Стефан ХМІЛЬ
Зінаїда КУЧМА
Леся РОМАНЧУК

ГІНЕКОЛОГІЯ

ПІДРУЧНИК

Видавництво «Підручники і посібники»

ГІНЕКОЛОГІЯ

За редакцією
заслуженого діяча науки і техніки України,
доктора медичних наук,
професора С. В. Хміля

Рекомендовано
Центральним методичним кабінетом
з вищої медичної освіти МОЗ України
як підручник для студентів
вищих медичних закладів освіти
I і II рівнів акредитації
за спеціальностями «Акушерська справа»,
«Лікувальна справа»

Тернопіль
«Підручники і посібники»

ББК 57.1я723
УДК 618.1(075.3)
Х 65

Авторський колектив

С. В. Хміль — *заслужений діяч науки і техніки України, професор, доктор медичних наук*
З. М. Кучма — *доцент, кандидат медичних наук*
Л. І. Романчук — *доцент, кандидат медичних наук, член Національної спілки письменників України*

Рецензенти

В. М. Бєсєдін — *доктор медичних наук, професор, академік УАН НП, заслужений діяч науки і техніки України, завідувач кафедри акушерства та гінекології Львівського Національного медичного університету ім. Данила Галицького*
Т. І. Хохліч — *викладач акушерства та гінекології Київського медичного училища №3, спеціаліст вищої категорії, викладач-методист*
Н. П. Колотило — *викладач акушерства та гінекології Кременецького медичного училища ім. А. Річинського Тернопільської області, спеціаліст вищої категорії, викладач-методист*

Хміль С. В., Кучма З. М., Романчук Л. І.
Х 65 Гінекологія: підручник. — Тернопіль: Підручники і посібники, 2006. — 528 с.: 180 рис.

ISBN 966-07-0557-3

У підручнику розглянуто історичні відомості про розвиток гінекології в Україні, медичну деонтологію та особливості спілкування фельдшера, акушерки з пацієнткою, питання організації гінекологічної допомоги, клінічної анатомії та фізіології жіночих статевих органів, діагностики гінекологічних захворювань. Велику увагу приділено особливостям догляду за пацієнтками з різними гінекологічними захворюваннями, а також організації роботи фельдшера, акушерки в сільській місцевості, жіночій консультації та в гінекологічному стаціонарі. Описано основні типи гінекологічних операцій, підготовку хворих до планових та невідкладних операцій, алгоритм дій медичного персоналу під час їх проведення, принципи догляду за хворими в післяопераційному періоді, а також консервативні методи лікування гінекологічних хворих, техніку виконання місцевих процедур, алгоритми виконання практичних навичок. Розглянуто роль планування сім'ї в охороні репродуктивного здоров'я жінки. Наведено методи сучасної контрацепції.

Підручник призначений для студентів вищих медичних закладів освіти І і ІІ рівнів акредитації за спеціальностями «Акушерська справа», «Лікувальна справа».

УДК 618.1(075.3)
ББК 57.1я723

ISBN 966-07-0557-3

© Хміль С. В., Кучма З.М., Романчук Л.І., 2006

ПЕРЕДМОВА

Необхідність видання підручника «Гінекологія» для акушерок та фельдшерів продиктована часом. З моменту виходу першого видання в Україні минуло 7 років, за цей період відбулися суттєві зміни.

Відповідно до програми, затвердженої Міністерством охорони здоров'я, у підручнику стисло і доступно подано матеріал про принципи гінекологічної допомоги в Україні. Основну увагу приділено організації роботи середнього медичного персоналу в сільській місцевості, в гінекологічному стаціонарі та маніпуляційному кабінеті жіночої консультації. Подано «Примірне положення про гінекологічне відділення» та «Примірне положення про акушерку фельдшерсько-акушерського пункту» згідно з Наказом МОЗ України №503 від 28.12.2002 р. «Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні». Наведено протоколи ведення гінекологічних хворих згідно з Наказом МОЗ України № 620 від 29.12.2003 «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні». Висвітлено основи асептики та антисептики у гінекології, наведено сучасні методи дезінфекції різних об'єктів згідно з Наказом МОЗ України № 59 від 10.02.2003 р. «Про вдосконалення заходів щодо профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в пологових будинках».

Розглянуто питання медичної деонтології та особливості спілкування з хворими в гінекології. Описано анатомію, фізіологію репродуктивної функції жінки. У розділі «Методи обстеження гінекологічних хворих» особливу увагу акцентовано на функції фельдшера, акушерки під час проведення діагностичних маніпуляцій, а також велику увагу приділено клінічному перебігу та методам лікування основних гінекологічних захворювань.

Автори вважали за необхідне описати особливості догляду за пацієнтками з різними гінекологічними захворюваннями, особливо за хворими з доброякісними та злоякісними процесами, деонтологічні принципи роботи з такими хворими.

У підручнику висвітлено також етапи гінекологічних операцій, підготовку хворих до планових та екстрених операцій. Підкреслено роль середнього медичного персоналу у підготовці хворих до лапаротомії та вагінальних

операцій, а також у догляді за пацієнтками у післяопераційному періоді. Акцентовано увагу на питаннях надання невідкладної допомоги в екстремальних ситуаціях у гінекології.

Наведено інформацію про сучасні методи діагностики та лікування безплідності, охорону репродуктивного здоров'я жінки і контрацепцію. Висвітлено деонтологічні аспекти діагностики та лікування безплідності.

У кінці розділу наведено перелік контрольних питань для підготовки до диференційованого заліку.

Підручник призначений для студентів вищих медичних закладів освіти I і II рівнів акредитації за спеціальностями «Лікувальна справа» та «Акушерська справа».

Автори сподіваються, що підручник допоможе майбутнім акушеркам та фельдшерам оволодіти знаннями в галузі гінекології, будуть вдячні за побажання та зауваження і врахують їх при наступних перевиданнях.

проф. Стефан Хміль
доц. Зінаїда Кучма
доц. Леся Романчук

ПОНЯТТЯ ПРО ГІНЕКОЛОГІЮ ОСНОВНІ ЕТАПИ РОЗВИТКУ ГІНЕКОЛОГІЇ МЕДИЧНА ДЕОНТОЛОГІЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ СПІЛКУВАННЯ З ХВОРИМИ В ГІНЕКОЛОГІЇ

Гінекологія (назва походить від двох грецьких слів: *gyne* — жінка і *logos* — наука) — наука, що вивчає анатомічні особливості та фізіологічні процеси, які відбуваються у статевих органах жінки від дитинства до старості, та захворювання жіночих статевих органів, що виникають поза вагітністю і пологами.

Гінекологія як наука значно молодша за акушерство, яке є однією з найдавніших медичних дисциплін. У давні часи жінки народжували самостійно або з допомогою однієї зі старших жінок у родині. На наступних етапах розвитку суспільства з'явились люди, які почали професійно займатися лікуванням хворих. Акушерсько-гінекологічна допомога перебувала тоді виключно в руках жінок-акушерок (повитух). Їхні медичні знання були примітивними, проте деонтологічні принципи — доволі високими: варто лише згадати, що, за біблійними свідченнями, баби-повитухи Шіфра і Пуа відмовилися виконати наказ царя Ірода вбивати всіх новонароджених хлопчиків *(Кн.Вихід,1)*.

У цей період для навчання мистецтву медицини відкривалися медичні школи при храмах в Єгипті, Вавилоні, Індії, а пізніше — у Греції. У Стародавній Греції виникали нові медичні школи, з яких вийшло багато відомих лікарів, на острові Кос працював великий лікар Гіппократ. Його матір'ю була відома акушерка Фенарета. Гіппократ володів широким світоглядом, був дуже спостережливим і мав великий досвід. У «Гіппократівському збірнику» є розділи «Про природу жінки», «Про жіночі хвороби», «Про безплідність» тощо.

У період феодалізму медицина, зокрема гінекологія, розвивалася доволі слабо. Незважаючи на це, відомий учений того часу Арибазій (325–400) займався вивченням аномалій і вперше детально описав будову жіночих статевих органів.

Визначним ученим-енциклопедистом і лікарем цього часу був Ібн-Сіна (Авіценна, 980–1037). У його відомому «Каноні лікарської науки» є розділи

з питань гінекології. В XI ст. вищу освіту почали здобувати в університетах, де вивчали і медицину. Проте розвиток гінекології залишався на низькому рівні.

В Україні першими лікарями були ворожбити і знахарі-відуни, обавники, потворники і кудесники, в яких лікування супроводжувалося закляттями та замовляннями. Лікарське знання стало «книжним», коли Україна ввійшла в тісні зв'язки з Візантією. З'явилися вчені лічителі, або лічці. Перша лікарня була заснована за княгині Ольги при Києво-Печерському монастирі. З Никонівського літопису відомо, що князі й діячі церкви стали фундаторами багатьох закладів, де міг отримувати медичну допомогу простий люд. Так, Єфрем, єпископ Переяславський (XI ст.), «...зданія многа воздвиг і будови банні і врачеве і больници всім приходящим безмездне врачування іже не бисть допреже на Русі». Лічці-монахи, серед яких найвідоміші — Агапіт, Алімпій і Дем'ян Пресвітер, володіли «мудрістю книжною», знали властивості лікувальних рослин і безкоштовно лікували кожного, хто звертався за допомогою.

З тих часів відомі й жінки-лічці: Февронія-цілителька і дочка князя Мстислава Володимировича Євпраксія-Добродея (1108–1172), яка стала візантійською імператрицею під іменем Зоя. Перу Євпраксії (Зої) належить перша на Русі медична книга «Алімма», написана грецькою мовою, в якій викладено і систематизовано медичні знання того часу, зокрема з гінекології.

У часи середньовіччя на території теперішньої України не було навчальних закладів, де готували професійних медиків, знання передавалися в сім'ях (від батьків — дітям) або в монастирях. Пізніше були засновані цехи цирульників — у Львові, Києві та Кам'янці-Подільському, де проводилась підготовка цирульників-хірургів, які уміли робити кровопускання, лікувати та перев'язувати рани. Вони вже одержували знання стосовно деяких хвороб. Цирульники надавали допомогу певним верствам міського населення, а також брали участь у військових походах, надаючи допомогу пораненим.

Перший українець, який став доктором медицини й доктором мистецтв, Юрій Дрогобич (1450–1494), «Георгій із Русі», як його називали, був ректором Болонського і професором Краківського університетів, учителем Миколая Коперника. Він став відомим усій Європі своєю просвітницькою діяльністю, а також був видатним філософом та лікарем.

У XVI ст. епоха Відродження (Ренесанс) характеризується подальшим розвитком науки, в тому числі медицини. Нові дані аналітичних праць А. Везалія, Г. Фаллопія та ін. внесли уточнення в наукові знання про будову жіночих статевих органів і тим самим сприяли розвиткові гінекології.

У XVI–XVII ст. в Україні з'являються шпиталі та притулки для хворих і немічних, що створювалися міщанськими братствами. Рани січовиків-за-

порожців гоїли в «козацькому шпиталі» Трахтемирівського монастиря. Братські притулки, шпиталі та школи утримувала, разом із міщанами, українська шляхта. Давні грамоти зберегли для нас імена жертводавців, високоосвічених українських жінок: Анастасія Гольнаська покрила видатки на переклад українською мовою та друкування Пересопницького євангелія; сестри Олена і Софія Чарторийські заснували при Пересопницькому монастирі шпиталь для недужих убогих та школу для селянських дітей; Гальшка Гулевичівна Лозка створила при Київському Богоявленському монастирі братську школу (1615) та шпиталь; Ганна Гойська обдарувала землями Почаївську Лавру; Раїна Могилянська, княгиня Вишнівецька, стала фундаторкою Прилуцького, Ладинського, Лубенсько-Мчарського монастирів, що були на ті часи осередками національної культури, освіти та медицини.

Наприкінці XVIII століття землі України входили до складу двох імперій — Російської та Австро-Угорської. Це зумовило різний розвиток медичної освіти та медичних закладів.

Визвольна війна українського народу, неминучі у війні поранення та спустошливі епідемії зумовили появу нових медичних структур: аптек, аптекарських городів, карантинів, шпиталів. У XVIII ст. в Єлисаветграді (нині Кіровоград) було відкрито першу в Україні медичну школу.

У середині XVIII століття на територіях, що входили до складу Російської імперії, створена так звана «приказна медицина» — в усіх губерніях створювались прикази громадського лікування. Проте рівень надання допомоги був низьким, а сільське населення взагалі не отримувало ніякої допомоги. Із створенням губернських та повітових управ почалась організація допомоги сільському населенню, яка здійснювалася фельдшерами та бабками-повитухами.

Одна з перших вищих шкіл Східної Європи — Києво-Могилянська академія. Її ректор Феофан Прокопович (1681–1736), більш знаний як філософ та богослов, написав дисертацію з фізіології про причину нетлінності тіл печерських святих. У цій академії існували медичні класи.

Проте здобути вищу медичну освіту в ті часи можна було лише за кордоном. Тому син полтавського священика Нестор Максимович Максимович-Амбодик (1744–1812) їде в 1770 році до Страсбурзького університету і навчається там коштом «голіцинської» стипендії. Фундаторка цієї стипендії, княгиня Катерина-Смарагда Голіцина (1720–1761), за життя страждала на «делікатну жіночу неміч» і побажала позбавити інших жінок від таких страждань. Вона залишила великий спадок, на відсотки від якого здобули освіту в Страсбурзі, «славному своїм акушерством», Нестор Максимович, основоположник наукового акушерства й автор першого підручника російською мовою «Мистецтво сповивання»; Олександр Шумлянський (1748–

1795), що захистив у Страсбурзькому університеті дисертацію, присвячену тонкій будові нирки (капсула Шумлянського-Боумена), а потім працював «градським акушером» у Москві й помер у бідності, хоч заслуги його тоді вже визнала вся Європа, а Паризька академія наук вшанувала титулом «члена-кореспондента»; відомі лікарі та науковці І. Руцький, М. Тереховський, С. Леонтович. У Лейдені (1780) захистив дисертацію на акушерську тему «Про переваги симфізіотомії перед кесаревим розтином» майбутній славетний епідеміолог, уродженець села Янівка Чернігівської губернії Данило Самойлович.

На початку XIX століття відкриваються державні лікарні у Полтаві, Кременчуці та інших губернських та повітових містах. У них поряд із лікарями працювали фельдшери, до допоміжної роботи залучали жінок, які не мали спеціальної освіти. У 1803 році у Києві відкрито перші пологові ліжка, які обслуговувала освічена акушерка.

У 1805 році відкрився університет у Харкові. Акушерську клініку на 4 ліжка там було створено в 1829 році. Лише в 1862 році, коли кафедру акушерства та гінекології очолив Іван Павлович Лазаревич, клініку було розширено до 25 ліжок. Блискучий хірург І. П. Лазаревич зробив першу в Україні оваріотомію. На Лондонській виставці в 1873 році за створення «Атласу гінекологічних та акушерських інструментів» і винахід прямих акушерських щипців, які стали відомі в Європі як «російські щипці», він був нагороджений золотою медаллю. І. П. Лазаревич заснував у Харкові школу для акушерок з периферії.

У 1842 році при Кирилівських богадільнях у Києві створено першу фельдшерську школу.

Важливою віхою у розвитку сестринської справи стала Кримська війна (1853–1856). Ідея залучення сестер милосердя до допомоги пораненим належить видатному вченому М. І. Пирогову і ним же була реалізована. Роль жінок у догляді за хворими одержала незаперечне визнання. Після війни почалась професійна підготовка медичних сестер для догляду за хворими в шпиталях і в мирний час. У 1870 році у Києві відкрито військово-фельдшерську школу, а в 1877 році — курси медичних сестер.

Становлення сестринської справи в Західній Україні проходило дещо інакше, внаслідок особливостей соціально-економічного розвитку Австро-Угорської імперії та впливу Західної Європи.

У 1773 році відкрився Львівський акушерський колегіум, де навчались особи обох статей віком від 21 до 30 років. Навчання тривало 1–3 роки. Крім того, при колегіумі існували курси прискореної підготовки акушерок. Навчання в колегіумі було безкоштовним, слухачі перебували на повному

Нестор Максимович
Максимович-Амбодик
(1744–1812)

Іван Павлович
Лазаревич
(1829–1902)

утриманні землевласників. Відкриття колегіуму вважають датою започаткування середньої медичної освіти в західноукраїнських землях.

Одним із найперших закладів освіти в Європі був медичний факультет Львівського університету, відкритий у 1661 році. Кафедра акушерства і гінекології почала функціонувати у 1898 році. Першим її завідувачем був професор Адам Марс. Було створено акушерсько-гінекологічну клініку на 118 ліжок. Науковці кафедри займались вивченням проблем злоякісних пухлин та безплідності. Потім кафедру очолювали професори А. Соловій та К. Божинський. На початкових стадіях становлення медичного факультету до Львова приїхали науковці з Кракова, Відня та інших міст. З часом Львів став джерелом кадрів викладачів для новоорганізованих медичних факультетів у Варшаві, Вільнюсі та Познані.

Серед незаслужено забутих імен — доктор Щасний-Сельський. Після закінчення Віденського університету в 1882 році він спеціалізувався у кращих гінекологічних клініках Відня, а потім очолив відділ жіночих недуг у Львівській міській лікарні. Працюючи заступником голови створеної у 1893 році математично-природописно-лікарської секції Наукового товариства ім. Т. Г. Шевченка у Львові, що прирівнювалося до статусу Національної академії наук, він започаткував вихід у світ україномовної гінекологічної літератури, завдяки чому українська національна наука піднялася до рівня цивілізованих європейських країн. Його робота «До механіки нормальних і патологічних змін положення материці» була першою працею, опублікованою українською мовою у спеціалізованому науковому збірнику. Він написав 11 статей, кожна з яких була вагомою та актуальною.

У 1870 році на території Західної України організацією медичної допомоги населенню почала займатися крайова рада здоров'я. У цей період у Львові відкрили акушерські курси, засновницею яких була поміщиця

Яблонська. На курси зараховували неписьменних сільських жінок. Навчання тривало 3 місяці.

У 1895 році при загальній лікарні у Львові було створено школу медичних сестер. Її фінансували Крайовий відділ здоров'я та Товариство Червоного Хреста. До цього в клініках одного з найстаріших університетів Європи — Львівського — медичними сестрами працювали черниці, рівень медичної підготовки яких був недостатнім. Іноді вони не мали елементарних навичок догляду за хворими.

У цей період більша частина України входила до складу Російської імперії, тому розвиток медицини в Україні був тісно пов'язаний із розвитком медицини в Росії.

У Києві при університеті св. Володимира, створеному в 1834 році, медичний факультет відкрили в 1841 році. Кафедру акушерства та гінекології було створено в 1843 році. Основоположником кафедри був професор І. П. Кримаренков, якого змінив знаменитий акушер О. П. Матвєєв (1816–1882). Саме О. П. Матвєєв запропонував метод профілактики гонобленореї шляхом закапування очей новонароджених 2% розчином азотнокислого срібла. При клініці він організував школу для акушерок і написав для них спеціальний посібник, який витримав три видання. З 1847 по 1883 рік було підготовлено 1280 акушерок.

Наступник О. П. Матвєєва, Георгій Єрмолайович Рейн, впроваджував у практику асептику та антисептику, успішно здійснив 18 овариотомій, був організатором Київського акушерсько-гінекологічного товариства. Академік Г. Є. Рейн, завідувач кафедри акушерства Київського університету, організував 8-місячні курси для сільських бабок-повитух, а після 1900 року Київська акушерська університетська клініка розпочала підготовку повитух першого та другого розрядів при акушерському відділенні Олександрівської лікарні (тепер лікарня № 14) та Товаристві надання допомоги бідним роділлям.

Велику роботу щодо організації пологових будинків в Україні провів професор Г. Ф. Писемський (1862–1937). За його ініціативою було відкрито перший колгоспний пологовий будинок, першу жіночу консультацію в Києві, створено перші палати патології вагітних, у керованій ним клініці було вперше здійснено переливання крові.

Вагомий внесок у розвиток акушерської та гінекологічної науки та практики зробив професор П. М. Буйко (1895–1943). У 1933 році він очолив Київський інститут охорони материнства і дитинства та був його директором до 1938 року. З 1938 року — професор кафедри акушерства Київського медінституту. Його наукові праці були присвячені вивченню пологового травматизму та лікуванню міхурово-піхвових нориць. Як лікар і громадянин, професор П. М. Буйко під час Великої Вітчизняної війни очолив медико-санітарну

Адам Марс
(1851–1918)

Олександр Юдимович Лур'є
(1897–1958)

частину партизанського загону, був схоплений фашистами і спалений живцем. Посмертно йому присвоєно звання Героя Радянського Союзу, а його ім'ям названо Київський інститут охорони материнства і дитинства (тепер Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України).

Завдяки самовідданій праці лікарів-організаторів медичної допомоги в 50-ті роки в Україні стаціонарною родопоміччю було охоплено майже 100% жінок у містах і 70–80% — у селах. Потреба в сільських пологових будинках зменшилася, їх поступово почали закривати, профілактичну допомогу взяли на себе фельдшерсько-акушерські пункти, а стаціонарне лікування хворі із сільської місцевості отримували в центральних районних та дільничних лікарнях.

У повоєнні роки з ініціативи О. Ю. Лур'є, який очолював кафедру акушерства та гінекології Київського медичного інституту, було запроваджено метод масових профілактичних онкооглядів жінок, що завдяки ранній діагностиці дало змогу зменшити кількість випадків задавненого раку жіночих статевих органів; організовано відділ із продовження життя хворих на рак. Позитивну роль відіграли збільшення кількості ліжок оперативної гінекології та об'єднання консультацій для жінок з пологовими будинками і гінекологічними стаціонарами в єдиний лікувально-профілактичний заклад. Ці заходи сприяли кращій організації обслуговування вагітних, роділь і породіль, гінекологічних хворих, підвищенню кваліфікації лікарів.

Кафедру акушерства і гінекології Київського державного медичного інституту очолював тривалий час всесвітньовідомий учений, член-кореспондент АМН, професор М. С. Бакшеєв (1911–1974). Головними напрямками його наукової діяльності були фізіологія і патологія скоротливої діяльності матки, гестози, гіпоксія плода й асфіксія новонароджених, онкогінеко-

Микола Сергійович
Бакшеєв (1911–1974)

Іван Іванович Грищенко
(1897–1983)

логія, маткові кровотечі. За книгу «Маткові кровотечі» М.С. Бакшеєв удостоєний Державної премії ім. В.Ф. Снєгірьова. З 1959 року і до кінця своїх днів він був головним акушером-гінекологом України.

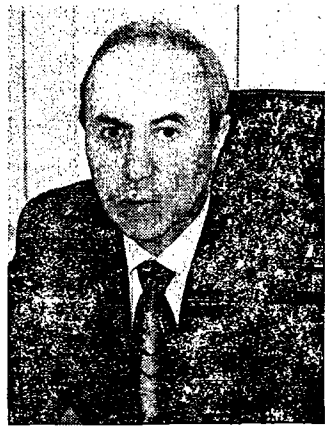
Керівником кафедри акушерства і гінекології Харківського державного медичного інституту довгий час був заслужений діяч науки і техніки СРСР, професор І. І. Грищенко (1897–1983). Він приділяв велику увагу коригуючим операціям при аномаліях розвитку статевих органів, сечовим і кишковим норицям та іншим формам патології.

З 1945 до 1979 року науково-дослідний інститут педіатрії, акушерства і гінекології очолював талановитий вчений О.Г. Пап. Багато років свого життя він присвятив питанням удосконалення організації акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні, підготовці висококваліфікованих кадрів, його численні учні нині завідують кафедрами акушерства та гінекології медичних ВНЗ. О.Г. Пап є автором понад 150 наукових праць, присвячених актуальним питанням акушерства та гінекології.

У Київському медичному інституті, а потім в Інституті педіатрії, акушерства та гінекології АМН України заступником директора з наукової роботи працював член-кореспондент АМН України, професор О.Т. Михайленко (1933–1995). Це був надзвичайно обдарований науковець із широким колом зацікавлень, відомий учений-клініцист, безмежно доброзичлива, чуйна людина, яка щедро дарувала свій талант, знання, величезний досвід молодим науковцям. Він займався вивченням фізіології та патології скоротливої функції матки під час пологів, патогенезу маткових кровотеч у послідовому та ранньому післяпологовому періодах, перинатальної патології плода при різній акушерській патології. Написав і видав багато корисних для акушерів-гінекологів підручників та монографій. Омелян Трохимович створив школу, з якої

Омелян Трохимович Михайленко (1933–1995)

Валентин Іванович Грищенко (нар. у 1928 р.)



Борис Михайлович Венцківський

вийшли видатні науковці, що посідають ряд керівних посад у практичній охороні здоров'я, а також працюють на науково-педагогічній ниві.

Вагомий внесок у справу охорони здоров'я матері та дитини робить член-кореспондент АМН України, професор Б. М. Венцківський. Він поєднує роботу завідувача кафедри акушерства та гінекології Національного медичного університету з роботою на посаді Президента Всеукраїнської асоціації акушерів-гінекологів України. Завдяки його організаторським здібностям і невтомній праці вдається в сучасних скрутних економічних умовах утримувати на належному рівні організацію акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні.

Талановитий науковець, організатор і педагог, академік НАН України, заслужений діяч науки і техніки України, лауреат ряду державних іменних премій, професор В. І. Грищенко живе і працює в м. Харкові. Він є завідувачем кафедри акушерства і гінекології Харківського державного медичного університету й одночасно директором Інституту проблем кріобіології та кріомедицини НАН України. Його наукова діяльність у галузі гінекології та кріобіології є багатогранною.

Багато років життя, праці віддав навчанню студентів та лікарів, надав висококваліфіковану допомогу вагітним і хворим жінкам відомий науковець, член-кореспондент АМН України, Росії, НАН України, почесний член ряду зарубіжних наукових товариств акушерів-гінекологів, професор Л. В. Тимошенко. Його наукові здобутки знайшли відображення в ряді журнальних статей, підручників і монографій. Напрями наукових досліджень Л. В. Тимошенка різноманітні в усіх галузях акушерства і гінекології: слабкість пологової діяльності, гестози, кровотечі, невиношування та переношування вагітності, гінекологічна ендокринологія тощо. Професор Л. В. Тимошенко

Леонід Васильович Тимошенко

Галина Костянтинівна Степанківська

Яків Порфирович Сольський

підготував чимало докторів і кандидатів наук із спеціальності «Акушерство та гінекологія».

Вагомий внесок у розвиток акушерсько-гінекологічної науки зробила член-кореспондент АМН України, професор Г. К. Степанківська. Вона видала ряд монографій, підручників, за якими навчаються студенти і лікарі, опублікувала багато статей у журналах. Напрями її наукових досліджень у гінекології доволі широкі. Вони охоплюють майже всі розділи цієї науки. Галина Костянтинівна Степанківська користується шаною і повагою серед фахівців України. Вона багато років була головою Республіканського наукового товариства акушерів-гінекологів України. І сьогодні професор Галина Костянтинівна Степанківська працює в Українському національному медичному університеті.

В Інституті педіатрії, акушерства та гінекології АМН України працює відомий науковець, академік УАН НП, професор Я. П. Сольський, автор численних підручників і монографій. Напрям його наукових досліджень — запальні захворювання жіночих статевих органів. Тривалий період він був головним акушером-гінекологом України і зробив значний внесок у розвиток охорони здоров'я матері та дитини.

В Одеському медичному університеті кафедру акушерства і гінекології очолює талановитий учений, ректор університету, академік АМН України, доктор медичних наук, професор В. М. Запорожан. Він є автором багатьох монографій з актуальних питань акушерства та гінекології, підручників для студентів та лікарів-інтернів.

У зв'язку із запровадженням в Україні неперервної вищої освіти чотирьох рівнів з'явилися навчальні заклади І–ІІ рівнів акредитації нового типу: коледжі, почали відкриватися факультети сестринської справи в медич-

них університетах та академіях, де готують фахівців за спеціальностями: «акушерська справа», «лікувальна справа». Іншим став підхід до суті фаху. Створено нові стандарти, теорії та моделі.

МЕДИЧНА ДЕОНТОЛОГІЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ СПІЛКУВАННЯ З ХВОРИМИ В ГІНЕКОЛОГІЇ

Медична деонтологія — це сукупність етичних норм і принципів поведінки медичного працівника під час виконання своїх професійних обов'язків. Моральне обличчя медичного працівника, основні принципи його поводження формувалися й удосконалювалися впродовж багатьох століть залежно від політичного ладу, рівня культури, національних та релігійних традицій, а також соціально-економічних і класових відносин у країні. Величезна роль у визначенні основних проблем медицини і як науки, і як моральної діяльності належить основоположнику наукової медицини Гіппократу, його численним учням та послідовникам наступних поколінь, зокрема таким видатним діячам медицини, як І. П. Павлову та М. І. Пирогову. Свій вклад у розвиток деонтології та етики внесли визначні вчені сучасності Я. П. Сольський, О. Т. Михайленко, Г. К. Степанківська, В. І. Грищенко та інші.

Медична деонтологія дуже тісно пов'язана з медичною етикою. Із сучасних позицій медична етика, мораль — категорії, що визначають принципи поведінки медичного працівника в суспільстві. Медична етика — один із видів професійної та частина загальної етики. Її слід розглядати як історично сформоване зведення моральних вимог, норм поведінки, що випливають із завдань медичного працівника. *Медична етика* — це вчення про мораль медпрацівників, їхню поведінку, стосунки з хворими, з колегами, із суспільством. Вона теоретично обґрунтовує вчинки середнього медичного працівника у сфері його діяльності. Складовою частиною медичної етики є деонтологія — вчення про обов'язок медичного працівника.

Порушення правил деонтології іноді може призвести до виникнення такої патології, як ятрогенія — психогенний розлад внаслідок неправильних, необережних висловлювань або дій медичного працівника. Тому важливим принципом є дотримання основного деонтологічного правила — не зашкодити при діагностиці або лікуванні.

Фельдшери, акушерки надають лікувально-профілактичну допомогу жінкам на фельдшерсько-акушерських пунктах, у жіночих консультаціях, маніпуляційному кабінеті та операційній, у гінекологічному відділенні акушерсько-гінекологічного об'єднання.

За визначенням ВООЗ (1967), «Медична сестра — це особа, підготовлена за основною програмою сестринського навчання, яка має достатню кваліфікацію і право виконувати у своїй країні дуже відповідальну роботу із сестринського обслуговування з метою зміцнення здоров'я, запобігання хворобам і догляду за хворими».

Основною функцією акушерки є догляд за хворими та виконання призначень і вказівок лікаря, під керівництвом якого вона працює. Професіоналізм акушерки полягає в чіткому виконанні своїх обов'язків, бо від цього значною мірою залежить ефективність лікування. Високий рівень фахових знань та вмінь, точність у виконанні призначень, тактовність, людяність, уважність, самовладання, чуйність — ці якості конче необхідні фельдшеру, акушерці. Останніми роками роль середнього медичного персоналу значно зросла. Акушерки та фельдшери почали працювати зі складною технікою, виконувати відповідальні маніпуляції. Це вимагає високої кваліфікації та постійного вдосконалення ними своїх знань.

Проте надзвичайно важливим залишається спілкування з хворими. Особливістю роботи в акушерстві та гінекології з деонтологічної точки зору є необхідність врахування своєрідності жіночої психіки. Фельдшер, акушерка своїми діями, поведінкою та словом повинна зробити все, щоб у хворої був оптимістичний настрій, впевненість у швидкому одужанні чи сприятливому закінченні пологів, якщо йдеться про пологіллю. Не слід інформувати хворих про результати аналізів, висновки лікарських консиліумів, висловлювати свої прогнози щодо термінів лікування, розповідати про об'єм оперативних втручань. Таке право має тільки лікар. Якщо у фельдшера чи акушерки виникли сумніви щодо правильності лікарських призначень, вона повинна негайно звернутися до лікаря-куратора, в жодному разі не обговорюючи це з хворими або іншими особами.

Робота в гінекологічному відділенні вимагає від середнього медичного персоналу особливої уваги до хворих, зважаючи на те, що гінекологічні проблеми торкаються дуже делікатної, часто інтимної сфери. Природна сором'язливість жінки не повинна бути травмована під час огляду, тому в оглядовій не місце стороннім, двері слід тримати зачиненими. Лише за таких умов створюється атмосфера довіри між лікарем та жінкою, без якої часто неможливе з'ясування причин хвороби, а отже, і вчасне лікування. Результати огляду та аналізів, зокрема мазків, може повідомляти хворій тільки лікар. Якщо у мазку виявлені збудники захворювань, які передаються статевим шляхом, це не повинно стати відомим нікому, окрім самої хворої, за жодних умов не можна інформувати про це її родичів. Часто жінку хвилює, яким чином перенесене захворювання може вплинути на її статеву та репродуктивну функції. Особливо це стосується хворих після операцій на

матці та придатках. Інформацію про обсяг операції та її наслідки надає хворій тільки лікар, але іноді пацієнтка намагається отримати додаткові дані від середнього медичного персоналу. Цього в жодному разі не слід робити, так само, як і обговорювати призначення лікаря, тактику лікування чи висловлювати сумніви щодо доцільності операції. Такі вчинки є грубим порушенням етики, окрім того, вони травмують психіку хворої, руйнують її довіру до лікарів та медицини взагалі, бо якщо міг помилитися один лікар, де гарантія, що не помилиться й інший? Така хвора може перестати ретельно виконувати призначення лікаря, що значно погіршує ефективність лікування.

Проте звідси не випливає висновок, що помилки медичного персоналу, незалежно від рівня, можна приховувати. Навпаки, помилка, допущена лікарем чи фельдшером, акушеркою, має бути якнайшвидше виявлена, визнана та виправлена. Приховування помилок або ускладнень, що виникли під час виконання професійних обов'язків медичними працівниками (наприклад, перфорація матки під час аборту, допущена лікарем, або введення акушеркою під шкіру чи у м'язи розчину, який вводять лише внутрішньовенно), може призвести до тяжких або й непоправних наслідків для здоров'я пацієнтки. Кожен такий випадок має стати темою обговорення у колі колег, потрібно вжити адміністративних чи, якщо необхідно, юридичних санкцій. У жодному разі це не повинно бути предметом обговорення поза межами лікувального закладу. Законом роботи в гінекологічному та, врешті, в будь-якому стаціонарі повинна бути співпраця лікаря, середнього медперсоналу та самої хворої у боротьбі зі спільним ворогом — хворобою. За такої умови високий професіоналізм, ретельність і точність у виконанні призначень, дотримання лікувально-охоронного режиму та принципів деонтології приведуть до очікуваного результату — видужання хворої, її реабілітації, відновлення менструальної, статевої та репродуктивної функцій жінки.

Високі морально-етичні принципи, чітке дотримання деонтологічних норм лікарями та середнім медичним персоналом мають величезне значення для ефективного лікування жінок.

Основою діяльності акушерки, фельдшера є спілкування з хворими. Вони повинні виробити навички професійного цілеспрямованого спілкування, яке є основою їхніх стосунків з пацієнтками. Під час розмови з хворою важливі такі моменти:

- Акушерка і фельдшер мають підтримувати контакт із хворою очима, але не дивитися пильно їй в очі.
- Вираз обличчя середнього медичного працівника повинен виявляти інтерес до того, що говорить пацієнтка, можна трохи нахилитися вперед і періодично хитати головою на знак згоди.

- Відстань між фельдшером, акушеркою і пацієнткою при розмові не повинна перевищувати 1 м і не бути меншою, ніж 45 см. Чим інтимніших сторін життя торкається опитування, тим ближче потрібно схилитися до хворої і тихіше розмовляти, тоді створюється атмосфера довіри і відвертості, але слід пам'ятати, що вторгнення в інтимну зону (до 45 см) люди розцінюють по-різному. Лише особам, з якими встановлено тісний емоційний контакт, можна наближатися до людини в інтимну та надінтимну зону (до 15 см). При відсутності такого контакту і довіри у деяких пацієнтів може виникнути страх та агресивність.
- Дуже важливим є вміння слухати пацієнтку. Необхідно подумки тримати зворотний зв'язок, оцінюючи інформацію, промовлену вголос і слухати «між рядками», вловлюючи прихований зміст. Час від часу слід критично оцінювати попередню частину розмови.
- Акушерка чи фельдшер повинні сконцентрувати всю свою увагу на іншій людині. Всі чинники, які відволікають їх від проблем пацієнтки, необхідно на час розмови з хворою усунути. На їх обличчі не може бути виразу стурбованості своїми власними негараздами, оскільки хвора може оцінити це як загрозу для себе.
- Під час опитування пацієнтки неприпустимо займатися сторонніми справами, перекладати папери на столі, заповнювати документацію, що не стосується цієї хворої тощо. Можна і потрібно занотовувати скарги пацієнтки та її проблеми, заповнювати її медичну карту, лист контролю показників функцій її організму. Це хворі сприймають як вияв уваги і важливості інформації, яку вони надають медичному працівнику.
- Виявляйте до хворої щиру зацікавленість, повагу і турботу, співпереживайте, намагайтеся зрозуміти її проблеми.
- Не поспішайте з висновками та інтерпретаціями. Своїми сумнівами поділіться з лікарем, що лікує хвору, лише він може дати остаточну оцінку її стану та напряму сестринського догляду.

Під час спілкування з пацієнтками акушерка та фельдшер повинні пам'ятати, що у всіх людей різні типи психіки, тому поведінкові реакції можуть бути різними. Хвороба — завжди екстремальний стан для людини, фельдшер чи акушерка повинні це враховувати і бути готовими до того, що не всі пацієнти однаково реагують на ситуацію. Можливі варіанти:

1. Впевнений індивід. Людина не лякається проблем, зустрічає їх віч-на-віч, здатна до адекватної оцінки ситуації, до боротьби з хворобою.

2. Пасивний індивід. Намагається втекти від вирішення проблеми, дозволяє іншим вирішувати за себе, невпевнена в собі.

3. Агресивний індивід. Вважає власні права вищими за права оточуючих, робить вибір за себе і за інших, намагається досягти мети, часто за

рахунок інших. Поведінка ворожа, агресивна, проте за цим інколи криється невпевненість у собі, страх перед проблемою і необхідністю її розв'язати.

Акушерка, фельдшер повинні знайти індивідуальний підхід до кожної пацієнтки залежно від реакції її психіки. При зустрічі із невпевненою в собі пацієнткою вся поведінка середнього медичного працівника має бути спрямована на соціальну підтримку — вербальну та невербальну. Вербальна підтримка полягає у заохоченні всіх починань пацієнтки, спрямованих на боротьбу з хворобою, за кожне зусилля, за кожен крок до одужання хвору потрібно похвалити. Слід помічати всі зміни на краще і говорити про це пацієнтці у формі похвали або компліменту («Ви сьогодні виглядаєте значно краще», «Як личить Вам ця зачіска!», «У Вас чудовий колір обличчя!»).

Для ефективного *вербального спілкування* акушерка та фельдшер повинні використовувати такі прийоми:

- усміхатися пацієнткам;
- привітатися з хворою;
- назвати себе;
- звертатися на «Ви», на ім'я або на ім'я та по батькові (залежно від віку);
- тон звертання має бути дружнім;
- розмовляти доступною для пацієнтки мовою;
- не зловживати медичними термінами;
- вибрати темп мовлення, доступний для пацієнтки;
- правильно вибрати час для спілкування;
- стежити за інтонацією голосу, вона повинна відповідати тому, що ви хочете сказати;
- правильно вибрати тембр голосу та силу звуку залежно від теми розмови;
- інструкції для пацієнтки повинні бути чіткими та зрозумілими;
- не використовувати натяки;
- не обіцяти неможливого;
- якщо відчуваєте, що хвора вас не зрозуміла, повторіть сказане та уточніть, чи є запитання;
- у кінці розмови переконайтеся, що у хворої не залишилось невирішених проблем на даний момент.

Невербальна підтримка — дотик, посмішка, кивок голови під час зустрічі та розмови.

Не варто вважати, що впевнений у собі пацієнт спроможний сам вирішити свої проблеми. Людина, яка не скаржиться і не вимагає до себе особливої уваги, також потребує підтримки медичного персоналу, заохочення та добрих слів.

Найважче працювати з агресивними пацієнтами. При контакті з такими хворими акушерка повинна пам'ятати, що не слід сприймати агресивність пацієнта як особисту образу. Під час виконання професійних обов'язків навіть неприємні нам особисто люди є передусім пацієнтами, тобто людьми, які страждають, і через те можуть бути нестриманими, говорити і чинити неприйнятні для інших речі. Якщо хвора вас образила, поводилася агресивно, слід заспокоїтися, глибоко вдихнути, порахувати до десяти. Якщо акушерка, фельдшер відчувають, що можуть не стриматися і сказати щось неприємне у відповідь, краще вийти з кімнати, випити води, розповісти про інцидент колезі, лікареві, з яким ви працюєте. За будь-яких обставин необхідно подолати в собі почуття особистої неприязні до пацієнтки, знайти сили спокійно, стримано поговорити з нею, запевнити її в тому, що акушерка все одно виконуватиме свої професійні обов'язки щодо неї так само ретельно, як і раніше.

Іноді середнім медичним працівникам доводиться розмовляти з пацієнтками на теми, які зумовлюють певні труднощі. Зокрема, це хвороби, що передаються статевим шляхом, небажана вагітність, аборт. Важко також знайти контакт з хворими на злоякісні пухлини, безплідність. Спілкування з такими пацієнтками вимагає від фельдшера, акушерки особливої чуйності, уваги, такту і високого професіоналізму.

Перелік контрольних питань:

- поняття про гінекологію;
- основні етапи розвитку гінекології;
- медична деонтологія;
- особливості спілкування з хворими в гінекології.

ОРГАНІЗАЦІЯ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ САНІТАРНО-ПРОТИЕПІДЕМІЧНИЙ РЕЖИМ ГІНЕКОЛОГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ АСЕПТИКА ТА АНТИСЕПТИКА В ГІНЕКОЛОГІЇ

Здоров'я жінки — це здоров'я нації. Тому перед медичними закладами України, що здійснюють лікувально-профілактичну допомогу гінекологічним хворим, стоїть відповідальне завдання — зменшення кількості захворювань статевої сфери жінки та запобігання їх виникненню. Велика роль у реалізації цих завдань відводиться акушеркам та фельдшерам.

