

У практичній роботі більш вигідне розділення курсу лікування на періоди ЛФК. В клінічну характеристику кожного періоду покладено: тяжкість запального стану, вид на тяжкість оперативного втручання і післяопераційних ускладнень, ступінь вираженості регенеративних процесів і відновлення функцій органів і систем організму, порушених основним або супутнім захворюванням і оперативним втручанням.

Виходячи з клінічної характеристики періодів, можна точніше визначити задачі і методику лікувальної фізкультури в кожному конкретному випадку. Практичне використання лікувальної фізкультури по даним періодам забезпечує своєчасність призначення лікарями-гінекологами лікувальної фізкультури, що позитивно відбивається на перебізі післяопераційного періоду, зменшує кількість післяопераційних ускладнень і скорочує кількість ліжко-днів.

Задачі лікувальної гімнастики.

1. Підвищення загального тону хворої.
2. Удосконалення дихання.
3. Нормалізація трофічних процесів.
4. Зниження рецепції зі статевих органів і органів черевної порожнини.
5. Нормалізація гальмівних і збудливих процесів.
6. Покращення крово- і лімфообігу.
7. Активація обміних або регенеративних процесів.
8. Попередження утворення рубців і спайок.
9. Попередження розвитку застійних явищ в легенях і малому тазі.

Зразковий комплекс лікувальної гімнастики
післяопераційного періоду.

1. В.п. лежачи на спині, руки на грудях. Вик.:
- грудний тип дихання (30 секунд).
2. В.п. лежачи на спині, руки впродовж тулуба. Вик.:
- зжати пальці в кулаки, стопи потягнути на себе. Дихання вільне.
Повторити 4-6 разів.
3. В.п. лежачи на спині. Вик.:
- повернути долоні догори, ноги розвести – вдих;
- прийняти в.п. – видих.
Повторити 4-6 разів.
4. В.п. лежачи на спині, руки впродовж тулуба. Вик.:
- підняти руки вперед – вдих;
- прийняти в.п. – видих.
Повторити 4-6 разів.
5. В.п. лежачи на спині. Вик.:
- поперемінне згинання ніг в колінних суглобах – видих;
- прийняти в.п. – вдих.
Повторити 4-6 разів.
6. В.п. лежачи на спині. Вик.:
- поперемінне згинання рук в ліктьових суглобах – видих;
- прийняти в.п. – вдих.
Повторити 4-6 разів.
7. В.п. лежачи на спині. Вик.:
- поперемінне піднімання прямих ніг угору – вдих;
- прийняти в.п. – видих.
Повторити 4-6 разів.
8. В.п. сидячи на стільці. Вик.:
- повернутися вправо, відвести руки в сторони – вдих;
- прийняти в.п. – видих;
- повернутися вліво, відвести руки в сторони – вдих;
- прийняти в.п. – видих.
Повторити 6-8 разів.
9. В.п. сидячи на стільці, кисті біля плечей. Вик.:

- обертальні рухи зігнутими руками. Дихання вільне.

Повторити 6-8 разів.

10. В.п. сидячи, опір за спиною на руки. Вик.:

- розвести ноги в сторони – вдих;
- прийняти в.п. – видих.

Повторити 4-6 разів.

11. В.п. сидячи на стільці. Вик.:

- розвести руки в сторони – вдих;
- прийняти в.п. – видих.

Повторити 4-6 разів.

12. В.п. стоячи біля опори. Вик.:

- піднятися на носки – вдих;
- прийняти в.п. – видих.

Повторити 6-8 разів.

13. В.п. стоячи біля опори. Вик.:

- відвести пряму ногу в сторону – вдих;
- прийняти в.п. – видих.

Повторити 4-6 разів.

14. В.п. основна стойка. Вик.:

- звичайна ходьба.

На 7-й день після операції та зняття швів рекомендується лікувальна гімнастика, яка укріплює, черевну стінку, м'язи тазового дна, а також вправи, що сприяють розмоктуванню післяопераційних інфільтратів, вправи по відновленню звичних рухових навиків, тимчасово утрачених у зв'язку з лежачим станом, попередженню розвитку рубцево-спаєчних процесів, укріпленню опорно-рухового апарату для відновлення осанки і нормальної манери ходьби.

Темп виконання повільний, з поступовим переходом до середнього, розпочинаючи з дрібних м'язевих груп кінцівок. Амплітуда рухів повинна нарощуватись. Тривалість занять 15-20 хв., додаткові заняття по 10-15 хв., у вечірні години. Після виписки хворих із стаціонару на амбулаторне лікування можна рекомендувати заняття лікувальною фізкультурою за зразковим комплексом вправ, рекомендованих для хворих з хронічними запальними процесами статевих органів.

Хворим, що перенесли операцію по відновленню тазового дна, необхідно займатися лікувальною гімнастикою в цілях:

- укріплення відповідних м'язевих груп;
- відновлення втрачених нормальних умовних і безумовних рефлексів і усунення трофічних розладів.

Раннє вставання і вправи з помірним розведенням ніг в положенні лежачи не викликають прорізування швів. Перехід із положення лежачи в положення стоячи для цих хворих повинен проводитись шляхом повороту на живіт, прийняття колінно-ліктьового положення, а тільки потім вставання не сідаючи на ліжко. Після виписки хворої із стаціонару на амбулаторне лікування рекомендуються заняття лікувальною гімнастикою за комплексом для хворих з функціональним нетриманням сечі.

Лікувальна гімнастика при патологічному клімаксі. Клімактеричні розлади з'являються у жінок частіше всього між 40-50 роками. Сучасна медична наука розглядає клімакс, як вікову інволюційну перебудову, що супроводжується одночасним розвитком недостатності функції статевих залоз і зупинкою їх репродуктивної функції. Порушення, що виникають в вищих відділах ЦНС, призводять до розвитку ряду послідовних патологічних змін і можуть бути причиною таких станів, як клімактеричний психоз.

Відмічаються зміни в яєчниках, які призводять до зниження їх функцій, що в свою чергу призводить до порушення діяльності ЦНС. Клімакс проявляється дратівливістю, порушенням сну, ослабленням пам'яті, приливами. Нерідко у жінок з'являється схильність до ожиріння, розвивається гіпертонічна хвороба, діабет.

В комплексі лікувальних заходів при даній патології велике значення надається методам, стимулюючим відновлення порушень функцій ЦНС. Серед засобів, які нормалізують діяльність регуляторних механізмів, значне місце має бути відведене лікувальній гімнастиці. При розпитуванні хворих на початку лікування, крім скарг на сильні головні болі, запаморочення, пітливість, серцебиття, задишку, поганий сон, дратівливість, втрату

працездатності, ослаблення пам'яті, вони відмічають біль у серці, печінці, суглобах.

Порушується діяльність вегетативної нервової системи, що проявляється грою вазомоторів і тахікардією. Лікувальна гімнастика регулює діяльність ЦНС, сприяє прискоренню сприймання імпульсів, направляє їх в центри подразнення і нормалізує координаційну діяльність кори головного мозку. Крім того, вона покращує діяльність серцево-судинної і дихальної систем, крово- і лімфообіг, оксигенацію крові, підвищує окисно-відновні процеси, посилює обмін речовин, активує діяльність залоз внутрішньої секреції, звідси і нормалізується співвідношення різних гормонів.

Курс лікувальної гімнастики повинен складатися із трьох періодів або етапів:

1. *Підготовчий*, тривалістю від 2 до 3 тижнів. В цьому періоді підготовлюються хворі до перенесення фізичних навантажень наступного, основного, періоду лікування. Вивчається характер реакцій і здатність до засвоєння виконаних вправ.
2. *Основний*, або лікувально-тренувальний період, тривалість 2-3 місяці. В цьому періоді бажають досягнути основної мети, поставленої перед заняттями лікувальною гімнастикою.
3. *Заключний*, тривалість 2-3 тижні, в цей період жінки вивчають вправи, які їм потрібно буде виконувати вдома.

По мірі лікування фізичне навантаження повинно наростати. На початку воно невелике, вправи прості, легко запам'ятовуються. Вправи повинні виконуватися в повільному темпі, з невеликою амплітудою з невеликою кількістю повторів, поперемінно з дихальними вправами. Через 1-1,5 місяці навантаження потрібно збільшувати, але індивідуально. Заняття повинні бути емоційними, велике місце повинні займати ігри, елементи завдань, конкурси, танці. Рекомендується включати елементи китайської гімнастики. Виконання їх напіврозслабленими м'язами позитивно впливає на гемодинаміку, сприяє зменшенню застійних явищ в черевній порожнині і малому тазі, створює благоприємні умови для глибокого повноцінного дихання.

Зразковий комплекс
лікувальної гімнастики при клімаксі.

1. В.п. лежачи на спині, ліва рука на животі, права на грудях. Вик.:
- діафрагмальне дихання (30сек).
2. В.п. лежачи на спині, руки вздовж тулуба. Вик.:
- рухи стоп з одночасним підніманням кистей рук угору. Дихання вільне.
Повторити 2-4 рази.
3. В.п. лежачи на спині. Вик.:
- кругові рухи кистями і стопами. Дихання вільне.
Повторити 2-4 рази.
4. В.п. лежачи на спині, руки над головою. Вик.:
- поперемінне піднімання ніг угору – видих;
- прийняти в.п. – вдих.
Повторити 2-4 рази.
5. В.п. лежачи на боку, одна рука під головою, друга на поясі. Вик.:
- кругові рухи то одною, то другою ногою. Дихання вільне.
Повторити 2-4 рази.
6. В.п. сидячи на стільці, одна рука на грудях, друга на животі. Вик.:
- діафрагмальне дихання (10секунд).
7. В.п. сидячи на стільці, ноги зігнуті в колінах, руки опущені. Вик.:
- поперемінне згинання ніг в колінних суглобах з одночасним згинанням рук в ліктьових суглобах, доторкаючись пальцями плеч. Дихання вільне.
Повторити 2-4 рази.
8. В.п. сидячи на стільці, ноги зігнуті в колінах. Вик.:
- руки витягнути вперед – видих;
- прийняти в.п. – вдих.
Повторити 2-4 рази.
9. В.п. сидячи на стільці, кисті до грудей. Вик.:
- повороти в сторони з розведенням рук в сторони – вдих;

- прийняти в.п. – видих.
Повторити 2-4рази.
 - 10.**В.п. сидючи на стільці, руки на поясі, ноги зігнуті. Вик.:
- кругові рухи тулуба по часовій та проти часової стрілки. Дихання вільне.
Повторити 2-4 рази.
 - 11.**В.п. сидючи на стільці, руки опущені. Вик.:
- відвести руки назад, нахилитися вперед – видих;
- прийняти в.п. – вдих.
Повторити 2-4 рази.
 - 12.**В.п. стоячи, носки на ширині плеч. Вик.:
- піднімання рук вперед, угору з одночасним зжиманням пальців в кулак – вдих;
- прийняти в.п. – видих.
Повторити 2-4 рази.
 - 13.** В.п. стоячи, ноги на ширині плеч. Вик.:
- нахилитися вперед, руки опустити, хитальні рухи руками. Дихання вільне.
Повторити 2-4 рази.
 - 14.**В.п. стоячи, руки вздовж тулуба. Вик.:
- руки завести за голову – вдих;
- прийняти в.п. – видих.
Повторити 2-4 рази.
 - 15.**В.п. стоячи, руки на поясі. Вик.:
- нахилитися вліво, одночасно підняти праву руку і дістати ліве вухо. Дихання вільне.
- нахилитися вправо, одночасно підняти ліву руку і дістати праве вухо. Дихання вільне.
Повторити 4-6 разів.
 - 16.**В.п. стоячи, палиця попереду. Вик.:
- зігнути ногу в коліні і підтягнути її палицею до живота;
- прийняти в.п. – вдих.
Повторити 2-4 рази.
 - 17.**В.п. стоячи, ноги на ширині плеч. Вик.:
- підняти руки угору – вдих;
- прийняти в.п. – видих.
- ІХ. ТЕХНІКА ВИКОНАННЯ ОСНОВНИХ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНИХ МАНІПУЛЯЦІЙ.**

ІХ.1. Антропометрія.

Вимірювання обводу грудної клітки здійснюється сантиметровою стрічкою. Хвору роздягають до пояса, стрічку накладають позаду під кутами лопаток, спереди під молочними залозами (у чоловіків – під сосками). Виконують три вимірювання: при максимальному вдосі, максимальному видошу і в спокійному стані.

Вимірювання росту.

Довжина тіла дорослої людини мало піддається змінам, а тому немає потреби її вимірювати часто. При вимірюванні довжини тіла слід пам'ятати, що з ранку після сну, людина на 1,3 см вища ніж наприкінці дня. Після важкої фізичної праці довжина тіла може зменшуватись на 3-5 см. Це відбувається внаслідок ущільнення міжхребцевих дисків і збільшення природних вигинів хребта – лордозів та кіфозів.

Пацієнтка стає на площадку ростоміра так, щоб п'яти, сідниці, лопатки і потилиця щільно торкалися планки ростоміра. Прослідкувати, щоб козилець вуха і зовнішній кут очної щілини були на одному горизонтальному рівні. Планшетку ростоміра опустити на тім'я пацієнтки, визначити зріст на шкалі (показник, що розміщується біля нижнього краю планшетки)

Визначення маси тіла рекомендується проводити вранці до сніданку, після сечовиділення і звільнення кишечника; зняти верхній одяг, взуття.

ІХ.2. Дослідження артеріального пульсу

Пульс – це періодичні коливання стінок артерій внаслідок руху крові і зміни тиску в судинах при кожному скороченні серця. В практичній діяльності визначають 4 основних параметри пульсу: частоту, ритм, напруження, наповнення.

Частота пульсу – це кількість пульсових хвиль за 1 хвилину. У здорової людини частота пульсу коливається в межах від 60 до 80 ударів за 1 хвилину і відповідає частоті серцевих скорочень. Частоту

серцевих скорочень понад 80 за 1 хвилину називають тахікардією, а частоту серцевих скорочень менше 60 за 1 хвилину – брадикардією.

Ритм пульсу оцінюють по інтервалах між пульсовими хвилями: якщо вони однакові і сила хвиль однакова це ритмічний пульс. Якщо інтервали між пульсовими хвилями різні – це аритмічний пульс. Коли між двома черговими пульсовими хвилями виникає додаткова, цей вид аритмії називається ексрасистолічною. Якщо великі і малі пульсові хвилі виникають хаотично, відсутня закономірність ритму, то це миготлива аритмія.

Напруження пульсу – це ступінь наповнення артерії кров'ю під час систоли. За характером пульсу можна робити висновок про стан серцево-судинної системи і скласти враження про загальний стан хворої. Для дослідження пульсу на променевій артерії руку хворої розміщують на столі або у ліжку в положенні середньому між супінацією і пронацією (ребром). Медична сестра розташовує другий, третій і четвертий пальці правої руки біля основи великого пальця на долонній поверхні передпліччя хворої.

Для дослідження пульсу на сонній артерії, медичній сестрі необхідно другий, третій та четвертий пальці руки покласти приблизно на середині по передньому краю грудинно-ключично-соскоподібного м'язу. Не слід сильно натискувати на артерію, тому що може виникнути зниження артеріального тиску, сповільнення роботи серця аж до його зупинки.

З метою дослідження пульсу на висковій артерії слід прикласти другий, третій та четвертий пальці правої руки на рівні брів жінки, відступивши від зовнішнього кута ока на 1-1,5 см до вушної раковини.

Для дослідження пульсу на стегновій артерії хворій запропонувати лягти у ліжку в положенні з випрямленим стегном. Другим, третім та четвертим пальцями провести пальпацію ділянки нижчої пахової складки, приблизно на її середині.

Для дослідження пульсу на ліктьовій артерії слід розмістити другий, третій та четвертий пальці правої руки на 1 см медіальніше від ліктьового згину.

Для дослідження пульсу на підколінній артерії хворій запропонувати лягти у ліжку на живіт. Другий, третій та четвертий пальці розмістити в підколінній ямці. Для дослідження пульсу на тильній артерії ступні слід розташувати другий, третій та четвертий пальці правої руки в проксимальній частині першого міжплюсневого простору.

Пульс можна досліджувати на будь-якій артерії, але найчастіше його досліджують на променевій артерії, яка легко доступна для цього. Пульс на правій руці досліджують лівою рукою, а на лівій – правою. Необхідно розпочати досліджувати пульс одночасно на двох руках. Взяти руку хворої в ділянці променево-зап'ястного суглоба так: першим пальцем ззовні та знизу, а пучками четвертого, третього та другого пальців –зверху. Відчувати пульсуючу артерію в зазначеному місці, з помірною силою притиснути її до внутрішньої поверхні променевої кістки. Пальпуючи пульс одночасно на правій та лівій руках, порівняти величину пульсових хвиль на обох руках. В нормі вона має бути однаковою. В такому разі дослідження пульсу проводять на одній руці. Якщо є різниця в наповненні пульсу на двох руках (це буває при аномалії розвитку променевої артерії або її здавленні чи здавленні плечової, підключичної артерій), то дослідження проводять на тій руці, де пульсові хвилі краще відчуються.

Відчувши пульсову хвилю, слід визначити чотири основних параметри пульсу: частоту, ритм, напруження і наповнення.

Рахувати пульс слід протягом однієї хвилини. Якщо пульс неритмічний, крім підрахунку його частоти, необхідно визначити, чи відповідає число пульсових хвиль числу серцевих скорочень. При частих неритмічних скороченнях серця окремі систоли лівого шлуночка можуть бути настільки слабкими, що вихід в аорту крові не відбувається, або її поступає так мало, що пульсова хвиля не досягає периферичних артерій, тобто частота серцевих скорочень за 1 хв буде перевищувати число пульсових хвиль. Різниця між цими показниками називається *дефіцитом пульсу*, а сам пульс – дефіцитним. Підвищення температури тіла на 1°C прискорює пульс на 8-10 ударів в 1 хвилину.

Напруження пульсу визначають натискуванням на судинну стінку до зникнення пульсових хвиль. Для цього другий, третій та четвертий пальці покласти на променеву артерію, пальцем, який ближче до серця, натиснути на артерію. Якщо перетискання артерії не вимагає великих зусиль, то пульс є ненапруженим. Якщо при пальпації судина здавлюється важко, то такий пульс називається напруженим або твердим.

Наповнення пульсу визначають по висоті пульсової хвилі: при доброму наповненні під пальцями відчуються високі пульсові хвилі, при поганому – малі пульсові хвилі. Частий, ледь відчутний пульс називається ниткоподібний.

Результати дослідження пульсу можна зобразити графічно у температурному листі.

Пульс, що визначається на аорті і сонних артеріях називається центральним, на променевих артеріях і тильних артеріях стопи – периферичним.

IX.3. Вимірювання артеріального тиску

Артеріальний тиск – це тиск крові на стінки судин. Вимірювання артеріального тиску

проводиться за допомогою ртутного або пружинного манометра по методу М.К. Короткова.

В повсякденній медичній практиці проводиться вимірювання показників систолічного і діастолічного тиску в плечовій артерії шляхом вислуховування шумів або тонів, що виникають при проходженні крові по судині. При максимальному здавленні плеча манжеткою шляхом нагнетіння в неї повітря течія крові в плечовій артерії припиняється; при поступовому зниженні тиску в манжетці і зменшенні здавлення плечової артерії слід спіймати момент відновлення кровотоку в судині, що виражається в появі шумів (тонів). Це відбувається при певному тиску повітря в манжетці (про що судять по шкалі тонометра), яке розглядається, як показник систолічного артеріального тиску, тому що ця пульсація з'являється на висоті систоли, тобто скорочення серця. Зникнення шумів (тонів) відбувається при зниженні тиску в манжетці до певної величини, яка оцінюється як показник діастолічного артеріального тиску.

