час бриття – лобка, щоб не пропустити жінок, які потребують спеціальної обробки милом "К" (воші, гниди).

Огляд слизової оболонки порожнини рота, язика дає додаткову інформацію про стан хворої. Сухий язик з різко вираженими сосочками вказує на наявність перитоніальних явищ. Закінчується огляд, якщо дозволяє стан хворої, вимірюванням зросту і ваги тіла, які сестра записує в історію хвороби.

Подальше загальне обстеження хворої складається із проведення пальпації, перкусії, вимірювання температури тіла і артеріального тиску, а також лабораторного дослідження крові, сечі, калу і т. п.

Обмацування шкіри дозволяє виявити набряки. Виражені набряки видно при зовнішньому огляді, незначні визначають за допомогою надавлювання пальця на шкіру (*при наявності набряків залишається ямка*) невелика набряклість називається – пастозністю.

При дослідженні лімфатичних вузлів визначають їх величину, щільність, рухомість, зв'язок зі шкірою і підлеглими тканинами. Обов'язково повинні бути пропальповані молочні залози. Поява із молочних залоз сукровичної чи кров'янистої рідини, знаходження в них щільних нерухомих ділянок заставляє припустити про можливість розвитку раку.

Пальпацію живота проводять у горизонтальному положенні хворої при зігнутих ногах, що забезпечує розслаблення м'язів черевної стінки. Шляхом пальпації визначається стан черевної стінки (тонус, м'язевий захист, розходження прямих м'язів живота), печінки, селезінки і кишечника, наявність в черевній порожнині пухлин, інфільтратів, їх величина, форма і рухомість. При гострому запаленні додатків матки і тазової очоревини часто виявляється напруга м'язів в нижньому відділі живота (м'язовий захист).

Вистукування або перкусія застосовується для дослідження багатьох органів і систем, але найбільше значення вона має при дослідженні органів дихання. Перкуторні удари наносяться м'якоттю нігтьової фаланги середнього пальця правої руки, при цьому ніготь пальця яким стукають повинен бути коротко підстриженим. Перкуторний удар повинен завжди наноситись з однаковою силою, бути щільним і коротким. В приміщенні де проводиться перкусія повинно бути тихо. Крім перкусії легень, гінекологічним хворим проводять перкусію живота. Вистукування живота сприяє уточненню меж і контурів пухлини, а також великих інфільтратів і ексудатів, які виникли при запальних захворюваннях статевих органів. При зміні положення тіла перкусія дозволяє виявити у порожнині живота наявність асцитичної рідини або крові.

Аускультация основана на вислуховуванні звуків, які виникають в організмі. Аускультация здійснюється безпосередньо вухом, а також за допомогою стетоскопа або фонендоскопа. Стетоскоп або воронку фонендоскопа потрібно щільно прикласти до шкіри окремих ділянок. В приміщенні де проводиться вислуховування повинна бути тиша.

Метод аускультация дає найбільшу інформацію при дослідженні серця та легень. При всіх захворюваннях статевого апарату необхідне дослідження серцево-судинної системи, так як від її стану іноді залежить метод вибору лікування гінекологічного захворювання. Аускультация живота допомагає виявити характер перистальтики. Відсутність перистальтики вказує на парез кишечника при перитоніті; послаблення перистальтики спостерігається після складних гінекологічних операцій, при зниженій моторній функції кишечника. Сильні кишкові шуми відмічаються при початковій стадії розвитку непрохідності кишечника.

II.2. Гінекологічні методи дослідження.

Гінекологічне обстеження включає в себе обов'язкові методи, які застосовуються при обстеженні хворої і додаткові, які застосовуються для підтвердження діагнозу.

Обов'язкові методи:

1. Огляд зовнішніх статевих органів;
2. Огляд за допомогою дзеркал;
3. Піхво-абдомінальне (двуручне) дослідження.

Додаткові методи дослідження :

1. Бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження;
2. Цитологічне дослідження;
3. Зондування матки;
4. Дослідження за допомогою кульових щипців;
5. Пункція черевної порожнини;
6. Біопсія;
7. Діагностичне вишкрібання слизової цервікального каналу тіла матки;
8. Ультразвукове дослідження (УЗД);
9. Рентгенологічні методи дослідження;
10. Ендоскопічні методи (гістероскопія, кольпоскопія, кульдоскопія, лапароскопія);
11. Дослідження функції труб (гідротубація, пертубація);
12. Дослідження функції яєчників (тести функціональної діагностики);
13. Дослідження функції сусідніх органів.

Обов'язкові методи дослідження:

Огляд зовнішніх статевих органів. Хвору вкладають на гінекологічне крісло в спинно-сідничному положенні з розведеними і зігнутими в тазо-стегнових і колінних суглобах ногами після випорожнення сечового міхура. Звертають увагу на ріст волосся (за жіночим або чоловічим типом), розвиток зовнішніх статевих органів, промежини і ділянки заднього проходу. Для огляду переддвер'я піхви великим і вказівним пальцями лівої руки розводять статеві губи. Оглядають клітор, зовнішній отвір сечового каналу, парауретральні ходи, дівочу плівку, задню спайку промежини, вивідні протоки великих залоз переддвер'я піхви.

Огляд за допомогою дзеркал. В гінекологічній практиці використо-вують циліндричні, двостулкові і ложкоподібні дзеркала. Найбільш розпов-сюджене ложкоподібне дзеркало Сімпса з підіймачем Отта і двостулкове дзеркало Куско. При використанні ложкоподібних дзеркал необхідно мати помічника для їх утримання. Використання дзеркала Куско не потребує помічника, тому ними в амбулаторній практиці користуються частіше.

Введення дзеркала у піхву повинно бути обережним і безболісним, щоб не травмувати слизової оболонки. Вказівним і великим пальцями лівої руки розводять статеві губи. Дзеркало Сімпса вводять по задній стінці по нарямку піхвової трубки до заднього склепіння, щоб шийка матки розташовувалась на площині дзеркала. Після цього підіймачем Отта піднімають передню стінку піхви. Переміщуючи дзеркало і підіймач, можна оглянути всі відділи піхви: стінки склепіння і піхвову частину шийки матки (характер слизової оболонки, форму зовнішнього вічка, наявність рубцевих змін, поліпів, характер виділень із каналу шийки матки).

Внутрішнє дослідження в гінекологічній практиці повинно бути комбінованим дворучним. Дослідження має бути обережним і по можливості менш болісним. Обов'язковою умовою дослідження є випорожнення сечового міхура і прямої кишки.

При *піхво-абдомінальному дослідженні* великим і вказівним пальцями лівої руки розводять статеві губи, середній палець правої руки вводять в піхву, надавлюють на задню стінку піхви і промежини і по середньому пальцю вводять вказівний; у жінки з вузькою піхвою дослідження проводять одним пальцем. Зовнішня рука розташовується на передній черевній стінці так, щоб чотири пальця знаходились на нижній частині черевної стінки і прямували на зустріч пальцям внутрішньої руки. При цьому важливо добитися максимального розслаблення передньої черевної стінки.

При дослідженні визначають стан промежини і піхви, потім знаходять піхвову частину шийки-матки і визначають її форму, консистенцію, ступінь рухомості і чутливості при зміщенні; форму зовнішнього маткового зіву і ступінь його розкриття. Розміщуючи пальці внутрішньої руки в ділянці піхвових склепінь, визначають їх глибину, рухомість слизової оболонки і наявність в них інфільтратів. Визначають положення, форму, величину, консистенцію і рухомість матки.

В нормі матка розташована в малому тазі по середній лінії, кут між шийкою і тілом матки відкритий наперед і матка нахилена наперед. Нормальна матка дорослої жінки має форму груші, поверхня її рівна, при пальпації матка безболісна і рухома.

При патології придатків, вони визначаються як утворення різної форми і величини. При ураженні навколоматкової клітковини в ділянці бокових склепінь визначаються інфільтрати різної

величини і щільності. Нерідко змінені придатки і рідина, яка вилпилась із придаткових утворень призводить до виражених змін в ділянці піхвового склепіння.

Ректально-абдомінальне обстеження проводять у дівчат, при атрезії піхви, а також в тих випадках, коли необхідно більш детальне обстеження задніх відділів клітковини тазу, крижово-маткових м'язів і при наявності новоутворень розташованих позаду матки. Ректальне дослідження виконують в гумових рукавичках з напальчником, який змазують вазеліновим маслом.

Ректо-піхвове дослідження проводять при захворюваннях задньої стінки піхви або передньої стінки прямої кишки. При цьому у піхву вводять вказівний палець, а в пряму кишку – середній палець правої руки.

II.3. Додаткові методи обстеження.

Бактеріоскопічне дослідження піхвового секрету. Після обробки зовнішніх статевих органів тампоном із дезінфікуючим розчином піхвове дзеркало обережно вводять у піхву. Металевою ложечкою Фолькмана роблять зішкріб слизової оболонки задньо-бокового склепіння піхви та цервікального каналу і вміст переносять на предметне скло тонким шаром у вигляді продовгуватого мазка. Потім, видаливши дзеркало, пальцем введеним у піхву, легко масажують уретру і іншим кінцем ложки роблять зішкріб слизової оболонки уретри. Вміст переносять на теж предметне скло тонким шаром у вигляді округлого мазка. Мазки висушують на повітрі і разом з направленням відносять у лабораторію. У направленні вказують прізвище і ініціали хворої, номер відділення і палати, мету дослідження, дату. В лабораторії мазки фарбуються за Грамом, результати мікроскопії вписуються у направлення. Отримавши відповіді з лабораторії, сестра їх продивляється і прикріплює до історії хвороби. Відповідно до характеру мікрофлори, кислотного титру і вмісту лейкоцитів розрізняють 4 ступені чистоти піхви.

При чистоті піхви I ступеня в мазку визначається велика кількість паличок Додерлейна, стороння мікрофлора відсутня, поодинокі лейкоцити. Зовнішній вигляд виділень молочно-білий, реакція секрету різко-кисла. Чистота піхви I ступеня характерна для дівчат і жінок, які не живуть статевим життям.

При чистоті піхви II ступеня в мазку паличок Додерлейна стає менше, збільшується число лейкоцитів, може бути паличкова флора. Колір виділень молочний або злегка жовтуватий, є домішки слизу. Реакція виділень кисла. Чистота піхви II ступеня характерна для здорових жінок, які живуть статевим життям.

При чистоті піхви III ступеня в мазку паличок Додерлейна мало, переважають лейкоцити, стороння мікрофлора, частіше кокова. Характер виділень слизово-гнійний, реакція слабо-кисла, нейтральна або слаболужна. Чистота піхви III ступеня вказує на наявність запального процесу.

При чистоті піхви IV ступеня в мазку паличок Додерлейна немає, визначаються у великій кількості лейкоцити та стороння специфічна мікрофлора (гонококи, трихомонози). Характер виділень гнійний, реакція нейтральна або лужна.

При виявленні у мазках гонокока Нейсера результати дослідження підкреслюються червоним кольором, сестра негайно повідомляє про це лікаря і старшу медсестру для повідомлення в шкірно-венерологічний диспансер за місцем проживання хворої.

При підозрі на трихомонадний кольпіт мазки беруть із заднього склепіння дерев'яним шпателем одночасно із взяттям мазків на флору і наносять тонким шаром на предметне скло. Мазки висушують на повітрі і разом з направленням відносять до лабораторію. *Бактеріологічне дослідження* проводиться шляхом посівів на електоральні середовища і подальшій ідентифікації мікроорганізму, а при потребі і його чутливості до антибіотиків.

Цитологічне дослідження проводиться з метою раннього виявлення раку матки і маткових труб. З поверхні шийки-матки матеріал беруть за допомогою мазків-відбитків, а з каналу шийки-матки жолобоватим зондом. Після висушування і фарбування мазки вивчають під мікроскопом. При виявленні атипичних клітин виділяють групу жінок, яким потрібно більш детальне обстеження (біопсія, діагностичне вишкрібання).

Зондування матки проводиться для визначення положення матки, наявності міоматозних вузлів, деформацію її порожнини, довжину порожнини матки, прохідність цервікального каналу. Зондування проводиться металевим матковим зондом, на якому існує сантиметрова шкала.

Зондування проводять з дотриманням правил асептики і антисептики. У піхву вводять дзеркала, шийку матки захоплюють кульовими щипцями. Зонд обережно вводять спочатку в канал шийки матки, потім у її порожнину.

Протипоказаннями є вагітність, гостре і підгостре запалення матки, гнійні виділення (III і IV ступені чистоти піхви).

Дослідження за допомогою кульових щипців проводиться в тих випадках, коли потрібно встановити зв'язок пухлини із статевими органами (маткою) і коли двуручне дослідження є недостатнім. Після захвата шийки матки кульовими щипцями під контролем пальців, введених у піхву або пряму кишку, проводять тракцію, що дозволяє встановити зв'язок пухлини із статевими органами.

Даний метод протипоказаний при вагітності, гострих та підгострих запаленнях статевих органів, III і IV ступенів чистоти піхви.

Пункцію черевної порожнини проводять при підозрі на переривання позаматкової вагітності, розриві яєчника, при гострих запальних процесах, які супроводжуються накопиченням серозного або гнійного випоту і крові в черевній порожнині. Іноді її виконують з лікувальною метою для місцевого введення лікарських препаратів чи відсмоктування гною. Пункцію черевної порожнини проводять через заднє склепіння піхви або через передню черевну стінку (наприклад, при асциті).

Техніка пункції: після обробки зовнішніх статевих органів і піхви дезінфікуючим розчином за допомогою дзеркал оголюють піхову частину шийки матки. Задню губу шийки матки захоплюють кульовими щипцями і відтягують уперед і вгору. У заднє склепіння піхви по середній лінії вводять товсту голку на шприці на глибину 1-2 см. рідину витягують зворотним рухом поршня при одночасному повільному витягуванні голки.

Діагностичне вишкрібання слизової оболонки шийки тіла матки дає можливість оцінити циклічні зміни ендометрію, а також виявити різноманітні патологічні процеси (поліпоз, рак, хоріоепітеліома), залишки плідного яйця. Слід зауважити, що спочатку проводять вишкрібання цервікального каналу, а потім тіла матки. Операція обов'язково проводиться з дотриманням правил асептики і антисептики при достатньому знеболенні. *Необхідні інструменти*: корнцанг, ватні шарики, ложкоподібні піхові дзеркала, кульові щипці, матковий зонд, набір розширювачів Гегара, набір кюреток.

Зовнішні статеві органи і піхву обробляють дезінфікуючим розчином, вводять ложкоподібні дзеркала, кульовими щипцями захоплюють передню губу шийки матки. Проводять місцеву парацервікальну анестезію 2 % розчином новокаїну чи загальне знеболення. Для уточнення положення матки і довжини її порожнини проводять зондування. Після обережного розширення цервікального каналу кюреткою №1 чи №2 проводять вишкрібання цервікального каналу і потім порожнини матки. Кінець кюретки доводять до дна матки, потім вишкрібальними рухами від дна до каналу шийки матки поступово і послідовно видаляють слизову оболонку. Увесь одержаний матеріал збирають, промивають, вміщують у баночки з 10 % розчином формальдегіду (окремо з цервікального каналу і порожнини матки) і відправляють до лабораторії на гістологічне дослідження.

Протипоказаннями для виконання діагностичного вишкрібання є III і IV ступені чистоти піхви, наявність гострого і підгострого запального процесу в статевих органах, інфекційні захворювання, підвищення температури.

Ультразвукове дослідження (ехографія) є одним з сучасних і поширених методів неінвазивної діагностики.

В основі методу лежить здатність органів і тканин по-різному відбивати ультразвукові хвилі. Генератор апарату випромінює ультразвуковий пучок, який при відбиванні від тканин з різною щільністю змінюється, потрапляє на датик і перетворюється в електричні коливання, що відображаються на екрані. Це дає змогу визначити розмір оргпну і його структуру.

Перед дослідженням необхідно наповнити сечовий міхур та спорожнити кишечник.

Ультразвукове дослідження дозволяє уточнити дані про розмір і розташування матки та яєчників, наявність патології (поліпи, фіброміома матки, кісти і кістоми яєчників, аномалії розвитку статевих органів), вагітності, ВМК. Протипоказань у цього метода немає. Особливо допомагає воно при ожирінні, напруженій черевній стінці, її болючості, у дівчаток.

Біопсія і гістологічне дослідження тканини проводять при патологічних процесах (пухлини, папіломи, виразки), підозрілих у відношенні злоякісності, які локалізуються в ділянці шийки-матки, піхви і зовнішніх статевих органів. Для біопсії використовують спеціальні щипці-кусачки (конхотом) або скальпель. Місце для біопсії вибирають, як правило, після кольпоскопічного дослідження ураженої ділянки. Причому бажано взяти кусочок тканини, який би містив не тільки уражену, а й частку здорової тканини. Одержаний матеріал заливають 10 % розчином формаліну і відправляють до лабораторії на гістологічне дослідження. Із порожнини матки за допомогою шприца Брауна проводять аспіраційну біопсію.

II.4. Рентгенологічні методи дослідження.

Перед рентгенологічним дослідженням шлунково-кишкового тракту медична сестра очищає кишечник дворазовими клізмами: 1-у в кількості 1-2 літра ставлять напередодні увечері о 22 години, 2-у вранці за 2-3 години до дослідження. Остання клізма виводить газу, які накопичилися за ніч і залишки калових мас. Приймати послаблюючі засоби для очищення кишківника не радять, так як вони визивають метеоризм і посилюють перистальтику, що перешкоджає дослідженню. Тільки при амбулаторному дослідженні шлунково-кишкового тракту, коли немає умов для очищення кишечника клізмою, можна напередодні дати послаблюючі засоби.

Сестра попереджує хвору про час і місце проведення дослідження і проводить відповідну підготовку. Необхідно попередити хвору про появу через день після дослідження безкольорового калу.

Рентгенологічне дослідження сечовивідної системи починають з оглядового знімку. По оглядовому знімку можна приблизно орієнтуватися про положення, величину, форму і контури нирок. Сечоводи на цих знімках не видно. Однак інколи можна бачити багаті вапновими солями камені.

Для більш поглибленого вивчення органів сечовивідної системи використовують штучне контрастування сечовивідних шляхів, яке може бути досягнуто двома шляхами. Одним із них є введення контрастної речовини через сечовивідний катетер прямо в сечовід і далі в ниркову лоханку. Цей метод називається висхідний, або *ретроградна пієлографія*. Він дозволяє ретельно вивчити ниркові лоханки та сечоводи і тому вважається ведучим методом дослідження сечовивідних шляхів. Інший спосіб – *урографія*, ґрунтується на фізіологічній здібності нирок захоплювати із крові і виділяти з сечею контрастні речовини (кардіотраст, верографін та ін.). Контрастну речовину вводять в вену хворий в нагрітому до температури тіла стані на протязі 2-3 хвилин. Максимальна концентрація його в сечі спостерігається через 8-15 хвилин після введення, а через 3 години вона повністю виводиться із організму. Рентгенограми роблять послідовно через 5-7 хвилин після закінчення введення. Урографія є ведучим рентгенологічним дослідженням функції нирок. Рентгенографія сечового міхура не має великого практичного значення, так як сечовий міхур досліджується для огляду цистоскопом.

Підготовка хворої до рентгенологічного дослідження сечовивідних шляхів така, як і при дослідженні шлунково-кишкового тракту: напередодні увечері і вранці в день дослідження хворий ставлять очисну клізму, дослідження проводять натщесерце.

При отриманні призначення для проведення хворій ретроградної пієлографії сестра уточнює місце проведення дослідження. Як правило дослідження проводиться в урологічному відділенні, при тяжкому стані хворої лікар-уролог обстежує хвору на місці. В першому випадку сестра узгоджує з урологічним відділенням час проведення дослідження, в другому – узгоджує час проведення з лікарем-урологом і рентгенівським кабінетом, замовляє необхідні для дослідження розчини. Сестра попереджує хвору про час і місце проведення досліджень, проводить підготовку до дослідження і супроводжує її з історією хвороби в урологічне відділення і назад. При проведенні пієлографії на місці, постова сестра в узгоджений час доставляє хвору в оглядову, де лікар-уролог за допомогою цистоскопа проводить катетеризацію сечоводів. На стерильному столі необхідно мати пінцет, стерильний матеріал, дезінфікуючий розчин для обробки зовнішніх статевих органів, гумовий катетер, шприц і розчин для заповнення сечового міхура, 95% етиловий спирт для протирання цистоскопа і стерильний гліцерин для його змазування. Після катетеризації сечоводів хвору доставляють в рентгенологічний кабінет, де лікар-уролог вводить контрастну речовину, а рентгенолог робить знімки. Після закінчення дослідження сестра доставляє хвору у палату, збирає і миє інструменти.

При призначенні внутрішньовенної урографії сестра узгоджує час проведення з рентгенівським кабінетом, заказує контрастну речовину, робить пробу на чутливість до неї, готує хвору: перед дослідженням підігріває контрастну речовину до температури тіла і сама вводить її у ліктьову вену за вказівкою рентгенолога, коли хвора знаходиться на рентгенівському столі.

Гістросальпінгографія проводиться хворим для з'ясування стану порожнини матки та прохідності труб. Протипоказанням до гістросальпінго-графії є наявність у хворой гострих запальних процесів геніталій і кровотечі. При підготовці хворой сестра з'ясовує в рентгенологічному кабінеті час проведення дослідження і попереджує про це хвору. За призначенням лікаря вона проводить пробу на чутливість до препаратів, які вміщують йод. При цьому 1 мл контрастної речовини (крім йодоліпола) вводять внутрішньо-венно.

Увечері і вранці сестра ставить очисну клізму, за 30 хвилин до дослідження вводять 1 мл 2% розчину промедолу, слідкують щоб хвора перед дослідженням випорожнила сечовий міхур, а дослідження було проведено натщесерце.

В рентгенологічному кабінеті сестра готує стерильний стіл, на якому повинен бути стерильний матеріал (марлеві кульки), дезінфікуючі розчини для обробки шийки матки, дзеркала, пінцет, кульові щипці, матковий наконечник для введення контрастної речовини, який щільно з'єднаний з 10 г шприцем, контрастна речовина, підігріта до температури тіла, голка для набирання контрастної речовини в шприц. Під час дослідження сестра допомагає лікарю заповнити шприц, тримає дзеркала, транспортує хвору до палати після дослідження, збирає і миє інструменти.

Пневмопельвіографія – це рентгенографія органів малого тазу на фоні штучно створеного газового контрасту – *пневмоперитоніума*. Пневмопельвіографія в останні роки широко використовується в діагностиці пухлин і вад розвитку внутрішніх статевих органів, ендометріозу, полікістозу яйчників та інших захворювань.

При підготовці хворой сестра з'ясовує в рентгенівському кабінеті час проведення дослідження, напередодні дослідження хвора не вечеряє, а в день дослідження не снідає. Напередодні увечері і уранці в день дослідження хворий ставлять очисну клізму, а безпосередньо перед дослідженням звільняють сечовий міхур, вводять підшкірно 1 мл 2% розчину промедолу.

Для пункції черевної порожнини використовують голки діаметром 1,5-2 мм і довжиною 6-10 см. Голки повинні бути з мандреном. Під час проведення проколу мандрен залишають у голці, щоб жирова клітковина не попала в її просвіт. Перед дослідженням голки і сполучні трубки стерилізують. За допомогою апарату Боброва в черевну порожнину вводять 1500-2000 мл газу (повітря, кисень,

закис азоту, вуглекислий газ). Така кількість кисню розсмоктується із черевної порожнини протягом 3-5 днів, вуглекислий газ – 2-3 дні, закис азоту – 2-3 години.

Після підготовки апарату для проведення пневмоперитоніума сестра готує в рентгенівському кабінеті стерильний столик, на якому повинні бути стерильний матеріал (кульки, підкладні пелюшки або рушники), розчин йоду або спирт для обробки шкіри, розчин новокаїну, голка з мандреном для пункції, пінцет, розділяючі дзеркала, кульові щипці і гумова трубка, яка з'єднає голку з розподіляючим краном.

До дослідження готуються сестра і лікар. Руки миють з милом і обробляють їх спиртом. Шкіру передньої черевної стінки обробляють спиртом, місце проколу обмежують стерильними рушниками. Прокол роблять зліва від пупка на 2-3 см нижче його. По закінченню введення газу голку видаляють і на місце пункції накладають стерильну пов'язку.

Пневмоперитоніум може бути використаний шляхом пункції заднього склепіння. В цьому випадку хвору вкладають в положення для гінеколо-гічного дослідження, зовнішні статеві органи і піхву обробляють спиртом, шийку матки за задню губу захвачують кульовими щипцями, голку вводять в черевну порожнину через заднє склепіння.

Біконтрасна рентгенопільвеографія являє собою сполучення пневмопельвіографії і гістеросальпінгографії.

Ангіографія – рентгенологічний метод дослідження судинної системи тазу шляхом наповнення її контрастною речовиною, яка проводиться для діагностики ступеня розповсюдження пухлинного процесу або вад розвитку внутрішніх статевих органів.

Для отримання рентгеноконтрастного зображення вен тазу (флебографія) використовують внутрішньовенне, внутрішньоматкове і внутрішньо-органне введення контрастної речовини (60% кардіотраст або верографін). При внутрішньовенному способі контрастну речовину вводять шляхом пункції або катетеризації стегнової вени або вен гомілки, при внутрішньо-кістковому – шляхом пункції лобкових або сідничних кісток, гребеня клубової кістки, крижа: при внутрішньоорганному способі контрастну речовину вводять голкою в товщу стінки матки зі сторони її порожнини. Для кожної точки введення контрастної речовини характерна своя флебограма, тобто переважне заповнення тих чи інших груп вен тазу.

Тазова артеріографія виконується шляхом пункції і катетеризації стегнової артерії. Катетер проводять до біфуркації аорти, після чого спеціальним ін'єктором вводять контрастну речовину зі швидкістю 25 мл/с. Артеріограму роблять з частотою 5-6 кадрів за секунду. Підготовка хворої до тазової артеріографії така, як і до пієлографії.

На відміну від флебографії і артеріографії *лімфографію* проводять масляною контрастною речовиною – йодоліполом. Який вводять в кількості 10 мл в лімфатичні судини тилу п'ятки за допомогою спеціального ін'єктора зі швидкістю 1 мл за 10 хв. Тривалість введення йодоліполу приблизно 1,5 години. Контрастну речовину вводять в малій операційній або перев'язочній, після чого хвору транспортують в рентгенологічний кабінет.

II.5. Ендоскопічні методи дослідження.

Під ендоскопічними методами дослідження розуміють огляд внутрішніх статевих органів хворої за допомогою спеціальних оптичних інструментів. Серед ендоскопічних методів дослідження в гінекології використовуються кольпоскопія, кульдоскопія, лапароскопія, цистоскопія і ректороманоскопія.

Кольпоскопія використовується для діагностики ранніх стадій раку шийки матки і зовнішніх статевих органів. Кольпоскопія дає можливість вибрати підозрілу ділянку для прицільного мазку або біопсії.

Кольпоскоп складається з оптичної системи, освітлювача і штативу. Овітлювач кольпоскопу спрямовує концентрований пучок яскравого світла на досліджувану ділянку. Бінокулярні мікроскопи дають можливість отримати стереоскопічне зображення поверхні піхвової частини шийки-матки, нижньої третини шийкового каналу (при наявності розривів), піхви і зовнішніх статевих органів. При наявності фотонасадки кольпоскоп дає можливість не тільки оглянути поверхню досліджуваного органу, але і зробити знімки.

Кульдоскопія являє собою візуальне дослідження внутрішніх статевих органів ендоскопом, введеним через отвір заднього склепіння піхви в черевну порожнину. Кульдоскопію проводять в операційній. Хвору вкладають на гінекологічне крісло в звичайному положенні на спині. Лікар і сестра обробляють руки, як перед операцією. Сестра обробляє зовнішні статеві органи спиртом і асистує при парацервікальній анестезії. Після цього опускають спинку гінекологічного крісла і хвору переводять в колінно-грудне положення. Голова, плечовий пояс, грудна клітка і передпліччя хворої розміщуються на м'якій подушці. Спина хворої повинна бути в положенні максимального лордоза, а таз піднятий. В такому положенні ложкоподібним дзеркалом сестра відводить промежину максимально вгору. Лікар проводить пункцію заднього склепіння, кольпотомію і ендоскопію. Після дослідження на

кольпоскопічний отвір накладають кетгуттові шви і сестра транспортує хвору до палати, попереджаючи її про необхідність дотримання ліжкового режиму протягом 24 годин.

Лапароскопія – ендоскопічний метод дослідження, який використо-вується в хірургії та гінекології для огляду органів черевної порожнини і малого тазу оптичним інструментом, який введений в порожнину через отвір в передній черевній стінці. Підготовка хворої до лапароскопії така, як і до кульдоскопії.

Лапароскопія проводиться у великій операційній на операційному столі в положенні хворої для піхвових операцій, шкіра передньої черевної стінки, зовнішні статеві органи і слизова оболонка піхви обробляється як перед операцією. Хвору прикривають стерильною білизною. На передню губу шийки-матки накладають щипці Мюзо. Після інфільтраційної анестезії 0,25% розчином новокаїну ділянки пупка і середньої лінії черевної стінки створюють штучний пневмоперітонеум і хвору переводять в положення Тренделенбурга. Газ накопичується в нижній частині черевної порожнини і малому тазі, що покращує умови огляду. По середній лінії на середині відстані між пупком і лоном роблять розтин шкіри довжиною 1,5-2 см, через який в черевну порожнину вводять троакар. Через циліндр троакару лікар вводить ендоскоп і проводить огляд матки, труб, яєчників, кишечника і інших органів черевної порожнини. В цей час сестра переміщує кульові щипці, накладені на шийку матки, полегшуючи попадання матки в поле зору ендоскопа. Після видалення інструментів на розріз накладають шовковий шов і асептичну пов'язку.

Цистоскопія – ендоскопічний метод дослідження, який використо-вується для огляду внутрішньої поверхні сечового міхура за допомогою цистоскопу. Гінекологічним хворим цистоскопію проводять при підозрі на новоутворення, захворювання нирок, травму сечоводів. Підготовка хворої до дослідження така, як при пієлографії.

Ректороманоскопія – метод ендоскопії, який являє собою огляд внутрішньої поверхні прямої та сигмовидної кишки. Гінекологічним хворим це дослідження призначають для визначення ступеню розповсюдження пухлинного процесу геніталій і для з'ясування причин кишкової кровотечі.

Положення хворої під час дослідження колінно-лікткове. При цьому відбувається різке пневматичне розширення прямої кишки, випрямлення коліна в сигмовидній кишці, що значно полегшує введення ендоскопу і огляд слизової оболонки. Якщо в зв'язку з тяжким станом або в післяопераційному періоді хворій не можна надати вказану позицію, то її вкладають на лівий бік з припіднятим тазом і приведеними ногами до живота.

Дослідження прохідності труб (гідротубація, пертубація). З метою визначення прохідності маткових труб проводять метод введення в маткові труби рідини (гідротубація) і повітря (пертубація). Дані методи проводяться для діагностування трубного безпліддя. Гідротубація може виконуватись і з лікувальною метою. Протипоказаннями для виконання гідротубації і пертубації є кольпіти, цервіцити, гострі і підгострі запалення матки, труб і яєчників.

II.6. Дослідження функції яєчників (тести функціональної діагностики)

Функціональний стан яєчників можна оцінити по тестам функціона-льної діагностики: гормональна кольпоцитологія, ректальна (базальна) температура, симптом “зіниці”, феномен арборизації слизу шийки-матки (симптом листка папороті), а також за визначенням гормонів в плазмі, крові і сечі.

Гормональна кольпоцитограма (гормональне дзеркало). В гінекологічній практиці нерідко виникає необхідність в'яснити гормональну функцію яєчників. Найбільш просте цитологічне дослідження піхвових мазків. Матеріал для дослідження потрібно брати із верхньобокової стінки піхви на рівні шийки матки. Дослідженню підлягає матеріал, який вільно відділяється від стінки піхви. Для цього використовують скляну піпетку з грушею або дерев'яний шпатель. Ватні тампони для взяття мазків непридатні, оскільки вата вбирає в себе клітинні елементи. Взятий матеріал наносять на край предметного скла і одним легким рухом розмазують по ньому ребром другого скла або шпателем. Мазок висушують на повітрі. Фарбування мазків може бути монохромне або поліхромне. Монохромні методи використовують для визначення характеру клітинних елементів і величини ядер. Поліхромні методи фарбування дають можливість провести всебічний цитологічний аналіз. У направленні необхідно вказати номер відділення і палати, прізвище, ініціали хворої, вік, день менструального циклу, мету дослідження і дату.

Найбільш простим методом визначення вмісту естрогенів в організмі жінки є дослідження слизу цервікального каналу.

Ректальна (базальна) температура вимірюється уранці, до піднімання з ліжка і до прийому їжі. При нормальному менструальному циклі базальна температура (Rt) залежить від фази циклу і співвідношення естрогенів та прогестерона. В фолікуліновій фазі Rt нижче 37°C (36,2-36,7°C), а в лютеїнову фазу вона підвищується на 0,4-0,6°C. При відсутності овуляції температурна крива буде монотонною, що вказує на порушення менструального циклу.