Гінекологічна допомога в Україні здійснюється у лікувальних закладах амбулаторного і стаціонарного типу, основними з яких є:

- гінекологічні відділення та жіноча консультація у складі акушерсько-гінекологічного об'єднання;
- гінекологічні відділення у складі багатопрофільної лікарні;
- жіноча консультація у складі поліклініки.

Наявність акушерсько-гінекологічних відділень у складі багатопрофільних лікарень або медико-санітарних частин дає можливість оперативно забезпечити кваліфіковану консультативну допомогу спеціалістами будь-якого профілю, цілодобову лабораторну діагностику, вирішувати питання господарського забезпечення тощо.

Керівництво акушерсько-гінекологічною роботою в нашій країні здійснює Головне управління лікувально-профілактичної допомоги дітям і матерям Міністерства охорони здоров'я України.

В областях безпосереднє керівництво акушерсько-гінекологічними закладами здійснює Управління охорони здоров'я через головних спеціалістів.

Основними принципами амбулаторної гінекологічної допомоги є: систематичний, кваліфікований, в рівній мірі доступний у селах і містах лікарський, фельдшерсько-акушерський профілактичний нагляд за жінками, своєчасна діагностика і лікування гінекологічної патології, широка інформаційно-просвітницька робота з питань репродуктивного здоров'я, планування сім'ї.

Амбулаторна гінекологічна допомога здійснюється в жіночих консультаціях, гінекологічних кабінетах центральних районних лікарень, сільських

лікарських амбулаторіях, амбулаторіях загальної практики/сімейної медицини, фельдшерсько-акушерських пунктах, центрах планування сім'ї, оглядових кабінетах поліклінік, приватних гінекологічних кабінетах.

Вони обслуговують жінок, які проживають на прикріпленій до них території. В основі лікувально-профілактичної роботи цих закладів лежить принцип диспансерного обслуговування жінок.

Структурні підрозділи жіночої консультації такі: реєстратура, кабінети лікарів-гінекологів, кабінети терапевта, стоматолога, генетика та інших фахівців-консультантів, процедурна та маніпуляційна, лікувально-діагностичні кабінети (кольпоскопії, ультразвукової діагностики, фізіотерапевтичні кабінети), мала операційна.

Завдання жіночої консультації такі:

- надання кваліфікованої акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам, що проживають у зоні її обслуговування;
- регулярне проведення профілактичних онкооглядів;
- активне виявлення хворих із запальними процесами, передраковими захворюваннями жіночих статевих органів, доброякісними та злоякісними пухлинами;
- взяття виявлених хворих на диспансерний облік, систематичне спостереження, обстеження та лікування гінекологічних хворих;
- надання соціально-правової допомоги вагітним жінкам;
- проведення санітарно-освітньої роботи;
- забезпечення постійного зв'язку із гінекологічним стаціонаром.

Робота жіночої консультації організована за територіальним принципом. Одна акушерська дільниця включає приблизно дві терапевтичні. На дільниці працюють акушер-гінеколог й акушерка. Вони обслуговують 3300 жінок. Територіально-дільничний принцип роботи жіночої консультації дає можливість акушеру-гінекологу підтримувати постійний зв'язок із дільничним терапевтом та іншими спеціалістами.

Весь об'єм лікувально-профілактичної допомоги лікарі жіночої консультації виконують разом з акушерками чи фельдшерами, які зобов'язані допомагати лікареві у роботі на дільниці.

На кожну жінку, яка звертається за гінекологічною допомогою, заводиться *медична карта амбулаторної хворої* (облікова форма № 0-25о), куди вносять усі дані про огляд, діагноз, перебіг захворювання. Коли вперше встановлено діагноз, лікар заповнює статистичний талон для реєстрації остаточних або уточнених діагнозів. Лікування, призначене гінекологом, можуть проводити в умовах процедурного кабінету лікар, акушерка чи фельдшер, а також удома сама пацієнтка. В амбулаторних умовах найчастіше проводиться консервативне лікування при запальних процесах зовнішніх ста-

тевих органів, вагіни і шийки матки. Використовують внутрішньом'язові та внутрішньовенні ін'єкції, вагінальні ванночки, тампони, змащування, промивання уретри та сечового міхура тощо.

Дільничний лікар вирішує питання про необхідність госпіталізації, як планової, так і екстреної. Перевірку фактичної госпіталізації здійснює дільнична акушерка чи фельдшер. Після виписування пацієнтки зі стаціонару лікар жіночої консультації вирішує питання про методи реабілітації, у тому числі й про санаторно-курортне лікування.

Однією з важливих галузей роботи фельдшера, акушерки є диспансеризація.

Диспансеризація — це активне виявлення хворих на ранніх стадіях захворювання, динамічне спостереження і проведення комплексного лікування, здійснення заходів з оздоровлення умов праці та побуту, запобігання розвитку хвороби, відновлення працездатності.

На всіх хворих, які виявлені на амбулаторному прийомі, крім медичної карти амбулаторної хворої заводять *контрольну карту диспансерного спостереження* — ф.30. У цій карті відзначають частоту і термін відвідування, об'єм обстеження і лікування, терміни оздоровлення. Диспансерне спостереження закінчується після повного видужання або зі зміною місця проживання.

Тривалість диспансерного спостереження залежить від характеру захворювання, клінічних проявів, віку хворої та інших факторів.

Диспансерному нагляду підлягають хворі із запальними захворюваннями різної локалізації та етіології, безплідністю, розладами менструального циклу, передраковими захворюваннями, пухлинами статевих органів, запальними захворюваннями.

Багато захворювань, зокрема передракові та рак, на початкових стадіях не дають жодної симптоматики, тому такі хворі самостійно не звертаються за допомогою, доводиться виявляти їх активно за допомогою ***онкопрофоглядів.***

Кожна жінка повинна проходити профілактичний онкогляд щороку, окремі категорії населення — двічі на рік.

Огляд полягає в обстеженні молочних залоз, огляді шийки матки в дзеркалах, взятті мазка для онкоцитологічного досліджень та проведенні бімануального обстеження. При онкопрофогляді можна виявити передракові захворювання шийки матки, фіброміому матки, пухлини яєчників, захворювання молочних залоз. Вчасне виявлення цієї патології дає можливість не допустити розвитку задавнених форм злоякісних пухлин.

У жіночій консультації можна виконувати невеликі хірургічні втручання — біопсію шийки матки, аспірацію вмісту порожнини матки для цитоло-

гічного дослідження, поліпектомію, діатермокоагуляцію, діатермоексцизію, діатермопунктуру, введення внутрішньоматкових контрацептивів, гідротубацію. Ці втручання проводить лікар, ***акушерка допомагає йому.*** Вона стерилізує та готує до операції інструменти, асистує під час проведення операції, якщо під час операції отримано якийсь патологічний матеріал, акушерка вміщує його у флакон, фіксує у розчині формаліну, підписує, заповнює направлення у патогістологічну лабораторію, стежить за тим, щоб матеріал було відправлено за призначенням, а після отримання результату заносить дані у відповідний журнал і повідомляє лікарю.

ОРГАНІЗАЦІЯ АМБУЛАТОРНОЇ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Організація амбулаторної гінекологічної допомоги регламентується Наказом МОЗ України №503 від 28.12 2002 р. «Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні» і передбачає проведення заходів з питань профілактики виникнення гінекологічних захворювань, раннього їх виявлення та надання лікувальної та реабілітаційної допомоги.

Гінекологічні захворювання виявляють під час звернення жінок у жіночу консультацію або гінекологічні кабінети багатопрофільної поліклініки, а також під час проведення профілактичних оглядів (у жіночій консультації, оглядових кабінетах поліклінік, лікарських амбулаторіях, ФАПах, стаціонарах).

Профілактичними оглядами в оглядових кабінетах забезпечують усіх жінок (за їх поінформованою згодою), які звернулися вперше в поточному році в поліклініку. Діагноз, який встановлює в оглядовому кабінеті акушерка, є орієнтовним. Остаточний діагноз захворювання встановлює лікар акушер-гінеколог на підставі даних гінекологічного огляду та подальшого обстеження. У роботі адміністративно-територіальних жіночих консультацій і багатопрофільних поліклінік необхідно дотримуватись взаємодії у виявленні та оздоровленні пацієнтів.

При проведенні профілактичних оглядів жінок проводять пальпацію молочних залоз, огляд шийки матки в дзеркалах, забір вагінальних мазків для онкоцитологічного і бактеріоскопічного досліджень, пробу Шиллєра, бімануальне обстеження, пальцеве ректальне обстеження. Ультразвукове сканування виконують за показаннями. Під час оглядів проводять консультування з питань планування сім'ї та профілактики ІПСШ, ВІЛ/СНІДу.

За результатами проведених профілактичних гінекологічних оглядів, для визначення груп здоров'я беруть до уваги такі критерії:

- «здорова» — в анамнезі відсутні скарги, порушення менструальної функції з моменту її становлення і гінекологічні захворювання;
- «практично здорова» — в анамнезі є свідчення про гінекологічні захворювання, оперативні втручання, в тому числі аборти, порушення ритму і характеру менструації; скарги на момент обстеження відсутні. При об'єктивному обстеженні можуть мати місце анатомічні зміни, які не викликають порушення функції репродуктивної системи і не знижують працездатність жінки;
- «хвора» — якщо при об'єктивному обстеженні жінки виявлено гінекологічне захворювання.

Результати профілактичного гінекологічного огляду заносять в амбулаторну картку.

Огляд «здорових» жінок передбачає збереження здоров'я шляхом інформування щодо здорового способу життя та періодичного профілактичного обстеження. Ця група жінок може проходити огляд 1 раз на рік.

У «практично здорових» жінок огляди мають на меті проведення профілактичних заходів, які зменшують дію факторів ризику гінекологічного захворювання і зміцнюють захисні сили організму. Ця група жінок може проходити профілактичний огляд 1 раз на рік.

Завданнями динамічного контролю «хворих» жінок є вивчення та вибір можливостей усунення причин, які спричиняють захворювання органів репродуктивної системи, раннє виявлення захворювань, ефективне їх лікування та реабілітація згідно з «Нормативами надання медичної допомоги жіночому населенню за спеціальністю «Акушерство і гінекологія» в умовах амбулаторно-поліклінічних лікувальних закладів».

На кожну жінку, яка вперше звернулася у жіночу консультацію у зв'язку зі скаргами або за направленням інших спеціалістів, а також для профілактичного огляду, заповнюють «Медичну карту амбулаторного хворого» (ф 025/о) із детальним описом анамнезу, скарг, результатів аналізів і даних гінекологічного обстеження.

Після збору анамнезу проводять загальне та спеціальне обстеження жінок. Загальний огляд включає пальпацію молочних залоз з оцінкою їх стану, визначення типу і характеру оволосіння, огляд за органами та системами. При огляді шийки матки в дзеркалах потрібно здійснити забір матеріалу із 3-х точок на онкоцитологічне дослідження та провести пробу Шиллєра. Жіночі консультації повинні бути обладнані мікроскопом для термінового виконання деяких простих аналізів.

Після першого огляду на другій сторінці амбулаторної карти хворого в «Листку запису заключних (уточнених) діагнозів» проставляють дату огляду, заключний (уточнений) діагноз записують у день його встановлення.

При виявленні в однієї жінки двох і більше гінекологічних захворювань статистичний талон заповнюють на кожне остаточно встановлене захворювання.

Обсяг та кількість відвідувань вагітною для динамічного спостереження, обстеження і лікування гінекологічних хворих здійснюють згідно з «Нормативами надання медичної допомоги жіночому населенню за спеціальністю «Акушерство і гінекологія» в умовах амбулаторно-поліклінічних лікувальних закладів».

На кожну жінку, яка підлягає диспансерному нагляду, заповнюють «Контрольну карту диспансерного спостереження» (форма 30), де вказують діагноз захворювання, з приводу якого вона поставлена на облік, частоту оглядів, методи обстеження та лікування.

Чітка взаємодія та наступність у роботі амбулаторних і стаціонарних закладів підвищує якість медичної допомоги, яка полягає в організації механізму інформації щодо етапності проведеного амбулаторного або стаціонарного лікування та реабілітації, а також здійсненні періодичного контролю органами охорони здоров'я.

Примірне положення про акушерку фельдшерсько-акушерського пункту

1. Фельдшерсько-акушерський пункт (ФАП) є амбулаторно-поліклінічним закладом первинної ланки з надання долікарняної медико-санітарної допомоги сільському населенню і відіграє важливу роль у лікувально-профілактичному обслуговуванні, проведенні комплексу профілактичних і оздоровчих заходів, а також санітарно-просвітницькій та протиепідемічній роботі.

3. На посаду акушерки ФАПу призначається молодший спеціаліст з медичною освітою, який закінчив вищий медичний навчальний заклад і отримав кваліфікацію акушерки, фельдшера-акушерки або фельдшера.

4. Акушерка безпосередньо підпорядкована завідувачу ФАПу. Методичне керівництво її роботою здійснює лікар лікувально-профілактичного закладу, відповідальний за надання акушерсько-гінекологічної допомоги населенню на території діяльності ФАПу.

5. Функції акушерки ФАПу:

5.1. Забезпечення надання медичної допомоги вагітним і гінекологічним хворим за призначенням лікаря акушера-гінеколога.

5.2. Санітарно-просвітницька робота з питань охорони материнства і дитинства, планування сім'ї та відповідального батьківства.

5.3. Ведення амбулаторного прийому на ФАПі.

5.4. Здійснення патронажу вагітних, породіль та новонароджених удома.

5.5. Здійснення екстреної акушерської і гінекологічної допомоги з подальшим направленням жінок у відповідні лікувально-профілактичні заклади, супроводжуючи їх при необхідності.

5.6. Надання першої невідкладної медичної допомоги при гострих захворюваннях і нещасних випадках (поранення, кровотечі, отруєння та ін.) з подальшим викликом лікаря, організацією госпіталізації пацієнтки у відповідний найближчий лікувально-профілактичний заклад незалежно від відомчої підпорядкованості, супроводжуючи хворого в необхідних випадках.

5.7. Направлення вагітних у стаціонари відповідних лікувально-профілактичних закладів.

5.8. Проведення профілактичних оглядів жінок відповідно до встановлених термінів.

5.9. Виконання лікарських призначень.

5.10. Підготовка робочого місця для прийому вагітних і гінекологічних хворих лікарем на ФАПі.

5.11. Проведення найпростіших лабораторних досліджень, пов'язаних із наданням екстреної лікувально-профілактичної допомоги вагітним і гінекологічним хворим.

5.12. Здійснення фізіотерапевтичних процедур.

5.13. Ведення документації у встановленому порядку за своїм розділом роботи.

6. Акушерка ФАПу зобов'язана:

6.1. Керуватись у своїй роботі цим Положенням, наказами, інструкціями, методичними та іншими вказівками органів охорони здоров'я, а також розпорядженнями і вказівками відповідних посадових осіб.

6.2. Видавати довідки й інші документи медичного характеру згідно з чинними нормативними актами МОЗ України.

7. Акушерка ФАПу має право:

7.1. Проводити обстеження у межах її компетенції і професійних прав, встановлювати діагноз, термін вагітності, виконувати медичні маніпуляції і здійснювати профілактичну роботу.

7.2. Подавати завідувачу ФАПу пропозиції щодо вдосконалення організації акушерсько-гінекологічної допомоги.

7.3. Спостерігати за станом здоров'я і розвитком дітей першого року життя у разі відсутності в штаті ФАПу посади патронажної медичної сестри.

7.4. Підвищувати свої професійні знання.

Примірне положення про жіночий оглядовий кабінет лікувально-профілактичного закладу

1. Жіночий оглядовий кабінет створюється у складі відділення профілактики, у разі відсутності відділення діє як структурний підрозділ поліклініки (центральної міської, центральної районної лікарні), дільничної лікарні, поліклінічного відділення лікарні.

2. Посаду акушерки жіночого оглядового кабінету може обіймати молодший спеціаліст з медичною освітою, який отримав кваліфікацію акушерки і має стаж роботи акушеркою не менше 5 років.

3. Завідуючий відділенням профілактики керує та контролює діяльність жіночого оглядового кабінету, а також рівень фахової підготовки акушерки.

4. Методичне керівництво роботою кабінету здійснює завідувач територіальною жіночою консультацією.

5. Акушерка жіночого оглядового кабінету здійснює:

5.1. Огляд жінок (за їх поінформованою згодою), що вперше протягом року звернулися до лікувально-профілактичного закладу, незалежно від віку і хвороби, з метою раннього виявлення гінекологічних та онкологічних захворювань, що включає:

- опитування про порушення функції статевої сфери та діяльності товстого кишечника;
- огляд шкіри та видимих слизових оболонок;
- огляд і пальпацію молочних залоз, периферійних лімфатичних вузлів;
- огляд за допомогою дзеркал піхви і шийки матки, бімануальне обстеження внутрішніх статевих органів, взяття онкоцитологічних мазків.

5.2. Обстеження прямої кишки жінкам від 30 років, а при наявності скарг — незалежно від віку.

5.3. Навчання жінок самообстеженню молочних залоз.

5.4. Скерування осіб з виявленою патологією до відповідних спеціалістів, а також організацію зворотного зв'язку з цими спеціалістами.

5.5. Санітарно-просвітницьку та роз'яснювальну роботу серед жінок та молоді, які відвідали поліклініку.

5.6 Облік і реєстрація виконаних профілактичних оглядів та результатів цитологічних досліджень.

6. Жіночий оглядовий кабінет розміщується в окремій кімнаті з достатнім освітленням («Державні будівельні норми України. Будинки і споруди. Заклади охорони здоров'я. ДБН В.2.2-10-2001»).

7. Оснащення жіночого оглядового кабінету медичною апаратурою, інструментарієм, господарським інвентарем та відповідним обладнанням проводиться відповідно до чинних нормативів у встановленому порядку.

Примірне положення про старшу акушерку жіночої консультації

1. Посаду старшої акушерки жіночої консультації може обіймати молодший спеціаліст з медичною освітою, який отримав кваліфікацію акушерки, має досвід практичної і організаційної роботи і стаж роботи акушеркою не менш 5 років.

2. Старша акушерка жіночої консультації приймається на роботу та звільнюється керівником лікувально-профілактичного закладу, до складу якого входить жіноча консультація або завідувачем жіночої консультації.

3. Старша акушерка жіночої консультації знаходиться в підпорядкуванні завідувача жіночої консультації.

4. У своїй роботі старша акушерка жіночої консультації керується положенням про жіночу консультацію, діючим законодавством, наказами, іншими нормативними актами органів охорони здоров'я, правилами внутрішнього трудового розпорядку, посадовою інструкцією.

5. У безпосередньому підпорядкуванні старшої акушерки жіночої консультації знаходиться середній і молодший медичний персонал консультації.

6. Основним завданням старшої акушерки жіночої консультації є правильна організація праці середнього і молодшого медичного персоналу та забезпечення своєчасного виконання ними лікарських призначень вагітним і гінекологічним хворим.

7. Відповідно до основних завдань, старша акушерка жіночої консультації забезпечує:

7.1. Ознайомлення середнього і молодшого медичного персоналу з їх обов'язками.

7.2. Контроль за своєчасним і кваліфікованим виконанням акушерками лікувальних і діагностичних призначень лікарів у жіночій консультації та вдома; ведення ними облікової медичної документації відповідно до форм, затверджених МОЗ України; дотриманням середнім і молодшим медичним персоналом встановлених правил внутрішнього трудового розпорядку.

7.3. Проведення заходів щодо раціональної організації праці середнього і молодшого персоналу.

7.4. Раціональні розподіл та використання кадрів середнього і молодшого медичного персоналу жіночої консультації.

7.5. Своєчасність заміщення акушерок і молодшого персоналу, які не вийшли на роботу.

7.6. Належний санітарно-гігієнічний стан жіночої консультації.

7.7. Поповнення, правильне збереження і витрати медикаментів, перев'язувального матеріалу, інструментарію та предметів господарського призначення для потреб жіночої консультації.

7.8. Правильне збереження та облік отрутних, наркотичних і сильнодіючих лікарських засобів.

7.9. Своєчасний обмін медичної документації між жіночою консультацією та пологовим будинком (відділенням).

7.10. Складання графіків роботи середнього і молодшого медичного персоналу жіночої консультації.

7.11. Розробку і проведення заходів щодо підвищення кваліфікації середнього, молодшого медичного персоналу та виховання їх у дусі сумлінного відношення до праці та високої культури обслуговування населення.

8. Старша акушерка жіночої консультації має право:

8.1. Систематично підвищувати свою професійну кваліфікацію.

8.2. Давати вказівки підпорядкованим їй середнім і молодшим медичним працівникам щодо дотримання правил внутрішнього трудового розпорядку.

8.3. Вносити пропозиції про заохочення цих працівників або накладення на них дисциплінарних стягнень за окремі упущення в роботі або порушення правил внутрішнього трудового розпорядку.

Положення про акушерку жіночої консультації

1. Посаду акушерки жіночої консультації може обіймати молодший спеціаліст з медичною освітою, який отримав кваліфікацію акушерки.

2. Акушерку приймає на роботу та звільняє керівник лікувально-профілактичного закладу.

3. Акушерка знаходиться в підпорядкуванні лікаря акушера-гінеколога, завідувача жіночої консультації та старшої акушерки.

4. У своїй роботі акушерка керується положенням про жіночу консультацію, чинним законодавством, наказами, іншими нормативними актами органів охорони здоров'я, правилами внутрішнього трудового розпорядку, посадовою інструкцією.

5. Основним завданням акушерки є проведення лікувально-профілактичної та санітарно-просвітньої роботи в галузі акушерства та гінекології під керівництвом лікаря.

6. Відповідно до основних завдань акушерка здійснює:

6.1. Підготовку амбулаторного прийому, який проводить лікар;

6.2. Ознайомлення жінок з правилами внутрішнього розпорядку та режимом роботи жіночої консультації.

6.3. Допомогу лікарю під час проведення діагностичних, лікувальних та оперативних маніпуляцій.

6.4. Проведення разом з лікарем профілактичних гінекологічних оглядів жінок на закріплених дільницях.

6.5. Санітарно-просвітницьку роботу в галузі акушерства та гінекології, у т. ч. випуск санітарних бюлетенів.

6.6. Контроль за роботою молодшого медичного персоналу.

6.8. Контроль за відвідуванням вагітних та хворих, які підлягають диспансерному обліку.

7. Акушерка жіночої консультації зобов'язана:

7.1. Виконувати правила асептики та антисептики, правильно стерилізувати, обробляти та зберігати перев'язувальний матеріал й інструменти медичного призначення.

7.2. Вести медичну облікову документацію.

7.3. Виконувати при необхідності обов'язки операційної сестри.

7.4. Надавати першу медичну допомогу при невідкладних станах подальшим викликом лікаря.

7.5. Звітувати завідувачу відділення, а в разі його відсутності — черговому лікарю, про всі тяжкі ускладнення або хвороби у вагітних чи гінекологічних хворих.

7.6. Виконувати акушерський патронаж.

7.7. Проводити санітарно-просвітницьку роботу вагітних, членів їх сімей про особливості гігієни вагітних, раціональне харчування, необхідність регулярного відвідування лікаря.

7.8. При виявленні відхилень від нормального стану скерувати на прийом до лікаря акушера-гінеколога.

7.9. Результати патронажу акушерка звітує лікарю та записує в патронажний журнал.

8. Акушерка жіночої консультації має право:

8.1. Вносити пропозиції завідувачу відділення щодо раціонального розподілу роботи.

8.2. Систематично підвищувати свою професійну кваліфікацію.

8.2. Давати вказівки підпорядкованим їй молодшим медичним працівникам щодо дотримання правил внутрішнього трудового розпорядку.

8.3. Вносити пропозиції про заохочення цих працівників або накладення на них дисциплінарних стягнень за окремі упущення в роботі або порушення правил внутрішнього трудового розпорядку.

ОРГАНІЗАЦІЯ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ

У сільській місцевості організація амбулаторної гінекологічної допомоги має деякі особливості. За організацію цієї допомоги в районі відповідає районний акушер-гінеколог. В організаційних питаннях йому допомагає районна акушерка. На селі жінок обслуговує акушерка лікарської амбулаторії чи фельдшер, акушерка фельдшерсько-акушерського пункту. Особливої відповідальності вимагає робота акушерки на фельдшерсько-акушерському пункті (ФАП), оскільки вона виконує багато функцій, які в районних лікарнях і в міських жіночих консультаціях виконує лікар.

Правильна організація гінекологічної допомоги в селі є основою збереження здоров'я жінки. У кожній області, кожному районі, селі організація ургентної допомоги жінкам при гінекологічних захворюваннях має свої особливості, що залежать від території, яка обслуговується, віддаленості села від міста, стану доріг. Долікарську гінекологічну допомогу на селі надають фельдшер та акушерка.

Організація амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в сільській місцевості

1. Головними напрямками розвитку акушерсько-гінекологічної допомоги в сільській місцевості є створення єдиної системи медичної допомоги населенню шляхом максимального наближення лікарської допомоги до мешканок села, вдосконалення не лише форм, методів профілактичної роботи, динамічного спостереження, а і медико-соціальної допомоги.

2. Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога надається у жіночих консультаціях або акушерсько-гінекологічних кабінетах поліклінік районних, центральних районних лікарень, сільських лікарських амбулаторій та фельдшерсько-акушерських пунктах (ФАП).

3. Консультативну допомогу сільському жіночому населенню забезпечують міські жіночі консультації, акушерсько-гінекологічні кабінети обласних, республіканських поліклінік, консультативні поліклініки.

4. В організації гінекологічної допомоги сільському населенню є ряд особливостей та загальних положень. Так само, як і в містах, велике значення для виявлення гінекологічних захворювань у жінок мають профілактичні огляди. Профілактичним гінекологічним оглядам підлягають жінки, старші 18 років, які працюють на промислових, сільськогосподарських підприємствах та інших установах району обслуговування, або проживають на відповідній території. Кожну жінку доцільно оглядати 1 раз протягом року.

5. Амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу здійснюють згідно з визначеною етапністю:

На І етапі амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу мешканці села отримують на ФАПах, у лікарських амбулаторіях та дільничних лікарнях (без лікаря акушера-гінеколога). Амбулаторна робота акушерки на І етапі, переважно, має профілактичний характер з метою попередження ускладнень вагітності та виникнення гінекологічних захворювань. Практично здорові молоді жінки із неускладненим загальним і акушерським анамнезом, а також неускладненим перебігом вагітності можуть перебувати під динамічним спостереженням акушерок, відвідуючи лікаря-акушера-гінеколога жіночої консультації РЛ, ЦРЛ або виїзної лікарської бригади приблизно 6–8 разів за весь термін вагітності.

На ІІ етапі амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу вагітним і гінекологічним хворим здійснює медичний персонал сільської амбулаторії та ДЛ, лікар акушер-гінеколог РЛ і ЦРЛ. В ЛПЗ ІІ етапу спостерігають вагітних без ускладненого перебігу вагітності. Вони також повинні бути оглянуті лікарем акушером-гінекологом не менше 6–8 разів на допологовому етапі. Вагітних з високим ступенем акушерського та перинатального ризику постійно спостерігає лікар акушер-гінеколог РЛ і ЦРЛ зі збереженням нагляду за ними медичного персоналу ЛПЗ І етапу.

На ІІІ етапі амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу здійснюють спеціалісти обласних лікарень. В ЛПЗ ІІІ етапу забезпечується поглиблене виконання обсягу медичного обстеження, який не може бути виконаний на попередніх етапах надання медичної допомоги вагітним та гінекологічним хворим. За необхідності проводять консультативне обстеження інші спеціалісти. Після проведеного обстеження складається індивідуальний план спостереження вагітної для медичного персоналу перших двох етапів. Вагітні вкрай високого ступеня акушерського та перинатального ризику перебувають під динамічним спостереженням спеціалістів ІІІ етапу, які в разі необхідності вирішують питання про доцільність збереження вагітності.

6. Сільському населенню комплексну лікарську акушерсько-гінекологічну допомогу також надають виїзні бригади, до складу яких входять лікар-акушер-гінеколог, лікар-педіатр, лікар-терапевт, лікар-стоматолог, лікар-лаборант.

Виїзні бригади здійснюють свою діяльність відповідно до затвердженого графіку, що передбачає дату кожного виїзду, його тривалість, місце виїзду, складубригади, який затверджує головний лікар ЛПЗ та доводять до відома керівників господарств, що несуть відповідальність за створення умов роботи виїзної бригади (забезпечення транспортом, доставку жінок і дітей до місця роботи спеціалістів).

Графік виїзду бригади медичних працівників також доводять до відома головних лікарів ДЛ, завідувачів фельдшерськими і фельдшерсько-акушерськими пунктами.

Фельдшер і акушерка повинні мати список (реєстр) жінок своєї дільниці, які підлягають профілактичним періодичним оглядам. Згідно з графіком акушерка дільниці інформує населення щодо приїзду виїзної бригади.

7. Лікар-акушер-гінеколог, який входить до складу виїзної бригади, зобов'язаний:

- провести профілактичний огляд жінок із необхідним обсягом обстеження;
- здійснити обстеження вагітних і гінекологічних хворих;
- провести консультування з питань планування сім'ї;
- надати за необхідності медичну допомогу;
- провести серед населення інформаційно-просвітницьку (лекції, бесіди, консультування та ін.) роботу з питань збереження репродуктивного здоров'я.

8. Свою діяльність лікар-акушер-гінеколог виїзної бригади повинен відображувати в документації того закладу, де він працює. Виявлених хворих з гінекологічною патологією за показаннями необхідно взяти на облік із наступними заходами оздоровлення. При повторному виїзді лікар-акушер-гінеколог перевіряє виконання акушеркою ФАПу призначень та рекомендацій.

Організація стаціонарної акушерсько-гінекологічної допомоги в сільській місцевості

1. Надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної допомоги мешканкам сільської місцевості здійснюється у рамках єдиної державної системи, що має забезпечити потреби у такій допомозі всіх жінок, незалежно від місця проживання.

2. Стаціонарна акушерсько-гінекологічна допомога в сільській місцевості надається в центральних районних, районних лікарнях і передбачає чітку взаємодію та наступність з амбулаторною ланкою акушерсько-гінекологічної служби району.

3. Стаціонарна акушерська допомога вагітним I та II груп динамічного спостереження надається у пологових відділеннях районних, центральних районних лікарень, у яких відсутні відділення анестезіології та інтенсивної терапії, але забезпечено цілодобове чергування лікаря-анестезіолога (чергування на дому).

4. Стаціонарна акушерська допомога вагітним «високого» ризику виникнення ускладнень перинатального періоду надається в лікувально-профілактичних закладах II та III рівня відповідно до визначених показань (додаток 1).

5. Порядок скерування жінок на вищі рівні надання медичної допомоги визначено у наказі МОЗ України від 28.12.2003 р. № 503 «Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні». Підставою для такого скерування є також консультативний висновок фахівця/фахівців міських, обласних, республіканських лікувально-профілактичних закладів, ІПАГ АМН України.

6. Питання надання висококваліфікованої і спеціалізованої акушерсько-гінекологічної допомоги в ургентних ситуаціях мешканкам сільської місцевості вирішується спільно з головним спеціалістом з акушерства органів охорони здоров'я, фахівцями виїзних консультативних бригад екстреної медичної допомоги. Інформація про гінекологічних хворих, вагітних, роділь, породіль, що потребують такої допомоги, має своєчасно надходити до головного спеціаліста з акушерства і гінекології органів охорони здоров'я, який забезпечує належну координацію та організацію роботи бригади.

ОРГАНІЗАЦІЯ СТАЦІОНАРНОЇ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Медичну допомогу жінкам із захворюваннями статевих органів надають у гінекологічних відділеннях, які є частиною акушерсько-гінекологічного об'єднання або входять до складу загальносоматичних лікарень.

Залежно від обсягу та профілю допомоги, якої потребують хворі, гінекологічний стаціонар поділяють на 2 відділення: консервативної гінекології та оперативної гінекології. Гінекологічні відділення також можуть входити до складу інших спеціалізованих стаціонарів — онкологічного, ендокринологічного тощо.

Керівництво роботою відділення здійснює завідувач, який підпорядкований безпосередньо головному лікарю. Роботою середнього медичного персоналу керує старша медсестра відділення, яка, у свою чергу, підпорядкована завідувачу відділення та головній медсестрі лікарні.

До складу відділення ***консервативної гінекології*** належать:

- санітарно-пропускний блок (приймальна, оглядова, кімната санобробки);
- палати для хворих;
- оглядова, маніпуляційна, мала операційна;
- допоміжні приміщення, кімната гігієни, санвузли.

Відділення оперативної гінекології, окрім перелічених приміщень, включає ще й ***операційний блок:*** велику і малу операційні, кімнати для зберігання та підготовки до операції інструментів і хірургічної білизни (матеріальна), передопераційну та післяопераційну палати, перев'язувальну.

У відділенні виділяють:

- *зону стерильного режиму,* до якої входять операційні зали, передопераційна, стерилізаційна;
- *зону суворого санітарно-гігієнічного режиму* (приміщення для переодягання операційної бригади, апаратна та інструментальна, матеріальна);
- *зону загального режиму* (всі інші приміщення відділення).

Зона стерильного режиму потребує дотримання особливих вимог щодо санітарно-гігієнічного режиму, зокрема прибирання, як-от:

- попереднє прибирання — витирання пилу з меблів, приладів та підлоги;
- поточне прибирання — під час операцій прибирають марлеві кульки, серветки, інструменти, що випадково впали на підлогу; якщо на підлогу потрапляє рідина, її потрібно негайно витерти;
- післяопераційне прибирання — під час перерв між операціями;
- завершальне прибирання — у кінці робочого дня (миття підлоги, вологе протирання стін, підвіконь, меблів із використанням дезінфекційних засобів); прибирання проводять незалежно від того, були в цей день операції чи їх не було;
- генеральне прибирання (дезінфекція операційного блоку) — один раз на тиждень.

Операційний блок

Операційний блок гінекологічної клініки складається з таких приміщень: передопераційної, кімнати для підготовки хворої до операції, матеріальної, операційної.

Передопераційна кімната. У цій кімнаті хірург та його помічник миють руки, вдягають операційний одяг, фартухи, маски. В операційну хірургічна бригада заходить уже готовою до вдягання стерильних халатів та до початку операції.

Кімната для підготовки хворої до операції. Готувати хвору до операції найкраще в кімнаті, яка розташована поруч з операційною. Це позбавляє пацієнтку від негативних емоцій, що виникають в обстановці операційної, окрім того, в операційній не порушуються чистота і порядок.

Матеріальна кімната призначена для зберігання операційної білизни, марлі, вати, інструментів. Її необхідно ізолювати від інших приміщень. Матеріали в операційну подають через спеціальне вікно.

Операційна кімната. Операційних у відділенні оперативної гінекології має бути щонайменше дві: «чиста» і «гнійна», оскільки на практиці доводиться надавати допомогу як неінфікованим, так й інфікованим хворим.

«Чиста» операційна повинна бути більшою, у ній може розміщуватись 1–2 операційні столи. У «гнійній» операційній оперують не лише хворих із заздалегідь встановленим діагнозом гнійного процесу в статевих органах, а й тих, які підлягають оперативному втручанню за невідкладними показаннями, оскільки наявність гною може бути діагностована у недостатньо обстежених хворих уже під час операції, — тоді операційну слід ретельно прибрати і продезінфікувати.

Операційна, передопераційна та матеріальна перебувають у зоні стерильного санітарно-гігієнічного режиму. Ця зона потребує дотримання особливих вимог щодо прибирання.

Після прибирання операційну знезаражують за допомогою кварцової лампи протягом години.

Дуже важливим є достатнє освітлення. Слід зважити на те, що черевностінкові операції на внутрішніх статевих органах проводять глибоко у порожнині таза, тому ефективним буде освітлення за допомогою безтіньової лампи. При вагінальних операціях краще користуватись так званими гінекологічними світильниками, які, додатково до денного освітлення, дають змогу сфокусувати світло у горизонтальному напрямі й добре освітити операційне поле.

Температура в операційній повинна підтримуватись у межах 20–25°С. Необхідна достатня вентиляція або кондиціонування повітря.

Підготовка хворих до операції, догляд за хворими після операції описані в розділі «Оперативні методи лікування в гінекології».

Примірне положення про гінекологічне відділення

1. Гінекологічне відділення є структурним підрозділом районної лікарні, центральної районної лікарні, міської лікарні, обласної лікарні, пологового будинку, перинатального центру і забезпечує надання стаціонарної гінекологічної допомоги.

2. Керівництво відділенням здійснює завідувач відділення, якого призначають на посаду та звільняють за наказом головного лікаря закладу

охорони здоров'я. У своїй роботі він підпорядкований головному лікарю та безпосередньо заступнику головного лікаря з лікувальної роботи.

3. Персонал відділення у своїй діяльності керується діючим чинним законодавством, цим положенням, наказами, інструкціями, іншими нормативними актами органів охорони здоров'я, посадовими інструкціями.

4. Гінекологічне відділення може бути клінічною базою кафедри акушерства і гінекології вищих медичних навчальних закладів.

5. Розрахункова площа приміщень відділення має відповідати нормативним вимогам, які існують стосовно лікувальних закладів («Державні будівельні норми України. Будинки і споруди. Заклади охорони здоров'я. ДБН В.2.2-10-2001»).

6. Штатний розклад відділення складається відповідно до Наказу МОЗ України від 23.02.2000 р. №33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» і затверджується відповідним органом охорони здоров'я.

7. Планування діяльності, фінансування, укомплектування штатами, оснащення відділення медичною апаратурою, інструментарієм, господарським інвентарем та обладнанням здійснюють відповідно до чинних нормативів у встановленому порядку.

8. Основними завданнями гінекологічного відділення є:

8.1. Надання стаціонарної гінекологічної допомоги жінкам різних вікових груп із патологією репродуктивної системи та вагітним з ускладненим перебігом вагітності у термінах до 22 тижнів згідно з «Нормативами надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги».

8.2. Проведення своєчасної діагностики, консервативного та оперативного лікування захворювань репродуктивної системи у жінок відповідно до «Нормативів надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги».

8.3. Забезпечення надання пацієнтам невідкладної гінекологічної допомоги.

8.4. Забезпечення пацієнтів кваліфікованою анестезіологічною та реанімаційною допомогою.

8.5. Впровадження нових, сучасних методів діагностики, лікування та профілактики гінекологічних захворювань, патологічного перебігу вагітності.

8.6. Проведення цитологічного скринінгу на патологію шийки матки усіх пацієнтів, які звернулися за медичною допомогою вперше за звітний рік.

8.7. Проведення експертизи тимчасової непрацездатності, аналізу та розробки заходів щодо зниження цих показників.

8.8. Організація реабілітаційних заходів для жінок з патологією репродуктивної системи.

8.9. Організація лікувально-діагностичної допомоги подружжю, молодим людям, що одружуються, на стаціонарному етапі.

8.10. Забезпечення підвищення кваліфікації працівників відділення.

8.11. Забезпечення взаємозв'язку і спадкоємності в роботі з жіночою консультацією, станцією швидкої медичної допомоги, спеціалізованими закладами охорони здоров'я (дерматовенерологічні лікарні, протитуберкульозний, онкологічний диспансери тощо).

8.12. Здійснення заходів щодо профілактики внутрішньолікарняних інфекцій у відділенні.

8.13. Аналіз показників діяльності відділення, розробка заходів щодо поліпшення надання гінекологічної допомоги населенню.

8.14. Ведення відповідних форм обліково-звітної та статистичної документації, надання у встановлені терміни інформації щодо діяльності відділення.

8.15. Організація зберігання, використання, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів відповідно до вимог чинних нормативних документів.

8.16. Надання інформації про всі випадки внутрішньолікарняних інфекцій, материнської смертності, нещасні випадки та надзвичайні події територіальним органам охорони здоров'я.

8.17. Забезпечення організації проведення патологоанатомічного дослідження згідно з чинним законодавством та участь фахівців, причетних до надання медичної допомоги померлим пацієнтам, у проведенні патологоанатомічного дослідження.

8.18. Дотримання персоналом, пацієнтами та відвідувачами правил внутрішнього розпорядку, затверджених головним лікарем закладу охорони здоров'я.

8.19. Організація і проведення санітарно-просвітницької роботи серед населення з питань збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я; профілактики ускладнень вагітності та пологів; профілактики ЗПСШ, ВІЛ, СНІДу; планування сім'ї; первинної профілактики вроджених вад розвитку; профілактики онкозахворювань тощо.

8.20. Забезпечення прав пацієнта згідно з чинним законодавством.

8.21. Співпраця з іншими закладами охорони здоров'я (центрами здоров'я, реабілітаційними центрами, клініками), кафедрами вищих медичних навчальних закладів, відділами науково-дослідних інститутів МОЗ та АМН України, вітчизняними та зарубіжними громадськими організаціями з метою

проведення медико-соціальних програм, спрямованих на поліпшення охорони здоров'я згідно з чинним законодавством.

Примірне положення про головну акушерку пологового будинку/старшу акушерку пологового відділення закладу охорони здоров'я

1. Посаду головної акушерки пологового будинку/старшої акушерки пологового відділення лікувально-профілактичного закладу (далі — головна/старша акушерка) може обіймати молодший спеціаліст із медичною освітою, який має кваліфікацію акушерки, досвід практичної та організаційної роботи і стаж роботи за спеціальністю не менше 5 років.

2. Головну/старшу акушерку призначають на посаду та звільняють з посади за наказом головного лікаря.

3. Головна/старша акушерка знаходиться у підпорядкуванні головного лікаря лікувально-профілактичного закладу та його заступника з медичної частини.

4. Головна/старша акушерка у своїй роботі керується цим положенням, положенням про пологовий будинок/відділення, чинним законодавством, наказами, іншими нормативними актами органів охорони здоров'я, правилами внутрішнього розпорядку, посадовою інструкцією.

5. У безпосередньому підпорядкуванні головної/старшої акушерки перебуває середній і молодший медичний персонал пологового будинку/відділення.

6. Основним завданням головної/старшої акушерки є раціональна організація праці фахівців та працівників пологового будинку/відділення.

7. Відповідно до основних завдань головна/старша акушерка забезпечує:

7.1. Проведення заходів щодо раціональної організації праці фахівців та робітників пологового будинку/відділення

7.2. Контроль виконання лікарських призначень фахівцями, дотримання правил догляду та обслуговування вагітних, роділь, породіль, новонароджених, гінекологічних хворих.