В теперешній час загальноприйнято, що у вагітних жінок артеріальний тиск слід вимірювати на обох плечах. Це дає можливість судити про симетричність показників артеріального тиску – особливо систолічного.

У здорових вагітних жінок допустима різниця між показниками систолічного тиску на правому і лівому плечах в межах 5 або 10 мм.рт.ст. Збільшення цієї різниці, тобто наростання асиметрії показників систолічного артеріального тиску, свідчить про порушення судинного тону, що вельми часто спостерігається у вагітних з пізнім гестозом. Отже, при вимірюванні артеріального тиску лише на одній руці можливо пропустити порушення судинного тону в виді односторонньої гіпертензії і відміченої вище асиметрії показників систолічного тиску.

Необхідно пам'ятати також про належну оцінку показників діастолічного артеріального тиску та про важливість визначення так званого пульсового тиску, тобто різниці між систолічним і діастолічним тиском. В нормальних умовах пульсовий тиск повинен складати біля 40-50% систолічного артеріального тиску. Низькі показники пульсового тиску (менше 40% систолічного) вказують на виражений спазм периферічних кровоносних судин, особливо мілких артерій, артеріол і капілярів, що також часто спостерігається у вагітних, які страждають пізнім гестозом.

Слід пам'ятати, що на протязі першої половини вагітності спостерігається чітка тенденція до зниження артеріального тиску, а в другій половині її, навпаки, схильність до підвищення артеріального тиску. Крім того, оцінюючи показники артеріального тиску, необхідно урахувати вихідні його величини, що спостерігались або до наступлення цієї вагітності, або в самому початку її. Якщо у жінки до вагітності або на її початку виявлялась артеріальна гіпотонія (низькі показники систолічного артеріального тиску – не вище 105 мм.рт.ст.), то виявлення в неї пізніше систолічного артеріального тиску в межах допустимої норми (біля 120-130 мм.рт.ст.) слід розглядати як патологічне явище. Показники артеріального тиску не є сталими. Вони змінюються протягом дня на 10-12 мм. рт. ст. З віком артеріальний тиск дещо підвищується. Фізичне навантаження, емоційне збудження викликають підвищення артеріального тиску. Спостерігаються добові коливання тиску: вранці артеріальний тиск нижчий, ввечері – вищий, під час сну – найнижчий. Після прийому їжі систолічний тиск трохи підвищується, а діастолічний – знижується.

ІХ.4. Вимірювання температури тіла

Температура тіла людини залежить від багатьох факторів, таких як теплоутворення, тепловіддача, терморегуляція та ін.

Температура тіла людини визначається інтенсивністю теплоутворення за рахунок обмінних процесів, що перебігають усередині організму. В залежності від тих чи інших умов можливі фізіологічні коливання температури тіла. Так, у дітей, обмінні процеси у яких перебігають більш інтенсивно, а механізми терморегуляції ще недосконалі, відмічається більш висока температура тіла, ніж у дорослих. У новонароджених, наприклад, вона досягає 37,2°C в пахвовій ямці. В той же час у літніх і старих пацієнтів температура тіла нерідко буває декілька зниженою (субнормальною).

Температура тіла у жінок зазнає впливу від фізіологічних коливань в визначену фазу менструального циклу (в період овуляції, при розриві зрілого фолікулу і виході яйцеклітини вона підвищується на 0,6-0,8°C). Крім того, майже у всіх людей відмічаються добові коливання температури тіла, що складає зазвичай 0,1-0,6°C.

Перед усім слід мати на увазі, що поняття “температура тіла” є умовним, оскільки температура різних частків тіла досить різко розрізняється.

Температура тіла характеризується висотою і амплітудою коливань. По висоті розрізняють температуру субнормальну (35-36°C), нормальну (36-37°C), субфебрильну (37-38°C). Підвищення температури вище 38°C вважається лихоманкою, причому від 38° до 39°C – помірною, від 39° до 41°C – високою. Підвищення температури до 41-42°C є загрозою для життя хворої. Летальна максимальна температура, тобто та, при якій настає смерть людини складає 43°C. При такій температурі відбуваються тяжкі структурні зміни клітин, що призводять до невідворотних порушень обміну речовин в організмі. Летальна мінімальна температура тіла людини коливається в межах 15-23°C. Температуру тіла в стаціонарі вимірюють термометром 2 рази на добу: вранці натще з 6 до 8 години та

з 16 до 18 години ввечері. В цей час спостерігається максимальне коливання добової температури. При вимірюванні температури тіла трапляються випадки симуляції пацієнткою підвищеної температури тіла або, навпаки, приховування її, а тому медична сестра повинна стежити за діями пацієнта під час вимірювання температури. Медична сестра повинна знати, що підвищення температури тіла на 1°C супроводжується збільшенням частоти пульсу на 10 ударів за хвилину. У разі виникнення гострих хірургічних захворювань черевної порожнини підвищення температури тіла на 1°C викликає збільшення частоти пульсу більш, ніж на 10 ударів, тобто спостерігається невідповідність кривих частоти пульсу та температури. Цей симптом має назву симптом “ножиць” і наявність його допомагає лікарю у встановленні діагнозу.

У разі тяжких захворювань температуру тіла вимірюють через кожні 2-3 години. Проводити термометрію одразу ж після прийняття їжі небажано, оскільки її показники будуть дещо вищими. Запитати у пацієнта чи він безпосередньо перед вимірюванням температури не пив гарячі напої (каву, чай). Багато, щоб хвора була у стані спокою, краще щоб лежала в ліжку не розташованому біля гарячої батареї (взимку), щоб не мала грілки, міхура з льодом на момент вимірювання температури тіла.

Перед вимірюванням температури перевірити, чи вся ртуть в резервуарі термометра (на рівні поділки 34°C), коли ні – струсити термометр. Провести огляд шкіри пахвової ділянки, при наявності гіперемії, місцевих запальних процесів не можна проводити вимірювання температури тіла в цій ділянці, тому що показання термометра будуть вищими, ніж температура усього тіла. При відсутності місцевих запальних процесів витерти шкіру м'яким сухим рушником методом “промокання”, оскільки вологість охолоджує ртуть, і показання термометра буде нижчим. У породіль вимірювання температури тіла проводять в пахвовій ділянці на тій стороні, де зціджена молочна залоза. Термометр встановити так, щоб весь ртутний резервуар з усіх боків щільно прилягав до пахвової ділянки; при підозрі на симуляцію розмістити одномоментно два термометри в лівій і правій пахвових ділянках. Хворій необхідно запропонувати притиснути плече до грудної клітки, а передпліччя розмістити таким чином, щоб долоня розміщувалася у протилежній пахвовій ділянці. Через 10 хвилин виїняти термометр і визначити його показання.

У дітей грудного віку термометр встановлюється в піхвинній ділянці, ногу дитини дещо зігнути в кульшовому суглобі так, щоб термометр заховався в утвореній складці шкіри. Притримати в такому положенні ногу дитини і через 10 хвилин виїняти термометр і визначити його показання.

Вимірювання температури тіла в порожнині рота – це зручний, швидкий метод, він дає точні результати, незалежно від температури навколишнього середовища, вологості шкіри тощо. Засосовується часто, як в домашніх умовах, так і в умовах лікувально-профілактичних установ. Вимірювання температури тіла в порожнині рота показане у надто виснажених та знесилених хворих. У них термометр в пахвовій ділянці не щільно охоплюється м'якими тканинами, тому результати такого вимірювання є *неточними*.

Не дозволяється вимірювати температуру в порожнині рота дітям, пацієнтам з розладами психіки, пацієнтам з наявністю запальних хвороб порожнини рота. Резервуар термометра помістити під язиком пацієнтки і попросити її губами притримати корпус термометра. Через 5 хв виїняти термометр і визначити його показання.

Вимірювання температури тіла в прямій кишці найчастіше застосовують в акушерсько-гінекологічній і хірургічній практиці. Так, у разі діагностичних затруднень необхідно порівняти температуру у пахвовій ділянці та у прямій кишці. В нормі різниця температури не перевищує $0,5^{\circ}\text{C}$. Більша різниця вказує на наявність запального процесу в черевній порожнині.

Вимірювання ректальної температури проводиться в положенні на лівому боці з підведеними ногами до живота (при неможливості лягти на бік ректальну температуру можна вимірювати у положенні хворої на спині).

Резервуар термометра змастити вазеліновою олією, лівою рукою розвести сідниці і легкими рухами правої руки ввести резервуар термометра у пряму кишку до середини його довжини, сідниці притиснути одна до одної. Через 5 хвилин виїняти термометр і визначити його показання.

Вимірювати базальну температуру в акушерсько-гінекологічній практиці необхідно не встаючи з ліжка і не опорожнюючи сечовий міхур і кишечник. В I фазі менструального циклу базальна температура нижче 37° , коливається в межах $36,4-36,9^{\circ}\text{C}$. Безпосередньо перед овуляцією температура знижується на $0,2-0,3^{\circ}\text{C}$, а після овуляції в II фазі менструального циклу підвищується більше 37°C ($37,2-37,4^{\circ}$), тобто базальна температура має двохфазний характер. При захворюваннях характер температури змінюється.

Догляд за хворою у стадії підвищення температури тіла.

Стадія підвищення температури тіла триває декілька годин, іноді – декілька днів. Перша стадія гарячки характеризується тим, що теплоутворення в організмі перевищує тепловіддачу. Хвора скаржиться на появу остуди, погане самопочуття, головний біль, ниючий біль у всьому тілі. Спостерігається блідість шкіри, вона холодна на дотик і набуває виду “гусячої”.

В такому стані хвору необхідно укласти в ліжку, тепло вкрити ковдрою, до нижніх кінцівок прикласти теплі грілки. Не допустити протягів. Дати у великій кількості гарячі напої (чай з малиною,

калиною, липовим цвітом). Контролювати гемодинамічні показники (пульс, артеріальний тиск, частоту серцевих скорочень, частоту дихальних рухів). При появі змін на гірше терміново викликати лікаря.

Догляд за хворою у стадії збереження температури тіла на високому рівні.

Стадія збереження температури тіла на високому рівні триває від декількох годин до декількох тижнів, залежно від виду хвороби та реактивності організму. Друга стадія гарячки характеризується тим, що теплоутворення і тепловіддача в організмі приблизно врівноважені. Хвора скаржиться на відчуття жару, загальну слабкість, сильний головний біль. Спостерігається почервоніння шкіри, вона гаряча на дотик. Пульс прискорений. Дихання прискорене, поверхневе. Язик сухий. Герпес на губах. Може виникнути носова кровотеча. При значному підвищенні температури у пацієнта можуть з'явитися судоми, марення, галюцинації.

Для хворої з гіпертермією необхідно створити повну тишу і установити (по можливості) індивідуальний пост. Постійно повідомляти про зміни в стані хворої. Під час догляду регулярно стежити за показниками температури, артеріального тиску, частотою пульсу, частотою серцевих скорочень, частотою дихальних рухів. Забрати ковдру і хвору вкрити простиралом. Застосовувати фізичні заходи, що полегшують гарячку і головний біль: холодні водно-оцтові примочки на чоло, міхур з льодом на голову, обтирання тіла пацієнта водою кімнатної температури з додаванням оцту, вологе обкутування оголеної хворої, оголювання хворої та включення вентилятора. Приміщення необхідно провітрювати, але не допускаючи протягів. Доглядати за порожниною рота, носом та іншими органами хворої. За призначенням лікаря дати жарознижуючі препарати. При перших ознаках стану марення сповістити лікаря. За призначенням лікаря ввести хворій медикаменти внутрішньом'язово: 50% розчин анальгіну – 2мл, 1% розчин димедролу – 1-2мл, 2,5% розчин аміназину – 2мл. При гіпертермії важкого пербігу після введення хіміотерапевтичних засобів, які знімають спазм судин шкіри, можна застосувати: обкладання хворої міхурами з льодом, внутрішньовенне введення охолодженого (до +10°C) ізотонічного розчину натрію хлориду, очисну клізму з холодною водою. Дати у великій кількості пиття (фруктові і ягідні соки, відвар шипшини, лужну мінеральну воду) для зниження концентрації і виведення із організму токсичних речовин. Своєчасно змінювати білизну, особливо після потовиділення.

Догляд за хворою у стадії зниження температури тіла.

Стадія зниження температури тіла може відбуватися двома шляхами – літичним (протягом 2-3 діб) та критичним (різке зниження температури протягом декількох годин). Третя стадія гарячки характеризується тим, що теплоутворення в організмі знижується, а тепловіддача зростає. При літичному зниженні температури тіла стан хворої поступово поліпшується. Критичне зниження температури тіла небезпечне для хворої.

Криза може мати сприятливий перебіг, коли зниження температури супроводжується ясным потовиділенням. Пульс і дихання не прискорюються, свідомість не порушується, безсоння змінюється сном. Перебіг кризи може бути й дуже важким. Це свідчить про те, що у хворої виникла гостра судинна недостатність.

При догляді за хворою необхідно регулярно стежити за показниками температури, артеріального тиску, частотою пульсу, частотою серцевих скорочень, частотою дихальних рухів. При літичному зниженні температури тіла продовжувати ретельний догляд шкіри пацієнта зі зміною натільної і постільної білизни; розширити режим активності; призначити дієту №15.

У разі критичного зниження температури тіла та при виникненні колапсу (різка слабкість, сильний головний біль, відчуття холоду, остуда; об'єктивно – поверхневе дихання, блідість шкірних покривів, холодний липкий піт, ниткоподібний пульс, зниження артеріального тиску іноді до загрозливих цифр, похолодіння кінцівок) необхідно:

- а) негайно викликати лікаря. Ні в якому разі не залишати хвору одну!;
- б) дати вжити хворій міцної кави або міцного солодкого чаю;
- в) з під голови хворої забрати подушку;
- г) підняти ножний кінець ліжка на 30-40 см або використати підручні засоби (ковдру, подушку тощо);
- д) до рук і ніг пацієнта прикласти грілки, загорнуті у рушник;
- е) дати зволожений кисень;
- є) контролювати гемодинамічні показники;
- ж) вірно доповідати черговому лікарю про стан хворої, стежачи за ним постійно;
- з) виконати призначення лікаря щодо медикаментозної терапії: ввести підшкірно 1% розчин мезатону або 10% розчин кофеїну-бензоату натрію 1-2мл, 10% розчин сульфокамфокаїну- 2мл;
- і) після виведення хворої із даного стану витерти шкіру насухо, замінити натільну та постільну білизну, створити жіночі умови для глибокого сну.

Пам'ятати! Якщо не надати своєчасно невідкладну допомогу хворій у разі виникнення колапсу – вона може померти.

Ступінь підвищення температури зазвичай залежить від інтенсивності захворювання, яке її обумовило. Вона особливо висока при гострих запальних процесах в статевому апараті, які захватили також і очеревину. Проте слід мати на увазі, що не завжди відсутність високої температури свідчить про незначне поширення запального процесу. Підвищення температури тіла є однією з ознак

реактивності організму. При наявності значного виснаження сил і слабкій опірності організму навіть такі тяжкі процеси, як розлитий перитоніт і сепсис, можуть перебігати при незначному підвищенні температури.

При невідповідності даних температури стану хворої виконуються порівняльне вимірювання периферичної і порожнинної температур, що вимірюються в прямій кишці або, рідше, в піхві. При цьому одночасно два термометри розміщують в пахвових ділянках, а третій – в прямій кишці. Тривалість вимірювання – 5 хвилин.

IX.5. Підрахунок частоти дихання

Нормальне дихання беззвучне і непомітне для оточуючих. Людина звичайно дихає через ніс із закритим ротом. У дорослої людини частота дихання у стані спокою коливається від 16 до 20 дихальних рухів за 1 хв., причому вдих в 2 рази коротший за видих. Одне дихання відповідає приблизно чотирьом пульсовим ударам. У жінок частота дихання дещо більша, ніж у чоловіків. Під час сну і в стані спокою дихання стає повільнішим. Фізична праця, нервово збудження, підвищення температури приводять до частішого дихання.

Рахувати необхідно вдих і видих, як один дихальний рух. Підрахунок проводити протягом 1 хвилини. Хвора може невимушено затримувати або прискорювати дихання, тому під час обстеження необхідно вести підрахунок дихальних рухів грудної клітини непомітно для неї. Можна рахувати дихання безпосередньо після визначення частоти пульсу, не віднімаючи руки від променевої артерії – тоді хвора впевнена, що у неї рахують пульс. Якщо дихання поверхневе і рухи грудної клітки або живота важко помітити, то необхідно зробити вигляд, що рахується пульс, тримаючи свою руку на променевій артерії хворої. Тим часом іншу руку непомітно покласти хворій на її грудну клітку (при грудному типі дихання) або на живіт (при черевному типі дихання).

Можна спостерігати за частотою дихання і на відстані від хворої, рахувати кількість рухів грудної клітки або черевної стінки протягом 1 хвилини.

IX.6. Взяття мазка із зівва

Мазок із зівва пацієнтки береться з метою знаходження в ньому гемолітичного стрептококу, патогенного стафілококу, менінгококу, дифтерійної палички та іншої мікрофлори, а також з метою визначення чутливості мікрофлори до антибіотиків.

Бажано процедуру виконувати натще або не раніше 2-х годин після прийняття їжі; щоб перед процедурою пацієнтка не полоסקала горло антисептиками і не приймала антибактеріальних препаратів.

I, II, III пальцями лівої руки взяти стерильний шпатель; між IV і V пальцями цієї ж руки розмістити стерильну пробірку з стерильною ватною пробкою. Шпателем придавити корінь язика донизу. Провести огляд ротової порожнини і зіву. Правою рукою вийняти із пробірки тампон і обережно, не торкаючись слизової оболонки щоки і язика, підвести його до ділянки розміщення нальоту. Швидко зробити мазок по задній стінці глотки, тобто де є наліт, і не торкаючись слизової оболонки ротової порожнини, обережно вийняти тампон із порожнини рота.

Особливістю взяття мазка із зівва при підозрі на дифтерію є те, що мазок береться на межі нальоту і здорової тканини.

Горловину пробірки провести над вогнем спиртівки і швидко вставити тампон у пробірку, не торкаючись її зовнішньої поверхні.

IX.7. Взяття мазка із порожнини носа

Взяти пробірку в ліву руку, тримаючи її між IV і V пальцями. Вказівним пальцем лівої руки злегка підняти кінчик носа пацієнта. Правою рукою вийняти тампон із пробірки, обережно ввести його обертовими рухами в нижній носовий хід з однієї, а потім з іншої сторони. Горловину пробірки провести над вогнем спиртівки і швидко вставити тампон у пробірку, не торкаючись її зовнішньої поверхні.

IX.8. Взяття мазків з різних відділів сечо-статевого апарату жінки

При взятті матеріалу з різних ділянок статевих органів жінки слід пам'ятати про необхідність ретельного дотримування правил асептики і виконувати всі необхідні в таких випадках процедури в певній послідовності: взяття матеріала для дослідження до, а не після піхвового огляду хворої, а також до, а не після лікувальних процедур.

Перед взяттям мазків із уретри і шийкового каналу на гонокок Нейссера і флору хвора не повинна мочитись на протязі 1,5-2 годин. Перед тим як взяти мазок із уретри, необхідно зробити легкий масаж її пальцем, що введений в піхву (масажується передня стінка піхви і уретра, що до неї

прилягає). Першу порцію виділень з уретри треба зняти ватною кулькою, а потім ввести в сечовидільний канал (не глибше 1,5-2 см) ложечку (Фолькмана, або вушну) і легким пошкрібуванням отримати матеріал, і так само, удавшись до легкого пошкрібування, отримують матеріал із шийного каналу. Легке пошкрібування необхідне для того, щоб в матеріал, що досліджується, могли потрапити гонококи Нейссера, що звичайно розміщуються не на поверхні слизових оболонок, а під епітеліальним покриттям. Матеріал отриманий для дослідження наноситься на предметне скло.