Про функцію яєчників судять по *симптому “зіниці”*. В фолікуліновій фазі залози цервікального

каналу продукують слизовий секрет, кількість якого поступово збільшується до середини циклу. Зовнішнє вічко розширює-ться секретом і нагадує “зіницю”. В лютеїнову фазу феномен “зіниці” зникає і вічко приймає щілоподібну форму. Даний симптом спостерігається з 10 по 17 день циклу.

Паралельно симптому “зіниці” спостерігають *феномен арборизації сли-зу шийки матки*, яка при висушуванні на предметному склі утворює криста-лічний малюнок у вигляді листка папороті. Під впливом прогестерону відбувається деструкція “листка папороті”.

II.7. Лабораторні методи дослідження.

Загальний аналіз крові включає визначення вмісту гемоглобіну, кольорового показника, підрахунок кількості червоних кров'яних тілець (еритроцитів) і білих кров'яних тілець (лейкоцитів), підрахунок лейкоцитарної формули, тобто процентного співвідношення окремих видів лейкоцитів, визначення ШОЕ (швидкості осідання еритроцитів). Іноді додатково проводять визначення кількості тромбоцитів, швидкості згортання крові, протромбінового індексу.

Взяття крові для подальшого аналізу робиться лаборантом і як правило проводиться вранці до прийняття їжі. Для цього береться невелика кількість крові (0,5 мл) з пальця, використовуючи перо Дженера або звичайну голку від шприця, які попередньо стерилізують кип'ятінням. Для кожної хворої використо-вують окремий інструмент. У деяких випадках вважається доцільним брати кров із мочки вуха. Цей спосіб застосовують при ревматичних захворюван-нях і тяжких порушеннях периферичного кровообігу. Техніка взяття крові із мочки вуха така сама, як і з пальця. Місце ін'єкції обробляють спиртом, першу краплю зазвичай стирають стерильною ваткою. Виступаюча кров окремо набирається для визначення гемоглобіну і в спеціальні змішувачі для підрахунку еритроцитів, лейкоцитів, тромбоцитів.

Для *біохімічного дослідження* кров отримують із вени. Різні складові частини крові визначають в цільній крові і в сироватці. Сироватка крові являє собою рідку її частину без формених елементів, тобто без лейкоцитів, еритроцитів, тромбоцитів. Вона містить різні солі, білки, ферменти, вуглеводи, вітаміни і гормони.

Медична сестра повинна вміти не тільки взяти кров для біохімічних аналізів, але й вірно документувати направлення матеріалу до лабораторії. На спеціально визначеному бланці вказується прізвище хворої з ініціалами, номер палати, відділення, дата. Направлення фіксується до пробірки. Для взяття крові із вени потрібно мати 5-20-грамові шприці, голки, пінцет і стерилізовані в автоклаві сухі пробірки. Вище передбаченого місця пункції накладають гумовий джгут, ділянку пункції обробляються ефіром, спиртом або розчином йоду. Голку насаджують на канюлю шприця за допомогою пінцета. Під час пункції уважно слідкують за тим, щоб не доторкнутись до голки чим-небудь нестерильним. Кров може бути отримана при самостійно-му витіканні через голку або шляхом засосування її через голку в шприц. Під час пункції і взяття крові необхідно уважно стежити за тим, щоб голка не вийшла з просвіту вени. Виливають кров із шприця повільно по стінці пробірки, уникаючи утворення піни і руйнування формених елементів. Після взяття достатньої кількості крові знімають джгут, швидко видаляють голку, місце проколу прикривають ваткою зі спиртом. Руку згинають у ліктьовому суглобі і піднімають (кладуть на груди хворої).

Кількість взятої крові залежить від того, які і скільки досліджень буде зроблено. На кожне дослідження в середньому необхідно 0,5-2 мл сироватки, а значить в 3 рази більше крові, так як сироватка складає 1/3 крові.

При сполученні декількох досліджень кров беруть у кількості 7-10 мл. Найбільш широко практикують взяття крові із вени для таких біохімічних аналізів, як: визначення загального білка сироватки крові, білкових фракцій, білірубіну, електролітів, сечовини та інше.

Для *дослідження загального білка крові і його фракцій* (альбумінів та глобулінів) беруть кров із вени натщесерце в три пробірки по 3 мл в кожну з додаванням в усі по 0,3 мл цитрату натрію. Дослідження білків крові має велике діагностичне значення. З білкових речовин найбільш важливе значення мають глобуліни та альбуміни. Відношення альбумінів до глобулінів виражається коефіцієнтом, який в нормі становить 1,6-2,8. При порушенні водного обміну загальна кількість білка в сироватці крові змінює-ться: при згущенні крові збільшується, а при затримці води в органімі – зменшується.

Від показників відношення альбумінів до глобулінів залежить *швидкість осідання еритроцитів* (ШОЕ). Із збільшенням вмісту в крові глобулінів ШОЕ збільшується, а при збільшенні вмісту альбумінів – зменшується. При всіх інфекційних хворобах зазвичай зміни відповідають гостроті процесу.

Для *дослідження на залишковий азот* кров беруть із вени натщесерце в кількості 4,5 мл з додаванням у пробірку 0,5 мл цитрату натрію. в процесі нормального білкового обміну утворюється велика кількість низькомолекулярних азотистих речовин: поліпептидів, амінокислот, аміаку, сечовини і ін. При різних захворюваннях дезамінування амінокислот може бути порушене, що призводить до збільшення вмісту в крові низькомолекулярних азотистих речовин (залишкового азоту). В нормі кількість залишкового азоту в сироватці крові дорівнює 17,85-28,56 ммоль/л.

При порушенні видільної функції нирок спостерігається затримка азотистих речовин в крові, що має місце у хворих при кримінальному аборті, сепсисі, злоякісних пухлинах.

Для *дослідження цукру крові* і цукрової кривої кров беруть натще із пальця. У здорової людини взята натще кров містить 3,89-5,55 ммоль/л цукру, при цукровому діабеті рівень його підвищується до 7,75 ммоль/л та більше.

Для з'ясування прихованих латентних форм діабету використовують так звані *цукрові навантаження*. Хворій досить випити натщесерце 50-70 г (0,7 г/кг ваги жінки) глюкози (цукру), розчиненій в склянці води і відмічають характер підйому і зниження цукру в крові і появу цукру в сечі. Перший раз для дослідження кров береться до вживання глюкози, а потім кожні 30 хв на протязі 2,5 годин. Наприкінці дослідження хвора утримується від їжі і пиття. Сечу на аналіз беруть до і після дослідження.

Визначення вмісту *загального білірубину* та його фракцій в сироватці крові і сечі має важливе значення в диференціальній діагностиці жовтяниці. Виділяють гемолітичну, паренхіматозну і обтураційну жовтяницю. Підвищений гемоліз еритроцитів та захват білірубину гепатоцитами при зводить до підвищення в крові непрямого білірубину. Порушення екскреції прямого білірубину із гепатоцитів та через жовчні протоки лежить в основі обтураційної (механічної) жовтяниці. Паранхіматозна жовтяниця виникає внаслідок порушення захвату, кон'югації, а також екскреції білірубину.

Для *визначення вмісту холестерину* кров беруть із вени натщесерце в кількості 5 мл. В нормі в сироватці крові міститься 3,8-6,5 ммоль/л холестерину.

Для *дослідження електролітів* кров беруть із вени натщесерце в кількості 7 мл з додаванням в пробірку цитрату натрію в кількості 0,5 мл. Найбільш важливими мінеральними солями, які містяться в сироватці крові є хлорид натрію, хлорид калію, солі кальцію і ін. В нормі в сироватці вміст натрію 135-144 ммоль/л, кальція – 2,25-2,75 ммоль/л, калію – 4,10-5,12 ммоль/л, магнію – 0,7-1,2 ммоль/л, хлору – 95,88-107,16 ммоль/л. Основну частину електролітів складає хлорид натрію. Вміст його різко зменшується при блюванні вагітних, кишковій непрохідності, перитоніті.

Для *дослідження кислотно-лужного стану* кров беруть із вени натщесерце в кількості 5 мл з додаванням у пробірку 0,3 мл розчину цитрата натрію. Реакція (рН) крові є величиною постійною, рівною 7,4, що пояснюється наявністю в організмі буферних систем, які забезпечують зв'язування кислих продуктів обміну. Зсув кислотно-лужної рівноги спостерігається при перитоніті, діабеті, розладах серцево-судинної системи і інших патологічних станах.

Специфічна *серологічна реакція на сифіліс* (реакція Васермана) проводиться усім поступаючим в стаціонар гінекологічним хворим. Кров беруть із вени натще в суху пробірку в кількості 5 мл.

Посів крові проводять септичним хворим, при тривалому підвищенні температури нез'ясованого характеру, кримінальному аборті і інших інфекційних захворюваннях. Взяття крові краще проводити під час лихоманки. В раніше підготовлені пробірки зі стерильними пробками і спеціальним середовищем (агар, бульон) береться кров із вени: 10 мл на посів і по 1 мл в 5 окремих пробірок. В закритому вигляді пробірки відразу транспортують до лабораторії.

Для *дослідження на протромбін* кров беруть в пробірку з 1,34% розчином оксалату натрію у співвідношенні 1:5 (наприклад, 0,2 мл розчину оксалату натрію та 1 мл крові).

Вміст протромбіну є найбільш вірним показником системи згортання крові, однак у зв'язку з відсутністю прямого способу визначення протромбіну його визначають непрямим по швидкості зсідання крові, а результат виражають коефіцієнтом або індексом. Протромбіновий індекс в нормі дорівнює 85-100%. При збільшенні його до 140-160% може наступити утворення внутрішньо-судинних тромбів. Зниження протромбінового індексу до 40-30% і нижче супроводжується кровоточивістю.

Для *дослідження коагулограми*, фібринолітичної активності фібриногену кров беруть із вени по 4,5 мл в кожену пробірку з додаванням по 0,5 мл розчину цитрату натрію (пробірки ставлять на лід). Ці дослідження в повному обсязі проводяться спеціалістами гематологами або гематологічною бригадою швидкої допомоги.

Отримані із лабораторії відповіді досліджень крові сестра продивляється і підклеює до історії хвороби. При отриманні термінових досліджень або при виявленні показників, які виходять за межі норми, медсестра повинна негайно повідомити лікаря.

II.8. Дослідження випорожнень.

Дослідження випорожнень призначають гінекологічним хворим для з'ясування функціонального стану кишківника, органічних захворювань і порушень, пов'язаних із захворюваннями статевих органів.

Дослідження на яйця глист проводять усім хворим, які поступили в стаціонар. Сестра попереджує хвору про необхідність зібрати випорожнення для дослідження. Пояснює як це зробити і забезпечує необхідною посудиною. Для аналізу необхідно брати свіжі випорожнення без домішок сечі, гнійних або кров'янистих виділень. При цьому хвора перед дефекацією повинна звільнити сечовий

міхур, при менструації або рясних гнійних чи кров'янистих виділеннях покласти у вхід піхви стерильний марлевий тампон. Випорожнення збирають у чисте, сухе підкладне судно або нічний горщик. В лабораторію відсилають приблизно 50 г калу в чистій скляній посудині прикритою папером. На посуді повинна бути наклейка із вказівкою прізвища, ініціалами хворої, номер відділення і палати, дата взяття проби і мета дослідження (кал на яйця глист, копрологічне дослідження, кал на реакцію Грегерсена і ін.). до відправки в лабораторію зібраний кал зберігається в спеціальному ящику в туалеті. Зберігання калу допустимо на протязі не більше 12 годин. Виключення складає дослідження калу на амебіаз, в цьому випадку кал відправляється до лабораторії відразу після дефекації.

Дослідження калу на приховану кров (реакція Грегерсена) призначається після спеціальної трьохденної дієти. Із їжі виключається м'ясо, риба, яблука, шпинат, щавель, тобто продукти та ліки, які містять залізо.

Для *бактеріологічного дослідження* при підозрі на дизентерію кал із судна беруть скляною паличкою і опускають в пробірку з живильним середовищем. При отриманні позитивних відповідей дослідження сестра повинна негайно повідомити лікаря і до переведення в спеціалізований медичний заклад ізолювати хвору. Виділити їй окремий посуд і судно. Випорожнення таких хворих перед змивом в каналізаційну систему знезаражують 50% розчином хлорного вапна, або 5% розчином карбонівної кислоти. Для стерилізації випорожнень вказаними розчинами потрібно 5-10 годин.

III. Основні гінекологічні захворювання і їх клінічні прояви.

Серед захворювань жіночих статевих органів запальні процеси складають 55-65% випадків. Найбільш частою причиною запальних захворювань жіночих статевих органів є інфекційний збудник. В основному це стафілококи, стрептококи, кишкова паличка, ентерококи, протей, гонококи, мікоплазми, хламідії. Часто при загальному процесі виявляються мікробні асоціації. Велике значення в розвитку запального процесу має порушення цілості слизових оболонок і прилеглих тканин (наприклад, при мінструації, абортів, пологах, травмах), що сприяє проникненню інфекції. Виникнення і розвиток запального процесу залежить також від здатності організму протидіяти інфекції. При несприятливих умовах (втомлення, крововтрата, переохолодження і перегрівання, авітаміноз та ін.) запальний процес може бути викликаний умовно-патогенною флорою.

В основному розповсюдження інфекцій відбувається висхідним шляхом. Мікроорганізми можуть переноситися за допомогою сперматозоїдів, трихомонад, можливий і пасивний транспорт. Також інфекція може поширюватись гематогенним, лімфогенним чи контактним шляхом, проте це буває значно рідше.

III.1 Неспецифічні запальні захворювання жіночих статевих органів.

Неспецифічні запальні захворювання геніталій викликаються гнієрідною флорою і можуть виникати в різний період життя жінки. В більшості випадків вони спостерігаються у жінок в дітородному віці.

По перебігу запальні захворювання поділяються на гострі, підгострі та хронічні.

В залежності від локалізації виділяють запалення зовнішніх статевих органів (вульвіт, бартолініт), піхви (кольпіт), матки (ендоцервіцит, ендометрит, метрометрит, периметрит), придатків матки (сальпінгіт, оофорит), клітковини малого тазу (параметрит), тазової очеревини (пельвіоперитоніт) і розлите запалення очеревини (перитоніт).

При гострій стадії захворювання вирішальне значення має інфекційний агент. В хронічній стадії збудник значного значення не має. Загострення існуючого хронічного процесу часто не пов'язане з інфекцією.

Вогнище при хронічному запальному процесі є джерелом тривалого подразнення нервово – ендокринної та інших систем організму. Відмічається порушення кровопостачання з частковою облітерацією кровоносних, лімфатичних судин. Велике значення має фіброз і розвиток рубцево – злуквих процесів, які порушують правильні анатомічні та функціональні взаємовідношення, дистрофічні процеси в нервових клітинах сонячного, підчеревного та аортального сплетіння.

Значна роль при запаленні належить сенсibiliзації організму. Антигенами можуть бути різні фармакологічні засоби, які тривало використовувались з лікувальною метою, а також продукти розпаду і зміненого обміну у вогнищі запалення. Тривалі запальні захворювання жіночих статевих органів викликають порушення менструальної та дітородної функції, сексуальні розлади, порушення функції сечовидільної системи, функції кишечника, і можуть бути фоном для розвитку онкологічних захворювань.

Гострий вульвіт – запалення зовнішніх статевих органів, в більшості випадків розвивається внаслідок подразнення та мацерації вульви патологічними виділеннями при захворюваннях внутрішніх статевих органів. Сприятливими факторами розвитку вульвіту є нервово-ендокринні порушення в організмі, особливо недостатня функція яєчників, порушення обміну речовин і вітамінного балансу,

порушення ендокринної системи (цукровий діабет) і інші. Безпосередньою причиною виникнення захворювання є інфікування вульви, якому сприяє механічне подразнення і негігієнічне утримання зовнішніх статевих органів.

Основним симптомом вульвіту є роз'їдаючі болі, відчуття печії, свербіж, біль при доторканні, набряк і різка гіперемія зовнішніх статевих органів. Для успішної терапії необхідно з'ясувати причини, які призводять до даного захворювання і ліквідувати їх для цього визначають первинним чи вторинним є запальний процес, проводять бактеріоскопічне, а при необхідності і бактеріологічне дослідження. Місцеве лікування складається з бережної гігієнічної обробки розчином перманганату калію 1:10000, 3% розчином борної кислоти, або настійкою ромашки. Використовують примочки із 1% свинцевої води, 1% розчин резорцину, 3% розчин борної кислоти або фурациліну 1:5000. У похилих жінок при наявності болячих тріщин – мазі на жировій основі, 1% синтаміцинову емульсію. При виражених болях використовують 5% анестезинову мазь. На ніч призначають веронал 0,1 г на прийом. При розповсюдженні запалення призначають сидячі ванночки із настоєм ромашки, 3% розчин гідрокарбонату натрію.

Гострий бартолініт – це запалення вивідного протоку бартолінової залози. Набряк та інфільтрація механічно здавлюють вузький просвіт протоку і закривають його. Секрет залози застоюється і нагниває. Залоза збільшується, її вивідний проток перетворюється в гнійний мішок.

Відмічається локальна болючість, підвищення температури тіла до 38-39°C, припухлість в ділянці залози, пізніше – розм'якшення і флюктуація.

В стадії інфільтрації призначають ліжковий режим, лід до ділянки ураженої залози, сульфаніламід та антибіотики. Лікування триває 2-3 дні. При відсутності покращення, рекомендують теплові процедури, які сприяють швидкому нагноєнню. При появі флюктуації абсцес розкривають і лікують як гнійну рану.

Кольпіт – запалення піхви. Кольпіт, як первинне захворювання зустрічається рідко. Частіше кольпіт є наслідком запального процесу вищележачих відділів геніталій або в поєднанні із захворюваннями вульви. Хворі скаржаться на свербіж, біль у піхві, білі. Місцеві зміни стінки піхви дуже характерні і дозволяють поставити діагноз після огляду слизової оболонки піхви в дзеркалах. Постановці діагнозу і вибору лікування допомагає бактеріоскопічне і бактеріологічне дослідження виділень з піхви.

При тяжкій формі кольпіту призначають антибіотики, сульфаніламід, знеболюючі і дезінтоксикаційні засоби. Дуже важливим є ретельний гігієнічний догляд за зовнішніми статевими органами. Місцеве лікування складається із спринцювання розчином перманганату калію 1:10000, 2-4% розчином борної кислоти, 2% розчином соди. Використовують тампони із риб'ячим жиром і синтоміциновою емульсією.

Бактеріальний вагіноз (БВ) – при БВ відбувається зміна мікробіоценозу піхви: різке зниження чи відсутність лактобактерій, переважання бактероїдів, пептострептококів, гарднерел, мікоплазмів та інших анаеробів. Розвитку БВ можуть сприяти ендогенні фактори: зміна гормонального статусу, зниження імунологічної реактивності, порушення мікробіоценозу кишечника, а також ті, що вимагають застосування антибактеріальної терапії, перенесені та супутні захворювання, використання гормональних засобів, імунодепресантів.

Факторами ризику для розвитку БВ є: часта зміна статевих партнерів, використання ВМК, запальні захворювання сечостатевої системи, застосування антибактеріальних препаратів та імуносупресорів.

Діагноз БВ вважається обґрунтованим при наявності хоча б трьох з чотирьох ознак: наявності гомогенних вершкоподібних виділень сіро-білого кольору, адгезованих на слизовій оболонці піхви з неприємним запахом; виявлення *ключових клітин* (зрушені клітини плоского епітелію, вкриті грамваріабельними мікроорганізмами); позитивний амініотест (поява рибного запаху при змішуванні у рівних кількостях піхвових виділень та 10% розчину КОН); рН піхвового вмісту >4,5.

Мікроорганізми, що сприяють БВ, виробляють різні фактори, в тому числі протеолітичні ферменти (колагеназу), які сприяють проникненню бактерій у навколоплодову оболонку та порушенню їх цілісності. Виявлено зв'язок БВ з клінічною внутрішньоутробною інфекцією і виявленим при гістологічному дослідженні хоріоамніонітом.

Лікування: інтравагінально кліндаміцина фосфат (крем) чи метранідазол-гель. Починаючи з другого триместру вагітності, в разі недостатньої ефективності місцевої терапії можливе пероральне застосування кліндаміцину (300 мг 2 рази на добу упродовж 5 днів) чи метранідазолу (500 мг 2 рази на добу 2-5 днів). У першому триместрі вагітності пероральне застосування зазначених препаратів протипоказане. В разі наявності показань доцільно застосовувати еубіотики, біогенні стимулятори, вітаміни та інші засоби, що сприяють нормалізації мікробіоценозу піхви та кишечника.

Під час лікування та контрольованого спостереження слід рекомендувати використання бар'єрних методів контрацепції. Перше контрольне клініко-лабораторне обстеження через тиждень після завершення терапії, повторне – через 4-6 тижнів.

Ендоцервіцит – ураження запальним процесом слизової оболонки каналу шийки матки, протікає по типу катарального запалення і супроводжується гіперсекрецією слизу. Проникненню

інфекції і виникненню запального процесу сприяє пошкодження шийки матки під час пологів, абортів, діагностичних вишкрібань. Патологічні білі із каналу шийки матки викликають злущування епітелію, який покриває слизову оболонку шийки матки навколо зовнішнього її зіву, при цьому часто утворюється кровоточива істинна ерозія. Больових відчуттів при ендocerвіциті у хворих не виникає і нерідко запалення виявляється при дослідженні жінки, яка звернулася з приводу скарг на білі.

Діагноз встановлюють на підставі клінічної картини, а також бактеріоскопічного і бактеріологічного дослідження виділень з цервікального каналу. Вважаючи, що ендocerвіцит може бути фоном для виникнення раку шийки матки, обов'язково треба провести кольпоскопію і цитологічне дослідження мазків на атипів клітини. Лікування проводиться загальне і місцеве в залежності від збудника захворювання.

Ендометрит – запалення слизової оболонки матки. Нерідко запальний процес захвачує і м'язовий шар матки (метроендометрит). Характерним для гострих метроендометритів є виражена загальна реакція організму на запалення: висока температура, лихоманка, слабкість, пітливість, тахікардія. Хворі скаржаться на болі в животі і виділення із статевих органів. Основними симптомами є білі і розлади менструальної функції, переважно поліменорея і меноррагія.

Виникненню ендометриту сприяють запальні захворювання нижнього відділу геніталей, зондування матки, порушення правил особистої гігієни під час місячних та після абарту. Особливо тяжко протікає метроендометрит після кримінальних внутрішньоматкових втручань, які проводяться для переривання вагітності.

Огляд в дзеркалах дозволяє виявити гнійний характер виділень з матки. При бімануальному дослідженні визначається збільшена, болюча при пальпації матка.

Розповсюдження інфекції за межі матки може призвести при ендометриті до втягненню в процес придатків матки, очеревини, навколоматкової клітковини, а також до виникнення метротромбофлебиту.

Периметрит – запалення серозного шару матки, протікає у вигляді сухої або ексудативної форми. Ексудат розсмоктується, але випавший фібрин утворює обширні спайки між маткою, придатками, паріетальною очеревиною, петлями кишечника і сальника.

Сальпінгоофорит (аднексит) – запалення придатків матки. Запальний процес може бути одностороннім або двохстороннім. Запальний ексудат, який накопичується в трубці, нерідко витікає через ампулярний отвір в черевну порожнину. Навколо труби утворюються спайки і отвір труби закривається. Розвивається мішкова пухлина труби, гідросальпінкс (вміст – серозна речовина) або піосальпінкс (гнійна рідина).

Ізольоване запалення яєчників (офорит) як первинне захворювання зустрічається рідко. В гострій стадії запалення в яєчнику спостерігається набряк і мілкоклітинна інфільтрація. Якщо запальний процес продовжує зростати, то виникає гнійник. Запальні захворювання придатків матки є причиною безплідності, порушення менструальних функцій, позаматкових вагітностей і інших захворювань жіночих статевих органів.

Симптоматику сальпінгоофорита можна поділити на місцеву, пов'язану з пошкодженням додатків матки і порушенням їх функції і загальну, що відображає реакцію організму на патологічний процес. Для місцевих симптомів характерна біль, порушення менструального циклу, білі та непліддя.

Із загальних симптомів спостерігається підвищення температури, слабкість, нудота та блювота, сухість у роті, що пов'язано з інтоксикацією організму.

Терапія повинна бути спрямована на знищення запального процесу додатків матки, встановленню нормальної функції яєчників і збереження здоров'я жінки. Застосовується антибактеріальна терапія (беручи до уваги чутливість мікрофлори), десенсибілізуюча, розсмоктуюча терапія, вітамінотерапія і фізіотерапевтичні методи лікування.

Параметрит – запалення навколоматкової клітковини. Виникнення параметриту пов'язане з ускладненим перебігом пологів або абортів. Найбільш частий шлях розповсюдження інфекції – лімфогенний. Характерними для параметриту є біль з іррадіацією в крижі і ноги. Із-за сильних болей часто затруднене сечовипускання і дефекація. Температура тіла підвищується до 39°C, тахікардія. Стан хворої різко погіршується при гнійному розплавленні параметральної клітковини. Можливий прорив гнійника в сечовий міхур або пряму кишку.

Пельвіоперитоніт – це запалення тазової очеревини, виникає частіше за все вторинно при проникненні інфекції в черевну порожнину із інфікованої матки, труб і яєчників. Розрізняють гострий та хронічний пельвіоперитоніт. При гострому процесі відмічаються різкі болі в животі, особливо в нижньому його відділі, висока температура тіла, тахікардія, нудота, блювота, вздуття живота, затримка газів і стула; виявляються ознаки інтоксикації організму. Живіт в нижній частині напружений, симптом Щоткіна – позитивний. Відмежований гнійний процес може розповсюдитись і призвести до розвитку дифузного перитоніту.

Захворювання, що викликають гострий живіт в гінекології.
Позаматкова вагітність.

Імплантація плодового яйця в будь-якому іншому місці, крім порожнини матки, визначається як позаматкова вагітність. Більше 95% випадків ектопічної вагітності складає трубна вагітність.

Переривання трубної вагітності звичайно проходить шляхом трубного абортів або розриву труби. При повному аборті продукт запліднення виділяється в черевну порожнину, кровотеча може припинитися і симптоми зникають.

Частіше кровотеча продовжується коли продукт запліднення залишається в трубі; кров стікає в прямо-кишкове маткове заглиблення. При закупорці ампулярного відділу труби утворюється гематосальпінкс.

Розрив труби виникає в перші декілька тижнів вагітності при локалізації плідного яйця в істмічному відділі. В цьому випадку виникає профузна кровотеча, що супроводжується гіповолемією і нерідко колапсом.

Клінічними симптомами порушеної позаматкової вагітності є:

- біль в животі або тазі;
- аменорея або невеликі кров'янисті вагінальні виділення;
- вазомоторні розлади (при невеликій кровотечі – нормальній або злегка підвищений АТ; при тривалій кровотечі – тахікардія, зниження АТ, головокружіння, запаморочення, олігурія);
- гастроінтестинальні симптоми (нудота, блювота);
- біль при пальпації живота, заднього вагінального склепіння;
- збільшення придатків з одного боку;
- при присутності крові в черевній порожнині можуть спостерігатися симптоми подразнення очеревини, "м'язовий захист".

Діагностика:

1. Лабораторна:
 - зменшення гемоглобіну і гематокриту;
 - дослідження рівня хоріонічного гонадотропіну (при ектопічній вагітності рівень його нижче, ніж при матковій).
2. Ультрасонографія.
3. Кульдоцентез (при одержанні шляхом аспірації крові, що не згортається, діагноз внутрішньочеревної кровотечі цілком ймовірний).
4. Лапароскопія.

Лікування: існує єдина точка зору на терапію трубної вагітності – після встановлення діагнозу необхідно провести хірургічне лікування. Характер операції залежить від локалізації плідного яйця, вираженості патологічних змін, ступеня крововтрати, загальним станом, віком і бажанням хворої мати вагітність у майбутньому.

Операція вибору є тубектомія. Операція проводиться в три етапи: лапаратомія, зупинка кровотечі – реанімаційні міроприємства – продовження операції.

Консервативні операції на маткових трубах виконуються в наступних випадках: задовільний стан хворої; незначні зміни маткової труби; бажання жінки зберегти репродуктивну функцію; відсутність в анамнезі неплідності, операції на трубах, сальпінгіту.

Апоплексія яєчника – це крововилив у паренхіму яєчника, який супроводжується кровотечею у черевну порожнину. Причини апоплексії чітко не встановлені. Вона може розвиватися у будь – який день менструального циклу чи після затримки менструації, але частіше в середині циклу.

Захворювання починається раптово появою гострого болю, частіше в одній із здухвинних ділянок, який невдовзі поширюється на весь живіт та іррадіює у пряму кишку, пахову ділянку, крижі, ногу.

З'являються симптоми внутрішньої кровотечі, шок із втратою свідомості. Температура тіла нормальна. При пальпації живота відмічають його здуття, болючість у нижній половині з одного або з обох боків.

При гінекологічному дослідженні визначається нависання (у випадку сильної кровотечі) і болючість вагінальних склепінь. Зміщення шийки викликає сильний біль. Матка здебільшого нормальних розмірів, а в ділянці придатків з одного боку визначається болючість, збільшений, не рідко кістозно – змінений яєчник. Часто при апоплексії встановлюють діагноз позаматкової вагітності, тому що симптомів, характерних для апоплексії немає.

Розрив піосальпінксу – відбувається мимовільно або в наслідок фізичної травми. Перед перфорацією гнійника завжди є період погіршення – посилення болю, підвищення температури,

наростання симптомів подразнення очеревини. Одразу ж після розриву виникає гострий біль по всьому животі, стан колапсу, нудота, блювота, живіт напружений і різко болючий. Загальний стан хворої швидко погіршується. При розриві піосальпінксу не рідко розвивається тазовий перитоніт.

Перекрути ніжки кістому. У результаті перекруту порушується живлення тканини пухлини, виникають дегенеративні зміни в пухлині, некроз із розривом стінки. Клінічно при перекручуванні ніжки пухлини з'являються симптоми гострого живота.

III.2 Запальні захворювання жіночих статевих органів, які передаються статевим шляхом

Термін “венеричні захворювання” був недавно замінений терміном – захворювання, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ), або сексуально-трансмисійні захворювання – група інфекційних захворювань, що передаються, в основному статевим шляхом.

Гонорея – специфічне інфекційне захворювання, викликане гонококком Нейсера. Зараження гонореею відбувається статевим шляхом. Рідко спостерігається побутовий шлях зараження. Інкубаційний період складає 3-4 доби, але може досягати 2-3 тижні. Розповсюдження інфекції відбувається висхідним шляхом по слизовим оболонкам, поступово захвачуючи все нові і нові ділянки сечостаєвого апарату. Ендотоксини, звільнюючись при руйнуванні мікробних тіл, викликають ряд загальних явищ: головний біль, загальне недомогання, ураження суглобів, периферичних нервів і інших органів. Попавши в сечовивідний канал гонококи викликають гонорейний уретрит. Однак внаслідок короткої уретри, запалення часто викликає відчуття печії або болей при сечовипусканні, а гнійні виділення можуть залишатися непомітними.

Подальше розповсюдження інфекції призводить до ураження шийкового каналу, слизової оболонки шийки матки і маткових труб.

Сприятливі умови для розповсюдження інфекції створюються під час менструації, вагітності, у післяпологовому періоді.

Виділяють гостру, підгостру та хронічну гонорею. В гострому періоді хворі скаржаться на свербіж або відчуття печії в піхві, гнійні виділення із статевих органів, часте болюче сечовипускання. Гострий період поступово і непомітно для хворої переходить в наступну стадію – підгостру. Значна тривалість гострого та підгострого процесу досягає 8 тижнів. Хронічна гонорея у жінок протікає часто без виражених клінічних симптомів і при відсутності гонококів у виділеннях із сечовстатевих органів. В той же час хвора є джерелом інфекції.

В залежності від локалізації гонорейного процесу у жінок прийнято виділяти гонорею нижнього та верхнього відділів геніталей. Межею між верхнім та нижнім відділом статевих органів є внутрішнє вічко каналу шийки матки.

При гонорейі нижнього відділу геніталей у дорослих патологічний процес захвачує сечовипускний канал з парауретральними ходами, вивідні протоки бартолінових залоз і канал шийки матки. В дитячому віці може спостерігатись також гонорейний вульвіт і вагініт.

При проникненні гонококів за межі внутрішнього вічка розвивається гонорея верхнього відділу статевих органів або висхідна гонорея. При цьому уражується ендометрій, труби і яєчники. Подальше розповсюдження інфекції за межі статевих органів призводить до розвитку гонококового пельвіоперитоніту та перитоніту.

Для виявлення гонорейі, крім вивчення анамнезу і клінічних симптомів захворювання проводять аналіз вірогідних первинних вогнищ гонорейі, бактеріоскопчне дослідження секрету уретри, великих вестибулярних залоз, цервікального каналу та прямої кишки. Бактеріологічне дослідження виділень і серологічні реакції з кров'ю (реакція Борде-Жангу) із сечею (реакція Лисовської-Фенгелля). Діагноз гонорейі можна вважати встановленим лише при наявності гонокока.