7.3. Контроль за дотриманням медичним персоналом та пацієнтами санітарно-протиепідемічного режиму та правил внутрішнього розпорядку пологового будинку/відділення.

7.4. Контроль за проведенням стерилізації інструментарію та перев'язувального матеріалу.

7.5. Дотримання правил надходження, обліку та зберігання медикаментів (у тому числі сильнодіючих та наркотичних лікарських засобів), ви-

тратних матеріалів, інструментарію, предметів господарського призначення та інше.

7.6. Виконання інструкцій щодо зберігання, ведення облікової медичної документації (в тому числі бланків особливого обліку), бланків документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян.

7.7. Розробку та здійснення заходів щодо підвищення кваліфікації фахівців та робітників (проведення сестринських конференцій, семінарів, тематичних занять, лекцій лікарів та інше), вивчення та обмін досвідом роботи з іншими закладами акушерсько-гінекологічного профілю.

7.8. Контроль за дотриманням фахівцями та робітниками інструкцій щодо правил особистого захисту при роботі з кров'ю.

7.9. Контроль проходження виробничої та переддипломної практики студентами медичних коледжів (училищ).

7.10. Організацію проведення санітарно-просвітницької роботи з питань збереження репродуктивного здоров'я, планування сім'ї, профілактики ускладнень вагітності та пологів, ЗПСШ, ВІЛ, СНІДу, онкозахворювань, первинної профілактики вроджених вад розвитку тощо.

7.11. Заходи з питань профілактики соціального сирітства.

7.12. Дотримування принципів медичної етики та деонтології.

8. При здійсненні своїх обов'язків головна/старша акушерка має право:

8.1. Давати вказівки підлеглим їй фахівцям та робітникам.

8.2. Вносити пропозиції щодо заохочення підлеглих співробітників чи накладання на них дисциплінарних стягнень.

8.3. Регулярно проводити обходи палат, кабінетів, інших приміщень пологового будинку/відділення.

8.4. Проводити інструктаж середнього та молодшого персоналу відділення з питань санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму.

8.5. Систематично проводити роботу з питань дотримання медичним персоналом принципів медичної етики та деонтології, належного виконання своїх обов'язків, дотримання прав пацієнта.

8.6. Систематично підвищувати свій професійний рівень.

9. Головна акушерка несе відповідальність за належне виконання покладених на неї завдань і функцій та використання наданих прав.

Примірне положення про акушерку акушерського стаціонару

1. Посаду акушерки акушерського стаціонару (далі — акушерка) може обіймати молодший спеціаліст із медичною освітою, який має кваліфікацію акушерки.

2. Акушерку призначає на посаду та звільняє керівник лікувально-профілактичного закладу.

3. Акушерка перебуває у безпосередньому підпорядкуванні лікаря-акушера-гінеколога, старшої акушерки та завідуючого відділенням акушерського стаціонару.

4. У своїй роботі акушерка керується цим положенням, положенням про пологовий будинок/акушерське відділення, чинним законодавством, наказами, іншими нормативними актами органів охорони здоров'я, правилами внутрішнього розпорядку, посадовою інструкцією.

5. У безпосередньому підпорядкуванні акушерки перебувають працівники акушерського відділення.

6. Основним завданням акушерки є проведення лікувально-профілактичної та санітарно-просвітницької роботи з пацієнтами відділення.

7. Відповідно до основних завдань акушерка здійснює:

7.1. Лікувально-діагностичні маніпуляції вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим за призначенням лікаря відділення.

7.2. Підготовку вагітних, роділь, породіль, гінекологічних хворих до медичного огляду.

7.3. Інформує вагітних, роділь, породіль, гінекологічних хворих про правила внутрішнього розпорядку, санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму відділення, здійснює контроль за їх дотриманням.

7.4. Допомагає лікарю у проведенні оглядів вагітних, роділь, породіль, гінекологічних хворих, лікувальних та оперативних маніпуляцій.

7.5. Медичну допомогу при пологах, первинну обробку новонароджених.

7.6. Проведення санітарно-просвітницької роботи з питань збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я; профілактики ускладнень вагітності та пологів; переваг грудного вигодовування новонароджених, профілактики ЗПСШ, ВІЛ, СНІДу; планування сім'ї; вроджених вад розвитку, онкозахворювань тощо.

7.7. Контроль за роботою працівників.

7.8. Заходи з питань профілактики соціального сирітства.

8. Акушерка зобов'язана:

8.1. Дотримувати правил внутрішнього розпорядку та санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму відділення, асептики та антисептики при виконанні своїх службових обов'язків.

8.2. Виконувати прості лабораторні дослідження (аналіз сечі на білок, аналіз крові на гемоглобін, визначення групової приналежності крові).

8.3. Виконувати за необхідності обов'язки операційної сестри.

8.4. Вести відповідну медичну документацію.

8.5. Здійснювати контроль за станом вагітних, роділь, породіль, гінекологічних хворих, своєчасно доповідати лікарю-акушеру-гінекологу, завідуючому відділенням, а при їх відсутності — черговому лікарю про всі зміни стану здоров'я пацієнтів, ускладнення та захворювання, у разі необхідності негайно викликати лікаря;

8.6. Надавати першу невідкладну допомогу при гострих захворюваннях та нещасних випадках.

8.7. Систематично підвищувати рівень професійної підготовки.

8.8. Дотримуватись принципів медичної етики та деонтології.

9. Акушерка має право:

9.1. Застосовувати за призначенням лікаря консервативні методи лікування, здійснювати деякі лікувальні процедури та внутрішньовенні ін'єкції.

9.2. Вводити за призначенням лікаря сильнодіючі лікарські речовини, наркотики, протишокові засоби хворим;

9.3. Здійснювати переливання крові у присутності та під контролем лікаря.

9.4. Здійснювати деякі акушерські втручання за життєвими показаннями.

10. Акушерка несе відповідальність за належне виконання покладених на неї завдань і функцій та використання наданих прав.

Обов'язки акушерки процедурного кабінету

1. Виконання маніпуляцій згідно з листком призначень.

2. Взяття крові з вени для дослідження.

3. Визначення групи крові. Акушерка виконує технічну частину роботи і показує результат лікареві, який визначає групу крові.

4. Під контролем лікаря проведення гемотрансфузії.

5. Проведення проб на чутливість до антибіотиків.

6. Допомога лікарю у проведенні тих маніпуляцій, які входять у його компетенцію.

7. Якщо виникають ускладнення під час виконання призначень, медична сестра повинна негайно повідомити про це лікаря.

8. Ведення журналу обліку проведених маніпуляцій.

9. Вчасна інформація про необхідність заміни обладнання, яке стало непридатним для подальшого вжитку.

10. У маніпуляційній постійно має бути список хворих, які перехворіли на вірусний гепатит, медсестра повинна дотримуватись правил про-

філактики сироваткового гепатиту і запобігати можливості професійного інфікування вірусним гепатитом і СНІДом.

11. Акушерка маніпуляційного кабінету повинна неухильно дотримувати правил асептики та виконувати вимоги санітарно-гігієнічного режиму.

12. Акушерка несе відповідальність за вчасне і якісне виконання призначень лікаря, санітарний стан кабінету і дотримання техніки безпеки, охорони праці, збереження обладнання кабінету, а також виконання хворими призначеного режиму.

ПРИНЦИПИ АСЕПТИКИ ТА АНТИСЕПТИКИ В ГІНЕКОЛОГІЇ

САНІТАРНО-ПРОТИЕПІДЕМІЧНИЙ РЕЖИМ ГІНЕКОЛОГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ

Основний закон хірургії, а гінекологія є однією зі спеціальностей хірургічного профілю, вимагає, щоб усе, що контактує з раною, було стерильним, знезараженим, тобто позбавленим мікробів.

Існує два шляхи інфікування рани — ендогенний та екзогенний.

Ендогенна інфекція (внутрішня) потрапляє в рану із джерела інфекції, що міститься в самому організмі хворої (хронічний тонзиліт, каріозні зуби, пародонтоз, хронічний пієлонефрит тощо). Для запобігання розвитку ендогенного інфікування перед операцією хвору ретельно обстежують, залучаючи до цього фахівців різного профілю, щоб виявити вогнища хронічної інфекції та ліквідувати їх до оперативного втручання.

Екзогенна інфекція потрапляє в організм із зовнішнього середовища. Розрізняють чотири види екзогенної інфекції: контактна, імплантаційна, повітряна і крапельна.

Контактна інфекція має найбільше значення. Цим шляхом до рани потрапляє інфекція з нестерильних інструментів, перев'язувального матеріалу, недостатньо оброблених рук лікаря чи середніх медичних працівників. Профілактика контактної інфекції є основним завданням медичного персоналу, особливо операційних сестер і хірургів.

Імплантаційна інфекція потрапляє в рану при ін'єкціях у разі поганої обробки шкіри у місці введення голки, разом зі сторонніми тілами при травмах статевих органів, при накладанні швів. Для запобігання імплантаційному шляху попадання інфекції необхідно використовувати для накладання швів лише ретельно простерилізований матеріал, добре обробляти

операційне поле перед проведенням черевностінкових операцій, вагіну під час проведення малих гінекологічних втручань.

Повітряна інфекція — зараження рани мікроорганізмами з повітря операційної або маніпуляційної. Їй можна запобігти системою очищення повітря, використанням бактерицидних ламп тощо.

Крапельна інфекція потрапляє в організм хворої або в рану з ротової порожнини персоналу відділення із крапельками слини. Слід пам'ятати, що ротова порожнина завжди населена мікроорганізмами, як сапрофітними, так і патогенними, тому в операційній, процедурному кабінеті, маніпуляційній необхідно носити захисну маску, яка запобігає інфікуванню повітря у цих приміщеннях.

Асептика — це комплекс заходів, спрямованих на запобігання потрапляння інфекції в рану.

Антисептика — це комплекс лікувальних заходів при інфекції, що вже розвинулася.

Основними заходами профілактики інфекції у гінекологічному стаціонарі є:

1. Стерилізація інструментарію, гінекологічних дзеркал, перев'язувального матеріалу, операційної білизни, приладів, що контактують зі статевими органами жінки або операційною раною.

2. Дотримання санітарно-протиепідемічного режиму відділення й особливо операційного блоку, здійснення заходів із дезінфекції приміщень відповідно до режиму стерильності.

3. Чітке виконання вимог щодо особистої гігієни персоналу відділень, вчасне проходження медичних оглядів, виявлення вогнищ хронічної інфекції в осіб, які працюють в операційних блоках, та їх лікування.

4. Ретельна обробка операційного поля та рук хірургів перед малими та великими гінекологічними оперативними втручаннями.

Із метою профілактики виникнення внутрішньолікарняних інфекцій, зумовлених патогенами, що передаються через кров (гепатити B, C, D, G та інші, ВІЛ) під час операцій або інших маніпуляцій, пов'язаних з ризиком забруднення кров'ю або іншими біосубстратами, працівникам гінекологічних стаціонарів слід дотримуватись універсальних правил безпеки. Кожного пацієнта слід розглядати як потенційне джерело збудників інфекцій, що передаються через кров.

Режим профілактичної дезінфекції виробів медичного призначення з метою профілактики внутрішньолікарняних інфекцій у гінекологічних стаціонарах

(Наказ №59 від 10.02.2003 МОЗ України)

Таблиця 1

Назва дезінфекційного засобу	Фірма виробник	Форма випуску	Концентрація, % (за препаратом)	Експозиція, хвилини
Дезоформ	«Lysoform Dr.Hans Rosemann GmbH» (ФРН)	Розчин	1,0 5,0	60 10
Деконекс ФФ	«Borer Chemie AG» (Швейцарія)	Розчин	0,5 1,0	60 30
Септодор-форте та Септодор	«Dorvet LTD» (Ізраїль)	Розчин	0,2 0,1	30 15
Клорсепт	«Medentech Ltd» (Ірландія)	Таблетки	0,2	60
Корзолекс базік	«Bode Chemie GmbH» (ФРН)	Розчин	2,0 4,0	60 30
Корзолекс АФ	«Bode Chemie GmbH» (ФРН)	Розчин	1,0 2,0 4,0	60 30 15
Корзолін Д	«Bode Chemie GmbH» (ФРН)	Розчин	4,0 10,0	150 60
Лізоформін 3000	«Lysoform Dr.Hans Rosemann GmbH» (ФРН)	Розчин	1,5 2,0	30 15
Перекис водню	Підприємства Укркоммедбіопрому (Україна)	Розчин	6,0 **	60
Перекис водню у суміші з 0,5% мийного засобу («Прогресс», «Астра», «Лотос»)	Підприємства хімікофармацевтичної промисловості (Україна)	Розчин	6,0**	60
Хлорантоїн	НВО «Фармакос» (Україна)	Порошок, таблетки	0,2	30

Примітки: * — допускається використання інших дезінфекційних засобів, зареєстрованих в Україні, відповідно до режимів, які регламентовані Методичними вказівками з використання засобу для дезінфекції виробів медичного призначення, які у установленому порядку затверджені Головним державним санітарним лікарем України;

** — концентрація подана за АДР.

Режими передстерилізаційного чищення виробів медичного призначення ручним методом з метою профілактики внутрішньолікарняних інфекцій у гінекологічних стаціонарах

(Наказ №59 від 10.02.2003 МОЗ України)

Таблиця 2

Етапи передстерилізаційного чищення	Концентрація, % (за препаратом)	Експозиція, хв	Вихідна температура робочого розчину, °С	Устаткування, яке використовують
Замочування в робочому розчині засобу для передстерилізаційного чищення шляхом повного занурення: — при використанні Біомою (НВО «ФАРМА-КОС», Україна) — при використанні Бланізолу (фірма «Lysoform Dr.Hans Rosemann GmbH», ФРН) — при використанні Бодефену (фірма «Bode Chemie GmbH», ФРН)	0,5 1,0 1,0	15,0 ± 1,0 15,0 ± 1,0 10,0 ± 1,0	40,0 ± 5,0 40,0 ± 5,0 40,0 ± 5,0	Таз, бачок, (спеціальна ванна), шприц
Миття кожного виробу в робочому розчині засобу для передстерилізаційного чищення за допомогою йоржа чи ватно-марлевого тампона		0,5 ± 0,1		Таз, бачок, (спеціальна ванна), шприц
Споліскування проточною водою: — при використанні Біомою (НВО «ФАРМАКОС», Україна) — при використанні Бланізолу (фірма «Lysoform Dr. Hans Rosemann GmbH», ФРН) — при використанні Бодефену (фірма «Bode Chemie CmbH», ФРН)		3,0 ± 1,0 5,0 ± 1,0 5,0 ± 1,0		Таз, бачок, раковина, шприц
Споліскування дистильованою водою		1,0 ± 0,5		Таз, бачок (спеціальна ванна)
Сушіння гарячим повітрям		До повного видалення вологи	85 ± 2	Сушильна шафа

Примітка: * — концентрація надана за АДР; ** — температура робочого розчину в процесі чищення не підтримується; *** — бланізол (фірма «Lysoform Dr. Hans Rosemann GmbH», ФРН) не призначений для передстерилізаційного чищення виробів медичного призначення, які виготовлені з гуми або мають гумові прокладки.

Дезінфекція різних об'єктів у гінекологічних стаціонарах
(Наказ №59 від 10.02.2003 МОЗ України)

Таблиця 3

Об'єкт дезінфекції	Дезінфекційний засіб	Режим дезінфекції		Метод дезінфекції
		концентрація, %	експозиція, хв	
1	2	3	4	5
Медичні прилади, апарати, устаткування з лакофарбовим, гальванічним та полімерним покриттям	Септодор-форте Бацилоцид расант Дисмозон Пур Хлорантоїн Перекис водню з 0,5% мийного засобу	0,2 0,25 0,5 0,25 0,5 0,2 0,5 4,0	60 60 30 60 15 60 30 60	Двократне протирання розчином з інтервалом 15 хв та наступним терміном витримки відповідно до наведеної експозиції
Предмети догляду за хворими (грілки, підкладні кола тощо)	Лізоформін спеціальний Септодор-форте Хлорантоїн Перекис водню з 0,5% мийного засобу	2,0 0,4 0,2 3,0	60 60 60 60	Занурюють у розчин з наступним промиванням водою
Термометри медичні	Хлорантоїн Перекис водню	0,5 2,0	30 60	Занурюють у розчин з наступним промиванням водою
Фонендоскопи, манжети для вимірювання артеріального тиску, подушка для кисню	Хлорантоїн Перекис водню	0,1 3,0	30 30	Двократне протирання з наступною витримкою відповідно до експозиції
Сітка для флаконів з консервованою кров'ю, замінниками крові та інших градуйованих пляшок	Хлорантоїн Перекис водню з 0,5% мийного засобу	0,2 3,0		Двократне протирання з інтервалом 15 хв та наступним терміном витримки 60 хв.

Продовження таблиці 3

1	2	3	4	5
Церата з кушетки для огляду хворого, фартухи з полімерних матеріалів, покриття з церати для меблів, мішки з церати для брудної білизни тощо	Хлорантоїн Перекис водню з 0,5 % мийного засобу	0,2 3,0	30	Двократне протирання ганчір'ям, яке змочене у розчині, при нормі витрат 200 $см^3/м^2$ з наступним промиванням водою
Емальовані тази, ємкості для збирання використаного перев'язувального матеріалу, підкладних церат, тощо	Хлорантоїн Перекис водню з 0,5 % мийного засобу	0,2 3,0	60 60	Промивають з наступним терміном витримки відповідно до вказаної експозиції
Холодильник (внутрішні поверхні)	Хлорантоїн Перекис водню з 0,5 % мийного засобу	0,2 3,0	60 60	Двократне протирання з інтервалом 15 хв. з наступним терміном витримки відповідно до експозиції та промиванням водою
Посуд столовий (без залишків їжі)	Лізоформін спеціальний Септодор Хлорантоїн Перекис водню з 0,5 % мийного засобу	2,0 0,1 0,1 4,0	60 30 60 50	Звільняють від залишків їжі та занурюють у розчин з наступним промиванням водою при нормі витрат 2 л/комплект
Посуд столовий з залишками їжі	Лізоформін спеціальний Септодор Хлорантоїн Перекис водню з 0,5 % мийного засобу	2,0 1,0 0,1 0,2 4,0	120 60 120 90 60	Занурюють у розчин з наступним промиванням водою

Продовження таблиці 3

1	2	3	4	5
Посуд з-під виділень (підкладні судна, відра, горшки тощо)	Хлорантоїн Хлорне вапно Перекис водню з 0,5% мийного засобу	0,2 3,0 1,0 4,0	120 30 60 60	Занурюють у робочий розчин дезінфекційного засобу з наступним промиванням водою
Посуд лабораторний	Хлорантоїн Хлорне вапно Перекис водню з 0,5% мийного засобу	0,2 3,0 1,0 4,0	120 30 60 60	Кип'ятять у 2,0% розчині соди протягом 15 хв з моменту закипання
Вузли приладів і апаратів із корозійного матеріалу не забруднені кров'ю, що не мають контакту зі слизовими оболонками, рановими поверхнями	Хлорамін Б Хлорамін Б з 0,5% миючого засобу Хлоргексидину глюконат Перекис водню з 0,5% мийного засобу Формалін	1,0 0,75 0,5 3,0 3,0	30 30 30 30 30	Занурюють у робочий розчин дезінфекційного засобу з наступним промиванням водою
Білизна хворого (натільна, постільна)	Лізоформін спеціальний Септодор Хлорантоїн Перекис водню з 0,5% мийного засобу	2,0 0,1 0,2 4,0	120 120 60 60	Занурюють у розчин з наступним пранням (норма витрат 4 л/кг сухої білизни)
Ганчір'я, віхоть для миття посуду та поверхонь	Хлорантоїн Перекис водню з 0,5% мийного засобу	0,2 4,0	60 60	Кип'ятять у 2,0% розчині соди або у розчині синтетичного мийного засобу протягом 15 хвилин з моменту закипання. Замочують у робочому розчині дезінфекційного засобу з наступним сполоскуванням водою

Продовження таблиці 3

1	2	3	4	5
Виділення хворого (фекалії, сеча, мокротиння тощо)	Хлорне вапно	Сухий препарат	60	Засипають при нормі витрат 200 г/кг
Приміщення (підлога, стіни, віконні рами, двері тощо), тверді меблі	Мікробак/форте Септодор-форте Бацилоцид расант Дисмозон Пур Лізоформін спеціальний Хлорантоїн Перекис водню з 0,5% мийного засобу	00,5 0,1 0,25 0,5 0,25 0,5 2,0 0,2 4,0	15 60 30 60 15 60 60 60	Зрошують за допомогою гідропульта чи протирають ганчір'ям, змоченим у розчині дезінфекційного засобу (норма витрат 300 $см^3/м^2$)
Гумові килими	Хлорантоїн Перекис водню з 0,5% мийного засобу	0,2 3,0	60 30	Двократне протирання з інтервалом 15 хв або зрошення з наступним терміном витримки відповідно до експозиції
Санітарно-технічне обладнання	Лізоформін спеціальний Хлорантоїн Перекис водню з 0,5% мийного засобу	2,0 0,2 3,0	120 60 60	Зрошення або двократне протирання розчином з інтервалом 15 хв (норма витрат 500 $см^3/м^2$) з наступним промиванням водою
Збиральний матеріал	Хлорантоїн Перекис водню з 0,5% мийного засобу	0,2 3,0	60 120	Кип'ятять у 2,0% розчині соди протягом 15 хв з моменту закипання. Замочують у робочому розчині дезінфекційного засобу (норма витрат 4 $дм^3/м^2$) з наступним промиванням та сушінням

Продовження таблиці 3

1	2	3	4	5
Зонд, балон для відсмоктування слизу	Водяна насичена пара під тиском Р+0,05 Мпа при 110°С±2°С Дистильована вода при 100°С Дистильована вода з 2% натрію двовуглекислого при 100°С		20 30 хв з моменту закипання 15 хв з моменту закипання	У паровому стерилізаторі Кип'ятіння Кип'ятіння
Кисневі маски, ріжок від кисневої подушки	Перекис водню Хлоргексидину глюконат	3,0 0,2	60 60	Двократне протирання з інтервалом 15 хв
Кувез	Перекис водню з 0,5% мийного засобу	3,0	30	За методикою, що викладена в інструкції з експлуатації кувезів
Ножиці для обрізання нігтів, металеві станки для гоління	Хлоргексидину глюконат в 70% етиловому спирті Формалін Дистильована вода при 100°С Дистильована вода з 2% натрію двовуглекислого при 100°С	0,5 10,0 4,0 60	15 30 хв з моменту закипання 15 хв з моменту закипання	Занурення з наступним промиванням водою Кип'ятіння

Примітка. * — допускається використовувати інші дезінфекційні засоби, зареєстровані в Україні, відповідно до режимів, які регламентовані Методичними вказівками, що у встановленому порядку затверджені Головним державним санітарним лікарем України.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ІНФІКУВАННЯ ВІРУСНИМ ГЕПАТИТОМ ТА СНІДОМ

Джерелом зараження ВІЛ є хвора на СНІД людина або вірусоносій. Інфікована людина стає заразною доволі швидко, іноді через 1–2 тижні після зараження. Хворі на СНІД заразні впродовж усього життя.

ВІЛ може передаватися від людини до людини при прямому контакті: кров-кров або сперма-кров. Виходячи з цього, зараження професійним шляхом медичних працівників, зокрема акушерок, можливе тоді, коли кров хворого на СНІД потрапляє на ушкоджену шкіру (мікротравми, тріщини тощо) чи слизові оболонки (при внутрішньовенних маніпуляціях, асистуванні лікарю під час операції, аборту, при діагностичному вишкрібанні у разі пошкодження цілості рукавичок).

Профілактика професійних заражень медичних працівників полягає у максимальному обмеженні контакту з кров'ю хворих і використанні засобів захисту. Всі маніпуляції, при яких може статися забруднення рук кров'ю чи сироваткою, слід проводити в гумових рукавичках. Якщо на руках є ушкодження, до роботи з хворими на СНІД акушерка тимчасово не допускається. Незначні дефекти шкіри потрібно додатково закривати лейкопластирем. Працювати необхідно у масці. Забороняється куріння та вживання їжі у приміщеннях, де проводять процедури.

Для будь-якої маніпуляції необхідно використовувати за можливістю одноразовий або ретельно оброблений та простерилізований інструментарій. *За жодних умов не допускається проведення ін'єкцій кільком пацієнтам одним шприцом при зміні тільки голки.* Не можна проводити забір крові з пальця для аналізу однією мікропіпеткою кільком хворим. Не допускається промивання мікропіпеток у загальній посудині.

Розбирати, мити, полоскати медичний інструментарій, використані мікропіпетки та лабораторний посуд, що контактував із кров'ю чи сироваткою, необхідно після його попередньої дезінфекції обов'язково в гумових рукавичках. Після будь-якої процедури потрібно ретельно двічі помити руки з милом під проточною водою.

Поверхні лабораторних та інструментальних столів наприкінці робочого дня або у разі забруднення їх кров'ю слід обробити 3% розчином хлораміну.

Для запобігання інфікуванню медичних працівників під час роботи з ВІЛ-інфікованим матеріалом у лікувально-профілактичних закладах, що надають медичну допомогу ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД, необхідно мати запас антивірусних препаратів для проведення екстреної профілактики ВІЛ-інфекції (тимазид, ретровір, криксиван) з розрахунку 30 грамів на одного медичного працівника та аптечку для надання термінової медичної допомоги медпрацівникам і технічному персоналу. До аптечки входять 70° спирт, йод, перев'язувальний матеріал, марганцевокислий калій, хлорамін Б, дистильована вода для його розведення, лейкопластир. До і після роботи з хворими на СНІД або їх кров'ю руки можна обробити антисептиком із противірусною дією — стериліум віругард.

Про всі випадки, за яких можливе інфікування працівників вірусом СНІДу, необхідно поінформувати адміністрацію і зробити відповідний запис у журналі аварійних ситуацій. За потерпілими ведуть нагляд протягом одного року. У разі від'ємних реакцій на СНІД через 6 тижнів, 12 тижнів, 6 місяців та 1 рік після випадку спостереження припиняють.

Послідовність дій у таких ситуаціях, юридична відповідальність посадових осіб та питання страхування медичних працівників на випадок зараження регламентована Законом України «Про внесення змін до Закону України «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення» від 8 березня 1998 р. № 155 та Постановою Кабінету Міністрів України від 16 жовтня 1998 р. № 1642 «Про затвердження порядку та умов обов'язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків».

ОСНОВИ ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ ПРО ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ

Одним із напрямків соціальної політики держави є забезпечення правових гарантій щодо охорони здоров'я жінки та підвищення її соціального статусу.

Відповідно до «Закону України про шлюб, сім'ю та молодь», держава гарантує певний рівень матеріальної підтримки сім'ям з дітьми. Вагітна жінка має право на допомогу у зв'язку з вагітністю та пологами: у терміні 30 тижнів вагітності їй надається відпустка, яка оплачується. Підставою для допомоги є виданий у встановленому порядку листок непрацездатності. Період відпустки у зв'язку з вагітністю та пологами — 70 календарних днів перед пологами та 56 після пологів. У разі ускладнених пологів або народження двох і більше дітей післяпологова відпустка продовжується до 70 календарних днів. Ця допомога надається жінкам у повному обсязі (сумарно), незалежно від того, скільки днів вони використали перед пологами.

Розмір грошової допомоги усім жінкам, що працюють, становить 100% їхнього заробітку (доходу); безробітним жінкам її виплачують у розмірі мінімальної заробітної платні, студенткам — місячної стипендії.

25 березня 2005 року Верховною Радою України ухвалено «Закон Про внесення змін до Закону України «Про Державний бюджет України на 2005 рік», де передбачено чимало змін до Закону України «Про державну допомогу сім'ям з дітьми». Зокрема, з 1 квітня 2005 року забезпечено підвищення розміру допомоги при народженні дитини до 8497,6 грн для осіб, застрахованих у системі загальнообов'язкового соціального страхування, та незастрахованих осіб.

Крім одноразової допомоги при народженні дитини, особа, яка доглядає за дитиною до досягнення нею трирічного віку, одержує також щомісячну допомогу на догляд за дитиною 104 грн — застрахована, 90 грн — незастрахована особа).

Кабінет Міністрів України 13.09.1995 р. затвердив національну програму «Планування сім'ї», у зв'язку з чим наказом МОЗ України за № 180 від 11.06.1997 р. регламентована організація медичних центрів «Планування сім'ї та репродукції людини».

Міністерство охорони здоров'я України в наказі №620 від 29.12.2003 р. встановило загальні принципи організації надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні, які базуються на концепції ВООЗ щодо раціонального ведення пологів (1996), Концепції безпечного материнства, а також на державних засадах щодо здійснення активної демографічної політики.

Державні заходи щодо здійснення активної демографічної політики, спрямованої на стимулювання народжуваності, збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я населення, визначені в Указі Президента України від 26.03.2001 р. «Про Національну програму «Репродуктивне здоров'я 2001-2005», Постанові Кабінету Міністрів України від 09.08.2001 р. №960 «Про затвердження Концепції розвитку охорони здоров'я населення України», розпорядженнях Кабінету Міністрів України від 29.03.2002 р. №161-р. «Про затвердження Концепції безпечного материнства» та від 01.07.2002р. № 355-р «Про затвердження комплексних заходів щодо заохочування народжуваності на 2002–2007 рр.», передбачають удосконалення організації діяльності акушерсько-гінекологічної служби, в тому числі стаціонарної ланки.

У Наказі №59 від 10.02.2003 р. висвітлено питання про вдосконалення заходів щодо профілактики внутрішньолікарняних інфекцій у пологових будинках. У Наказі №582 від 15.12.2003 р. затверджено клінічні протоколи з акушерської та гінекологічної допомоги, використання яких дасть змогу стандартизувати та уніфікувати діагностику і лікування, застосовувати методики лікування з доведеною ефективністю, що знижують захворюваність і смертність пацієнтів. З метою вдосконалення медико-генетичної допомоги в Україні видано Наказ МОЗ №641\84 від 31.12.2003 р., який сприятиме поліпшенню допомоги хворим зі спадковою патологією. Для подальшого вдосконалення амбулаторної гінекологічної допомоги населенню видано Наказ №503 МОЗ України від 28.12.2002 р. «Про вдосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні».

Згідно із Законом України «Про охорону праці», забороняється використання праці жінок на важких роботах та роботах із шкідливими умовами

праці, а також там, де необхідно піднімати речі, маса яких перевищує граничні норми. Перелік цих робіт регламентують відповідні нормативні документи.

Перелік контрольних питань:

- організація гінекологічної допомоги в Україні;
- заклади охорони здоров'я, в яких надається гінекологічна допомога;
- жіноча консультація: структура, завдання, диспансеризація;
- організація амбулаторної гінекологічної допомоги;
- примірне положення про акушерку фельдшерсько-акушерського пункту;
- примірне положення про акушерку та старшу акушерку жіночої консультації;
- організація гінекологічної допомоги в сільській місцевості;
- основи законодавства України про охорону здоров'я жінки;
- санітарно-протиепідемічний режим гінекологічного стаціонару;
- асептика та антисептика в гінекології;
- особливості професійної профілактики інфікування СНІДом та вірусним гепатитом.

КЛІНІЧНА АНАТОМІЯ ТА ФІЗІОЛОГІЯ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Жіночі статеві органи поділяють на зовнішні і внутрішні. Межею між ними є дівоча пліва (hymen).

ЗОВНІШНІ ЖІНОЧІ СТАТЕВІ ОРГАНИ

До зовнішніх статевих органів (genitalia externa, vulva) належать: лобковий горб, великі і малі статеві губи, клітор *(рис.3.1)*.

Лобковий горб *(mons pubis)* — багате на підшкірну жирову клітковину підвищення, що міститься спереду і вище лобкового зчленування. У жінок волосистість на лобковому горбі обмежена вгорі горизонтальною лінією. До досягнення дівчинкою статевої зрілості волосся у ділянці лобкового горба немає; у клімактеричному періоді та менопаузі волосся починає рідшати. Ріст волосся за чоловічим типом, коли волосистість розповсюджується по

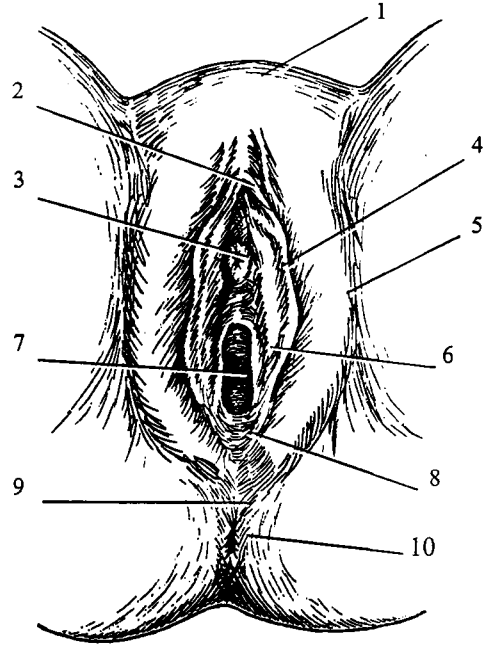


Рис. 3.1. Зовнішні жіночі статеві органи:
1 — лобковий горб;
2 — клітор;
3 — зовнішній отвір сечівника;
4 — мала статева губа;
5 — велика статева губа;
6 — дівоча пліва;
7 — вхід у піхву;
8 — задня спайка;
9 — промежина;
10 — анус

середній лінії до пупка, вкриває внутрішні поверхні стегон, свідчить про порушення діяльності яєчників та надниркових залоз.

Великі статеві губи *(labia majora pudendi)* — дві поздовжні складки шкіри, що оточують з боків статеву щілину. Спереду переходять у шкіру лобкового горба, ззаду з'єднуються, утворюючи задню спайку губ (comissura labiorum posterior). Простір між задньою спайкою та анусом називають акушерською промежиною (perineum). Висота її у більшості жінок становить 3–4 см. Якщо висота промежини більша 4-х см, її називають високою, якщо менша 3-х см — низькою. Промежина часто травмується під час пологів, на місці розриву утворюються рубці, порушується структура тазового дна. У разі повторних травм під час наступних пологів тонус м'язів тазового дна, котрі є підтримуючим апаратом матки, знижується, тому може настати опущення, а згодом і випадання матки.

У товщі задньої третини великих статевих губ містяться великі присінкові (вестибулярні), або бартолінові, залози (glandulae vestibularis majores). Їхні розміри досягають 10–15 мм завдовжки та до 6–8 мм завширшки. Це альвеолярно-трубчасті залози, при статевому збудженні вони виділяють секрет, що зволожує вхід у піхву. Вивідні протоки бартолінових залоз відкриваються у борозенці між малими статевими губами та дівочою плівою. При запальних захворюваннях бартолінових залоз, зокрема при гонореї, навколо зовнішніх отворів вивідних проток з'являється гіперемія.

Малі статеві губи *(labia minora pudendi)* — пара шкірних складок, розміщена паралельно до великих статевих губ. Спереду вони з'єднуються в ділянці клітора, утворюючи його вуздечку та крайню плоть, ззаду зливаються з великими.

Клітор *(clitoris)* — невелике конусоподібне утворення, що складається з двох печеристих тіл. Завдяки великій кількості нервових закінчень, які містять клітор та статеві губи, вони є органом статевого чуття.

Присінок піхви *(vestibulum vaginae)* обмежений з боків малими статевими губами, спереду клітором, ззаду — задньою спайкою, зсередини — гіменом. Сюди відкриваються вивідні протоки бартолінових залоз та зовнішній отвір сечівника.

Сечівник *(uretra)* у жінки має довжину 3–4 см, межує з передньою стінкою піхви, має два сфінктери — зовнішній та внутрішній. Зовнішній отвір його знаходиться на 2–3 см позаду клітора.

Дівоча пліва *(hymen)* — це сполучнотканинна перетинка, що закриває вхід у піхву в незайманих дівчат. Отвір дівочої пліви може мати різну форму, іноді таких отворів є два. Якщо гімен не має отвору, це може стати на заваді відтоку менструальної крові і є явищем патологічним. Під час першого статевого акту дівоча пліва розривається, при цьому буває невелика кровотеча.

На місці дівочої пліви залишаються *гіменальні сосочки (caruncula hymenalis)*, а після перших пологів — *миртоподібні сосочки (caruncula myrtiformis)*.

ВНУТРІШНІ СТАТЕВІ ОРГАНИ

До внутрішніх статевих органів належать: піхва, матка, маткові труби та яєчники *(рис.3.2)*.

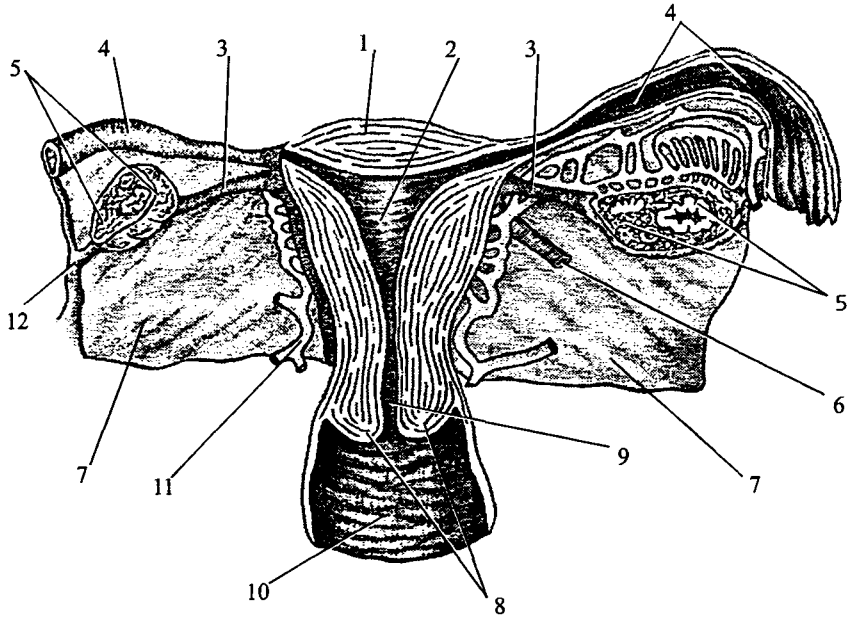


Рис. 3.2. Матка, маткова труба, яєчник і частина піхви (фронтальний зріз, вид ззаду):

1 — fundus of uterus; 2 — uterine cavity; 3 — ovarian ligament; 4 — fallopian tube; 5 — ovary; 6 — round ligament; 7 — broad ligament; 8 — uterine cervix; 9 — cervical canal; 10 — vaginal wall; 11 — uterine artery; 12 — infundibulopelvic ligament (suspensory ligament)

Піхва

Піхва (vagina, colpos) — трубчастий м'язовоеластичний орган завдовжки 8–10 см, що починається від дівочої пліви і закінчується біля місця прикріплення шийки матки. Біля шийки матки піхва утворює заглиблення — склепіння піхви: переднє, заднє і бокові. Заднє склепіння межує з дугласовим простором. Пунктувавши його, можна отримати вміст черевної порожнини, що має важливе діагностичне значення.

Передня стінка піхви у верхньому відділі межує із сечовим міхуром, у нижньому — з уретрою. Задня стінка піхви прилягає до прямої кишки.

Шари піхви:

- адвентиція;
- м'язовий шар, що складається з внутрішнього циркулярного та зовнішнього поздовжнього шарів;
- слизова оболонка, утворена багатошаровим плоским епітелієм.

Слизова оболонка піхви не містить залоз, вміст піхви утворюється внаслідок пропотівання рідини з лімфатичних та кровоносних судин, а також слизу залоз шийки матки. У здорової жінки в піхві є невелика кількість вмісту білуватого кольору. Цей вміст має кислу реакцію завдяки молочній кислоті, яка утворюється внаслідок життєдіяльності піхвових бацил (паличок Додерлейна), що створюють нормальний мікробіоценоз піхви. Молочна кислота, концентрація якої у вагіні здорової жінки досягає 0,4%, знищує патогенні мікроби, що потрапляють у піхву ззовні. Цей процес називається процесом самоочищення піхви.

Самоочищення піхви можливе лише за умови нормального функціонування яєчників, бо під впливом естрогенних гормонів, що виділяються ними, відбувається дозрівання епітеліальних клітин слизової оболонки і накопичення в них глікогену, яким живляться палички Додерлейна.

Якщо функція яєчників порушується, кількість глікогену зменшується, піхвові бацили виділяють недостатню кількість молочної кислоти і реакція піхви може стати лужною, що сприяє розвиткові патогенних бактерій та грибів. У такому випадку виникає запалення піхви — кольпіт.

Для характеристики стану вагінальної мікрофлори існує поняття чистоти піхвового вмісту. Розрізняють чотири ступені чистоти вагінального вмісту:

I ст. — у вмісті піхви виявляють лише палички Додерлейна та епітеліальні клітини, реакція вмісту кисла;

II ст. — піхвових бацил менше, з'являються поодинокі лейкоцити, реакція кисла;

III ст. — піхвових бацил мало, переважає кокова флора, багато лейкоцитів, реакція слабколужна;

IV ст. — піхвових бацил немає, багато патогенних мікроорганізмів (коки, трихомонади, гриби), реакція лужна.

Функції піхви:

- починаючи з періоду статевого дозрівання через піхву назовні виводиться менструальна кров;
- участь у здійсненні статевої функції жінки та процесі запліднення;
- під час пологів піхва утворює родовий канал;

- бар'єрна функція: процес самоочищення піхви перешкоджає попаданню в матку патогенних мікроорганізмів.

Матка

Матка (uterus, hystera) — м'язовий порожнистий орган, що за формою нагадує грушу, дещо сплющену в передньо-задньому напрямку. Довжина невагітної матки становить 7–8 см, з яких у дорослої жінки 2/3 припадає на тіло, а 1/3 — на шийку (у дівчаток — навпаки, що має значення для діагностики генітального інфантилізму), маса — 50–100 г, товщина стінок — 1–2 см.

Розрізняють ***тіло*** *(corpus),* ***перешийок*** *(isthmus) і* ***шийку*** *(collum, cervix)* матки.

Наймасивніша частина матки називається тілом. Частину матки над лінією прикріплення маткових труб називають ***дном матки*** *(fundus uteri).*

Матка складається з трьох шарів: *слизової оболонки, м'язового шару* та *серозної оболонки.*

Слизова оболонка матки *(endometrium)* складається з двох шарів: функціонального, у якому відбуваються циклічні зміни, пов'язані із менструальним циклом, і базального, який прилягає безпосередньо до міометрія. Ендометрій містить залози, що виділяють секрет.