При нанесенні любого матеріалу на предметне скло слід уникати надмірного його розмазування, тому що при цьому руйнуються кліткові елементи, що утруднює лабораторну діагностику. Діагностика утруднюється і при “товстому” мазку, тобто при нанесенні матеріалу товстим шаром.

Мазок із заднього склепіння

Мазок із заднього склепіння піхви для визначення ступеню чистоти піхвового вмісту береться після введення дзеркал і за допомогою палочки з намотаною на кінці ватю.

Мазок з бокової стінки піхви

Береться на рівні між верхньою і середньою його третиною (на рівні зовнішнього вічка шийки матки) для цитологічного дослідження і визначення насичення організму жінки яєчниковими статевими гормонами (гормональна цитодіагностика). Береться також після введення дзеркал і за допомогою палочки з намотаною на її кінці ватю або шпателем.

Мазок-зішкріб (мазок-відбиток)

Мазок – зішкріб з поверхні ерозії шийки матки, мазок із заднього склепіння піхви, мазок-зіскоб із шийкового каналу і мазок із матеріалу отриманого шляхом аспірації (відсмоктування) вмісту порожнини матки (аспіраційна біопсія) – всі ці матеріали беруться для онкологічної цитологічної діагностики з метою виявлення передпухлинних або пухлинних клітин.

При направленні матеріалу для дослідження необхідно відмітити наступні дані: прізвище і ініціали жінки, що обстежується, її вік, домашня адреса, місце роботи і спеціальність, звідки направляється матеріал (пологове, гінекологічне відділення, жіноча консультація), клінічний діагноз, на який предмет і звідки взятий матеріал для дослідження, дата взяття мазків, прізвище лікаря або мед. сестри, що взяли мазки.

ІХ.9. Оксигенотерапія

Оксигенотерапія – це введення кисню в організм хворої або вагітної з лікувальною метою, яке можна здійснити інгаляційним і неінгаляційним методами. Киснева терапія широко застосовується при патологічних станах, основу яких перш за все становить гіпоксія – загальна або місцева. Прикладами загальної гіпоксії можуть бути: тканинна гіпоксія, що виникла на фоні захворювань органів дихання і органів кровообігу; гемічна гіпоксія, що виникла внаслідок великої крововтрати; гіпоксія від отруєння чадним газом та інші. В останні роки широкого застосування в медичній практиці знайшла оксигенотерапія, яка ефективна не тільки в лікуванні загальної гіпоксії, а й в лікуванні місцевих проявів гіпоксії, наприклад, хронічної ішемічної хвороби серця, ішемії кінцівок на фоні травми або атеросклеротичного ушкодження судин. Гіпербарична оксигенація застосовується для надання невідкладної допомоги при гострих порушеннях прохідності мозкових, вінцевих судин, при пологах (у разі розвитку гіпоксії плода), а також для профілактики раньової інфекції при важких відкритих травмах кінцівок. Як правило, киснева терапія ефективна в комплексі з іншими лікувальними засобами при наданні невідкладної допомоги і при традиційному лікуванні того чи іншого захворювання.

Для оксигенотерапії використовується спеціальний медичний кисень, який зберігається в балонах, пофарбованих в блакитний колір. На балоні є позначка чорною фарбою “кисень” та літера “М” – медичний. Тиск у балоні 150 атм. Медичний працівник повинен знати, що стиснутий кисень є вибухонебезпечним, а тому слід суворо дотримуватися правил техніки безпеки при роботі з киснем, балоном, апаратурою. *Киснева подушка* являє собою прогумований мішок ємністю 25-50 л. Від мішка відходить гумова трубка довжиною біля одного метра, на якій є кран та мундштук. До подушки кріпиться лямка. З огляду на небезпеку вибуху кисню та виникненню пожежі медична сестра повинна звернути увагу на приміщення, де зберігається кисневий балон. Воно повинно бути сухим, температура повітря не вища за +25°C. Дія більш високої температури оточуючого повітря або дія сонячних променів можуть призвести до різкого підвищення тиску газу в балоні у зв'язку з його розширенням. В приміщенні, де зберігається кисневий балон, недопустимо палити, користуватися електроприладами, відкритим вогнем. Забороняється в цьому приміщенні зберігати інші гази, ефір, спирт, бензин.

Балон повинен знаходитись у вертикальному положенні; бути зафіксованим металевими скобами до стіни приміщення. Необхідно звернути увагу на рік виготовлення балону і дату наступного випробування (випробування на стійкість до високого тиску проводиться один раз на 5 років).

Одяг персоналу повинен бути чистим, а саме не забрудненим жиром, мастилами, фарбою. Руки забороняється змазувати кремом або олією.

Кисень – це сухий і холодний газ, який при контакті з слизовими оболонками може викликати їх опік, а тому на всіх етапах роботи з киснем – не слід направляти струмінь газу в обличчя, очі.

Редуктор кисневого балону має 2 манометри. Один із них показує тиск кисню в балоні, інший – тиск, під яким кисень випускається з балону. Користуючись вентилям редуктора, наповнити подушку киснем під тиском 1-2 атм (вентиль редуктора слід повільно крутити за годинниковою стрілкою, слідкуючи за стрілкою манометра низького тиску). Відчувши наповнення подушки (вона стає твердою), вентиль редуктора закрутити проти годинникової стрілки. Занадто тверду подушку робити не слід, тому що оболонка подушки не розрахована на високий тиск і може статися розрив з вибухом.

На гумову трубку кисневої подушки надіти мундштук з краном. Мундштук обгорнути вологою марлевою серветкою (3-4 шари марлі) та укріпити її бинтом до основи мундштука.

Притиснути до рота хворої мундштук кисневої подушки, попередньо зауваживши, щоб вона вдихала ротом, а видихала носом. Відкрити кран і регулювати ним швидкість поступлення кисню. По мірі зменшення кисню в подушці її слід повільно скручувати з протилежного до трубки кінця, щоб максимально використати кисень з подушки. Можливе підвищення ефективності кисневої подушки, якщо мундштук замінити носовим катетером, а зволоження кисню здійснити шляхом пропускання його через заповнений частково водою апарат Боброва. До довгої склянки трубки приєднати подушку, а до короткої - катетер.

При централізованій подачі кисню через носовий катетер відрегулювати оптимальну дозу (4-6 л/хв). Кожні 30-40 хвилин змінювати положення катетера (з правого носового ходу в лівий і навпаки) для запобігання висихання слизової оболонки носових ходів і утворення пролежнів.

При виникненні першіння в носі і носоглотці тимчасово припинити подачу кисню і закапати олійні краплі в ніс. Через 1-2 години інгаляції потрібно робити перерву на 20-30 хвилин, щоб запобігти токсичній дії високих концентрацій кисню. Перенасичення організму киснем погано впливає на серцево-судинну та дихальну системи. А при тривалому застосуванні кисню может виникнути гостре кисневе отруєння.

Оксигенотерапія при набряку легень проводиться через апарат Боброва заповнений на 1/3 40° розчином етилового спирту або 10% спиртовим розчином антифомсилану. Інгаляцію робити протягом 20-30 хвилин з перервами на 10-15 хвилин. Під час перерви хворій дати вдихати чистий кисень.

IX.10. Аутогемотерапія

Аутогемотерапію застосовують з метою підвищення опірності організму при гострих і хронічних гнійно-запальних процесах. Суть методу полягає в тому, що взяту із вени хворої кров одразу вводять внутрішньом'язово в верхньо-зовнішній квадрат сідниці. В перший день вводиться 2 мл крові, а потім через кожні 2-3 дні збільшувати дозу на 2 мл і довести її до 10-12 мл. Загальний курс лікування – 10-12 ін'єкцій, інтервал між ними – 2-3 дні. Для профілактики утворення інфільтрату до місця внутрішньом'язової ін'єкції прикласти грілку.

IX.11. Профілактика СНІДу при роботі з кров'ю

В наш час проблема профілактики СНІДу (синдрому набутого імунodefіциту) в лікувальних закладах надзвичайно актуальна. Медичні працівники, які виконують різні маніпуляції пов'язані з кров'ю, можуть бути інфіковані не тільки від хворих на СНІД, але і від носіїв цього збудника. Медичні працівники, які недостатньо обізнані з проблемою СНІДу можуть заразитися не тільки самі, але й заразити пацієнтів, які звернулися в поліклініку або потрапили до лікарні.

При виконанні маніпуляцій, при яких може наступити забруднення рук кров'ю або сироваткою – обов'язково одягнути стерильні гумові рукавички. Під час роботи всі ушкодження на руках закрити напальчиком або заклеїти лейкопластирем. Під час процедур, які можуть супроводжуватися розбризкуванням крові очі, ніс та рот повинні оберігатися за допомогою захисних окулярів, маски, поверх халату необхідно надіти клейончатий фартук. Якщо відбувся розрив або прокол рукавички, необхідно її терміно зняти, занурити у 5% розчин хлораміну на 60 хв. видавити краплю крові з місця проколу пальця, обробити 4% розчином перекису водню, а потім – 5% спиртовим розчином йоду. Заклеїти липким пластирем, надіти напальчник, зверху нову стерильну гумову рукавичку. При попаданні крові в очі – промити великою кількістю води, продути сильним струменем повітря, закапати кілька крапель 1% розчину борної кислоти.

При попаданні крові на слизову оболонку рота – прополоскати 0,05% розчином калію перманганату, 1% розчином борної кислоти або 70° розчином етилового спирту.

При попаданні крові на шкіру рук та інших ділянок тіла – обробити її 3% розчином хлораміну або 70° розчином етилового спирту, через 5 хв. Промити водою з милом.

При попаданні крові на клейонку обробити її 3% розчином хлораміну або 4% розчином перекису водню. Забруднений кров'ю одяг замочити у 0,5% розчині хлораміну на 60 хв. Кров змити в промаркіровану ємкість і залити 3% розчином хлораміну на 60 хв. Пробірки від крові та ватні кульки –

занурити в 3% розчин хлораміну на 60 хв. Виконання таких невідкладних заходів збереже здоров'я медсестер та іншого медперсоналу.

IX.12. Визначення добового діурезу і водного балансу

Добовий діурез – це кількість виділеної сечі за добу. За добу людина виділяє приблизно 1000-1500мл сечі, але ця кількість може значно коливатися залежно від різних фізіологічних і патологічних умов. У здорової людини добовий діурез залежить, як правило, від кількості великої рідини, характеру харчування і медикаментів, що приймаються. При захворюваннях серцево-судинної системи, нирок та інших органів кількість виділеної сечі може зменшуватися (олігурія), збільшуватися (поліурія), може спостерігатись повне припинення сечовиділення (анурія).

Водний баланс – це співвідношення кількості виділеної сечі і кількості вжитої протягом доби рідини. Добовий діурез в нормі повинен становити не менше 75-80% від усієї прийнятої за добу рідини. Якщо хвора за добу виділяє набагато менше сечі, ніж вживає рідини (від'ємний діурез), то це означає, що частина рідини затримується в організмі, збільшуються набряки, рідина накопичується в порожнинах: черевній (асцит), плевральній (гідроторакс) та інших. Якщо хвора протягом доби виділяє сечі більше кількості випитої рідини, то це позитивний діурез. Він спостерігається у пацієнтів при хронічній недостатності кровообігу в період сходження набряків при прийманні сечогінних препаратів. Вагітним з пізними гестозами, хворим з серцевою недостатністю дуже важливо щоденно визначати добовий діурез та водний баланс.

Для визначення добового діурезу хвора вранці о 6 годині повинна прокинутись і звільнити сечовий міхур в туалет (ця сеча не збирається). Лежача хвора збирає сечу в сечоприймач або підкладне судно. Протягом доби (вдень та вночі) до 6 години ранку наступного дня хвора збирає сечу і зливає її в градуйовану ємкість. Після закінчення доби медична сестра визначає кількість виділеної сечі і записує цифрою результат вимірювання у відповідну графу температурного листа.

При вимірюванні добового діурезу у хворої після операції або переливання крові, відлік часу збору сечі іде з моменту поступлення хворої в палату (наприклад, з 15 год. 2/III до 15 год. 3/III). При передачі чергування вказується скільки сечі зібрано за попередній час і до котрої години слід продовжити дослідження.

Для визначення водного балансу протягом всієї доби фіксувати кількість випитої пацієнткою рідини, включаючи не тільки напої, а і рідку частину перших страв. Зважувати на вагах фрукти і овочі, тому що маса фруктів та овочів приймається повністю за кількість спожитої рідини. Враховувати кількість рідини, введеної парентерально. Водний баланс визначається по співвідношенню прийнятої рідини та виділеної за добу сечі.

IX.13. Збирання сечі для лабораторного дослідження.

А. Збирання сечі для загального аналізу.

Загальний клінічний аналіз сечі проводиться усім пацієнтам, незалежно від характеру захворювання. В нормі добова кількість сечі у дорослої людини коливається від 1000 до 2000 мл. Забарвлення сечі коливається від світло-жовтого кольору до насичено-жовтого і залежить від кількості пігментів – урохрому, уроеритрину. Інтенсивність забарвлення сечі залежить також від її питомої ваги і кількості сечі. Зміна кольору сечі має деяке діагностичне значення. Насичена темно-жовта сеча свідчить про добру концентраційну здатність нирок; блідо-жовта, майже безбарвна сеча вказує на порушення концентраційної функції нирок. Гематурія надає сечі кольору м'ясних помиїв. При з'явленні темної, майже коричневої сечі, після переливання крові слід терміново повідомити лікаря.

У нормі сеча завжди прозора. Її помутніння може бути спричинене надлишком солей, клітковими елементами, бактеріями, жирами.

У нормі реакція сечі при змішаному харчуванні кисла або слабо-кисла. Питома вага сечі залежить від кількості розчинених в ній речовин, вона коливається від 1010 до 1025.

В сечі не повинно бути цукру, білка, пігментів, кетонових тіл. В осаді нормальної сечі можуть бути поодинокі клітини епітелію, лейкоцити, незначна кількість солей.

Для збирання сечі необхідно підготувати чисту суху скляну банку ємкістю 250 мл з кришкою. Банку не можна мити милом або пральним порошком, тому що ці речовини можуть зробити сечу не придатною для дослідження. Вранці перед збиранням сечі на аналіз жінка повинна здійснити туалет зовнішніх статевих органів теплою перекип'яченою водою з милом або слабким розчином калію перманганату. Після гігієнічної процедури випустити трохи сечі в унітаз і затримати сечовипускання; підставити банку і зібрати в неї 100-200мл сечі (при необхідності - закінчити сечовипускання в унітаз) закрити банку кришкою. "Середню" порцію сечі необхідно брати для того, щоб запобігти потраплянню в банку сторонніх домішок (з піхви, сечівника).

Сечу на дослідження не беруть у жінок під час менструації. У разі потреби необхідно взяти сечу уретральним катетером. Цю маніпуляцію виконують тільки за призначенням лікаря.

Відправляють сечу в клінічну лабораторію протягом однієї години після її збирання, тому що

інфікування сечі з оточуючого середовища може призвести до лужного бродіння. Якщо немає можливості швидко відправити сечу в лабораторію, її слід зберігати в прохолодному місці.

Повторні аналізи сечі роблять кожні 7-10 днів за призначенням лікаря. Більш часті дослідження сечі необхідно робити після оперативних втручань, до і після переливання крові.

Визначення кетонових тіл

Кетонів (ацетонів) тіла визначають в перші три години після сечовипускання (бажано ранкового). Сеча повинна бути доставлена в лабораторію якомога швидше.

Кетонурія може з'явитися в результаті як підвищеного утворення кетонових тіл в організмі, так і в результаті зменшення їх розщеплення.

Кетонурія з'являється при тяжкій формі цукрового діабету, а також може бути наслідком вуглеводного голодування. Кетонурія на тлі голоду і виснаження можлива при тяжких формах ранніх гестозів, тривалих шлунково-кишкових розладах, дизентерії тощо.

Збирання сечі за методом Амбурже

При цьому методі відмічають "хвилинну лейкоцитурію", тобто кількість формених елементів, що виділяються з сечею за 1 хв.

В нормі за 1 хв. з сечею виділяється до 2000 лейкоцитів та 1000 еритроцитів. Отримані дані мають важливе значення для уточнення діагнозу захворювань нирок і сечовивідних шляхів.

Вранці о 6 годині хвора сповільнює сечовий міхур (цю сечу не збирають). Протягом наступних трьох годин з 6 до 9 годин ранку, хвора збирає сечу в банку (250мл або 500мл).

Збирання сечі на аналіз за методом Нечипоренка.

При цьому методі визначають кількість формених елементів в 1 мл осаду сечі.

В нормі у здорової людини в 1 мл осаду сечі міститься 4000 лейкоцитів та 2000 еритроцитів, циліндри 20.

Збирати "середню" порцію сечі краще вранці, але можна зробити це в будь-який час доби.

Збирання сечі за методом Каковського-Аддіса.

При цьому методі визначають кількість формених елементів, що виділяються з сечею за добу.

У здорової людини протягом доби з сечею виділяється лейкоцитів 2×10^6 , еритроцитів 1×10^6 , циліндрів 2×10^4 .

О 22 годині вечора хвора повинна звільнити сечовий міхур і протягом ночі не ходити в туалет. Якщо хвора не може на тривалий час затримати сечовипускання та виділяє сечу протягом 10-ти нічних годин декількома порціями, то для запобігання розпаду формених елементів (еритроцитів, лейкоцитів) в сечу, яка довго стоїть, додають декілька крапель формальдегіду.

О 8-й годині ранку (після гігієнічної процедури) хвора збирає сечу у банку ємкістю 250 або 500мл.

Збирання сечі за методом Зимницького.

Це один із методів дослідження функціональної здатності нирок. Ця проба дозволяє визначити денний, нічний, добовий діурез, а також кількість і питому вагу сечі в кожній із 8 порцій.

Основною перевагою цього метода є те, що функціональне дослідження нирок проводиться в умовах звичайного режиму пацієнтки.

Перед дослідженням необхідно проконтролювати відміну сечогінних препаратів, щоб не сталося збільшення діурезу і зменшення питомої ваги сечі. Підготувати 8 чистих банок ємкістю 250мл. з кришками і наклеїти етикетки на кожну банку

I порція – з 6 до 9 години;

II порція – з 9 до 12 години;

III порція – з 12 до 15 години;

IV порція – з 15 до 18 години;

V порція – з 18 до 21 години;

VI порція – з 21 до 24 години;

VII порція – з 24 до 3 години;

IX порція – з 3 до 6 години.

Звечора видати хворій підготовлені банки. Після заповнення банки її необхідно закрити кришкою і поставити на полицю спеціально відведена для аналізів сечі в туалетній кімнаті.

О 6 годині ранку хвора звільняє сечовий міхур (ця сеча не збирається). Протягом кожних трьох годин хвора мочиться у відповідні ємкості один або декілька разів. У випадках поліурії може не вистачити однієї банки. Хвора бере банку без номера і мочиться в неї. Але вона повинна проінформувати про це медичну сестру. Необхідно прослідкувати, щоб хвора заповнила усі банки. О

24-й, 3-й та 6-й годині розбудити хвору для звільнення сечового міхура. Вранці наступного дня відправити всі банки в клінічну лабораторію. При відсутності сечі в окремих банках, їх також слід відправити до лабораторії.

В лабораторії в кожній із восьми порцій вимірюють об'єм і визначають урометром питому вагу. Результати проби записуються на спеціальних бланках, де приведені дані про кожну порцію.

Оцінка результату проби за Зимницьким.

Результат проби за Зимницьким вважають хорошим, якщо:

- а) добовий діурез достатній (приблизно 1,5л) і становить 70-75% від кількості випитої хворою рідини;
- б) денний діурез, тобто виділення сечі з 6⁰⁰ до 18⁰⁰ год. Повинен становити 2/3-3/4 від добового, а нічний діурез – 1/3 або 1/4 від добового діурезу;
- в) коливання питомої ваги за добу в межах норми 1010-1025, коливання між порціями не менше 4-х одиниць.