При хронічному перебігу гонорейі для виявлення збудника можуть бути використані методи провокування, які викликають загострення процесу.

Виділяють фізіологічне, біологічне, термічне, механічне, хімічне та аліментарне провокування загострення гонорейі. Одночасно використовують декілька видів провокування.

Гонорея – загальне захворювання. В терапії її велике значення має лікування антибіотиками (пеніцилін, левоміцетин) і сульфаніламідними препаратами (сульфадімезин, сульфазол, норсульфазол та інші по 0,5г 5 разів на день).

Загальна терапія поєднується з місцевою обробкою вогнищ ураження. Для цього використовують 1-3,5% розчин азотно-кислого срібла, 3% розчин протарголу, 5% розчин коларголу.

Для встановлення остаточного виліковування гонорейі після закінчення лікування проводять механічне та біологічне провокування з послідуочим взяттям мазків і посівів протягом 3-х місяців на 2-й та 4-й день місячних. Якщо протягом цього часу гонокок жодного разу не виявляється. То хвора вважається вилікованою.

Трихомоніаз.

Збудником трихомоніазу є піхвова трихомонада. Зараження відбувається переважно статевим шляхом. Інкубаційний період складає від 2 до 20 діб. Піхвова трихомонада паразитує в піхві але може

проникати в уретру і бартолінові залози. Початок захворювання може мати гострий та підгострий характер. Ступінь запальної реакції залежить від патогенності трихомонад, реактивності макроорганізму і характеру супутньої бактеріальної флори.

Гострий трихомонадний кольпіт супроводжується рясними пінистими гнійними виділеннями з неприємним запахом, свербінням зовнішніх статевих органів, печією при сечовиділенні, болісністю при статевому акті, гіперемією слизової оболонки піхви.

Туберкульоз статевих органів жінки відноситься до вторинних органних позалегенових форм захворювання. *Первинний комплекс*: первинне ураження туберкульозом – розвивається в легенях (90%) або в органах черевної порожнини (10%). Звідси збудник туберкульозу – мікобактерія туберкульозу – розповсюджується на внутрішні статеві органи, частіше за все гематогенним шляхом. Можливе розповсюдження інфекції по лімфатичним судинам, також перехід туберкульозного процесу на стетеві органи з ураженої туберкульозом очеревини.

Найбільш часто уражуються маткові труби і матка, рідше – яєчники і дуже рідко – піхва і зовнішні статеві органи.

Загальні ознаки туберкульозу статевих органів жінки по клінічній картині мало відрізняються від неспецифічних запальних захворювань. Це призводить до того, що діагноз захворювання встановити важко.

Туберкульоз придатків матки – з незначними анатомо – функціональними змінами відноситься до самих ранніх стадій захворювання, які протікають непомітно і тяжкі для розпізнавання. Часто хворі скаржаться на безпліддя. Температура тіла залишається нормальною. При піхвовому дослідженні патологічних змін придатків матки не визначається. Картина крові не змінена. Тільки ретельне багатостороннє дослідження хворої дозволяє встановити вірний діагноз і своєчасно призначити лікування.

Подальший розвиток захворювання призводить до потовщення маткових труб, утворення злук з оточуючими органами, з'являються болі, порушення менструального циклу. Можуть виникати великі запальні утворення, але у багатьох жінок загальний стан при цьому залишається задовільний.

Більш в тяжких випадках в процес втягується яєчник, але запалюється частіше його зовнішній шар, іноді виникає кістозна дегенерація. Маткова труба і яєчник можуть являти собою єдине утворення в якому при дослідженні можна виявити вогнище казеозного розпаду тканин. При цій формі захворювання є виражені ознаки туберкульозної інтоксикації: температура тіла підвищена (характерно періодичне не постійне підвищення температури), у хворої з'являється подразливість, швидка втомлюваність, пітливість, прискорення ШОЕ. Казеозне вогнище часто потребує оперативного лікування.

Рубцево-злукові форми туберкульозу придатків матки із – за значних зрощень між внутрішніми статевими органами малого тазу можуть супроводжуватися болями. Такі хворі, як правило страждають безпліддям.

З туберкульозом геніталей можуть протікати і інші гінекологічні захворювання, такі як доброякісні пухлини матки і її придатків. В таких випадках поряд з протитуберкульозним лікуванням показане оперативне втручання з приводу супутнього захворювання.

У більшості хворих з рубцево-злуковими формами туберкульозний процес неактивний. Чи потребують такі хворі лікування протитуберкульозними засобами, вирішується після ретельного обстеження хворої.

При *туберкульозі матки* частіше всього уражується її слизова оболонка, тобто виникає *туберкульозний ендометрит*. Виділяють вогнищевий ендометрит, коли в ендометрії спостерігаються окремі туберкульозні вогнища і повторне ураження всієї слизової оболонки - дифузний ендометрит.

Туберкульоз шийки матки, піхви і зовнішніх статевих органів зустрічається рідко. Туберкульозна виразка шийки матки мало відрізняється від істинної ерозії і тільки за допомогою біопсії можливо встановити вірний діагноз. При розпаді тканин у зтяжних випадках туберкульозу виразка шийки матки нагадує злоякісний процес. Туберкульоз піхви і зовнішніх статевих органів проявляється у вигляді поверхневих виразок.

Для встановлення діагнозу генітального туберкульозу велике значення має вірно зібраний анамнез (перенесені в минулому захворювання туберкульозу інших органів і систем або контакт з хворими відкритими формами туберкульозу). Підтверджують діагноз туберкульозу гістологічне і бактеріологічне дослідження. Велике значення має рентгенологічне дослідження і гістеросальпінгографія, при якій отримують характерне для туберкульозного ураження зображення порожнини матки і труб, а також оглядовий знімок тазу, який дозволяє виявити ділянки звапнення (кальцифікати). Позитивні результати туберкулінових проб також сприяють встановленню вірного діагнозу.

Лікування туберкульозу проводять так, як і при іншій локалізації туберкульозного процесу в організмі. Хвора повинна стати на облік в протитуберкульозний диспансер по місцю проживання. Лікування призначають гінекологи – спеціалісти по генітальному туберкульозу, які працюють разом з лікарем-гінекологом жіночої консультації і фтизіатрами диспансеру. Лікування проводять на фоні лікувально-охоронного режиму і раціонального харчування. Після встановлення діагнозу генітального

туберкульозу, хвору направляють в спеціалізоване гінекологічне відділення або санаторій. Вчасно розпочате правильне протитуберкульозне лікування призводить до повного вилікування в більшості хворих. Використовують специфічні протитуберкульозні препарати: стрептоміцин, препарати ГНК (фтивазид, тубазид і інші) і ПАСК (солі параміносалицилової кислоти).

Лікування повинно бути комбінованим і тривалим. Спочатки призначають три, а потім два із вказаних вище препаратів першого порядку. В подальшому по мірі необхідності до лікування додають препарати другого порядку (цикloserин, етаксид, тібон, ріфампіцин). При показаннях використовують фізіотерапевтичні та оперативні методи лікування.

Профілактика туберкульозу.

В нашій країні розроблені заходи спрямовані на повне знищення туберкульозу в Україні. Велике значення мають протитуберкульозні диспансери, де хворі генітальним туберкульозом жінки знаходяться під спостереженням і до повного виздоровлення отримують необхідне безкоштовне лікування.

СНІД (синдром набутого імунodefіциту) – є захворювання, що швидко розповсюджується, передається статевим шляхом. СНІД був вперше описаний в 1981 р., збудник якого ВІЛ (вірус імунodefіциту людини) був відкритий в 1983 р. Захворювання розповсюджене в багатьох країнах світу. СНІД включає широкий спектр захворювань, що визвані ВІЛ.

ВІЛ є причиною розвитку ураження імунної системи організму внаслідок його репродукції в білих кров'яних клітинах – Т-лімфоцитах, уражаючи все більшу кількість клітин. Чим довше інфікований організм людини, тим більша вірогідність ураження його імунної системи, що призводить до підвищення захворюваності. Приблизно в половині випадків ВІЛ-інфіковані люди захворіють СНІДом протягом 10 років. При захворюванні на СНІД в 50% випадків смерть настає протягом 18 місяців, а в 80% випадків – протягом 3-х років.

Шляхи передачі інфекції:

- статевий: через гомо- і гетеросексуальний контакт;
- парентеральний: переливання крові і її препаратів, вживання використаних ін'єкційних голок наркоманів, інфікування медичних працівників при випадковому ураженні шкіри, через відкриту рану і т.ін.
- перинатальний: внутрішньоутробний (через плаценту), в період пологів, під час годування груддю.

ВІЛ вдалось виділити із крові, слини, сперми і піхового секрету, а також сечі, калу і сліз. Вірус не проходить через непошкоджену шкіру. Проникаюча здатність тканин ендометрію, піхви, шийки матки, прямої кишки і уретри для ВІЛ може сприяти інфікуванню організму. Інфікованість продовжується протягом усього життя.

Як і для інших ЗПСШ, ризик інфікування жінки після одного статевого зношення вище для жінок при передачі ВІЛ від інфікованих статевих партнерів, ніж для чоловіків, які мали статевий контакт з інфікованою жінкою.

Профілактика ВІЛ-інфекції – це єдиний шлях запобіганню епідемії СНІДу. Масова пропаганда безпечного статевого життя і запобігання інших сексуально-трансмисивних захворювань – є основним у боротьбі зі СНІДом. В більшості випадків початок захворювання залишається безсимптомним. Такий безсимптомний перебіг може продовжуватись протягом багатьох років. В цей період часу пацієнти можуть стати джерелом інфекції.

Клінічні симптоми СНІДу діляться на дві групи:

I група (основні симптоми):

- 1) втрата маси тіла більш ніж на 10%;
- 2) хронічний пронос протягом більше одного місяця;
- 3) тривала лихоманка, більше одного місяця (постійного або періодичного характеру).

II група ("малі" симптоми):

- 1) постійний кашель протягом більше одного місяця;
- 2) генералізований дерматит;
- 3) рецидивуючий герпес (Herpes zoster);
- 4) кандидоз слизової роти;
- 5) хронічна прогресуюча і диссиминована інфекція простого герпесу;
- 6) генералізована лімфоаденопатія.

При наявності у пацієнтки двох симптомів першої і одного з симптомів другої групи і виключення таких причин імуносупресії, як злоякісна пухлина виражена недостатність харчування та інше їх слід направляти до інфекціоніста.

Хламідіоз.

Хламідії – грам-негативні бактерії, що розміщуються всередині клітин у вигляду скупчень, або дифузно. Живуть переважно в парауретральних ходах.

Урогенітальний хламідіоз – найпоширеніше захворювання серед хвороб, що передаються статевим шляхом.

Хламідіоз одна з основних причин патології вагітних і новонароджених. Можливе

внутрішньоутробне враження. Подолавши плацентарний бар'єр, інфекція обумовлює самовільні аборти. Лабораторна діагностика хламідіоза – метод прямої імунофлюоресценції. Зараз широко впроваджується молекулярні методи – імунохроматографія.

Лікування урогенітального хламідіоза досить затруднене через асоціацію хламідіоза (до 50%) з **мікоплазмами**, що передаються статевим шляхом.

В 1937 році мікоплазми були вперше виділені в чистій культурі з абсцесу бартолінової залози. З 12 різновидів мікоплазм, які можуть спричинити захворювання у людини, 7 виділені з сечостатевого тракту. В 1954 році з уретри хворих були виділені Т-мікоплазми, які пізніше були названі **уреаплазма**. У жінок уреаплазма спричиняє гострий уретральний синдром, цервіцит, сальпінгіт.

III.3. Пухлини геніталій.

Пухлини геніталій можуть бути доброякісними та злоякісними. Злоякісні пухлини характеризуються швидким ростом, здатністю інфільтрувати навколишні тканини і давати метастази. В залежності від тканини із якої виникла пухлина, розрізняють епітеліальні, сполучнотканинні, м'язові та тератоїдні (із ембріонального зачатку) пухлини.

Пухлини вульви та піхви – займають 4-5-те місце серед пухлин геніталій.

Кисти піхви – ретенційне утворення (із залишків гартнерового ходу), розвиваються по боковій стінці і склепінні піхви, клінічних симптомів не дають, виявляються при огляді піхвовими дзеркалами і бімануальному дослідженні, видалаються оперативним шляхом.

Фіброми вульви та піхви – доброякісні пухлини сполучно-тканинного походження. Діагностуються візуально та при бімануальному дослідженні, лікування: **консервативне** (спостереження), при значному збільшенні: **оперативне**.

Рак вульви та піхви – злоякісна пухлина, які виникають в похилому віці та супроводжуються свербінням, слизово-гнійними або сукровичними виділеннями, болями. Лікування в початкових стадіях комбіноване – видалення вульви та пахвових лімфатичних вузлів з послідувочою рентгенотерапією. При масивному ураженні використовується поєднана рентгено-радіотерапія.

Пухлини шийки матки по частоті виникнення займають перше місце серед пухлин геніталей.

Фонові захворювання шийки матки:

- справжня ерозія шийки матки;
- псевдоерозія;
- лейкоплакія (без атипії, проста);
- поліпи шийки матки

Передраковий процес – дисплазії шийки матки.

Справжня ерозія шийки матки – відсутність покривного епітелію на її піхвовій частині. Часто виникає внаслідок ендocerвіциту, ендометриту.

Псевдо ерозія – циліндричний епітелій наповзає на ерозовану поверхню із слизової оболонки шийкового каналу. Основні причини виникнення: запальні захворювання (цервіцит, ендocerвіцит); поліпи, травми шийки матки під час пологів, гормональні порушення.

Псевдо ерозія буває набута, вроджена, рецидивуюча.

Лейкоплакія шийки матки, вульви – фонове захворювання з характерним ураженням шкіри та слизових оболонок нижнього відділу статевих органів, потовщенням і зроговінням покривного епітелію.

Поліпи слизової оболонки каналу шийки матки – розростання тканин біля зовнішнього вічка, в середині або верхній частині слизової оболонки каналу шийки матки. Можуть бути на ніжці або широкій основі. Поліпи шийки матки, як правило, є доброякісними.

Дисплазія епітелію шийки матки – клінічно проявляється як лейкоплакія, еритроплакія, ерозія, ектропіон чи цервіцит. Діагноз дисплазії можна встановити за допомогою кольпоскопії, цитологічного та гістологічного досліджень.

Міоми або фіброміоми шийки матки розвиваються із м'язової та сполучної тканин, діагностуються при огляді шийки матки, за допомогою піхвових дзеркал та бімануальному дослідженні. Лікування оперативне.

Рак шийки матки найбільш часто зустрічається у жінок у віці 40 років та старше. Для раку шийки матки в ранній стадії характерні контактні кровотечі, а в більш пізній – ациклічні.

Форми росту пухлини: ендofітна, екзофітна, змішана. При екзофітній формі пухлина росте у просвіт піхви, набуває вигляду цвітної капусти і може виповнювати просвіт піхви. Ендofітна форма характеризується проростанням пухлини у м'язовий шар шийки матки, внаслідок чого шийка матки збільшується ущільнюється. При розпаді пухлини утворюється кратероподібна виразка. Змішана форма росту раку шийки матки має ознаки як ендofітних, так і екзофітних форм. Рак шийки матки може поширюватися на тіло матки, параметрії, піхву.

Діагностика пізніх стадій раку шийки матки нескладна, важче діагностувати початкові форми,

коли на шийці ще немає пухлинних утворень. Для виявлення ранніх стадій захворювання використовується цитодіагностику, кольпоскопію та біопсію. При екзофітній формі росту пухлина має вигляд велико- або мілкобугристих легко кровоточачих розростань типу кольорової капусти. При ендофітних формах шийка матки має бочковидну форму з виразками. При розвитку пухлини в цервікальному каналі зовнішній вигляд шийки матки може бути незмінений. Бімануальне піхво-ректальне дослідження дозволяє виявити щільність шийки матки, її бугристість, інфільтрацію склепін та параметрію, ураження тазових лімфатичних вузлів.

Лікування раку шийки матки може бути: комбінованим (оперативно-променево), променевим (радій, телегамматерапія).

Пухлини тіла матки по частоті виникнення займають 3 місце серед пухлин геніталій.

Міоми (фіброміоми) матки – доброякісні пухлини. В залежності від напрямку росту фіброматозних вузлів виділяють: субсерозну форму, коли вузли розташовані на ніжці під серозною оболонкою стінки матки, субмукозну (підслизову), якщо пухлина росте в порожнину матки, інтерстиціальну, якщо пухлина розташована в товщі стінки матки. Величина вузлів може бути різною: від декількох міліметрів до розмірів величини матки при доношеній вагітності.

Симптоматологія фіброміоми матки залежить від локалізації вузлів. Субсерозні фіброматозні вузли зв'язані з маткою широкою основою або тонкою ніжкою. При одиноких та невеликих субсерозних вузлах менструальна та дітородна функції не порушені і фіброміома протікає безсимптомно. Ускладнення виникають при перекруті ніжки вузла та порушенні його харчування. Субмукозні фіброматозні вузли супроводжуються альгодисменореєю, гіперполіменореєю, непліддям і іншими порушеннями.

Клініка при інтерстиціальних вузлах залежить від напрямку їх росту.

Діагностика фіброміом матки здійснюється при бімануальному дослідженні. При субмукозному вузлі використовують зондування матки та гістеросальпінографію.

Лікування хворих фіброміомою матки проводять за двома напрямками: диспансерне спостереження за хворими з "безсимптомними" фіброміомами і оперативне лікування по показанням.

Рак тіла матки зустрічається рідше, чим рак шийки матки. Найбільш часто захворювання спостерігається у віці від 50 до 60 років. В етіології та патогенезі раку тіла матки велике значення має порушення ендокринних факторів. Про це свідчить часте поєднання раку тіла матки з ожирінням, цукровим діабетом, гіперхолестеринемією, гіпертонічною хворобою і інше.

Характерними для раку тіла матки є порушення менструальної функції. Кровотечі мають ациклічний характер і нерідко спостерігаються кров'яні виділення в менопаузі. В запущених випадках з'являються гнійні білі.

Діагностику раку тіла матки починають з цитологічного дослідження аспірату з порожнини матки. При виявленні в мазках атипічних клітин проводять гістероцервікографію, що дозволяє виявити наявність пухлини та локалізацію і сукупність розповсюдження. Згідно даним гістероцервікографії роблять прицільну біопсію ендометрію. Для підтвердження діагнозу проводять лімфографію або флебографію для уточнення ступеню розповсюдження пухлини.

Лікування раку тіла матки може бути комбінованим та променевим. Комбінований метод включає операцію екстирпації матки з придатками та тазовими лімфатичними вузлами з послідуочим використанням телегамматерапії, променевий метод заключається в поєднанні Кюрі - телегамматерапії.

Саркома матки частіше виникає в тілі матки і відрізняється вираженою схильністю до розповсюдження на сусідні органи і метастазування в легені та печінку. Характеризується кров'янистими виділеннями із статевих шляхів та швидким ростом матки. Діагностика базується на даних гістологічного дослідження ендометрію.

Лікування комбіноване: екстирпація матки з придатками та послідуоча променева терапія.

Хоріонепітеліома відноситься до найбільш злоякісних пухлин, розвивається із елементів трофобласту. Найчастіше хоріонепітеліома локалізується в матці, рідше в піхві, в трубах, або яєчниках.

Метастазує хоріонепітеліома гематогенним шляхом. Раніше всього метастази з'являються в легенях та піхві, а потім в головному мозку, печінці, нирках і інших органах.

Характерними для хоріонепітеліоми є тривалі маткові кровотечі, які не припиняються, не дивлячись на багаторазове вишкрібання порожнини матки.

Діагностика хоріонепітеліоми базується на оцінці даних анамнезу, гінекологічного, гормонального та гістологічного методів дослідження. Вміст гонадотропних гормонів в сечі при хоріонепітеліоми в 30-100 разів вищий, ніж при нормальній вагітності.

Лікування комбіноване і заключається в екстирпації матки з придатками, з послідуочою хіміотерапією.

Хіміотерапію використовують як самостійний метод, при вираженому її ефекті може відбутися регрес хоріонепітеліоми та її метастазів, а також відновити менструальну та дітородну функцію. Лікування хіміопрепаратами (метотрексат, актиноміцин) проводять курсами під контролем біологічних та імунологічних гормональних тестів.

Пухлини яєчників. Із тканини яєчника можуть розвиватися пухлиноподібні (ретенційні утворення) та істинні пухлини яєчників.

Ретенційні утворення, або кісти – це не проліферуючі пухлини, які виникають внаслідок затримки секрету в порожнині, що викликані розтягненням та розплавленням тканини. До них відносять фолікулярні кісти, кісти жовтого тіла, ендометроїдні та параоваріальні кісти.

По перебігу ці утворення доброякісні, не досягають великих розмірів, симптоматика їх бідна. Розвиток кісти не супроводжується ніякими больовими симптомами. Виявляються кісти, як правило, випадково, при гінекологічному огляді.

Лікування тривало існуючих кіст яєчника оперативне, так як неможливо виключити наявність істинної пухлини. Об'єм оперативного втручання у жінок молодого віку – мінімальний: цистектомія, тобто вилучення кісти із залишком незміненої тканини яєчника, оофоректомія – видалення всього яєчника при неможливості збереження його тканини. В похилому віці різні кісти яєчників підлягають хірургічному лікуванню з видаленням обох яєчників.

При *ендометриозі яєчників* можливе лікування синтетичними прогестинами – мігестренолом, інфекундіном і оксипрогестероном – компронатом протягом 4 -5 місяців.

Кістоми (істинні пухлини яєчників) по походженню можуть бути первинними (розвиватися із тканин яєчника) та вторинними (метастатичними). Найбільш часто метастази в яєчнику виникають із шлунково-кишкового тракту (метастаз Крукенберга), молочної та щитовидної залози.

По перебігу всі кістоми яєчників розділяються на доброякісні, проліферуючі та малігнізуючі. Доброякісна кістома з часом може перейти в проліферуючу, а проліферуюча – в малігнізовану кістому.

Лікування хворих з істинними пухлинами залежить від характеру пухлини. При доброякісних пухлинах лікування обмежується оперативним втручанням, яке залежить від віку хворої. При злоякісних пухлинах хірургічне лікування проводиться разом з хімотерапією.

III.4. Порушення менструального циклу.

Менструальна функція жінки тісно пов'язана зі всіма іншими функціями організму. Любі порушення в організмі можуть призвести до порушення менструального циклу і навпаки – порушення менструальної функції часто призводить до загальних розладів, що виражається в погіршенні самопочуття і працездатності жінок.

Порушення менструального циклу зумовлені патологічними змінами нейроендокринної регуляції в системі гіпоталамус – гіпофіз–яєчники–матка і можуть мати циклічний та ациклічний характер. До циклічних порушень відносять гіпо- та гіперменструальний синдром.

Гіпоменструальний синдром об'єднує порушення менструального циклу, яке виражається зниженням менструальної функції. Виділяють наступні прояви цього синдрому.

Гіпоменорея (мізерні менструації) спостерігається при загальному і місцевому недорозвитку геніталей, може бути наслідком таких ендокринних захворювань як гіпофізарне ожиріння або порушення функції щитовидної залози. Вона виникає також при загальних важких захворюваннях та після ускладненого аборту.

Олігоменорея – короткі менструації (менш ніж 2 дні).

Опсоменорея – рідкі менструації, що повторюються більше ніж через 35 днів.

Аменорея – повна відсутність менструацій протягом більше 6 місяців. Вона може бути фізіологічною та патологічною. До фізіологічних відносять аменорею до статевої зрілості, пов'язану з вагітністю та годуванням груддю (лактаційна аменорея), а також аменорею в похилому віці.

Патологічна аменорея може бути первинною (ніколи в житті не було менструацій) і вторинною (менструації були, але припинились).

Можлива несправжня первинна аменорея, коли відбуваються нормальні циклічні зміни в яєчниках та матці, але по деякій причині менструальна кров не виділяється назовні. Відтоку виділенню може заважати зарощення дівочої перетинки, каналу шийки матки або піхви. У таких хворих менструальна кров накопичується у відділах статевих органів, які розташовані вище над місцем зарощення, що викликають появу болей, порушення загального стану жінки та потребують відповідного хірургічного лікування.

Вторинна аменорея виникає внаслідок багатьох тяжких захворювань: інтоксикація при інфекційних захворюваннях, хронічних отруєннях, загальному виснаженні організму, психічних травмах. Вторинна аменорея може бути обумовлена оперативними втручаннями (видалення матки або яєчників) або дією променевої енергії.

За рівнем виникнення порушення регуляції менструальної функції виділяють різні форми патологічної аменореї: гіпоталамічну, гіпофізарну, яєчникову та маткову.

Гіпоталамічна аменорея.

Психогенна аменорея обумовлена стресовими ситуаціями та психічними травмами.

Аменорея при несправжній вагітності може виникати у жінок, які дуже хочуть або дуже бояться завагітніти. Можуть з'явитись гадані ознаки вагітності (під впливом самонавіювання). Біологічні реакції на вагітності від'ємні.

Аменорея при нервовій анорексії може з'явитись у дівчат при нервовому або фізичному первантаженні, при різкому схудненні або безконтрольному вживанні препаратів для зниження апетиту.

Аменорея при адіпозо – геніальній дистрофії (синдром Пехранца – Бабінського – Фрейліна) розвивається внаслідок пухлини або травми гіпоталамічної ділянки, після нейрогенної інфекції, епідемічного паротиту, грипу. Зустрічається до періоду статевого дозрівання. Характерне ожиріння з відкладенням жиру на стегнах, животі, обличчі, затримка росту, гіпоплазія статевих органів, зниження інтелекту.

Аменорея при синдромі Морганьї – Стюарта внаслідок відкладання солей кальцію в ділянці турецького сідла (внутрішній фронтальний гіперостоз). Клінічні прояви: головний біль, напад судом, порушення психіки, ожиріння, вірілізм.

Аменорея при синдромі персистуючої лактації (синдром Кіарі – Фроммеля) основними симптомами є виділення молока (галакторея), що розпочинається після пологів, і аменорея, що приєднується пізніше. Виділення молока продовжується, розвивається гіпертрофія молочних залоз із вираженим судинним рисунком, статеві органи зазнають атрофії, розвиваються розлади вуглеводного та жирового обмінів.

Гіпофізарна аменорея.

Аменорея при гіпофізарному нанізмі розвивається внутрішньоутробно або в перші місяці життя внаслідок інфекційних захворювань чи травматичних пошкоджень передньої частини гіпофізу, тому виникає недостатність усіх її гормонів – соматотропну в тому числі.

Аменорея при гігантизмі та акромегалії. При пухлинах гіпофізу зумовлена гіперпродукцією соматотропну, продукція гонадотропних гормонів знижена.

Аменорея при хворобі Іщенко – Кушинга викликана надмірною продукцією кортикотропіну. Спостерігається збільшення маси тіла з розподілом жиру переважно на обличчі, шиї, тулубі. Виникають зміни шкіри та скелета, підвищується артеріальний тиск, розвивається кардіосклероз, нефросклероз. Внаслідок де мінералізації кісток розвивається остеопороз, гірсутизм (ріст волосся в незвичайних для жінки місцях – обличчі, грудях, животі). На шкірі з'являються смуги розтягнення, висипання типу *acne vulgaris*, гіперпігментація зовнішніх статевих органів.

Аменорея при синдромі Шихана розвивається після важких пологів або септичних захворювань і пов'язана із крововиливами у гіпофіз і наступним некрозом його передньої, а інколи і задньої частки. Об'єм некрозу визначає важкість перебігу захворювання. Виникає біль голови, запаморочення, слабкість, анорексія. Пізніше розвивається астенія, зменшення маси тіла, аменорея, мікседема. Випадає волосся на голові, на лобку. Знижується артеріальний тиск, температура тіла.

Яєчникова аменорея розвивається внаслідок *вродженої дисгенезії гонад* (синдром Шерешевського – Тернера). Захворювання пов'язане з хромосомними порушеннями (відсутня одна X – хромосома), що зумовлюють недорозвиток яєчничкової тканини. Яєчники являють собою сполучно – тканинні тяжі, функція їх відсутня. Хорі низького росту, при огляді характерна коротка шия з крилоподібними складками від вух до плечей, широкі плечі, бочкоподібна грудна клітка. Зовнішні кути очей опущені, піднебіння високе, тому характерний особливий тембр голосу. Психічний розвиток непорушений, статева орієнтація жіноча, але в пубертатний період вторинні статеві ознаки розвиваються мало.

Синдром склерокістозних яєчників (синдром Штейна – Левенталя). В організмі продукується надмірна кількість андрогенів внаслідок генетично обумовленого порушення синтезу статевих гормонів у яєчниках в зв'язку з неповноцінністю ензимних систем. Клінічно це проявляється надмірною волосистістю (гіпертрихоз), гіпоменструальним синдромом або аменореєю, безпліддям. Надмірна андрогенна стимуляція призводить до потовщення білкової оболонки яєчника, тому не настає овуляція і фолікули, що не розірвалися перетворюються у кісти.

Маткова форма аменореї може бути первинною (внаслідок аномалії розвитку матки) та вторинною, що виникає внаслідок запального процесу з утворенням синеній (зрощень) у порожнині матки; травми ендометрію під час вишкрібання, коли порушується структура базального шару, після перенесеного туберкульозу ендометрію, або введення у матку йоду.

Дисфункціональні маткові кровотечі (ДМК). Маткова кровотеча, що не пов'язана з органічними захворюваннями жіночих статевих органів, порушеною вагітністю чи системними захворюваннями організму називається дисфункціональною. Залежно від часу їх виникнення розрізняють ювенільні (у дитячому віці та у періоді статевого дозрівання), кровотечі репродуктивного періоду, клімактеричні кровотечі.

Етіологія захворювання пов'язана з несприятливими впливами навколишнього середовища, психічними стресами, порушенням функції яєчників та інших ендокринних залоз. Залежно від того настає овуляція чи ні, кровотечі можуть бути овуляторними та ановуляторними.

Ановуляторні маткові кровотечі.

Атрезія фолікула - фолікул починає свій розвиток, досягає певного ступеня зрілості, але овуляція не настає, жовте тіло не утворюється, фолікул зазнає зворотного розвитку. Менструації втрачають регулярний ритм, порушується їх інтенсивність і тривалість.

Тривала персистенція фолікула (геморагічна метрорпатія, хвороба Шредера). Під час першої фази менструального циклу фолікул росте та розвивається надмірно довго. Овуляція не настає. Жовте тіло не утворюється. Відсутня продукція прогестерону, тому в ендометрії не настає фаза секреції. Фолікул досягає значних розмірів, інколи утворюється фолікулярна кіста. Це призводить до гіперпродукції естрогенів, під впливом яких у матці відбувається патологічна проліферація ендометрію. Внаслідок значного потовщення ендометрію в ньому розвиваються деструктивні зміни, настає некроз і безладна десквамація, що супроводжується тривалою кровотечею, оскільки відсутність секреторних змін у матці не дозволяє відшаруватися функціональному шару ендометрію, як це буває при нормальній менструації. Період аменореї протягом 1,5 – 2 місяців відповідає розвитку фолікула, а початок кровотечі – початку некротичних змін в ендометрію.

Альгодисменорея.

Болючі менструації бувають частіше у дівчат та жінок, що не народжували, після перших пологів альгодисменорея минає або б'є стає не таким інтенсивним. Виникнення болю під час менструації може бути зумовлене функціональними та органічними причинами. До органічних відносять наявність перешкод відтоку менструальної крові у вигляді перегину матки, рубцевих змін, що призвели до звуження цервікального каналу. Альгодисменорея – один із симптомів ендометріозу, геніального інфантилізму, запальних процесів у матці та яєчниках, неправильних положеннях матки, пухлин статевих органів.

Нейроендокринні синдроми.

Предменструальний синдром (перед менструальне напруження)- симптомокомплекс клінічна суть якого заключається в появі в другій половині менструального циклу різних розладів нервово – психічного, вегето – судинного і обмінно ендокринного характеру. З'являється дратливість, агресивність, депресія, плаксивість, головний біль і запаморочення, нудота, блювота, порушення сну, болі чи набрятання молочних залоз (мастодинія), набряки, метеоризм, болі в ділянці серця, гіпертермія та остуда, спрага, генералізований свербіж, акне, кропивниця та інші. Ознаки передменструального синдрому виникають за 2-14 днів до менструації, зберігаються, в середньому 7-14 діб, і зникають (або різко зменшуються) з початком кровотечі.