М'язовий шар *(myometrium)* складається з трьох шарів м'язів, що ідуть у різних напрямках: зовнішній (поздовжній), середній (циркулярний), внутрішній (поздовжній). У тілі матки переважають циркулярні пучки, а в шийці — поздовжні.

Тіло матки *має порожнину (cavum uteri).* У поздовжньому розрізі по фронтальній площині порожнина матки має форму трикутника, основою якого є дно матки, а вершиною — внутрішнє вічко. Кутами трикутника біля основи є внутрішні отвори маткових труб, біля вершини — внутрішнє вічко матки. Передня та задня стінки матки дотикаються одна до одної, тому порожнина матки практично є вузькою щілиною.

Серозна оболонка *(perimetrium)* утворюється очеревиною, яка з передньої черевної стінки переходить на сечовий міхур, відтак на матку, утворюючи міхурово-маткову заглибину (excavatio vesico-uterina). Переходячи з матки на пряму кишку, очеревина утворює прямокишково-матковий, або дугласів, простір (excavatio recto-uterina). Бокові поверхні матки не покриті очеревиною.

Перешийок — частина матки між тілом і шийкою завдовжки близько 1 см. Верхньою межею перешийка є місце щільного прикріплення очеревини до матки спереду (це відповідає анатомічному внутрішньому вічку матки),

нижньою — гістологічне вічко матки (межа переходу слизової матки в слизову цервікального каналу). У процесі пологів перешийок разом із шийкою матки утворює нижній сегмент матки, саме у цій ділянці проводять розріз матки під час операції кесаревого розтину, саме тут найчастіше трапляються розриви матки.

Шийка матки має дві частини — піхвову та надпіхвову. Піхвова частина шийки матки виступає в просвіт піхви і є доступною для огляду вагінальними дзеркалами. Надпіхвова частина лежить вище від місця прикріплення стінок піхви до шийки.

Посередині шийки матки проходить цервікальний канал, який має два сфінктери: внутрішнє та зовнішнє вічко. Зовнішнє вічко у жінок, які не народжували, має круглу форму, після пологів воно набуває форми поперечної щілини. Шийка матки у жінок, які не народжували, має конічну форму, у тих, які народжували, — циліндричну.

Матка розміщується в центрі малого таза. Поздовжня вісь матки нахилена допереду (anteversio). Між тілом та шийкою матки існує тупий кут близько 120°, у нормі він відкритий до переду (anteflexio).

Функції матки:

- протягом періоду статевої зрілості матка виконує менструальну функцію;
- упродовж вагітності матка є плодовмістилищем і створює оптимальні умови для розвитку фетоплацентарного комплексу;
- у пологах матка виконує функцію зганяння.

Маткові труби

Маткові труби *(tubae uterinae)* відходять від матки в ділянці її кутів і йдуть у верхніх відділах широкої зв'язки матки до бокових стінок таза. Довжина маткових труб 10–12 см.

Виділяють 4 частини труби:

- ***інтерстиціальну*** *(pars interstitialis, pars intramuralis),* що проходить крізь товщу м'яза матки, її діаметр досягає 0,5–1 мм;
- ***перешийкову*** *(pars isthmica)* — одразу після виходу труби з матки;
- ***ампулярну*** *(pars ampullaris)* — найширшу частину, що закінчується лійкою (infundibulum tubae), діаметр труби в цьому відділі до 5–8 мм. Лійка має численні тонкі вирости, які називаються ***фімбріями*** *(fimbriae tubae).*

Стінка труби складається з трьох шарів: слизової оболонки, утвореної циліндричним війчастим епітелієм, м'язового шару і серозної оболонки, що являє собою очеревину.

У дитячому віці труби довгі і звивисті. У періоді статевого дозрівання вони стають дещо коротшими, ширшими та менш звивистими внаслідок посиленого розвитку м'язового шару.

Скорочення маткової труби залежать від фази менструального циклу. Найбільш інтенсивно труба скорочується в період овуляції, що має сприяти прискоренню транспортування сперматозоїдів в ампулярну частину труби. У лютеїнову фазу циклу під впливом прогестерону розпочинається функціонування секреторних клітин слизової, труба заповнюється секретом, її перистальтика сповільнюється. Ці чинники разом із рухами війок миготливого епітелію сприяють просуванню заплідненої яйцеклітини матковою трубою.

Функції маткових труб:

- в ампулярній частині маткової труби відбувається запліднення;
- по маткових трубах запліднена яйцеклітина потрапляє в матку.

Яєчники

Яєчники *(ovaria)* — парні жіночі статеві залози. Яєчник є органом подвійної функції: внутрішньої секреції (виробляє естрогенні гормони, прогестерон) та зовнішньої (продукує яйцеклітини).

Розміри яєчників 4×2×1см. Ці залози розміщені на задньому листку широкої зв'язки матки так, що їх ворота (hylus ovarii), через які проходять судини і нерви, вкриті широкою зв'язкою, а більша частина поверхні не вкрита очеревиною. Яєчник підтримується в черевній порожнині широкою матковою зв'язкою, власною зв'язкою яєчника та лійково-тазовою зв'язкою.

Між яєчником та трубою міститься ***над'яєчниковий придаток*** *(epoophoron),* нижче прикріплення брижі яєчника міститься ***прияєчник*** *(paroophoron).* Ці утворення мають вигляд тонких канальців, вони є рудиментарними утворами, фізіологічного значення не мають, проте з них інколи розвиваються параоваріальні кісти.

Шари яєчника: кірковий шар, в якому власне відбувається розвиток фолікулів та жовтого тіла, і мозковий шар, що складається зі сполучної тканини, у якій проходять судини та нерви. Зовні він вкритий кубічним епітелієм, під яким розміщена білкова оболонка, що складається з колагенових волокон *(рис. 3.3).*

Функції яєчника:

- ендокринна: виробляє жіночі статеві гормони;
- генеративна: в яєчниках відбувається процес дозрівання фолікулів та продукування яйцеклітини;

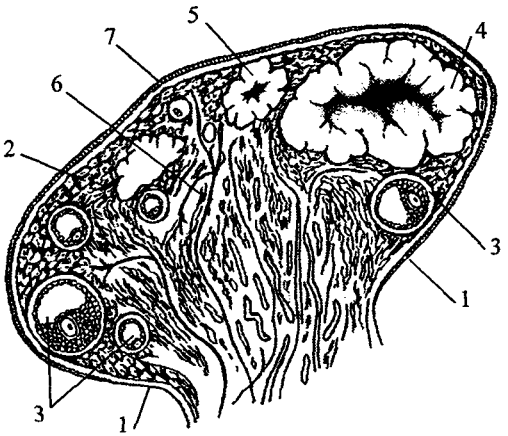


Рис. 3.3. Поперечний зріз яєчника дорослої жінки:
1 — зародковий епітелій;
2 — кірковий шар;
3 — фолікули на різних стадіях розвитку;
4 — жовте тіло;
5 — залишок жовтого тіла (біле тіло);
6 — мозковий шар;
7 — білкова оболонка

- упродовж перших місяців гестації в яєчнику функціонує жовте тіло вагітності, що забезпечує нормальний перебіг першого триместру.

Зв'язковий апарат матки та яєчників

Збереження визначених анатомо-топографічних співвідношень у малому тазі забезпечується підвішувальним, фіксуючим та опорним апаратом матки. Завдяки цьому апарату матка рухома, що є однією з умов нормального розвитку вагітності, фізіологічного перебігу пологового акту, функціонування сечового міхура та прямої кишки. Порушення функції зв'язкового апарату є причиною неправильних положень матки, її опущення та випадання.

Підвішувальний апарат складають:

1. *Широкі зв'язки матки (lig.latum uteri)* — подвійні листки очеревини, що йдуть від ребер матки до бокових стінок таза, де переходять у парієтальну очеревину. У верхніх відділах широких зв'язок проходять маткові труби, до задніх — фіксуються яєчники. Між листками широких зв'язок міститься навколоматкова клітковина, де проходять кровоносні та лімфатичні судини та нерви.
2. *Круглі зв'язки матки (lig. teres uteri)* мають довжину 10–15 см, діаметр 3–5 мм. Ідуть від кутів матки, відходячи наперед і нижче від місця прикріплення маткових труб до внутрішніх отворів пахових каналів, пройшовши їх, розгалужуються в товщі лобкового горба та великих статевих губ. Функція: забезпечують нахил матки допереду (anteflexio).
3. *Власні зв'язки яєчників (lig. ovarii proprium)* ідуть від дна матки, починаються нижче від місця прикріплення маткових труб, до яєчників.

У товщі цієї зв'язки проходять яєчникові судини.

4. *Підтримувальна зв'язка яєчника,* або *лійково-тазова зв'язка (lig. infundibulo-pelvicum),* — дистальна частина широкої зв'язки матки, що переходить в очеревину бокової стінки таза. Вона утримує ампулярний кінець труби у підвішеному стані, до яєчника по ній підходять судини (a. et v. ovaricae).

Фіксуючий та закріплюючий апарат матки складають:

1. *Основна, або поперечна, зв'язка матки (lig. transversum s. cardinale),* складається з віялоподібно розміщених сполучнотканинних та гладенько-м'язових елементів, що йдуть від нижнього відділу матки на рівні її внутрішнього вічка до стінок таза.
2. *Крижово-маткові зв'язки (lig. sacro-uterinum)* складаються з гладких м'язових та фіброзних волокон. Вони йдуть від задньої поверхні шийки матки приблизно на рівні внутрішнього вічка, охоплюють з боків пряму кишку і прикріплюються до передньої поверхні крижів. Функція: утримують шийку матки на місці при фізичному навантаженні та під час пологів.

Опорний (підтримуючий) апарат матки — м'язи тазового дна.

Кровопостачання статевих органів

Кровопостачання зовнішніх статевих органів здійснюється гілками ***внутрішньої статевої артерії*** *(a. pudenda interna)* і частково — стегнової *(рис. 3.4).* Внутрішня статева артерія — парна судина, що відходить від *a. iliaca interna.*

Маткова артерія *(a. uterina)* відходить від підчеревної артерії, на рівні внутрішнього вічка розгалужується на дві гілки, більша з яких *(ramus ascendens a. uterinae)* піднімається вгору по ребру матки і живить тіло матки і маткову трубу (ці гілочки анастомозують з гілками яєчникової артерії). Менша гілка *(ramus descendens a. uterinae)* постачає кров'ю шийку матки і верхню третину піхви.

Яєчникова артерія *(a. ovarica)* — парна судина, відходить від черевної аорти (ліва яєчникова артерія може відходити від ниркової), постачає кров'ю яєчник, маткову трубу та частково матку, завдяки анастомозам.

Венозний відтік здійснюється однойменними венами, які утворюють сплетення в ділянці клітора, у товщі широких зв'язок, навколо сечового міхура, тому травми статевих органів супроводжуються значними кровотечами.

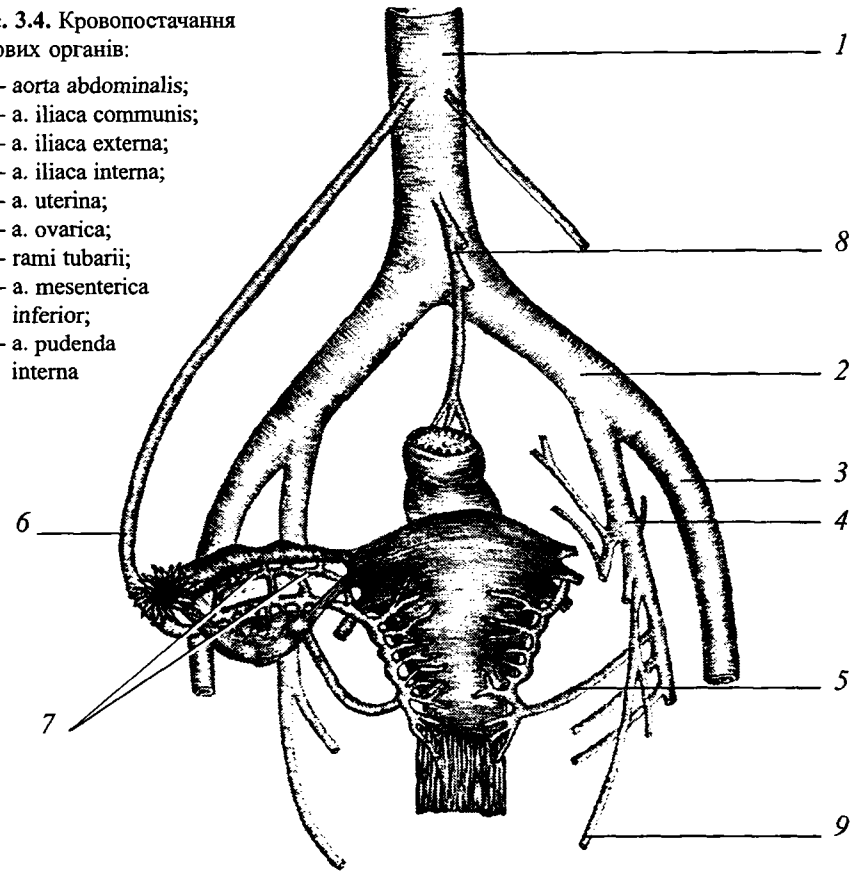


Рис. 3.4. Кровопостачання тазових органів:

1 — aorta abdominalis;
2 — a. iliaca communis;
3 — a. iliaca externa;
4 — a. iliaca interna;
5 — a. uterina;
6 — a. ovarica;
7 — rami tubarii;
8 — a. mesenterica inferior;
9 — a. pudenda interna

Лімфатична система

Лімфатична система являє собою густу мережу лімфатичних судин та вузлів, які розміщені за ходом кровоносних судин. Основними колекторами лімфи є:

- від зовнішніх статевих органів — пахові лімфатичні вузли;
- від шийки матки — підчеревні, здухвинні і крижові лімфатичні зв'язки;
- від тіла матки та труб — верхні і нижні поперекові лімфатичні вузли.

Знання з анатомії лімфатичної системи надзвичайно важливі для діагностики стадії злоякісних процесів жіночих статевих органів. При онкологічних процесах ракові клітини, що відриваються від первинного вогнища росту, передусім потрапляють у лімфатичні вузли малого таза і затримуються ними. При цьому лімфовузли збільшуються в розмірах. Бар'єрна роль лімфовузлів важлива також при запальних захворюваннях органів малого таза та інших патологічних процесах.

Іннервація статевих органів

Іннервація статевих органів здійснюється від нервових сплетень, що локалізуються в черевній порожнині та малому тазі: верхнього та нижнього підчеревного (тазового), матково-піхвового, яєчникового. Тіло матки отримує переважно симпатичну іннервацію, шийка матки та піхва іннервуються парасимпатичними волокнами.

Зовнішні статеві органи іннервує статевий нерв *(n. pudendus)*.

Тазова очеревина

Парієтальна очеревина, що вистеляє внутрішню поверхню черевної стінки, опускаючись у малий таз, переходить на верхівку сечового міхура, далі йде по задній його поверхні. На рівні внутрішнього маткового вічка вона переходить на передню поверхню тіла матки і утворює ***міхурово-маткову заглибину*** *(excavatio vesico-uterina)*. При фізіологічному положенні матки ця заглибина має вигляд щілини, оскільки нахилене допереду тіло матки щільно прилягає до задньої стінки сечового міхура. Дно цієї заглибини утворює ***міхурово-маткова складка*** *(plica vesico-uterina)*. Від міхурово-маткової складки очеревина піднімається вгору, покриває тіло матки, далі опускається в таз, утворюючи позаду матки більш глибоку — ***матково-прямокишкову заглибину*** *(excavatio recto-uterina)*, або дугласів простір.

З боків від матки очеревина утворює подвійну складку, що складається з двох листків, — дуплікатуру. Вона являє собою широку зв'язку матки.

Клітковина малого таза

Позаочеревинний простір таза виповнений клітковиною — тканиною, що оточує органи малого таза. Навколо матки, піхви, сечового міхура та прямої кишки клітковина утворює скупчення, які, залежно від місця розташування, мають відповідні назви:

- навколоміхурова (паравезикальна);
- навколоматкова (параметральна) розміщується з боків від матки між листками широкої зв'язки;
- навколопіхвова (паравагінальна);
- навколопрямокишкова (параректальна).

Усі ці скупчення, зливаючись, переходять одне в одне.

За своїми функціями тазова клітковина є м'яким еластичним футляром, що забезпечує рухомість закладених у неї органів, у клітковині проходять кровоносні та лімфатичні судини, нижні відділи клітковини, в яких з'явля-

ється велика кількість фіброзних волокон, разом з фіксуючим та підтримуючим апаратом беруть участь в утриманні матки та піхви у фізіологічному положенні.

ФІЗІОЛОГІЯ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Нормальний менструальний цикл

Процес репродукції у людини регулюють складні нейроендокринні механізми, тому нормальне функціонування репродуктивної системи можливе лише за умови інтегрованого контролю нервових та гуморальних сигналів. Одним із проявів складних змін в організмі жінки є менструальний цикл: циклічні зміни в системі гіпоталамус — гіпофіз — яєчники; циклічні зміни в органах-мішенях (матці, маткових трубах, піхві, молочних залозах); циклічні зміни в ендокринній, нервовій та інших системах організму.

Найбільш виражені зміни відбуваються в яєчниках (дозрівання фолікулів, овуляція, розвиток жовтого тіла) та матці (десквамація ендометрія – власне менструація, регенерація і проліферація функціонального шару, секреторні зміни у ньому і знову десквамація). Завдяки цим змінам здійснюється репродуктивна функція жінки: відбувається овуляція, запліднення, імплантація та розвиток зародка в матці. Якщо імплантація не відбудеться, вагітність не настає, функціональний шар ендометрія відшаровується, зі статевих шляхів з'являються кров'янисті виділення (менструація). Поява менструальних виділень свідчить про завершення циклічних змін в організмі та відсутність вагітності.

Основною ознакою нормального функціонування репродуктивної системи жінки є ***нормальний менструальний цикл***. Цей біоритм детермінований генетично, у здорової жінки він стабільний протягом генеративного віку за своїми параметрами, а саме:

- тривалість нормального менструального циклу. Цикл відлічують від першого дня попередньої до першого дня наступної менструації. У більшості жінок його тривалість становить 27–29 днів (оптимальна тривалість 28 днів). Межі допустимих відхилень — від 21 до 35 днів;
- менструація (період кров'янистих виділень) триває здебільшого 3–4 дні (від 2-х до 7-ми днів);
- крововтрата допускається від 50 до 150 мл;
- менструації мають бути регулярними;
- під час менструації жінка не повинна відчувати болю;
- цикл має бути двофазним.

Регуляція менструального циклу

Інтегративний контроль репродуктивної функції жінки здійснюється за допомогою комплексу: кора головного мозку — гіпоталамус, що є складною біологічною системою, морфологічним субстратом якої є сітка нервових клітин і волокон, в якій біогенні аміни, стероїди й простагландини здійснюють рецепцію, трансляцію та трансмісію сигналів з навколишнього середовища і власного організму. Ця система має 5 рівнів і діє за принципом зворотного зв'язку, за яким структури більш високого рівня регулюють нижчі *(рис. 3.5–3.7)*.

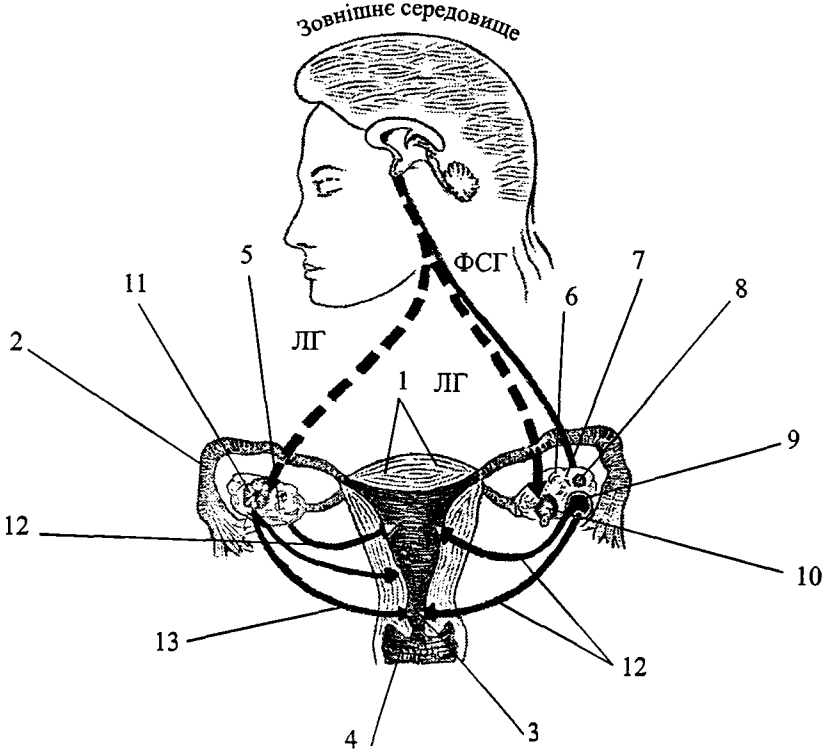


Рис. 3.5. Регуляція менструального циклу

1 — матка; 2 — маткова труба; 3 — шийка матки; 4 — піхва; 5 — яєчник; 6, 7, 8 — фолікули на різних стадіях розвитку; 9 — зрілий фолікул; 10 — овуляція; 11 — жовте тіло; 12 — дія естрадіолу на матку; 13 — дія прогестерону на матку

V рівень — *надгіпоталамічні церебральні структури.* У регуляції менструального циклу бере участь кора головного мозку. При стресових ситуаціях, при зміні клімату спостерігаються порушення овуляції та розлади менструального циклу. Причинами цих порушень є зміна синтезу та рецепції нейротрансміттерів у нейронах мозку.

Сприймаючи інформацію із зовнішнього середовища та інтерорецепторів через систему нейротрансміттерів, структури центральної нервової системи надсилають імпульси у нейросекреторні ядра гіпоталамуса.

IV рівень — ***гіпофізотропна зона гіпоталамуса.*** Ядра гіпоталамуса продукують специфічні нейрогормони, які мають стимулюючий вплив на гіпофіз — ***ліберини*** — та гальмівний — ***статини.*** У вентромедіальних, аркуатних та дорсомедіальних ядрах гіпоталамуса синтезуються гіпофізотропні гормони: ***люліберин*** — рилізинг-гормон, що стимулює виділення лютропіну (ЛГ); ***фоліберин*** — рилізинг-гормон, що стимулює виділення передньою часткою гіпофіза фолітропіну (ФСГ). Люліберин виділений і синтезований, виділити і синтезувати фоліберин досі не вдалося. Гонадотропні ліберини позначають ГТ-РГ (гонадотропні рилізинг-гормони), оскільки цей реалізуючий фактор стимулює виділення передньою часткою гіпофіза як лютеїнізуючого, так і фолікулостимулюючого гормонів.

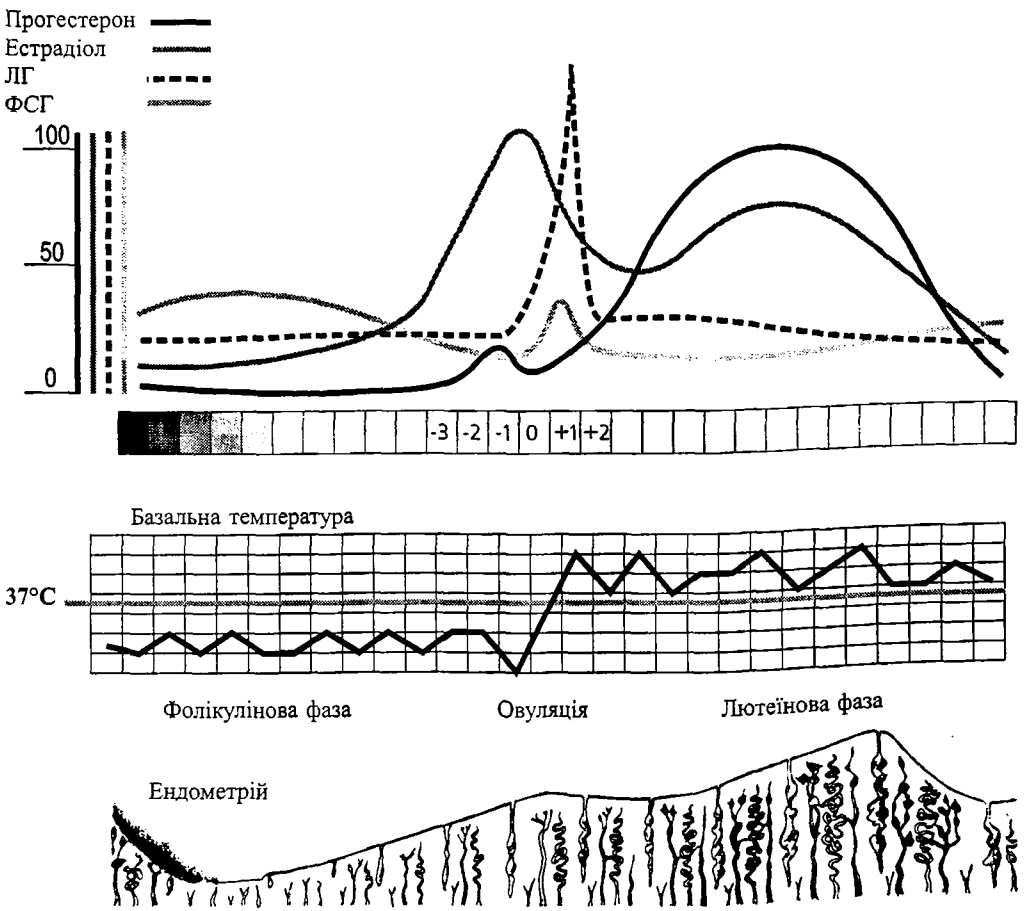


Рис. 3.6. Зміни рівня гормонів у крові жінки впродовж менструального циклу

Секреція ГТ-РГ здійснюється гіпоталамусом у пульсуючому режимі (викид відбувається з інтервалом близько години — цирхоральний ритм), що є сумою біологічних ритмів: на індивідуальний базовий ритм накладається 28-денний циркатригантний (місячний) ритм за фазами менструального циклу та добовий (циркадний) ритм.

Сітка нейронів, що секретують ГТ-РГ, є у медіально-базальному та передньому відділі гіпоталамуса. У серединній еміненції мозку із закінчень нейронів виділяються «краплі» цього нейросекрету. Через систему портальних судин він потрапляє у передню частку гіпофіза (трансгіпофізарний шлях). Інший шлях — парагіпофізарний — через вени, що впадають у синуси твердої мозкової оболонки, а звідти — у загальний кровотік.

Окрім ГТ-РГ, виділені також гіпоталамічні гормони, що є пролактиновими рилізинг-факторами та інгібуючі субстанції, основною з яких є дофамін. Пролактин-інгібуючі фактори секретує тубероінфундибулярний відділ гіпоталамуса.

Зворотний зв'язок (вплив на гіпоталамус стероїдних гормонів, зокрема естрадіолу) здійснюється через вертебральні артерії. В аркуатному ядрі є рецептори естрадіолу, і від його рівня у крові залежить частота пульсуючих викидів ГТ-РГ.

III рівень — *передня частка гіпофіза (аденогіпофіз)*. Аденогіпофіз виділяє гонадотропні гормони: фолікулостимулюючий гормон, лютеїнізуючий гормон, пролактин; інші тропні гормони: тиреотропний, соматотропний, адренокортикотропний, ліпотропний.

Фолікулостимулюючий гормон (фолітропін) утворюється базофільними клітинами периферичних ділянок передньої частки гіпофіза, за хімічною будовою — глікопротеїд. Він викликає проліферацію клітин зернистого шару фолікула і секрецію фолікулярної рідини.

Лютеїнізуючий гормон (лютропін) секретують базофіли, розміщені у центральній частині аденогіпофіза. Гормон сприяє овуляції та трансформації фолікула в жовте тіло.

Пролактин за будовою є поліпептидом. Він протилежний за функцією до синергістів фолітропіну і лютропіну: впливає на ріст і розвиток молочних залоз, викликає секрецію молока, має трофічний вплив на органи-мішені.

II рівень репродуктивної системи — *яєчники*. Яєчники є органом-мішенню для гормонів гіпофіза. Основною анатомо-фізіологічною структурою кори яєчника є **фолікули**. У новонародженої дівчинки яєчник містить 1–2 млн. статевих клітин — ооцитів. Ооцити оточені шаром клітин із специфічними функціями — гранульозних клітин. Така структурна одиниця називається ***примордіальним*** фолікулом. Він оточений базальною мембра-

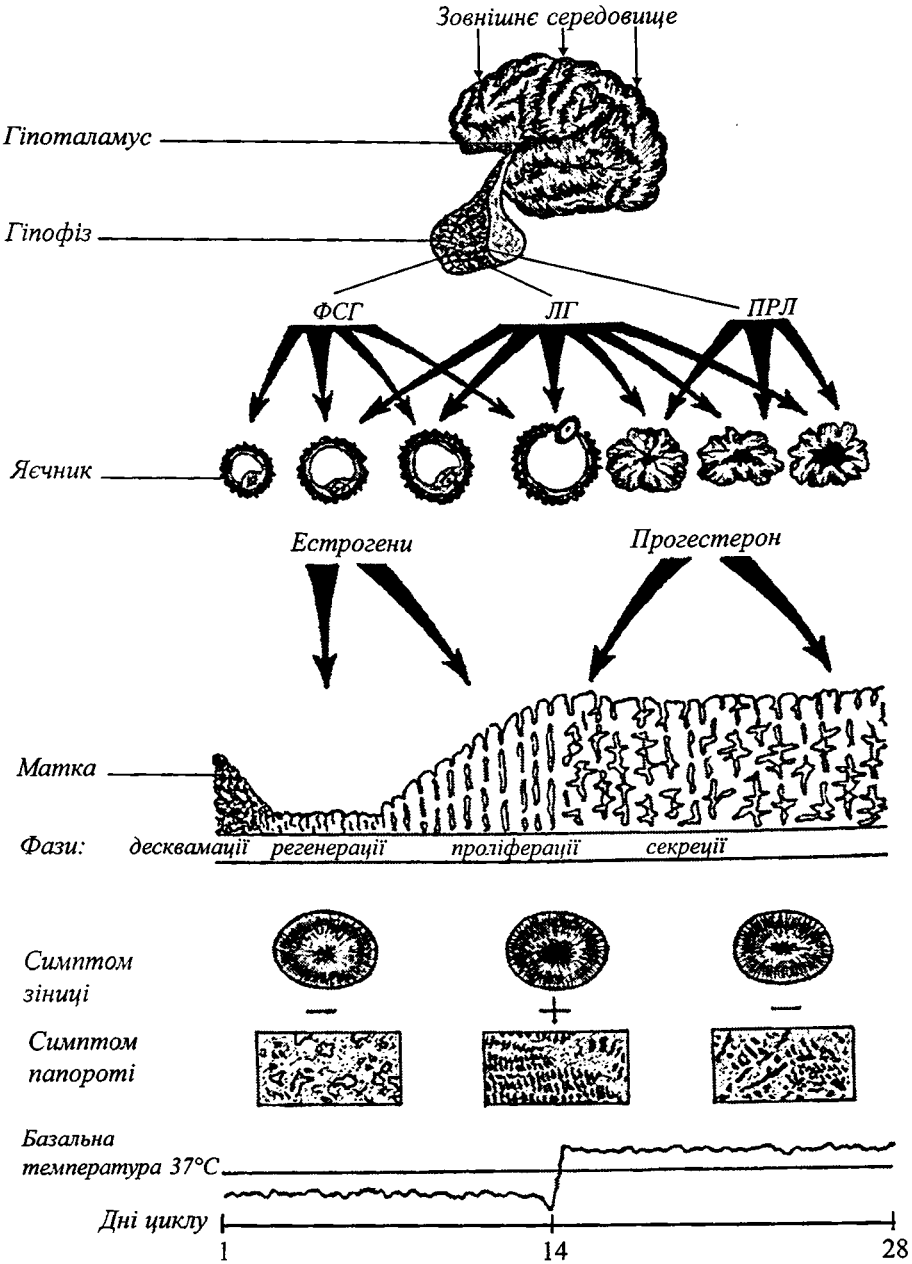


Рис. 3.7. Регуляція менструального циклу та тести функціональної діагностики (схема)

ною — гемато-фолікулярним бар'єром, який захищає ооцит від неконтрольованих впливів.

Наступна стадія розвитку — перетворення примордіального фолікула у ***первинний***. Гранульозні клітини, активно розмножуючись, продукують мукополісахарид, який утворює навколо ооцита спеціальну блискучу обо-

лонку — виникає другий захисний бар'єр. Одночасно з проліферацією гранульозних клітин текальні клітини строми утворюють два шари — внутрішній (theca interna), що прилягає до базальної мембрани і має гормональну секреторну активність, та зовнішній (theca externa). Первинний фолікул перетворюється в ***антральний*** — порожнинний (між яйценосним горбком та пристінковими гранульозними клітинами утворюється порожнина — антрум). Завершальною стадією розвитку фолікула є ***домінуючий,*** або преовуляторний, фолікул. Антральні фолікули можуть перетворюватись у домінуючі з наступною овуляцією або зазнавати атрезії (дегенерації). З 400 000 фолікулів яєчника дівчинки пубертатного віку теоретично дозріває близько 200, усі інші дегенерують.

Упродовж менструального циклу дозріває лише один фолікул.

Яєчниковий цикл

Яєчниковий цикл складається з двох фаз:

I фаза — ***фолікулінова;***

II фаза — ***лютеїнова.***

Протягом першої фази відбувається ріст і розвиток фолікула, його дозрівання *(рис. 3.8).* Цей процес триває, зазвичай, 14 діб (при 28-денному циклі). Якщо менструальний цикл у жінки триває 21 день, то 10–11 діб, при 35-денному циклі — 17–18 діб. На початку фази фолікул складається з яйцеклітини, оточеної зернистою та сполучнотканинною оболонками, його діаметр становить 2–2,5 мм. Яйцеклітина збільшується, на її поверхні утворюється блискуча оболонка (zona pellucida). В ооплазмі активно накопичуються енергетичні матеріали — ліпіди та протеїни. Дозріває яйцеклітина після дворазового поділу: перший поділ призводить до утворення полярного тільця, яке викидається з клітини. У результаті другого, редукційного, поділу з клітини викидається половина генетичного матеріалу — хромосом, клітина стає зрілою і придатною до запліднення.

Фолікулярний епітелій, що оточує яйцеклітину, проліферує, стає багатошаровим, утворює зернисту оболонку фолікула (membrana granulosa folliculi). Спочатку фолікул суцільно заповнений клітинами. Згодом у центрі скупчення клітин утворюються порожнини, заповнені рідиною. Надалі ці порожнини зливаються в одну.

Яйцеклітина, оточена клітинами зернистої оболонки, що утворюють променистий вінець (corona radiata), розміщується на скупченні клітин, розташованих біля стінки фолікула. Це скупчення має назву яйценосного горбка (cumulus oophorus). Фолікулярна рідина містить фолікулярні, або *естрогенні,* гормони.

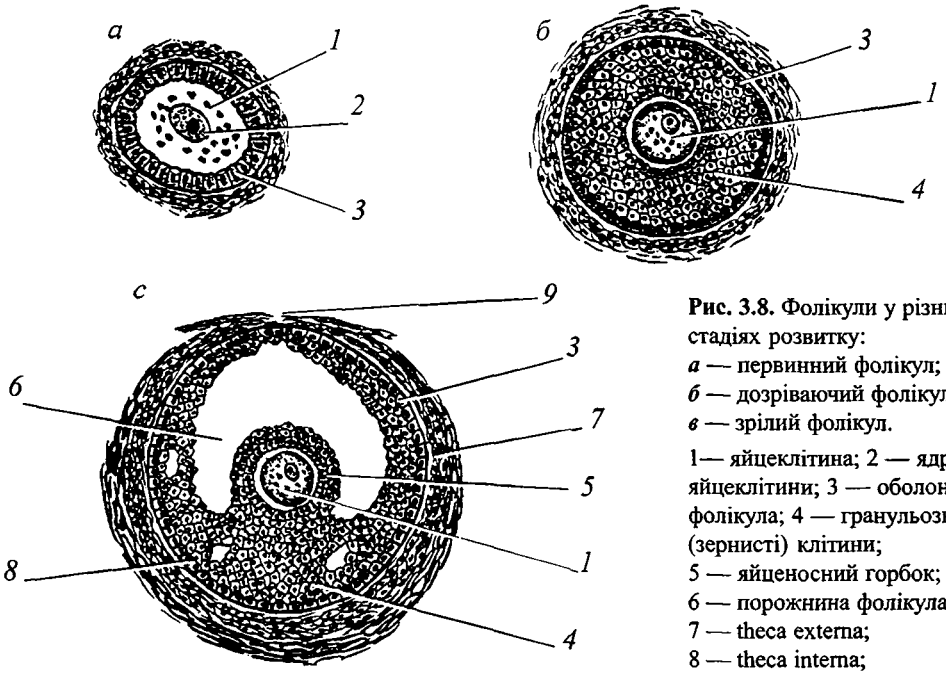


Рис. 3.8. Фолікули у різних стадіях розвитку:
а — первинний фолікул;
б — дозріваючий фолікул;
в — зрілий фолікул.
1— яйцеклітина; 2 — ядро яйцеклітини; 3 — оболонка фолікула; 4 — гранульозні (зернисті) клітини;
5 — яйценосний горбок;
6 — порожнина фолікула;
7 — theca externa;
8 — theca interna;
9 — стигма

Діаметр дозрілого фолікула становить 10–12 мм. Його полюс, звернений до поверхні яєчника, випинається, оболонка у цьому місці стоншується, фолікул розривається. Настає завершальний етап фолікулінової фази — ***овуляція.***

Морфологічними ознаками наближення овуляції є стоншення стінки фолікула у місці, де він випинається над поверхнею фолікула. Над цим місцем формується аваскулярна зона і напівпрозора ділянка базальної мембрани між текою та гранульозою, позбавлена клітин, — стигма. Центр стигми витягується у вигляді конуса і розривається. Через утворений отвір виливається фолікулярна рідина, і з нею обережно виноситься яйцеклітина, оточена клітинами променистого вінця.

Овуляцією називають розрив дозрілого фолікула і вихід з його порожнини яйцеклітини. Яйцеклітина потрапляє у черевну порожнину, відтак захоплюється фімбріями ампулярної частини маткової труби. У трубі відбувається процес запліднення.

На місці фолікула, що розірвався, утворюється *жовте тіло (*corpus luteum*)*. Розпочинається друга фаза менструального циклу — ***лютеїнова.***

Після овуляції в порожнину фолікула вростають судини, у гранульозних клітинах розпочинається активна рецепція лютеїнізуючого гормону, під впливом якого здійснюється лютеїнізація клітин гранульози. Клітини збіль-

шуються у розмірі, у протоплазмі накопичується ліпотропний фермент, який надає залозі жовтого кольору.

Жовте тіло виділяє гормон прогестерон. Окрім прогестерону, гранульозні клітини продукують інгібін — гормон білкової природи, що гальмує виділення ФСГ.

Жовте тіло функціонує 14 днів, з 15-го до 28-го дня циклу, у ньому послідовно відбуваються процеси: а) *васкуляризації;* б) *розквіту;* в) *зворотного розвитку* — за умови, що запліднення не відбулось і не настала вагітність (тоді воно називається жовтим тілом менструації). Регрес жовтого тіла триває близько 2-х місяців і закінчується формуванням гіалінового утворення, що називається білим тілом. Якщо вагітність настала, утворюється жовте тіло вагітності, яке функціонує 10–12 тижнів і забезпечує нормальний перебіг перших місяців гестації. Жовте тіло вагітності, на відміну від жовтого тіла менструації, виробляє ще й релаксин — гормон, що здійснює токолітичний вплив на матку.

І рівень — *органи-мішені (матка, піхва, молочні залози).*

Матковий цикл

Паралельно до яєчникового циклу відбуваються циклічні зміни в матці. Найбільш виражені вони у функціональному шарі ендометрія, де послідовно проходять фази десквамації, регенерації, проліферації та секреції.

Фаза ***десквамації*** (власне менструація) триває з першого по 2–5-й день циклу. Відбувається відшарування функціонального шару ендометрія, слизова оболонка разом із вмістом маткових залоз і кров'ю виходить назовні.

Функціональний шар ендометрія постачають кров'ю спіральні артерії, що відходять від артеріальних стовбурів базального шару. Під впливом естрогенів у фазі проліферації відбувається ріст і розвиток спіральних артерій, які досягають поверхні ендометрія лише у кінці проліферативної фази. У секреторній фазі відбувається інтенсивний ріст спіральних судин, вони стають більш звивистими і закручуються у вигляді клубків. Капіляри, що знаходяться у поверхневому шарі ендометрія, у пізній стадії проліферації розширюються і набувають форми синусоїди. Перед початком менструації спіральні артерії функціонального шару скорочуються, що призводить до стазу крові, утворення тромбів, підвищення проникності і ламкості судин. Розвивається некроз тканин з наступним відшаруванням. Повне відшарування — закінчення фази десквамації — відбувається на 3–4-й день менструального циклу.

У яєчнику в цей час завершується зворотний розвиток жовтого тіла, знижується рівень прогестерону, натомість гіпоталамус виділяє фоліберин,

гіпофіз — фолітропін — гормон, під впливом якого в яєчнику починає дозрівати новий фолікул.

Фаза ***регенерації*** проходить водночас із десквамацією і завершується до 6–7-го дня циклу. Товщина ендометрія на цей момент досягає 2–5 мм.

У яєчнику в цей час триває дозрівання фолікула.

Фаза ***проліферації*** триває з 7-го до 14-го дня циклу. Під впливом естрогенних гормонів розпочинається проліферація строми та ріст залоз слизової оболонки, слизова досягає товщини 20 мм, проте залози ще не функціонують. Залози ендометрія мають вигляд прямих або дещо звивистих трубочок. Між клітинами строми розміщена сітка аргірофільних волокон. Наприкінці фази проліферації залози стають звивистими, спіральні артерії досягають поверхні ендометрія.