Виділення рівної кількості сечі вдень і вночі, а також перевага нічного діурезу над денним (ніктурія) вказує на зниження функціональної здатності нирок; низька питома вага сечі (гіпостенурія) та майже однакова протягом доби (ізостенурія –1007-1012) вказують на важкі захворювання нирок.

IX.14. Катетерізація сечового міхура.

Катетерізацію сечового міхура здійснюють з метою виведення з нього сечі (при гострій затримці сечі, що триває більше 10-12 годин), для промивання сечового міхура або одержання сечі для дослідження, коли неможливо виконати цю маніпуляцію за загальними правилами. Цю процедуру виконують катетером, який буває гумовим, пластмасовим, металевим. При проведенні процедури всі інструменти, перев'язувальний матеріал, руки медичної сестри, катетер, розчини та інше, повинні бути стерильними.

Після туалету зовнішніх статевих органів лівою рукою за допомогою двох серветок розвести статеві губи. Ділянку навколо зовнішнього отвору сечівника обробити стерильним розчином фурациліну 1:5000. Правою рукою взяти стерильним пінцетом стерильний катетер, змазаний попередньо стерильною вазеліновою олією або стерильним гліцерином. Обережно, без зусиль ввести катетер в сечівник і просунути його на 5-7см. Поява сечі свідчить про те, що катетер знаходиться в сечовому міхурі.

Якщо необхідно зібрати сечу на бактеріальне дослідження, під стумінь сечі підставити стерильну пробірку, знявши з неї пробку. Набрати половину пробірки сечі, закрити пробку.

Для збирання сечі на клінічний аналіз (щоб виключити можливі домішки), підставити під стумінь сечі чисту суху банку ємкістю 250мл. Набрати 100-150мл сечі. Після припинення самостійного виділення сечі з катетера, можна злегка натиснути над лобком, щоб виділити із сечового міхура залишки сечі. Вийняти катетер в час, коли виділяються залишки сечі, цим самим промити сечеві сечівник.

Якщо катетерізацію роблять щоденно, то після виділення сечі для профілактики запалення сечового міхура (цистити) за допомогою стерильного шприця ємкістю 10-20 мл ввести через катетер у сечовий міхур 10 мл теплої (+37⁰C) стерильного розчину фурациліну 1:5000 і відразу вийняти катетер.

Визначення гормонів кори надниркових залоз.

Для з'ясування функціонального стану кори надниркових залоз визначають вміст в сечі 17-кетостероїдів. В нормі в жінок за добу з сечею виділяється 7-37 мк/моль 17-кетостероїдів.

Для дослідження на вміст 17-кетостероїдів збирають добову кількість сечі. Сестра попереджає хвору про проведення дослідження, вказує термін збору сечі і забезпечує хвору необхідною посудом великої ємкості (2-3л) з кришкою, що щільно закривається. Банка з сечею повинна зберігатися в холодильнику. При направленні на дослідження в банку відливають 100 мл сечі, вказують загальну кількість виділеної сечі та вагу жінки.

IX.15. Використання міхура з льодом

Лід дрібно розколоти для зручнішого розміщення міхура та щоб міхур був легшим і краще моделювався за формою тіла. Не можна наливати воду у міхур, а потім заморозувати його. Такий міхур надто важкий і він погано набуває форму ураженого місця.

Міхур на 2/3 заповнений льодом прикладається до поверхні тіла хворої: на ділянку живота (при гострих запальних процесах органів черевної порожнини), на нижню частину живота (при матковій кровотечі), на уражене місце (при свіжих травмах).

Міхур з льодом можна використовувати на протязі доби, але через 20-30 хв його необхідно знімати на 10-15 хв. При необхідності тривалого тримання міхура з льодом (протягом доби) через 2-3 години лід потрібно поновлювати.

Слідкувати, щоб шкіра під міхуром не побіліла (для запобігання відмороження).

При лихоманці, а саме у другій її стадії міхур з льодом, обгорнутий полотняної серветкою, слід підвісити на жердині на 3-5 см над головою хворої.

IX.16. Застосування газовивідної трубки

Метеоризм – це скупчення газів у кишках. Хворі відчувають здуття, розпирання живота. Причинами метеоризму можуть бути:

- 1) посилене газоутворення в кишках, яке обумовлене споживанням з їжею рослинної клітковини (капуста, квасоля, горох тощо);
- 2) порушення рухової функції кишок внаслідок зниження тонуусу їхніх стінок та непрохідності;
- 3) зниження всмоктування газів стінками кишок при їх нормальному утворенні та ін.

Хвора лягає на лівий бік з зігнутими і приведеними до живота ногами. Якщо хворій протипоказане положення на лівому боці, покласти її на спину з зігнутими в колінах і розведеними ногами. Закручений кінець газовивідної трубки змащеної стерильною вазелиновою олією обертаючими рухами повільно вводиться на глибину 20-30 см. Зовнішній кінець газовивідної трубки опустити в судно з водою (через нього будуть виділятися гази, рідкі калові маси, слиз).

Тривалість процедури визначає лікар. Медична сестра повинна знати, що газовивідна трубка повинна знаходитися в прямій кишці не більше 2-ох годин. Тривале знаходження газовивідної трубки у прямій кишці може привести до утворення пролежня на слизовій оболонці кишки. При необхідності газовивідну трубку можна застосовувати повторно через деякий час.

IX.17. Клізми

Клізма (від грецького *klyma* – зрошувати) – це введення в нижній відділ товстої кишки через задній прохід різноманітної рідини з лікувальною та діагностичною метою.

Діагностичну клізму застосовують, наприклад, для розпізнавання кишкової непрохідності.

Лікувальна клізма застосовується для очищення кишечника (очисна, послаблююча: олійна, гіпертонічна, емульсійна) а також для введення в товсту кишку лікувальних засобів як місцевої так і резорбтивної (загальної) дії на організм людини (медикаментозна клізма).

Одним із показань до постановки клізм є запор. Запор – це тривала затримка калу в кишках. Запор буває органічним, що пов'язаний з механічною перешкодою – в разі звуження кишки пухлиною, спайками, а також функціональний, який пов'язаний з недостатнім руховим режимом, вживанням легкозасвоюваної їжі, слабкістю черевного пресу, тривалим лежанням у ліжку.

Запор може погіршувати стан хворих, тому що зворотно всмоктуються шкідливі для організму продукти обміну, що веде до самоотруєння. Починає боліти голова, знижується апетит, здувається кишечник. Запор при захворюванні органів кровообігу, може викликати напад болю в ділянці серця, підвищення кров'яного тиску.

Якщо стан здоров'я дозволяє, підвищуючи фізичну активність, регулюючи склад харчового раціону із збільшенням в дієті овочів та фруктів (капуста, буряк, чорнослив, банани, а також одноденний кефір), можна нормалізувати випорожнення, а коли це не допомагає – ставити клізму.

Очисну клізму ставлять при запорах, перед пологами, штучними абортами, з метою підготовки пацієнтів до планових операцій, рентгенологічного і ендоскопічного досліджень органів шлунково-кишкового тракту, нирок, внутрішніх статевих органів, перед медикаментозними клізмами, при отруєннях.

Перед процедурою необхідно звільнити сечовий міхур. Пацієнт лежить на лівому боці з підведеними до живота ногами. Якщо хворій заборонено повертатися, процедуру виконують в положенні на спині, але під таз слід покласти валик із ковдри, хвора повинна зігнути ноги в колінах і розвести в сторони стегна.

Кухоль Есмарха підвішується на штатив на висоту 1 метр, заповнюється водою до кількості 1-1,5 л.: при атонічних запорах – температурою +14-16°C, при звичайних запорах – +18-20°C, при спастичних запорах – +39-40°C; для полегшення виведення калу у воду можна додати 25 г господарського мила.

Наконечник змащується вазеліном, пальцями лівої руки розвести сідниці і обережно, обертальними рухами правої руки ввести наконечник в пряму кишку. Спочатку ввести його в напрямку до пупка (3-4 см), а потім паралельно куприку (8-10 см). При наявності гемороїдальних вузлів наконечник слід обережно провести між ними, намагаючись їх не задіти. Грубе і стрімке введення наконечника недопустиме, тому що можна поранити стінку прямої кишки.

Рідина повинна поступати в кишечник повільно, щоб не викликати біль у животі і раптове переповнення кишечника. При відчутті болю в животі під час введення рідини в пряму кишку слід опустити нижче кухню Есмарха, що зменшить тиск надходження рідини в пряму кишку і зніме біль.

Якщо при введенні наконечника він упирається в стінку кишки або калові маси, його витягують на 1-2 см і знову просовують вперед. Якщо наконечник закупорюється каловими масами, його

виймають, промивають водою з куніу Есмарха і вводять повторно.

Іноді калові маси дуже щільні і поставити клізму практично неможливо. У такому випадку слід очистити пряму кишку пальцем у гумовій рукавичці, змащеною вазеліном; після цього поставити очисну клізму.

Хвора повинна полежати на спині 5-7 хвилин і глибоко дихати. Це сприяє кращому розрідженню калових мас. Очисну клізму вважають успішною, якщо з водою відійдуть через декілька хвилин і калові маси.

Особливості застосування клізми дітям

Кількість введеною рідини залежить від віку:

- новонародженим – 30 мл;
- віком від 1 до 3 місяців – 60 мл;
- віком від 3 до 6 місяців – 90 мл;
- віком від 6 до 9 місяців – 120-150;
- віком від 9 до 12 місяців – 180 мл;
- віком від 1 до 2 років – 200 мл;
- віком від 3 до 5 років – 300 мл;
- віком від 6 до 9 років – 400 мл;
- віком від 10 до 14 років – 500 мл.

Дітям для постановки клізм застосовують м'які гумові або поліетиленові наконечники, гумові груші. Рідину вводять повільно, без великого тиску. Після видалення наконечника на кілька хвилин стиснути сідниці дитині, щоб затримати потяг до очищення кишечника.

Застосування олійної клізми

Олійна клізма належить до послаблюючих клізм, які проводять з метою очищення кишечника від калових мас. Олійну клізму призначають при стійкому запорі та запальних процесах у прямій кишці. Послаблюючий ефект очисної клізми полягає в тому, що олія обволікає кал і полегшує його виведення. Також під впливом кишкової мікрофлори і соку, олія частково розщеплюється, при цьому утворюються жирні кислоти, які справляють на стінку кишківника слабку подразнюючу дію, що відновлює нормальну перистальтику.

Для клізми використовується стерильна вазелінова або рослинна олія – 100-150 мл. Гумовий балон ємкістю 150 – 200 мл заповнюється олією, зануривши в неї наконечник обережно обертаючими рухами правої руки ввести наконечник у пряму кишку на глибину 8-10 см. Плавнo без застосування великої сили, витиснути з балону олію в пряму кишку. Після клізми хвора не повинна вставати з ліжка до ранку, випорожнення наступить через 8 – 10 годин. Якщо через 8-10 годин дія олійної клізми не наступить, тоді слід зробити очисну клізму (при відсутності протипоказань).

Застосування гіпертонічної клізми

Найчастіше гіпертонічну клізму призначають для стимуляції спорожнення кишок при атонічному запорі і при парезі кишечника після хірургічних втручань на органах черевної порожнини.

Використовують 10% розчин натрію хлориду, 25% розчин магnezії сульфату, 20-30% розчин натрію сульфату. Міцні сольові розчини збуджують перистальтику кишок і вже через 10 – 20 хвилин відбувається спорожнення кишечника.

Крім того завдяки своїй осмотичній дії гіпертонічна клізма сприяє інтенсивному виходу міжклітинної рідини з тканин у просвіт прямої кишки, що призводить до розрідження калу і виділенню його у великій кількості. Враховуючи це, гіпертонічну клізму застосовують при набряках, зокрема, оболонок мозку.

Але в зв'язку з тим, що такі клізми подразнюють слизову оболонку кишок, їх застосовують рідко.

Протипоказання: гострі запальні та виразкові захворювання нижніх відділів товстої кишки та тріщини заднього проходу.

Для приготування 10% розчину натрію хлориду 20 г натрію хлориду розчинити у 200 мл води (в домашніх умовах) або отримати розчин цієї концентрації у аптеках.

В гумовий балон набрати 150-200 мл гіпертонічного розчину, наконечник ввести у пряму кишку на глибину 8-10 см і плавнo без застосування великої сили, витиснути розчин у пряму кишку.

Хворій необхідно полежати 20-30 хвилин, затримуючи акт дефекації, після цього випорожнити вміст кишечника.

Застосування емульсійної клізми

Емульсійна клізма має послаблюючу дію, застосовується при запорах у важко хворих пацієнтів.

Після такої клізми спорожнення кишечника настає через 15-20 хвилин. Приготування емульсії: взяти 1 столову ложку ромашки, залити склянкою крутого кип'ятку, настояти 10-20 хвилин, процідити. До настою ромашки додати жовток одного яйця, збитий з однією чайною ложкою натрію

гідрокарбонату, дві столові ложки гліцерину або вазелінової олії. Емульсію приготувати ще так: до 100-150 мл води додати 2 столові ложки риб'ячого жиру або рослинної олії.

Гумовим балоном через наконечник введений в пряму кишку на глибину 8-10 см плавно витискується емульсійний розчин. Хворій необхідно полежати 20-30 хвилин, затримуючи акт дефекації.

Застосування сифонної клізми

Сифонний метод промивання кишечника заснований на використанні принципу сполучних судин.

Сифонну клізму застосовують при непрохідності товстої кишки, тяжких отруєннях та інтоксикації, підготовці хворого до операції на товстій кишці, при відсутності ефекту від очисної і послаблюючої клізм. Сифонна клізма не тільки механічно вимиває кал вона справляє подразнюючу дію на стінки кишечника, збуджуючи перистальтику.

Сифонна клізма – це важка процедура для ослаблених хворих. Тому слід потурбуватися, щоб голова хворої лежала на подушці, а верхні частини тіла були вкриті ковдрою. Необхідно уважно слідкувати під час проведення процедури за станом пацієнтки. Присутність лікаря обов'язкова.

Необхідно підготувати перекип'ячену воду або слабкий розчин калію перманганату – 8-10 л.

Стерильний товстий зонд з боковими отворами обертальними рухами обережно ввести на 20-30 см у пряму кишку. Через перехідник приєднати до товстого зонда гумову трубку і скляну лійку ємкістю 1-1,5 л. Тримаючи лійку на рівні кушетки в нахиленому положенні: поступово наповнити її водою з кухля. Наливаючи воду в лійку, одночасно піднімати її на один метр вище кушетки, тобто вище тіла хворої. За один раз можна влити у лійку 1-1,5 л води.

При підніманні лійки, вода переходить із системи в кишку. Коли рівень води наблизиться до звуження лійки, останню опускають над мискою, не перевертаючи її, чекають, доки вона наповнюється вмістом кишечника. Перевертають лійку і виливають її вміст у миску. Спочатку виділяється мутна вода з каловим забарвленням, потім поступають в лійку газу, а потім – шматочки калу. Це свідчить про ефективність клізми.

Знову наповнити лійку водою, підняти її на висоту один метр і повторювати процедуру до тих пір, поки із кишківника не припиниться відходження газів та калу. Закінчуючи процедуру від'єднати лійку, опустити гумову трубку в миску на 10-15 хвилин, щоб видалити залишки рідини та газу із кишечника. Обережно вийняти товстий зонд із кишечника і здійснити туалет промежини. Хвору необхідно тепло вкрити ковдрою, при необхідності зігріти грілками.

Застосування медикаментозної клізми

Медикаментозні клізми поділяються: клізма місцевої дії (лікувальна мікроклізма) має протизапальну та обволікаючу дію, її застосовують при запальних процесах у прямій кишці. Вміст такої клізми не перевищує 150 мл. До клізми місцевої дії належать олійні (30-50 мл маслинової або шипшинової олії), крохмальні (2,5 г крохмалю розводять у 50 мл кип'ятку). Може використовуватися і настій ромашки (1 столову ложку сухих квіток ромашки залити 1 стаканом кип'ятку, настояти годину, процідити).

Медикаментозні клізми загальної дії застосовують у випадках, коли хворій не можуть вводити ліки через рот або парентерально. При цьому способі ліки швидко всмоктуються в кров через гемороїдальні вени, обминаючи печінку. Для загальної дії на організм невелику кількість ліків (до 150 мл) можна вводити в мікро клізмах (напр., хлоралгідрат: 1 г препарату розводять у 25 мл крохмального клейстеру). Таку клізму використовують при судомах та різкому збудженні хворої. Для їх виконання можна використовувати гумовий балон або ректальний катетер та шприц Жане. Лікувальні розчини об'ємом 1-2 л вводять крапельним способом (крапельна клізма) для компенсації втрати кількості рідини (пронеси, блювання, проливні поти). Слід пам'ятати, що в нижньому відділі товстої кишки всмоктується вода, ізотонічний розчин натрію хлориду, розчин глюкози та розчинені в них ліки, також частково всмоктуються білки, амінокислоти.

За 40-60 хвилин до постановки медикаментозної клізми зробити хворій очисну клізму. Лікувальний розчин у кількості 100-150 мл підігріти до температури +38-40°C (низька температура сприяє позивам на дефекацію, внаслідок чого ліки не всмоктуються).

Обертальними рухами обережно – ректальний катетер ввести у пряму кишку на глибину 10-15 см. Приєднаним до ректального катетера шприцем Жане з лікувальним розчином повільно ввести останній у пряму кишку.

Хворій слід спокійно полежати в ліжку не менше 1 години.

Застосування крапельної клізми

Введення лікувальних розчинів об'ємом 1-2 л здійснюють за допомогою крапельних клізм. Крапельний спосіб введення є більш доцільним, бо при цьому рідина не розтягує кишку, не посилює перистальтику, не викликає дефекацію, а всмоктується, поступаючи краплями. Температура рідини, яку вводять за допомогою крапельної клізми, має бути в межах +38-40°C, тому до задньої стінки кухля Есмарха прикріплюють грілку і стежать щоб вона була весь час теплою.

Хвора лягає на край кушетки на лівий бік з підведеними до живота ногами. Стерильний ректальний катетер вводиться на глибину 15-20 см. Кухоль Есмарха підвішується на висоті один метр.

Відрегулювати краном частоту крапель лікувального розчину у кількості 60-80 крапель за хвилину.

При необхідності в кухоль Есмарха додають ще лікувальної рідини за призначенням лікаря. Протягом доби вводити до 2-3 л розчинів.

Х. Зразки санітарно-просвітницьких бесід по гінекологічній тематиці

Х.1. Дівчатам про статеве дозрівання

“Уміння бути здоровими – це уміння не нашкодити своєму здоров’ю. Нажаль 30% підлітків мають захворювання. Існує поняття “гігієнічна культура”. Нажаль деякі люди пов’язують гігієнічну культуру лише з чистотою зубів та миттям рук. Для попередження багатьох захворювань кожна дівчинка-підліток повинна знати основи фізіологічного розвитку статевої системи, становлення менструальної функції, гігієну статевого життя”.

Що таке період статевого дозрівання?

Ти вже помітила, що зараз з тобою постійно відбуваються зміни, і не тільки зовнішні, але змінюється настрій, поведінка, характер. І це зрозуміло. Раніше ти лише росла, а тепер почала дорослішати. Розпочався новий період у твоєму житті – період статевого дозрівання. За цей час дівчинка поступово перетворюється в дівчину. Він триває з 9-10 років до 16-17 років і поділяється на два періоди:

I – препубертатний (7-9 років);

II – пубертатний, в якому виділяють дві фази:

1. 10-13 років (її завершує перша менструація);

2. 14-17 років.