Післякастраційний синдром – комплекс патологічних синдромів (нервово – психічних, вегето – судинних і обмінно – ендокринних), які виникають після хірургічного видалення яєчників або їх загибелі після опромінення γ - або R_0 – променями. Патологічний симптомокомплекс, що виникає в процесі адаптації організму до різкого зниження кількості жіночих статевих гормонів, виникає у 60-80% прооперованих хворих. Чим молодший вік жінки і чим більший об'єм операції тим важчий перебіг захворювання. Перші ознаки післякастраційного синдрому виникають через 2-3 тижні після операції. З'являються приливи жару, пітливість, підвищена дратливість, запаморочення, розлади сну, дисгормональна кардіопатія. Розвивається ожиріння, остеопороз, атрофічний кольпіт, цисталгія, зміни у шкірі – зниження її еластичності, випадання волосся. Прогресує атеросклероз, глаукома, порушується процес згортання крові. Трохи інакше перебігає посткастраційний синдром, викликаний опроміненням. Клінічний симптомокомплекс розвивається у більшості таких жінок. Однак симптоми виникають поступово і менш різко, чим при хірургічній кастрації.

Клімактеричний синдром – симптомокомплекс, що ускладнює перебіг перехідного періоду. Клімактеричний період – це віковий перехідний етап життя жінки між репродуктивним періодом і стійким завершенням гормональної функції яєчників; період інволютивних змін в жіночій статевій сфері, що проявляється поступовим згасанням (перша фаза клімактерія), а потім і повним завершенням (друга фаза клімактерія) менструальної і регенеративної функції. Клімактеричний синдром – це своєрідна реакція на зміни, що проходять в організмі і обумовлені віковими змінами гіпоталамічної області.

Найбільш типовими проявами патологічного клімаксу є нейровегетативні ознаки: "приливи" жару до обличчя, голови та верхньої частини тіла, що супроводжується почервонінням обличчя та інтенсивним потовиділенням, серцебиттям, запамороченням. Хворих турбує біль голови, дратливість, зниження працездатності, порушення сну. Загострюються хронічні захворювання; гепатохолецистит, жовчо – кам'яна хвороба, виразкова хвороба шлунку та 12-ти палої кишки, погіршується перебіг ішемічної хвороби серця, гіпертонічної хвороби, оскільки виключення з процесів обміну естрогенів призводить до підвищення рівня холестерину в крові, а зниження кількості гестагенів спричинює посилення згортання крові та тромбоутворення.

Особливо часто розвивається клімактеричний синдром у хворих з вразливою нервовою системою у стресових ситуаціях, зокрема зумовлених виробничими або сімейними конфліктами.

Вірільний синдром. Поява у жінок чоловічих (маскулінізація) і зниження жіночих (дефемінізація) вторинних статевих ознак, що спостерігається при ряду патологічних станів, об'єднано в поняття, яке отримало назву вірільний синдром або вірілізм. Захворювання може розвинути у будь – якому віці. Клінічна своєрідність цього процесу заключається в формуванні чоловічої архітекτονіки тіла (широкі плечі, вузький таз), посилення розвитку мускулатури, зниження тембру голоса, гірсутизм. Вказана симптоматика розвивається під впливом надмірного вироблення андрогенів внаслідок розладу гормонопродукуючої функції гіпофізу, яєчників і кори надниркових залоз. Для вірільного синдрому

характерні також порушення менструальної функції по типу опсо- або аменореї, безпліддя або не виношування вагітності, гіпоплазія матки і залозистої тканини молочних залоз. У хворих спостерігається відсутність овуляції і зниження гормональної (естрогенної) функції яєчників.

Дисгормональні захворювання молочних залоз.

Захворювання молочних залоз поза вагітністю та лактацією називається “дисгормональними дисплазіями” або терміном “мастопатія”.

За визначенням ВООЗ (1984), мастопатія – фіброзно – кістозне захворювання, якому притаманний спектр проліферативних і регресивних змін тканини залози з ненормальним співвідношенням епітеліального і сполучно – тканинного компонентів.

Форми мастопатій

I – дифузна фіброзно – кістозна мастопатія;

- 1) з переважанням залозистого компонента;
- 2) з переважанням фіброзного компонента;
- 3) з переважанням кістозного компонента;
- 4) змішана форма.

II – вузлова фіброзно – кістозна мастопатія

Фіброзно – кістозна мастопатія з переважанням залозистого компонента. Клінічно проявляється болючістю, набуханням, дифузним ущільненням всієї залози чи її ділянки. Симптоми посилюються у перед менструальний період. Ця форма частіше трапляється у молодих дівчат у кінці періоду статевого дозрівання.

Фіброзно – кістозна мастопатія з переважанням фіброзу. Характерні зміни сполучної тканини між часточками молочної залози. При пальпації визначаються болючі, щільні, тяжисті ділянки. Такі процеси переважають у жінок передменопаузального віку.

Фіброзно – кістозна мастопатія з переважанням кістозного компонента. Утворюється багато утворень еластичної консистенції, добре відмежованих від тканини залози, що їх оточує. Характерною ознакою є біль, що посилюється перед менструацією. Ця форма трапляється у жінок в менопаузі.

Кальцинація кіст і наявність у них кров'янистого вмісту є патогномонічною ознакою злоякісного процесу.

Для вузлової фіброзно – кістозної мастопатії характерні ті самі зміни вткані залози, але вони не дифузні, а локалізуються у вигляді одного або кількох вузлів. Вузли не мають чітких меж збільшуються перед і зменшуються після менструації, не з'єднані зі шкірою.

Серед жінок, що застосовують оральну контрацепцію дуже мало хворих на фіброзно – кістозну мастопатію.

Галактоцеле – це кіста, яка з'являється в молочній залозі в період вагітності або лактації. Фона формується в наслідок обструкції одного або декількох молочних протоків і в своєму складі містить молоко. Стаз молока може призвести до швидкого розвитку маститу або абсцесу. Якщо кіста продовжує існувати після періоду лактації, то можлива її трансформація в шоколадну кісту.

Ліпома – це вузол зрілої жирової тканини, оточений сполучно – тканинною капсулою. Пальпаторно у молочній залозі виявляється м'яке рухоме утворення.

У перед менструальному періоді виділяють особливу форму – *мастоденію* або *масталгію* – циклічне нагрібання молочної залози, обумовлене венозним застоєм і набрякністю строми; молочна залоза збільшується в обсязі більш ніж на 15%. Виникнення болю пояснюється стисканням нервових закінчень набряклою сполучною тканиною, кістозними утвореннями і втягуванням їх у склерозовані тканини. Є дані, що при гінекологічній патології (при відсутності овуляції і прогестеронового впливу) у молочній залозі виникає аденоз, тобто переважаю розростання залозистої тканини. При недостатній дії прогестерону і відносній гіперестрогенемії розвивається фіброзно – кістозна мастопатія.

Хвору, в якій лікар, акушерка, чи медсестра виявили ущільнення у молочній залозі, обов'язково слід направити до онколога.

Рак молочної залози.

Як правило, на ранній стадії, рак молочної залози не викликає болю і може існувати взагалі без симптомів. Проте, з ростом пухлини виникають зміни, зокрема ущільнення або потовщення в ділянці молочної залози або в пахвовій ділянці, зміни в ділянці соска, зокрема виділення з соска, зменшення або збільшення соска, відчуття печіння в ділянці молочної залози або біль у кістках. Рак, передусім, локалізується у верхньому зовнішньому квадранті, на другому місці – субареолярна ділянка, на ці ділянки часто не звертають уваги при клінічному обстеженні молочної залози. Рак молочної з залози може бути у вигляді дифузної форми (набрякові – інфільтративний рак чи маститоподібна форма), вузлової форми та хвороби Пеждета (рак субареолярних протоків під соском).

Гіперменструальний синдром – об'єднує порушення менструального циклу, які характеризуються посиленням менструальної функції.

Гіперменорея – менструації з великою кількістю крові. В нормі кількість виділень складає 50-200 мл. Кількість втраченої крові при цьому складає не більше 40-60 мл, інша частина виділень є секретом маткових залоз.

Пройоменорея – часті менструації з інтервалом менше 21-22 днів.

Поліменорея – довготривалі менструації (7-12 днів). Причиною гіперменструального синдрому можуть бути фіброміоми матки, ендометрит, захворювання крові, що супроводжуються зниженням її згортання, а також нейрогормональні порушення.

Ациклічні маткові кровотечі спостерігаються при доброякісних (субсерозна фіброміома) і злоякісних (рак ендометрію) пухлинах геніталей, а також при тяжких нейроендокринних порушеннях в клімактеричному періоді.

Клімактеричні маткові кровотечі виникають в період фізіологічного згасання статевої функції жінки, коли механізм регулюючої менструальної функції жінки становиться не стійким. Маткові кровотечі можуть розпочинатися після тривалої відсутності місячних або в період жданої менструації.

При клімактеричній кровотечі необхідно провести вишкрібання порожнини матки. Гістологічне дослідження зішкрібу ендометрію дозволяє встановити наявність злоякісного процесу і призвести до зупинки кровотечі. В залежності від результатів дослідження і від віку жінки в подальшому проводять хірургічне або гормональне лікування. Для зупинки кровотечі хворим призначають кровоупиняючі препарати і скорочуючі мускулатуру матки засоби: глюконат кальцію, пітуїтрин, окситоцин і ін.

При анемії проводять антианемічне лікування. Показана вітамін-нотерапія (особливо вітаміни В та С), заспокійливі засоби, при безсонні – снодійні.

Ювенільні кровотечі виникають в період статевого дозрівання дівчинки. Порушення менструаційної функції можуть виникати внаслідок несприятливих дій у внутрішньоутробному періоді розвитку (фетопатії) так і інфекційних захворюваннях, перенесених в дитячому віці.

Ювенільні кровотечі можуть протікати по типу циклічних і ациклічних кровотеч.

В залежності від даних досліджень гормонів в організмі дівчинки призначають гормональне лікування естрогенами і прогестероном, одним прогестероном або хоріонічним гонадотропіном. Необхідна антианемічна терапія. Харчування повинно бути повноцінним з достатнім вмістом білків, жирів, вуглеводів і вітамінів. Вишкрібання матки при ювенільних кровотечах проводять тільки при повній відсутності ефекту консервативного лікування.

III.5. Безплідний шлюб.

У більшості жінок, які вступили в шлюб (82%) вагітність настає в перші два роки заміжжя. Причиною безплідного шлюбу дуже часто несправедливо вважають тільки жінку. Але винуватцями безплідного шлюбу може бути і жінка, і чоловік, а іноді і обоє.

Частота чоловічого непліддя складає 40%. Тому при бездітному шлюбі перш за все ретельно обстежують чоловіка, навіть якщо він не вказує ніяких скарг. Для цього проводять дослідження сперми, отриманої після 3-4 днів статевого стримування. Сперму відправляють в спеціальну лабораторію в чистій скляній посудині не охолоджену. При оцінці якості сперми визначають загальну кількість еякуляту, кількість сперматозоїдів в 1 мл (в нормі не менше 60 млн), їх рухливість, морфологічні особливості (наявність патологічних форм). При виявленні чоловічого непліддя призначають відповідне лікування.

Жіноче непліддя може бути обумовлене цілим рядом причин або поєднанням декількох факторів.

Виділяють первинне безпліддя і вторинне. Безпліддям називають первинним, якщо у жінки ніколи не наступала вагітність, і вторинним, якщо в минулому були аборти, пологи чи позаматкова вагітність. Причинами первинного безпліддя є недорозвиток статевих органів і інші гормональні порушення.

Серед причин вторинного безпліддя на першому плані стоять запальні захворювання геніталей. Найбільш частою причиною безпліддя жінки є непрохідність маткових труб. Для дослідження прохідності маткових труб використовують гістеросальпінгографію. При цьому на

рентгенівському знімку можна встановити, в якому відділі труба непрохідна. Якщо труби прохідні, то приступають до виявлення інших можливих причин непліддя.

Вивчають функцію яєчників за допомогою тестів функціональної діагностики, виключаючи захворювання інших органів, в тому числі залоз внутрішньої секреції, проводять обстеження на туберкульоз. Лікування непліддя проводять в залежності від причини, виявленої в результаті обстеження.

III.6. Травми статевих органів.

Пошкодження жіночих статевих органів можуть бути різними за характером і по локалізації. Частіше зустрічаються травми зовнішніх статевих органів і стінок піхви.

Травми жіночих статевих органів нерідко супроводжуються великою кровотечею і потребують невідкладної допомоги. Особливо велика крововтрата спостерігається при пошкодженні м'яких тканин в ділянці клітору і верхньої третини піхви. При наявності кровотечі виникає необхідність зупинки її тимчасово (тампонада, придавлювання кровоточивої ділянки) або кінцевої зупинки (ушивання рани). Потрібно мати чітку уяву про цілісність сечового міхура і прямої кишки.

В зв'язку з вірогідним інфікуванням потрібно забезпечити ретельну обробку рани, профілактику правця і терапію по попередженню тяжкої інфекції в подальшому.

Травма статевих органів може бути пов'язана з внутрішньоматковими діагностичними і лікувальними маніпуляціями, операцією, виконання абортів і пологами.

При внутрішньоматкових маніпуляціях і операції абортів можуть мати місце перфорація шийки або тіла матки.

Пошкодження сечового міхура, прямої кишки в послідуєчому можуть стати причиною сечостатевих і кишково-статевих норниць. При невеликих пузирно-піхвових норницях, які мають свіжогранульовані поверхні, іноді спостерігається самовільне загоювання. В інших випадках потрібно оперативне лікування. Пошкодження, які виникають під час операції, ліквідують одразу. Пластичні операції при наявності норниць проводять через 4-6 місяців, коли закінчується формування нориці і повністю ліквідуються запалення тканин.

IV. Сестринський процес

в акушерсько-гінекологічній практиці

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

Висококваліфікована практикуюча медична сестра на сучасному етапі розвитку суспільства повинна мати достатньо знань та навичок, а також впевненості, щоб самостійно планувати, здійснювати та оцінювати догляд, що відповідає потребам окремої пацієнтки. При цьому робиться основний акцент на унікальність вкладу сестринського догляду у видужанні.

В останні роки змінився погляд на функцію медичної сестри. Якщо раніш він був зорієнтований тільки на догляд за хворими людьми, то зараз сестринський персонал з іншими спеціалістами бачить головне завдання:

- у підтриманні здоров'я;
- у попередженні захворювань;
- у забезпеченні максимальної незалежності людини у відповідності з її індивідуальними можливостями.

Функції медичної сестри визначаються Європейським регіональним бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) з сестринської справи.

Перша функція – здійснення сестринського догляду.

Це можуть бути профілактичні заходи, сестринські втручання, пов'язані з реабілітацією, психологічною підтримкою людини чи її родини. Ця функція найбільш ефективна в рамках сестринського процесу та полягає в слідуєчому:

- оцінка потреб людини та її родини;
- виявлення потреб, котрі можуть бути найбільш ефективно задоволені через сестринські втручання;
- визначення першочергових проблем із здоров'ям, які можна вирішити через сестринське втручання;
- планування та здійснення потрібного сестринського догляду у співпраці з пацієнткою та її родиною;
- використання прийнятих професійних стандартів.

Друга функція – навчання пацієнтів та сестринського персоналу:

- оцінка знань та навичок людини, які відносяться до збереження та підтримання здоров'я;
- підготовка та надання необхідної інформації;
- допомога сестрам, іншому персоналу та пацієнткам в отриманні нових знань та навичок;
- використання прийнятих професійних стандартів.

Третя функція – виконання сестрою залежних та незалежних функцій в складі медичної бригади, що обслуговує пацієнтку.

Цю функцію в нашій країні починають освоювати, але без неї сестринська справа не може зайняти належне місце в системі охорони здоров'я.

Це співробітництво з пацієнткою, родиною, іншими співробітниками в плануванні, організації, керівництві доглядом, обговорення з пацієнткою плану та результатів догляду за нею.

Четверта функція – розвиток сестринської практики за допомогою дослідницької діяльності.

Ця функція також тільки починає реалізовуватися.

Філософія сестринської справи базується на чотирьох основних поняттях:

- пацієнт як особистість;
- сестринський догляд як наука та мистецтво;
- навколишнє середовище;
- здоров'я.

Медсестринський процес – це серцевина, основа діяльності медичної сестри.

Згідно досліджень сестринської справи, проведених Європейським регіональним бюро ВООЗ, "суть сестринської справи складається в догляді за людиною та яким чином сестра здійснює цей догляд, це і є суть сестринського процесу. В основі цієї роботи повинна лежати не інтуїція, а продуманий та сформульований підхід, розрахований на задоволення потреб та вирішення проблем...".

"Сестринський процес" – це термін, який застосовується до системи певних видів сестринських втручань в сфері охорони здоров'я окремих людей, їх родин та груп населення. Він включає використання наукових методів визначення медико-санітарних потреб пацієнта, родини чи суспільства і на цій основі вибір тих із них, які можуть бути найефективніше задоволені через сестринський догляд".

Надзвичайно важливими умовами сестринського процесу є встановлення теплих, доброзичливих і довірливих відносин між медсестрою та пацієнткою, необхідність залучати пацієнтку і її сім'ю в процес планування сестринського догляду, необхідність застосування індивідуального підходу до кожної пацієнтки зокрема, враховуючи її специфічні потреби.

Як бачимо, сестринський процес складається із п'яти етапів, які взаємодіють між собою, а сам процес представляє собою циклічне коло.

В основі сестринського процесу знаходиться пацієнтка як особистість, яка потребує комплексного підходу. Необхідними умовами здійснення сестринського процесу є участь пацієнтки (членів родини) в прийнятті рішень відносно мети догляду, плану, способів сестринських втручань, оцінки результатів догляду.

Ступінь участі пацієнтки в здійсненні сестринського процесу залежить від ряду факторів:

- взаємовідносин між медсестрою та пацієнткою, ступені довіри між ними;
- відношення пацієнтки до свого здоров'я;
- рівня знань, культури пацієнтки;
- усвідомлення потреби в догляді.

Участь пацієнтки в цьому процесі дозволяє їй усвідомити необхідність самопомоги, навчитись її здійснювати та оцінити якість сестринської допомоги.

Значення сестринського процесу в акушерсько-гінекологічній практиці.

Сестринський процес:

- визначає конкретні потреби пацієнтки в догляді як ті, що існують протягом всього гінекологічного процесу, так і ті, що мають безпосереднє відношення до передопераційного, операційного і післяопераційного періодів;
- сприяє виділенню із ряду існуючих потреб пріоритетів по догляду та очікуваних результатів. Стосовно акушерства та гінекології, пріоритетними проблемами будуть являтися проблеми безпеки (операційна, інфекційна, соціо-культурна, психологічна), проблеми, пов'язані з болем, тимчасовим чи стійким порушенням функцій органів та систем (з обов'язковою зміною схеми тіла); проблеми, пов'язані з операційним стресом та

неспокоєм; проблеми пов'язані зі збереженням гідності, оскільки ні в одній іншій галузі медицини пацієнт не є таким беззахисним та вразливим, як в родовій залі так і під час гінекологічної операції;

- прогнозує наслідки догляду, визначаючи терміни, тактику та можливу ступінь відновлення після ролів та гінекологічних операцій;
- визначає план дії медичної сестри, стратегію, направлену на задоволення потреб пацієнтки з урахуванням особливостей конкретної акушерської чи гінекологічної патології;
- за її допомогою оцінюється ефективність проведеної акушеркою чи сестрою роботи, професіоналізм акушерського чи сестринського втручання;
- гарантує якість надання допомоги, яку можна контролювати. Тільки в акушерстві та гінекології найбільше значення має використання стандартів та алгоритмів акушерського та сестринського втручання.

Для отримання успішного результату гінекологічного втручання (швидке відновлення в післяопераційному періоді, відсутність ускладнень під час та після операції) команда спеціалістів, яка готує пацієнтку до операції, повинна вирішити дві головні задачі:

- 1) обстеження пацієнтки з метою ідентифікації факторів, які можуть вплинути на перебіг операції та після операційного періоду; ці фактори включають в себе загальний стан організму і всі фізичні та психологічні аспекти, які сприяють розвитку ускладнень.
- 2) психологічну та фізіологічну підготовку пацієнтки до майбутньої хірургічної травми з метою зменшення можливих негативних наслідків втручання та прискорення виздоровлення.

Організаційна структура сестринського процесу складається з п'яти основних етапів:

1 ЕТАП – Первинна оцінка стану пацієнтки та запис отриманої інформації в лист сестринської оцінки стану пацієнтки.

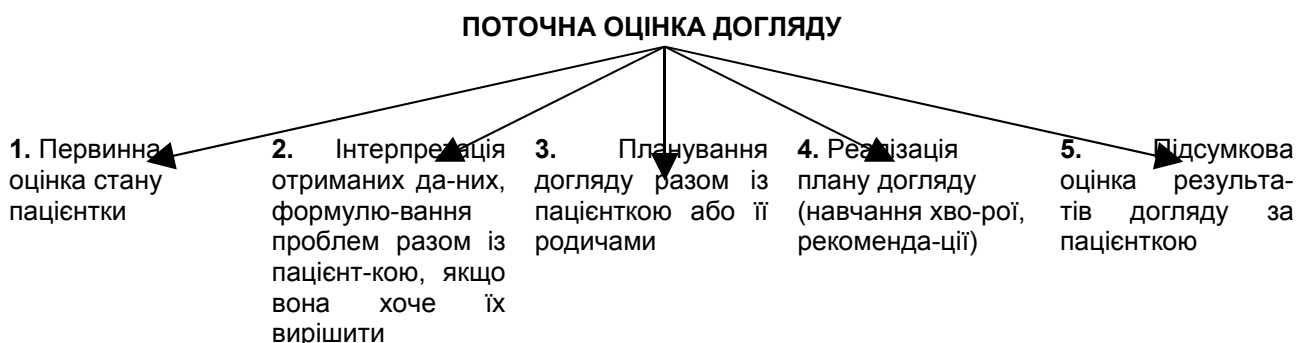
2 ЕТАП – Аналіз, синтез, інтерпретація отриманих даних та виведення на основі їх певних висновків, які і становлять проблеми пацієнтки (або медсестринський діагноз). Ці проблеми є предметом сестринського догляду, якщо пацієнтка підтвержує їх існування.

3 ЕТАП – Планування догляду за пацієнткою, суть якого полягає в:

- визначенні (разом із пацієнткою) мети (очікуваного результату) для кожної проблеми;
- визначенні (разом із пацієнткою) характеру, об'єму та тривалості сестринських втручань;
- встановлення першочергових проблем;
- визначення можливостей пацієнтки у вирішенні її проблем.

4 ЕТАП – Виконання (реалізація) плану сестринського догляду, тобто виконання наміченого (разом із пацієнткою) плану сестринських втручань для вирішення проблем пацієнтки.

5 ЕТАП – Підсумкова оцінка ефективності сестринського догляду. Мета оцінки – визначити результат, тобто стан пацієнта, досягнутий в результаті сестринських втручань.



V. Лікування гінекологічних хворих та медсестринський догляд за ними.

V.1. Принципи догляду за гінекологічними хворими.

Догляд за гінекологічними хворими декілька відрізняється від догляду за хворими загального профілю.

Ліжковий режим показаний хворим з гострими запальними захворюваннями статевих органів

при лихоманці, з явищами гострого живота, з вираженою анемією, в післяопераційному періоді. Режим харчування хворих залежить від тяжкості стану і вираженості гінекологічної та соматичної патології. Більшості хворих призначають загальний стіл. Лікувальне харчування призначають в залежності від супутніх захворювань. Посилене харчування необхідне для ослаблених хворих, переважно після кровотечі. Хворих, які поступили з приводу гінекологічних захворювань з картиною гострого живота, не годують до кінцевого в'яснення характеру захворювання у зв'язку з можливістю операції. Хворим з гострими запальними захворюваннями геніталій протипоказані гострі страви. Харчування хворих після операції залежить від характеру оперативного втручання перебігу післяопераційного періоду.

Вимірювання температури тіла проводять по загальним правилам, два рази на день. При необхідності та призначенні лікаря вимірювання температури тіла проводять частіше через 2-3 години.

У хворих з порушенням менструальної функції за призначенням лікаря вимірюють ректальну температуру.

В гінекологічному відділенні передбачені гігієнічні кімнати, оснащені біде, або кабінками з висхідними душами, душові та ванні кімнати.

Хворим з ліжковим режимом гігієнічні процедури проводить медичний персонал. Кожний день обмивають зовнішні статеві органи і ділянку заднього проходу. При необхідності туалет зовнішніх статевих органів проводять частіше (при кровотечах, наявності гнійних виділень із статевих шляхів). Натільну та постільну білизну міняють по мірі необхідності.

Кожний тиждень при відсутності протипоказань призначається загальна ванна або душ. Хворим з ліжковим режимом проводять обтирання шкіри вологою салфеткою або полотенцем. Використовують також слабкий розчин етилового або камфорного спирту.

Чергова сестра слідкує за діурезом, проводить катетеризацію сечового міхура не рідше 2-3 разів на день при відсутності самостійного сечо-виділення.

Гінекологічні хворі часто страждають запорами. Регуляція стулу відбувається призначенням відповідної дієти або за допомогою послаблюючих засобів і клізми, що призначає лікар.

Велике значення при догляді за гінекологічними хворими має лікувально-охоронний режим. Медичний персонал повинен уважно й чуйно відноситися до хворих з самого початку поступлення їх до стаціонару. Особлива роль відводиться вигляду, поведінці медичної сестри. Бесіда з хворою повинна створювати спокійну, сприятливу для видужування обстановку.

V.2. Медикаментозна терапія

В терапії гінекологічних захворювань широко використовуються антибіотики. Кількість антибіотиків в теперішній час дуже велика. Антибіотики використовуються за призначенням лікаря після проведення проби на їх переносимість. Із антибактеріальних препаратів широке використання знайшли сульфаніламіді, нітрофурані.

В гінекологічній практиці використовуються засоби, що сприяють скороченню матки (пітуїтрин, окситоцин, мамофізин і ін), гормональні препарати.

Медичні сестри проводять деякі процедури, ефективність яких залежить від правильного виконання.

Підмивання – під хвору підставляють судно і ватним тампоном, захваченим корнцангом ретельно обмивають зовнішні статеві органи розчином перманганату калію 1:10000 рухом зверху вниз (від вульви до заднього проходу), а потім просушують сухим тампоном.

Спринцювання виконують за допомогою кружки Есмарха. Спочатку обмивають зовнішні статеві органи, потім наконечник вводять у піхву і обережним рухом проводять в глибину. Використовують кип'ячену воду. Температура води 36°C, а при лихоманці – 38-39°C. Наконечник після використання стерилізують.

Тампонада піхви. Для зупинки кровотечі за допомогою дзеркал туго заповнюють піхву стерильною марлевою полоскою довжиною до 1м і шириною до 10см. Кінець тампона виводять назовні. При вірно виконаній тампонаді він залишається сухим.

Введення тампону для лікування захворювань піхви та шийки матки. Беруть шматок стерильної вати, перев'язаної хрест-навхрест ниткою, змочують лікувальною речовиною (гліцерин, риб'ячий жир, 1% стрептоміцинова емульсія) і вводять в піхву. Тампон залишають на 10-12 годин, після чого витягають за нитку.

Піхвові ванночки застосовують при лікуванні ендометритів. Попередньо видаляють слиз із цервікального каналу паличкою з ватою, змоченою содовим розчином. В піхву наливають 30-40мл 3% розчину протарголу, розчину фурациліну або антибіотиків і залишають на 15-20 хв. Перед проведенням процедури потрібно перевірити назву розчину, який використовують, дату виготовлення та термін зберігання.

Всі процедури виконують в положенні хворої на спині з приведеними до живота ногами на гінекологічному кріслі.

Гормонотерапія – лікувальне використання продуктів внутрішньої секреції ендокринних залоз

(гормонів). Гормони виготовляють із тваринної сировини і отримують шляхом синтезу. Гормонотерапія може бути замісною і стимулюючою.

Замісна гормонотерапія повинна бути постійною, так як з припиненням приймання препарату симптоми хвороби повертаються. Стимулююча терапія препаратами гормонів яєчника естрогенами і прогестероном має місце при лікуванні оваріальної гіпофункції з порушенням менструального циклу. Дози гормональних препаратів позначають в одиницях ваги – для препаратів чистих гормонів і синтетичних аналогів (синестрол 0,001 г, прегнін – 0,05 г) і в умовних одиницях дії (ОД), наприклад, фолікулін в ампулах по 1мл з вмістом 5000, 10000 і 50000 ОД.

Вибір методу введення залежить від збереження активності гормональних препаратів. Препарати стійкі до дії ферментів травного каналу використовують всередину в пігулках (синестрол, октестрол – 0,001 г). Деякі препарати, які добре всмоктуються слизовою оболонкою порожнини рота, використовують сублінгвально в спеціальних пігулках (прегнін, метил-тестостерон – 0,005). Найбільш розповсюдженим методом гормонотерапії є парентеральне введення засобів. В залежності від розчинності гормональних речовин використовуються водневі та олійні розчини для підшкірного і внутрішньом'язового введення. Розчини перед введенням підігривають до температури тіла. Внутрішньовенне введення використовують тільки для водних розчинів (інсулін, гідрокортизон).

При догляді за хворими які отримують гормональну терапію, сестра повинна знати, що терапію жіночими статевими гормонами проводять циклічно: після естрогенів призначають прогестерон, доза гормональних препаратів знижується поступово. Сестрі потрібно чітко фіксувати в історії хвороби дозу і дату введення гормонального препарату.

Згідно з існуючим загальним правилом лікар і середній медичний працівник перед тим, як зробити ту чи іншу ін'єкцію повинен перевірити, чи необхідний розчин набраний в шприц і чи не сталася помилка; ампули, з яких набраний розчин, слід деякий час зберігати і викидати їх лише після того, як ін'єкція зроблена і ні яких ускладнень за нею не послідувало.

Гірудотерапія – тобто лікувальне використання медичних пиявок відомо здавна. Тривалість кровотечі після відпадання пиявок пояснюється антикоагулюючою дією гірудину. Після відкриття антикоагулянтів показання до використання пиявок стали більш обмеженими (тромбофлебіт тазових вен, явища місцевого застою або запальних процесів в жіночих статевих органах). Використання пиявок протипоказане при захворюваннях, які супроводжуються кровоточивістю, зниженим згортанням крові, підвищеним гемолізом. Пиявки ставлять в піхву на сторону запального вогнища. В дзеркалах піхву обробляють теплою водою, витирають тампонами і змочують бажане місце присмокування 40% розчином глюкози. Не можна обробляти піхву милом, йодом, ефіром та іншими пахучими речовинами. Пінцетом з ваткою захоплюють пиявку із банки і направляють до потрібного місця. Звичайно ставлять 2-3 пиявки. Кожна пиявка насмоктує 10-15 мл крові протягом 30-60 хвилин. Якщо пиявка швидко відпадає то вона не годиться і на її місце потрібно поставити іншу. Пиявку не можна відривати, якщо вона довго не відпадає. При змочуванні солоною водою пиявка відпадає сама. Перед застосуванням пиявки повинні бути голодними (тонкими і швидко рухатись). Пиявки, що насмокталися не придатні до повторного застосування. Пиявки зберігаються, в банці, наполовину налитою чистою водою і міцно зав'язаній марлею.

V.3 Фізіотерапевтичні методи лікування.

Обладнання фізіотерапевтичного кабінету.

Об'єм і структура фізіотерапевтичного відділення залежить від величини гінекологічного відділення чи лікарні. Приміщення фізіотерапевтичного кабінету повинно бути сухим, теплим (температура повітря не нижче +20°C), світлим і досить просторним, обладнаним вентиляцією.

В кабінетах світлолікування передбачені спеціальні пристрої для захисту хворих і медичних працівників від електричних травм. Процедури проводять на дерев'яних кушетках, які покривають простирадлом, на нижній кінець стелять клейонку. На кожну кушетку виділяють простирадло та одіяло, щоб можна було укриту хвору під час провдення процедури.

Кушетки чи кабінки, де вони розміщуються, краще пронумерувати, щоб було зручно по процедурним електронним годинникам контролювати тривалість процедури.

В фізіотерапевтичному кабінеті повинно бути передбачене місце для зберігання інвентаря і підготовки процедур, для кип'ятіння інструментів, шафа для запасної білизни, електродів, електронних приладів, інструмен-тарію.

На письмовому столі медичної сестри фізіотерапевтичного кабінету знаходяться електронні годинники, картотека з процедурними картками хворих, а в ящику стола секундомір, сантиметрова стрічка, захисні окуляри, гумові рукавички.

Перед початком кожної робочої зміни медичні сестри повинні перевіряти справність апаратів і заземлюючих пристроїв. При виявленні несправності або дефектів медсестра негайно про це сповіщає завідувачому відділенню (кабінетом), а при його відсутності – головному лікарю або його заміснику по лікувальній частині, виявлені несправності одночасно записуються в контрольно-технічний журнал (форма №2). До усунення дефекту проведення процедур несправними апаратами

забороняється.

Догляд за апаратурою. Тривале збереження лікувальної апаратури і її правильна робота повинні бути забезпечені старанним і постійним доглядом. Догляд за апаратом входить в обов'язок медичної сестри.

До самостійного проведення фізіотерапевтичних процедур допускаються тільки особи з закінченою середньою медичною освітою, які мають посвідчення про закінчення курсів спеціалізації по фізіотерапії за програмою, затвердженою Міністерством Охорони здоров'я України, ознайомлені з правилами техніки безпеки.

Під час проведення лікувальних процедур медичні сестри постійно слідкують за роботою апарату і станом хворих і не мають права виходити із лікувального приміщення.