У яєчнику завершується дозрівання фолікула, вміст естрогенів досягає максимуму до 14-го дня, тобто до закінчення фази проліферації в матці. У гіпофізі припиняється виділення ФСГ, гіпоталамус починає продукувати люліберин, під впливом якого в гіпофізі йде виділення лютеотропного гормону, підвищується рівень лютеїнізуючого гормону.

Фаза ***секреції***. Розпочинається синтез секрету маткових залоз — створюються умови для імплантації та розвитку зародка. Фаза триває з 14 по 28-й день циклу.

У яєчнику в цей час розвивається та досягає свого розквіту жовте тіло, виділяється прогестерон, під впливом якого і відбуваються секреторні зміни в ендометрії.

Якщо вагітність не настає, жовте тіло менструації гине, функціональний шар ендометрія зазнає десквамації — розпочинається менструація і новий цикл фізіологічних змін у яєчниках, матці, нейроендокринній системі та в усьому організмі жінки.

Деякі автори, особливо зарубіжні, виходячи з того, що менструація є не початком, а кінцевим підсумком циклічних змін у матці, описують 3 фази маткового циклу:

- проліферації (5–14-й дні циклу), у якій виділяють фазу ранньої проліферації (5–7-й дні) і пізньої проліферації;
- секреції — 15–28-й день;
- десквамації — 1–4-й дні циклу.

Шийковий цикл

Шийка матки є важливим біологічним клапаном, що контролює рух біологічних речовин у порожнину матки та з неї. Важливими є функції шийки матки у процесі запліднення. Окрім того, вона оберігає порожнину мат-

ки від проникнення інфекційних агентів та слугує для виділення менструальної крові та секрету з порожнини матки. Канал шийки матки вистелений циліндричним епітелієм, між його клітинами розміщені секреторні крипти, що продукують цервікальний слиз.

Усі структури шийки матки дуже чутливі до впливу стероїдів. Секреторні клітини слизової оболонки цервікального каналу постійно продукують клейку прозору рідину — цервікальний слиз. Кількість і склад слизу регулюються секрецією яєчникових гормонів і впродовж менструального циклу щодня змінюються. У періовуляторний період кількість слизу зростає до 600 мг на добу, а у лютеїновій фазі секретується лише 50 мг на добу.

Основний компонент слизу — гідрогель, багатий на гідрокарбонати, складається з глікопротеїнів муцинового типу.

Характеристики цервікального слизу (кількість, вміст води, тягучість) зростають відповідно до підвищення секреції естрогенів на момент овуляції. Ці зміни спрямовані на забезпечення умов для фертилізації.

Слиз рухається від внутрішнього вічка до зовнішнього, причому сильніший потік іде периферією, а не центром цервікального каналу. Такий тип руху слизу забезпечують коливання мікроворсин епітеліальних клітин. Біологічна доцільність такої особливості полягає у видаленні з каналу шийки матки дефектних сперматозоїдів і забезпечення проникнення в порожнину матки лише активних форм, здатних подолати потік цервікального слизу.

Окрім естрогенів, на шийку матки діють також простагландини і релаксин. Саме ці гормони сприяють розкриттю цервікального каналу в преовуляторний період.

У міру підвищення концентрації естрогенів цервікальний епітелій секретує велику кількість рідкого, прозорого, тягучого слизу, багатого на муцин, глікопротеїди, солі, кількість клітинних елементів у ньому в цей час мінімальна. Зовнішнє вічко шийки матки розкривається (максимально на час овуляції), мікрофібрили цервікального слизу розміщуються паралельно, створюються мікроканали, що полегшують міграцію сперміїв. У постовуляторному періоді під впливом прогестерону цервікальний канал закривається, кількість слизу зменшується, мікрофібрили розміщуються у вигляді сітки, непроникної для сперматозоїдів.

Вагінальний цикл

Багатошаровий плоский епітелій піхви зазнає протягом менструального циклу, а також протягом вагітності певних змін відповідно до фаз циклу.

У ранню фолікулінову фазу починає розростатися вагінальний епітелій за рахунок базального шару. Ближче до овуляції клітини диференціюють-

ся, збільшується кількість шарів епітелію за рахунок проміжних клітин. Епітелій потовщується. У лютеїнову фазу припиняється розростання епітелію і відбувається його десквамація — товщина епітелію зменшується вдвічі. У фазу десквамації маткового циклу відшаровується і поверхневий шар вагінального епітелію.

Клітинний склад вагінального вмісту є біологічним тестом гормонального впливу статевих залоз. Залежно від гормонального стану у вмісті піхви знаходять клітини: поверхневі, проміжні, парабазальні та базальні у різних співвідношеннях. Кількість поверхневих клітин відповідає ступеню естрогенної насиченості організму — чим більше поверхневих клітин, тим більше естрогенів у крові жінки. Проміжних клітин більше у лютеїнову фазу циклу. Парабазальні та базальні клітини зустрічаються при гіпофункції яєчників та у менопаузі, у жінок репродуктивного віку при нормальній функції яєчників парабазальні та базальні клітини у мазках знаходять рідко.

Циклічні зміни у маткових трубах

Слизова маткових труб має складчасту будову, складки паралельні, найбільш виражені в ампулярному відділі труби і згладжуються в істмічному. Висота складок і їх напрям підлягають впливу гормонів яєчників. У фолікуліновій фазі менструального циклу складки високі і розміщені паралельно, що полегшує міграцію сперматозоїдів та яйцеклітини, тоді як у лютеїновій фазі складки розгалужуються, рельєф труби стає складним, що створює перешкоди для руху сперматозоїдів.

Під впливом естрогенів змінюються напрям коливань війчастого епітелію труби, склад рідини, яка міститься у трубі, скоротлива активність м'язової оболонки труби, що спрямовано на забезпечення оптимальних умов для запліднення.

Цикл молочних залоз

Молочні залози також зазнають змін упродовж менструального циклу. Під впливом естрогенів у фолікулінову фазу відбувається розвиток системи канальців та розширення часточок залози. У лютеїнову фазу утворюється велика кількість дрібних часточок, оточених сполучною тканиною, що призводить до збільшення об'єму залози та появи суб'єктивного відчуття напруження. Під час менструації часточки залози та канальці зазнають регресивних змін.

БІОЛОГІЧНІ ЕФЕКТИ СТАТЕВИХ ТА ГОНАДОТРОПНИХ ГОРМОНІВ

Естрогенні гормони

Естрогени продукуються клітинами внутрішньої оболонки фолікула, а також у незначній кількості корою надниркових залоз. Основними естрогенними гормонами є *естрадіол, естрон* та *естріол*, найбільш активним з них є естрадіол. Естрогенні гормони циркулюють у крові у вільному та зв'язаному з білком (біологічно неактивна форма) стані. Вихідним матеріалом для усіх стероїдних гормонів є холестерол, що утворюється з ліпопротеїдів. Синтез стероїдів відбувається під впливом ФСГ і ЛГ, а також ферментних систем — ароматаз.

Основна кількість естрогенів міститься у плазмі крові (70%). З крові естрогени надходять у печінку, звідти — у кишечник. У печінці естрогенні гормони інактивуються і виводяться через нирки із сечею.

Органами-мішенями для цієї групи гормонів є матка (ендометрій та міометрій), піхва, молочні залози.

Основні біологічні ефекти естрогенних гормонів:

- у процесі статевого дозрівання викликають ріст та розвиток матки та молочних залоз;
- стимулюють гіпертрофію та гіперплазію міометрія під час вагітності;
- викликають фазу проліферації ендометрія;
- регулюють матково-плацентарний кровообіг, посилюють кровонаповнення матки;
- сприяють дозріванню та диференціації епітеліальних клітин вагінальної слизової;
- сенсибілізують міометрій до скорочуючих засобів, чим сприяють підвищенню тонусу, збудливості та скоротливості матки;
- викликають посилення перистальтики маткових труб у момент овуляції, що сприяє прискоренню міграції сперматозоонів;
- під впливом естрогенів цервікальний епітелій посилено продукує слиз, слизова пробка стає проникною для сперматозоонів;
- затримують в організмі азот, натрій, рідину, в кістках — кальцій та фосфор;
- знижують кількість холестерину в крові;
- фізіологічна кількість естрогенів стимулює ретикулоендотеліальну систему, посилюючи вироблення антитіл, активність фагоцитів, тим самим підвищуючи стійкість організму до інфекції.

Отже, загалом ефекти естрогенних гормонів спрямовані на те, щоби сприяти зачаттю, вчасному початку та нормальному перебігу пологів. Загальний вплив естрогенів на організм, зокрема на мінеральний обмін, дає змогу пояснити, чому в жінок у менопаузі підвищується ламкість кісток (внаслідок дефіциту естрогенів кістки втрачають кальцій та фосфор), чому в жінок репродуктивного періоду серцево-судинні захворювання, спричинені надміром холестерину, зустрічаються рідше, ніж у чоловіків, а у менопаузі та старечому періоді ця різниця зникає.

Естрогени діють на організм залежно від дози: малі та середні дози мають стимулюючий вплив на яєчники, вони зумовлюють розвиток яєчника та дозрівання фолікулів; великі дози — гальмують овуляцію; дуже великі — призводять до атрофічних процесів у яєчниках.

Гестагенні гормони

Гестагени (прогестерон, оксипрогестерон, прегненол) секретуються лютеїновими клітинами жовтого тіла, а також лютеїнізуючими клітинами зернистого шару та оболонок фолікулів. Окрім того, синтез гестагенів відбувається у корі надниркових залоз.

Основним гестагенним гормоном є ***прогестерон***, який спричиняє ряд важливих ***біологічних ефектів:***

- сприяє виникненню фази секреції в ендометрії та утворенню децидуальної оболонки під час вагітності;
- припиняє проліферацію ендометрія;
- зменшує збудливість та скоротливу активність матки шляхом зниження чутливості міометрія до скорочуючих речовин;
- підтримує тонус істміко-цервікального відділу матки;
- стимулює гіпертрофію м'язових волокон під час вагітності;
- готує молочні залози до секреції молока;
- зменшує продукцію цервікального слизу, робить його непрохідним для сперматозоонів;
- знижує скоротливу активність маткових труб;
- затримує в організмі воду і солі;
- посилює виділення шлункового соку, гальмує виділення жовчі;
- діючи на гіпоталамус, викликає легкий гіпертермічний ефект;
- великі дози прогестерону блокують виділення гіпофізом фолікулостимулюючого та лютеїнізуючого гормонів, тому під час вагітності припиняється дозрівання фолікулів. Ця властивість використана для синтезу контрацептивних препаратів (синтетичні прогестини).

Прогестерон називають іще *гормоном-протектором вагітності*, оскільки його дія на організм жінки спрямована передовсім на забезпечення сприятливих умов для запліднення, імплантації та розвитку плідного яйця.

Андрогени

Утворюються в корі надниркових залоз та у незначній кількості — в яєчниках.

Основні біологічні ефекти:

- стимулюють ріст клітора та великих статевих губ;
- пригнічують утворення молока у матерів-годувальниць;
- велика кількість андрогенів викликає ріст волосся за чоловічим типом, появу «acne vulgaris», посилення статевого потягу;
- посилюють синтез білка, мають анаболічний ефект;
- прискорюють ріст кісток;
- стимулюють кровотворення;
- викликають спазм капілярів міометрія (на цьому базується застосування андрогенів для лікування маткових кровотеч при фіброміомі матки).
- малі дози андрогенів посилюють вплив естрогенних гормонів на матку, великі, навпаки, блокують дію естрогенів.

Гормони гіпофіза

Гормони передньої частки гіпофіза. Передня частка гіпофіза продукує 7 гормонів з яких 3 є гонадотропними: фолітропін (фолікулостимулюючий гормон (ФСГ)), лютропін (лютеїнізуючий гормон (ЛГ)), пролактин (лактотропний гормон (ПРЛ)).

Фолітропін, лютропін та пролактин називають гонадотропними гормонами, оскільки вони регулюють функцію статевих залоз.

Дія на організм. Органом-мішенню для гонадотропних гормонів є яєчник.

Фолітропін викликає проліферацію клітин зернистого шару та секрецію фолікулярної рідини.

Лютропін викликає овуляцію та перетворення фолікула у жовте тіло.

Обидва ці гормони є синергістами, секретуються впродовж майже усього менструального циклу (у різній кількості) і спільно спричиняють притаманні їм біологічні ефекти.

Пролактин підтримує функцію жовтого тіла, прискорює ріст та розвиток молочних залоз, після пологів впливає на секрецію молока.

Задня частка гіпофіза не продукує гормонів. Обидва гормони, що у ній депонуються (окситоцин та вазопресин), виробляються супраоптич-

ними та паравентрикулярними ядрами гіпоталамуса, звідки переносяться у гіпофіз і за певних умов виділяються у кров.

Окситоцин викликає скорочення матки, посилює перистальтику кишечника, має стимулюючий вплив на лактацію.

Вазопресин має виражений антидіуретичний ефект, сприяє підвищенню артеріального тиску. Обидва гормони підвищують концентрацію глюкози у крові.

Гіпоталамус

Гіпоталамус являє собою скупчення ядер нервових клітин, що виробляють специфічні ***нейросекрети***, які переносяться у передню частку гіпофіза. Нейрогормони гіпоталамуса, що стимулюють виділення гормонів гіпофіза, називаються *ліберинами*, ті, що гальмують виділення гормонів — ***статинами***.

Фоліберин стимулює продукцію фолікулостимулюючого гормону передньої частки гіпофіза, люліберин — продукцію лютеїнізуючого гормону; пролактоліберин — продукцію пролактину. Відповідні статини зменшують кількість гормонів гіпофіза, регулюючи у такий спосіб менструальний цикл за принципом зворотного зв'язку.

Шишкоподібне тіло

Шишкоподібне тіло (епіфіз) — непарна залоза, розміщена у середньому мозку над мозочком. У клітинах епіфіза утворюється мелатонін, а також серотонін, норадреналін та деякі інші біологічно активні речовини.

Мелатонін обмежує продукцію в гіпофізі фолі- та лютропіну.

Шишкоподібне тіло є органом, що перетворює нервові імпульси, які свідчать про рівень освітленості, у гуморальну відповідь у вигляді продукції біологічно активних речовин, формуючи *біологічні ритми організму* («біологічний годинник»). Функція епіфіза дуже важлива у виникненні пологової діяльності: пологи розпочинаються переважно вночі, у темну пору доби, коли продукція мелатоніну низька. Цей біологічний феномен пояснюється тим, що знімається гальмівний вплив гормону епіфіза на гіпоталамус, підвищується продукція окситоцину, тому розпочинається пологова діяльність.

Надниркові залози

Гормони надниркових залоз продукуються корою залози (стероїдні гормони: альдостерон, глюкокортикоїди, андрогени, деяка кількість естрогенів) та мозковою частиною (біогенні аміни — адреналін, норадреналін, дофамін).

Глюкокортикоїди (кортизол, кортизон, кортикостерон) підвищують вміст глюкози у крові та глікогену в печінці, мають катаболічний ефект (гальмують синтез білка у сполучній тканині), підвищують резистентність організму до подразників, мають протизапальну та десенсибілізуючу дію.

Мінералокортикоїди (альдостерон) затримує натрій у крові та стимулює виведення калію.

Катехоламіни (адреналін та норадреналін) спричиняють два типи ефектів. ***α-адренергічна дія*** полягає у швидких ефектах — звуженні судин, скороченні матки, розслабленні гладенької мускулатури кишечника та сечового міхура; ***β-адренергічна*** дія забезпечує повільні ефекти: регуляція серцевої діяльності, гальмування перистальтики кишечника та шлунка, розширення судин.

Простагландини

Простагландини є речовинами, близькими за своєю дією до гормонів, але, на відміну від гормонів, вони синтезуються не в ендокринних залозах, а у клітинах різних тканин організму. Простагландини є похідними ненасичених жирних кислот, зокрема, їх попередниками є арахідонова, лінолева та ліноленова кислоти. Залежно від структури розрізняють такі групи простагландинів: A, E, F, D. Попередник простагландинів цих груп утворюється з арахідонової кислоти під впливом фосфоліпази A_2. Простагландини синтезуються у мінімальних кількостях практично у всіх тканинах організму, мають як місцевий, так і системний вплив. Для кожного простагландину є свій орган-мішень. Дія простагландинів поширюється не тільки на клітини, в яких вони виробляються, а й на навколишні клітини і на клітини, розміщені далеко від місця їх продукції.

Останнім часом широкого розповсюдження дістали синтетичні аналоги простагландинів, головним чином E та F, які у багато разів активніші від природних.

Запас простагландинів в організмі відсутній, життєвий цикл їх короткий, вони швидко утворюються і швидко інактивуються, потрапляючи у кров. Естрогени і окситоцин посилюють дію простагландинів, прогестерон та пролактин мають гальмівну дію.

Основні біологічні ефекти простагландинів:

- вплив на скоротливу діяльність матки;
- їх введення викликає переривання вагітності будь-якого терміну. Під дією простагландинів підвищується тонус верхнього сегмента матки, нижній сегмент залишається неактивним. Релаксація шийки матки, що

настає під впливом простагландинів, зумовлена зниженням у ній кількості колагену і дуже важлива для підготовки шийки матки до пологів;
- під впливом простагландинів відбувається просування яйцеклітини матковою трубою;
- важлива роль простагландинів у механізмі менструальної кровотечі. Вони посилюють скорочення матки, сприяють відшаруванню слизової оболонки та вчасному припиненню кровотечі;
- порушення синтезу та інактивації простагландинів є причиною функціональної альгодисменореї, бо призводить до спастичних скорочень міометрія та артеріол, що спричиняє біль ішемічного характеру;
- простагландини беруть участь у запальних реакціях.

Окрім зазначених ефектів, різні види простагландинів часто мають антагоністичну дію.

Зокрема ***простагландин $ПЕ_2$:***
- знижує системний артеріальний тиск;
- розширює дрібні судини, покращує мікроциркуляцію в мозку, печінці, нирках;
- знижує і приводить до норми підвищену, внаслідок патологічного стану, агрегацію еритроцитів;
- покращує оксигенацію крові.

Простагландин $ПЕ_{2\alpha}$:
- підвищує артеріальний тиск;
- зменшує кровотік в органах;
- зменшує насичення крові киснем;
- потенціює агрегацію тромбоцитів.

Протипоказаннями до застосування простагландинів є бронхіальна астма, глаукома, тиреотоксикоз, виразковий коліт, епілепсія, тяжка патологія печінки та нирок.

АНАТОМО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖІНОЧОЇ СТАТЕВОЇ СФЕРИ У РІЗНІ ВІКОВІ ПЕРІОДИ ЖИТТЯ ЖІНКИ

Кожному віковому періоду в житті жінки притаманні певні фізіологічні особливості. Виділяють пренатальний період, період дитинства, період статевого дозрівання, період статевої зрілості, клімактеричний період, період менопаузи та старечий період.

Пренатальний період починається з моменту запліднення і триває до народження дитини. Стать плода визначається під час запліднення хромосомним набором, який дитина отримує від батьків. Статеві органи починають формуватися в кінці першого місяця ембріогенезу: яєчники — з індиферентної (тобто однакової для обох статей) статевої залози; матка, маткові труби та верхня частина піхви — з мюллерових каналів; нижня частина піхви і зовнішні статеві органи — з клоаки і сечостатевого синуса.

Мюллерові канали — парне ембріональне утворення, закладене з обох боків хребта ембріона. З кожного з них розвивається половина матки, піхви та по одній матковій трубі. У процесі розвитку мюллерові протоки зближуються і з'єднуються. Спочатку утворюється тільки спільний зовнішній контур органа, а всередині матково-піхвовий канал по всій довжині розділений перетинкою, яка поступово розсмоктується, і на кінець третього місяця внутрішньоутробного розвитку формується непарний орган. Якщо цей процес порушується — виникають вади розвитку жіночих статевих органів.

Період дитинства починається з народження дівчинки і триває 10–11 років. У цьому періоді між жіночим та чоловічим організмом існує лише анатомічна відмінність, функціональної різниці немає. В останні три місяці вагітності під впливом гормонів плаценти матка у плода жіночої статі швидко збільшується. Після народження темп росту матки та піхви у дівчинки значно нижчий, ніж тіла дитини, тому розміри матки новонародженої та 10-річної дівчинки відрізняються незначно.

Статевим органам дівчинки притаманні такі особливості:

- тіло матки менше порівняно з шийкою (співвідношення 1/3 до 2/3);
- маткові труби довгі та звивисті;
- піхва вузька, розміщена майже вертикально. Епітелій піхви не містить глікогену, реакція піхви слабколужна, тому у дівчаток часто виникають вагініти;
- волосистість на лобку відсутня;
- молочні залози не розвинуті.

З 10 років починає збільшуватись кількість естрогенів, які виділяють яєчники та надниркові залози дівчинки. Вміст естрогенів стає більшим, ніж кількість андрогенів, завдяки чому розпочинається підготовка до періоду статевого дозрівання.

Серед гінекологічних захворювань у дівчаток найчастіше зустрічаються вульвіти, що виникають при поганому догляді за дитиною, недотриманні правил гігієни.

Період статевого дозрівання *(пубертатний період)* триває з 10–11 до 16 років. У цьому періоді розпочинається секреторна функція яєчників. Кількість статевих гормонів значно збільшується, їх виділення стає цикліч-

ним. Ще за 1–2 роки до першої менструації (menarche) в організмі дівчинки відбуваються певні структурні зміни, спрямовані на підготовку до виконання менструальної функції: розвиток ендометрія та поділ його на базальний та функціональний шари; утворюється кут між тілом та шийкою матки, якого не було у попередні роки життя, піхва стає довшою і змінює своє положення з майже вертикального на характерне для зрілої жінки: напрям піхви утворює гострий кут з горизонтальною площиною; у клітинах піхви з'являється глікоген, починається процес самоочищення піхви; маткові труби завдяки розвиткові м'язового шару стають коротшими, товщими, їх просвіт збільшується.

У цьому періоді дівчатка інтенсивно ростуть, переганяючи у рості хлопчиків-ровесників. Будова тіла набуває притаманних жінці рис: починається ріст і розвиток молочних залоз, з'являється волосся на лобку в межах, типових для жінки, збільшуються розміри таза.

Перша менструація (menarche) настає переважно у 12–14 років. Нормальним вважається настання menarche у віці з 10 до 15 років. Початок менструації до 10 років трактують як раннє статеве дозрівання, що може бути наслідком надмірно швидких темпів розвитку, часто на ґрунті патологічних процесів (гормонопродукуючих пухлин яєчників, розладів ендокринної системи, спадкових захворювань). Якщо перша менструація настає у віці понад 16 років, слід думати про сповільнення загального та статевого розвитку. Пізній початок місячних часто є функціональним проявом генітального інфантилізму, причинами також можуть бути хронічні екстрагенітальні захворювання, інтоксикації, незадовільне харчування.

У періоді статевого дозрівання відбувається становлення менструальної функції. Спочатку менструації можуть бути нерегулярними, через 1–2 роки цикл встановлюється, стає стабільним, двофазним. До 18 років, кінця періоду статевого дозрівання, усі органи та системи жіночого організму набувають функціональної зрілості, організм жінки може виконувати функцію дітонародження.

Основні *гінекологічні захворювання* дівчаток у віці статевого дозрівання — це розлади менструального циклу (альгодисменорея, ювенільні кровотечі). З початком менструальної функції маніфестують аномалії розвитку жіночих статевих органів, не діагностовані при народженні, — зарощення дівочої пліви, наявність рудиментарного рога матки. Частішають запальні захворювання.

Дуже важливо, щоб фельдшери, акушерки, які працюють з підлітками, зокрема у школах, проводили з дівчатками бесіди про особливості періоду статевого дозрівання, про менструацію, її суть і гігієну менструального періоду, наголошуючи на тому, що початок менструацій свідчить про функціо-

нальну зрілість організму, про можливість стати матір'ю, але до повної фізичної та психологічної зрілості організму ще далеко, тому ранній початок статевого життя є дуже шкідливим і може в майбутньому негативно позначитись на репродуктивному здоров'ї, оскільки рання небажана вагітність, незалежно від того, чим вона закінчується, абортом чи пологами, не дає повністю розквітнути організму, а часто ламає долю юної матері й нищить її майбутнє. Акушерка повинна стати порадником дівчаток-підлітків з питань застосування засобів жіночої гігієни, режиму праці й відпочинку у дні місячних, саме до неї вони звертатимуться при появі проблем з боку статевих органів — патологічних виділень, кровотеч, болю тощо.

Період статевої зрілості (репродуктивний, дітородний) починається з 18 і триває до 45–47 років. Власне репродуктивним періодом за визначенням ВООЗ, є період від 20 до 40 років, оскільки до 20 років жінка ще недостатньо готова фізично та психологічно до виконання функції народження та виховання дитини, а після 40 виникає високий ризик розвитку вад плода.

Протягом періоду статевої зрілості у жінки стабільний двофазний менструальний цикл, вона виконує статеву та репродуктивну функцію.

Клімактеричний період. Вважають, що цей період починається у 45–47 років та триває 2–3 роки, проте у багатьох жінок менструації є регулярними до 50–60 років і лише потім настають зміни, притаманні клімаксу (лат. *climax — сходи*). Інколи клімакс настає рано, менструації припиняються у 35–40 років. Упродовж клімактеричного періоду відбувається фізіологічне припинення менструальної функції. Зростає кількість ановуляторних циклів.

Фізіологічний клімакс проходить без особливих порушень загального стану жінки. Кількість менструальних виділень зменшується, місячні стають короткими, проміжки між ними збільшуються, інколи періоди нормальних менструацій змінюються періодами аменореї, і врешті-решт менструації припиняються зовсім.

Патологічний клімакс проявляється ациклічними матковими кровотечами і ангіоневрозом. Клімактеричний ангіоневроз дає клінічні прояви у вигляді припливів — відчуття жару і припливу крові до судин голови та верхньої частини тіла, коливань артеріального тиску, пітливості. Жінка відчуває неспокій, страх, пригнічення, погано спить. Ці явища зумовлені різким зниженням в організмі кількості естрогенних гормонів, зміною функцій гіпофіза, гіпоталамуса, центральної нервової системи. Припинення менструацій означає припинення репродуктивної функції жінки, але статева функція та статевий потяг зберігаються ще довго.

Обов'язок фельдшера та акушерки — роз'яснювати пацієнткам суть змін, що відбуваються у клімактеричному періоді. Важливо пояснювати значення режиму дня, харчування, занять фізичною культурою. Жінка не

повинна акцентувати увагу на своїх негативних відчуттях. Медична сестра має підтримувати у жінки віру в те, що ці явища — функціональні зміни і при виконанні певних рекомендацій лікаря їх можна значно зменшити або повністю усунути.

Гінекологічні захворювання клімактеричного віку — це клімактеричні кровотечі, доброякісні та злоякісні захворювання статевих органів.

Після завершення перехідного періоду настає період повного припинення менструальної функції — менопауза.

Період менопаузи (постклімактеричний період) починається з часу повного припинення менструальної функції і триває до 60–70 років. Зниження вмісту гормонів призводить до змін обміну речовин, що проявляється ожирінням або схудненням, знижується еластичність шкіри, з'являються зморшки, статевий потяг знижується. Зазнають вікової інволюції статеві органи, матка зменшується, проте функція яєчників, хоч і значно знижена, згасає поступово.

У менопаузі основними гінекологічними захворюваннями є опущення та випадання матки, старечий кольпіт, що виникає у жінок, які не дотримуються правил гігієни, внаслідок припинення процесу самоочищення піхви. Запальні захворювання матки та придатків бувають рідко, натомість значно зростає кількість онкологічних захворювань.

Старечий (сенільний) період починається після 70 років і триває до кінця життя жінки. В організмі жінки відбуваються старечі зміни. Знижується працездатність. Починається атрофія статевих органів: матка і придатки значно зменшуються, піхва звужується, епітелій стає атрофічним, припиняється процес самоочищення піхви, при порушенні правил особистої гігієни розвивається старечий кольпіт. Поява кров'янистих виділень у періоді менопаузи та старечому періоді майже завжди свідчить про розвиток пухлин статевих органів, тому за таких обставин жінка має бути госпіталізована та ретельно обстежена.

Перелік контрольних питань:

- зовнішні жіночі статеві органи;
- внутрішні жіночі статеві органи;
- нормальний менструальний цикл;
- біологічні ефекти статевих та гонадотропних гормонів;
- анатомо-фізіологічні особливості статевих органів у різні вікові періоди.

МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Обстеження гінекологічної хворої складається із збору анамнезу, об'єктивного (загального та спеціального) обстеження та додаткових методів. Обстеження розпочинають з опитування, його проводять за певним планом.

Насамперед, з'ясовують ***паспортні дані*** — прізвище, ім'я, по батькові, а також дату народження (вік жінки). Це пов'язано з тим, що одне і те саме явище в різні вікові періоди життєвого циклу жінки може мати різне значення, наприклад, відсутність менструації у молодої жінки й у жінки в клімактеричному періоді.

Збір анамнезу. У гінекології анамнез має надзвичайно велике значення. Нерідко він торкається інтимних сторін життя, тому, для того щоб отримати достатньо повну і точну інформацію, опитування необхідно проводити делікатно і спрямовувати розповідь пацієнтки в потрібному напрямку. Ретельно зібраного анамнезу іноді буває достатньо для встановлення попереднього діагнозу. Спочатку розпитують про скарги хворої, розвиток даного захворювання *(anamnesis morbi)*, а також про умови життя, перенесені захворювання *(anamnesis vitae)*, з'ясовують гінекологічний анамнез.

Скарги хворої. Найчастіше хворі звертаються зі скаргами на біль, патологічні виділення з піхви, кровотечі, а також порушення функції сусідніх органів. За характером болю можна передбачити захворювання: ниючий біль виникає при неправильних положеннях матки, хронічних запальних процесах придатків матки. Переймоподібний біль виникає при скороченнях матки чи труби (матковий, трубний аборт, народження субмукозного вузла). При наростанні інтенсивності запалення, що супроводжується подразненням очеревини, біль має колючий і ріжучий характер. Такий самий біль виникає за наявності крові в черевній порожнині. При розриві маткової труби, розриві піосальпінкса біль має гострий, «кинджальний» характер. Постійний біль характерний для запальних захворювань і злоякісних пухлин. Для діагностики важлива також локалізація болю: при зміщеннях матки дозаду (retro-

positio uteri), параметриті, периметриті він виникає в крижах і попереку, при захворюваннях придатків матки — в бокових відділах нижньої частини живота, при захворюваннях зовнішніх статевих органів — у місці ураження.

Для деяких гінекологічних захворювань характерна іррадіація болю в крижі, стегно, надключичну ділянку (френікус-симптом).

Білі (fluor) — виділення з вагіни, які з'являються найчастіше при запальних процесах, неправильному положенні матки, пухлинах. Для діагностики мають значення кількість білей, їх колір, запах. Так, при трихомоніазі вони мають «пінистий», при кандидозі — «сирнистий», при ерозіях шийки матки — слизовий характер, при злоякісних пухлинах — вигляд «м'ясних помиїв».

Кровотечі можуть бути проявом порушень менструального циклу, злоякісних процесів, переривання вагітності.

Необхідно розпитати жінку також про розлади з боку суміжних органів — характер і частоту сечовипускання (біль, нетримання сечі, надто часте сечовипускання), акт дефекації (наявність запорів, біль при акті дефекації), а також про загальні розлади (припливи, серцебиття, запаморочення, схуднення чи, навпаки, ожиріння).

Анамнез захворювання (anamnesis morbi). Необхідно розпитати пацієнтку про початок захворювання: гострий чи поступовий, де і скільки часу лікувалась. Певну роль у діагностиці захворювання може відіграти інформація про причини, які, на думку жінки, призвели до виникнення захворювання — переохолодження, фізичне перевантаження, перенесений аборт, травми і т. д. Варто з'ясувати, які методи використовували для діагностики захворювання, яке лікування проводили до цього часу та його ефективність. Якщо захворювання хронічне, потрібно уточнити, коли було останнє загострення.

Правильно зібраний гінекологічний анамнез дає можливість із достатньою точністю встановити попередній діагноз. Проте остаточний висновок про захворювання лікар може зробити, лише провівши об'єктивне обстеження хворої.

Стосовно *анамнезу життя (anamnesis vitae)*, необхідно з'ясувати, в яких умовах росла і формувалась жінка, а також у яких умовах вона проживає в даний час. Умови, в яких жила дівчинка з раннього віку, впливають на розвиток усього організму. Важливе значення має повноцінне раціональне харчування жінки, особливо в період статевого дозрівання. Надмірне, або навпаки, недостатнє харчування може призвести до неправильного формування статевої системи, а також до порушення менструальної та генеративної функцій. Матеріально-побутові умови, а також умови праці, без сумніву, впливають на стан здоров'я жінки.

Професія та умови праці. Є чимало професійних чинників, які негативно впливають на здоров'я жінки. Це, насамперед, підняття тягарів, яке може сприяти опущенню та випаданню статевих органів, тривале перебування на ногах може призвести до застою крові як у нижніх кінцівках, так і в органах малого таза, що сприяє гіперсекреції слизових оболонок. Шкідливо діють на здоров'я жінки також солі важких металів, анілінові барвники, лаки та деякі інші хімічні речовини, радіація. Їхня дія найчастіше викликає порушення менструальної та генеративної функцій. До різноманітних розладів можуть призводити також розумові перевантаження.

Перенесені захворювання. Особливо важливо з'ясувати, на що хворіла жінка в дитинстві та під час статевого дозрівання (хронічний тонзиліт, епідемічний паротит, кір). Ці захворювання можуть негативно вплинути на становлення менструальної функції, спричинити недорозвиток статевих органів. Перенесений рахіт може призвести до деформації таза. Захворювання, які перенесла жінка в дорослому віці, особливо тривалі й виснажливі (хронічні інфекції, захворювання системи кровообігу), можуть спричинити зміну функції яєчників, порушення менструального циклу, аменорею. Обов'язково треба розпитати, чи не хворіла пацієнтка на туберкульоз та венеричні захворювання. Важливо виявити, чи були оперативні втручання на органах черевної порожнини. Перенесений апендицит може викликати запалення придатків матки, а виконана із запізненням апендектомія нерідко стає причиною спайкового процесу.

Особливе значення має з'ясування алергологічного анамнезу, зокрема стосовно наявності алергічних реакцій на певні медикаменти. Необхідно поцікавитись, чи не має жінка шкідливих звичок (куріння, алкоголізм, наркоманія).

Гінекологічний анамнез включає дані про менструальну, сексуальну, генеративну і секреторну функції жінки.

Менструальна функція відображає стан статевої системи й організму загалом. Основними даними, що характеризують цю функцію жіночого організму, є час появи першої менструації (menarche), об'єм крововтрати під час кожної менструації, наявність чи відсутність болю, тривалість менструації, її регулярність. У нашій популяції менструація вперше з'являється в 12–14-річному віці й стає регулярною протягом 5–6 місяців. Пізня поява менструації може свідчити про наявність інфантилізму. Кількість крові, що виділяється, не повинна перевищувати 150 мл. Якщо ж крововтрата надмірна, можна запідозрити наявність міоми, ендометріозу. При цих захворюваннях збільшується також тривалість менструації. Болючими менструації можуть бути при запальних процесах, ендометріозі. Важливо знати, чи не змінився характер менструації з початком статевого життя, після перенесе-

них пологів та абортів. Закінчують опитуванням про характер та дату останньої менструації.

Якщо в пацієнтки менопауза, необхідно уточнити, в якому віці вона настала, як проходив перехідний період, чи не буває кров'янистих виділень із вагіни (це може свідчити про рак ендометрія).

Статева, або сексуальна, функція. Розпитуючи жінку про цю функцію, треба проявити особливий такт. Важливо знати: перебуває жінка в шлюбі чи ні, наявність інших статевих партнерів, чи не з'явились ознаки захворювання з початком статевого життя або зі зміною партнера. Уточнити метод контрацепції, яким користується жінка. Необхідно розпитати про основні складові сексуальної функції — статевий потяг, оргазм. У випадку наявності сексуальних порушень варто поцікавитись, чи не було якихось факторів, що могли негативно вплинути на прояви статевої функції жінки (травма, зґвалтування тощо). Деякі особливості статевої функції можуть дати інформацію про наявність того чи іншого захворювання: при контактних кровотечах можна думати про захворювання шийки — ерозії, ендометріоз, а іноді й раку шийки матки; біль, що виникає при статевому акті, може свідчити про запальні процеси очеревини, придатків матки, навколоматкової клітковини, а також вагінізм.

Генеративна (дітородна) функція. Народження дитини — основна функція жінки. У цьому розділі потрібно з'ясувати, через який проміжок часу від початку статевого життя без застосування контрацепції настала перша вагітність, скільки було вагітностей загалом, яким був перебіг кожної вагітності, чим вони закінчились (пологами чи абортом), чи не було передчасних пологів, мертвонароджених дітей, чи не помирали діти у ранньому неонатальному періоді, чи не було ускладнень під час та після пологів, які оперативні втручання проводились під час пологів. У випадку, коли були аборти, треба уточнити, чи вони були штучні (за бажанням жінки), а чи мимовільні або кримінальні, у які терміни переривалась вагітність, чи не було ускладнень під час та після абортів. Якщо аборти були мимовільні — чи були встановлені їх причини.

Відсутність вагітності протягом року статевого життя свідчить про безплідність, яка може бути проявом недорозвитку жіночих статевих органів, порушення функції яєчників або результатом перенесеного запального процесу. Якщо вагітності настають рідко, часто переривaються, то це вказує на гормональну недостатність. Обов'язково необхідно з'ясувати, чи жінка користується контрацептивами, якими і протягом якого часу.

Секреторна функція. Надмірна кількість виділень із статевих органів є ознакою наявності гінекологічних захворювань. Необхідно знати про

кількість, запах, вигляд, періодичність виділень, тому що при різних гінекологічних захворюваннях характер виділень інший («пінисті» — при трихомоніазі, «сирнисті» — при кандидозі, «м'ясних помиїв» — при злоякісних новоутвореннях).

ОБ'ЄКТИВНЕ ОБСТЕЖЕННЯ

Об'єктивне обстеження починають із загального огляду. Важливо звернути увагу на колір шкірних покривів: блідість може бути ознакою анемії, землистий колір — злоякісних новоутворень. Надмірне оволосіння, порушення жирового обміну можуть свідчити про наявність ендокринних захворювань.

Необхідно звернути увагу на форму живота (пухлини черевної порожнини, асцит), визначити, чи бере живіт участь в акті дихання. Пальпація дає можливість виявити наявність напруження м'язів передньої черевної стінки (запалення придатків матки, перекрут ніжки кістоми), пухлини чи інфільтрати.

Особливе місце в обстеженні гінекологічної хворої посідає ***пальпація молочних залоз (рис. 4.1)***. Важливо виявити ущільнення у молочних залозах, характер виділень із сосків. Якщо є сукровичні виділення із сосків, то пацієнтка потребує додаткового обстеження в онколога. Обстежують також доступні для пальпації лімфовузли (пахвові, пахвинні).

Аускультацією живота можна скористатись для визначення перистальтики кишечника (при пельвіоперитоніті — в'яла, при перитоніті — в'яла або відсутня). Аускультацію використовують також для диференціальної діагностики вагітності та пухлини.

Кожний виявлений при загальному обстеженні симптом необхідно оцінювати в сукупності з іншими.

Гінекологічне обстеження. Всі методи гінекологічного обстеження поділяють на основні, тобто такі, які проводять обов'язково, та додаткові, які виконують за певними показаннями.

До основних належать такі методи:

- огляд зовнішніх статевих органів;
- огляд за допомогою дзеркал;
- бімануальне (вагінально-черевностінкове і ректально-черевностінкове) дослідження.

До додаткових методів належать:

- бактеріоскопічне дослідження (мазки на ступінь чистоти);
- цитологічне дослідження піхвових мазків;

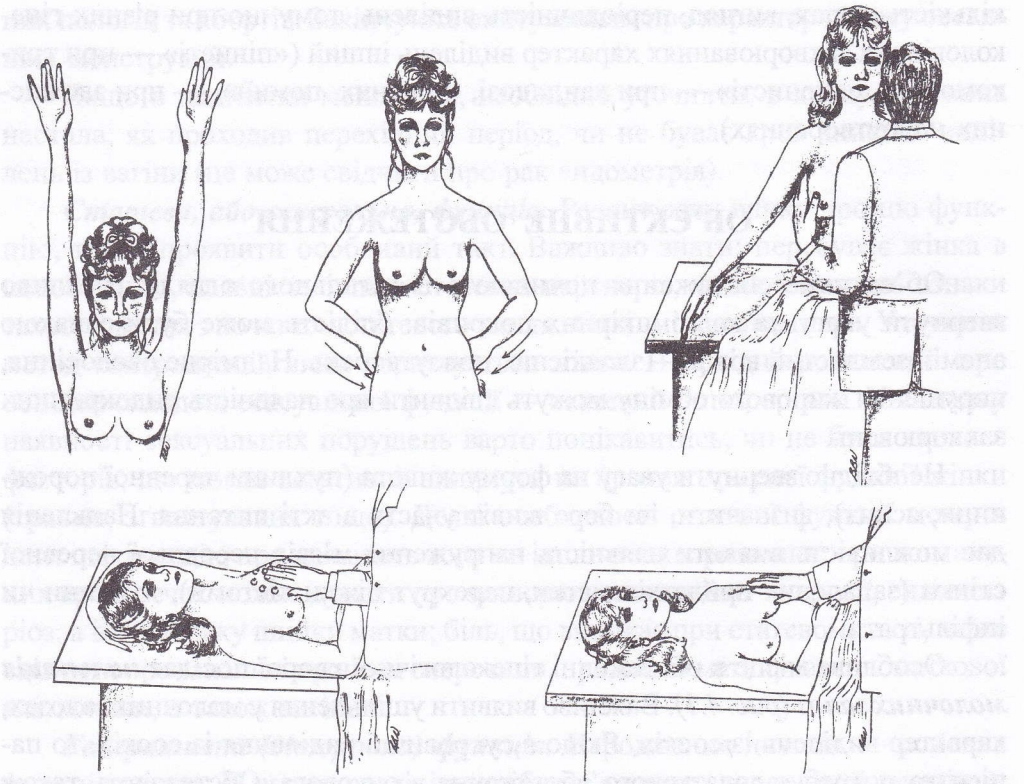


Рис 4.1. Огляд та пальпація молочних залоз

- бактеріологічне дослідження;
- тести функціональної діагностики;
- ендоскопічні методи дослідження (кольпоскопія, цервікоскопія, гістероскопія, лапароскопія, кульдоскопія);
- методи визначення прохідності маткових труб (пертубація, гідротубація, ультрасонографія із застосуванням контрастних речовин, які вводять у порожнину матки);
- інструментальні методи дослідження (біопсія, зокрема аспіраційна, зондування порожнини матки, діагностичне роздільне вишкрібання слизової оболонки матки з наступним гістологічним дослідженням, пункція заднього склепіння);
- рентгенологічні методи дослідження (гістеросальпінгографія, пельвіографія, біконтрастна пельвіографія, комп'ютерна томографія);
- дослідження за допомогою ультразвуку (ультрасонографія);
- медико-генетичне обстеження;
- радіоімунологічні методи.