I – препубертатний період (7-9 років) – в цей час в репродуктивній системі розпочинають відбуватися зміни, які свідчать про її хоча й низьку, але певну функціональну активність. Вміст статевих гормонів ще продовжує залишатись низьким, вторинні статеві ознаки відсутні.

II – пубертатний період

1 фаза – 10-13 років – цей період розпочинається тоді, коли гіпофіз (ендокринна залоза, що розташована в мозку) починає виробляти деякі гормони. Ці гормони впливають на вироблення у яєчниках статевих гормонів (естрогенів та прогестерону), внаслідок чого:

- дівчина починає посилено рости;
- відбувається перерозподіл жирової та м’язової тканин за жіночим типом: розширюються стегна, збільшується вага;
- посилено функціонують сальні та потові залози, що приводить до появи неприємних вугрових прищів на обличчі;
- розвиваються молочні залози;
- з’являється оволосіння під пахвами і на лобку;
- розпочинаються менструації. Поява першої менструації завершує цю фазу.

2 фаза – 14-17 років – у цей час відбувається становлення менструальної функції, розвиток репродуктивної системи, остаточне формування організму, який стає здатним до запліднення, виношування вагітності, пологів і вигодовування новонародженого.

Чому з’являються менструації?

Однією з найбільших змін, яка відбувається з дівчатами в період статевого дозрівання, є початок менструацій (місячних). Це ознака нормального розвитку здорового тіла, і не потрібно хвилюватись, – просто ти стаєш дорослою дівчиною.

Слово “менструація” походить від латинського слова “mens”, яке означає “місяць”, і, в свою чергу, походить від назви небесного світила (Місяця). Буквально слово менструація можна перекласти як “новий Місяць”.

Зміни в організмі, що ритмічно повторюються, називають менструальним циклом. Усі процеси регулюються нервовою і ендокринною системами (кора головного мозку, гіпоталамус, гіпофіз, яєчники, матка). Менструальний цикл – це відрізок часу між першим днем попередньої та першим днем наступної менструації.

В яєчниках під впливом гормонів гіпоталамусу та гіпофіза відбуваються зміни, що циклічно повторюються. Тривалість циклу здебільшого відповідає місячному (4 тижні, тобто 28 днів). Коливання циклу буває від 3 тижнів (21 день) до 5 тижнів (35 днів).

Яєчниковий цикл складається з 2 фаз:

- **фолікулінової**, коли відбувається розвиток фолікула і дозрівання яйцеклітини;
- **лутеїнової** – фази розвитку жовтого тіла.

В I фазі відбувається дозрівання фолікула, при 28-денному циклі – в перші 14 днів. При цьому яйцеклітина збільшується в розмірі у кілька разів. У фолікулі накопичується фолікулярна рідина, яка містить естрогенні гормони. Тому цю фазу циклу ще називають **естрогеновою**. На 14-15 день фолікул розривається і з його порожнини виходить зріла яйцеклітина, здатна до запліднення. Цей процес називається **овуляцією**. Яйцеклітина потрапляє в маткову трубу, по каналу якої вона рухається в матку. В каналі маткової труби, якщо в ній є сперматозоїди, відбувається запліднення яйцеклітини.

Лютеїнова фаза починається після того, як розірвався фолікул, на місці якого утворюється жовте тіло. Жовтим воно називається тому, що лютеїнові клітини мають жовтий колір. Ці клітини посилено розмножуються, при цьому виділяється гормон – прогестерон. Тому цю фазу ще називають **прогестереновою**. Триває вона 14 днів. Якщо запліднення не відбулося, жовте тіло в'яне і починається розвиток чергового фолікула. З настанням вагітності жовте тіло продовжує функціонувати і називається **жовтим тілом вагітності**.

В матці також відбуваються певні зміни, які відповідають змінам в яєчниках. З початком розвитку фолікулу оновлюється і слизова оболонка матки. Потім вона розростається, в ній розвиваються залози. Таким чином, матка готується до прийняття заплідненої яйцеклітини. Якщо запліднення не відбулось, яйцеклітина гине, жовте тіло зазнає зворотного розвитку і розпочинається дозрівання нового фолікула, а в матці знову настає відторгнення слизової оболонки – менструація.

Таким чином, **менструацією** називають періодичні кров'яні виділення з піхви дівчини, які повторюються щомісячно і тривають кілька днів. Продовжується менструація 3-7 днів, дівчина втрачає 50-150 мл крові. Менструальний цикл встановлюється протягом 1-1,5 років. Місячні повинні бути регулярними; припиняються лише під час вагітності, вигодовування дитини та в період менопаузи (45-50 років). У жінки протягом життя буває приблизно 400-500 менструацій, що в цілому складає 6-7 років.

Увага! Якщо у тебе до 14 років не з'явилися вторинні статеві ознаки, а до 16 років не розпочалися менструації, – необхідно сказати про це батькам або звернутися до лікаря.

Обережно, ти майже доросла!

Але це ще не означає, що ти повністю готова до статевого життя і вагітності. Зараз організм особливо чутливий до дії негативних чинників, таких як паління, вживання алкоголю, наркотиків. Надто швидко відбувається звикання і дуже важко позбутися шкідливих звичок.

Ранній початок статевого життя, часта зміна партнерів приводять до розвитку запальних процесів статевих органів. У підлітковому віці особливістю їх є схильність до хронічного перебігу, відсутність чітких клінічних ознак, швидке розповсюдження в організмі. Ці особливості тим більше виражені, чим менше вік дівчини. Запальні процеси статевих органів є основною причиною порушення менструального циклу і безпліддя. Крім того, виникає велика вірогідність зараження захворюваннями, що передаються через статеві шляхи. Це – сифіліс, гонорея, трихомоніаз, хламідіоз, герпес, конділоми і найнебезпечніше – ВІЛ-інфекція.

Самостійно ці захворювання не проходять. Тривають довго і приводять до незворотних змін в організмі.

А якщо в підлітковому віці наступить вагітність? Велике навантаження на юний, незміцнілий організм є серйозним випробуванням. У такому віці вагітність і пологи мають важкий перебіг і інколи доводиться переривати вагітність – робити аборт. Це дуже небезпечно, адже лікар виконує цю операцію всліпу, керуючись лише своїм досвідом і знаннями. Ускладнення, які можуть виникнути, приводять до неможливості мати дітей у майбутньому.

Гігієна періоду статевого дозрівання

Гармонійний розвиток здорового жіночого організму відбувається під впливом збалансованої дієти (рослинна їжа, білки, жири, вуглеводи, вітаміни), фізкультури (водних процедур, прогулянок на свіжому повітрі); обов'язковим є щоденний сон протягом 8 годин. Дуже корисний щоденний душ.

У період між менструаціями із зовнішніх статевих органів можуть з'являтися прозорі слизові виділення – білі, які не викликають неприємних відчуттів. Слід лише щоденно підмиватися. Під час менструації підмиватися слід двічі на день теплою водою з милом; користуватися гігієнічними прокладками, які необхідно змінювати 3-4 рази на день. Інколи в дні менструації з'являється легка слабкість, незначні болі внизу живота, підвищується втомлюваність. Ці явища самостійно проходять. Фізкультурою займатись можна, крім виконання вправ з підвищеним фізичним навантаженням (підняття вантажу, верхова їзда, стрибки). **У разі виникнення погіршення загального стану або збільшення кров'яних виділень при виконанні вправ необхідно негайно звернутися до лікаря.**

X.2. Сучасні контрацептивні засоби

“Планування сім’ї є складовою частиною поліпшення репродуктивного жінки.

Шановні жінки, чоловіки, наша молодь, подружжя! Ви повинні пам’ятати, що аборт – це один з самих тяжких засобів запобігання народження небажаної дитини, який викликає безліч ускладнень у подальшому репродуктивному житті жінки. Існує багато засобів, які в змозі попередити вагітність. Необхідно, щоб кожна вагітність була планованою. Цим ми збережемо здоров’я наших жінок, а з тим і здоров’я нації”.

Природне планування сім’ї

- **календарний метод:** протягом року визначається тривалість менструального циклу. З найкоротшого циклу відраховується цифра 18, з найдовшого – 11. Отримані показники являють собою найбільш вірогідні для запліднення дні;
- **метод базальної температури** виконується шляхом вимірювання температури у прямій кишці, яка підвищується після овуляції (виходу зрілої яйцеклітини) на 0,2-0,5 С. Утримуватись від статевого життя потрібно за 4 дні до і 3 – після перепаду температури;
- **метод цервікального слизу:** найбільша вірогідність завагітніти при появі тягучих в’язких виділень із шийки матки (період овуляції). Найбезпечніші дні – починаючи з 5 дня після загущення слизу;
- **симптоматичний метод** включає в себе контроль базальної температури, змін слизу шийки матки, використання календарного методу поряд із фізіологічними показниками овуляції – незначний біль і важкість внизу живота, чутливість молочних залоз, мажучі виділення з піхви.

Показання: небажання використовувати інші методи з релігійних чи інших міркувань.

Недоліки: щоденне ведення записів; низька ефективність при порушеннях циклу, грудному вигодовуванні, преклімактерії; не захищає від інфекції.

Сперміциди

це хімічні речовини, які пошкоджують сперматозоїди в піхві. Можуть застосовуватись як самотійно, так і в поєднанні з бар’єрними методами, що підвищує їх контрацептивний ефект та захищає від інфікування. Випускаються у вигляді аерозолів, пінистих таблеток і супозиторіїв, сперміцидних паст і желе.

Переваги: негайна ефективність; відсутній ризик для здоров’я; використовується при грудному вигодовуванні; можуть бути страхувальним методом при інших засобах; відсутні системні побічні впливи; прості у використанні; не вимагають медичного огляду перед застосуванням; частково захищають від інфікування.

Недоліки: середня ефективність; кожне введення зберігає ефективність протягом 1-2 годин; створює складнощі для жінки у зв’язку з необхідністю введення за 10-15 хвилин до статевого акту; можливі алергічні реакції на контрацептиви.

Препарати: “Фарматекс”, “Делфін”, “Патентекс”, “Семіцид”, “Алпагель”.

Бар’єрні методи контрацепції

“Чоловічий” метод – презерватив.

“Жіночі” методи – діафрагма та ковпачок – не мають поширення у зв’язку із незручностями у використанні та малою ефективністю.

Механізм дії: запобігають попаданню сперми у жіночі статеві органи.

Переваги: можуть використовуватись як додатковий метод разом із іншими контрацептивами; відсутні побічні впливи; не впливають на грудне вигодовування; дешеві і доступні; не потребують проведення профілактичних медичних оглядів; попереджують інфікування статевих органів, в тому числі ВІЛ-інфекцією, вірусами гепатиту, простого герпесу, цитомегаловірусом (латексні та вінілові) та ін.; продовжують тривалість статевого акту; знижують ризик виникнення раку шийки матки; застосовуються для лікування імунологічного непліддя; використовуються при алергії на сперму.

Недоліки: середня ефективність; знижують статеву чутливість; можуть викликати подразнення у чоловіків і жінок.

Гормональна контрацепція

є високоефективною. Сучасні оральні контрацептиви (ОК) поділяють на:

- ❖ комбіновані оральні контрацептиви (КОК):
 - однофазні:
 - високодозовані (Нон-Овлон, Овідон-Ріхтер);
 - низькодозовані (Фемоден, Логест, Новінет, Регулон, Марвелон);
 - двофазні (Антеовін);
 - трифазні (Три-Регол, Тризістон, Триквілар, Синфазе);
- ❖ однокомпонентні чисто гестагенні (Континуін, Мікронор, Фемуллен, Ексютон);

❖ ін'єкційні, подовженої дії: Депо-Провера-150.

Механізм дії: пригнічують овуляцію; згущують слиз шийки матки, ускладнюючи проникнення сперматозоїдів; порушують рухливість сперматозоїдів у внутрішніх статевих органах; змінюють слизову оболонку матки, заважаючи сприйняттю нею плідного яйця.

Переваги: висока ефективність; метод не пов'язаний із статевим актом; зручний і простий у використанні; швидке поновлення можливості завагітніти після припинення вживання; лікувальний ефект при порушенні менструального циклу; знижують вірогідність раку яєчників та матки, а також їх доброякісних пухлин.

Недоліки: необхідний щоденний прийом ОК; можливі ускладнення захворювань серцево-судинної, нервової та травної систем; можливі тимчасові зміни настрою, маси тіла; не захищають від інфекції.

Внутрішньоматкова контрацепція (ВМК)

є високоефективною. Використовують мідьвміщуючі (TCu-380A, Tcu-220, Tcu-380Ag, Multiloud) та гормонвміщуючі ВМК (Levo-Nova, Progestasert-T).

Механізм дії: викликають зміни слизової оболонки матки, запобігаючи зануренню плідного яйця; викликають підсилені скорочення маткових труб; згущують цервікальний слиз (гормоно-вміщуючі); викликають атрофічні зміни слизової оболонки матки (гормонвміщуючі).

Переваги: високоефективна довготривала контрацепція; метод не пов'язаний із статевим актом; не впливає на грудне вигодовування; швидке повернення можливості завагітніти; мала кількість побічних ефектів; зменшують менструальні болі і крововтрату (гормонвміщуючі); порівняно недорого.

Недоліки: можливе самостійне випадіння ВМК; необхідність медпрацівника для введення ВМК; необхідний огляд медпрацівником перед введенням ВМК; необхідне вилучення ВМК в разі виникнення запальних захворювань статевих органів, маткових кровотеч; сприяють поширенню запальних процесів статевих органів; збільшують ризик виникнення позаматкової вагітності; можлива перфорація матки під час введення ВМК.

Метод лактаційної аменореї

надає можливість запобігати небажаної вагітності під час грудного вигодовування.

Метод високоефективний за таких умов: грудне вигодовування з проміжком між годуванням дитини не більше 4 годин; зберігання відсутності менструації; після пологів минуло не більше 6 місяців.

Механізм дії. Регулярне режимне ссання молочних залоз дитиною стимулює продукцію гормону пролактину в гіпофізі, який зумовлює стримування овуляції.

Переваги: висока ефективність протягом 6 місяців після пологів;

не пов'язаний із статевим актом; не потребує участі партнерів у контрацепції; відсутні побічні ефекти; не потребує грошових витрат; пасивна імунізація, профілактика інфікування дитини.

Недоліки: висока ефективність до поновлення менструації лише протягом 6 місяців після родів; залежить від режиму життя жінки; неможливий при гіпогалакції з наступною агалакцією; не захищає жінку від інфікування.

Аварійна (невідкладна, посткоїтальна) контрацепція

використовується після незахищеного статевого акту або при виявленні дефектів бар'єрних методів, пропуску прийому чергової таблетки гормонального контрацептиву, після згвалтування. Використовується не частіше 1 разу на рік

Для аварійної контрацепції придатні: монофазні КОК; гестагени; антипрогестерон; ВМК.

Механізм дії: вплив на плідне яйце в передімплантаційний період;

переривання вагітності малих термінів внаслідок зменшення виробки гормону вагітності (прогестерону) або механічного пошкодження слизової оболонки матки (ВМК).

Переваги: висока ефективність у цьому циклі; ВМК забезпечує тривалий контрацептивний ефект.

Недоліки: КОК ефективні лише у випадку прийому протягом перших 72 годин після незахищеного статевого акту – 4 таблетки низькодозованого препарату (30 мкг етинілестрадіолу) з наступним прийомом через 12 годин ще 4 таблеток; або 2 таблетки високодозованого КОК (50 мкг етинілестрадіолу) в перші 72 години з наступним прийомом через 12 годин; можуть викликати побічні дії у вигляді порушень менструального циклу, нудоти, блювоти, головного болю; антипрогестерони дорогі і викликають кровотечі; ВМК ефективні лише в разі введення протягом 5 діб після незахищеного акту; введення ВМК проводиться лише медпрацівником і може сприяти поширенню інфекції статевих органів.

Добровільна хірургічна стерилізація

це найбезпечніший і економічний засіб контрацепції, заснований на перешкоді заплідненню внаслідок створення штучної непрохідності маткових труб, який проводиться під час оперативних втручань на органах черевної порожнини, при міні-лапаротомії та лапароскопії.

Механізм дії: при перев'язуванні з наступним пересіканням, накладанні скобки або електрокоагуляції

маткових труб розвивається трубне неплоддя внаслідок припинення можливості наближення сперматозоїдів до яйцеклітини.

Переваги: висока ефективність; постійний метод; допускається при грудному вигодовуванні; рекомендується жінкам, яким вагітність протипоказана за медичними показаннями; відсутня побічна дія; не впливає на статеві функції; не пов'язаний із статевим актом.

Недоліки: незворотний метод; необхідний доступ у черевну порожнину; можливі ускладнення під час операції та знеболення; використання дорогої апаратури для лапароскопії; необхідність залучення висококваліфікованого лікаря; не захищає від інфікування.

Контрацепція в залежності від періоду життя жінки

Підлітковий період.

Основні вимоги:

надійна контрацепція; захист від захворювань, що передаються статевим шляхом; можливість відновлення дітородної функції.

Рекомендовані методи:

- бар'єрні методи (презерватив) + сперміциди;
- КОК (через 2 роки після першої менструації) – монофазні, до складу яких входять прогестагени третього покоління;
- при наявності декількох партнерів – “подвійний голландський метод” (КОК + презерватив).

Молодий репродуктивний вік (до перших пологів) – період підвищеної сексуальної активності.

Основні вимоги: надійна контрацепція; захист від захворювань, що передаються статевим шляхом; оборотність;

Рекомендовані методи:

- КОК (монофазні);
- протягом 3 місяців до запланованої вагітності – бар'єрні методи та (або) симпотермічний метод;
- при наявності декількох партнерів – “подвійний голландський метод” (КОК + презерватив).

Період лактації.

Основні вимоги: відсутність впливу на лактацію; надійна, але оборотна контрацепція.

Рекомендовані методи:

- метод лактаційної аменореї;
- оральні контрацептиви, у складі яких лише прогестагени;
- ВМК;
- бар'єрні методи в сполученні із сперміцидами;
- ін'єкційні контрацептивні препарати.

Подальше планування сім'ї при бажанні збільшити інтервал між пологами.

Основні вимоги: надійна, довготривала, але оборотна контрацепція; захист від захворювань, які передаються статевим шляхом (при наявності непостійного або декількох партнерів).

Рекомендовані методи:

- КОК;
- оральні контрацептиви, у складі яких лише прогестагени;
- ВМК;
- бар'єрні методи в сполученні зі сперміцидами;
- ін'єкційні контрацептивні препарати.

Пізній репродуктивний період (після народження останньої дитини).

Основні вимоги: надійна контрацепція; мін. ризик метабол. порушень.

Рекомендовані методи:

- добровільна хірургічна стерилізація;
- КОК (монофазні, до складу яких входять прогестагени третього покоління або багатофазні препарати);
- оральні контрацептиви, у складі яких лише прогестагени;
- ВМК;
- ін'єкційні контрацептивні препарати.
- бар'єрні методи в сполученні із сперміцидами.

Х.3. Найбільш поширені захворювання, що передаються статевим шляхом.

“Дорогі хлопці і дівчата!

Вже скоро настане той час, коли ви будете дорослими. Перед вами відкриються нові можливості: вибирати стиль життя, нових друзів, самостійно приймати рішення. І так вже хочеться відчувати себе дорослими.

Але крім радощів, веселощів та розваг, можна зустріти багато неприсмностей. Одне з них – ранній початок статевого життя – може привести до згубних наслідків, особливо коли відбувається часта зміна статевих партнерів. Насамперед – це захворювання, що передаються від однієї людини до іншої переважно статевим шляхом (ЗПСШ)”.

На сьогоднішній день відомо більше 20 мікроорганізмів, які передаються під час статевого акту та призводять до розвитку захворювань. Найбільш поширеними є:

- сифіліс;
- гонорея;
- трихомоніаз;
- хламідіоз;
- герпес статевих органів;
- гострокінцеві кондиломи;
- ВІЛ-інфекція.