Природні і штучно отримані фізичні лікувальні чинники можна розділити на 10 груп:

Електричні струми низької напруги (гальванічний струм, електрофо-рез ліків, імпульсні струми, постійні та змінні);

Електричні струми високої напруги (дарсонвалізація, діатермія);

Електричні і магнітні поля (постійне електричне поле високої напруги, постійне магнітне поле, змінне електромагнітне поле низької, високої і надвисокої частоти);

Світло (інфрачервоне, видиме, ультрафіолетове і монохроматичне випромінювання);

Механічні коливання (інфразвук-вібрація і ультразвук);

Штучне повітряне середовище (аероіони, гідроаероіони, аерозолі і електроаерозолі);

Повітряний тиск, що змінюється;

Радіоактивні чинники (радонова вода і альфа-аплікатори);

Водолікувальні чинники (прісна вода, мінеральні води природні і штучно виготовлені);

Теплолікувальні чинники (лікувальні грязі, торф і озокерит).

Електрофорезом називається метод введення лікарської речовини за допомогою постійного електричного струму. Лікарський електрофорез один із методів приймання гальванічного струму.

Механізм дії лікарського електрофорезу заключається в тому, що частинки лікарської речовини, якою змочені прокладки електродів, під дією струмів проникають в товщу шкіри і утворюють в ній так зване іонне депо, звідки ліки поступово вимиваються лімфою і кров'ю. При цьому лікуванні на організм діє сам гальванічний струм – активний біологічний чинник і лікарська речовина – фармакологічний чинник.

Методом електрофорезу вводять речовини, що несуть електричний заряд. Речовини, які мають позитивний заряд вводяться з позитивного полюсу (аноду), а речовини з негативним електричним зарядом – з негативного полюсу (катоду). Можна одночасно вводити різнозаряджені іони з обох полюсів.

Для гальванізації і лікарського електрофорезу використовують електроди – металічні пластинки певного розміру і форми. Під електродом розміщують прокладку із гідрофільного матеріалу, змоченою розчином лікарської речовини. Для кожної лікарської речовини необхідно мати окремий комплект гідрофільних прокладок.

Лікарські речовини для електрофорезу повинні бути свіжими, деякі лікарські речовини готують безпосередньо перед проведення процедури (наприклад розчин ПАСК). Розчини зберігають в спеціальній шафі для ліків.

При лікуванні жінок з гінекологічними захворюваннями лікарським електрофорезом використовують черевно-крижову (один електрод розташовують в ділянці крижу, інший – над лонном); крижово-півхову (один електрод в ділянці крижа, інший – в півхві); абдомінально-півхову (один електрод над лонним сполученням, інший, спеціальний, в півхві); крижово-абдомінально-півховий метод (один електрод в ділянці крижа, другий – над лонним зрощенням, третій – в півхві).

Електрофорез вітаміну В₁ по інтраназальній методиці успішно використовують при загрози викидня. В кожну ніздрю вводять вільний від ізоляції на довжину 2-2,5 см округлий кінець проводу щільно обгорнутий шаром вати, змоченої розчином лікарської речовини. Обидва проводи при'єднують до одного із полюсів апарату, а другий електрод розміщений на задній поверхні шиї з'єднують з другим полюсом.

Електростимуляція шийки матки. Використовують імпульсні струми низької частоти постійного та перемінного напрямку.

Електростимуляцію шийки матки призначають жінкам при деяких формах безпліддя, недорозвитку статевих органів, дисфункціональних маткових кровотечах, звичному невиношуванні, яке викликане недостатністю шийки матки (поза вагітністю).

Для процедури використовують апарати для стимуляції м'язів типу АСМ-3, апарати для діодинаміки або типу "Ампліпульс".

Один електрод розміщують в попереково-крижовій ділянці, другий – у вигляді металевого зонду діаметром 2-4мм з'єднують з струмопровідною ручкою, покритою ізоляцією, до ручки підводять провід від апарату. Шийку матки оголяють дзеркалами, в отвір зовнішнього вічка матки вводять зонд до внутрішнього вічка шийки матки. Тривалість процедури – до 10 хв кожного дня, або через день, загальна кількість процедур на курс лікування до 15.

Для *діатермії* використовують спеціальні апарати. Величина сили струму при діатермії може бути небезпечною при випадково несправних апаратах або при порушенні техніки виконання процедури. Тому в теперішній час при хронічних запальних процесах внутрішніх статевих органів замість діатермії в лікувальну практику вводять інші методи високочастотної дії, позбавлені небезпечних недоліків, наприклад, індуктотермію.

Діатермію правої молочної залози призначають при маткових кровотечах, на кушетку кладуть мішечок з піском або подушку і зверху розміщують електрод розміром 15x20 см. Жінка лягає на кушетку, таким чином, щоб електрод розміщувався в міжлопатковій ділянці. Шматочком тонкої гуми покривають сосок та навколососкову ділянку (пігментні ділянки шкіри). На праву молочну залозу накладають круглий електрод розміром 3 см. Тривалість процедури 15-20 хв, лікування проводять кожний день, на курс лікування не більше 10 процедур.

Діатермоелектрофорез. Метод лікування базується на одночасній дії на організм постійного та високочастотного струму. Для проведення діатермії зі сполученням з лікарським електрофорезом необхідні обидва апарати і апарат з'єднувач, призначення якого – виключити можливість проникнення постійного струму в апарат для діатермії і навпаки. В іншому випадку відбувається взаємне псування апаратів.

Діатермоелектрофорез використовують при хронічних запальних захворюваннях внутрішніх статевих органів.

УВЧ-терапія. Дія електричного поля ультрависокої частоти (УВЧ) на організм людини викликає рівномірне та глибоке прогрівання, крім того має значення і нетепловий фактор, зумовлений дуже великою частотою коливань.

В якості апаратів поля УВЧ використовують апарати УВЧ-30, УВЧ-66, "Екран-1" і "Екран-2".

Ділянку тіла хворої, яка підлягає лікуванню, розміщують між двома металевими пластинками, до яких підводять генеруюче поле, в апараті змінна напруга. Між тілом хворої та електродом апарату немає контакту. Величина зазору має велике значення. При малому зазорі 9,5 мм велика частина енергії поглинається поверхневими шарами тканини; при великих зазорах (30 мм) значна частина енергії розсіюється в навколишньому просторі, але частина енергії, яка залишається рівномірно поглинається всією товщею тканини.

Показання для лікування УВЧ-полем – запальні процеси внутрішніх статевих органів. Протипоказання – злоякісні новоутворення і підозра на їх наявність, схильність до кровотеч, вагітність.

В деяких випадках УВЧ-терапія призначається для лікування місцевої рани (наприклад, при інфільтраціях після ін'єкцій або при маститі).

Світлолікування. В залежності від довжини хвилі світлове випромінювання може розділитися на три основні частини: інфрачервоне випромінювання (від 0,8 мкм до 70 нм), видиме випромінювання (від 700 до 380 нм) і ультрафіолетове (від 380 до 4 нм).

Джерела світлового випромінювання розділяють на калоричні (теплові) і люмінесцентні. До першої групи відносяться сонце і всі випромінювачі, які залежать від температури випромінюючого тіла. Спектр їх випромінювання – суцільний. Спектр люмінесцентних джерел світла – переривистий, що можна пояснити світінням у них іонізованих газів або шарів різних речовин, які виникають з певною довжиною хвилі.

Встановлено, що біле світло сприятливо впливає на психічний стан людини, червоне – надає збуджуючу, синє та зелене – заспокійливу дію. Інфрачервоні та видимі світлові випромінювання сприяють лікуванню запальних процесів і зниженню відчуття болю.

В фізіотерапії знаходять використання різні джерела світлового випромінювання: лампи накаливання різної потужності, ртутно-кварцеві і люмінесцентні лампи.

В останні роки в медицині знайшли використання лазери. *Лазери* – джерела електропостійних випромінювань в ділянці інфрачервоного, видимого та ультрафіолетового спектрів. Існують твердотілі, газові і напівпровідникові лазери.

Робота з лазерами потребує дотримання спеціальних правил техніки безпеки, як для пацієнта так і для обслуговуючого персоналу. В дії лазерного випромінювання на живий організм ще дуже багато незрозумілого, однак встановлено, що лазери володіють тепловим ефектом, ефектом по типу світлового променя і впливом електромагнітного поля.

На сучасному етапі в фізіотерапії використовують переважно лазерне обладнання малої міцності, яке виключає можливість руйнування тканин. Ці процедури направлені на стимуляцію захисно-відновних і компенсаторних процесів в організмі.

Ультрафіолетове випромінювання. Джерелом штучного ультрафіолетового випромінювання (УФ) є ртутно-кварцева лампа, яка являє собою трубку із плавленого кварцу, що заповнена парами ртуті і невеликою кількістю аргону. На кінцях трубки знаходяться вольфрамові електроди. Лампа випромінює повний спектр УФ-хвиль, який включає "еритемну" зону і зону бактерицидної дії. УФ опромінювання викликає не тільки місцеву, але і загальну реакцію організму, які володіють протизапальною реакцією і болезаспокійливою дією.

Короткохвильове УФ випромінювання, яке володіє вираженою бактерицидною дією використовують для знезаражування повітря приміщень (операційних, передопераційних,

перев'язувальних). УФ опромінення призначають хворим із запальними процесами внутрішніх статевих органів – еритемні дози на сегментарні ділянки тіла. Загальне УФ опромінення проводять для укріплення загального стану хворих гінекологічними захворюваннями і вагітних жінок.

Для попередження опіків, УФ випромінювання суворо дозують, тобто визначають найменшу дозу опромінення даного випромінювача, яка викликає у даної хворої мінімальну реакцію.

Біодоза – це час опромінення на певній відстані даної лампи від тіла, після якого через 6, 8 і 24 години на шкірі з'являється так зване порогове почервоніння (еритема).

Жінкам з запальними захворюваннями внутрішніх статевих органів призначають еритемні дози УФ опромінення за методикою “опромінення трусикової зони” (до 6-8 біодоз).

Пацієнтка та обслуговуючий персонал під час роботи лампи повинні бути в захищених окулярах.

Показанням до опромінення УФ променями ділянок сосків є тріщини сосків у породіль при годуванні.

Інфрачервоне випромінювання. В якості джерел інфрачервоного випромінювання в фізіотерапії використовують лампи інфрачервоного променів (ІЧП), джерела поєданого теплового і видимого випромінювання лампи соллюкс, Мініна та інші лампи накаливання.

Рефлектор або лампу соллюкс встановлюють збоку від кушетки на відстані 50-100 см від оголеної частини тіла, яка підлягає опроміненню. Медична сестра регулює інтенсивність опромінення до появи у хворої відчуття помірного тепла. Тривалість процедури 20-30 хв. Процедури проводять кожного дня, всього 20-25 на курс лікування.

Показанням до світлолікування інфрачервоним і видимим опроміненням є підгострі і хронічні запальні процеси статевих органів.

Ультразвукова терапія (УЗ) – це механічні коливання з частотою 800 кГц-3 МГц. УЗ випромінювання забезпечує мікромасаж клітин і тканин та супроводжується появою тепла, забезпечує анальгезуючий, дисенсибілізуючий, фібринолітичний ефекти, посилює обмінні процеси і поліпшує трофіку тканин. Випромінювання малої інтенсивності (до 1 Вт/см²) справляє стимулюючу дію на наднирники та яєчники.

Використовують два режими генерації УЗ-коливань: безперервний та імпульсний. Лікувальний ефект імпульсного випромінювання більш довготривалий в порівнянні з безперервним.

Показаннями для лікування ультразвуком є такі гінекологічні захворювання, як хронічні запалення органів малого тазу, що супроводжуються спайковими процесами в тому числі і гінекологічний туберкульоз, окремі форми непліддя.

Медична сестра дезінфікує голівку випромінювача 2 рази етиловим спиртом. На випромінюючу поверхню для створення контактного середовища, наносить тонкий шар вазеліну і прикладає його до шкіри у надлобковій або пахвинній ділянках виконуючи повільні масажуючі рухи.

Водолікувальні фактори.

До водолікувальних факторів відноситься прісна вода в рідкому, пароподібному і твердому стані; мінеральні газовані води і їх штучні аналоги. Дія води на організм базується на температурному, механічному, хімічному, і при деяких видах водолікування, на радіаційному подразненню. Всі водолікувальні процедури в залежності від температури води умовно ділять на холодні (нижче 20°C), прохолодні (20-22°C), теплі (37-39°C) і гарячі (40°C та вище). При кожній водолікувальній процедурі температурне подразнення поєднується з механічним. Тиск маси води й рух по поверхні тіла, вплив пупирків газу (в газованих ваннах). Найбільш виражена механічна дія при душах, а також при купаннях у відкритих водоймах і значно менша у ванні, де гідростатичний тиск становить всього 0,03-0,4 атм. Прісна вода практично не справляє хімічну дію на організм. Додаючи сіль, гірчицю, хвойний екстракт і інші речовини, може викликати такий вплив.

В природних водах і штучно виготовлених аналогах містяться такі ароматичні і газоподібні речовини, як вуглекислий газ, вільний та зв'язаний сірководень, кисень, азот, іони деяких речовин (йоду, броду та ін). Розчинені в воді речовини під час приймання ванни проникають через шкіру і дихальні шляхи і викликають певну реакцію організму.

При захворюваннях статевих органів жінки використовують самі різноманітні загальні та місцеві процедури водолікування: ванни, душі, обмивання, обтирання, вологі вкатування, підводні душ-масаж та інше.

Лікувальний душ – процедура, при якій тіло людини підлягає дії водного струменя. В залежності від виду душа струменю можна надавати певну форму, напрямок, тиск. Душ розділяють по тиску водного струменя і по температурі води. По площині дії на тіло, душ може бути загальним і місцевим (на ділянку живота, попереку, промежину, нижні кінцівки). По напрямку водяного струменя душ розділяють на висхідний, горизонтальний. Нисхідний, змішаний; по формі водного струменя – на дощовий, голковий, циркулярний, струменевий, вільний душ. Жінкам з гінекологічними захворюваннями призначають душ для загартовування, а також для нормалізації функції нервової системи і обмінних процесів.

Лікувальні ванни можуть бути загальними і місцевими (наприклад, тазові). Температура води в ванні на протязі процедури може змінюватись або залишатись постійною.

За хімічним складом води ванни поділяють на прісні та мінеральні, з вмістом морської або повареної солі, лужні, соляно-лужні та інші. Сірководневі (сульфідні ванни) використовують при лікуванні хронічних запальних процесів внутрішніх статевих органів. Використовують воду мінеральних джерел або штучно виготовлену воду.

Перед процедурою ванну сполоскують гарячою водою, після процедури – миють щіткою з мильною водою і сполоскують.

Радонові ванни. Радонова вода відноситься до радіоактивних факторів. Радіоактивність – це властивість самовільного перетворення нестійких атомних ядер деяких елементів в стійкі ядра інших елементів, що супроводжується радіоактивним випроміненням. Радонові процедури – один із видів променевої терапії, але за методикою використання і дії на організм їх можна віднести до розділу водолікування. Деякі підземні мінеральні води містять радон і виведені на поверхність землі, представляють собою основний лікувальний фактор на “радонових” курортах. Радон отримують також із хлористої або бромистої солі радю. Радіоактивні солі зберігають в спеціальних герметичних трубках – “барботерах” в свинцевих шафах, в ізольованих приміщеннях – радонових лабораторіях. Між природною і штучно виготовленою радоною водою немає різниці ні в складі, ні в дії на організм. Радонові ванни призначають у вигляді загальних чи місцевих, мікроклім і орошень піхви. Радон сприятливо діє на серцево-судинну і нервову систему. Радонові ванни використовують для лікування хронічних запальних захворювань внутрішніх жіночих статевих органів. Протипоказанням для такого лікування є: вагітність всіх термінів, злоякісні новоутворення і підозра на їх наявність, активний туберкульоз, захворювання крові, епілепсія, гнійні процеси.

Для орошення піхви і мікроклім використовують кип'ячену воду з такою концентрацією радону, як і в загальній ванні. В положенні хворої лежачи на спині (на гінекологічному кріслі або на кушетці). Медична сестра вводить в піхву спеціальний простерилізований наконечник і під невеликим тиском проводить орошення на протязі 15-20 хв, кожний день або через день.

Грязелікування відноситься до теплолікувальних факторів, куди відносять лікування торфом, парафіном, озекеритом і гарячим піском. Всі лікувальні грязі складаються з двох частин: твердої та рідкої. Тверда фаза – це кристалічна основа: скелет; рідка фаза – це розчинені у воді солі і органічні речовини. Лікувальні грязі при змішуванні з водою утворюють однорідну пластинчасту масу, вони відрізняються малою теплопровідністю і добре утримують тепло і вологість. Теплолікувальні фактори в тому числі і грязелікувальні процедури, підвищують обмін речовин в тканинах, володіють протизапальною дією.

Показанням для лікування є хронічні запальні процеси у внутрішніх статевих органах, спайкові процеси в ділянці малого тазу, безпліддя, зумовлене непрохідністю маткових труб. Протипоказанням для проведення є вагітність всіх термінів, добро- та злоякісні утворення і підозра на них, гнійні процеси, захворювання серцево-судинної системи, активний туберкульоз легень. Грязелікування використовують на курортах, а також в позакурортних умовах. В нашій країні найбільш відомі такі курорти: Саки, Євпаторія, Одеса, Слов'янськ, Бердянськ та інші. В позакурортних умовах використовують нашірні аплікації лікувальної грязі, піхвові та ректальні тампони. Лікувальні грязі в спеціальній тарі привозять з місця їх зародження до місця де проводиться лікування і зберігають у спеціальних сховищах. Позакурортне грязелікування можна проводити тільки в спеціально обладнаних лікарнях.

Техніка піхвового грязелікування. Лікувальна грязь, яка використовується для піхвових тампонів, повинна відповідати певним умовам:

- грязь повинна бути очищена від сторонніх сумішей шляхом протирання її через мілке металеве сито;
- для піхвового грязелікування використовують тільки свіжу грязюку, яка не була у використанні. Перед використанням проводять бактеріологічний контроль.

Грязню заповнюють продезінфіковані відрізки гумової трубки довжиною до 25-30 см, отвори з обох сторін закривають затискачами і підігривають на водяній бані до температури 45-48°C.

Медична сестра, після зняття затискача з одного кінця трубки і вимірявши температуру грязі, згортає цей кінець конусом, змазує його вазеліновим маслом і обережно вводить в піхву хворої, яка лежить на кушетці або на гінекологічному кріслі. Після повільного вижимання грязі, трубка видаляється. Після процедури медична сестра вимиває грязі шляхом спринцювання мінеральною водою або дезінфікуючим розчином з температурою 38-42°C.

Лікування грязевими піхвовими тампонами часто поєднується з аплікаціями грязюки на ділянку живота і тазу (“трусси” або “напівтрусси”).

Лікування підігрітим піском (псаммотерапія) використовують за тими ж показаннями, як і інші теплолікувальні фактори: при хронічних запальних захворюваннях жіночих статевих органів і спайкових процесах у ділянці малого тазу.

Для пісочних ванн використовують добре промитий великої зернистості річний або морський пісок нагрітий до 45-50°C. На пляжі пісок нагрівається сонцем, в лікарняних закладах на жаровнях або в спеціальних апаратах. Хвора лягає в поглиблення яке зроблене в гарячому, добре перемішаному піску, і медична сестра з усіх сторін насилає пісок шаром 8-10 см, ділянку серця залишають вільною.

В лікувальних закладах загальні процедури проводять в спеціальних приміщеннях або в звичайних ваннах, наповнених піском. Пісок може бути використаний повторно після прокалювання при температурі 100-140 С, опромінення бактерицидною лампою і бактеріологічного контролю.

Ручний масаж – метод механотерапії, що полягає в механічному впливі на м'які тканини (шкіру, м'язи, сухожилля) тіла хворої шляхом поглажування, розтирання, розминання і вібрації руками медичного працівника, що отримав відповідну підготовку. В порівнянні з лікувальною гімнастикою масаж не потребує вольової участі пацієнтки і є тепічно більш диференційованим впливом. Ручний масаж багатогранно впливає на організм, викликає покращення кровообігу масажованих ділянок, прискорення лімфотоку, активацію тканинного дихання, появу біологічно активних речовин, що сприяють адаптаційно-трофічній функції жіночого організму і формуванню його захисних і компенсаторних реакцій.

За допомогою ручного масажу можна покращити функціональний стан ураженого органа (класичний масаж) або всіх тканин відповідного сегменту спинного мозку (сегментарний масаж) з послідовним впливом на діяльність різних систем організму, включаючи статеву.

Специфічною різновидністю ручного масажу є *гінекологічний масаж*. Гінекологічний масаж потребує знання анатомії і досвіду, його може проводити лише лікар-гінеколог.

Показання до гінекологічного масажу: недостатній розвиток матки, неправильне положення матки, спайкові процеси в ділянці малого тазу. Протипоказання: гострі та підгострі запальні процеси в органах малого тазу, туберкульоз, злоякісні новоутворення, вагітність або підозра на неї. Ожиріння не відноситься до протипоказань, але при гінекологічному масажі не дає задовільних результатів. Хвора жінка при масажі лежить на гінекологічному кріслі. Вона повинна навчитися не напружувати черевну стінку під час масажу, дихати рівномірно і спокійно. Сечовий міхур повинен бути звільнений безпосередньо перед масажем, кишечник – не пізніше чим за декілька годин до процедури. Масаж можна проводити не раніше ніж через дві години після їжі. Черевну стінку змазують маслом або припудрюють тальком. В піхву вводять два пальця однієї руки (правої), а іншою рукою масажують зі сторони черевної стінки. Гінекологічний масаж проводять обережно і ніжно, щоб хвора не відчувала болей. Прийоми гінекологічного масажу направлені перш за все на те, щоб викликати гіперемію органів, ці прийоми складаються із поглажування, розминання, надавлювання і розтягування. Кількість сеансів, їх частоту і тривалість встановлюють індивідуально для кожної хворої. Під час менструації гінекологічний масаж протипоказаний.

V.4. Робота у відділенні неоперативної гінекології.

Організація та планування відділення. Гінекологічне відділення може входити в склад спеціалізованої гінекологічної або багатопрофільної лікарні, поряд з терапевтичним, хірургічним та іншими відділеннями. Виділяють відділення оперативних та неоперативних (консервативних) методів лікування.

В склад відділення неоперативного лікування входять палати для хворих, буфетна, столова, приміщенні для білизни, декілька туалетів, приміщення для миття суден і клейонок, оглядова, процедурна (маніпуляційна), приміщення денного перебування хворих (кімната відпочинку, хол), кабінет завідувача, зал лікувальної фізкультури, учбова кімната для студентів, стерилізаційна, передопераційна, мала та велика операційні входять в склад відділення оперативної гінекології, але обслуговують при необхідності хворих відділення консервативного лікування. Палати гінекологічного відділення повинні бути невеликими, на 2-6 чоловік, це створює умови для правильного розподілу жінок, в залежності від захворювання, для лікувально-охоронного режиму.

У відділення неоперативної гінекології госпіталізують жінок з запальними захворюваннями статевих органів, з порушеннями менструально-го циклу, які страждають непліддям і іншими гінекологічними захворюваннями, котрі не потребують оперативного лікування.

Організація та оснащення оглядової гінекологічного відділення. В оглядовій лікар оглядає кожну хвору, яка поступила в гінекологічне відділення. Крім звичайного дворучного гінекологічного обстеження і огляду шийки матки за допомогою дзеркал в оглядовій беруть матеріал для аналізу в бактеріологічній, цитологічній та інших лабораторіях. Для оглядової виділяють простору світлу кімнату, площа її повинна бути не менше 12м². В залежності від величини гінекологічного відділення (від кількості ліжок-міст), в оглядовій встановлюють одне або два гінекологічних крісла, тверду кушетку, стіл, декілька стільців, 2-3 столика для стерильних інструментів і матеріалу, шафу для зберігання лікарських розчинів, штативи для посудини з дезінфікуючою рідиною.

На гінекологічне крісло кладуть чисте простирadlo і вішають мішок з чистими підкладними клейонками (розміром 35-40см), під крісло ставлять ємкість, куди викидають використаний матеріал. В окремий посуд складають клейонки, які були у використанні. Стіл для інструментів покривають стерильним простирadлом і стерильними корнцангами або пінцетом медична сестра розкладає необхідні для роботи стерильні інструменти: гінекологічні дзеркала (окремо дзеркала Куско, підйімачі і

ложкоподібні дзеркала Сімса), пінцети, маткові зонди, шпатель, ложечки Фолькмана, катетери. На цей же стіл кладуть декілька запасних стерильних пелюшок і ниркоподібних тазиків. Стіл накривають іншим стерильним простирадлом або пелюшкою, до вугла якої прикріплюють металевий затискач. За цей затискач її підіймають і стерильним інструментом, який зберігається в дезінфікуючому розчині, беруть зі стерильного столика необхідні для роботи предмети. Таким же чином можна накрити стерильний стіл для матеріалу (кульок, паличок, тампонів і т.д.).

Для поточної роботи в ниркоподібний тазик можна складати набір: гінекологічне дзеркало, пінцет, ложечки для взяття мазків, декілька кульок. Ножиці і скальпелі зберігають у 96% розчині етилового спирту або трійному розчині в окремому стерилізаторі. В шафі оглядової знаходяться пляшки зі свіжими розчинами перманганату калію, Люголя, йодної настойки. Медична сестра оглядової наливає ці розчини в невеликий окремий посуд з широким горлом і притертою пробкою для постійного використання. На пляшечках повинні бути етикетки, а на посудині чіткі надписи з назвою медикаментів. На окремий стіл ставлять бікси зі стерильними ватними та марлевими тампонами, кульками і паличками, з намотаною на них ватою. Поряд з біксами ставлять інструмент в посудині з трійним розчином, матеріал із біксів дозволяється брати тільки цим інструментом. Поряд ставлять посудину з 1% розчином хлораміну для обробки рук перед оглядом хворої, а також пусту посудину (кружка Есмарха) з довгою гумовою трубкою і змінними наконечниками для обробки хворих; в цю посудину при необхідності наливають теплий розчин фурациліну 1:5000 або слабкий розчин перманганату калію. Наконечник після використання опускають в 1% розчин хлораміну, потім кип'ятять і зберігають в 1% розчині хлораміну.

На маленький столик або тумбочку ставлять баночку, зав'язану марлею з тальком для гумових рукавичок. Передбачають місце для зберігання чистих предметних стекел і стерильних пробірок. Бланки для направлення на аналіз взятого матеріалу і чисті листки-вкладиші для історії хвороби в достатній кількості повинні знаходитися у видвижних ящиках лікарського столу. В оглядовій повинна бути раковина і водопровідний кран із змішувачем гарячої та холодної води. Кожного дня вивішують два чисті рушники для висушування рук в рукавичках та без них. Оглядову забезпечують добрим штучним освітленням. Крім верхнього світла необхідно мати передвижний рефлектор для бокового освітлення.

Процедурна гінекологічного відділення (маніпуляційна) призначена для внутрішньовенних, внутрішньом'язових, підшкірних вливань ліків та взяття крові для дослідження. Приміщення і обстановка процедурної гінекологічного відділення така, як і оглядової. В процедурній (маніпуляційній) повинен бути столик для внутрішньовенних вливань. Його покривають чистою пелюшкою, кладуть на нього плоску подушечку, зшити з клейонки. На цьому столі знаходиться гумовий джгут, пляшка з дезінфікуючим розчином (70% етилового спирту), ниркоподібний тазик зі спеціальними кульками із марлі.

На окремому стерильному столі медична сестра процедурної до початку роботи готує потрібну кількість стерильних шприців різної ємкості, щоб поступово брати їх по мірі необхідності. В маніпуляційній завжди повинні бути наготові набори для крапельного введення лікарських речовин і пристосування для визначення груп крові і сумісності крові донора і реципієнта. В шафі процедурної зберігають ліки, призначені для внутрішньовенних, внутрішньом'язових та підшкірних ін'єкцій.

Оглядову і процедурну відділення прибирають вологим способом 2 рази на день.

До початку роботи обтирають 1-2% розчином хлораміну: гінекологічне крісло, меблі, медична сестра перестилає стерильні столи і розкладає на них простерилізовані інструменти та матеріал, котрі перестилають не рідше 1 разу на день. Після цього на 15-20 хв вмикають бактерицидні лампи. Після закінчення роботи проводять ретельне прибирання вологим способом, провітрювання і в останню чергу кварцування.

Обробка шприців. Після використання кожний шприц підлягає дезінфекції шляхом повного занурювання в дезінфікуючий розчин (перекис водню 6% на 60 хв, хлораміна 5% на 60 хв). Після дезінфекції шприці одноразового використання розділяють на основні частини. Для виключення можливого повторного використання їх складові частини підлягають деформації шляхом проведення парової стерилізації при температурі 132°C 20 хв, або повітряної стерилізації при температурі 180°C 60 хв у металевих біксах дно котрих попередньо застелене щільним папером.

Обробка гумових рукавичок. Використані гумові рукавички звільняють від бруду у ємкості № 1 в котру налита вода. Після одноразового використання воду кип'ятять при температурі 100°C протягом 30 хв і виливають в каналізацію. В подальшому рукавички підлягають передстерилізаційній обробці шляхом їх занурювання у дезінфікуючому розчині 5% хлораміна на 60 хв, або кип'ятіння при температурі 100°C протягом 30 хв. після цього рукавички висушують, пересипають тальком і стерилізують в автоклаві при температурі 132°C, тиском 1,5 Атм і експозиції 45 хв.

Обробка медичних інструментів. Використані інструменти підлягають дезінфекції, передстерилізаційній обробці та стерилізації. Попередньо інструменти розміщують в ємкості № 1 з водою, це сприяє звільненню від бруду (кров, слиз, виділення). Вода використовується одноразово, кип'яти-ться протягом 30 хв. і виливається в каналізацію. Потім інструменти переносять в ємкість № 2 з дистильованою водою, у якій їх кип'ятять протягом 30 хв, або вони занурюються в дезінфікуючий

розчин на 1 годину. Із дезінфікуючих розчинів використовуються: 3% розчин хлораміну, 5% розчин перекису водню з 0,5% миючої речовини (“Прогрес”, “Лотос”, “Айна”). В ємкості № 3 проводиться передстерилізаційна обробка шляхом занурювання інструментів в розчині “Біомоя” підогрітого до температури 40°C на протязі 15 хв. Після цього інструменти сушать і стерилізують шляхом автоклавування.

VII. Структура та організація роботи відділення оперативної гінекології

Основні задачі відділення оперативної гінекології:

1. Передопераційна підготовка гінекологічних хворих.
2. Підготовка до гінекологічного череворозтину.
3. Безпосередня підготовка до операції.
4. Підготовка хворих до екстрених череворозтинів.
5. Підготовка хворих до піхвових операцій.
6. Догляд за гінекологічними хворими в післяопераційний період: після “малих” операцій, після гінекологічних череворозтинів, після пластичних піхвових операцій.
7. Догляд за важкохворими.

У відділенні оперативної гінекології передбачені ліжка для передопераційних та післяопераційних хворих. При організації відділення прагнуть, щоб для кожної групи хворих існував окремий відсік з постом чергової медсестри. Необхідно зменшити контакт хворих, які знаходяться в процесі обстеження і підготовки до операції і хворих після операції, а також контакт між хворими в перші дні після операції і в більш пізні терміни видужування. Хворі з лихоманкою і з ознаками інфекції (інфіковані рани, ускладненнями гнійного характеру) відразу госпіталізуються в спеціальні відділення або переводяться туди для попередження внутрішньолікарняного розповсюдження інфекції.

При організації відділення оперативної гінекології для оперованих хворих необхідно передбачити невеликі палати на 1-2 ліжка, обладнані централізованою подачею кисню, сигналізацією та функціональними ліжками. Палати повинні бути світлими з достатньою природньою вентиляцією, передбаченим нічним освітленням. При великих відділеннях необхідно організувати реанімаційне відділення. При відсутності реанімаційного відділення виділяють палату інтенсивної терапії для важких хворих з апаратурою для штучної вентиляції легень, електровідсмоктувачем, дефібрилятором. У відділенні виділяють оглядову і процедурну. Велике значення в роботі відділення оперативної гінекології мають питання деонтології. Персонал повинен бути уважним, ввічливим, тактичним. Заборонено в присутності хворих обговорювати характер захворювання. Сторонні особи та хворі не повинні мати доступ до документації, яка стосується захворювання і оперативного втручання. Бесіди з хворими і їх родичами проводить тільки лікар, який надає необхідні усні та письмові справки. Медичний персонал, включаючи середніх та молодших медичних робітників, повинен добре знати, що слово повинно не ранили, а лікувати.

VII.1. Велика операційна.

Асептика та антисептика – це комплекс заходів направлених на попередження розвитку інфекційної (гнієвидної) флори при хірургічному втручанні і в післяопераційному періоді.

Асептика – це метод який попереджує попадання мікробів в операційну рану. Інструментарій, шовний матеріал, рукавички, матеріал, який використовується при операції (білизна, халати, марлеві салфетки і кульки) повинні бути стерильними.