ОСНОВНІ МЕТОДИ ГІНЕКОЛОГІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ

Гінекологічне обстеження проводять лікар акушер-гінеколог, акушерка, фельдшер на гінекологічному кріслі.

Положення пацієнтки. Жінка лежить на спині з напівзігнутими в колінних та кульшових суглобах ногами.

Підготовка пацієнтки. Перед обстеженням необхідно обов'язково спорожнити сечовий міхур та пряму кишку, за необхідності медсестра повинна зробити очисну клізму. Обстеження проводять у стерильних рукавичках.

Розпочинають з огляду *зовнішніх статевих органів.* Звертають увагу на тип оволосіння на лобку (за жіночим, чоловічим чи змішаним типом), наявність чи відсутність волосся на внутрішніх поверхнях стегон. Одночасно відзначають, чи немає подразнення шкіри внутрішньої поверхні стегон, що трапляється при надмірних виділеннях. Відзначають ступінь замикання статевої щілини. Потім розводять статеві губи й оглядають їх внутрішню поверхню. Обов'язково дають оцінку стану дівочої пліви (ціла, розірвана, свіжі розриви). Проводять огляд клітора, оглядають зовнішній отвір сечівника, пальпують бартолінову залозу. Оцінюють стан промежини: наявність старих розривів, рубців, кондилом.

Після завершення огляду зовнішніх статевих органів проводять *огляд за допомогою дзеркал.* Із цією метою використовують ложкоподібне дзеркало Сімса з підіймачем *(рис. 4.2)* або двостулкове дзеркало Куско *(рис. 4.3).* Останнім часом застосовують двостулкові дзеркала одноразового використання.

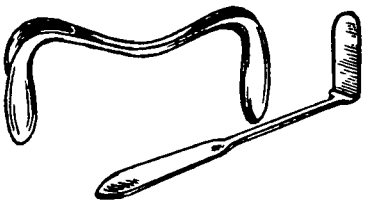


Рис. 4.2. Ложкоподібне дзеркало Сімса і підіймач

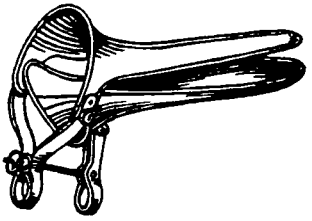


Рис. 4.3. Двостулкове дзеркало Куско

Техніка огляду шийки матки в дзеркалах.

Огляд шийки матки за допомогою ложкоподібних дзеркал:

- великим та вказівним пальцями лівої руки розводять статеві губи;
- правою рукою, повернувши дзеркало косо щодо статевої щілини, вводять його в піхву, злегка натискуючи на промежину;

- паралельно до введеного дзеркала вводять плоске переднє дзеркало (підіймач) і піднімають передню стінку вагіни *(рис. 4.4);*
- після огляду дзеркала виводять із піхви у зворотному порядку: спочатку підіймач, потім дзеркало.

Огляд шийки матки за допомогою двостулкових дзеркал:

- великим та вказівним пальцями лівої руки розводять великі статеві губи *(рис. 4.5);*
- вводять дзеркало у вагіну, розміщуючи зімкнуті стулки паралельно до статевої щілини *(рис. 4.6);*
- після введення дзеркало повертають на 90°, розкривають стулки так, щоб вагінальна частина шийки була між стулками *(рис. 4.7, 4.8);*
- при необхідності дзеркала фіксують за допомогою замка;
- після огляду шийки матки чи виконання необхідних процедур стулки закривають і дзеркало виводять з піхви.

За допомогою дзеркал оглядають шийку матки, визначають її величину, форму (циліндрична, конічна), форму зовнішнього вічка цервікального каналу (кругла — в жінок, що не народжували, щілиноподібна — в тих, що народжували *(рис. 4.9)*. З'ясовують колір слизової оболонки шийки матки (ціаноз, гіперемія), наявність ерозій, розривів, виворотів, кондилом, гіперемії навколо зовнішнього вічка цервікального каналу, характер виділень.

Після огляду шийки дзеркала поступово виводять, оглядаючи при цьому стінки піхви. Звертають увагу на стан слизової оболонки (гіперемія, набряк), характер виділень.

Після закінчення огляду за допомогою дзеркал проводять ***бімануальне*** (дворучне) ***вагінально-черевностінкове*** (вагінально-абдомінальне) або ***ректально-черевностінкове*** (ректально-абдомінальне) ***дослідження.***

Техніка бімануального (вагінально-черевностінкового) дослідження:

- великим та вказівним пальцями лівої руки розводять малі та великі статеві губи;
- праву руку складають таким чином: безіменний палець та мізинець притиснуті до долоні, вказівний та середній — складені докупи та випростані, великий — відведений під прямим кутом до долоні *(рис. 4.10)*. Середній та вказівний пальці правої руки вводять у піхву. Безіменний та мізинний пальці впираються в промежину, а великий — відхилений до лобка *(рис. 4.11);*
- пальці розміщують у передньому склепінні, шийку матки відтискають назад;
- лівою рукою обережно натискають на передню черевну стінку в напрямку до пальців, що введені у вагіну. Якщо матка розміщена у положенні

Рис. 4.4. Огляд шийки матки за допомогою дзеркала Сімса

Рис. 4.5. Великим і вказівним пальцями лівої руки розводять статеві губи

Рис. 4.6. Дзеркало обернене паралельно до статевої щілини, стулки закриті

Рис. 4.7. Дзеркало Куско із зімкнутими стулками вводять у піхву перпендикулярно до статевої щілини

Рис. 4.8. Дзеркало введене у піхву, стулки відкриті

Рис. 4.9. Зовнішнє вічко шийки матки у жінки, яка народжувала

anteversio-anteflexio, вона буде знаходитись між пальцями зовнішньої та внутрішньої рук *(рис. 4.12);*

- пальці внутрішньої та зовнішньої рук переміщують праворуч від матки — пальпують праві придатки;
- пальці внутрішньої та зовнішньої рук переміщують ліворуч від матки — пальпують ліві придатки;
- пальці правої руки виводять із вагіни.

Якщо вагіна вузька, дослідження проводять одним пальцем. Пальці під час введення у вагіну треба проводити по задній стінці, щоб не було неприємних відчуттів від подразнення найбільш чутливих ділянок — передньої стінки вагіни, клітора, ділянки сечівника.

Вводячи пальці у вагіну, оцінюють такі дані: наявність чи відсутність болючості, ширину отвору входу у вагіну (у жінок, що живуть статевим життям, два пальці входять вільно). Натискаючи на м'язи тазового дна, визначають їх тонус, стан промежини. Поступово просуваючи пальці у глибину вагіни,

Рис. 4.10. Вказівним і великим пальцями лівої руки розводять статеві губи. Середній палець правої руки введено у піхву

Рис. 4.11. Вказівний і середній пальці правої руки введено у піхву. Ліва рука через передню черевну стінку пальпує матку

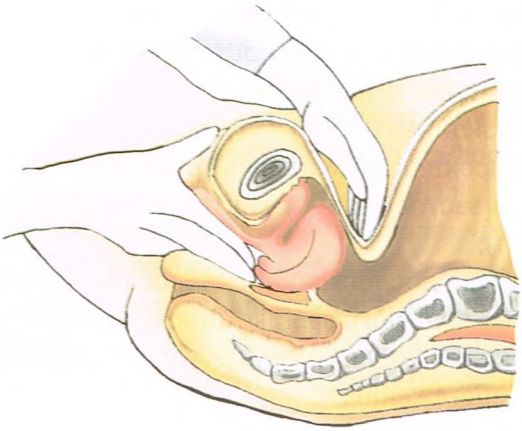


Рис. 4.12. Бімануальне вагінально-черевностінкове дослідження

визначають її довжину, ширину, здатність до розтягнення, складчастість, ступінь зволоженості, наявність перетинок, пухлин, рубців, звужень. Звертають увагу на глибину склепінь, наявність болючості при пальпації.

Матка розміщена в тазі таким чином, що її тіло й шийка утворюють кут, відкритий до переду (anteflexio), а вся матка нахилена теж дещо вперед (anteversio). Вона достатньо рухома при спробі зміщення. Підвищена рухомість матки спостерігається при опущенні та випаданні її за рахунок недосконалості зв'язкового апарату. Обмежена рухомість спостерігається при наявності у малому тазі спайкового процесу, інфільтратів.

Після дослідження матки пальпують її придатки. Для цього руки переміщують убік від матки. Труби в нормі не промацуються. Яєчники вдається пропальпувати у вигляді еластичних неболючих утворів.

Ректально-черевностінкове дослідження. У дівчат, а також при атрезії чи стенозі вагіни, проводять ректально-черевностінкове дослідження. Цим методом можна скористатися для детальнішого обстеження тазових органів при пухлинах.

ДОДАТКОВІ МЕТОДИ ГІНЕКОЛОГІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ

До додаткових методів обстеження належать:

- бактеріоскопічне дослідження (мазки на ступінь чистоти);
- цитологічне дослідження піхвових мазків;
- бактеріологічне дослідження;
- тести функціональної діагностики;
- ендоскопічні методи дослідження (кольпоскопія, цервікоскопія, гістероскопія, лапароскопія, кульдоскопія);

- інструментальні методи дослідження (біопсія, зокрема аспіраційна, зондування порожнини матки, діагностичне фракційне вишкрібання слизової оболонки матки з наступним гістологічним дослідженням, пункція заднього склепіння);
- методи визначення прохідності маткових труб (пертубація, гідротубація, ультрасонографія із застосуванням контрастних речовин, які вводять у порожнину матки);
- рентгенологічні методи дослідження (гістеросальпінгографія, пельвіографія, біконтрастна пельвіографія, комп'ютерна томографія);
- дослідження за допомогою ультразвуку (ультрасонографія);
- медико-генетичне обстеження;
- радіоімунологічні методи.

Ці методи використовують для уточнення діагнозу за певними показаннями, а цитологічне дослідження — в обов'язковому порядку кожній жінці, що проходить профілактичний огляд.

Для проведення обстеження за допомогою додаткових методів ***фельдшер*** чи ***акушерка*** готує пацієнтку, накриває гінекологічне крісло одноразовою серветкою або підкладною серветкою з клейонки (після дослідження підкладну серветку обробляють дезрозчином), готує необхідні інструменти (дзеркала, набори для вишкрібання, ложечки для взяття мазків). У випадку проведення вишкрібання, біопсії медсестра повинна приготувати посудину з 10% розчином формаліну для фіксації тканини. Важливе значення має правильне оформлення направлень матеріалу на дослідження.

Взяття мазків для визначення ступеня чистоти піхви, наявності гонореї, для онкоцитологічного дослідження, «гормональне дзеркало».

Для взяття будь-якого мазка треба мати таке обладнання:

- піхвові дзеркала;
- ложечку Фолькмана чи гінекологічний шпатель;
- пінцет;
- предметне скельце;
- ватну кульку;
- розчин антисептика;
- бланк направлення в лабораторію.

Підготовка пацієнтки:

- покласти хвору на гінекологічне крісло (перед дослідженням жінка повинна спорожнити сечовий міхур та пряму кишку);
- провести туалет зовнішніх статевих органів (обробити статеві органи розчином антисептика за допомогою ватної кульки, затиснутої пінцетом або корнцангом);
- ввести гінекологічне дзеркало в піхву, вивести шийку матки в дзеркалах.

Бактеріоскопічне дослідження вагінального вмісту дає можливість визначити ступінь чистоти, мікробну флору піхви, наявність протипоказань до різних діагностичних маніпуляцій. Цей метод дає змогу діагностувати запальний процес і у деяких випадках виявити збудник, що його спричинив (для виявлення багатьох видів мікроорганізмів дослідження мазка під мікроскопом буває недостатньо).

Техніка взяття мазка на ступінь чистоти піхви:

- ввести у піхву гінекологічне дзеркало;
- гінекологічним пінцетом, шпателем, жолобкуватим зондом чи ложечкою Фолькмана взяти виділення із заднього склепіння піхви і штрихоподібними рухами нанести на предметне скельце;
- вийняти дзеркало з піхви;
- написати направлення в лабораторію.

Даючи оцінку мазку, лаборант визначає кількість епітеліальних клітин, лейкоцитів, характер мікрофлори (нормальна флора — палички Додерлейна, патогенна флора — грамнегативні палички, коки, гриби, трихомонади, гонококи). Відповідно до характеру мазка розрізняють 4 ступені чистоти вагіни.

Взяття мазка для визначення наявності гонореї. Враховуючи особливості локалізації збудника, який живе у ділянках статевого тракту, вкритих циліндричним епітелієм, — у цервікальному каналі, уретрі, вивідних протоках бартолінових залоз, прямій кишці, — матеріал для дослідження беруть відповідно з цих місць та із заднього склепіння піхви і наносять на скельце у вигляді окремих штрихів. Кожен штрих підписують на скельці тушшю латинськими літерами: C — із цервікального каналу, U — з уретри, V — із вагіни, B — із вивідних проток бартолінових залоз, R — з прямої кишки. Існує методика, за якою мазок наносять на скельце не штрихом, а у вигляді відповідної літери.

Взяття матеріалу для дослідження на наявність хламідій.

Підготовка пацієнтки:

- перед взяттям матеріалу хвора не повинна здійснювати сечовипускання впродовж 4–5 год;
- не можна вживати антибіотики впродовж 1 місяця.

Матеріалом для дослідження на наявність хламідій є зішкрібки із сечівника, шийки матки, каналу шийки матки.

Техніка взяття матеріалу:

- пацієнтку кладуть на гінекологічне крісло;
- стерильною ложечкою Фолькмана беруть зішкрібок із сечівника і наносять матеріал на предметне скло;
- вводять у піхву дзеркало;
- знімають слиз із шийки матки ватним тампоном;

- стерильною ложечкою Фолькмана беруть зішкрібок із каналу шийки матки і наносять на предметне скло;
- виводять дзеркало з піхви;
- заповнюють бланк направлення і відправляють мазки у лабораторію.

Онкоцитологічне дослідження проводять із метою ранньої діагностики онкологічних захворювань. Мазок фарбують та розглядають під мікроскопом, відшукуючи атипові клітини, що з'являються у жінок із злоякісними процесами шийки матки ще до появи видимих змін слизової оболонки шийки матки. Це дає змогу діагностувати злоякісне переродження на дуже ранніх стадіях і вчасно провести лікування.

Техніка взяття мазка для онкоцитологічного дослідження:

- вводять гінекологічне дзеркало у піхву;
- обережно ватною кулькою, затиснутою в пінцеті, знімають залишки слизу з шийки матки;
- якщо шийка матки на вигляд здорова, матеріал для дослідження беруть із передньобокового склепіння вагіни гінекологічним шпателем, жолобкуватим зондом або спеціальною щіточкою. Роблять зішкрібок і наносять матеріал на скельце;
- іншим інструментом (найкраще — щіточкою) беруть матеріал із цервікального каналу. Для цього щіточку вводять у канал шийки матки та повертають там на 360° *(рис. 4.13)*. Отриманий матеріал наносять на предметне скельце, обертаючи щіточку *(рис. 4.14)*;

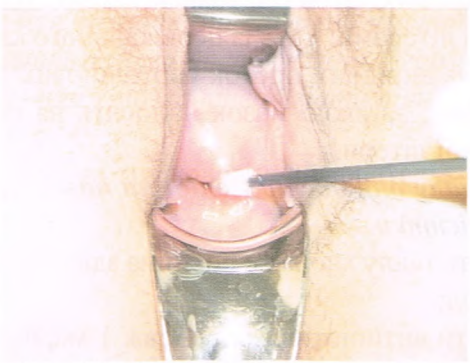


Рис. 4.13. Взяття матеріалу для онкоцитологічного дослідження з цервікального каналу шийки матки

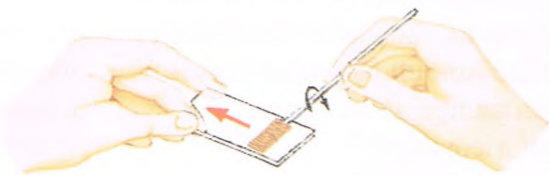


Рис. 4.14. Нанесення матеріалу із цервікального каналу на скельце для онкоцитологічного дослідження

- якщо на шийці матки є якісь зміни, то беруть також мазок із патологічно змінених ділянок, виявлених під час кольпоскопії.
- виводять дзеркало;
- пишуть на скельцях прізвище жінки або номер відповідно до запису у журналі, заповнюють направлення у лабораторію.

Масове цитологічне дослідження дає можливість виділити контингент жінок, які потребують більш детального обстеження (біопсія, діагностичне вишкрібання та ін.). Медична сестра гінекологічного відділення або жіночої консультації веде журнал, у який заносить дані про жінок, у яких брали мазки, а також їх результати після одержання з лабораторії відповіді.

Розрізняють такі типи мазків:

I тип — незмінений епітелій;

IIа тип — запальний процес;

IIб тип — проліферація, метаплазія, гіперкератоз;

IIIа тип — слабка, помірна дисплазія на фоні доброякісних процесів і незміненого епітелію;

IIIб тип — виражена дисплазія плоского епітелію на фоні доброякісних процесів і в ділянці незміненого епітелію;

IV тип — підозра на малігнізацію, можливо внутрішньоепітеліальний рак;

V тип — рак;

VI тип — мазок неінформативний (матеріал взято неправильно).

При отриманні мазків II–V типу до обов'язків медичної сестри входить виклик жінки на додаткове обстеження та лікування; якщо отримано мазок VI типу, необхідно викликати жінку для взяття повторного мазка.

Гормональна кольпоцитодіагностика (мазок на «гормональне дзеркало»). Багатошаровий плоский епітелій піхви має властивість змінюватись, «дозрівати», під впливом естрогенів та прогестерону відповідно до фаз менструального циклу, тому дослідивши мазок на «гормональне дзеркало» (гормональна кольпоцитодіагностика), можна зробити висновок про ступінь насичення організму жінки статевими гормонами.

Залежно від естрогенної насиченості організму, від стінки піхви в різному співвідношенні відділяються типи клітин: поверхневі, проміжні, базальні та парабазальні. Саме на визначенні кількісного співвідношення та морфологічних особливостей клітин грунтується метод кольпоцитодіагностики.

Техніка взяття мазка для кольпоцитологічного дослідження:

- ввести гінекологічне дзеркало у піхву;
- зняти залишки слизу з шийки матки;
- взяти мазок з передньобокового склепіння піхви гінекологічним шпателем, жолобкуватим зондом або спеціальною щіточкою. Не можна

зішкрібати епітелій, необхідно брати матеріал обережно, лише ті клітини, що відділилися самі;
- нанести матеріал на скельце;
- вивести дзеркало;
- заповнити направлення у лабораторію. У направленні вказати вік жінки, термін вагітності або день менструального циклу.

Важливо, щоб жінка перед взяттям мазка 2–3 дні не мала статевих зносин і їй не проводилось жодних діагностичних чи лікувальних маніпуляцій у піхві, бо мазок буде неінформативним.

Цей метод можна використовувати для діагностики загрози переривання вагітності, порушення менструального циклу, а також як контроль за результатами гормонотерапії.

Бактеріологічне дослідження проводять з метою виявлення, ідентифікації збудників та їх чутливості до антибіотиків. Матеріалом для дослідження може бути вміст цервікального каналу, вагіни, уретри, пунктат. Виділення беруть стерильним ватним тампоном на паличці або бактеріальною петлею, вміщують у стерильну пробірку.

Цей матеріал одразу ж після отримання потрібно направити в бактеріологічну лабораторію. У направленні необхідно вказати, звідки взято матеріал, а також дату і час, коли його взято.

МЕТОДИ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ

Під час менструального циклу завдяки дії естрогенів і прогестерону кількість і властивості шийкового слизу змінюються. Найбільша його кількість виділяється під час овуляції, найменша — перед менструацією.

1. Симптом натягу слизу. Якщо браншами пінцета дістати слиз із цервікального каналу, то при обережному їх розведенні із слизу утвориться нитка, довжина якої залежатиме від в'язкості слизу. Максимальною довжина нитки буде в період овуляції, коли в'язкість слизу найбільша. Довжину нитки вимірюють в сантиметрах (чим більша продукція естрогенів, тим більша її довжина). У лютеїновій фазі менструального циклу симптом натягу слизу зменшується, потім зникає.

2. Симптом «зіниці». Під час менструального циклу під впливом естрогенних гормонів змінюється тонус шийки матки та діаметр зовнішнього вічка цервікального каналу. Розширення зовнішнього вічка і поява у ньому слизу починається з 8–9-го дня циклу, до 14-го дня вічко розширюється максимально (до 3–6 мм у діаметрі). Крапля слизу, що виступає із зовнішнього вічка, при освітленні на тлі рожевої шийки здається темною і нагадує зіницю — позитивний симптом «зіниці». У наступні дні кількість слизу починає

зменшуватись і до 18–20-го дня циклу цей симптом зникає, шийка стає «сухою». Такі зміни характерні для нормального менструального циклу.

3. Симптом «папороті» *(рис. 4.15)*. Шийковий слиз при висушуванні на повітрі має здатність кристалізуватися, тобто змінювати свої фізико-хімічні властивості. Інтенсивність кристалізації залежить від фази менструального циклу, тобто від естрогенного впливу яєчника. Слиз беруть пінцетом, який вводять у цервікальний канал на глибину до 5 мм, наносять на предметне скельце, висушують і розглядають під мікроскопом.

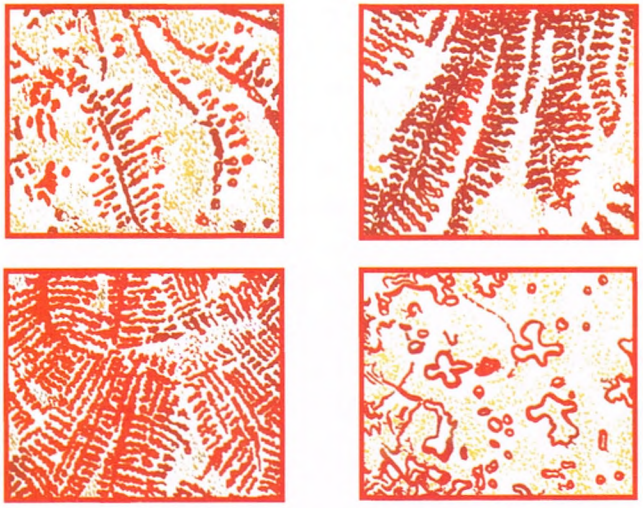


Рис. 4.15. Симптом «папороті»

4. Зміна базальної температури (БТ) грунтується на гіпертермічному впливі прогестерону на гіпоталамус. Базальну температуру жінка вимірює сама, але медична сестра повинна навчити її, як це правильно робити, а якщо жінка перебуває у стаціонарі — контролювати правильність проведення тесту та допомогти занести дані до температурного листка.

БТ вимірюють у прямій кишці вранці одним і тим самим термометром натще, не спорожнюючи сечового міхура і прямої кишки. У першу фазу менструального циклу температура нижча 37°С (на 0,2–0,3°), після овуляції вона підвищується і тримається в межах 37,1–37,4°С. За змінами базальної температури можна оцінювати наявність чи відсутність овуляції, загрозу переривання вагітності та деякі інші стани. Цей тест простий, легкодоступний і достатньо об'єктивний, проте треба пам'ятати, що на нього можуть вплинути будь-які причини негормонального характеру (захворювання, що супроводжуються температурною реакцією). Крім того, вимірювання БТ необхідно проводити не менше ніж протягом 2–3 циклів — лише тоді цей метод може бути діагностично цінним.

ЕНДОСКОПІЧНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У гінекології застосовують кольпоскопію, цервікоскопію, гістероскопію, лапароскопію та кульдоскопію. Для всіх цих методів необхідні оптичні прилади. Деякі з них мають маніпулятори, за допомогою яких можна виконувати певні лікувальні маніпуляції в черевній порожнині.

Перший ендоскопічний метод, який набув поширення в гінекології, — кольпоскопія.

Кольпоскопія. За допомогою оптичного приладу — кольпоскопа *(рис. 4.16)*, який дає збільшення в 10–30 разів, можна оглянути вагінальну частину шийки матки та стінку вагіни. Цим методом можна виявити зміни епітелію шийки матки, передпухлинні стани, вибрати ділянку для проведення біопсії, а також контролювати загоєння в процесі лікування. Діагностична цінність цього методу надзвичайно велика.

Існує проста та розширена кольпоскопія. При простій шийку матки оглядають без попередньої обробки хімічними речовинами, при розширеній — після обробки 3% розчином оцтової кислоти, 1% йоду. Цей метод дає можливість чітко відрізнити плоский епітелій від циліндричного, виявити патологічні зміни епітелію.

Рис. 4.16. Кольпоскоп МК–200V «Сканер»

Спочатку роблять просту кольпоскопію. Після цього обробляють шийку матки розчином Люголя (проба Шіллера). Йод має здатність забарвлювати клітини, багаті на глікоген, у коричневий колір. Патологічно змінені клітини бідні на глікоген, тому йодом не забарвлюються і мають вигляд білих плям. Таким чином виявляють ділянки, що підлягають біопсії.

Функції акушерки, фельдшера.

1. Підготовка пацієнтки:

- спеціальної підготовки до кольпоскопії пацієнтка не потребує;
- потрібно пам'ятати, що декілька днів до проведення планової кольпоскопії не варто робити ніяких вагінальних маніпуляцій.

2. Акушерка, фельдшер готують:

- гінекологічні дзеркала;

- пінцети або корнцанг;
- стерильні ватні кульки;
- 3 % розчин оцтової кислоти;
- розчин Люголя.

3. Перевіряє:

- справність освітлювальної системи кольпоскопа.

Оскільки після проведення кольпоскопії нерідко доводиться проводити біопсію, треба приготувати також все, що для цього необхідне.

Гістероскопія — метод, за допомогою якого можна оглянути стінки порожнини матки і виявити наявність поліпів, гіперплазії, раку, синехій (зрощень), субмукозної фіброміоми матки, проводити контроль після вишкрібання матки, видалення поліпів, а також вибрати місце прицільної біопсії. Сучасні гістероскопи *(рис. 4.17)* дають збільшення у 50 разів.

Рис. 4.17. Гістероскоп

Після розширення цервікального каналу в порожнину матки вводять гістероскоп. Можна проводити гістероскопію, вводячи в порожнину матки вуглекислий газ (газова гістероскопія) чи рідину (рідинна гістероскопія). Останнім часом випускаються спеціальні гістероскопи з маніпуляторами, за допомогою яких можна виконувати видалення поліпа з кріодеструкцією його ложа, видалення невеликих міоматозних вузлів, видалення внутрішньоматкових контрацептивів.

Функції акушерки, фельдшера.

1. Підготовка пацієнтки:

- зголювання волосся на зовнішніх статевих органах;

- упродовж 2–3 днів санація вагіни хлоргексидином або введенням свічок бетадину;
- напередодні — загальногігієнічні процедури;
- очисна клізма;
- спорожнення сечового міхура;
- премедикація.

2. Обов'язки акушерки під час проведення гістероскопії:

- перевірити наявність гістероскопа та необхідних інстументів (гінекологічні дзеркала, матковий зонд, пінцет, ватні кульки, антисептик);
- утримувати у вагіні гінекологічне дзеркало;
- стежити за станом хворої.

Лапароскопія дає можливість за допомогою лапароскопа *(рис. 4.18)* оглянути внутрішні органи черевної порожнини, в тому числі органи малого таза дає змогу діагностувати пухлини яєчника і матки, екстрагенітальні пухлини, позаматкову вагітність, склерокістозні яєчники, запальні утвори придатків матки *(рис. 4.20)*. Окрім того, цим методом можна уточнити причину гострого живота.

Останніми роками лапароскопія використовується не лише як діагностичний метод. З розвитком екстракорпорального запліднення лапароскопія стала необхідним методом для взяття яйцеклітини; створено моделі лапароскопів, які використовують для біопсії яєчників, видалення кіст, розсікання

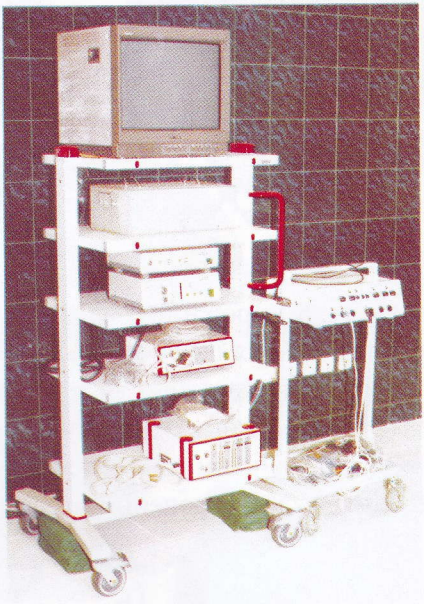


Рис. 4.18. Лапароскоп

Рис. 4.19. Набір інструментів для лапароскопії

спайок та інших операцій. Обстеження проводять під загальним знеболюванням.

Протипоказаннями до лапароскопії є декомпенсовані вади серця, гіпертонічна хвороба, порушення функції нирок, печінки, розлитий перитоніт, шоковий і коматозні стани та інші тяжкі захворювання.

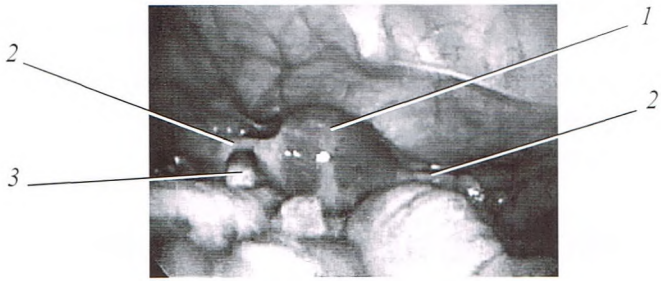


Рис. 4.20. Лапароскопія.
Вигляд органів малого таза:
1 — матка; 2 — маткова труба; 3 — яєчник

Функції акушерки.

1. Підготовка пацієнтки:

- зголювання волосся на зовнішніх статевих органах та, якщо необхідно, на животі;
- спорожнення сечового міхура безпосередньо перед проведенням дослідження чи ендоскопічної операції, катетеризація сечового міхура чи евакуація сечі катетером;
- очисна клізма;
- премедикація.

2. Обов'язки акушерки:

- подає лікарю необхідні під час лапароскопії інструменти *(рис. 4.19);*
- допомагає у проведенні операції, виконуючи розпорядження лікаря;
- стежить за станом пацієнтки.

Кульдоскопію (огляд органів черевної порожнини через отвір у задньому склепінні піхви) проводять при необхідності огляду яєчників і наявності ожиріння. Цим методом користуються рідко, його майже повністю витіснила лапароскопія. Дослідження проводиться у колінно-ліктьовому положенні жінки. Ділянка, доступна для огляду цим методом, значно менша, ніж при лапароскопії: видно задню поверхню матки, яєчники, труби.

Протипоказаннями до використання кульдоскопії є наявність спайкового процесу в малому тазі, пухлини малого таза, а також екстрагенітальна патологія.

Функції акушерки.

1. Підготовка пацієнтки включає:

- проведення напередодні загальногігієнічних процедур;
- перед кульдоскопією, що проводиться у плановому порядку, рекомендують 2–3 дні проводити спринцювання антисептиками або вводити у вагіну бетадинові свічки.

Обов'язки акушерки:

- фіксує вагінальне дзеркало;
- подає лікарю необхідні під час проведення кульдоскопії інструменти;
- допомагає у проведенні операції, виконуючи розпорядження лікаря;
- стежить за станом пацієнтки.

ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Біопсія — це взяття клаптика тканини для гістологічного дослідження. Найчастіше виконують біопсію шийки матки *(рис. 4.21)* — при ерозіях, дисплазіях, папіломах, нерідко під контролем кольпоскопії. Іноді тканину для дослідження беруть з інших ділянок геніталій — вульви, стінок вагіни, інших місць, залежно від локалізації патологічного процесу.

Рис. 4.21. Біопсія шийки матки за допомогою конхотома

Техніка біопсії:

- шийку матки оголюють дзеркалами, дезінфікують, захоплюють двома кульовими щипцями — по обидва боки ділянки, на якій проводять біопсію;
- скальпелем вирізають шматочок тканини таким чином, щоб у нього потрапила не лише змінена, а й здорова тканина. Матеріал можна взяти і за допомогою конхотома;

- тканину заливають 10% розчином формаліну, заповнюють бланк направлення і відсилають матеріал у гістологічну лабораторію.

Функції акушерки, фельдшера:

1. Підготовка хворої:

- спеціальної підготовки хворої до біопсії не проводять.

2. Підготовка необхідного інструментарію:

- ложкоподібного дзеркала з підіймачем;
- пінцета або корнцанга;
- кульових щипців;
- скальпеля або конхотома.

3. Підготовка посудини з 10% розчином формаліну.

4. Під час біопсії фельдшер, акушерка утримують дзеркало у вагіні.

Пункція заднього склепіння піхви. Пункцію черевної порожнини проводять через заднє склепіння *(рис. 4.22)*. Цей метод дає можливість діагностувати (або виключити) порушену позаматкову вагітність, пельвіоперитоніт шляхом одержання з черевної порожнини крові або випоту того чи іншого характеру (серозного, гнійного). При наявності асциту пункцію черевної порожнини проводять через передню черевну стінку.

Підготовка хворої така сама, як і для діагностичного роздільного вишкрібання слизової оболонки матки.

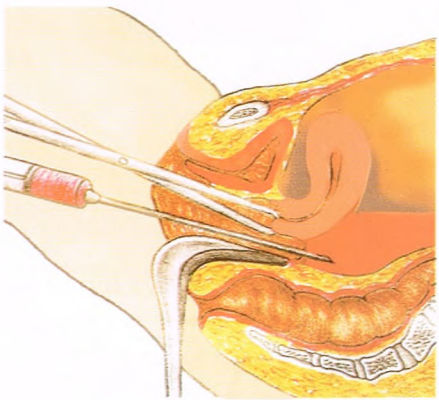


Рис. 4.22. Пункція заднього склепіння

Техніка операції:

- шийку матки оголюють дзеркалами;
- обробляють дезінфекційним розчином;
- кульовими щипцями захоплюють задню губу шийки матки, підтягують шийку допереду, роблячи доступним заднє склепіння;
- довгою пункційною голкою роблять прокол посередині між крижово-матковими зв'язками, голку проводять на 1–2 см;
- одягають на голку шприц;

- відтягують поршень шприца на себе при одночасному повільному виведенні голки;
- якщо при пункції отримують гній, то, заповнивши направлення, його відправляють у лабораторію на бакпосів. У черевну порожнину в цьому випадку вводять антибіотики.

Знеболювання — загальний внутрішньовенний наркоз або місцева новокаїнова анестезія.

Функції акушерки, фельдшера.

1. Підготовка хворої.

2. Підготовка інструментів до проведення маніпуляції:

- ложкоподібного дзеркала з підіймачем;
- кульових щипців;
- шприца із довгою голкою;
- пінцета або корнцанга.

3. Фіксація вагінальних дзеркал.

4. Виконання розпоряджень лікаря у процесі маніпуляції.

Рис. 4.23. Апарат для ультразвукової діагностики з використанням допплерометрії

5. Спостереження за станом хворої, заповнення направлень у лабораторію.

6. Фіксація отриманого матеріалу.

7. Догляд за хворою після операції:

- транспортування хворої в палату;
- спостереження за її станом до повного виходу з наркозу;
- покласти холод на низ живота;
- введення скорочувальних та знеболювальних засобів, а також антибіотиків згідно з призначеннями лікаря.

Із точки зору ***деонтології*** фельдшеру та акушерці важливо утриматися від коментарів щодо побаченого під час операції. Жінка може розпитувати сестру, який матеріал отримано, чи це не злоякісне утворення тощо. Фельдшер, акушерка мають запевнити хвору в тому, що операція проведена без ускладнень, а про результати гістологічних досліджень їй усе розповість лікар після отримання відповіді з лабораторії.

Зондування матки. Цей метод дозволяє визначити прохідність цервікального каналу, довжину і конфігурацію порожнини матки, наявність пухлин у матці. Зондування застосовують не лише як окремий діагностичний прийом, а й як один з етапів деяких операцій (вишкрібання слизової оболонки порожнини матки). Маніпуляцію проводять в умовах надзвичайно суворої асептики.

Зонд — вигнутий металевий інструмент довжиною 20–30 см із поперечними сантиметровими поділками. На кінці зонда є потовщення у вигляді ґудзика.

Техніка зондування матки:

- шийку матки оголюють дзеркалами та обробляють дезінфекційним засобом;
- захоплюють шийку матки кульовими щипцями за передню губу;
- виймають підіймач;
- підтягують шийку до входу у вагіну і випрямляють цервікальний канал;
- вводять у цервікальний канал матковий зонд і проводять дослідження;
- виймають інструменти: виводять матковий зонд, знімають кульові щипці, обробляють шийку матки дезінфеційним засобом, виводять вагінальні дзеркала.

Функції акушерки, фельдшера.

1. Підготовка пацієнтки:

- зголити волосся на зовнішніх статевих органах;
- прослідкувати за спорожненням сечового міхура.

2. Підготовка необхідного інструментарію:

- ложкоподібного дзеркала з підіймачем;
- пінцета;
- кульових щипців;
- маткового зонда;
- ватних кульок;
- розчину антисептика.

Знеболювання. Якщо зондування проводиться як окрема маніпуляція, знеболювання не проводять. За 20–30 хвилин до початку маніпуляції можна ввести 2 мл 50 % анальгіну та 1 мл 1 % димедролу.

Діагностичне роздільне вишкрібання слизової оболонки матки. Цей метод — один із різновидів біопсії. Його проводять при поліпах, дисфункціональних маткових кровотечах, підозрі на поліпоз слизової оболонки, злоякісну пухлину.

Техніка операції:

- шийку матки оголюють дзеркалами, обробляють дезінфекційним розчином;
- передню губу шийки матки захоплюють кульовими щипцями;
- проводять зондування матки для визначення її довжини;
- у цервікальний канал один за одним вводять розширювачі Гегара, кожен з яких на 0,5 мм ширший за попередній. Дуже важливо, щоб, готуючи інструменти, медична сестра склала їх у порядку зростання номерів. Це дозволить запобігти затримці під час операції. Розширення проводять до 9–10 номера;
- вводять кюретку у цервікальний канал і вишкрібають його стінки, збираючи матеріал в окрему баночку з 10 % розчином формаліну;
- кінець кюретки доводять до дна матки, а потім рухами від дна до шийки поступово зішкрібають слизову оболонку із всіх стінок матки. Матеріал, що одержали, вміщують в інший флакон або баночку, заливають 10 % розчином формаліну і відсилають на гістологічне дослідження.

Знеболювання. Операцію виконують під загальним (внутрішньовенний наркоз) чи місцевим (парацервікальна новокаїнова анестезія) знеболюванням в умовах строгої асептики.

Функції акушерки, фельдшера.

1. Підготовка пацієнтки:

- зголити волосся на зовнішніх статевих органах;
- прослідкувати за спорожненням сечового міхура.

2. Підготувати посудину з 10 % розчином формаліну.

3. Підготувати такий інструментарій:

- ложкоподібне дзеркало з підіймачем;

- пінцет або корнцанг;
- кульові щипці;
- матковий зонд;
- розширювачі Гегара;
- кюретки;
- ватні кульки і розчин антисептика.

4. Під час операції утримувати дзеркало у вагіні.

5. Одержаний при вишкрібанні матеріал разом з направленням відправити у гістологічну лабораторію.

6. Транспортувати хвору в палату.

7. Покласти на низ живота міхур з льодом.

8. Стежити за станом пацієнтки та кількістю виділень.

Визначення прохідності маткових труб. Для дослідження прохідності маткових труб використовують введення в труби повітря (пертубація) чи рідини (гідротубація). Для проведення такого обстеження, крім дзеркал з підіймачами, кульових щипців, пінцетів чи корнцангів, необхідна ще й спеціальна апаратура, яка складається із системи трубок з балоном для нагнітання повітря або пристрою для введення рідини. Ця система з'єднана з манометром, що показує тиск, під яким вводиться повітря чи рідина. Маніпуляцію проводять в умовах суворої асептики.

Техніка операції:

- пацієнтка лежить на гінекологічному кріслі;
- шийку матки оголюють дзеркалами;
- обробляють дезінфекційним засобом;
- передню та задню губи шийки матки захоплюють кульовими щипцями;
- проводять зондування матки, визначають напрямок цервікального каналу;
- вводять наконечник від апарата;
- нагнітають у систему повітря;
- слідкують за показаннями манометра;
- проводять аускультацію живота.

Функції акушерки, фельдшера.

1. Підготовка хворої:

- зголювання волосся на лобку;
- спорожнення сечового міхура;
- очисна клізма.

2. Підготовка інструментарію.

3. Під час виконання маніпуляції акушерка балоном нагнітає повітря в систему.

Протипоказаннями до її виконання є III–IV ступені чистоти вагіни, кольпіти, цервіцити, гострі та підгострі запальні процеси матки й придатків. Недотримання цих вимог може призвести до ускладнень — аж до розвитку перитоніту.

УЛЬТРАЗВУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

Цей метод базується на здатності тканин по-різному поглинати чи відбивати ультразвукові коливання. Його використовують для діагностики пухлин, диференціальної діагностики між пухлиною та вагітністю. Дослідження проводиться при наповненому сечовому міхурі. Напередодні необхідно зробити очисну клізму. Останніми роками широко використовують вагінальні датчики, допплерометрію.