Інфекції статевих шляхів розповсюджені в світі дуже широко – щорічно реєструється близько 250 млн. нових їх випадків.

Наслідки нелікованих ЗПСШ дуже серйозні. До них належать:

- позаматкова вагітність (ризик зростає у 7-10 разів);
- підвищений ризик розвитку раку шийки матки, навіть у молодому віці;
- хронічні болі у животі (у 18%);
- безпліддя:
 - у 20-40% чоловіків з нелікованим хламідіозом чи гонореею;
 - у 55-85% жінок з нелікованими ЗПСШ;
- підвищується ризик зараження вірусом гепатиту В і СНІДом.

Основні особливості ЗПСШ:

1. Багато видів збудників можуть знаходитись не лише в статевих шляхах, а і в задньому проході, роті, очах і, навіть, у грудному молоці.
2. Захворювання мають тривалий хвилеподібний перебіг, часто переходять у хронічну форму.
3. Самостійно захворювання не проходять, тобто не можна видужати без спеціального лікування.
4. Єдина неліковна хвороба – це СНІД.
5. Досить часто немає зовнішніх ознак захворювання. У цьому і полягає підступність ЗПСШ. Тому, якщо є підозра, що ви могли заразитись, – негайно звертайтеся до лікаря-спеціаліста.
6. Чим раніше звернутися до лікаря, тим більше шансів вилікуватись і не одержати ускладнень.
7. Лише лікування обох статевих партнерів призводить до одужання.
8. Прояви ЗПСШ:
 - свербіж і печія статевих органів;
 - почервоніння в ділянці статевих органів і заднього проходу;
 - значні неприємні виділення із статевих органів;
 - часте болюче сечовиділення

Сифіліс – його збудник *бліда спірохета*. Вона може проникнути в організм через будь-які ділянки тіла (статеві органи, рот, задній прохід, пошкоджену шкіру).

Ознаки хвороби:

- там, де збудник проникає в організм, через 3-4 тижні з'являється виразка (твердий шанкр). Вона маленька, округла, безболісна, несвербить, має щільну основу і дуже заразна, тому що на її поверхні багато спірохет;
- збільшуються лімфатичні вузли у пахвинній ділянці;
- через 3-4 тижні виразка зникає, але збудник продовжує розвиватися;
- через декілька місяців на тілі з'являється несверблячий висип, який протягом 2-3 років періодично то зникає, то знову з'являється;
- через 3 роки розвивається пізній сифіліс, який часто приводить до смерті через ураження серця, мозку, кісток, великих судин.

Виявляють сифіліс за реакцією Васермана (RW) – це спеціальний аналіз, який визначає наявність антитіл до збудника сифілісу. Він стає позитивним через 8 тижнів після зараження і залишається таким, поки людина не вилікується.

Гонорея – збудник хвороби гонокок, який під мікроскопом виглядає як бобове зернятко.

Особливо гостро проявляється у хлопців – вже через 3-7 днів після зараження з'являється:

- біль і печія під час сечовиділення;
- гнійні жовто-зелені виділення із сечового каналу.

Інколи через 10-14 днів скарги зникають навіть без лікування, але радуватись рано, – це значить, що хвороба перейшла у хронічну форму.

Ускладнення:

- епідидиміт (запалення придатка яєчка);
- абсцес (гнійник) або звуження сечовидільного каналу;
- безплідність.

Слід пам'ятати, що у 70% дівчат на початкових стадіях ознаки захворювання відсутні, що значно ускладнює лікування. Без лікування гонорея призводить до:

- інфікування органів тазу;
- неплідності в результаті трубної непрохідності, злукової хвороби;
- підвищеного ризику виникнення позаматкової вагітності.

Трихомоніаз – викликається одноклітинним найпростішим паразитом – трихомонадою. Вона дуже стійка в умовах зовнішнього середовища.

Ознаки захворювання:

- перші ознаки захворювання з'являються у терміни від 4-5 днів до 3 тижнів після зараження;
- на відміну від гонореї трихомоніаз більш виражено проявляється у дівчат:
 - сильна печія і свербіж у ділянці статевих органів, промежини;
 - значні пінисті виділення з неприємним запахом;
- у хлопців можуть бути виділення із сечового каналу, хоча часто будь-які ознаки відсутні;
- діагноз встановлюється на основі виявлення виляючого руху збудника під мікроскопом в солоному вологому препараті.

Хламідіоз – викликається особливими бактеріями – хламідіями.

Особливості перебігу:

- ознак захворювання дуже мало, що ускладнює діагностику і лікування;
- хламідія може вражати не лише сечостатеві органи, але й очі, кишечник, органи дихання;
- хламідіоз є найчастішою причиною безпліддя як у жінок, так і у чоловіків. Часто приводить до викиднів;
- вагітна жінка може передати захворювання дитині, що призводить до розвитку пневмонії, запалення очей, статевих шляхів;
- поставити діагноз можна лише на основі спеціальних аналізів.

Герпес статевих органів – викликається вірусом протого герпесу, який може з'являтися і на губах.

Особливості:

- зараження відбувається один раз, після чого вірус залишається в організмі на все життя;
- дрібні пухирці на статевих органах, які заповнені прозорою рідиною, швидко розкриваються й утворюють болючі ранки, що супроводжується печією та свербіжем;
- пухирці з'являються через 2-3 дні, інколи через 10-12 днів після зараження. Іноді їх появі передують головний біль, слабкість та підвищення температури тіла;
- зовнішні прояви проходять протягом 1-2 тижнів, але вірус залишається в організмі. Як тільки захисні сили організму ослабнуть, хвороба проявиться знову;
- діагноз ставиться за характерними ознаками та спеціальними аналізами;
- лікування направлене на попередження загострень захворювання.

Гострокінцеві кондиломи. Захворювання викликається особливим вірусом – вірусом папіломи. Інша назва – генітальні бородавки.

Ознаки захворювання:

- прояви цього захворювання схожі на поодинокі або численні, м'які, неbolючі бородавки, які, поступово розростаються. Розташовані найчастіше навколо анального отвору, статевих губ,

сечового каналу, на голівці пенісу, у ділянці промежини;

- від моменту зараження до проявів захворювання проходить 1-9 місяців;
- ні в якому разі не можна видаляти конділоми самостійно, навіть, якщо залишиться невелика часточка – конділоми поширяться ще більше.

ВІЛ-інфекція. СНІД. Захворювання на СНІД – синдром набутого імунodefіциту – все більш охоплює населення всіх країн світу. СНІД – кінцева стадія ВІЛ-інфекції, яка включає широкий спектр захворювань. Викликається захворювання вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ), що відноситься до ретровірусів і досить стійкий у навколишньому середовищі.

Шляхи зараження:

- гетеро- і гомосексуальний;
- кров – кров (через препарати крові, ін'єкційні голки наркоманів, нестерильні шприці);
- мати – дитина (під час вагітності, пологів, годування груддю).

Вірус вражає клітини, які повинні боротися проти інфекції – клітини імунної системи.

Після зараження триває латентний (прихований) період – людина може не підозрювати, що хвора. У цей час її турбують симптоми, схожі на застуду (підвищується температура, збільшуються лімфовузли). Цей період триває від 1-2 до 10-15 років. Людина в цей час є джерелом інфекції. Остання стадія хвороби – це розвиток СНІД – розвиваються тяжка пневмонія, новоутворення, ураження шкіри, нервової системи, що призводить до смерті.

Лікування лише гальмує розвиток хвороби, бо до цього часу немає засобів, які вилікували хворого на СНІД.

Як же уникнути цих захворювань?

- По-перше, не треба “пробувати” статеве життя лише із цікавості, особливо з дорослими;
- По-друге, якщо ви все ж таки розпочали статеве життя – прийміть рішення – мати лише одного статевого партнера і зберігати взаємну вірність;
- По-третє, користуйтеся засобами запобігання небажаної вагітності та інфікування. Найнадійнішим з них є презерватив – він захистить вас від більшості ЗПСШ;
- І, нарешті, якщо вас хвилюють будь-які питання, не шукайте відповіді на них у сумнівних знайомих, не користуйтеся сумнівними порадами, не соромтесь звернутись до спеціаліста і знайти всі відповіді.
-

Х.4. Клімактеричний період у жінок

“Жінка завжди повинна залишатися молодою.

Слово “клімакс” грецького походження і перекладається як “сходи”. Цей період життя жінки схожий із сходами своєю низкою гормональних змін, які відбуваються в організмі і приводять до поступового згасання дітородної функції.

Згідно прогнозів ВООЗ до 2005 року майже половину жіночого населення планети будуть складати жінки у віці, старшому за 45 років.

Тому кожна жінка такого приємного віку, “віку початку золоті осені”, повинна бути обізнаною в запобіганні можливих проблем”.

Клімактеричний період – перехідний етап у житті жінки

Клімактеричний період є перехідним етапом у житті жінки, коли під впливом вікових змін відбувається зниження її здатності до продовження роду. Подібно до того, як в підлітковому віці репродуктивна функція жінки набуває свого поступового розквіту, так у клімактеричному періоді відбувається її згасання, що знаменується переходом до стану так званої фізіологічної неплідності.

Як фізіологічно, так і психологічно цей період є досить важким станом у житті жінки. Хоча за своєю сутністю це є фізіологічний процес, однак зміни, що його супроводжують, іноді призводять до значних розладів у функціонуванні організму та емоційному стані жінки. До того ж нерідко саме в цей час змінюються життєві обставини її життя:

- діти залишають батьківський дім і починають самостійне життя;
- власні батьки старіють;
- пік службової кар'єри виявляється позаду;
- в подружніх відносинах з'являються нові вимоги.

Багатьом жінкам важко протистояти такому життєвому виклику, залишаючись активною, сповненою сил і намірів, зберігаючи творчий підхід до справ у сім'ї та на роботі.

Тож надзвичайно важливим виявляється зважений і грамотний підхід до проблем клімактеричного періоду з боку самої жінки, її обізнаність у цьому питанні, розуміння того, як може вона допомогти собі сама, на яку допомогу лікарів може розраховувати.

Зміни в організмі жінки, що виникають у клімактеричному періоді

В основі змін, що виникають у клімактеричному періоді, лежить поступове вікове виснаження функції залоз репродуктивної системи – насамперед яєчників та тих, що регулюють їх роботу (гіпофіз, гіпоталамус). Внаслідок цього динамічно зменшується кількість гормонів, які вони продукують. Саме гормональний дисбаланс призводить до безлічі розладів як в роботі статевих органів, так і у функціонуванні всього організму, які складають картину клімактеричного періоду.

Основною ознакою цього стану є порушення регулярного ритму менструацій та настання, так званої, менопаузи – останньої менструації в житті жінки.

Час настання менопаузи припадає найчастіше на 50-52 роки. Однак, індивідуальні коливання цього терміну надзвичайно широкі. У деяких жінок клімакс може наступити вже в 40-річному віці, або ще раніше, а у деяких навіть після 50 років продовжуються регулярні менструації.

Загалом, час настання менопаузи є генетично обумовленим, однак на нього можуть істотно впливати безліч факторів. Насамперед до них слід віднести:

- надзвичайні стресові ситуації;
- тяжкі соціально-економічні умови;
- фізичні перевантаження;
- неповноцінне та недостатнє харчування;
- різноманітні захворювання, що супроводжуються обмінними та гормональними порушеннями, тощо.

Саме ці фактори нерідко призводять до того, що фізіологічний за своєю суттю клімактеричний період набуває патологічних ознак. За характером проявів і часу виникнення ці патологічні стани поділяються на **ранні симптоми**:

- припливи жару;
- пітливість;
- головний біль;
- гіпотонія або гіпертонія (зниження або підвищення артеріального тиску);
- серцебиття;
- озноби;
- роздратованість;
- сонливість;
- слабкість;
- депресія;
- неуважність;
- зтурбованість.

З плином часу з'являються і органічні розлади, обумовлені нестачею естрогенів (жіночих статевих гормонів) або пізні ускладнення:

- сухість і зморщування шкіри та слизових оболонок;
- атрофічні зміни слизових оболонок призводять до виникнення тріщин і інфікування частіше органів сечостатевої системи;
- сухість і ломкість нігтів, випадіння волосся;
- запалення суглобів;
- серцево-судинні ускладнення;
- біль у хребті та його деформація;
- надмірне руйнування кісткової тканини (остеопороз);
- переломи кісток кінцівок, хребта.

Гормональні зміни в клімактерії нерідко призводять до загострення перебігу існуючих раніше захворювань або сприяють появі нових. Особливо підвищується ризик розвитку цукрового діабету, гіпертонічної хвороби з кризовим характером перебігу, ішемічної хвороби серця. Зростає імовірність атеросклеротичних та тромбоемболічних ускладнень, що проявляється значно частішими випадками інфаркту міокарду та порушень мозкового кровообігу аж до інсульту.

Безумовно, у кожної жінки клімактеричний період перебігає по-різному. Близько 30% жінок взагалі не відчувають якихось клімактеричних розладів аж до припинення менструацій. Однак, частіше

трапляється так, що клімактеричний період перетворюється в період проблем.

При незначних проявах клімактеричних розладів жінка сама може спробувати зробити дещо, що послабить порушення, які виникають у цей період:

- регулювання активної фізичної діяльності та відпочинку;
- прогулянки на свіжому повітрі;
- вживання в їжу сиру, овочів (які містять кальцій, необхідний для побудови кісток), сої, гороху, квасолі (містять природні естрогени);
- відмова від надмірного вживання кави, алкогольних напоїв, солодощів, гострих приправ до їжі;
- корисні контрастний душ або обливання теплою та холодною водою.

Лікарська допомога жінкам у клімактеричному періоді

Майже 30% жінок в клімактеричному періоді поряд з проведенням вищезгаданих заходів потребують ще й лікарської допомоги.

Сучасний арсенал лікувальних заходів має широкий діапазон:

- медикаментозні препарати, що поліпшують функціонування центральної нервової системи, органів кровообігу;
- засоби, що підтримують адаптаційні можливості організму та обмінні процеси;
- немедикаментозні способи терапії (рефлексотерапія, фізіотерапевтичне лікування, гомеопатичні препарати, тощо).

Однак найбільш доцільним і обґрунтованим засобом лікування є застосування замісної гормональної терапії. Лише вона дає можливість впливати на усі ключеві ланки патогенезу клімактеричних розладів, усуваючи вже наявні і попереджуючи їх виникнення в більш пізньому періоді. Майже всі препарати є комбінованими препаратами і в своєму складі мають точно підібрану дозу естрогенів та прогестерону – гормонів, недостатня кількість яких призводить до формування численних розладів.

Відтворюючи рівень гормонів в організмі, відповідно до природного його рівня, ці препарати дають змогу усунути саму причину захворювання, повертаючи жінці можливість відчувати себе активною та здоровою.

Препарати замісної гормональної терапії можна застосовувати місцево:

- у вигляді гелів та кремів для нанесення на шкіру (Естожель, Прогестожель, Дівігель);
- пігулок для введення у піхву (“Овестін”, “Утрожестан”);

Таблетовані форми здебільшого розраховані на щоденний прийом впродовж 21 дня з наступною 7-денною перервою.

Серед них найбільшого застосування нині набули препарати: “Клімонорм”, “Клімен”, “Дівіна”, “Цикло-прогінова”.

Поряд з цим використовуються негормональні препарати: “Ременс” та “Клімактоплан”.

Всі вони потребують тривалого прийому.

Призначення препаратів замісної гормональної терапії здійснюється тільки лікарем-гінекологом після детального гінекологічного та соматичного обстеження з обов’язковим обстеженням молочних залоз. У такому разі призначений препарат буде точно відповідати гормональним потребам жіночого організму, що є запорукою безпроблемного перебігу клімактеричних змін, прекрасного самопочуття, життєвої сили і соціальної активності жінки.

X.5. 10 питань і відповідей про рак молочної залози. (Одеське протиракове товариство)

1. Як побудована молочна залоза?

Молочна залоза трохи нагадує квітку: вона складається з 15-20 фрагментів, що розташовані у вигляді суцвіття і називаються частками.

Кожна частка, у свою чергу, складається з часточок, кожна часточка закінчується цибулинами. Частки, часточки і цибулини зв’язані протоками, схожими на тонкі трубки. Цибулини виробляють молоко. Протоки сходяться до соска, що розташований у центрі ареоли, тобто колососкового кружка.

Кожна молочна залоза містить жирову тканину. Крім залози проходять нерви, кровonosні і

лімфатичні судини. Останні йдуть до невеличких утворень – лімфатичних вузлів.

2. Що таке рак?

Рак – це не одне захворювання, а ціла група, яка містить багато десятків хвороб. Усі вони виникають у результаті безладного, не контрольованого організмом, поділу клітин. Якщо система імунологічного нагляду організму не змогла знищити клітини, що безладно діляться, вони утворюють надлишок тканини, тобто пухлину.

Пухлина організму не потрібна, вона не виконує ніяких корисних функцій. Більше того, вона стискає навколишні тканини або проростає крізь них. До того ж, клітини і групи клітин можуть відриватися від злоякісної пухлини і з кров'ю або лімфою розповсюджуватися в організмі. Так формуються вторинні пухлини, тобто відбувається метастазування.

3. Чим відрізняється доброякісна пухлина від злоякісної?

Доброякісна пухлина не проростає крізь навколишні тканини, вона може лише здавлювати їх у процесі росту. Вона не метастазує. Треба мати на увазі, що часом можна спостерігати переродження доброякісної пухлини в злоякісну.

4. Чи завжди рак молочної залози – це смертельно?

Ні! Уявлення про рак молочної залози як смертельну хворобу – це міф. Сучасні методи лікування, що включають хірургічне втручання, хіміотерапію і радіотерапію, дозволяють або досягти повного вилікування або продовжити жінці, що хворіє, повноцінне життя на довгі роки. Рання діагностика дає найбільший шанс вилікуватись повністю.

5. Хто частіше хворіє на рак молочної залози – молоді жінки чи старші?

Ризик захворіти на рак молочної залози збільшується з віком. До 30 років хворіє лише незначна кількість жінок. До 40 років ризик збільшується у 5 разів. До 70 років – у 18 разів. Найчастіше рак молочної залози зустрічається у жінок 45 – 70 років.

6. Що означає “раннє виявлення” раку молочної залози?

Це означає діагностику хвороби на початковій стадії. Оскільки рак молочної залози відноситься до зовнішніх, раннє виявлення його не є складним. Воно складається з трьох основних заходів: регулярного обстеження молочних залоз лікарем, мамографії (спеціального рентгенологічного дослідження молочних залоз) і самообстеження. Жінкам 20-40 років рекомендується відвідувати онколога-мамолога один раз у три роки, а старшим – щорічно. Щодо мамографії, то у нас вона здійснюється, в основному, за рекомендацією лікаря, а в багатьох європейських країнах її рекомендують робити усім жінкам: у віці до 40 років – раз у два роки, після 40 – раз у рік. Самообстеження, що складається з огляду і прощупування молочних залоз, треба робити всім жінкам, старшим 20 років, щомісячно.

7. Як правильно робити самообстеження?

Рекомендований час проведення самообстеження – перші 7–10 днів після менструації, бо саме у цей період молочна залоза не буває збільшеною чи напруженою. У випадку, якщо менструацій у жінки немає, варто робити самообстеження завжди в одне й те саме число місяця.

Самообстеження складається з трьох основних моментів: огляд у трьох положеннях; прощупування молочних залоз; прощупування пахвових западин.

Огляд проводиться перед дзеркалом при гарному освітленні у таких положеннях: руки на поясі, руки підняті вгору з долонями на потилиці, руки опущені.