Антисептика – система заходів направлених на знищення мікробів у рані, зменшення їх проникнення у рану і розвитку в ній.

Стерилізація інструментів. Стерилізація забезпечує загибель в стерилізуючому матеріалі патогенної і непатогенної мікрофлори.

Після закінчення операції увесь хірургічний інструментарій розбирають і замочують у ємкості з 3% хлораміну протягом 1 години, потім промивають проточною водою до зникнення запаху хлора і замочують в гарячому (50°C) миючому розчині (0,5% розчин перекису водню з миючим засобом) взятих у співвідношенні 1:1, протягом 15 хв.

Після замочування в цьому розчині інструменти миють йоршиком або ватно-марлевым тампоном в середньому 20-35 сек кожний предмет. Розчин використовують одноразово. Вимиті предмети споліскують у проточній воді, потім у дистильованій. Якість миття інструментів визначають шляхом проведення бензидинової проби на наявність крові.

Для приготування розчину змішують 0,0025 г основного бензидину з 0,1 г перекису барію або 3% розчином перекису водню і перед використанням додають 5 мл 50% розчину оцтової кислоти,

збовтують до повного розчинення. Вказаним розчином змочують тампони і протирають інструменти, шприци і частини апаратів. Поява зеленого кольору вказує на наявність крові на предметах, отже, вироб підлягає повторній обробці.

Повноту відмивання миючих добавок перевіряють місцевою реакцією з 0,1% спиртовим розчином фенол-фталеїну шляхом нанесення 2-3 крапель розчину на вимитий інструментарій. При появі рожевого кольору інструменти підлягають повторному промиванню в проточній воді протягом 5 хв.

Стерилізацію інструментів проводять безпосередньо перед операцією. Для екстрених операцій може бути використаний спеціальний стерильний набір інструментів, який зберігається в добре закритому стерилізаторі накритому стерильним простирадлом. Тривалість зберігання такого набору не більше 6-12 год. Стерилізацію проводять різними методами: паром, сухим гарячим повітрям, розчинами хімічних речовин. Хірургічні та гінекологічні інструменти, деталі та вузли приборів та апаратів в тому числі виготовлені із корозійностійких матеріалів і сплавів, шприци з надписом 200°C, ріжучі інструменти стерилізують у повітряних стерилізаторах. Стерилізація у повітряних стерилізаторах відбувається сухим гарячим повітрям при температурі 180°C – 45 хв, при температурі 160°C – 60 хв. В якості упаковочного матеріалу використовують спеціальні бікси, металеві пенали.

Хірургічні інструменти, виготовлені із металів і сплавів, стійких до корозій, вироби із гуми, пластичних мас, в тому числі з металевими частинами, стерилізують 3 год в 6% розчині перекису водню при температурі розчину 50°C, або 6 год при температурі розчину 18°C.

Стерилізація перев'язочного матеріалу, білизни та рукавичок. В хірургічній практиці найбільш часто використовується марля і гіроскопічна вата. Перед укладкою бікси протирають із середини і ззовні серветкою, змоченою 5% розчином нашатирного спирту. Потім здвигують металеву стрічку, щоб відкрились бокові отвори, відкривають кришку і висушують дно і стінки бікса полотняною серветкою або простирадлом. При укладці білизни і неперев'язувального матеріалу в бікси потрібно дотримуватись певного порядку, що дозволяє швидко і легко знайти необхідні предмети.

В центральну частину бікса поміщають індикатор для контролю стерилізації. Коли бікс заповнений, краї виступаючого його простирадла загортають один на інший поверх вмісту. В один із біксів зверху простирадла закладають халат, а на нього декілька марлевих серветок і рушник. Це потрібно для того, щоб операційна сестра змогла, вимиваючи руки витерти їх і надіти стерильний халат, не торкаючись іншої білизни та матеріалу. До кришки кожного біксу прив'язують клейончату етикетку, на якій перераховано вміст біксу, вказана дата стерилізації і прізвище медсестри, яка готувала бікс. Надпис роблять простим олівцем. Кришку бікса закривають, скріплюють гачком на ланцюзі і щільно прив'язують стрічкою, щоб вона випадково не відкрилась. Потім перевіряють чи відкриті бокові отвори біксів.

Автоклавування. Найбільш надійним і швидким методом стерилізації перев'язувального матеріалу, білизни та деякого оснащення операційної є стерилізація насиченим паром під тиском в автоклаві.

При підвищенні тиску (визначається згідно манометру) до 1,1 атм (120°C) загибель патогенних мікробів настає через 45 хв, при тиску 2 атм (132°C) – протягом 20 хв. Стерилізації в автоклаві в особливих коробках – біксах (барабанах), підлягає хірургічний перев'язувальний матеріал, білизна, предмети обладнання, шприци з голками. До роботи з автоклавом допускають спеціально підготовлених працівників середнього медичного персоналу. Дуже важливим є правильна робота автоклаву, яка забезпечує повну стерилізацію. Для перевірки стерильності матеріалу та роботи автоклаву запропоновані хімічні методи. Всередину кожного біксу вкладають індикатор стерильності. При відкритті кожного біксу перевіряють чи набув індикатор бажаного кольору, що свідчить про підвищення температури у біксі до 132 С. Крім того систематично, не рідше 4 рази на місяць, перев'язувальний матеріал та білизну при відкритті біксів перевіряють на стерильність шляхом посіву. Від несправності апарату, непідготовці або недобросовісного обслуговування може залежити стерильність матеріалу.

Бактеріологічний контроль в хірургічному відділенні. Об'єктом дослідження є повітряне середовище, різні об'єкти навколишнього середовища, медичний інструментарій, перев'язувальний і шовний матеріал, руки хірургів та шкіра операційного поля. Взяття проб з поверхності різних предметів здійснюється методом змивів (стерильними ватними тампонами на паличках). Тампони розміщують в пробірки. При контролі мілких предметів змиви проводять з поверхні всього досліджуваного предмету в декількох місцях площиною приблизно 100-200 см².

Дослідження хірургічного матеріалу на стерильність проводять для лабораторного контролю за ефективністю стерилізації перев'язувального і шовного матеріалу та інструментарію. Об'єктами бактеріологічного дослідження є перев'язувальний матеріал – кетгут, шовк і хірургічний інструментарій безпосередньо після стерилізації і приготування до використання, шприци і голки з ними.

Взяття проб на стерильність проводить операційна сестра під керівництвом співробітників бактеріологічної лабораторії. Змиви зі шкіри операційного поля та рук хірургів проводять стерильними марлевими тампонами розміром 5x5 см, які змочені в розчині нейтралізатора або в фізіологічному розчині. Також проводиться забір повітря на ріст колоній мікрофлори.

Набори для гінекологічних операцій.

Необхідно мати окремий набір інструментів для гінекологічних операцій, які проводяться як шляхом розтину черевної порожнини, так і через піхву.

Основний перелік наборів повинен знаходитися в шафі для інструментів з вказівкою їх кількості. Ножиці повинні бути різної довжини, тупо- та гострокінцеві, хірургічні та анатомічні пінцети (довгі та короткі), кульові щипці, щипці Дуайєна і Мюзо. Найбільш багаточисленними інструментами в наборі є кровозупиняючі затискачі Пеана, Кохера та Мікуліча, а також інші довгі затискачі, які зв'язують по 10 штук. При додаванні під час операції набору кровозупинних затискачів їх беруть десятками.

Для вишкрібання матки необхідні: піхвові дзеркала, кульові щипці, металеві розширювачі Геґара або вібророзширювачі, матковий зонд, довгі пінцети, кюретки різних розмірів, абортцанг і аспіратор.

VII.2. Сучасні види наркозу.

Сучасні види наркозу включають в себе два методи загального знеболення: внутрішньовенний наркоз та інгаляційний наркоз. Інгаляційний наркоз ділиться на масочний та ендотрахеальний. Останній включає в себе обов'язкове проведення штучної вентиляції легень і використання м'язових релаксантів.

Внутрішньовенний наркоз досягається шляхом введення в вену різних наркотичних речовин. До них відносяться похідні барбітурової кислоти (тіопентал, гексенал), похідні прегнандіолу (стероїдні наркотики віадріл, предіон), похідні ГАМК (ГОМК або оксибутират натрію), фенілциклідину (кетамін).

Внутрішньовенний наркоз використовується в гінекологічній практиці як самостійний вид знеболення при виконанні невеликих гінекологічних операцій (непорожнинних) тривалістю від 10 хв до 1 год. Крім того, внутрішньовенний наркоз використовується при наданні анестезіологічного посібника як компонент ендотрахеального наркозу (вводний наркоз). До різновиду внутрішньовенного наркозу відноситься так званий нейролептнаркоз, який досягається введенням великих доз нейролептика дроперидолу і сильного анальгетика фентанілу. Може використовуватись також введення в вену великих доз анальгетиків (1% розчин морфіну в сполученні з седуксеном).

Масочний наркоз – інгаляція хворій наркотичних засобів (ефір, фторотан, закис азоту, циклопропан) через маску наркозного апарату. В наркотичну суміш обов'язково повинен входити кисень.

Ендотрахеальний наркоз – ведучий метод знеболення. Досягається шляхом введення наркотичних засобів в дихальні шляхи хворої через трубку, яка вставлена в трахею. Цей вид знеболення потребує проведення штучної вентиляції легень, а також використання м'язових релаксантів. Механізм їх дії заключається в блокаді проведення імпульсу через нервово-м'язову пластинку, що і забезпечує параліч скелетних м'язів. Всі м'язеві релаксанти поділяються на 3 великі групи: короткої дії (дітілін, міорелаксин, лістенон), тривалої дії (діплацин, ардуан, тубокурарин), змішаної дії (тракриум).

Спинномозкова і перидуральна анестезія відноситься до різновидностей провідникової анестезії. Анестетик вводиться при спинномозковій пункції – в субарахноїдальний простір. В цих випадках ефект знеболення досягається за рахунок блокади спинномозкових нервів при їх виході із спинного мозку. Перидуральна анестезія забезпечується введенням в перидуральний простір фторопластикового катетера. Для спинномозкової і перидуральної анестезії використовують 2% розчин лідокаїну, 1-2% розчин тримекаїна.

Ускладнення при проведенні наркозу та допомога при них. При використанні для вводного наркозу розчину барбітуратів при швидкому введенні, а також при використанні великих концентрацій (більше 1%) може бути різке пригнічення дихання і значне зниження кров'яного тиску навіть до зупинки серця, що особливо небезпечно при великій попередній крововтраті (1-1,5 л). При цих ускладненнях необхідно розпочати штучну вентиляцію легень маскою наркозного апарату, введення великої кількості рідини, серцевих засобів. Вводиться 10 мл 10% розчину хлориду кальцію внутрішньовенно для нейтралізації токсичної дії барбітуратів на міокард.

Регурґітація – пасивне затікання кислого вмісту шлунку і кишечника в дихальні шляхи хворого. Частіше зустрічається при вводному наркозі перед інтубацією. Небезпечний розвиток кислотно-аспіраційного синдрому Мендельсона. Часто зустрічається при невипорожненому шлунку, вираженій кишковій непрохідності. Клінічно проявляється розвитком часткового або повного бронхоспазму, асфіксією. Допомога – швидка інтубація, опускання головного кінця столу, відсмоктування вмісту, по можливості – введення зонду в шлунок. Медикаментозна терапія: введення в дихальні шляхи гормонів (суспензія гідрокортизону), лужних розчинів з послідуочим відсмоктуванням, використання бронхолітиків (еуфілін 2,4% – 10 мл в/в, но-шпа 2% – 2 мл в/в), 3% розчину гідрокарбонату натрію 200 мл в/в, штучна вентиляція легень. Зупинка серця при наркозі виникає при використанні високих концентрацій деяких інгаляційних анестетиків (фторотана), а також при гіпоксії. Допомога: звільнити дихальні шляхи від стороннього вмісту, непрямий масаж серця, внутрішньовенне введення 0,1% розчину атропіну 0,5 мл, 10% розчину хлористого кальцію 10 мл,

0,1% розчину адреналіну 0,5 мл. При неефективності – дефібриляція.

Ателектаз (спадіння) однієї легені настає при проведенні штучної вентиляції легень при неправильному розміщенні інтубаційної трубки в правому або лівому бронху. При цьому відбувається штучна вентиляція однієї легені. Інша легеня в акті дихання не приймає участі. Допомога: при проведенні наркозу контроль за положенням інтубаційної трубки. Якщо ателектаз розвивається в післяопераційному періоді, то проводять бронхоскопію з відсмоктуванням слизової пробки, введенням трипсину, гідрокортизону, роздуванням легені.

VII.3. Основні типи гінекологічних операцій і їх технічні особливості.

Малі гінекологічні операції.

Знеболення малих гінекологічних операцій виконують шляхом місцевої інфільтраційної анестезії 0,5-1% розчином новокаїну, внутрішньовенним знеболенням, короточасним загальним наркозом та іншими видами анестезії.

Необхідний інструментарій: вагінальні дзеркала, набір розширювачів Гегара, 2 пари кульових щипців або щипці Мюзо, матковий зонд, набір кюреток (3), абортцанг, 2 корнцанга, ножиці.

Операція штучного аборт проводиться при терміні вагітності 6-12 тижнів після звичайної підготовки хворої до піхвової операції.

Техніка операції. Розкривають піхву дзеркалами, оголюють шийку матки і обробляють спиртом та розчином йоду. Захвачують передню губу шийки матки кульовими щипцями, виймають підйомник, а заднє дзеркало передають асистенту (сестрі). Потім для визначення довжини та положення матки проводять її зондування, розширюють цервікальний канал за допомогою розширювачів Гегара до №12-12,5. Починають вишкрібання великою кюреткою (№6), якою роздроблюють плодове яйце і видаляють його по часточкам. При низведенні частини плодового яйця в шиєчний канал, її захоплюють абортцангом та видаляють. Кюреткою менших розмірів перевіряють послідовно всі стінки внутрішньої поверхні матки, особливо трубні вугли. Цервікальний канал протирають марлевою смужкою, змоченою розчином йоду.

Більш бережний спосіб переривання вагітності – проводять за допомогою вакуумного апарату і наконечників з боковим отвором поблизу торця. Операція штучного аборт методом аспірації складається з двох моментів: розширення каналу шийки матки і видалення плодового яйця шляхом вакуум-аспірації. Після розширення цервікального каналу в порожнину матки вводять наконечник і з'єднують його з електровідсмоктувачем, переконавшись, що він створює тиск 0,4-0,6 атм (300-400 мм.рт.ст) або 0,6-0,8 атм, взаємності від моделі апарату.

Вміст матки потрапляє в резервуар з'єднаний гумовою трубкою з наконечником. Операція вважається закінченою, якщо через трубку видно, що вміст із порожнини матки більше не надходить. Перевагами методу вакуум-аспірації перед вишкрібанням матки кюретками є менша травматизація матки; для виконання операції потрібно менше часу, а сама операція менш болюча і супроводжується меншою крововтратою.

Діагностичне вишкрібання порожнини матки виконують після звичайної підготовки до піхвової операції, таким же чином, що і операцію аборт.

Для вишкрібання слизової оболонки порожнини матки використують гострі кюретки № 1 та № 2. Матеріал збирають в баночку з 10% розчином формаліну.

Фракційне вишкрібування матки починають із слизової оболонки шийкового каналу не заходячи за внутрішнє вічко. Отриманий матеріал збирають у пробірку. Потім вишкрібають стінки матки, матеріал збирають в іншу пробірку. Пробірки чітко маркують.

Поліпектомія – видалення поліпів слизової оболонки шийкового каналу. Поліпи ендометрію видаляються при діагностичному вишкрібуванні порожнини матки. Корнцангом захвачують ніжку поліпа і відкручують, повертаючи навколо продольної осі в одну сторону. Місце розташування поліпа змазують 5% розчином йоду. При неповному видаленні поліпа або при наявності множинних поліпів проводять вишкрібання слизової цервікального каналу. Всі поліпи підлягають обов'язковому гістологічному дослідженню.

Видалення фіброматозного вузла, що народжується, проводять піхво-вим шляхом після звичайної підготовки до вагінальної операції. Оголюють шийку матки дзеркалами та захоплюють щипцями Мюзо нижній полюс вузла, що народжується. Трохи підтягуючи щипці оголюють ніжку пухлини. Якщо ніжка товста, вигнутими ножицями підсікають капсулу в місці переходу пухлини в ніжку і починають викручувати. При необхідності виконують розсічення шийки матки з послідовним накладаннями швів. Видалений вузол відправляють на гістологічне дослідження.

Гінекологічні лапаротомії. Операція розтину черевної порожнини (лапаротомія) може бути проведена двома шляхами. Найбільш поширеною на теперішній час є черевностіночна лапаротомія, що виконується шляхом розтину передньої черевної стінки. Піхвова лапаротомія (кольпотомія) виконується шляхом розсічення піхвового склепіння.

Положення хворої на операційному столі – горизонтальне. Іноді виникає необхідність (при

оперуванні в глибині малого тазу) в короточас-ному нахилі головного кінця операційного столу на 10-15° вниз (положення Тренделенбурга). До операційного столу фіксують ноги хворої на рівні стегон і ліву руку за кисть у витягнотому вздовж тулуба положенні. Праву руку викладають на спеціальний столик для внутрішньовенних ін'єкцій. При лапаротомії хірург стоїть зліва від хворої, перший асистент прямо навпроти хірурга, другий – поряд з першим, ближче до нахиленого місця столу.

Операційна сестра повинна стояти за своїм столом обличчям до операційної рани, що дозволяє їй слідкувати за перебігом операції і своєчасно подавати все необхідне. Біля головного кінця операційного столу розміщується наркозний апарат і стоїть анестезіолог. Біля столика, на якому лежить права рука хворої знаходиться помічник анестезіолога (анестезист). Знеболювання при лапаротоміях, зазвичай – ендотрахеальне, рідше масочний наркоз чи перидуральна анестезія.

Інструментарій для лапаротомії відрізняється у гінекологічних хворих від хірургічного тільки довжиною, що дозволяє проводити маніпуляції в глибині тазу під контролем зору. В набір інструментів повинні входити гострі скальпелі (2-3), ножиці прямі, вигнуті і довгі, пінцети хірургічні та анатомічні (довгі і короткі) по два, кровозупинні зажими. Кульові щипці (2), вікончаті, абортцанг. Для тупферів використовують довгі прямі та вигнуті корнцанги (3). Голкотримачі довгий та короткий (2), голки ріжучі і круглі, різного розміру, голки Дешана (ліва та права). Для розширення рани черевної порожнини використовують самотримаючі дзеркала, а для роздвигання країв рани – гострі та тупі гачки (по 2 шт). В наборі інструментів повинні бути затискачі (2 шт), металевий катетер, матковий зонд, наконечник для відсмок-туючого апарату, шприци та голки до них.

Розташування інструментів на столі строго обумовлене, що полегшує роботу хірурга та сестри. На кінці столу ближче до хірурга, розкладають окремими групами короткі та довгі зажими, скальпелі, ножиці, корнцанги із зажатими марлевими тампонами. В наступному ряду знаходяться голкотримачі, голки і шовний матеріал, дзеркала, додаткові інструменти. Ближче до сестри, а зручніше в складці простирадла (карман), що покриває стіл з інструментами, знаходяться марлеві серветки та кульки.

Підготовку операційного поля починають з обробки пупка спиртом і розчином йоду. Потім шкіру передньої черевної спинки двічі протирають спиртом і змазують 5% розчином йоду. Шкіру дезінфікують далеко за межами передбаченого розтину: вище пупка на 6-10 см і передню поверхню стегон. Обробку шкіри починають з ділянки передбаченого розтину, а потім переходять на периферію. З появою нових антисептиків, можлива дезінфекція шкіри без застосування спирту та йоду. Операційне поле двічі протирають тупфером з цим розчином, потім витирають насухо. Після дезінфекції покривають стерильними простирадлами, які розташовують в залежності від майбутнього розтину – поздовжньо чи поперечно.

Операція на придатках матки. Видалення маткової труби називається сальпінгектомія чи тубектомія. Розтин, зазвичай, поздовжній. При розтині очере-вини в черевній порожнині може бути значна кількість свіжої крові. Якщо стан хворої дозволяє кров вибирають патологоанатомічною ложкою чи спеціальним відсмоктувачем, проціджують через 8 шарів марлі та перели-вають хворій. Матку та придатки виводять в рану. Матку захоплюють маточними вікончатими затискачами. На змінену трубу накладають затискачі Кохера біля самого кута матки і на мезосальпінкс біля ампулярного кінця труби. Мезосальпінкс пересікають до кінця затискача, на частину мезосаль-пінкса, що залишилась накладають ще 2-3 зажими і трубу видаляють.

Затискачі заміняють кетгуттовими лігатурами. Перитонізація безперерв-ним кетгуттовим швом. Звільняють черевну порожнину від крові та згустків. Перед зашиванням черевної порожнини сестра рахує інструменти та марлеві серветки. Для зашивання очеревини використовують кетгут для безперервного шва, для зашивання апоневрозу – шовк, лавсан; для підшкір-ної жирової клітковими – кетгут; на шкіру – шовк, лавсан, металічні скобки. Зверху шви обробляють йодом, накладають асептичну пов'язку.

Видалення яєчника позначають терміном оваріоектомія. Враховуючи характер захворювання яєчника, виконують його резекцію, або повне видалення яєчника. Розтин на шкірі може бути поздовжній чи поперечний. При розкритті черевної порожнини в рану виводять змінений яєчник. Накладають затискачі на власну та воронко-тазову зв'язки яєчника, пересікають їх і видаляють яєчник. Зв'язки нижче затискачів перев'язують кетгуттовими лігатурами. Культі зашивають кисетним кетгуттовим швом. Виконують туалет черевної порожнини, рахують інструменти і марлеві серветки. Зашивання шкіри при поперечному розтині може бути виконано безперервним швом (косметичний шов).

При *резекції яєчника* на його зв'язки накладають м'які затискачі, щоб не порушити кровообіг. Скальпелем виділяють змінену частину яєчника, а рану зашивають безперервним кетгуттовим швом круглою голкою. При наявності кісти великого розміру її вміст видаляють електровідсмоктувачем, наконечник якого вводять в кісту через невеличкий розтин.

Запальні захворювання придатків матки зазвичай супроводжуються утворенням великих зрощень з навколишніми органами: сальником, кишками, сечовим міхуром і тому операції в деяких випадках іноді ускладнюються ураженням цих органів. При таких операціях сестра повинна мати стерильну пробірку для взяття з черевної попрожнини вмісту для посіву на чутливість флори до антибіотиків, наконечник електровідсмоктувача, м'які застискачі, кишкові голки, катетери, гумові трубки різноманітного діаметру для дренажів, великий запас серветок, розчини для промивання

черевної порожнини та антибіотики.

Техніка операції. Після розтину м'якими рушниками ретельно відшаровують верхній відділ черевної порожнини і починають розділення зрощень. При інтимному зрощенні труби з запальними утвореннями край труби розсікають між зажимами і перев'язують кетгуттовими лігатурами. Розділення спайок проводять гострим і тупим шляхом, періодично використовуючи гідравлічну препаративку розчином новокаїну. При розділенні зрощень користуються тільки анатомічними пінцетами.

При розкритті капсули запального утворення черевну порожнину додатково відгороджують марлевими серветками, а гній видаляють за допомогою електровідсмоктувача. Після видалення матки з придатками із зрощень вирішують питання про об'єм оперативного втручання: видалити чи залишити матку, яєчники, труби. Промивання черевної порожнини проводять 1,5-2л теплою розчином фурациліну, який видаляють із черевної порожнини електровідсмоктувачем. При необхідності дренивання черевної порожнини проводять задню кольопотомію. Вигнутий корцанг вводять у піхву і вип'ячують очеревину прямокишкового-маткового простору. Зі сторони черевної порожнини скальпелем роблять надріз очеревини над розведеним корцангом. Корцанг проводять в черевну порожнину і захопивши нижній кінець дренажної трубки, виводять його за вхід у піхву. В верхньому кінці трубки перед її введенням роблять декілька отворів. Дренивання черевної порожнини через черевну стінку проводять за допомогою додаткових розтинів через всі шари черевної стінки справа та зліва від операційної рани. По ходу каналу, який зроблений скальпелем, вводять корцанг і захопивши верхній кінець дренажної трубки виводять її зовні та фіксують до шкіри. При зашиванні передньої черевної стінки в нижньому кінці рани залишають тонкий (ніпельний) дренаж-трубку, діаметром 2-3 мм, яку фіксують до шкіри одним із шкірних швів. Пов'язку накладають окремо для швів післяопераційної рани і дренажів. Шви обов'язково обробляють спиртом. Перед зашиванням черевної порожнини рахують марлеві серветки (тампони) для виключення їх знаходження в черевній порожнині.

Надпівхова ампутація матки. Найбільш часто використовується при фіброміомі матки чи злоякісній пухлині яєчника. Може виконуватися повне видалення матки, консервативно-пластична операція з видаленням вузлів пухлини чи з частковою резекцією матки. Матка може видалитися з придатками і без них. При злоякісній пухлині яєчника матку завжди видаляють з придатками і додатково проводять резекцію сальника.

Після типового розтину черевної стінки матку захоплюють міцними щипцями (щипці Мюзо, штопор) і виводять в рану. При видаленні матки без придатків на її ребра з обох боків накладають міцні прямі затискачі, щоб захопити круглі зв'язки матки, труби і власні зв'язки яєчників. При різкій деформації матки на кожну зв'язку і трубу накладають затискачі окремо. В обох випадках паралельно накладаним затискачам відступають 1-1,5 см і накладають інші. Тканини між затискачами розсікають і перев'язують лігатурами, кінці яких беруть на затискачі. Розкривають ножицями пузирно-маткову складку і тупфером відсепаровують разом з сечовим міхуром донизу за внутрішнє вічко матки. На маточні судини з обох боків на рівні внутрішнього вічка накладають по парі міцних щипців (паралельно). Між ними маткові судини пересікають і перев'язують їх надійними лігатурами (кетгут, шовк, лавсан). Скальпелем клиноподібно відсікають тіло матки і видаляють його. Кулью шийки матки захоплюють кульовими щипцями, змазують розчином йоду і прошивають 3-4 кетгуттовими лігатурами. Перитонізацію проводять безперервним кетгуттовим швом, зрізаючи за необхідністю залишені на затискачах лігатури. Сестра рахує всі серветки, марлі, затискачі. Проводять туалет черевної порожнини і поширово ушивають рану черевної стінки. Надпівхову ампутацію матки з придатками проводять в такій же послідовності, як і без придатків. Затискачі накладають не на власні зв'язки яєчників, а не воронко-тазові зв'язки. Надпівхову ампутацію матки з придатками і резекцію сальника при злоякісній пухлині яєчника проводять за методикою описаною вище. Особливістю операції є: підшивання очеревини до серветок, що обкладають рану з метою захисту підшкірної жирової клітковини від імплантації клітин пухлини.

Екстирпація матки. Тотальну екстирпацію – видалення тіла та шийки матки проводять при фіброміомі, злоякісній пухлині яєчників, септичних запальних захворюваннях матки. Екстирпація може проводитися з придатками і без них. Після розтину черевної порожнини накладають довгі затискачі на дно матки. Затискачі зв'язують за кільця і використовують як тримачі. Розсікають та лігують круглі зв'язки, зв'язки що підвішують яєчник. Пузирно-маткову складку розтинають, сечовий міхур відсепаровують до піхових склепін, край очеревини двома краями підшивають до нижнього кута рани і лігатури беруть на затискачі. Сечовий міхур захищають дзеркалами, які вводять з боку лона. Виділяють із клітковини стовбур маткової артерії і перев'язують його капроновою лігатурою, підведеною на голці Дешана. Відступивши від лігатури в сторону матки на 1-1,5 см, накладають міцний затискач і кінчиками ножиць відсікають артерію, а кінці лігатури зрізають. Пересікають крижово маткові зв'язки. Переднє склепіння піхви захоплюють кульовими щипцями чи міцними затискачами і вскривають кінчиками вигнутих ножиць. Через отвір вводять вузький марлевий тампон, змочений спиртом. На шийку матки накладають кульові щипці. Піхву захоплюють довгими затискачами і послідовно відсікають матку від вагінальних склепін. Піхву зашивають окремими кетгуттовими швами, кінці яких беруть на затискачі. Перед перитонізацією перевіряють гемостаз, роблять туалет черевної

порожнини, мийуть руки або знімають рукавички. Краї очеревини сечового міхура підшивають до передньої стінки піхви. Перитонізацію здійснюють за допомогою безперервного кетгутового шва. Після підрахунку тампонів та інструментів черевну порожнину пошарово зашивають. Із піхви видаляють марлеві тампони, введений під час операції.

Консервативно-пластичні операції на придатках та матці. Для відновлення прохідності труб необхідні затискачі, пінцети та голки, якими користуються при операції на очах.

Крім цього необхідні трубні катетери діаметром 2-3 мм, протези труби із гетерогенної очеревини, шприц Брауна, індигокармін, стерильна вазелинова олія.

Сальпінголізис – операція, що полягає у вивільненні маткової труби від зрощень. Зрощення розсікають кінчиком ножиць. Для гідралічної препаровки використовують шприц, тонкі голки, розчин новокаїну. Після звільнення придатків матки із зрощень перевіряють прохідність маткових труб шляхом їх продування. Пертубацію можна провести зі сторони піхви, для цього використовують самотримачий наконечник. Замість пертубації може бути використана гідротубація, коли через ампулярний кінець труби вводять підкрашену рідину. Перед зашиванням черевної порожнини придатки орошують 3-4 мл стерильної вазелинової олії.

Сальпінгостомія – розтин зарощеного ампулярного кінця труби. Слизову оболонку труби вивертають тонким м'яким зажимом і тонким кетгутом з'єднують з брижою труби. В деяких випадках видаляють частину ампулярного відділу труби. Краї слизової оболонки ампулярного відділу тонкими кетгутовими швами з'єднують її з черевним покривом. Шляхом гідротубації перевіряють прохідність труб.

Сальпінго-сальпінго анастомоз – зшивання труби після резекції непрохідної ділянки в істмічному відділі труби. Після видалення рубців зміненої частини труби через ампулярний кінець вводять поліетиленовий катетер діаметром 2-3 мм так, щоб він пройшов до проксимального відділу труби на 2-3 см. Тонким кетгутовим швом за допомогою атравматичних голок зшивають між собою кінці пересіченої труби. Для цього можна використати і судинно-зшиваючий апарат. Вільний кінець катетера одним шовковим швом прикріплюють до труби або до матки, частину, що залишається виводять із черевної порожнини на передню черевну стінку. З боку шкіри вузьким скальпелем роблять отвір через усі шари черевної стінки. В цей канал вводять корнцанг і захоплюють вільний кінець катетера. На поверхні катетер складають в петлю і прикріплюють двома швами до шкіри. Аналогічно проводять операцію пересаджування маткових труб в матку.

Піхвові операції. Хвору для операції вкладають на операційний стіл в положенні як для гінекологічного огляду: частина операційного стола опущена, сідниці лежать на рівні краю, ноги зігнуті в колінах утримують за допомогою підставок, що прикріплюються до столу. Рука хворої зігнута в ліктьовому суглобі, передпліччя та кисть розміщені на грудях. Друга рука вкладається на спеціальний столик для під'єднання крапельниці.

Сечу виводять через катетер. Шкіру верхньої частини внутрішньої поверхні стегон, сідниці, ділянку лобкового зрощення, зовнішні статеві органи, піхву, анус обробляють спиртом та 5% розчином йоду. На ноги хворої одягають стерильні полотняні бахіли або закривають їх простирадлами. Простирадла кладуть на низ живота та під таз хворої і закріплюють цапками так, щоб зовнішні статеві органи знаходились у центрі прямокутника, утвореного простирадлами. Хірург сідає на стільчик, що обертається. Помічник хірурга сидить або стоїть справа або зліва від нього. Операційна сестра та стіл з інструментами знаходяться справа та позаду від хірурга. Інструменти для піхвових операцій повинні включати набір піхвових дзеркал (ложкоподібні, прямі, довгі, короткі), кулеві щипці та щипці Мюзо, набори затискачів, пінцети, металеві катетери, крутовигнуті голки тощо.

Вилуцення кісти великої залози присінку піхви. Розтин лінійний або овальний проводять гострим скальпелем, захоплюють кісту м'якими щипцями (оваріальними), відсепаровують тупфером. При зрощеннях вилуцення кісти виконують гострим шляхом після гідралічного препарування новокаїном.

Край шкіри захоплюють затискачами Кохера і розводять, тяжі надсікають вигнутими ножицями. Гемостаз здійснюють обколюючими кетгутовими швами. Ложе кісти ушивають заглиблювальними кетгутовими швами. На шкіру накладають шовкові шви. В нижньому куту рани залишають вузький тампон або гумовий дренаж.

Вилуцення кісти піхви. Розтин стінки піхви проводять над кістою. Края розтину захоплюють затискачами. За допомогою скальпелю і ножиць кісту вилучають. Судини які кровоточать лігують кетгутовими лігатурами. На рану піхви накладають кетгутові шви.