Останні моделі апаратів *(рис. 4.23)* настільки досконалі, що використовуються для контролю за ростом фолікула *(рис. 4.24, 4.25)*, овуляцією, дають змогу реєструвати товщину ендометрію, виявити його гіперплазію та поліпи. Використання вагінального датчика дозволяє діагностувати патологію без наповнення сечового міхура. На це дослідження не впливають ожиріння, спайковий процес. Метод дає можливість діагностувати ретроцервікальний ендометріоз, запальні утвори придатків матки, що з допомогою звичайних датчиків зробити неможливо.

Функції акушерки, фельдшера.

1. Підготовка пацієнтки:

- проінформувати пацієнтку про те, що дослідження проводиться при наповненому сечовому міхурі;
- в ургентних випадках сечовий міхур наповнити через катетер розчином фурациліну;

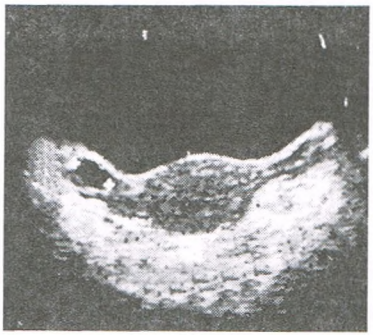


Рис. 4.24. Ультразвукове дослідження. Видно матку і придатки. Хрестиками позначено преовуляторний фолікул

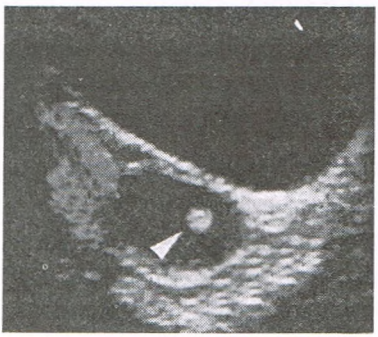


Рис. 4.25. Ультразвукове дослідження. Яєчник із дозрілим фолікулом. Стрілочка показує на яйценосний горбок

- при дослідженні за допомогою вагінального датчика необхідно спорожнити сечовий міхур;

Обов'язки акушерки, фельдшера:

- під час проведення дослідження середній медичний працівник фіксує в журналі дані, продиктовані лікарем, заповнює бланк із результатами дослідження і підклеює його в медичну карту стаціонарної хворої або видає на руки амбулаторно направленій пацієнтці;
- готує паперову серветку або рушник, щоб хвора могла витерти із шкіри живота залишки гелю, який використовувався під час дослідження.

Деонтологія. Середнім медичним працівникам важливо пам'ятати, що під час дослідження пацієнтка уважно слухає всі розмови в кабінеті ультразвукової діагностики, тому не має бути жодних сторонніх розмов, оскільки хвора може сприйняти їх на свою адресу. Усі цифрові дані потрібно заносити в журнал без коментарів на зразок: «Ой, яка збільшена матка!» тощо. Не можна робити зауважень щодо необхідності проведення дослідження («У вас усе добре, для чого лікар вас сюди направив!») та щодо попереднього лікування. Візуально нормальні показники величини та форми не обов'язково свідчать про повноцінне функціонування органа, тому навіть від констатації приємного для жінки факту: «Ви цілком здорові!» лікар і тим більше акушерка кабінету УЗД повинні утриматись. Ультразвукова діагностика, попри її, без сумніву, важливу роль, є лише одним з методів діагностики, а остаточний діагноз встановлює тільки лікар-куратор за сукупністю усіх отриманих в процесі спостереження за хворою даних, тому висновки може робити тільки він. Він і повинен оцінити результати УЗД і повідомити про них пацієнтці.

РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Гістеросальпінгографія (метросальпінгографія) дає можливість виявити прохідність маткових труб, вади розвитку, недорозвиток матки, ендометріоз, наявність підслизових фіброматозних вузлів, синехій.

Протипоказаннями до використання цього методу є запальні процеси жіночих статевих органів, підозра на вагітність, III–IV ступені чистоти вагіни.

Інструменти, необхідні для гістеросальпінгографії:

- ложкоподібні дзеркала з підіймачем;
- кульові щипці;
- корнцанг;

- шприц Брауна;
- контрастна речовина.

Техніка проведення гістеросальпінгографії:

- шийку матки оголюють дзеркалами, обробляють дезінфекційним засобом;
- захоплюють передню губу шийки матки кульовими щипцями;
- вводять у порожнину матки за допомогою шприца Брауна контрастну речовину і роблять рентгенівський знімок;
- виводять інструменти.

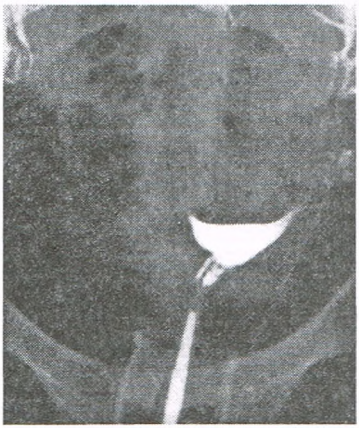


Рис. 4.26. Гістеросальпінгографія. Вигляд органів малого таза відразу після введення контрастної речовини. Заповнена тільки матка

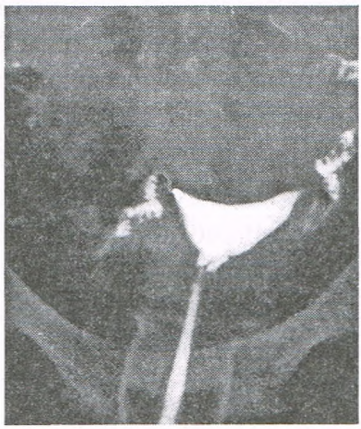


Рис. 4.27. Гістеросальпінгографія. Вигляд органів малого таза через 20 хв. Видно порожнину матки і маткові труби

Рис. 4.28. Гістеросальпінгографія. Вигляд органів малого таза через добу. Розмиті тіні вказують на прохідність маткових труб

На знімках чітко видно внутрішні контури матки, її порожнина має трикутну форму. При прохідних трубах контрастна речовина виливається в черевну порожнину *(рис. 4.26–4.28)*.

Рентгенопельвіографія. У черевну порожнину за допомогою спеціального пристрою вводять вуглекислий газ (через прокол передньої черевної стінки чи заднього склепіння). Після цього роблять рентгенівські знімки, на яких чітко видно обриси матки, зв'язок, придатків. Цей метод використовують при підозрі на аномалії розвитку матки, полікістоз яєчників.

Біконтрастна пельвіографія — це поєднання метросальпінгографії та пельвіографії. Цей метод дає можливість детальніше дослідити стан внутрішніх статевих органів.

Функції середнього медичного працівника при проведенні рентгенологічного дослідження.

1. Підготовка пацієнтки:

- зголити волосся на лобку;
- зробити очисну клізму;
- простежити за спорожненням сечового міхура.

2. Акушерка, фельдшер готують:

- ложкоподібне дзеркало з підіймачем;
- пінцет або корнцанг;
- кульові щипці;
- шприц Брауна;
- контрастну речовину;
- ватні кульки;
- розчин антисептика.

3. Під час введення контрастної речовини акушерка чи фельдшер фіксують у вагіні дзеркала.

Для діагностики гінекологічних захворювань, зокрема пухлин, можна використовувати ***комп'ютерну томографію***, проте у зв'язку з високою вартістю у повсякденній практиці цей метод застосовують рідко.

Із рентгенологічних методів у гінекології використовують також рентгенологічне дослідження надниркових залоз на фоні пневмоперитонеуму та рентгенографію турецького сідла.

РАДІОІМУНОЛОГІЧНІ МЕТОДИ

Радіоімунологічні методи дослідження використовують для визначення концентрації біологічних речовин, які знаходяться у сечі та крові в мізерних кількостях (гормони, антитіла). Застосовують стандартні набори, що містять в окремих флаконах гормон, мічений радіоактивним ізотопом, чистий

немічений гормон, специфічну антисироватку до гормону і препарати для преципітації зв'язаного антигену чи адсорбції антигену. Набір можна використовувати для визначення концентрації гормонів як у сироватці крові, так і в сечі. Для дослідження достатньо 0,1–0,5 мл сироватки. Дослідження проводиться in vitro, тому небезпеки опромінення для хворої немає.

Унікальні можливості методу та його висока чутливість (можливість якісного та кількісного визначення гормонів при їх концентрації від 0,1 до 5 ОД/л) сприяють широкому його впровадженню в медичну практику.

МЕДИКО-ГЕНЕТИЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ

Цей метод включає в себе медико-генетичне консультування та цитогенетичне дослідження.

Цитогенетичне дослідження проводять спеціалісти-генетики. Одним з основних методів цитогенетичного дослідження є визначення статевого хроматину. Цей метод відіграє важливу роль у діагностиці вроджених дефектів статевих залоз. Визначення статевого хроматину проводять у ядрах клітин поверхневого епітелію, який отримують шляхом зішкрібання його зі слизової оболонки внутрішньої поверхні щоки шпателем.

Визначення статевого хроматину може використовуватись як скринінг-тест. Аналіз каріотипу в зв'язку з його складністю проводять лише за певними показаннями, а саме: передусім, за відхилення у кількості статевого хроматину; низький зріст пацієнток; за наявності множинних, нерідко стертих аномалій соматичного розвитку, дисплазій, а також у тих випадках, коли при збиранні сімейного анамнезу встановлені вади розвитку, множинні виродливості або мимовільні викидні у ранні терміни вагітності.

Обов'язковим є визначення каріотипу у хворих із дисгенезією гонад, тому що наявність у них Y-хромосоми вказує на високий ризик можливості злоякісного росту.

Перелік контрольних питань:

- методи обстеження гінекологічних хворих (загальні, спеціальні);
- анамнез загальний, анамнез функцій;
- об'єктивне дослідження (загальний огляд, дослідження за допомогою піхвових дзеркал, піхвове бімануальне дослідження);
- бактеріологічне дослідження піхвового вмісту: взяття матеріалу для дослідження на інфікування збудниками, які передаються статевим шляхом;
- взяття матеріалу для цитологічної діагностики;
- взяття матеріалу для гормональної кольпоцитодіагностики;

- рентгенологічні методи дослідження, підготовка пацієнток та інструментарію до проведення діагностичних маніпуляцій;
- ультразвукове дослідження, підготовка пацієнток до проведення діагностичних маніпуляцій;
- ендоскопічні методи дослідження, підготовка пацієнток до проведення діагностичних маніпуляцій;
- радіоімунологічні методи дослідження, підготовка пацієнток до проведення діагностичних маніпуляцій;
- спеціальні діагностично-лікувальні маніпуляції (зондування матки, вишкрібання стінок порожнини матки, пункція заднього склепіння), інструментарій, загальна та медикаментозна підготовка хворої.

ПОРУШЕННЯ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ

Регуляція менструальної функції — надзвичайно складний і тонкий нейрогуморальний процес, порушення якого на будь-якому рівні (ЦНС — гіпоталамус — гіпофіз — яєчники — матка) призводить до розладів менструального циклу у тій чи іншій формі.

Причинами, що призводять до порушень менструальної функції, є нервові та психічні захворювання, стреси, психічні травми, статевий інфантилізм, важкі та тривалі хронічні захворювання, інфекції та септичні захворювання, хронічні інтоксикації, професійні шкідливості, порушення харчування (виснаження або ожиріння), хвороби ендокринної системи, гінекологічні захворювання.

КЛАСИФІКАЦІЯ ПОРУШЕНЬ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ

Аменорея — відсутність менструацій.

Порушення ритму менструацій:

а) *опсоменорея* — менструації настають надто рідко: через 6–8 тижнів;

б) *спаніоменорея* — надто тривалі менструальні цикли, менструації настають 2–4 рази на рік;

в) *пройоменорея (тахіменорея)* — скорочені менструальні цикли, менструації настають раніше, ніж через 21 день.

Зміна кількості крові, що виділяється під час менструацій:

а) *гіперменорея* — надмірна кількість крові, понад 100–150 мл;

б) *гіпоменорея* — зменшена кількість крові, менше 50 мл.

Порушення тривалості менструацій:

а) *поліменорея* — тривалість менструації 7–12 днів;

б) *олігоменорея* — тривалість менструації менше 2 днів.

Болючі менструації:

а) *альгоменорея* — біль під час менструації у ділянці статевих органів;

б) *дисменорея* — загальні порушення під час менструацій (головний біль, нудота, відсутність апетиту, підвищена дратівливість);

в) *альгодисменорея* — поєднання місцевого болю та загального порушення самопочуття.

Менорагія — циклічні маткові кровотечі, пов'язані з менструальним циклом, тривалістю понад 12 днів. ***Метрорагія*** — ациклічні маткові кровотечі, не пов'язані з менструальним циклом.

Розрізняють *гіпоменструальний синдром* (опсоменорея, олігоменорея, гіпоменорея) та *гіперменструальний синдром* (пройоменорея, гіперменорея, поліменорея).

За віком класифікують кровотечі:

- у дитячому віці та у період статевого дозрівання — *ювенільні;*
- у жінок віку статевої зрілості — *кровотечі репродуктивного або дітородного періоду;*
- в клімактеричному — відповідно *клімактеричні кровотечі.*

За циклічністю виділяють *овуляторні* (циклічні, двофазні) порушення менструального циклу та *ановуляторні* (однофазні).

АМЕНОРЕЯ

Аменорея — відсутність менструацій у дорослої жінки протягом 6 місяців і більше. Аменорея — не самостійне захворювання, а симптом багатьох захворювань, що викликають порушення регуляції менструальної функції на різних рівнях.

Форми аменореї:

Справжня — відсутність циклічних змін в організмі жінки, пов'язана найчастіше з різкою недостатністю статевих гормонів.

Несправжня аменорея (криптоменорея — прихована менструація) — відсутність виділення менструальної крові за наявності в організмі циклічних змін. Несправжня аменорея є клінічним проявом аномалій розвитку статевих органів — атрезії дівочої пліви чи піхви, коли кров, не маючи виходу назовні, скупчується у піхві, матці, маткових трубах.

Первинна аменорея — відсутність менструації з пубертатного віку.

Вторинна аменорея — припинення менструації у жінки, яка раніше менструювала.

Фізіологічна аменорея — відсутність менструацій до пубертатного періоду, під час вагітності та лактації, в період менопаузи.

Патологічна аменорея може бути викликана багатьма причинами, зокрема загальними, найчастіше ендокринними захворюваннями.

За рівнем виникнення порушень регуляції менструальної функції виділяють різні форми патологічної аменореї: гіпоталамічну, гіпофізарну, яєчникову, маткову, зумовлену порушенням функції щитоподібної залози та кори надниркових залоз.

Гіпоталамічна аменорея

Психогенна аменорея виникає внаслідок стресових ситуацій та психічних травм (зокрема, «студентська» аменорея під час іспитів, аменорея воєнного періоду). Надмірна секреція кортикотропіну при стресі блокує продукцію реалізуючих гормонів гіпоталамусом. Гальмується продукція лютропіну і фолітропіну, припиняється дозрівання фолікулів, зникають циклічні зміни в матці. Атрофічні зміни у статевих органах при нетривалому перебігу захворювання відсутні або виражені незначно.

Лікування. Менструальний цикл здебільшого відновлюється самостійно після припинення дії стресових чинників. Якщо аменорея тривала, лікування проводять у два етапи:

I етап. Психотерапія, збалансоване харчування, усувають фізичне та розумове перевантаження. Фармакотерапія: седативні препарати — екстракт валеріани по 1–2 табл. 2–3 рази на добу, Ново-пассит. Вітамін Є 100 мг на добу 20 днів, аскорбінова кислота 0,15 г на добу, фолієва кислота 0,01г 2 рази на день.

Немедикаментозне лікування: ендоназальний електрофорез із 2% розчином вітаміну B_1, шийно-лицева гальванізація з 0,25% розчином новокаїну, 2% розчином натрію броміду.

II етап. При відсутності менструацій після 2–3 місяців лікування призначають тиреоїдин 0,05 г на добу 4–5 днів з перервами 2–3 дні, вітамін Є по 100 мг на добу 20 днів.

У випадку, коли терапія не дає ефекту, курс лікування можна повторити.

Якщо психогенна аменорея поєднується з генітальним інфантилізмом, призначають гормонотерапію для стимуляції росту матки та розвитку вторинних статевих ознак.

Аменорея при несправжній вагітності виникає у жінок, які дуже хочуть або дуже бояться завагітніти. Можуть виникати нудота, блювання зранку (гадані ознаки вагітності, що виникають під впливом самонавіювання), набухання молочних залоз, деяке збільшення та розм'якшення матки. Тест на вагітність негативний. При УЗД плідного яйця у матці не знаходять.

Аменорея при нервовій анорексії зустрічається у дівчат та молодих жінок з нестійкою нервовою системою у період статевого дозрівання, при нервовому або фізичному перевантаженні, як наслідок нераціональних дієт, спрямованих на схуднення, при безконтрольному прийманні препаратів, що знижують апетит. Характерні втрата маси тіла, гіпотензія, гіпоглікемія.

Лікування полягає у повноцінному харчуванні та призначенні седативних препаратів.

Аменорея при адипозогенітальній дистрофії (синдром Пехранца-Бабінського-Фреліха) розвивається до періоду статевого дозрівання. Характерні ожиріння з відкладанням жирової тканини на стегнах, животі, обличчі, затримка росту, гіпоплазія статевих органів, зниження інтелекту.

Етіологія — пухлина або травма гіпоталамічної ділянки. Захворювання може початися після нейрогенної інфекції, епідемічного паротиту, грипу. Знижується секреція люліберину, фолітропіну і лютропіну, що призводить до порушення функціонування системи гіпофіз-яєчники і у кінцевому підсумку — до гіпоплазії статевих органів.

Діагностика базується на клінічних даних. При гінекологічному огляді виявляють відсутність або ледь виражене оволосіння на зовнішніх статевих органах , піхва вузька, матка значно зменшена у розмірах.

Лабораторні дослідження виявляють різке зниження ФСГ і ЛГ, естрогенів і прегнандіолу. У вагінальному мазку переважають проміжні клітини, до 30-40% базальних та парабазальних клітин, поверхневі — поодинокі. Основний обмін знижений.

Якщо захворювання викликане пухлиною гіпофіза — на рентгенограмі видно розширення турецького сідла, у хворої виникає підвищення внутрішньочерепного тиску, головний біль, симптоми стиснення зорових нервів. На відміну від синдрому Лоренса-Муна-Барде-Бідля, у таких хворих інтелект не порушений або знижений незначно.

Лікування. При пухлинній етіології лікування полягає у видаленні пухлини або рентгенотерапії. Після операції вдаються до замісної гормонотерапії.

Аменорея при синдромі Лоренса-Муна-Барде-Бідля (спадкова діенцефально-ретинальна дегенерація з аутосомно-рецесивним типом успадкування). *Клінічні симптоми* схожі з клінікою синдрому Пехранца-Бабінського-Фреліха, проте особливістю є наявність у хворих різкої розумової відсталості (олігофренія), вад розвитку (полідактилія, синдактилія, пігментний ретиніт), у хворих слабкий зір (іноді до повної сліпоти), зниження слуху або повна глухота, аномалії черепа, надмірний розвиток жирової клітковини.

Лікування: з метою зниження маси тіла рекомендована дієта з обмеженням жирів, вуглеводів, рідини, а також лікувальна фізкультура. Медикаментозна терапія: тиреоїдин по 0,05–0,2 г на добу 4–5 днів на місяць, з перервами у 2–3 дні. Гонадотропні гормони — хоріогонін (прегніл по 500 МО 2–4 дні на місяць), згодом циклічна гормонотерапія: спочатку естрогенами (мікрофолін по 0,01 мг 2 рази на день) або фолікулін по 5–10 тис. ОД щодня протягом 20 днів. Якщо через 3–6 місяців починається збільшення матки і поява вторинних статевих ознак, проводять гормонотерапію естрогенами та прогестероном.

Аменорея при синдромі Морганьї-Стюарта. Зустрічається рідко. У патогенезі — ураження гіпоталамо-гіпофізарної ділянки внаслідок відкладання солей кальцію в ділянці турецького сідла (внутрішній фронтальний гіперостоз).

Клінічні прояви: головний біль, напади судом, порушення психіки, ожиріння, вірилізм.

Лікування — симптоматичне.

Аменорея при синдромі персистуючої лактації (синдром Кіарі-Фромеля). В основі захворювання лежить ураження центрів гіпоталамуса, що регулюють біосинтез пролактин-інгібуючого рилізинг-фактора. Це призводить до підвищення секреції пролактину, що у свою чергу пригнічує продукцію ФСГ. Наслідком є зниження кількості естрогенів, аменорея, а надалі — атрофія зовнішніх та внутрішніх статевих органів. Захворювання частіше виникає в післяпологовому (після патологічних пологів) або післяабортному періоді.

Основними симптомами є галакторея, що розпочинається після пологів. Високий рівень пролактину викликає у хворої персистуючу лактацію. Після припинення годування немовляти виділення молока продовжується, розвивається гіпертрофія молочних залоз із вираженим судинним рисунком, статеві органи зазнають атрофії. Розвиваються розлади вуглеводного та жирового обмінів, стає нестійким артеріальний тиск.

Діагностика базується на симптоматиці. Для виключення пухлини гіпофіза проводять рентгенографію турецького сідла, комп'ютерну томографію, визначення гостроти та полів зору.

При дослідженні кількості статевих гормонів у крові визначають підвищення рівня пролактину, зниження рівня фолітропіну. Знижується кількість естрогенів у крові та сечі. Екскреція 17-кетостероїдів не порушена.

Тести функціональної діагностики: базальна температура монофазна, 36,5–36,8 °С. Симптоми «зіниці» та «папороті» негативні протягом усього циклу.

Цитологічне дослідження піхвового мазка дозволяє виявити зниження кількості естрогенів: у мазку до 50% парабазальних клітин, КІ нижчий 5%.

Лікування. Гормонотерапія, спрямована на пригнічення лактації та регуляцію менструальної функції. Найбільш ефективним препаратом для лікування галактореї є парлодел (бромкриптин) — інгібітор пролактину — по 2,5–5 мг на добу протягом 6 місяців. Для зниження рівня пролактину застосовується також камфора терта по 0,1 г тричі на день всередину або 20% розчин по 2 мл двічі на добу; бромкамфора по 0,25–0,5 г 2-3 рази на добу per os.

Гіпофізарна аменорея

Аменорея при гіпофізарному нанізмі. Захворювання розвивається внутрішньоутробно або в перші місяці життя внаслідок інфекційних захворювань чи травматичних пошкоджень передньої частки гіпофіза, тому виникає недостатність усіх її гормонів — соматотропіну в тому числі.

Лікування в основному є компетенцією ендокринолога. Починати лікування слід у дитинстві із стимуляції росту, далі — замісна гормонотерапія.

Аменорея при гігантизмі та акромегалії. Захворювання зумовлені гіперпродукцією соматотропіну, продукція гонадотропних гормонів знижена. Аменорея має вторинний характер.

Лікування. При пухлинах гіпофіза показана рентгенотерапія. Хворим на гігантизм показана естрогенотерапія для зупинки надмірного росту.

Аменорея при хворобі Іценка-Кушинга викликана надмірною продукцією кортикотропіну. Захворювання розвивається у віці 20–40 років. Найбільш раннім симптомом є збільшення маси тіла з розподілом жирової тканини переважно на обличчі, шиї, тулубі. Підвищується артеріальний тиск, розвиваються кардіосклероз, нефросклероз. Виникають зміни шкіри та скелета, внаслідок демінералізації кісток розвивається остеопороз. На шкірі з'являються смуги розтягнення, висипання типу acne vulgaris, гіперпігментація зовнішніх статевих органів, гірсутизм (волосся росте на незвичайних для жінки місцях — обличчі, грудях, животі).

Лікування проводить ендокринолог, воно полягає у призначенні інгібітора синтезу гормонів кори надниркових залоз — хлодитану. За відсутності ефекту — рентгенотерапія гіпоталамо-гіпофізарної ділянки або адреналектомія з наступною замісною терапією преднізолоном.

Аменорея при синдромі Шихана розвивається після патологічних пологів або септичних захворювань і пов'язана із крововиливами у гіпофіз і наступним некрозом його передньої, а інколи і задньої частки. Об'єм некрозу визначає важкість перебігу захворювання.

Клініка: після важких пологів у породіллі виникають головний біль, запаморочення, слабкість, анорексія. Далі розвивається астенія, зменшення маси тіла, аменорея, мікседема. Випадає волосся на голові, на лобку. Знижуються артеріальний тиск, температура тіла. *Важка форма* синдрому Шихана проявляється у вигляді *пангіпопітуїтаризму* — дефіцит гонадотропних гормонів викликає стійку аменорею, гіпотрофію статевих органів та молочних залоз; дефіцит ТТГ — мікседему, облисіння, сонливість, зниження пам'яті; недостатність АКТГ — гіпотензію, адинамію, слабкість, посилену пігментацію шкіри. Характерна стійка анемія, що погано піддається лікуванню.

Діагностика: в анамнезі септичний шок або кровотеча під час пологів чи аборту. Гормональні дослідження виявляють різного ступеня зниження у крові гонадотропінів, ТТГ, АКТГ, в сечі знижений рівень 17-КС і 17-ОКС. Гіпоглікемія та гіпоглікемічний тип цукрової кривої при навантаженні глюкозою.

Лікування спрямоване на покращання загального стану хворих. Висококалорійна їжа, вітаміни. При вираженій астенії — анаболічні гормони. Замісна терапія: преднізолон по 5 мг на добу протягом 2–3 тижнів 1 раз на 3 місяці, тиреоїдин, естрогени і прогестерон циклами. Хворим після 40 років призначають андрогени, враховуючи їх високий анаболічний ефект: метилтестостерон по 5 мг на добу. Вітамінотерапія — вітамін В, С, РР, біостимулятори.

Яєчникова аменорея

Причинами яєчникової аменореї є вроджена дисгенезія гонад (захворювання виникає внаслідок аномалії статевих хромосом), синдром Шерешевського-Тернера та синдром склерополікістозних яєчників (синдром Штейна-Левенталя).

Синдром Шерешевського-Тернера *(рис. 5.1)* є комплексом генетичних вад, пов'язаних із хромосомними порушеннями (відсутня одна Х-хромосома), що зумовлює нездатність тканин до розвитку і викликає пошкодження мезодермальних зачатків м'язової та кісткової тканин в ембріональному періоді. Тканина яєчників також зазнає шкідливого впливу ще в період диференціювання статевих залоз, що призводить до загибелі секреторного епітелію та заміни його сполучною тканиною.

При народженні діти мають малу масу тіла, надалі вони ростуть повільно, зріст не перевищує 140 см. Характерна особлива будова тіла: непропорційна бочкоподібна грудна клітка, коротка шия з крилоподібними складками, косоокість, птоз, вуха низько розміщені, неправильної форми.

Рис. 5.1. Лапароскопія. Внутрішні статеві органи при синдромі Шерешевського-Тернера (матка дуже мала, яєчники відсутні, на їх місці — сполучнотканинні тяжі)

Виникають множинні порушення структури кісток — остеопороз, зміна форми тіл хребців та трубчастих кісток, дегенеративно-дистрофічні зміни.

У пубертатному періоді вторинні статеві ознаки не з'являються. Молочні залози відсутні. Волосистість відсутня або вкрай незначна, зовнішні статеві органи, піхва, матка різко недорозвинуті, тканина яєчників відсутня. Характерна первинна аменорея, менструації настають у хворих за умови вчасного початку лікування.

Діагностика. Дослідження хромосом виявляє широкий спектр хромосомних аномалій: ХО/ХХ; ХО/ХХХ, характерний мозаїцизм.

При лабораторному дослідженні кількості гормонів визначають значне збільшення рівня ФСГ. Рівень екскреції 17-КС дещо знижений.

УЗД виявляє різку гіпоплазію матки або наявність на місці внутрішніх статевих органів сполучнотканинних тяжів. Інколи матка взагалі відсутня.

У вагінальному мазку при цитологічному дослідженні виявляють базальні та парабазальні клітини.

Лікування. У дитинстві лікування спрямоване передусім на стимуляцію росту. Терапію гормонами рекомендують починати не раніше 15 років, оскільки більш ранній початок лікування естрогенами призводить до закриття епіфізарних зон кісток і повної зупинки росту.

Метою замісної терапії гормонами (спочатку лише естрогенами) є формування фігури за жіночим типом і усунення диспропорційної будови тіла. Для покращання рецепції гормонів призначають тиреоїдин по 0,1 мг і фолієву кислоту по 10–20 мг щоденно 20 днів на місяць. Водночас хвора приймає етинілестрадіол або мікрофолін у дозі 0,05–0,1 мг 20 днів поспіль, відтак роблять 10-денну перерву. Лікування триває 3–4 місяці і призводить до появи вторинних статевих ознак і менструальноподібної реакції. Потім переходять на комбіновані естроген-гестагенні препарати або використовують схему: мікрофолін «форте» 0,05 мг на день з 1 по 14-й день штучно сформованого менструального циклу і утрожестан по 100 мг два рази на день з 15 по 28-й день.

Маткова форма аменореї

Маткова форма аменореї може бути первинною (внаслідок аномалій розвитку матки) та вторинною, що виникає внаслідок запального процесу з утворенням синехій (зрощень) у порожнині матки; травми ендометрія під час переривання вагітності або діагностичного вишкрібання, коли порушується структура базального шару, після перенесеного туберкульозу ендометрія або введення у матку йоду. Тести функціональної діагностики свідчать про збе-

реження функції яєчників. При гістероскопії виявляють стоншення чи атрофію ендометрія та наявність синехій у порожнині матки.

Лікування. Розтин зрощень у порожнині матки шляхом ендоскопічної операції. 2–3 курси циклічної гормонотерапії дозволяють у більшості хворих відновити менструальну функцію, проте репродуктивна функція відновлюється рідко.

ДИСФУНКЦІЙНІ МАТКОВІ КРОВОТЕЧІ

Дисфункційна маткова кровотеча (ДМК), це аномальна надмірна, часта або пролонгована кровотеча із матки, не пов'язана з органічною патологією органів малого таза, із системними захворюваннями або із ускладненнями вагітності.

Дисфункційні маткові кровотечі можуть виникати у будь-якому віці. Залежно від часу їх виникнення, розрізняють ювенільні кровотечі (у дитячому віці та у період статевого дозрівання), кровотечі репродуктивного періоду, клімактеричні кровотечі. ДМК нерідко бувають проявами початкових стадій нейроендокринних та екстрагенітальних захворювань, зокрема захворювань крові. Найбільш часто дисфункційні маткові кровотечі виникають у молодих жінок у період становлення менструальної та репродуктивної функцій. У ранній репродуктивній фазі пошкоджуючим чинником часто є ситуації, пов'язані з розумовим та фізичним перевантаженням. Патологічним тлом, на якому розвиваються зрушення гормонального статусу, є хронічний стрес і хвороби адаптації. У жінок генеративного віку основною причиною дисфункційних маткових кровотеч є захворювання запального характеру. Пізня репродуктивна фаза, або пременопауза, настає у жінок після 35 років. У цьому віці навіть помірні за силою подразники, які раніше не спричиняли розладів менструальної функції, можуть стати пусковим механізмом розвитку порушень ритмічної активності системи.

Етіологія захворювання пов'язана з несприятливими впливами навколишнього середовища, психічними стресами, порушенням функції яєчників та інших ендокринних залоз.

Розлади функції системи *гіпоталамус–гіпофіз–яєчники–матка* призводять до порушення дозрівання фолікула. Залежно від того, настає овуляція чи ні, кровотечі можуть бути овуляторними та ановуляторними.

Класифікація дисфункціональних маткових кровотеч за патогенезом:

І. *Овуляторні (двофазні) за типом:*

- гіпоестрогенії;
- гіпогестагенії;
- гіпергестагенії.

II. ***Ановуляторні (однофазні) за типом:***

- гіпоестрогенії;
- гіперестрогенії.

За часом виникнення: циклічні (ті, що настають у термін чергової менструації, але відрізняються від неї за кількістю втраченої крові та тривалістю); ациклічні (виникають поза менструацією або тривають з перервами впродовж усього циклу).

За віком хворої: ювенільні (12–18 років), репродуктивного віку (18–45 років), клімактеричні (45–55 років), кровотечі у менопаузі.

Овуляторні дисфункційні маткові кровотечі

За типом гіпоестрогенії (вкорочення фолікулінової фази). Кровотечі виникають внаслідок дозрівання неповноцінного фолікула, перша фаза циклу вкорочена, овуляція відбувається на 8–10 день циклу. Менструальний цикл вкорочений до 2–3 тижнів, кількість виділень може бути збільшена (гіперменорея), тривалість менструації може бути звичайною або подовженою до 7–10 днів. Репродуктивна функція збережена.

Лікування такі хворі зазвичай не потребують. Іноді при гіперполіменореї призначають препарати, що скорочують матку.

За типом гіпогестагенії *(рис. 5.2).* Виникає скорочення другої фази циклу, відбувається передчасна інволюція жовтого тіла, тому виділяється недостатня кількість гестагенів, секреторні зміни ендометрія виражені також недостатньо, тому відшарування ендометрія відбувається нерівномірно.

Клініка. Циклічні маткові кровотечі, менструація тривала, проміжки між менструаціями зменшені. Перед менструацією — мажучі кров'янисті виділення. Репродуктивна функція порушена, розвивається безпліддя.

Діагностика. Базальна температура двофазна, перша фаза триває 2 тижні, друга — 3–7 днів.

Лікування. У другу фазу менструального циклу призначають прогестерон по 1 мл 1% розчину 5–6 днів. Для посилення функції жовтого тіла показані вітамін Є по 50–60 мг і аскорбінова кислота по 0,5 г щодня протягом 10 днів.

За типом гіпергестагенії *(рис. 5.3).* Перша фаза менструального циклу відбувається повноцінно і завершується овуляцією. Утворюється жовте тіло, яке тривалий час розвивається (персистує) і виділяє надмірну кількість прогестерону. Друга фаза триває 20–25 днів. Загалом тривалість менструального циклу становить 35–40 днів. Менструація затримується, потім розпочинається кровотеча, яка затягується на 2–4 тижні внаслідок сповільнення фази регенерації ендометрія.

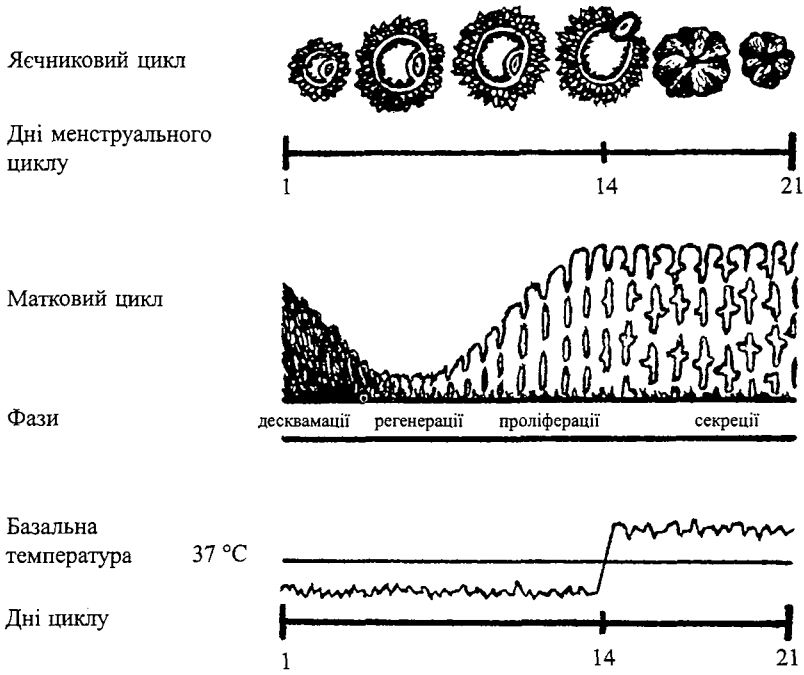


Рис. 5.2. Овуляторна ДМК за типом гіпогестагенії

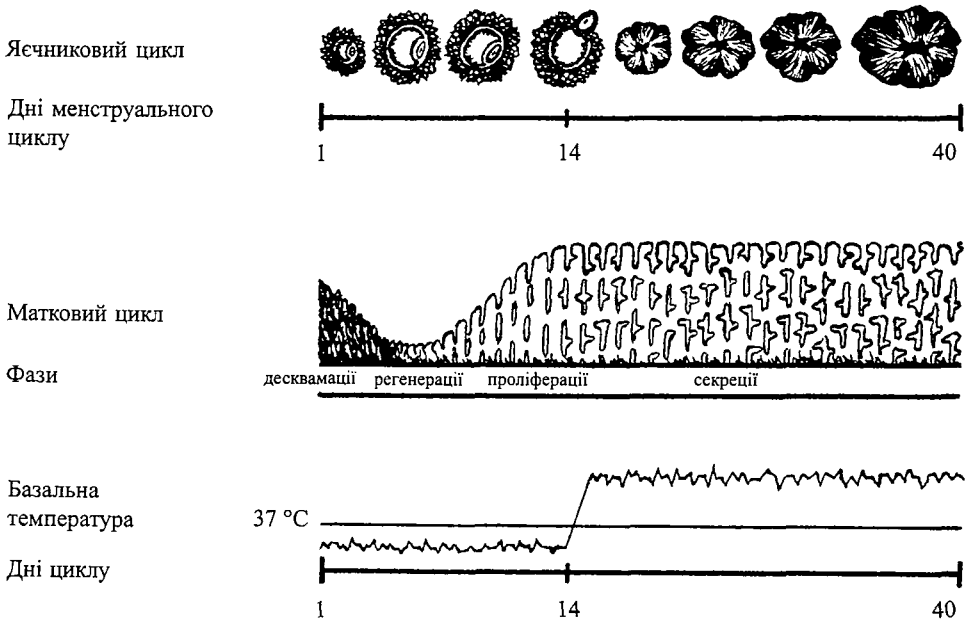


Рис. 5.3. Овуляторна ДМК за типом гіпергестагенії

Діагностика. Базальна температура двофазна, друга фаза (гіпертермії) триває довго, відсутнє передменструальне зниження температури. Слід провести диференціальну діагностику з перериванням вагітності у ранніх термінах (тест на вагітність).

Лікування починають з вишкрібання ендометрія. Гістологічне дослідження виявляє секреторну трансформацію ендометрія. Призначають естрогени з 1 по 25-й день циклу, поступово зменшуючи дозу, або синтетичні прогестини за схемою. Хірургічне та гормональне лікування проводить лікар-гінеколог.

Ановуляторні дисфункційні маткові кровотечі

Атрезія фолікула — при цій патології фолікул починає свій розвиток, досягає певного ступеня зрілості, але овуляція не настає, жовте тіло не утворюється, фолікул зазнає зворотного розвитку. Відсутня правильна циклічність виділення гормонів естрогени — прогестерон, в ендометрії не настають секреторні зміни. Захворювання супроводжується гіпоестрогенією *(рис. 5.4)*.

Клініка. Менструації втрачають регулярний ритм, порушується їх інтенсивність і тривалість. У відповідь на атрезію фолікула і спад кількості гормонів через 8–16 діб після початку кровотечі настає менструальноподібна реакція. Її механізм пов'язаний з транссудацією із судин поверхневих шарів ендометрія, де виникають крововиливи й ділянки некрозу. Відсутність овуляції призводить до безпліддя, що часто є основною скаргою хворих. Ановуляторні цикли можуть чергуватися з овуляторними.

Діагностика. Для встановлення діагнозу необхідні тривале спостереження за жінкою, дослідження показників тестів функціональної діагностики. Базальна температура монофазна, крива розміщена нижче 37 °С, феномени «папороті» і «зіниці» виражені слабко або відсутні навіть у середині менструального циклу. Кольпоцитологічні дослідження показують помірну або незначну насиченість організму естрогенами. При гістологічному дослідженні ендометрія — відсутність секреторних перетворень, слизова оболонка матки у фазі проліферації з набряком тканини.

Лікування. При зниженій естрогенній насиченості організму призначають циклічну терапію естрогенами та гестагенами для нормалізації менструального циклу і використовують засоби для стимуляції овуляції. Лікування повинно тривати 3–6 місяців (марвелон, мерсилон).

Тривала персистенція фолікула (геморагічна метропатія, хвороба Шредера). Захворювання розвивається внаслідок надмірно тривалого існування фолікула *(рис. 5.5)*.

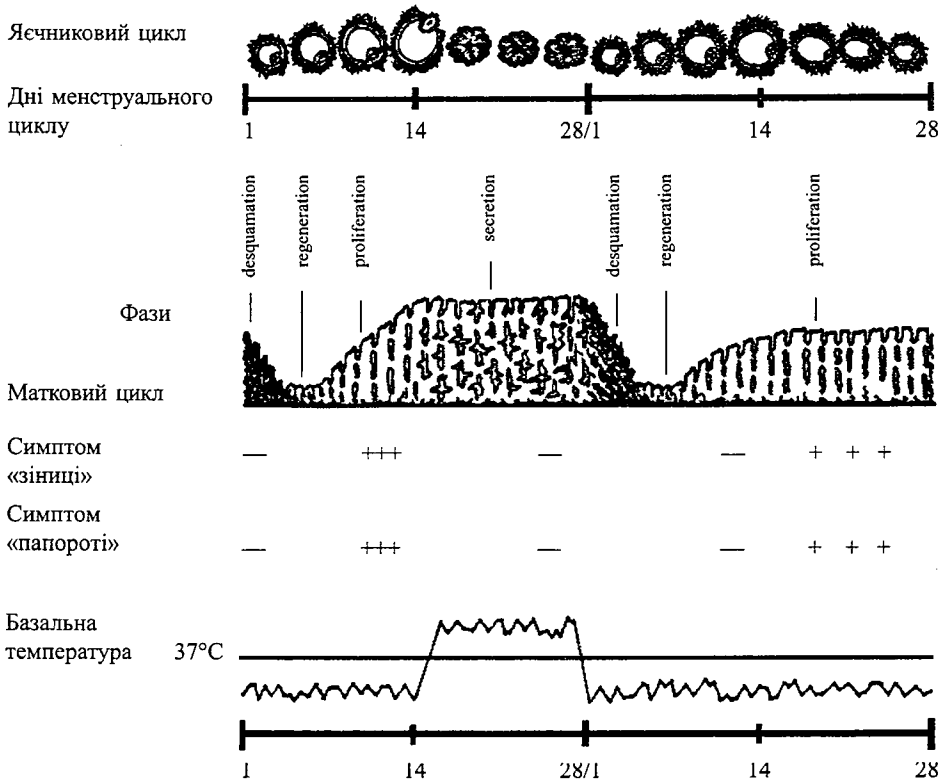


Рис. 5.4. Нормальний менструальний цикл і атрезія фолікула

Патогенез. Під час першої фази менструального циклу фолікул росте та розвивається надмірно довго. Овуляція не настає. Жовте тіло не утворюється. Відсутня продукція прогестерону, тому в ендометрії не настає фаза секреції. Фолікул досягає значних розмірів, інколи утворюється фолікулярна кіста — ретенційне утворення діаметром 3 см і більше. Це призводить до гіперпродукції естрогенів, під впливом яких у матці відбувається патологічна проліферація ендометрія з явищами поліпозних розростань. Внаслідок значного потовщення ендометрія в ньому розвиваються деструктивні зміни, настають некроз і безладна десквамація, що супроводжується тривалою кровотечею, оскільки відсутність секреторних змін у матці не дозволяє відшаруватися функціональному шарові ендометрія, як це буває при нормальній менструації. В ендометрії — гістологічна картина застійного повнокрів'я з розширенням капілярів, порушується кровообіг, збільшується проникність судин, розвиваються тканинна гіпоксія та інші метаболічні порушення.