Ваше завдання – з'ясувати, чи не з'явилися ознаки хвороби. Ними можуть бути:

- втягнення або ж, навпаки, висунання ділянки шкіри молочної залози;
- втягнення соска або відхилення соска у бік;
- зміна звичайної форми або розміру однієї з молочних залоз;
- деформація ареоли –пігментованої ділянки шкіри навколо соска;
- зменшення радіусу ареоли;
- виділення з соска жовтуватого кольору або кров'янисті;
- почервоніння шкіри молочної залози; набряклість; виразки або злущування шкіри на соску.

Прощупування молочних залоз можна здійснювати стоячи або лежачи. Краще це робити лежачи, бо у цьому випадку мускулатура розслаблена, що надає можливості не пропустити жодної ділянки молочної залози. Вперше починаючи самообстеження, Ви повинні обрати найзручніший саме для Вас спосіб: здійснювати прощупування круговими рухами, або прощупувати сегмент за сегментом, або прямувати вгору-вниз по залозі. Як тільки Ви виявили, який з варіантів для Вас найзручніший – надалі дотримуйтеся лише його.

Кожна молочна залоза прощупується протилежною рукою. Половина грудної клітини, на якій знаходиться молочна залоза, що обстежується повинна бути піднятою. Задля цього під лопатку

підкладають невеличку подушечку або валик.

Дослідження проводиться у таких трьох положеннях: рука з обстежуваного боку піднята вгору за голову; рука спрямована вбік; рука лежить уздовж тулуба.

Технологія обстеження: прощупування здійснюється пучками пальців, обережно, м'яко. Зручним є такий порядок обстеження: спочатку перевіряють зовнішню половину молочної залози, починаючи від соска, потім – внутрішню, прямуючи від соска до грудини. Намагайтеся завжди проводити прощупування у тому самому порядку, тими самими рухами, у таких самих напрямках – це дасть Вам можливість порівняти теперішній стан молочних залоз із попереднім.

Після того, як прощупування молочних залоз закінчено, зверніть увагу на сосок: злегка здавлюючи його та ареолу між пальцями, Ви повинні визначити – чи немає виділень, а якщо є, то якого характеру.

Наприкінці прощупуються пахові западини. Надключичні і підключичні ділянки: там Ви можете виявити збільшені лімфатичні вузли.

До лікаря варто звертатися у таких випадках: поява будь-яких з наведених вище об'яв, що виявлені при огляді; прощупування ущільнень у молочній залозі; збільшення лімфатичних вузлів.

8. Що у моєму житті може спровокувати рак?

Усього відомо більше вісімдесяти чинників, що підвищують ризик захворювання на рак молочної залози. Частіше він зустрічається у жінок із раннім початком або пізнім закінченням менструацій, у осіб з нерегулярним статевим життям, у тих, що не народжували, не годували немовлят грудним молоком, з пізнім віком першої вагітності. Запалення яєчників, кісти яєчників, фіброміома матки також збільшують ризик захворювання на рак молочної залози. Можливість розвитку раку молочної залози підвищує штучне переривання вагітності. Існує вірогідність розвитку раку на фоні мастопатії. Рак молочної залози може бути пов'язаний із спадковістю: якщо мати і сестра жінки мали це захворювання, ризик захворювання, ризик зростає. Підвищують його і такі хвороби, як цукровий діабет, ожиріння, хронічні захворювання печінки, щитовидної залози. Іонізуюче випромінювання і виробничі канцерогени також відносяться до чинників ризику. Надмірне вживання алкоголю, жирів, або ж недостатнє – овочів і фруктів так само може сприяти виникненню раку молочної залози.

Жоден з цих факторів чи навіть комбінація з декількох факторів не є фатальними, проте у разі можливості треба уникати впливу цих чинників – це буде дієва профілактика раку молочної залози.

9. Які ознаки захворювання молочної залози?

Ущільнення і припухання у ділянці молочної залози або під піхвою, зміна розміру або форми молочної залози, виділення з соска, зміна кольору або характеру шкіри молочної залози навпомацки, зміни колососкового кружка або соска (можуть спостерігатися заглиблення, втягування тканини, злущування шкіри, зміни типу так званої "лимонної шкірки"). Наявність цих ознак не вказує прямо на захворювання раком. Їхню появу варто сприймати як попереджувальний сигнал – і неодмінно звертатися до лікаря.

10. Чи достатньо ефективними є сучасні методи лікування раку молочної залози?

Так, безумовно. До того ж з кожним роком зростає кількість пацієнток, що вилікувалися повністю. Багато залежить від того, у якій стадії діагностовано захворювання, коли розпочато лікування. Раннє виявлення і вчасно розпочате лікування – запорука успіху в боротьбі з раком. Арсенал засобів, що застосовується у боротьбі з раком молочної залози, постійно збільшується.

ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

Примерный комплекс ЛГ для 1-го периода беременности (комплекс №1)



Рис.1



Рис.2



Рис.3



Рис.4



Рис.5



Рис.6



Рис.7

Рис.8



Рис.9

Рис.10

Рис.11

Рис.12

Рис.13

Рис.14

Рис.15



Рис.16

Рис.17

Рис.18

Рис.19

Рис.20



Примерный комплекс ЛГ 2-го периода беременности (комплекс №2)



Рис.1

Рис.2

Рис.3

Рис.4

Рис.5

Рис.6

Рис.7



Рис.8

Рис.9

Рис.10

Рис.11

Рис.12

Рис.13

Рис.14

Примерный комплекс ЛГ для 3-го периода беременности (комплекс №3)



Рис.1
Рис.7

Рис.2

Рис.3

Рис.4

Рис.5

Рис.6

Рис.8
Рис.12

Рис.9

Рис.10

Рис.11

Рис.13

***Примерный комплекс ЛГ при неправильных
положениях плода и тазовых предлежаниях (комплекс №5)***



Рис.1

Рис.2

Рис.3

Рис.4

Рис.5

Рис.6

Рис.7

Примерный комплекс ЛГ при узких тазах (комплекс №6)



Рис.1

Рис.2

Рис.3

Рис.4

Рис.5

Рис.6



Рис.7

Рис.8



Рис.9

Рис.10



Рис.11



Рис.12

Примерный комплекс ЛГ для вызывания родовой деятельности (комплекс №7)



Рис.1

Рис.2

Рис.3

Рис.4

Рис.5

Рис.6

Рис.7

Рис.8

Рис.9

Рис.10

Рис.11

Рис.12



Рис.13

Рис.14

Рис.15

Рис.16



Рис.17



Рис.18



Рис.19

ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Примерный комплекс ЛГ послеродового периода – 1-я неделя (комплекс №8)



Рис.1



Рис.2



Рис.3



Рис.4



Рис.5



Рис.6



Рис.7



Рис.8



Рис.9



Рис.10



Рис.11

*Примерный комплекс ЛГ послеродового периода – 2-я неделя,
продолжать до конца 4-й недели (комплекс №9)*



Рис.1



Рис.2



Рис.3



Рис.4



Рис.5



Рис.6



Рис.7



Рис.8



Рис.9



Рис.10



Рис.11



Рис.12



Рис.13

Рис.14

Рис.15

Примерный комплекс ЛГ с пятой недели послеродового периода (комплекс №10)



Рис.1



Рис.2



Рис.3



Рис.4



Рис.5



Рис.6



Рис.7



Рис.8



Рис.9



Рис.10



Рис.11



Рис.12



Рис.13



Рис.14



Рис.15



Рис.16

Зразковий комплекс ЛГ при дисменорей (комплекс №14).



Рис.1



Рис.2



Рис.3



Рис.8



Рис.9

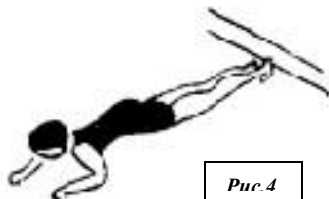


Рис.4



Рис.5



Рис.10



Рис.11



Рис.6

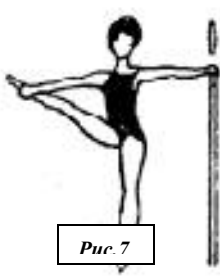


Рис.7

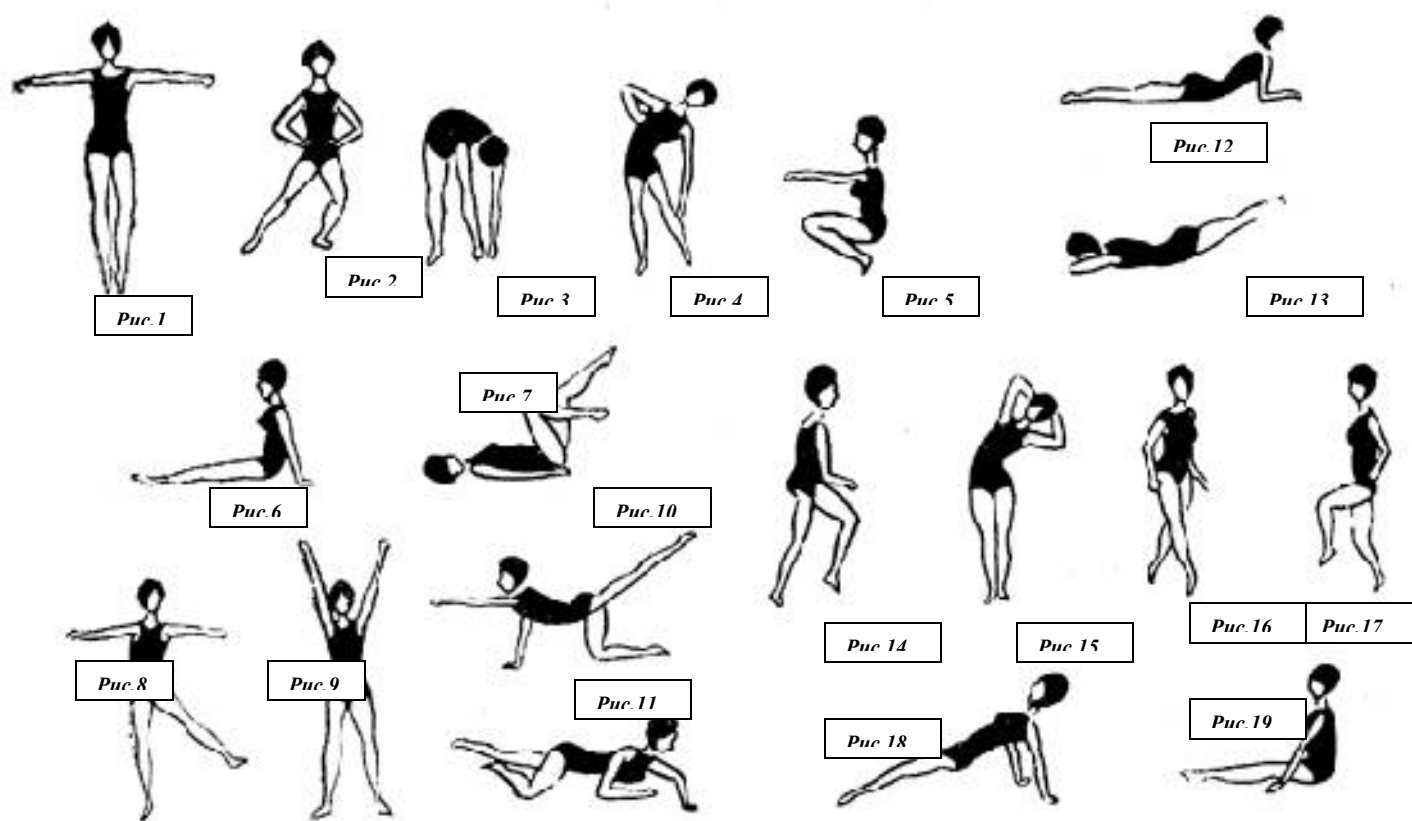


Рис.12

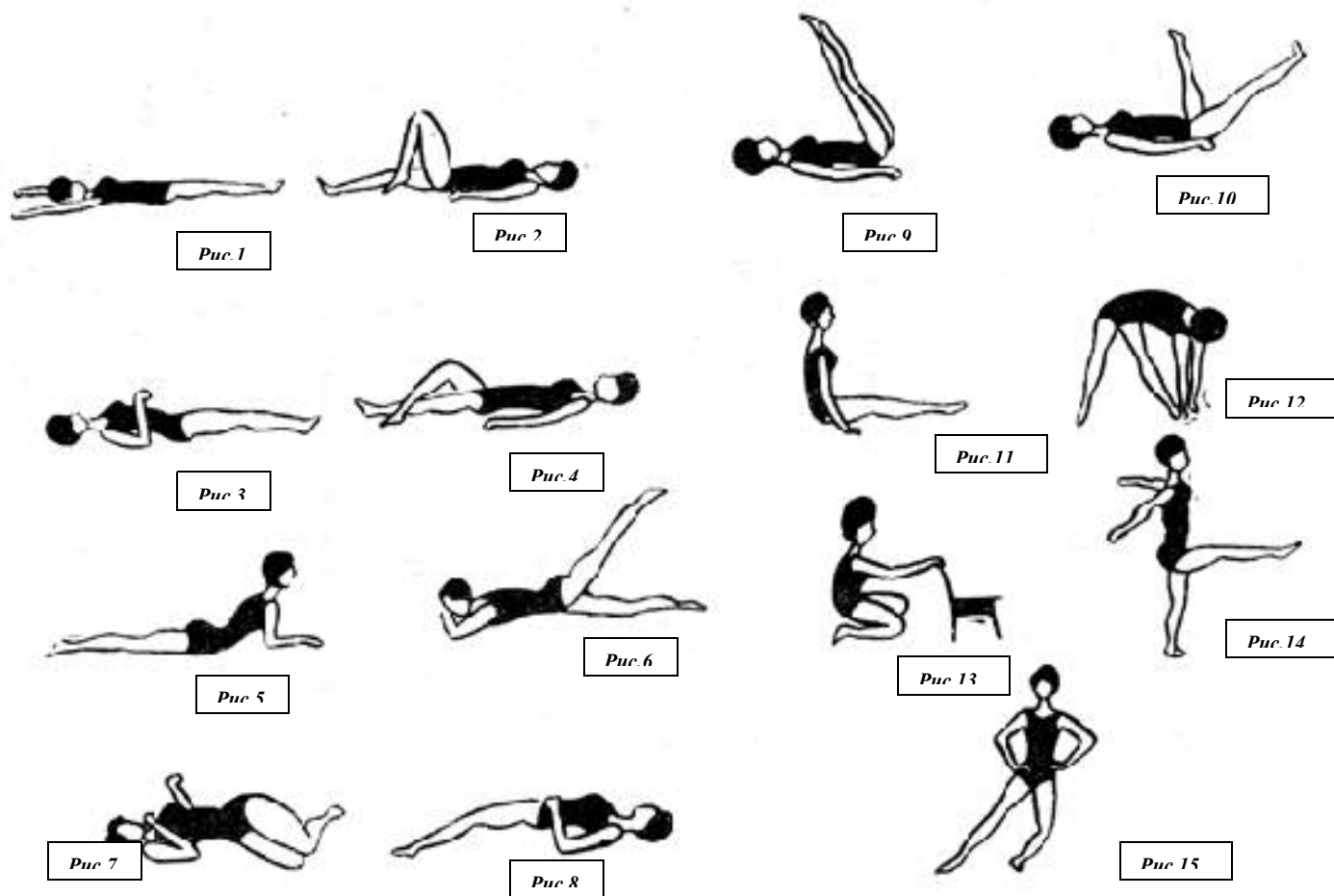


Рис.13

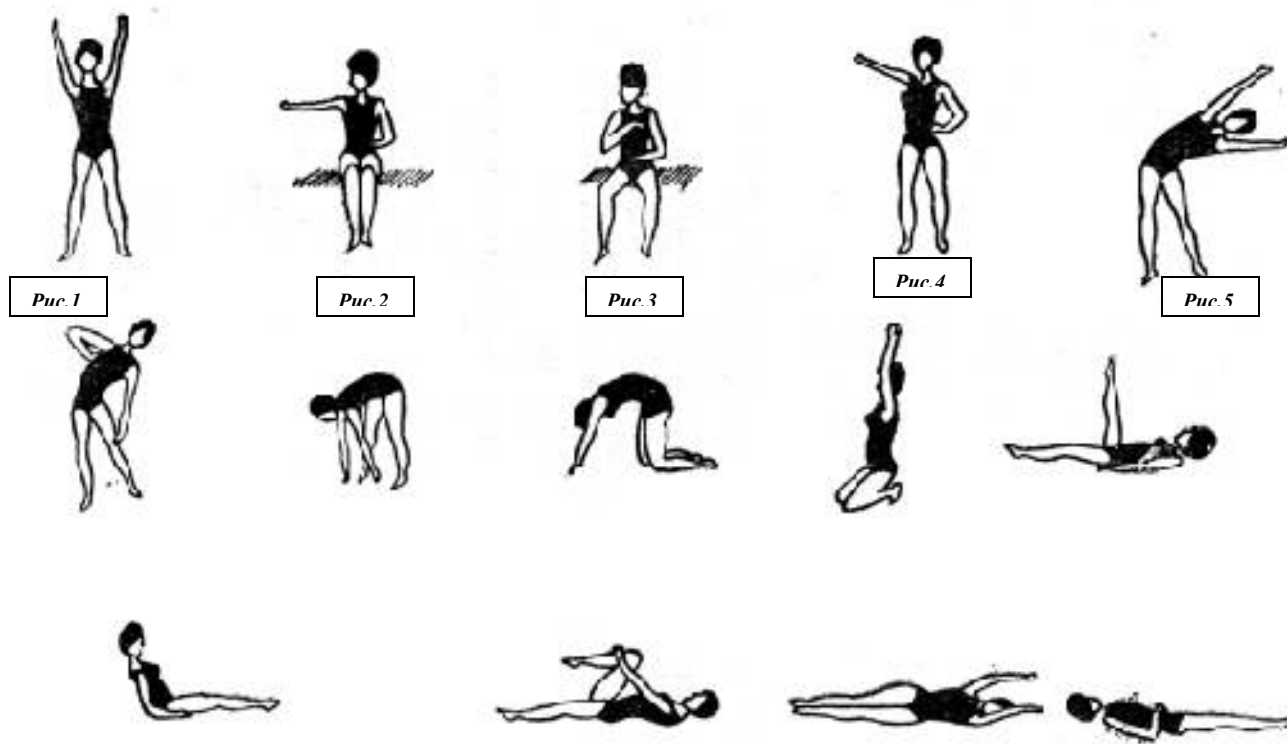
Зразковий комплекс ЛГ при хронічних запальних процесах (комплекс №15).