Розтин перетинки піхви. Піхву розкривають боковими дзеркалами. Прямими ножицями розтинають перетинку, видаляючи надлишок тканини.

Края рани зашивають безперервними петельними кетгутовими швами. У піхву вводять тампон із марлі, рясно змочений вазеліновим маслом, щоб не склеювались протилежні стінки піхви в ділянці рани. Тампони кожні дві години змінюють.

Передня кольпорафія – пластична операція на передній стінці піхви. Піхву розкривають за допомогою ложкоподібного і плоского дзеркал. Шийку матки захоплюють кульовими щипцями. Довге ложкоподібне дзеркало замінюють коротким дзеркалом. На передню стінку піхви між отвором

сечового міхура і цервікального каналу, відступаючи від вказаних утворень на 2 см, накладають два зубчатих затискачі і між ними вирізають овальний шматок слизової оболонки піхви. Краї слизової, яку видаляють, захоплюють затискачами та відсепаровують новокаїном. Фасцію сечового міхура ушивають кисетними швами і окремими кетгутувими швами. На краї піхвової рани накладають безперервний кетгутувий шов. Шви обробляють йодом.

Кольпоперинеопластика – кольпоперинеорафія, задня кольпорафія, застосовується при опущенні задньої стінки піхви. Зубчатими затискачами захоплюють задню стінку піхви на рівні верхнього кута розрізу і обидві великі статеві губи на висоті промежини, яка відновлюється. Піхву розкривають боковими плоскими дзеркалами. Скальпелем намічають межі лоскуту і відсепаровують його тільки гострим шляхом. Лоскут захоплюють затискачами Пеана. Края розрізів стінки піхви відсепаровують на глибину 1-2 см для кращого зближення. Леваторо-пластику проводять без виділення і з виділенням фасції. 2-3 шви товсті кетгутуві або шовкові шви накладають на леватори товстою голкою.

Кінці швів беруть на затискачі і зав'язують тільки після зашивання стінки піхви. Края піхвової рани зашивають безперервними петльовими кетгутувими швами до задньої спайки. Зав'язують шви, які з'єднують леватори. Кладуть окремі кетгутуві шви або продовжують безперервний шов з піхви на підшкірну клітковину промежини. На шкіру промежини накладають вузлові шовкові шви.

Вентрофіксація і вентросуспензія матки. Як правило, доповнює передню і задню кольпорафію, яка виконується в першу чергу. Після завершення піхвових операцій піднімають опущений нижній кінець операційного столу і опускають ноги хворої. Хірурги мийуть руки, переодягаються і роблять лапаротомію. Матку підводять до розтину очеревини і підшивають до неї у нижньому куті рани. При інших варіантах прошивають матку трьома шовковими швами і зав'язують над захитим вже апоневрозом.

Можлива і вентросуспензія (підшивання) матки до апоневрозу шляхом круглих зв'язок, петлі яких проводяться через прокол в апоневрозі. Петлі круглих зв'язок зшивають шовком між собою над швом апоневрозу і окремими швами фіксують до апоневрозу.

Серединна кольпографія за Лефором-Нейгебауером застосовується у похилому віці при повному випадінні матки і виключає в подальшому можливість статевого життя. Шийку матки захоплюють кульовими щипцями і виводять назовні піхви. Висікають прямокутний лоскут із передньої і задньої стінок піхви. Відсепаровування тканини проводять скальпелем. Кетгутувим швом з'єднують поранені поверхні передньої та задньої стінок піхви. Спочатку зшивають краї поперечних розрізів попереду та позаду шийки матки. При зв'язуванні цих швів шийка матки поглиблюється і вивертається всередину. При послідовному симетричному накладанні швів освіжені поверхні з'єднуються і вивертаються всередину. Останніми швами з'єднують поперечні передні краї розрізів.

Піхвова ектірпація матки. Операцію виконують при повному випадінні матки у похилих жінок.

Техніка операції: шийку матки захоплюють щипцями Мюзо і максимально витягують назовні разом з піхвою трубкою. Проводять циркулярний розтин стінки піхви і відсепаровують її у вигляді манжетки, края рани захоплюють зубчатими затискачами. Гострим і тупим шляхом відділяють сечовий міхур і зміщують широким дзеркалом до лона. Парацервікальну клітковину, зв'язки та судини беруть затискачами, пересікають та лігують. Кінці лігатури беруть на затискачі та прикріплюють до простирадла. Роблять передню і задню кольпотомію. Пересікають широкі зв'язки біля ребра матки. Маткові судини беруть на затискачі, лігують шовком і лігатури зрізають, крижово-маткові м'язи беруть на затискачі, пересікають, лігують, кінці лігатур беруть на затискачі. Після видалення матки здійснюють перитонізацію кисетним швом круглою маленькою голкою. Іноді піхвову ектірпацію матки доповнюють передньою кольпорафією і кольпоперинеопластиком.

VII.4. Передопераційна підготовка гінекологічних хворих.

Підготовка до малих гінекологічних операцій. Операцію виконують на гінекологічному кріслі або на операційному столі з використанням ноготримача. Перед операцією хворій необхідно випустити сечу катетером. Зовнішні статеві органи голять, потім обробляють 5% розчином йоду послідовно від статевої щілини, внутрішні поверхні стегон, ділянку заднього проходу. На ноги одягають стерильні бахіли або використовують дві стерильні пелюшки. Асистує при операції медична сестра.

Підготовка до гінекологічного череворозтину. Підготовка хворих до порожнинних операцій складається із попереднього обстеження і безпосередньої підготовки перед операцією. Консультацію терапевта та попереднє лабораторне обстеження роблять амбулаторно (клінічні та біохімічні аналізи крові та сечі, визначення групи крові, резус-належності, протромбінового індексу, запис електрокардіограми, флюорографію, а при пухлинах яєчників – рентгеноскопію шлунково-кишкового тракту). Перед операцією обов'язково повинна бути санована порожнина рота. В стаціонарі при необхідності призначають дезінтоксикаційну терапію, гемотрансфузію, антибіотики, заспокійливі препарати. В процесі підготовки серцево-судинної системи та печінки хворій призначають внутрішньовенне введення 40% розчину глюкози з вітамінами по 20 мл протягом 4-5 днів. Для

профілактики ускладнень з боку органів дихання хвору вчать правильно і глибоко дихати, що має велике значення в післяопераційному періоді.

Підготовка шлунково-кишкового тракту досягається призначенням очищувальних клізм, при постійних запорах – проносного. Підготовка кишечника при операції кольпопоеза здійснюється протягом 4-5 днів. В період підготовки до операції призначається дієта з обмеженням клітковини (кефір, бульйон, солодкий чай).

Хвора повинна бути підготовлена як до операції, так і до знеболення. Деякі хворі потребують седативної терапії з моменту надходження у стаціонар.

Безпосередня підготовка до операції. Напередодні операції хвора приймає душ та міняє білизну. Лобок і зовнішні статеві органи вдруге голять. Очищувальну клізму роблять ввечері та вранці. Перед операцією сигмоїдального кольпопоеза ставлять сифонні клізми. Перед розширеною екстирпацією матки очищувальні клізми ввечері роблять два дні підряд. Дієта напередодні операції повинна бети легкою: сніданок звичайний, в другу половину дня – бульйон, солодкий чай. Зйомні зубні протези хвора перед операцією віддає на збереження. Премедикацію проводять за призначенням анестезіологів напередодні та вранці. При екстирпації матки перед доставкою хворої в операційну, піхву обробляють фурациліном, сухо витирають і обробляють спиртом, а шийку матки – йодом. У піхві залишають тампон, кінець якого беруть на затискачі. При розширеній екстирпації матки у онкологічних хворих кінець тампону змочують спиртом, щоб попередити імплантацію пухлинних клітин. Хвору в чистій сорочці і з хусткою на голові транспортують в операційну на каталці, загорнувши ковдрою. Не можна відправляти хвору в операційну пішки, особливо після премедикації. Сестра, яка доставляє хвору в операційну, допомагає санітарці укласти її на операційний стіл. Якщо хвора в свідомості і стан здоров'я дозволяє, вона перебирається з каталки на стіл сама. Для цього каталку підвозять щільно до операційного столу і утримують в такому положенні, поки хвора, лежачи пересувається з каталки на стіл. Як правило, сестра утримує каталку, а операційна санітарка стає з протилежного боку столу і страхує хвору, щоб вона не впала на підлогу. Ці перестороги потрібні тому, що хворі після премедикації не в стані добре контролювати свої рухи. Тяжкохвору, не здатну пересуватися самостійно, перекладають з каталки на стіл разом з простирадлом. Дві людини, які стоять за операційним столом беруть за кінці і середину простирадла та легко припіднявши його, тягнуть простирадло на себе. Сестра, яка залишається біля каталки, бере простирадло на ширину розведених рук і утримує його, щоб воно не вислизнуло з під хворої. Хвора разом з простирадлом обережно переноситься з каталки на операційний стіл. Катетеризацію сечового міхура хворій роблять в оглядовій перед відправлен-ням в операційну чи на операційному столі. Катетер може бути постійним, тоді сечу збирають в посудину. Обробку черевної стінки виконують двічі спиртом і один раз 5% розчином йоду. Після цього хвору накривають стерильною білизною.

Підготовка хворих до екстрених череворозтинів. Стан хворих, які потребують екстренної операції зазвичай буває тяжким. Підготовка таких хворих до операції має ряд особливостей: чим тяжчий стан хворої, тим більш коротка підготовка.

При встановленні захворювання, яке вимагає термінової операції, до мінімуму скорочують формальні процедури, які передують попаданню хворої до стаціонару. Іноді хвору доставляють в операційну без заповненої історії хвороби у супроводі лікаря або сестри приймального покою. У таких випадках працівників операційного блоку попереджують по телефону, щоб все було готове до операції. Хворим в тяжкому стані одночасно терміново проводять, як анестезіологічні, так і реанімаційні заходи. Фактор часу при цьому грає важливу роль. Максимально швидко виконують пункцію вени і починають трансфузію кровозамінників (поліглюкін, реополіглюкін). Кровозамінники дозволяють нормалізувати мікроциркуляцію, вони необхідні, коли не можна відразу ж почати переливання крові, через відсутність даних про групову належність крові та її резус-фактор. При неможливості пунктувати вену роблять венесекцію або пункцію підключичної вени. Якщо стан хворої не важкий, сестра оглядає хвору і в разі необхідності обмиває забруднені ділянки тіла і тазу, не знімаючи хвору з каталки.

Зовнішні статеві органи голять. За вказівкою лікаря хворій промивають шлунок і ставлять очисну клізму, обробляють піхву та вводять тампон, катетеризують сечовий міхур і посилають сечу на аналіз, беруть кров для дослідження і починають внутрішньовенне введення рідини.

У випадках, коли немає можливості випорожнити шлунок через необхідність термінового операційного втручання, інтубацію трахеї виконують з припіднятим головним кінцем. Після інтубації вводять зонд і випорожнюють шлунок. Ці заходи попереджують регургітацію, тобто затікання харчових мас в трахею. При виборі анестезії доцільним є ендотрахеальний комбінований наркоз із застосуванням м'язових релаксантів. Цей вид знеболення дозволяє виконувати регуляцію життєво-важливих функцій організму під час та після операції, застосовувати штучну вентиляцію легень.

Під час операції за показаннями роблять аутогемотрансфузію, переливання крові, білкових препаратів, електролітів. У післяопераційному періоді трансфузійна терапія продовжується до повної корекції волемії, кислотно-лужної рівноваги, електролітного балансу, корекції коагулятивної системи крові.

Підготовка хворих до піхвових операцій. Загальні заходи у підготовці хворих до операцій такі

ж, як і при череворозтині (попереднє обстеження, психопрофілактика, підготовка серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, шкіряних покривів і т.ін.). Піхвові операції роблять при I та II ступені чистоти піхви. При III і IV ступенях чистоти проводять санацію піхви. При наявності пролежнів на шийці матки або стінках піхви призначають тампони з метілурациловою, синтоміциновою або стрептоміци-новою мазями. При в'ялому заживленні до мазей додають естрогени (1-2 мл фолікуліна на тампон) або застосовують тампони з маслом облепіхи. При наявності сечостатевих нориць підготовка направлена на ліквідацію запальних процесів. Піхву спринцюють дезінфікуючими розчинами, промивають 2% розчином гідрокарбонату натрію, обробляють маззю алоє, присипають порошками стрептоциду, ксероформу. Для запобігання мацерації шкіри статевих органів і стегон використовують пасту Лассара і цинкову мазь. Дієта пропонується м'ясна, багата на вітаміни, без гострих прянощів. При наявності цистоцеле виконують промивання сечового міхура 2% розчином борної кислоти, фурациліну або водного розчину хлоргексидину. Одночасно слідкують за щоденним випорожненням кишечника, особливо при наявності ректоцеле. При необхідності ставлять очисну клізму. Безпосередня підготовка перед операцією аналогічна до підготовки при череворозтині.

Догляд за гінекологічними хворими в післяопераційному періоді. Після-операційний період починається з моменту закінчення операції і продовжується до одужання хворої. Тривалість його залежить від стану хворої до операції, об'єму виконаної операції, техніки її виконання, характеру захворювання і багатьох інших факторів.

Мало успішно зробити операцію, треба виходити хвору, правильно організованою роботою і непослабленою увагою необхідно полегшити перебіг післяопераційного періоду, попередити можливість виникнення ускладнень.

Догляд за хворими після малих операцій. До малих гінекологічних втручань відносяться всі діагностичні внутрішньоматкові маніпуляції.

Медичні сестри повинні знати можливі ускладнення при цих втручаннях, щоб допомогти лікарю раніше діагностувати їх і надати необхідну допомогу. Хворих незалежно від виконаного втручання, перевозять в палату на каталці. Постільного режиму дотримуються не менше 2-3 год., а при ускладненнях не менше доби.

Блювота – найбільш часте ускладнення в післяопераційному періоді. Особливої уваги заслуговує хвора після наркозу. Протягом 2-3 годин хворим не дають ні пити, ні їсти. При наявності блювоти голову хворої повертають на бік і систематично видаляють блювотні маси із порожнини рота для попередження попадання їх в дихальні шляхи.

Кровотечі можуть бути як зовнішні так і внутрішні. Для попередження патологічної втрати крові відразу після операції призначають лід на низ живота, засоби для скорочення матки (ерготал, метилергометрин, мамофі-зин, пітуїтрин, окситоцин), для впливу на згортуючу систему крові (хлорид кальцію, вікасол, діцинон, протамінсульфат). Медична сестра повинна спостерігати за хворою, особливо в першу годину після операції і при ознаках кровотечі (блідість шкіряних покривів, ціаноз слизових оболонок, зниження АТ, зміни пульсу – тахікардія) негайно повідомити лікаря.

На **прояви інфекції** вказує поява локальної болісності, почуття жа-ру у хворої, гіперемія шкіряних покривів поява лихоманки.

Більш рідкі ускладнення після малих гінекологічних операцій – больовий шок, зупинка дихання, емболія. Завданням медичної сестри є спостереження за хворою і чітке виконання конкретних вказівок лікаря.

Догляд за хворими після гінекологічних череворозтинів. При догляді за гінекологічними хворими доцільно виділити 2 групи хворих:

- 1) без вираженої соматичної патології після операції, яким потрібен звичайний догляд;
- 2) хворі з вираженою патологією, після складних операцій, де в післяопераційному періоді вимагається індивідуальний догляд.

Хвору переводять з операційної в супроводі лікаря-анестезіолога. У відділенні для післяопераційних хворих напередодні готують палату, пров'яють вологе прибирання, провітрюють та кварцюють палату. Безпосередньо перед переведенням хворої ліжко зігрівається за допомогою грілок. Перекладання хворої на функціональне ліжко виконують обережно. В перші 4-5 годин хвора знаходиться в положенні на спині без подушки. На ділянку операційної рани кладуть вантаж на 4 години (мішок з піском) і пузир з льодом на 30 хв. Під пузир підкладають рушник або пелюшку. Застосування тягаря і холоду приводить до здавлення і звуження дрібних судин і попереджає накопичення крові в тканинах в ділянці операційної рани. Чергова сестра повинна постійно знаходитись біля хворої. Для видалення блювотних мас із порожнини рота застосовують роторозширювачі, корнцанги з марлевими тампонами. Не слід протирати порожнину рота без корцангу, рукою, щоб уникнути тяжких укусів. У післяопераційних палатах передбачають можливість проведення оксигенотерапії. Знеболюючі засоби призначають в перші 2-3 дні (промедол, пантопон, омнопон, анальгін, тощо). Чергова сестра вводить ці засоби строго за призначенням лікаря і в його присутності з відповідною відміткою про виконання в історії хвороби. В обов'язки чергової сестри входить нагляд за загальним станом хворих після операції: контроль за пульсом, артеріальним тиском, пов'язкою, виділеннями із статевих органів, діурезом. При появі ознак погіршення дихання або

серцевої діяльності чергова сестра повинна повідомити про це черговому лікарю. Пов'язка в ділянці рани повинна залишатися сухою. Просякання пов'язки кров'ю свідчить про недостатній гемостаз і вимагає здійснення термінової лікарської допомоги.

У післяопераційний період хворі довгий час не відчують позиви до сечовиділення або не можуть самостійно випустити сечу. Через 4-6 годин після операції і в наступний період 2-3 рази на добу слід проводити катетеризацію сечового міхура та вести облік виділеної сечі.

Після операції хвора відчуває спрагу. У перші години післяопераційно-го періоду губи і порожнину рота змочують марлевим тампоном. Якщо не нудить та немає блювоти, дозволяється пити спочатку невеликими ковтками, а з наступного дня – без обмеження. Прийом їжі в день операції забороняється. На наступний день після операції призначають рідкий стіл (№1 або №1а). У перші 2-3 дні виключають продукти, які важко засвоюються (хліб, продукти з великою кількістю клітковини, смажені, гострі та солоні страви, продукти, які сприяють підвищенню газоутворення в кишечнику, молоко). На 2-3 день післяопераційного періоду можна рекомендувати легкі страви (м'ясний бульйон, протерті супи, некруті яйця, вершкове масло, білі сухарі, кефір, сир, овочеве пюре). Їжа повинна мати достатню кількість мінеральних солей і вітамінів, особливо вітаміну С. Хворих переводять на загальний стіл на 4-й день після операції.

Доцільно застосовувати активний метод ведення післяопераційного періоду. Цей метод дає позитивний психологічний ефект, сприяє більш швидкому відновленню функції кишечника, сечового міхура, попереджує ускладнення в післяопераційному періоді з боку дихальної, серцево-судинної систем. У той же час активний метод ведення хворих вимагає розумного застосування його в залежності від віку хворих, особливостей перенесеної операції, врахування соматичної патології. Вже в день операції після повного пробудження дозволяються активні рухи в ліжку (хворі перевертаються, рухають руками, ногами). В наступний день в залежності від стану, до вечора хворі можуть сідати в ліжку. Хворі піднімаються з ліжка до кінця 2-3 доби після операції. Час вставання визначає лікар. Постова медсестра керується відмітками про режим в історії хвороби.

У перші дні післяопераційного періоду хворі мають знижений тонус мускулатури кишечника, що не вимагає лікувальних заходів. При більш глибокому і тривалому зниженні тону мускулатури кишечника виникає серйозне ускладнення – парез кишечника.

Симптоми парезу кишечника – вздуття живота, затримка газів, відсутність перистальтики кишечника, нудота, відригування повітрям, блювота. До кінця 2-ї доби у хворої повинна бути перистальтика кишечника і відходження газів. Для цього призначають ін'єкції прозеріна (1 мл п/ш 3 рази на день), гіпертонічну клізму, газовідвідну трубку. Якщо вказані засоби виявилися неефективними, проводять додаткову терапію. Хороший ефект дає клізма за методом Огнева (гіпертонічний розчин, вазелінова олія, 3% розчин перекису водню у рівних кількостях по 30-50 мл).

У разі необхідності можуть бути застосовані очисна і сифонна клізми. При вираженому паретичному стані шлунка – відригування повітрям, блювота, вздуття верхніх відділів живота – у таких випадках показано промивання шлунку теплою водою з наступним постійним відведенням шлункового вмісту через тонкий зонд. Позитивний ефект дає в/в введення гіпертонічного розчину внутрішньовенно (від 60 до 100 мл 10% хлориду натрію), 200 мл 20% розчину сорбіта в/в струйно. Хороший ефект при парезі кишечника дає довготривала перидуральна анестезія.

Догляд за післяопераційною ранюю. На першу добу пов'язку замінюють обов'язково. В подальшому при відсутності просякання кров'ю пов'язку змінюють через 2-3 дні з дотриманням всіх правил асептики та антисептики. Ділянку швів при зміні пов'язки обробляють 2-5% розчином йоду або спиром.

Ускладнення з боку органів дихання в післяопераційному періоді особливо часті. Причинами їх є – охолодження, вимушене положення, погіршення вентиляції легень, збільшення секреції дихальних шляхів і множинні аспірації слизу. Профілактика цих ускладнень проводиться вже під час операції і продовжується в післяопераційному періоді (кругові банки в кінці першої доби, дихальна гімнастика, раннє вставання, відхаркувальна мікстура, антибактеріальна терапія).

При розвитку інфекції в ділянці операційної рани посилюється біль, з'являється інфільтрація тканин, підвищення місцевої температури, потім набряк і почервоніння. Розвитку інфекції і нагноєнню нерідко сприяє наявність гематоми. В цьому випадку знімаються 1-2 шви, рану промивають розчином перекису водню або фурациліну і накладають асептичну пов'язку. При нагноєнні накладають пов'язку з гіпертонічним розчином. При ускладненому перебігу післяопераційного періоду іноді спостерігається просякання пов'язки серозною чи гнійною рідиною на 5-9 день після операції, що є симптомом, який передусім тяжкому ускладненню післяопераційного періоду – евентерації.

Евентерація – виходження сальника або петель кишечника в операцій-ну рану відбувається через неспроможність швів при розвитку інфекції та перитоніту. При виявленні евентерації чергова сестра повинна накрити органи, які випали стерильною серветкою чи рушником і терміново повідомити лікаря.

У післяопераційному періоді часто розвивається тромбофлебіт вен тазу і нижніх кінцівок. Ознаки тромбозу венозних стволів – біль в кінцівках, набряк, припухлість, цианоз і підвищення температури. Більш частіше зустрічаються біль в м'язах, болісність при пальпації і рухах, невеликий

набряк. При лікуванні тромбозу необхідний повний спокій, підвищене положення кінцівок, антибіотики, антикоагулянти (декумарін, пелентан, гепарин, фраксипарін). Найбільш грізним ускладненням при тромбозі вен є емболія, яка може бути причиною загибелі хворої. Інші тяжкі ускладнення – шок, колапс, розлад функції серцево-судинної системи, пролежні, перитоніти, кишкова непрохідність – розвиваються переважно у ослаблених хворих.

При безускладненому заживленні післяопераційної рани шви знімаються на 7-8 день після операції.

Догляд за хворими після піхвової операції. Післяопераційний період при піхвових операціях протікає легше, ніж при череворозтинах. Якщо в піхві знаходиться тампон, то його виймають за вказівкою лікаря. Відразу після операції призначають холод на ділянку промежини. Стерильні прокладки змінюють через 3-4 години. Хворій дозволяється пити. Харчування відновлюють з наступного дня після операції. Їжа повинна бути висококалорійною, але не сприяти утворенню твердих калових мас (бути рідкою, з обмеженням клітковини), з метою затримки стула на 4-5 днів. При відсутності протипоказань хвору піднімають на 5-6 добу після операції. На 4-5 день призначають проносне, на наступний день роблять очисну клізму і на 5-6 день знімаються шви з промежини, після чого хвору переводять на загальну дієту. При первинному загоєнні рани режим хворої розширюють, але до 10-го дня не рекомендується сидіти, щоб уникнути натягнення в ділянці свіжого післяопераційного рубця.

Догляд за швами: не менше 2 разів на день виконують туалет зовнішніх статевих органів шляхом обмивання їх дезінфікуючим розчином.

Кварцування ділянки промежини виконується на 3-4 день після операції. При наявності посиленних виділень із піхви проводять спринцюван-ня розчином перманганату калію в концентрації 1:10000 або розчином фурациліну 1:5000 з наступною обережною обробкою швів на стінці піхви синтоміциновою маззю. Необхідно протягом перших двох діб домогтися самостійного сечовипускання (рефлекторно, зміною положення, в/м введення 3-5 мл 25% розчину сульфату магнію, в/в вливання 5-10 мл 40% розчину уротропіну).

При відсутності ефекту від прийнятих мір виконують катетеризацію сечового міхура. Після повторних катетеризацій промивають сечовий міхур розчином фурациліну 1:5000. Для попередження циститу після багаторазових катетеризацій призначають уротропін, салол, фурадонін.

Після ушивання розривів промежини III ступеню чи ректовагінальних або ректопромежинних нориць стул намагаються затримати на 5-6 діб, і шви знімають на 7-8 день. Більш тривалий час тримати шви недоцільно, тому що вони прорізаються.

При наявності інфільтрату призначають терапію, яка направлена на обмеження і ліквідацію запального процесу. При нагноєнні – в даній ділянці знімають шви, рану промивають 3% розчином перекису водню і накладають пов'язку з гіпертонічним розчином або маззю Вишневського (в залежності від стану рани).

Догляд за важкохворими. Контингент важкохворих в гінекологічній клініці різноманітний: хворі з сепсисом і бактеріально-токсичним шоком, особливо після кримінальних абортів, з перитонітом, після масивних крово-теч, із запущеними формами раку, з соматичною патологією, після важких тривалих операцій.

Хворі всіх зазначених груп потребують індивідуального посту і знаходження в палатах інтенсивної терапії. Хворих кладуть на функціональне ліжко, доступ до якого повинен бути вільним з усіх боків. Як правило, проводять масивну інфузійну терапію, для здійснення якої застосовують пункцію та катетеризацію підключичної вени. Пункція, катетеризація і наступне використання катетера виконується з дотриманням правил асептики і антисептики. Медична сестра повинна добре знати особливості догляду за катетером. У разі необхідності переривання інфузії катетер заповнюють гепарином і закривають шматочком гумової трубки. Необхідно слідкувати, щоб катетер не заповнювався кров'ю, тому, що він може затромбуватись. Катетер промивають 3-4 рази на добу 20 мл фізіологічного розчину з гепарином (на 1 л розчину 5000 ОД гепарину). При відновленні інфузії пропонується хворій зробити глибокий вдих і затримати дихання. В цей момент слід вилучити гумовий затвор і приєднати крапельницю, після чого дозволяється видихнути (щоб уникнути засмоктування повітря в катетер). Всі препарати, які можуть пригнічувати функцію серцево-судинної і легеневої систем вводять повільно. При відсутності місцевих запальних змін катетер може функціонувати 7-10 днів, при появі запального процесу катетер вилучають.

У післяопераційний період для тривалого знеболення і боротьби з парезом кишечника використовують перидуральну блокаду. В перидураль-ному просторі залишають тонкий фторопластовий катетер на 2-3 дні. Через нього в разі потреби вводять 20-30 мл 0,1% розчину дикаїну або 6-8 мл 2% розчину лідокаїну. Протягом 30 хв. після введення лідокаїну чи дикаїну необхідно кожні 10 хв. контролювати частоту пульсу і величину АТ. Напоготові повинна бути система і розчин для внутрішньовенного вливання, судиннорозширюючі препарати. Катетер в деяких місцях прикріплюється до шкіри лейкопластиром для попередження випадкового витягання його при рухах хворої, при перекладанні її і при виконанні інших лікувальних проце-дур.

Прийом рідини і годування важких хворих виконується суворо за вказівкою лікаря. Необхідно

ретельно провітрювати палату, але не допускати протягів. Під час провітрювання хворі повинні бути вкритими ковдрою. Саме у таких ослаблених хворих може розвинутися пневмонія. Постільну і натільну білизну треба змінювати щоденно, а в разі необхідності частіше. На білизні не повинно бути складок, щоб не з'явилися пролежні. Особливо важкохворих укладають на гумове підкладне судно. Шкіру щоденно обробляють камфорою. При утрудненні сечовипускання необхідно допомогти хворій: підкласти тепле судно, пустити з крану воду в судно чи раковину. В разі необхідності лікар призначає засоби, які тонізують мускулатуру сечового міхура. В разі відсутності самостійного сечовипускання випускають сечу по катетеру 2-3 рази на добу. При повторній катетеризації необхідно промити сечовий міхур розчином фурациліну 1:5000, щоб уникнути інфікування сечових шляхів.

У хворих із сепсисом і гострою недостатністю нирок при наявності анурії застосовують постійний катетер для контролю за діурезом.

Медична сестра гінекологічного відділення повинна добре володіти технікою постановки гіпертонічної, очисної та сифонної клізм, вміти правильно поставити газовивідну трубку. Під час операції у деяких хворих проводять дренажування черевної порожнини. У післяопераційний період необхідно слідкувати за функціонуванням дренажів, станом пов'язки навколо них, своєчасно змінювати її при просяканні патологічними виділеннями з рани. Чергова сестра повинна знати про можливі ускладнення, вміти правильно оцінювати ранні симптоми ускладнення і своєчасно інформувати лікаря про зміни в стані хворої.

При набрякові легень відмічається ядуха, голосне клокотуче дихання, піна на губах рожевого кольору та харкотиння. Пульс різко погіршується, стає слабким. Шкіра та слизові стають синюшними.

При уремичній комі відмічається запах сечі з рота, судоми, ядуха, напружений пульс, підвищення АТ, землистий колір обличчя, непритомність.

Гіпоглікемічна кома характеризується рясною пітливістю, судомами, збудженням, непритомністю.

При гіперглікемічній комі відмічається непритомність, запах ацетону з рота, гіперемія, сухість шкіряних покривів і слизових оболонок, частий слабкий пульс, зниження АТ.

При печінковій комі відмічається непритомність, сонливість, марення, судоми, гнилісно-солодкий запах з рота.

Післяопераційні психози проявляються у вигляді виражених рухових збуджень. Хворі не пізнають оточуючих, намагаються встати з ліжка, бігти.

Невідкладна допомога може знадобитися хворим, які поступили в стаціонар і хворим, погіршення стану яких настало несподівано в стаціонарі. Це хворі з позаматковою вагітністю, перекрученням пухлини яєчника, з травмою статевих органів, з матковими кровотечами тощо.

Клініка гострого живота може бути зумовлена багатьма захворюваннями, які мають подібну картину. Симптоми гострого живота свідчать про погіршення стану хворої, при цьому часто необхідна невідкладна хірургічна допомога. Основні симптоми гострого живота:

- 1) біль, який виник раптово, але має зростаючий характер за інтенсивністю. При попаданні в черевну порожнину рідини має місце іррадіація болі в пряму кишку, в лопатку, ключицю;
- 2) блювота як наслідок ураження очеревини;
- 3) вздуття живота, затримка відходження газів та стула;
- 4) блідість шкіряних покривів, іноді їх жовте забарвлення;
- 5) часто спостерігається тахікардія і гіпотонія;
- 6) загальмованість чи стурбованість хворих;
- 7) ригідність черевної стінки;
- 8) слабкість, болі в животі при пальпації, позитивні симптоми ураження очеревини;
- 9) наявність в черевній порожнині вільної рідини, яка визначається перкуторно.

З хірургічних захворювань клініка гострого живота спостерігається при гострому апендициті, перфоративних виразках шлунку і дванадцятипалої кишки, гострому холециститі, гострій кишковій непрохідності, травмах.

З гінекологічних захворювань симптоми гострого живота спостерігаються при перекручуванні ніжки пухлини яєчника, позаматковій вагітності, розриві гнійної пухлини придатків матки, перфорації матки, некрозі фіброматозного вузла та його інфікуванні, пельвіоперитоніті різного походження.

Задача медичної сестри – правильно оцінити симптоми захворювання і забезпечити хворих лікарською допомогою. Незважаючи на виражену болісність, введення знеболюючих засобів до огляду лікаря забороняється.

VIII. ЛІКУВАЛЬНА ГІМНАСТИКА В ГІНЕКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ.

В гінекологічній практиці лікувальна гімнастика використовується при наступних захворюваннях і станах:

1. У дівчаток в період статевого дозрівання при гіпофункції і дисфункції статевої системи.
2. При дисменорей.
3. При запальних захворюваннях.
4. При неправильних положеннях матки.

5. При безплідді.
6. При опущенні внутрішніх статевих органів.
7. При функціональному нетриманні сечі.
8. В передопераційному і післяопераційному періодах.
9. В клімактеричному періоді.

Основна ціль і задачі лікувальної гімнастики в гінекології полягають в більш благоприємному перебігу патологічних процесів в організмі і попередженні можливих ускладнень.

Окремими задачами є:

- боротьба з центральними вогнищами гальмування (при впливі захворюваннях і в післяопераційному періоді);
- покращення кровообігу і лімфообігу;
- ліквідація венозних застоїв;
- покращення трофічних процесів;
- стимуляція запальних і місцевих процесів обміну окисно-відновних процесів;
- укріплення м'язів грудної клітки, тазового дна, внутрішньотазових м'язів, для забезпечення правильного положення органів черевної порожнини і органів малого тазу;
- покращення регулювання рецепції органів статевої системи для боротьби з функціональними розладами (дисменорея, гіперполіменорея, не стримання сечі і т.д.);
- попередження розвитку або ліквідація слідових реакцій.

Лікувальна гімнастика в період статевого дозрівання.

Лікувальна гімнастика в період статевого дозрівання при гіпофункції і дисфункції статевої системи.

В пубертатному періоді дівчата мають дискореляцію перебігу гальмівних і збуджувальних процесів в центральній нервовій системі, з переважанням збудження і підвищенням рецепції з органів статевої системи. При використанні лікувальної гімнастики корегуються гальмівні і збуджувальні процеси в ЦНС і знижується збудливість рецепторів внутрішніх органів, статевих органів і їх зв'язуючого апарату. Відбувається удосконалення в формуванні вісцеро-кортикальних і вісцеро-вісцеральних рефлексів. Це досягається завдяки систематичним заняттям гімнастикою в поєднанні з елементами закалювання. Вправи призначаються для всіх груп м'язів з великою амплітудою рухів в суглобах і динамічністю. Особливо суворо потрібно дотримуватись основного принципу фізичного виховання від легкого до важкого і від простого до складного. Необхідно включити рухливі емоційні вправи. Вихідні положення мають бути самими різноманітними лежачи, стоячи, колінно-ліктьове, колінно-кистьове положення.

Зразковий комплекс лікувальної гімнастики в період статевого дозрівання.

1. 1. Вихідне положення основна стойка. Вик.:
- ходьба звичайна, на носках, п'ятках, схрещеним кроком.
2. В.п. основна стойка. Вик.:
- підняти руки угору – вдих;
- прийняти в.п. – видих.
Повторити 4-6 разів.
3. В.п. стояти, ноги на ширині плеч, руки на поясі. Вик.:
- повернутися в сторону, розвести руки в сторони – вдих;
- прийняти в.п. – видих.
Повторити 4-6 разів.
4. В.п. стоячи, ноги на ширині плеч. Вик.:
- нахилитися до правої потім до лівої ноги – видих;
- прийняти в.п. – вдих.
Повторити 4-6 разів.
5. В.п. стоячи, руки на поясі. Вик.:
- поперемінні нахили в сторони.
Повторити 4-6 разів.
6. В.п. лежачи на спині, руки на грудях. Вик.:
- грудний тип дихання.
7. В.п. лежачі на спині. Вик.:
- поперемінні підтягування зігнутих ніг до тазу;
- ковзаючи п'яткою по підлозі, приводячи ногу до тазу – видих;

- прийняти в.п. – вдих.
Повторити 4-6 разів.
- 8. В.п. лежачи на спині. Вик. :
 - підняти пряму ногу угору – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
Повторити 4-6 разів.
- 9. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - ножиці. Дихання вільне.
Повторити 4-6 разів.
- 10. В.п. стойка на навколішках. Вик.:
 - “ластівка”. Дихання вільне.
Повторити 4-6 разів.
- 11. В.п. сидячи на стільці. Вик.:
 - випрямитися, розвести руки в сторони – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
Повторити 4-6 разів.
- 12. В.п. основна стойка. Вик.:
 - розвести руки в сторони – вдих;
 - схрестити руки на грудях – видих.
Повторити 4-6 разів.
- 13. В.п. основна стойка. Вик.:
 - ходьба звичайна.

Лікувальна гімнастика при дисменореї. Дисменореєю страждають частіше всього дівчата і жінки, праця яких пов'язана з довгим сидінням або зі значним нервово-психічним напруженням.

Спортсменки – розрядниці після тренувальних занять в передменструальну і менструальну фазу відмічають зменшення і навіть повне зникнення больових відчуттів.

Дисменорея буває: первинна і вторинна. *Причини первинної:*

- 1) механічні в результаті переповнення порожнини матки кров'ю при малій ємкості порожнини матки і вузькості каналу шийки-матки;
- 2) конституціональні – інфантилізм;
- 3) нейро-психогенні в результаті спазмів внутрішнього вічка шийки матки, спазмофілії, ваготонії;
- 4) ендокринні – при недостатній продукції гормонів жовтого тіла.

Причини вторинної:

- 1) перенесені запальні захворювання матки, її додатків, різноманітні зміщення матки (ретрофлексії);
- 2) наявність пухлин і ендометріозу.

В залежності від етіології і характеру функціональних порушень рекомендується відповідна лікувальна гімнастика.

В комплекс лікувальної гімнастики при первинній дисменореї, причинами якої є інфантилізм, мала ємкість і вузькість каналу шийки-матки необхідно включати вправи, які скорочують м'язи промежини, тазового дна і зв'язковий апарат матки. При вторинній дисменореї, етіологічним моментом якої є запальні процеси у внутрішніх статевих органах, рекомендується проводити заняття за комплексом лікувальної гімнастики при хронічних запальних процесах. При пухлинах і ендометріозах лікувальна гімнастика ефекту не дає.

Спеціальну гімнастику можна проводити кожного дня зранку, а в перед-менструальному і менструальному періоді 2-3 рази в день по 15-20 хвилин. Навантаження має бути відносно висовим. Вправи виконувати енергійно, в швидкому темпі або з постійним його прискоренням, з різкими поворотами, зі зміною положення тіла, швидкими нахилами корпусу, після попередньої загальної підготовки.

Зразковий комплекс лікувальної гімнастики при дисменореї.

- 1-2. В.п. стоячи, ноги на ширині плеч. Вик.:
 - різкі швидкі повороти корпусу вліво-вправо “вітряк”. Дихання вільне.

- Повторити 4-6 разів.
3. В.п. стоячи, ноги на ширині плеч. Вик.:
 - нахили вперед – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
4. В.п. лежачи на животі, ногами до гімнастичної стінки, стопи на нижній рейці, опір на кисті, передпліччя і стопи. Вик.:
 - підйом стоп на наступну рейку. Дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.
5. В.п. лежачи на спині, ноги на рейці, розведені. Вик.:
 - ротаційні рухи ногами. Дихання вільне.
- 6-7. В.п. стоячи, одна рука на рейці, друга відведена в сторону. Вик.:
 - маховими рухами ноги в сторону доторкнутися стопою кисті руки – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
8. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - дістати стопою кисті лівої руки – видих;
 - прийняти в.п. – вдих. Рухи на одному рівні.
 Повторити 4-6 разів.
9. В.п. сидячи на підлозі. Вик.:
 - нахили вперед, доторкуючись лівою рукою правої стопи – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
10. В.п. стоячи на колінах. Вик.:
 - сісти на підлогу між ступнями ніг. Дихання вільне.
11. В.п. колінно-кистьове положення. Вик.:
 - витягнути ліву руку вперед – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
12. В.п. стоячи, ноги на ширині плеч. Вик.:
 - кругові рухи корпусу. Дихання вільне.
1. В.п. стоячи, ноги на ширині плеч, руки угору. Вик.:
 - пружинисті нахили в сторону – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.

Лікувальна гімнастика при запальних процесах. Запалення, діючи на організм нейрогуморальним шляхом, вивчається як запальне захворювання, що відбивається на стані всього організму, в тому числі на перебігу біохімічних процесів. Запалення виробляє в організмі умовно-рефлекторні зв'язки і слідові реакції. Звідси і лікувальна гімнастика повинна діяти на організм в цілому. Розрізняють 3 фази запалення:

- наростання явищ запалення без ознак локалізованості з наростанням больових відчуттів – лікувальна гімнастика протипоказана;
- наростання явищ запалення з явищами осумкування запального джерела, що супроводжуються різкими болями. Лікувальна гімнастика – протипоказана;
- При зменшенні явищ запалення і болей, тобто при стабілізації запальних процесів, а потім зворотнього розвитку можна розпочинати легкі фізичні вправи з плавним нарощуванням навантаження.

Ціль:

1. Покращити окисно-відновні процеси, підвищити загальний тонус судин.
2. Посилити крово-лімфообіг і зменшити венозний застій у всіх органах і в органах малого тазу.

3. Виробити рухові навички, необхідні в умовах ліжкового режиму.

4. Боротися з утворенням джерел застійного гальмування і слідових реакцій в ЦНС.

Рекомендуються вправи : 1. Ритмічне дихання.

2. Вправи для кисті руки і пальців.
3. Вправи для верхніх кінцівок.
4. Вправи для стоп.
5. Ротаційні вправи.

6. Підйом тазу.

Заняття індивідуальні по 15-20 хвилин, темп повільний, число повторень від 3-4 до 5-6 разів. Осумковані гнійні запальні процеси є протипоказанням для використання лікувальної гімнастики.

Зразковий комплекс лікувальної гімнастики при хронічних запальних процесах.

1. В.п. основна стойка. Вик.:
 - піднятися на носки, руки в сторони – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
2. В.п. стоячи, руки на поясі, ноги на ширині плеч. Вик.:
 - випад вправо – видих;
 - прийняти в.п. – вдих;
 - випад вліво – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
3. В.п. стоячи, руки на поясі, ноги на ширині плеч. Вик.:
 - попеременні нахили до правої і лівої ноги – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
4. В.п. стоячи, руки на поясі, ноги на ширині плеч. Вик.:
 - “насос”. Дихання вільне.
5. В.п. основна стойка. Вик.:
 - присісти на носки, руки вперед – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
6. В.п. лежачи на животі. Вик.:
 - упор лежачи на передпліччях з прогином у поясниці. Дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.
7. В.п. лежачи на животі. Вик.:
 - “ластівка”. Дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.
8. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - з опорою на руки сісти – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
9. В.п. лежачи, ноги зігнути в колінних суглобах. Вик.:
 - “велосипед”. Дихання вільне.
10. В.п. основна стойка. Вик.:
 - ходьба з перекатом з п'ятки на носок.
11. В.п. стоячи, руки за голову. Вик.:
 - нахили вправо і вліво – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
12. В.п. основна стойка. Вик.:
 - ходьба схрестним кроком.
13. В.п. основна стойка. Вик.:
 - ходьба звичайна.
14. В.п. стоячи, руки за голову. Вик.:
 - почергове відведення ніг в сторони з розведенням рук – вдих;

- прийняти в.п. – видих.

Повторити 4-6 разів.

15. В.п. стоячи, ноги на ширині плечей, руки в сторони. Вик.:

- підняти прямі руки угору – вдих;

- прийняти в.п. – видих.

Повторити 4-6 разів.

16. В.п. стойка на навколішках. Вик.:

- поперемінне піднімання ніг угору і рук вперед – видих;

- прийняти в.п. – вдих.

Повторити 4-6 разів.

17. В.п. лежачи на животі. Вик.:

- ковзання.

18. В.п. лежачи на спині, руки вздовж тулуба. Вик.:

- з опорою на ступні і кисті підняти таз угору – вдих;

- прийняти в.п. – видих.

Повторити 4-6 разів.

19. В.п. лежачи на спині, руки вздовж тулуба. Вик.:

- з опорою на руки сісти – видих;

- прийняти в.п. – вдих.

Повторити 4-6 разів.

Лікувальна гімнастика
при неправильних положеннях матки.

Запальні процеси в органах малого тазу можуть ліквідуватися або перейти в третю, рубцево-спайкову фазу, при котрій утворюються різноманітні патологічні неправильні положення, загиби матки наслідком чого може бути непліддя.

Розрізняють слідуючі неправильні положення матки:

1. Ретродевіація зі збереженням антефлексії (ретропозиція).
2. Ретроверзія – нахил матки назад без вираженого вугла між шийкою і тілом матки.
3. Ретрофлексія з вираженим вуглом між тілом і шийкою матки, відкритим назад.

Причини ретродевіації матки:

1. Розслаблення підвішуючого апарату (зв'язок), при неповноцінності підтримуючого апарату (м'язів тазового дна і, особливо, леваторів).
2. Вроджена короткість задньої стінки піхви, довга конічна шийка, малий вугол нахилу тазу.
3. Перенесені запальні процеси в малому тазі з утворенням зрощень матки з сусідніми органами.

При неправильних положеннях матки, причиною яких є розслаблення підвішуючого апарату матки і при неповноцінності підтримуючого апарату рекомендується комплекс лікувальної гімнастики, який укріплює м'язи спини, черевного пресу і тазового дна.

При недорозвиненні статевих органів з малим вуглом відхилення тазу рекомендується комплекс, який укріплює м'язи черевного пресу, м'язи тазового дна, м'язи спини і загальнозміцнюючий комплекс (комплекс ранкової гігієнічної гімнастики).

Зразковий комплекс лікувальної гімнастики
при зміщеннях матки.

1. В.п. основна стойка. Вик.:

- розвести прямі руки в сторони – вдих;

- прийняти в.п. – видих.

Повторити 4-6 разів.

2. В.п. стоячи, руки за голову. Вик.:

- нахилитися в сторону – видих;

- прийняти в.п. – вдих.

Повторити 4-6 разів.

3. В.п. стойка на передпліччях і голові. Вик.:

- підняти прямі ноги угору – видих;

- прийняти в.п. – вдих.
Повторити 4-6 разів.
- 4. В.п. стоячи на колінах. Вик.:
- сісти на п'ятки, руки підняти угору. Дихання вільне.
Повторити 4-6 разів.
- 5. В.п. стоячи, ноги на ширині плеч. Вик.:
- нахилитися вперед – видих;
- прийняти в.п. – вдих.
Повторити 4-6 разів.
- 6. В.п. лежачи на животі і передпліччях. Вик.:
- підняти прямі ноги угору. Дихання вільне.
Повторити 4-6 разів.
- 7. В.п. сидячи, опір позаду. Вик.:
- поперемінні повороти вправо і вліво з опором на руки. Дихання вільне.
Повторити 4-6 разів.
- 8. В.п. стойка на навколішках. Вик. :
- округлити спину, опустити голову вниз – вдих;
- прийняти в.п. – видих.
Повторити 4-6 разів.
- 9. В.п. стойка на навколішках. Вик.:
- одночасне піднімання руки вперед, ноги угору – вдих;
- прийняти в.п. – видих.
Повторити 4-6 разів.
- 10. В.п. стойка на навколішках. Вик.:
- ковзання.
- 11. В.п. лежачи на животі. Вик.:
- “ластівка”. Дихання вільне.
Повторити 4-6 разів.
- 12. В.п. стойка на навколішках. Вик.:
- вийти на прямі ноги. Дихання вільне.
Повторити 4-6 разів.
- 13. В.п. сидячи, опір позаду. Вик.:
- доторкнутися прямими ногами голови, руки положити вздовж тулуба. Дихання вільне.
Повторити 2-4 рази.
- 14. В.п. лежачи на передпліччях. Вик.:
- з опорою на носки підняти таз угору – вдих;
- прийняти в.п. – видих.
Повторити 4-6 разів.
- 15. В.п. стойка на колінах і голові. Вик.:
- почергове піднімання правої і лівої ноги угору – вдих;
- прийняти в.п. – видих.
Повторити 4-6 разів.
- 16. В.п. стойка на колінах і голові. Вик.:
- вийти на прямі ноги з опором на носки. Дихання вільне.
Повторити 4-6 разів.
- 17. В.п. стойка на навколішках, руки і ноги прямі. Вик.:
- ходьба на прямих руках і ногах.
- 18. В.п. сидячи, ноги на ширині плеч. Вик.:
- нахилитися, дістати руками стопи ніг – видих;
- прийняти в.п. – вдих.
Повторити 4-6 разів.
- 19. В.п. сидячи, опір позаду. Вик.:
- згинання ніг з розведенням колін в сторони. Дихання вільне.
Повторити 4-6 разів.

20. В.п. стойка на колінах і ліктях. Вик.:

- з прогином поясниці підняти таз угору. Дихання вільне.
- Повторити 4-6 разів.

Лікувальна гімнастика направлена на оздоровлення організму в цілому, на покращення кровообігу в малому тазі, на усунення трофічних розладів, на навчання хворої самовільному розслабленню скелетної мускулатури в тих положеннях тіла, в яких проводять гінекологічний масаж. Це полегшує виведення матки із неправильного положення.

Спеціальні фізичні вправи сприяють редресації матки. Положення тіла повинно сприяти перенесенню внутрішньочеревного тиску з передньої поверхні матки на задню.

Положення: лежачи на животі, колінно-ліктьове, колінно-кистьове, стопо-кистьове.

Нахили корпусу назад повинні бути виключені, нахили вперед хворі повинні робити більш різко, ніж випрямляння.

Лікувальна гімнастика при безплідді. Безпліддям (Sterilitas) називають відсутність у жінки здатності до зачаття. Розрізняють первинне і вторинне безпліддя. Деякі автори виділяють ще два різновиди безпліддя: абсолютне і відносне. Причини:

1. Загальні причини, ендокринні розлади і авітамінози.
2. Аномалії розвитку тазових органів і їх захворювання.
3. Шийко-піхвовий фактор.
4. Тубарний фактор.
5. Чоловіче безпліддя.

При безплідді, пов'язаному з ендокринними розладами і авітамінозом, при аномалії розвитку тазових органів і їх захворюваннях рекомендується загальнозміцнюючий комплекс лікувальної гімнастики. При тубарному факторі необхідно проводити лікування за комплексом лікувальної гімнастики для хворих із хронічним запаленням. Нерідко безпліддя є результатом раніше перенесених запальних процесів внутрішніх статевих органів. Безпліддя ж, пов'язане з аномаліями розвитку статевих органів (гіпоплазія матки), частіше всього супроводжується аменореєю, котра являє собою побічний, супутній або ускладнюючий симптом, який сигналізує про наявність захворювання в статевому апараті або поза ним. Відсутність місячних у жінки може бути первинною або вторинною. Первинною аменореєю називають повну відсутність місячних в пубертатному віці; вторинною аменореєю називають зупинку колишніх місячних на довгий час або назавжди. За етіологією аменорею поділяють на фізіологічну, штучно викликану, патологічну, нейро-психогенну, аменорею військового часу і так звану вікарну менструацію. Всі види аменореї потребують комплексного лікування, в яке повинна входити лікувальна гімнастика. При цьому лікувальна гімнастика показана в комплексі з іншою спеціальною терапією (фізіотерапія, медикаментозна терапія, курортне лікування, масаж матки).

Лікувальна гімнастика повинна проводитись в самих різноманітних вихідних положеннях і забезпечувати велику амплітуду рухів в суглобах. Виконувати вправи необхідно у відносно швидкому темпі. Від напруження необхідно різко переходити до розслаблення. Заняття повинні бути емоційно насиченими з включенням рухливих ігор. Слід відмітити, що систематичні заняття фізичною культурою і спортом є сильним засобом профілактики безпліддя.

Задачі лікувальної гімнастики:

1. Покращити трофічні процеси в органах і тканинах малого тазу.
2. Покращити процеси обміну.
3. Покращити евакуацію продуктів розпаду із джерела колишнього запалення.
4. Розтягнути і поступово розслоїти спайки.
5. Удосконалювати загально фізичний розвиток.
6. Нормалізувати інтерорецептивні імпульси із статевих органів.

Зразковий комплекс
лікувальної гімнастики при безплідді.

1. В.п. основна стойка. Вик.:

- ходьба.

2. В.п. стоячи, ноги на ширині плеч. Вик.:

- нахилити тулуб вперед – видих;
- прийняти в.п. – вдих.

Повторити 4-6 разів.

3. В.п. лежачи на спині, ноги припідняті. Вик.:
 - розвести ноги в сторони – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
4. В.п. стоячи, руки в сторони. Вик.:
 - підняти пряму ногу угору – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
5. В.п. стоячи на навколішках. Вик.:
 - підняти пряму ногу угору – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
6. В.п. сидячи, опір позаду за спиною на руки. Вик.:
 - розвести ноги в сторони – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
7. В.п. лежачи, опір на носки і прямі руки. Вик.:
 - зігнути руки в ліктьових суглобах – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
8. В.п. лежачи на спині, руки впродовж тулуба. Вик.:
 - “ножниці”. Дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.
9. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - підняти прямі ноги угору – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
10. В.п. стойка на навколішках Вик.:
 - одночасне підняття рук вперед;
 - угору – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
11. В.п. лежачи на животі, руки над головою Вик.:
 - підняти пряму ногу угору – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
12. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - попереми́нне підняття прямих ніг угору – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.

Лікувальна гімнастика при опущенні статевих органів. Опущення статевих органів обумовлене морфологічною і функціональною неповноцінністю м'язів черевної стінки, тазового дна, внутрішньотазових м'язів, зниженням тонузу зв'язкового апарату матки і недієздатністю з'єднально-тканинних елементів тазового дна при підвищеному внутрішньочеревному тиску. Ці порушення є результатом пологової травми при недостатньому фізичному розвитку хворої.

Розрізняють три ступені зміщення піхви донизу:

1. Опущення передньої стінки піхви.
 2. Випадання передньої стінки з опущенням сечового міхура (цисто-целе), задньої стінки з опущенням стінки прямої кишки (ректоцеле) або комбінація їх.
 3. Повне випадіння піхви, що може супроводжуватися випадінням матки.
- Зміщення матки донизу класифікується наступним чином:*
1. Опущення матки, матка своєю шийкою досягає рівня входу в піхву.
 2. Випадіння матки, що починається; біля входу до піхви з'являється шийка матки.
 3. Неповне випадіння матки; крім шийки з'явилась і частина тіла матки.
 4. Повне випадіння матки, вся матка вийшла за вхід до піхви.

Лікувальна гімнастика раціональна тільки при опущенні піхви або матки. *Задачі* лікувальної гімнастики при опущенні внутрішніх статевих органів:

1. Удосконалення загального фізичного розвитку органів.
2. Укріплення і розвиток м'язів черевної стінки, довгих м'язів спини, привідних і відвідних м'язів стегна і внутрішньотазових органів.
3. Покращення кровообігу і лімфообігу в малому тазі.
4. Попередження трофічних розладів.
5. Встановлення умовно-рефлекторних зв'язків і кортикальної регуляції функціональних розладів.

При опущенні статевих органів рекомендується проводити лікування за зразковим комплексом лікувальної гімнастики для хворих з опущенням статевих органів з включенням вправ, які укріплюють м'язи спини, тазового дна і промежини.

Зразковий комплекс лікувальної гімнастики
при опущенні статевих органів

1. Вихідна позиція основна стойка. Вик.:
 - руки на пояс, зробити крок вліво – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
2. В.п. основна стойка. Вик.:
 - ходьба звичайна.
3. В.п. основна стойка. Вик.:
 - присідання з підняттям рук вперед – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
4. В.п. лежачи, ноги на рейці шведської стінки.. Вик.:
 - розведення рук в сторони – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
5. В.п. лежачи. Вик.:
 - грудний тип дихання (30сек).
6. В.п. лежачи, руки під головою. Вик.:
 - зігнути ноги в колінних суглобах – видих;
 - прийняти в.п. – вдих..
 Повторити 4-6 разів.
7. В.п. лежачи на животі. Вик.:
 - повороти голови вправо і вліво. Дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.
8. В.п. стойка на колінах, руки угору. Вик.:
 - стояти 1хвилину.
9. В.п. лежати на спині. Вик.:
 - піднімання прямих рук угору – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
10. В.п. лежати на спині. Вик.:
 - з опорою на руки сісти – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
11. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - одночасне згинання ніг в колінних суглобах – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.

12. В.п. лежачи, руки під головою, ноги зігнуті. Вик.:

- опираючи на стілець, плечі, голову, підняти таз – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
- Повторити 4-6 разів.

13. В.п. лежачи на спині. Вик.:

- відведення правої ноги вліво;
 - відведення лівої ноги вправо – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
- Повторити 4-6 разів.

14. В.п. лежачи на спині. Вик.:

- одночасне піднімання прямих ніг угору – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
- Повторити 4-6 разів.

15. В.п. лежачи на спині, ноги зігнуті в колінних суглобах. Вик.:

- “велосипед”. Дихання вільне.

16. В.п. лежачи на животі. Вик.:

- підняти плечовий пояс угору, зігнути ноги в колінних суглобах – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
- Повторити 4-6 разів.

17. В.п. лежачи на спині, руки під голову. Вик.:

- “ножиці”. Дихання вільне.

18. В.п. лежачи на спині. Вик.:

- з опорою на п'ятки підняти таз угору – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
- Повторити 4-6 разів.

19. В.п. стойка на навколішках. Вик.:

- ковзання.

20. В.п. стойка на колінах, руки угору. Вик.:

- нахили вправо і вліво – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
- Повторити 4-6 разів.

21. В.п. стоячи, ноги на ширині плеч, руки на поясі. Вик.:

- нахили вправо і вліво – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
- Повторити 4-6 разів.

22. В.п. стоячи, руки на поясі. Вик.:

- ходьба звичайна.

23. В.п. основна стойка. Вик.:

- ходьба схрещеним кроком.

24. В.п. лежачи, руки в сторони, ноги угору, разом. Вик.:

- зведення і розведення ніг в колінах. Дихання вільне.

Виконання фізичних вправ не повинно викликати відчуття опущення стінок піхви і матки. Досягається це тим, що вправи, які підвищують внутрішньочеревний тиск, а також вправи зі зведенням і розведенням стегон виконуються лежачи з припіднятим тазом; вправи стоячи виконуються при щільно зімкнутих стегнах, при напруженні привідних м'язів стегон. Ходьба проводиться коротким або схрещеним кроком або з зажатим між ногами набивним м'ячем. Стрибання, підскоки і біг повинні бути повністю виключені із комплексу лікувальної гімнастики.

Лікувальна гімнастика при функціональному нетриманні сечі. Нетримання сечі є великою проблемою для жінки. Функціональне нетримання сечі є наслідком розладів, що виникають при неспроможності сфінктера сечового міхура. Частіше за все це трофічний розлад, який виникає після травми з пошкодженням нервових рецепторів або провідникових нервових шляхів з порушенням кортико-висцеральної інервації. Ці страждання нерідко

поєднуються з неспроможністю тазового дна і опущенням стінок піхви. Для лікування функціонального нетримання сечі запропоновані хірургічне втручання і науково обгрунтована методика лікувальної гімнастики.

В основі лікувальної дії фізичних вправ лежить загальноукріплюючий вплив на організм, підвищення тону м'язів тазового дна і сфінктера сечового міхура та уретри. Попереднє підвищення і зниження внутрішньочеревного тиску, які відбуваються при виконанні вправ, підвищують тонус м'язів малого тазу і тим самим укріплюють їх. Укріплюються і м'язи черевного пресу, внутрішньотазові і привідні м'язи стегна. Вправи, які рекомендуються, аналогічні комплексу вправ для хворих з опущенням внутрішніх статевих органів. Широко використовуються вправи з предметами, зажатими між ногами. Дуже корисні вправи для нижніх кінцівок з опором. Рекомендуються утримувати скомканий носовий платок пальцями стоп. В комплекс потрібно вводити вправи з широко розведеними стегнами, присідання з опорою на руки. Вихідні положення: на колінах, лежачи на спині, на животі і сидячи на підлозі. Курс лікування-20-30 занять, по 30 хвилин зі збільшенням часу до 60 хвилин в кінці курсу лікування.

Зразковий комплекс лікувальної гімнастики
при нетриманні сечі.

1. Вихідна позиція лежачи на спині. Вик.:
 - підняти прямі руки угору – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
2. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - зігнути ногу в колінному суглобі – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
3. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - грудний тип дихання з прогином у поясниці.
4. В.п. лежачі на спині. Вик.:
 - поперемінне відведення зігнутих ніг вправо і вліво – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
5. В.п. лежачи на передпліччях. Вик.:
 - прогнутися в поясниці. Дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.
6. В.п. лежачи на животі, руки над головою. Вик.:
 - поперемінне піднімання прямих ніг угору – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
7. В.п. лежачи, ноги зігнуті, опір на лікті. Вик.:
 - відвести зігнуті ноги в сторону – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
8. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - з опорою на лікті і п'ятки підняти таз угору – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
9. В.п. лежати на спині. Вик.:
 - піднімання прямих ніг угору – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
10. В.п. лежати на спині, ноги підняти угору. Вик.:
 - розвести ноги в сторони – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.

Повторити 4-6 разів.

11. В.п. лежачи на спині. Вик.:

- за допомогою рук сісти – видих;
- прийняти в.п. – вдих.

Повторити 4-6 разів.

12. В.п. стоячи, ноги на ширині плеч. Вик.:

- нахили до правої і лівої ноги, нахилитися – видих;
- прийняти в.п. – вдих.

Повторити 4-6 разів.

13. В.п. стоячи біля опору. Вик.:

- присісти – видих;
- прийняти в.п. – вдих.

Повторити 4-6 разів.

14. В.п. стоячи, ноги на ширині плеч. Вик.:

- з розведенням рук в сторони поперемінне піднімання прямих ніг вперед – вдих;
- прийняти в.п. – видих.

Повторити 4-6 разів.

15. В.п. стоячи, руки на поясі. Вик.:

- випади вправо і вліво. Дихання вільне.

Повторити 4-6 разів.

Лікувальна гімнастика в передопераційному періоді. Для більш правильного вибору фізичних вправ і методики занять доцільно розділити оперативні втручання на наступні групи.

1. Група хворих, яким потрібне оперативне втручання з приводу пухлин матки і додатків, у яких спостерігаються зміни в розміщенні органів черевної порожнини, здавлення крово- і лімфосудин, порушується циркуляція крові і лімфи, мають місце венозний застій і спайкові процеси, зміни внутрішньочеревного тиску, спостерігається дислокація органів малого тазу, змінюються інтероцептивні зв'язки і вироблення організмом безумовних і умовних рефлексів.

2. Група хворих, які потребують пластичних операцій.

3. Група хворих, які потребують операцій при пухлинах, які не виходять за межі порожнини малого тазу і не включають в процес органи черевної порожнини.

Загальні задачі передопераційної підготовки.

1. Створення благоприємного морально-вольового настрою хворої (ліквідація у хворої страху).
2. Урівноваження перебігу гальмівних і збудливих процесів.
3. Вироблення рухових навиків по самообслуговуванню.
4. Навчання диференційованому диханню, особливо грудному.
5. Підготовка до правильного розслаблення сфінктера сечового міхура і прямої кишки в положенні лежачи.
6. Закалювання організму.

Власні задачі.

1. Удосконалити діяльність серцево-судинної і дихальної систем (широко використовують дихальні вправи в положенні стоячи, лежачи на спині і боці, сидячи).
2. Укріплювати м'язи черевної стінки.

У хворих першої групи потрібно надати особливу увагу виробленню навичок диференційованого дихання і адаптації їх до змін внутрішньочеревного тиску. В підготовку хворих до пластичних операцій необхідно включити фізичні вправи, які укріплюють м'язи тазового дна і вправи, які удосконалюють збережені умовні і безумовні рефлексорні зв'язки. Передопераційну підготовку хворих можна розпочинати амбулаторно, за декілька тижнів до операції. Вправи слід проводити кожного дня на протязі 20-30 хв., 2-3 рази на день. Після занять рекомендується ультрофіолетове опромінення, потім водні процедури. Двічі на добу хворі повинні приймати повітряні ванни від 10 до 15 хв. (в голому стані при кімнатній температурі).

Зразковий комплекс лікувальної гімнастики доопераційного періода.

1. В.п. сидячи на стільці, ноги на ширині плеч. Вик.:
 - встаючи, підняти прямі руки угору – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
2. В.п. сидячи на стільці, руки на поясі, ноги разом. Вик.:
 - поперемінне відведення рук в сторони – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
3. В.п. сидячи на стільці, одна рука на грудях, друга-на животі. Вик.:
 - змішаний тип дихання (30 секунд).
4. В.п. стоячи, руки на поясі. Вик.:
 - поперемінне відведення рук в сторони.
5. В.п. стоячи, ноги на ширині плеч. Вик.:
 - з підніманням прямих рук угору нахили вправо і вліво – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
6. В.п. стоячи, ноги на ширині плеч. Вик.:
 - “насос”.
 Повторити 4-6 разів.
7. В.п. стоячи, ноги на ширині плеч. Вик.:
 - нахилитися дістати пальцями підлоги – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
8. В.п. стоячи на навколішках. Вик.:
 - опустити голову униз, спину округлити – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
9. В.п. стойка на колінах, руки на потилиці. Вик.:
 - сісти на п’ятки, підняти руки угору – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
10. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - поперемінне піднімання ніг угору – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
11. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - з опорою на лікті підняти плечовий пояс. Дихання вільне.
 Повторити 4-6 разів.
12. В.п. лежачи на спині. Вик.:
 - поперемінне підведення ніг до живота, допомагаючи руками – видих;
 - прийняти в.п. – вдих.
 Повторити 4-6 разів.
13. В.п. лежачи на лівому боці, ліва рука під головою, права на поясі. Вик.:
 - поперемінне піднімання рук вперед, угору – вдих;
 - прийняти в.п. – видих.
 Повторити 4-6 разів.
14. В.п. лежачи на спині. Ліва рука на грудях, права-на животі. Вик.:
 - грудний, черевний, змішаний тип дихання.

Лікувальна гімнастика в післяопераційному періоді. Заняття розпочинаю-ться з другого дня після операції при відсутності загальних протипоказань.

Вони сприяють зближенню строків клінічного виліковування і функціо-нального відновлення організму хворої.