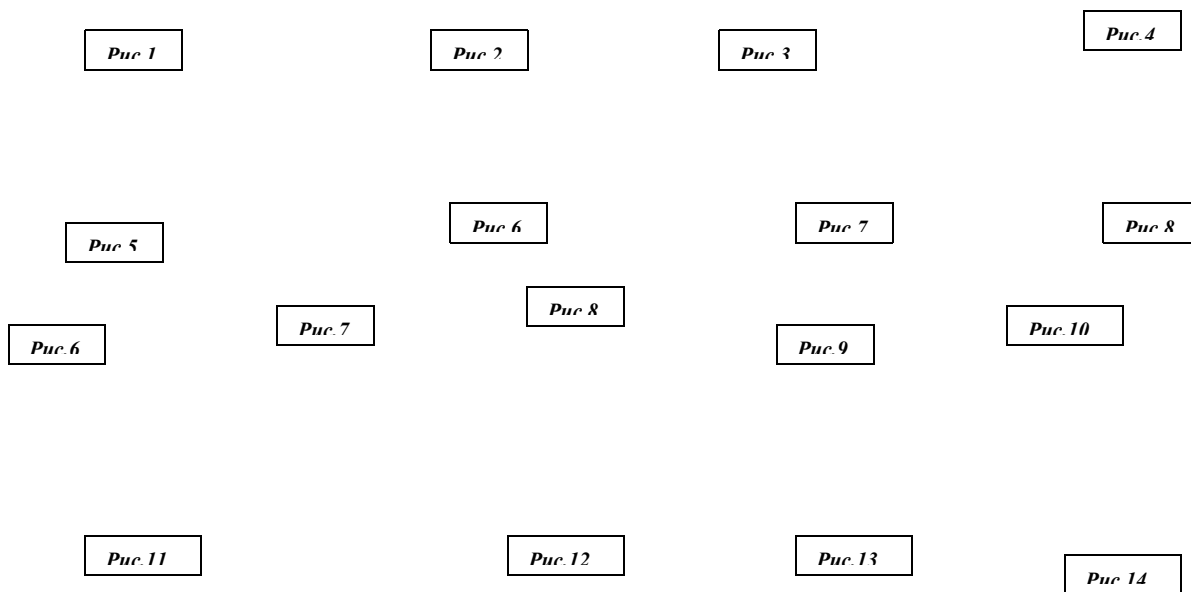
Зразковий комплекс ЛГ при нетриманні сечі (комплекс №19)

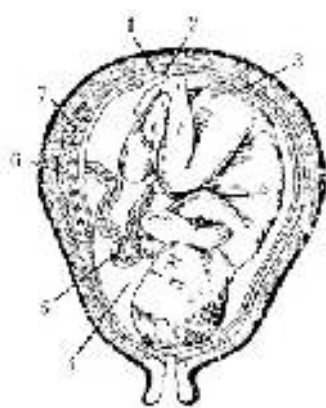
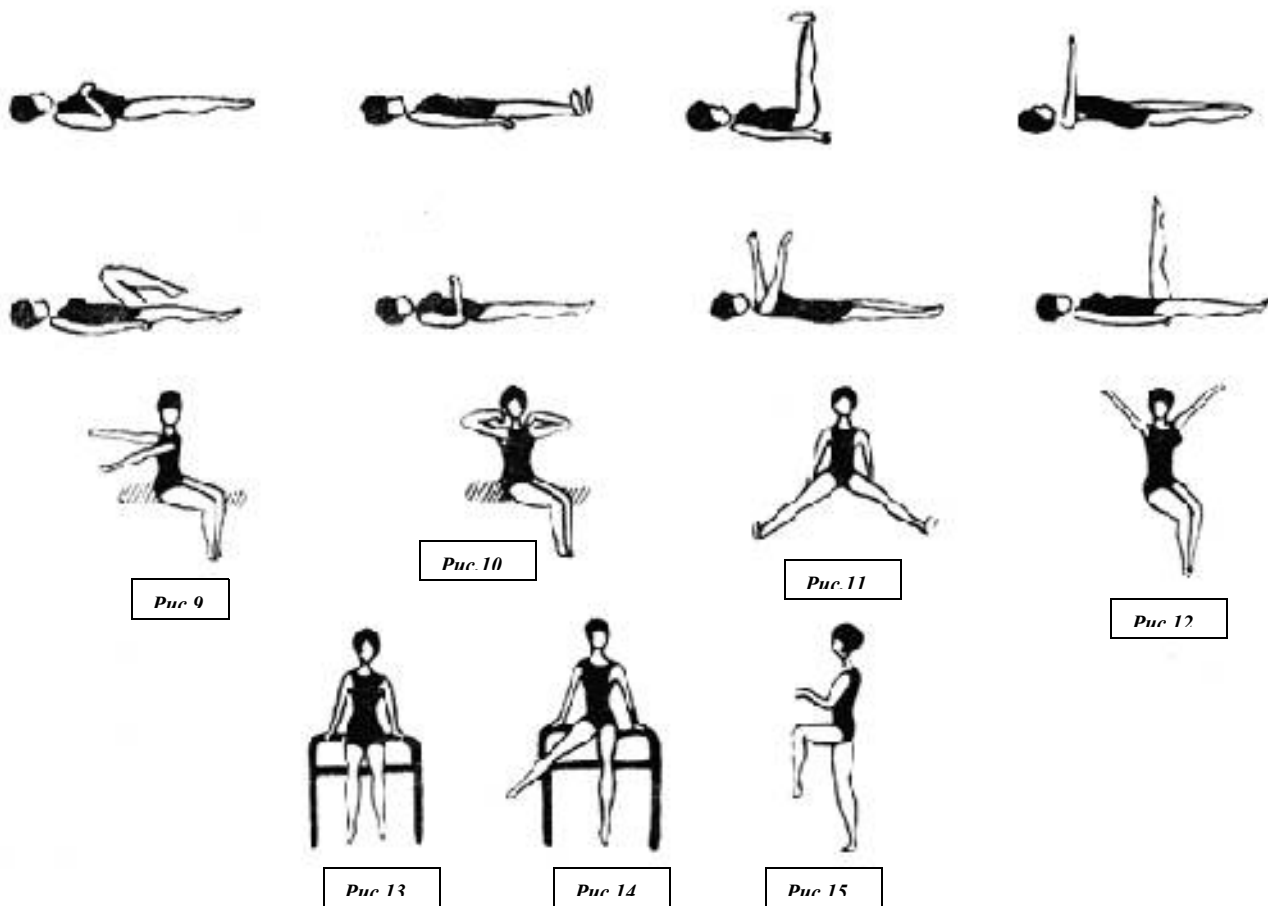


Зразковий комплекс ЛГ доопераційного періоду (комплекс №20)



Зразковий комплекс ЛГ в післяопераційному періоді (комплекс №21)





- 1- chorion laeve;
 2- амніон;
 3- злиті decidua capsularis та decidua parietalis;
 4- порожнина амніона;
 5- пуповина;
 6- decidua basalis;
 7- chorion frondosum.



а

б

Мал.1 Розташування

Мал.2

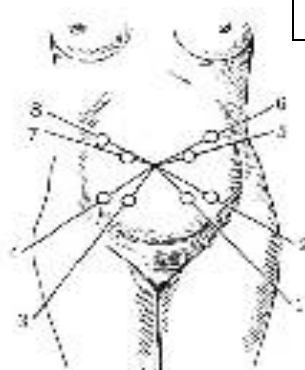
Плацента

оболонок в матці.
материнська поверхня.

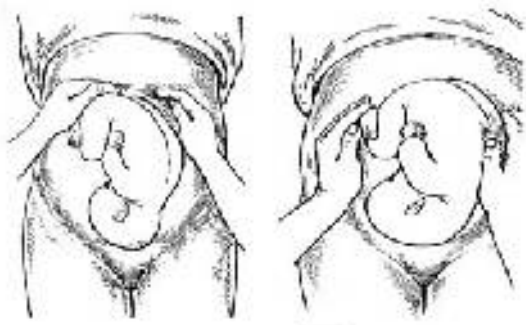


а – плодова поверхня; б –

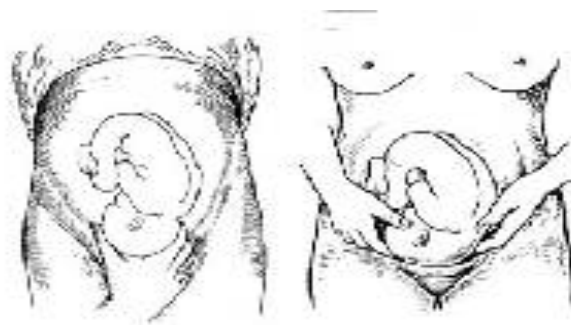
- 1- передній вид, перша позиція, головне передлежання;
- 2- задній вид, перша позиція, головне передлежання;
- 3- передній вид, друга позиція, головне передлежання;
- 4- задній вид, друга позиція, головне передлежання;
- 5- передній вид, перша позиція, тазове передлежання;
- 6- задній вид, перша позиція, тазове передлежання;
- 7- передній вид, друга позиція, тазове передлежання;
- 8- задній вид, друга позиція, тазове передлежання;**



Мал.3 Дворучне дослідження
серцебиття
вагітної.



Мал.5 Місця найбільш ясного
при різних передленнях плода.



Мал.4 Прийоми Леопольда.

Мал.6 Висота стояння

Мал.7 Перший момент механізму

пологів

дна матки в різні терміни вагітності.

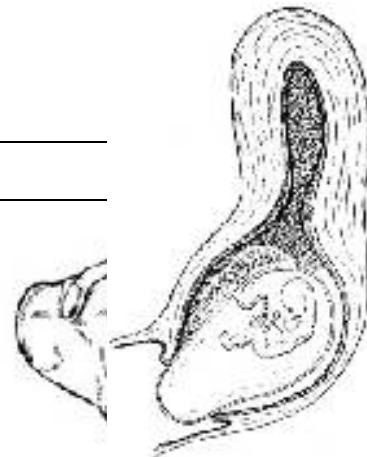
а – згинання голівки; б – вид з боку виходу таза; сагітальний шов у поперечному розмірі таза.



Мал.23 Загрожуючий



Мал.24 Викидень,

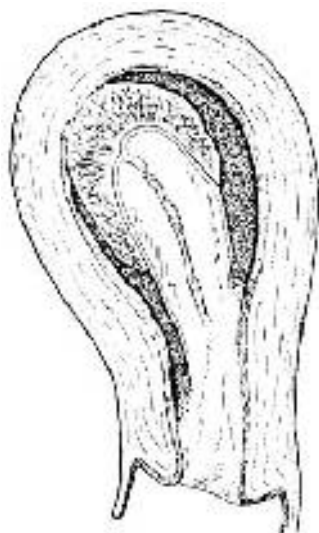


Мал.25

Викидень в ходу.

Викидень.

що розпочався.



Мал.26 Неповний викидень.



Мал.27 Рука акушера.

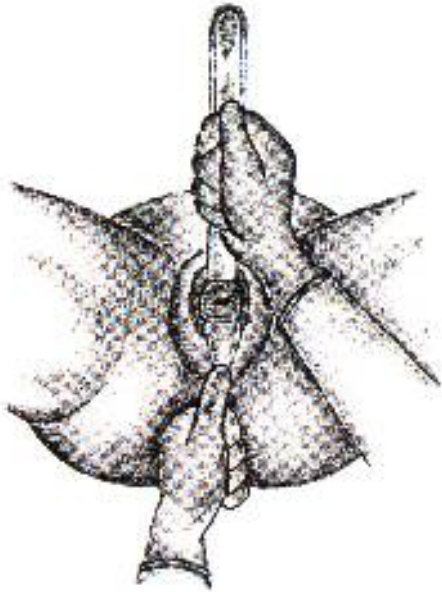


Рис. 28. Огляд шийки матки за
черев-
допомогою дзеркал

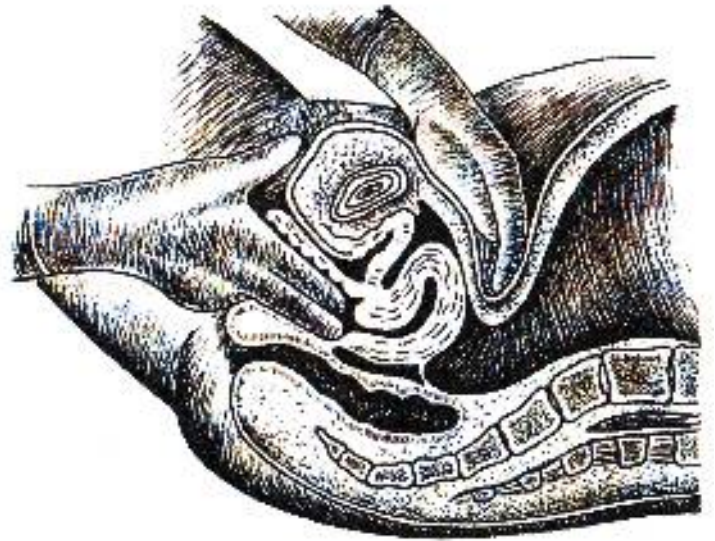


Рис. 29. Бімануальне вагінально –
ностінкове дослідження

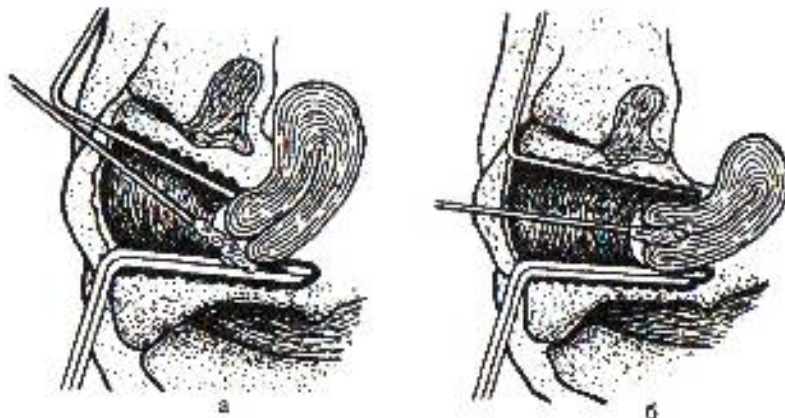


Рис. 30. Забір матеріалу на онкоцитологічне дослідження з шийки матки:
а – з поверхні шийки матки; б – з церві кального каналу

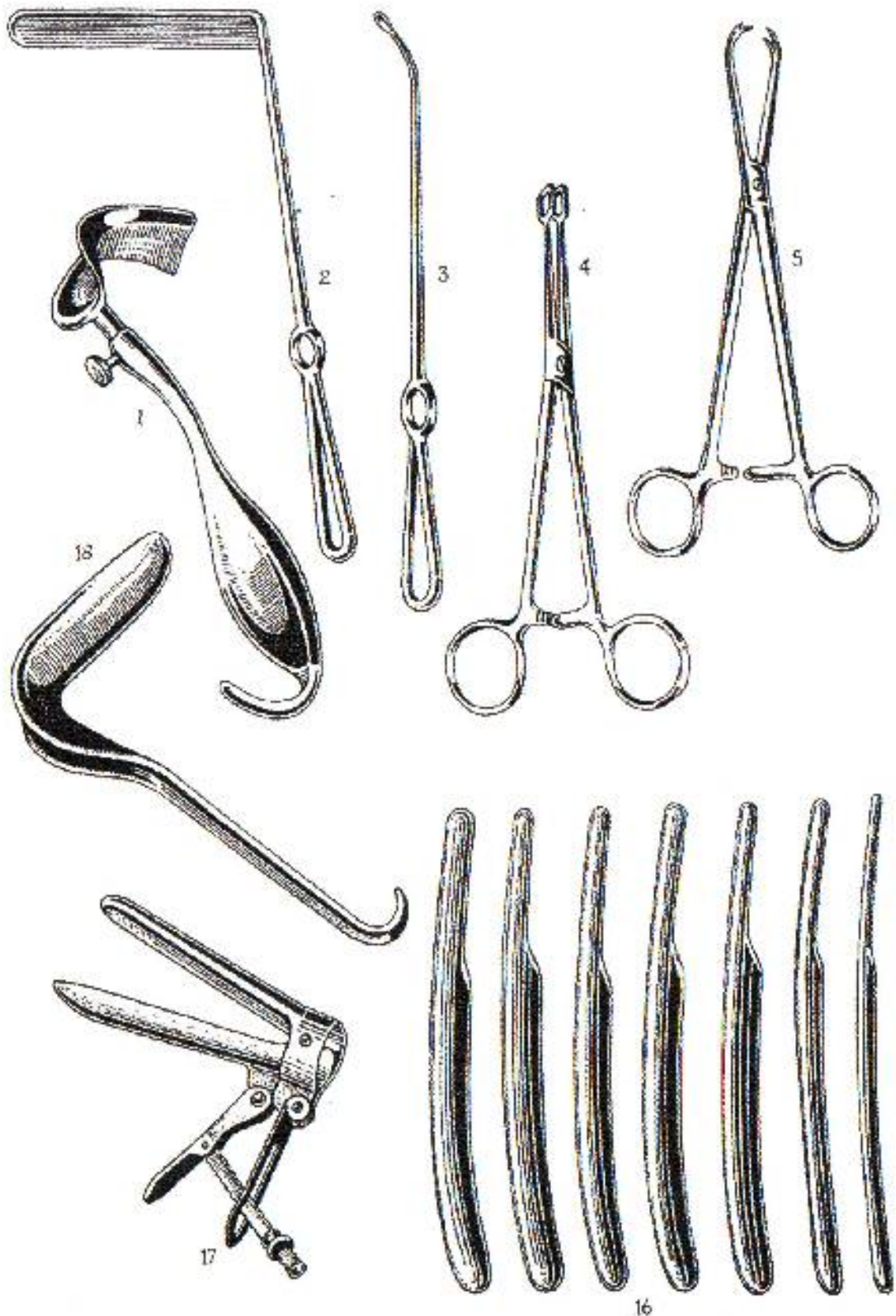


Рис. 34. Набір інструментів для гінекологічного обстеження й операцій на статевих органах:

1 – дзеркало Фриза; 2 – підіймач вагінальний; 3 – зонд матковий; 4 – аборт цанг; 5- щипці (двозубі) Мюзю; 6 – щипці кульові; 7- зонд Плейфера; 8 –

кюретки; 9- щипці маткові вікон часті; 10 – наконечник для гістерографії; 11 – штопор матковий; 12 – розібраний зонд пінцет;

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО САМООБСТЕЖЕННЯ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ

Самообстеження молочних залоз є важливим кроком до зниження захворюваності на рак молочної залози. Його рекомендується проводити один раз на місяць у першій тиждень після менструації, оскільки в цей період молочні залози не збільшені та не напружені. Самообстеження можна проводити у ванній кімнаті перед дзеркалом та під час приймання душу. У разі виникнення будь-якої підозри Вам необхідно наступного дня звернутися до спеціаліста із захворювань молочної залози.

ОГЛЯД

Станьте перед дзеркалом спочатку з опущеними, а потім з піднятими догори руками. Зверніть увагу на такі ознаки:

- втягнення або випинання ділянки шкіри;
- втягнення соска;
- зміна звичної форми або розміру однієї з молочних залоз;
- наявність жовтуватих або кров'янистих виділень з соска;
- почервоніння та припухлість ділянок шкіри молочної залози.

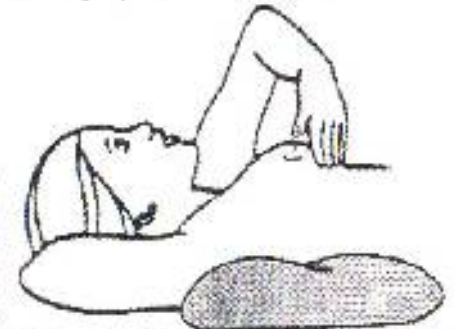


ПРОЩУПУВАННЯ

Здійснюється у положенні лежачи на спині. Під лопатку зі сторони, що обстежується, підкладіть валик таким чином, щоб грудна клітка була трохи піднята. Пальпуйте кожну молочну залозу протилежною рукою. Уникайте грубого прощупування та захоплення великої ділянки тканини молочної залози, оскільки це може створити враження ущільнення, якого насправді немає. Обстеження проводиться у трьох положеннях:

- рука з обстежуваного боку спрямована вздовж тулуба;
- рука спрямована уверх за голову;
- рука спрямована у бік.

Пальцями другої руки молочну залозу пальпують у такий спосіб: ви можете вибрати кругові рухи (мал. 1); рухи по лінії вгору та вниз (мал. 2); клиноподібні рухи (мал. 3). Завжди пальпуйте молочні залози в одній і тій самій послідовності. Це допоможе Вам не пропустити жодної ділянки, а також запам'ятати, якими Ваші молочні залози звичайно є на дотик. Окремо обстежуйте сосок. Його стискають між пальцями, починаючи з країв ареоли, для того, щоб переконатися, що з соска не з'являються виділення (мал. 4).



Мал. 1



Мал. 2



Мал. 3



Мал. 4