Клініка. Основною ознакою геморагічної метропатії є поява кровотечі після аменореї протягом 1,5–2 місяців. Період аменореї відповідає розвит-

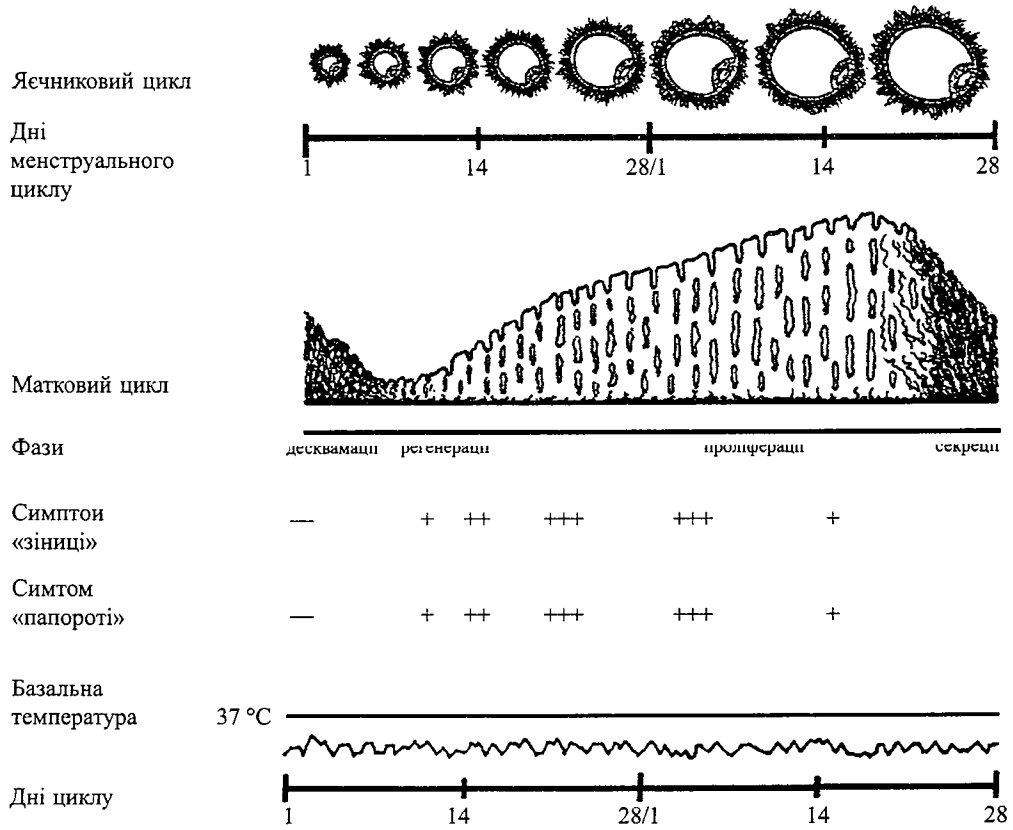


Рис. 5.5. Персистенція фолікула

ку фолікула, а початок кровотечі — початку некротичних змін в ендометрії. У таких хворих виникає безпліддя, пов'язане з відсутністю овуляції.

Діагностика. Діагноз встановлюють на основі аналізу скарг хворої. Для уточнення гормонального статусу проводять дослідження функції яєчників: базальна температура однофазна, нижча 37 °С, феномени «папороті» і «зіниці» позитивні протягом усього періоду аменореї, без циклічних коливань. Кольпоцитологічні дослідження показують надмірну насиченість організму естрогенами, каріопікнотичний індекс — 60–80 %. При дослідженні екскреції гормонів із сечею виявляють значне зниження екскреції прегнандіолу. При гістологічному дослідженні ендометрія діагностують відсутність секреторних перетворень перед очікуваною менструацією, слизова оболонка матки у фазі патологічної проліферації, характерна залозисто-кістозна гіперплазія ендометрія з явищами некрозу, тромбозу та дистрофії.

Лікування. Лікування полягає у зупинці маткової кровотечі та нормалізації менструального циклу. Методи лікування обирають, враховуючи вік

Нормальна менограма

Таблиця 5.1

	День циклу						
	1-5	6-9	10-14	15-16	17-18	19-24	25-28
Симптом «папороті»	—	+	++	+++	++	+	—
Симптом «зіниці»	—	+	++	+++	++	+	—
Базальна температура, °С	< 37	< 37	< 37	< 37	> 37	> 37	> 37
Розтягнення цервікального слизу, см	—	—	4-5	7	4-5	—	—
КПІ, %	20-30	35	50-60	90	50-80	20-30	10-15
ЕІ, %	5-20	15	30-50	50-70	30-40	12-15	3-5
Індекс дозрівання	5/65/30	5/60/35	0/40/60	0/10/90	0/30/70	0/70/20	5/90/10
Тип мазка	II	II-III	III-IV	IV	III-IV	II-III	II

хворої. У репродуктивному віці та у клімактеричному періоді лікування починають з вишкрібання слизової оболонки матки. Ця операція має як діагностичне, так і лікувальне значення, оскільки видалення слизової оболонки припиняє кровотечу, а гістологічне дослідження дозволяє виключити злоякісну пухлину як джерело кровотечі. День вишкрібання умовно вважається першим днем штучно створеного менструального циклу. Надалі проводять протизапальне лікування (для запобігання розвитку інфекції в матці після операції) та регуляцію менструального циклу. Застосовують з цією метою переважно синтетичні прогестини впродовж трьох місяців.

Невідкладну допомогу при дисфункційній матковій кровотечі можуть надавати фельдшер, акушерка (особливо у сільській місцевості), а хірургічне та гормональне лікування проводить лікар-гінеколог.

Ювенільні маткові кровотечі

Ювенільні (пубертатні) маткові кровотечі — це дисфункційні маткові кровотечі у періоді статевого дозрівання (з менархе до 18-річного віку). Частота їх становить від 2,5 до 10%.

Етіологія. Причиною виникнення пубертатних кровотеч є порушення гормонального гомеостазу дівчини при відсутності органічних порушень статевої сфери (пухлини, аномалії розвитку, порушення згортання крові, тромбоцитопенія, тощо).

Фактори, які можуть сприяти виникненню пубертатних маткових кровотеч:

- несприятливий перебіг антенатального періоду;
- гострі та хронічні інфекційні захворювання;
- хронічні соматичні захворювання;
- гострі та хронічні форми стресу;
- патологічні стани ендокринних залоз (щитоподібна залоза, надниркові залози, гіпоталамічний синдром).

Стресові впливи призводять до активації системи гіпоталамус — гіпофіз — кора надниркових залоз, порушується секреція гонадоліберинів і, відповідно, гонадотропних гормонів. Розвивається персистенція фолікулів, що призводить до зміни продукції статевих гормонів.

Якщо в організмі дівчинки не вистачає вітаміну С, що буває при незбалансованому харчуванні, фізіологічно необгрунтованих дієтах, це призводить до підвищення проникності стінок судин. Порушуються мікроциркуляція, біосинтез простагландинів, а це, в свою чергу, порушує процеси згортання крові. Серед етіологічних чинників величезне значення мають інфекційні захворювання, особливо хронічний тонзиліт. Тонзилогенна інфекція

знижує імунний резерв організму, впливає на гіпоталамічну ділянку та на яєчники. За сучасними уявленнями, патогенез ювенільних маткових кровотеч пов'язаний з розладами синхронізації викидів у кров ліберинів, наслідком чого є безладна продукція ФСГ і ЛГ. Це порушує механізми дозрівання фолікулів, овуляції, утворення жовтого тіла. Розвиток фолікула відбувається за типом персистенції або атрезії, що створює умови для гіперпластичних процесів у ендометрії. При зворотному розвитку фолікулів, як реакція на спад гормональної стимуляції, виникає кровотеча.

В ендометрії виникає порушення обміну речовин як результат гіпоксії тканин. З'являються дистрофічні ділянки, некрози із тривалим і нерівномірним відшаруванням ендометрія, що відбувається внаслідок ущільнення аргірофільної волокнистої структури слизової тіла матки.

У хворих з ЮМК дуже часто, окрім порушень у репродуктивній системі, спостерігаються також зміни у системі гемостазу.

Клініка та діагностика. Основні симптоми пубертатних маткових кровотеч:

- тривалі (більш ніж 7–8 діб) кров'янисті виділення із статевих шляхів;
- кровотечі, інтервал між якими менше 21 дня;
- крововтрата більш ніж 100–120 мл на добу.

Важкість захворювання визначається:

- характером крововтрати (інтенсивність, тривалість);
- ступенем вторинної постгеморагічної анемії (легка, середня, тяжка).

Згідно з рекомендаціями ВООЗ, нижня межа нормального рівня гемоглобіну (Hb) у жінок становить 120 г/л, у підлітків — 130 г/л. Якщо цей показник знижений, то це є ознакою анемії.

Розрізняють 3 ступені важкості анемії:

- легка — рівень Hb 119-90 г/л;
- середня — рівень Hb 89-70 г/л;
- тяжка — рівень Hb 69 г/л та нижче.

Алгоритм обстеження дівчат з пубертатними матковими кровотечами. Для діагностики пубертатних маткових кровотеч необхідно зібрати анамнез. *Особливо слід звернути увагу на* початок кровотечі, її тривалість; менархе, перебіг менструальної функції, попереднє лікування; особливості перебігу вагітності та пологів у матері цієї дівчини; перенесені соматичні захворювання; запальні захворювання статевої та сечовидільної системи; наявність алергії; особливості травлення, наявність гіповітамінозу; соціально-побутові умови, екологічні фактори; наявність психічних травм, гострого, хронічного стресу.

При обстеженні таких пацієнток потрібно звернути увагу на загальний стан (із урахуванням гемодинамічних показників: пульс, артеріальний тиск);

забарвлення шкіри та слизових оболонок; фізичний розвиток, зріст, маса тіла; ступінь розвитку вторинних статевих ознак (молочні залози, оволосіння пахв, лобка), наявність гіперандрогенії; огляд живота (виключення пухлини черевної порожнини).

Гінекологічний огляд (проводиться у присутності матері хворої дівчини чи близьких родичів):

- огляд зовнішніх статевих органів (ступень розвитку, наявність аномалій розвитку, характер кровотечі);
- ректоабдомінальне обстеження — для оцінки стану внутрішніх статевих органів;
- огляд за допомогою гінекологічних дзеркал та бімануальне обстеження у сексуальноактивних дівчат.

У таких дівчаток характерний ранній початок статевого дозрівання, рано настає менархе, але з 15–16-річного віку рівень статевої зрілості за комплексом ознак є нижчим, ніж у ровесниць, що, очевидно, пояснюється виникненням порушень стероїдогенезу і підвищенням продукції андрогенів із прогресуванням захворювання.

У багатьох дівчат з ювенільними матковими кровотечами виявляють фіброзно-кістозну мастопатію, тому огляд молочних залоз у таких хворих є обов'язковим.

При огляді статевих органів: розвиток зовнішніх статевих органів правильний. ***У хворих з гіпоестрогенним типом кровотечі*** слизові блідо-рожевого забарвлення, шийка матки конічної форми, симптоми «зіниці» та «папороті» — +, виділення кров'янисті, у невеликій кількості, без домішок слизу. При ректоабдомінальному дослідженні величина матки відповідає віку, кут між тілом і шийкою матки виражений незначно, яєчники не пальпуються. При дослідженні кількості гормонів — екскреція естрогенів із сечею знижена.

У хворих з гіперестрогенним типом кровотечі слизова піхви рожевого забарвлення, добре виражені складки піхви, шийка матки циліндричної форми, виділення кров'янисті, велика кількість, з домішками слизу, симптоми «зіниці» та «папороті» — +++ або ++++. При ректоабдомінальному дослідженні матка дещо збільшена, кут між тілом і шийкою матки виражений чітко, яєчники можуть бути збільшеними у розмірах порівняно з віковою нормою.

На УЗД матка перевищує вікову норму, яєчники значно більші, ніж у здорових дівчаток того ж віку, можна виявити дрібнокістозні включення.

Гістероскопічні дослідження виявляють у хворих гіперплазію і поліпи ендометрія, контури матки нерівні.

Тести функціональної діагностики: базальна температура монофазна, КПП — 50-80% при гіперестрогенному типі, 20–40% при гіпоестрогенному типі.

Враховуючи наявність у більшості дівчаток з ЮМК гіперпластичних процесів у матці і необхідність дотримання онкологічної настороженості, оскільки описані випадки раку ендометрія серед дівчаток 16–18 років, положення, згідно з яким вишкрібання порожнини матки проводиться у дівчат лише за вітальними показаннями, переглянуте, рекомендують у хворих з рецидивуючими ЮМК проводити діагностичне вишкрібання ендометрія. Для проведення операції використовують спеціальні дитячі дзеркала, дівочу пліву попередньо обколюють лідазою, операцію проводять під наркозом.

Консультації профільних спеціалістів: ендокринолога, гематолога, педіатра, невролога.

Лікування ювенільних маткових кровотеч складається з двох етапів:

І етап: власне гемостаз (проводиться у відділенні дитячої гінекології або гінекологічному відділенні).

ІІ етап: профілактика рецидивів захворювання (проводиться амбулаторно дитячим гінекологом, або лікарем акушером-гінекологом).

Об'єм терапевтичних заходів та лікарських засобів визначається:

- особливостями перебігу маткових кровотеч;
- наявністю чи відсутністю ускладнень та ступенем їх важкості.

Перед призначенням медикаментозного лікування проводиться вивчення анамнезу з метою виявлення медикаментозної алергії та протипоказань з боку соматичної захворюваності дівчини на певний лікарський засіб. Гормональні препарати призначаються дівчатам-підліткам за згодою їх батьків.

З метою гемостазу хворим із ювенільними матковими кровотечами застосовують симптоматичну терапію *(табл.5.2.)*.

З метою гормонального гемостазу використовують гестагени, комбіновані естроген-гестагенні препарати.

Хірургічне лікування проводить лікар акушер-гінеколог у відділенні дитячої гінекології (або оперативної).

Лікувально-діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки проводиться за наступними показаннями:

- профузна маткова кровотеча, яка загрожує життю пацієнтки;
- виражена вторинна анемія (Hb 70 г/л та нижче, гематокрит нижче 25,0%);
- підозра на патологічні зміни структури ендометрія (поліп ендометрія за даними УЗД малого таза).

При проведенні лікувально-діагностичного вишкрібання матки повинна бути письмова згода батьків неповнолітньої хворої, засвідчена юристом.

Профілактика рецидивів захворювання. Етапом лікування ЮМК є формування менструального циклу у хворих із пубертатними матковими

Таблиця 5.2

Фармакотерапевтична група засобів	Назва препарату	Спосіб застосування	Добова доза	Тривалість призначення
Гормон задньої частки гіпофіза	Окситоцин	в/венно крапельно у 500 мл 5% розчину глюкози	1 мл	до 7 днів
Гемостатичні засоби	Етамзилат натрію	— в/м'язово	2 мл 1–4 рази	7 днів
		— перорально	0,25×4	
	Вікасол	— в/м'язово	1% 1 мл	3 дні
		— перорально	по 0,015 3 рази	3 дні
Засоби, які зміцнюють судинну стінку	Аскорутин	— перорально	по 0,25 3 рази	7 днів
Засоби, які підвищують тонус та скоротливу активність міометрія	Кропива, водяний перець, грицики звичайні, калина	— перорально у вигляді настоїв	100 мл 3 рази	7 днів
Протианемічні засоби	Залізовмістні препарати	— перорально	1 раз	до нормалізації Hb

кровотечами, що відіграє важливу роль у попередженні подальших порушень менструальної функції:

- ліквідація етіологічних чинників, що сприяють виникненню ювенільних маткових кровотеч;
- нормалізація менструальної функції дівчини забезпечується призначенням медикаментозних засобів;
- додержання режиму повноцінного харчування, загальнооздоровчі засоби;
- при наявності вторинної анемії призначення залізовмісних засобів.

З метою нормалізації менструального циклу використовують симптоматичну терапію *(табл.5.3.)*.

Протирецидивна терапія гормональними препаратами призначається протягом 2–3 менструальних циклів. Кількість циклів гормональної терапії залежить від загального стану дівчини, а також стану яєчників, ендометрія

Таблиця 5.3

Фармакотерапевтична група засобів	Назва препарату	Спосіб застосування	Добова доза	Тривалість призначення
Вітаміни	Фолієва кислота	перорально	1 мг×3 рази	5–15 день циклу
	Токоферолу ацетат	перорально	100 мг	16–28 день циклу
	Аскорбінова кислота	перорально	50 мг×3 рази	16–28 день циклу
Гомеопатичні препарати, що нормалізують менструальний цикл		перорально		3 місяці

(за даними ультразвукового дослідження). При цьому, якщо гормони призначалися на тлі гіперплазії ендометрію, то на час настання менструальноподібної реакції хворій рекомендується госпіталізація.

Критерії ефективності лікування пубертатних маткових кровотеч:

- нормалізація менструального циклу протягом року;
- відсутність рясних та тривалих крововиділень під час місячних;
- відсутність больового синдрому під час місячних;
- відсутність патологічних змін з боку внутрішніх геніталій при ректоабдомінальному та ультразвуковому їх обстеженні.

ПРИНЦИПИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ДИСФУНКЦІЙНИХ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ

Лікування мено-метрорагій повинно бути етапним та комплексним. I етап — *гемостаз*. II етап — *профілактика рецидиву.*

I етап. *Хірургічний гемостаз* (вишкрібання порожнини матки та цервікального каналу) — є найбільш ефективним не лише лікувальним, а й діагностичним методом. Діагностичне вишкрібання вважається головним методом зупинки кровотечі у жінок репродуктивного та клімактеричного періоду, з огляду на зростання частоти раку ендометрія у загальній популяції.

Гормональний гемостаз можна проводити лише молодим пацієнткам, що не народжували та не відносяться до груп ризику розвитку гіперпроліферативних процесів ендометрія; або, якщо діагностичне вишкрібання було

проведене не більше трьох місяців тому, і при цьому не було виявлено патологічних змін ендометрія.

Поширеним та ефективним методом гормонального гемостазу є використання монофазних комбінованих оральних контрацептивів (КОК).

З цією метою застосовуються препарати, які містять 0,03–0,05 мг етинілестрадіолу та гестагени групи 19-норстероїдів, що мають виражену супресивну дію на ендометрій.

Препарати призначають у дозі 3–6 табл. на добу, поступово знижуючи дозу на 1 табл. кожні 1–3 дні після досягнення гемостазу, у подальшому прийом продовжують по 1 табл. (загальний термін прийому складає 21 день).

Гестагений гемостаз. Його застосування патогенетично обгрунтовано при ановуляторних гіперестрогених кровотечах прориву. При цьому слід зазначити, що такий гемостаз досягається повільніше, ніж при призначенні КОК, і може бути рекомендований лише пацієнткам, що не мають вираженої анемії. З метою гестагеного гемостазу застосовують таблетки дідрогестерону (10,0 мг), норетистерона (5,0 мг), лінестренолу (10,0 мг). Препарати призначають по 3–5 таблеток на добу до досягнення гемостазу із подальшим зменшенням дози на 1 таблетку кожні 2–3 дні. Загальний термін застосування згаданих гестагенів (по 2 таблетки на добу) не менше 10 днів із подальшим формуванням наступного менструального циклу після менструальноподібної кровотечі на відміну гестагенів.

Симптоматична (негормональна) гемостатична терапія — доведена ефективність застосування інгібіторів фібринолізу — амінокапронової кислоти та її похідних. Амінокапронова кислота призначається внутрішньовенно крапельно 100 мл 5% розчину або перорально по 30 мл 3–5 разів на добу.

II етап. *Загальні принципи протирецидивного лікування ДМК.*

Проведення загальнозміцнювальних заходів — регулювання режиму праці, харчування та відпочинку з уникненням стресових ситуацій та негативних емоцій. *Лікування анемії* (препарати заліза, полівітамінні та мінеральні засоби, замінники та препарати крові). Інгібітори синтезу простагландинів (мефенамінова кислота 0,5 г 3 рази на добу, німесулід 100 мг 2 рази на добу) в перші 1–2 дні місячних. Антифібринолітики в перші 1–2 дні місячних (амінокапронова кислота та її похідні). Вітамінотерапія: токоферолу ацетат протягом 2 місяців, фолієва кислота 1 таблетка на день з 5-го дня циклу протягом 10 днів, аскорбінова кислота по 1,0 г на добу з 16-го дня циклу протягом 10 днів, а також полівітамінні та мінеральні препарати, що містять залізо та цинк. Препарати, що стабілізують ЦНС (настоянка валеріани, новопасит, тощо). Препарати негормональної дії рекомендуються як при овуляторних, так і при ановуляторних кровотечах.

Гормональна терапія призначається диференційовано залежно від патогенетичного варіанту ДМК:

При овуляторних кровотечах препарати першого вибору:

- гестагени у лютеїнову фазу менструального циклу (з 15-го по 25-й день). Період лікування гестагенами становить 3–6 місяців;
- ВМС з левоноргестрелом.

Гормональна терапія при ановуляторних кровотечах.

Препарати першого вибору:

- монофазні естроген-гестагенні препарати у циклічному режимі. Кількість курсів індивідуальна, однак не менше 3–6 місяців.
- при наявності гіперпроліферативних процесів ендометрія гестагени призначають з 5-го по 25-й день менструального циклу протягом 3–6 місяців, або ВМС з левоноргестрелом.

Гормональними препаратами другого вибору для лікування як овуляторних, так і ановуляторних ДМК, є агоністи ГнРГ (гозерелін або трипторелін), що призначаються по одній ін'єкції у 28 днів протягом 3–4 місяців.

Хірургічні методи лікування менорагій:

- абляція ендометрія проводиться у випадках неефективності гормонотерапії із застосуванням лазера, або гістерорезектоскопії. Метод застосовують у пацієнток, що не зацікавлені у дітонародженні, мають протипоказання до хірургічного лікування, або відмовляються від нього.
- гістеректомія — радикальний метод лікування менорагії. Вона показана пацієнткам, що не відповідають на медикаментозну терапію, і є останнім етапом лікування, особливо у пацієнток з рефрактерною менорагією.

Лікування ДМК в перименопаузальному періоді

Основні умови ефективної терапії кровотеч в перименопаузальному віці:

- встановлення морфологічної структури ендометрія;
- виявлення супровідної генітальної патології;
- виявлення ендокринних захворювань і метаболічних порушень та їх корекція.

Тактика лікування залежить від морфологічної структури ендометрія, наявності чи відсутності органічної патології матки або придатків.

При наявності гіперплазії терапія проводиться згідно з тактикою лікування гіперпластичних процесів ендометрія. При відсутності гіперплазії — принципи та методи аналогічні відповідним у репродуктивному віці.

НЕЙРОЕНДОКРИННІ СИНДРОМИ

Передменструальний синдром (ПМС)

Передменструальний синдром (ПМС) — симптомокомплекс, який виникає за декілька днів до початку менструації і проявляється нервово-психічними, вегетативно-судинними і обмінно-ендокринними порушеннями.

Етіологія та патогенез. ПМС виникає внаслідок порушення функції центральної нервової системи під впливом несприятливих екзо- чи ендогенних факторів на тлі набутої чи вродженої лабільності гіпоталамо-гіпофізарно-оваріальної системи. Розвитку захворювання сприяють ускладнені пологи, аборти, стреси, нейроінфекції. Порушення обміну нейропептидів (дофаміну, серотоніну та ін.) у центральній нервовій системі та периферійних нейроендокринних процесів відіграють основну роль у патогенезі передменструального синдрому.

Клініка. Передменструальний синдром характеризується різноманітними психопатологічними, вегето-судинними та обмінно-ендокринними порушеннями, що проявляються у лютеїнову фазу меструального циклу.

Характерною рисою його перебігу є циклічність, яка може бути пов'язана як з лютеїнвою фазою циклу у регулярно менструюючих жінок, так і мати певну періодичність у хворих з порушеннями меструального циклу, після гістеректомії, у пубертаті або перименопаузі.

Класифіація за ступенем тяжкості:

- легка форма — поява 3–4 симптомів за 2–10 днів до менструації та значна вираженість 1–2 з них;
- тяжка форма — поява 5–12 симптомів за 3–14 днів до менструації та значна вираженість 2–5 з них.

Класифікація за стадіями розвитку ПМС:

- *компенсована стадія* — поява симптомів ПМС під час лютеїнової фази менструального циклу та їх нівелювання з початком менструації, з часом його перебіг не прогресує;
- *субкомпенсована стадія* — перебіг захворювання з часом погіршується, симптоматика наростає, але припиняється після закінчення менструації;
- *декомпенсована стадія* — тяжкий перебіг ПМС — клінічна картина зберігається і після закінчення менструації, а «світлі проміжки» між зникненням та появою симптомів скорочуються.

У складі передменструальних розладів виділяють наступні симптомокомплекси:

Психопатологічні порушення: емоційна лабільність, дратівливість, — збудження; депресія; плаксивість; апатія; погіршення пам'яті; втомлюва-

ність; слабкість; порушення формули сну (безсоння/летаргія); суїцидальні думки; відчуття страху, туги; порушення лібідо; гіперчутливість до звуків, запахів.

Неврологічні симптоми: головний біль (мігрень), запаморочення, дискоординація рухів; гіперестезії; збільшення частоти/поява нападів епілепсії; кардіалгія, аритмія; збільшення частоти та поява нападів астми; явища вазомоторного риніту.

Порушення водно-електролітного балансу: периферичні набряки; збільшення маси тіла; масталгія; здуття живота; порушення діурезу.

Гастро-інтестинальні прояви: зміни апетиту (анорексія, булімія); зміни смакових уподобань; нудота, блювання; метеоризм.

Шкірні прояви: вульгарні вугрі; зміни жирності шкіри; збільшення потовиділення; кропивниця; свербіж; гіперпігментація.

Кістково-м'язові прояви: біль у кістках, м'язах, суглобах, люмбалгія; зменшення м'язової сили.

Діагностика передменструальних розладів:

Перший етап діагностики включає виявлення циклічності маніфестації захворювання та його зв'язку з лютеїновою фазою менструального циклу. Особливу актуальність та важкість цей етап має за умови відсутності регулярного менструального циклу у досліджуваної жінки. В основі діагностичного пошуку лежить ретельний збір анамнезу, а також впровадження методу самоспостереження — ведення пацієнткою щоденника з позначками наявності та інтенсивності патологічних проявів впродовж 2–3 місяців.

З метою диференціальної діагностики різних форм передменструальних розладів доцільно залучати суміжних фахівців: психотерапевта, невролога, терапевта, психіатра.

Гормональні дослідження:

- визначення сироваткових концентрацій гормонів (ФСГ, ЛГ, пролактину, естрадіолу, прогестерону, тестостерону) протягом менструального циклу — у фолікулярну, овуляторну та лютеїнову фази;
- тести функціональної діагностики у динаміці менструального циклу.

Проводять *ультразвукове дослідження органів малого таза.*

Лікування передменструального синдрому включає медикаментозну та немедикаментозну терапію.

Немедикаментозна терапія: нормалізація режиму праці та відпочинку; психотерапія, дозовані фізичні навантаження, фізіотерапія, масаж, нормалізація режиму харчування — 5–6 разів на добу. Виключення або зменшення вживання наступних продуктів: солі, усіх видів консервів, заморожених овочів та фруктів, гострих сортів сиру, копченостей, солінь, чіпсів тощо, простих

вуглеводів, жирів тваринного походження, алкоголю, кави, чаю, какао, коли, що містять кофеїн, який може посилити неспокій, дратівливість, відчуття напруження у молочних залозах.

Доцільне включення до раціону: вітамінів груп А, В, С, Е для прийому кожного дня, макроелементів Mg, K, Ca, мікроелементів Zn, Cu, Se; поліненасичених жирних кислот, які містяться в оливковій, соняшниковій, арахісовій олії, печінці тріски, несоленій ікрі; соків, в першу чергу морквяного та лимонного; чаїв з трав.

Медикаментозна терапія проводиться диференційовано відповідно до ступеня тяжкості та клінічного перебігу синдрому. Призначають препарати, які регулюють кровопостачання, метаболізм та функціональний стан ЦНС: Магне-B_6 1–2 табл. тричі на добу, пірацетам 0,4–1,2 г на добу, інстенон 1 табл. тричі на добу. Вазоактивні препарати: екстракт гінгко білоба 1–2 табл. тричі на добу, пентоксифілін 100,0–300,0 мг на добу. Метаболічні препарати, імунокоректори та адаптогени: ербісол №30 1,0 мл в/м щоденно, убіхінон №10 2,2 мл в/м 1 раз у 3 дні, коензім-композитум №10 2,2 мл в/м 1 раз у 3 дні. Гормональні препарати: гестагени, комбіновані оральні контрацептиви; нестероїдні протизапальні препарати: німесулід 100,0 мг двічі на добу з 16 по 25-ий день МЦ. При набряках застосовують сечогінні препарати.

Альгодисменорея

Альгодисменорея (дисменорея) — це больовий синдром, який циклічно повторюється та супроводжує відторгенння ендометрія при менструації. Зустрічається у 10% – 50% жінок, залежно від віку. При цьому можлива втрата працездатності і зміни психосоматичного статусу, тому ця проблема є не тільки медичною, а й соціальною.

Причини, що призводять до виникнення болю під час менструацій, різноманітні. Альгодисменорея може бути зумовлена функціональними та органічними причинами. До органічних належить наявність перешкод відтоку менструальної крові у вигляді перегину матки, рубцевих змін, що призвели до звуження цервікального каналу. Альгодисменорея — один із симптомів ендометріозу, генітального інфантилізму, запальних процесів у матці та яєчниках, неправильних положень матки, пухлин статевих органів. Болючі менструації бувають частіше у дівчат та жінок, які не народжували, після перших пологів альгодисменорея минає або біль стає не таким інтенсивним.

Лікування повинно бути етіопатогенетичним, спрямованим на усунення причини, що викликала захворювання (протизапальне, хірургічне, гормональне). Якщо альгодисменорея є проявом інфантилізму, проводять загальнозміцнювальне лікування, теплові процедури, гормонотерапію.

Симптоматичне лікування полягає у призначенні спазмолітичних засобів (папаверин, но-шпа, баралгін), анальгетиків, рекомендовані седативні засоби — валеріана, сибазон, магне-B_6, месулід.

Синдром полікістозних яєчників

Синдром полікістозних яєчників (синдром Штейна-Левенталя, СПКЯ) — це клінічний симптомокомплекс, що характеризується збільшенням та кістозними змінами яєчників і порушенням менструального циклу. Ендокринні зрушення проявляються підвищенням рівня ЛГ, андростендіону та тестостерону. В сучасній гінекологічній ендокринології уявлення про патогенез синдрому полікістозних яєчників значно розширились. Виділяють ***типову форму*** з оваріальною гіперандрогенією, описану Штейном і Левенталем, ***центральну форму*** з вираженими порушеннями з боку гіпоталамо-гіпофізарної системи та ***поєднану форму***, викликану яєчниковою та надниркovозалозною гіперандрогенією.

Для типової форми СПКЯ характерне порушення процесів біосинтезу *статевих гормонів у тканині яєчника. Внаслідок порушення гормональних впливів потовщується білкова оболонка яєчника з фіброзом підлеглих шарів,* потовщується theca interna, в субкортикальному шарі виявляють велику кількість кіст та атрезованих фолікулів *(рис.5.6, 5.7).*

Клінічна картина синдрому полікістозних яєчників проявляється у період статевого дозрівання, іноді пізніше, у віці 20-30 років. Основними симптомами є *аменорея (гіпоменорея), гірсутизм, ожиріння, безпліддість, збільшені та кістозно змінені яєчники.* Порушення менструального циклу виражені у формі ановуляторних циклів, гіпоменструального синдрому, аменореї, рідше — маткових кровотеч. Через відсутність овуляції виникає безпліддість. Гірсутизм є однією з постійних ознак синдрому полікістозних яєчників і виражається у появі волосся на обличчі, на кінцівках, передній черевній стінці, навколо сосків. Ожиріння зустрічається приблизно у третини хворих і поєднується із ознаками гіпоталамо-гіпофізарних порушень: смуги розтягнення на животі та стегнах, підвищення внутрішньочерепного тиску.

Діагностика. При бімануальному дослідженні виявляють матку нормальних розмірів або дещо зменшену, збільшені, щільні, рухомі яєчники. У хворих з ожирінням пальпаторно оцінити величину яєчників важко, тому необхідно вдатися до додаткових методів обстеження. УЗД дає можливість виявити ступінь збільшення яєчників та велику кількість кіст різного розміру *(рис. 5.7).*

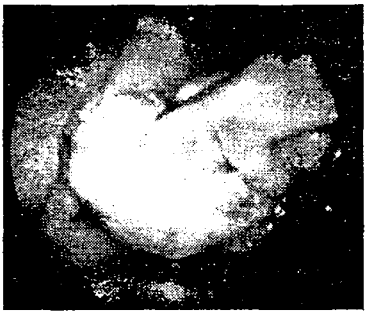


Рис. 5.6. Полікістоз яєчника (лапароскопія)

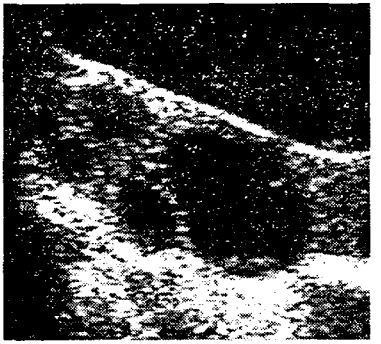


Рис. 5.7. Полікістозні зміни в яєчнику (УЗД)

При лабораторному дослідженні кількості гормонів концентрація ЛГ може коливатися від незначно збільшеної до значного підвищення, рівень ФСГ не перевищує норму. Екскреція 17-КС на верхній межі норми або підвищена.

Тести функціональної діагностики: базальна температура монофазна, 36,5–36,8°С, симптоми «зіниці» та «папороті» негативні — ознаки ановуляторного циклу. Цитологічне дослідження піхвового мазка дозволяє виявити зниження кількості естрогенів.

Для уточнення діагнозу і диференціальної діагностики з іншими патологічними процесами в яєчниках доцільно провести лапароскопію, за показаннями — біопсію яєчників.

Лікування. Основними напрямками лікування синдрому полікістозних яєчників є консервативне лікування, спрямоване на нормалізацію менструального циклу, індукування овуляції та відновлення репродуктивної функції медикаментозними засобами, й оперативне — з урахуванням найновіших досягнень ендоскопічної хірургії.

Мета консервативного лікування при первинному полікістозі (склерополікістозі) — нормалізація функції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи, біосинтезу стероїдів та механізму овуляції, що має призвести до відновлення репродуктивної функції. Вид лікування визначається клініко-патогенетичним варіантом захворювання, віком хворої, тривалістю та ступенем важкості порушень у репродуктивній системі, вираженістю морфологічних змін в яєчниках та матці.

Критерії ефективності лікування: відновлення менструальної функції, поява овуляції, настання вагітності, зниження вираженості гірсутизму.

Гормональну терапію, спрямовану на нормалізацію менструальної функції, необхідно проводити під постійним контролем з використанням тестів функціональної діагностики, що дозволяють діагностувати овуляцію, та визначенням рівня статевих гормонів.

Якщо синдром полікістозних яєчників проявляється у періоді статевого дозрівання, лікування слід розпочинати із загальнозміцнюючої та вітамінотерапії, гормональну терапію дівчаткам та дівчатам до 18 років призначати небажано. Для нормалізації обміну статевих гормонів призначають глютамінову кислоту по 1 табл. двічі на день, пантотенат кальцію по 1 табл. 2 рази на день з першого дня менструального циклу (при аменореї першим днем вважаємо перший день приймання препарату) упродовж 20 днів, галаскорбін по 1 табл. 2 рази на день, вітамін Е один раз (на ніч) з 14 дня циклу протягом 15 днів. Таке лікування проводять 3-6 місяців, якщо нормалізація менструального циклу не настає, вдаються до терапії двокомпонентними гестаген-естрогенними препаратами з мінімальними кількостями статевих гормонів (мерсилон, марвелон): препарати призначають по 1 табл. на добу впродовж 21 дня (лікування починають на 5-й день менструального циклу), після 7-денної перерви курс повторюють, лікування триває 3–4 місяці.

Використовують клостильбегіт (кломіфену цитрат), кломід, тамоксифен (за схемою) протягом 3-х місяців. Після кожного циклу після прийому останньої дози препарату призначають 500–1500 МО хоріогоніну (прегніл 3–5 днів).

При лікуванні вторинних полікістозних яєчників на тлі наднирниковозалозної гіперандрогенії рекомендують комбінувати глюкокортикоїди з кломіфеном. При резистентності до кломіфену цитрату призначають пурегон.

Для лікування гірсутизму використовують ципротерону ацетат по 100–200 мг на добу з 5-го по 14-й день менструального циклу, при невеликих проявах гірсутизму призначають комбінований естроген-гестагенний препарат з антиандрогенною дією «Diane-35» по 1 табл. з 5-го по 26-й день циклу. Ефект настає переважно через 10–12 місяців прийому препарату.

Хірургічне лікування — найпоширеніший метод ефективного відновлення менструальної та генеративної функцій. Залежно від впливу на яєчник, виділяють такі види оперативного лікування: шляхом лапаротомії — клиноподібна резекція яєчників, демедуляція, декапсуляція, декортикація. Перспективними є метод ендоскопічної резекції яєчників, електропунктура (проколюють кістозні утворення голкоподібним електродом), термокаутеризація (після фіксації яєчників термокаутер вводять у тканину залози до занурення в мозковий шар у 6–10-ти місцях), лазерна вапоризація (застосовують вуглекислотний хірургічний лазер, проводять вапоризацію — випаровування — усіх кістозних утворень під контролем відеомонітора). Переваги ендоскопічних втручань: відсутність спайкового процесу, можливість візуалізації яєчників та маткових труб для виключення інших причин безпліддя та при потребі — можливість розтину зрощень у малому тазі, зменшення ризику кровотечі під час операції.

Реабілітація хворих після операції включає:

- систематичне ведення календаря менструацій;
- вимірювання базальної температури протягом 3-6 місяців;
- проведення кольпоцитологічного дослідження на 7, 11, 14, 21, 25 день циклу, при відсутності менструацій — 5 мазків з інтервалом у 5 днів;
- контрольний огляд через 3 місяці після операції і надалі через кожні три місяці впродовж першого року, наступного року — 1 раз на півроку, надалі — 1 раз на рік;
- при настанні вагітності — раннє звертання в жіночу консультацію і встановлення на облік;
- якщо через 6 місяців після операції вагітність не настала, показано призначення комбінованої гормонотерапії: норколут з 16-го по 26-й день менструального циклу протягом 2-х місяців, далі здійснюють стимуляцію овуляції кломіфеном.

Постоваріоектомічний синдром

Постоваріоектомічний синдром — комплекс патологічних симптомів (нервово-психічних, вегетосудинних і обмінно-ендокринних), які виникають після хірургічного видалення яєчників. Оваріоектомія призводить до виключення функції важливої ланки у системі *гіпоталамус — гіпофіз — яєчники — матка* та вимагає значної перебудови всіх органів внутрішньої секреції, зокрема надниркових залоз і щитоподібної залози. Патологічний симптомокомплекс, що виникає в процесі адаптації організму до різкого зниження кількості жіночих статевих гормонів, виникає у 60–80% прооперованих хворих. Чим молодша жінка і чим більший об'єм операції, тим важчий перебіг захворювання.

Клініка. Перші ознаки постоваріоектомічного синдрому виникають через 2-3 тижні після операції. Дефіцит естрогенів призводить до нейровегетативних (припливи жару, пітливість) та психоемоційних порушень (підвищена дратівливість, запаморочення, розлади сну). Обмінно-ендокринні розлади сприяють розвиткові або прогресуванню захворювань у гормонально-залежних органах та серцево-судинній системі (гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, дисгормональна кардіопатія). Розвиваються ожиріння, остеопороз, атрофічний кольпіт, цисталгія, зміни у шкірі — зниження її еластичності, випадання волосся. Прогресують атеросклероз, глаукома, порушується процес згортання крові.

Лікування. Проводиться поетапно з врахуванням важкості операції та наявності супровідних захворювань. Лікування включає немедикаментозну терапію — лікувальну гімнастику, прогулянки, водні процедури (душ, ванни

з лікувальними травами, обливання прохолодною водою), масаж, акупунктуру, фізіотерапевтичні методи та медикаментозну — гормональну (терапія статевими гормонами у циклічному режимі або комбінованими естрогенгестагенними препаратами) терапію. Гормональна терапія показана хворим генеративного віку. З усіх естрогенних препаратів використовують найслабший — естріол (овестин) щоденно протягом 21 дня з наступною 7-денною перервою. Таке лікування показане при атрофічному кольпіті, оскільки усуває сухість піхви і зменшує больові відчуття під час статевого акту. Ефективні також лівіал, клімен, клімонорм, екстрадерм, клімадинон.

У жінок старшого віку перевагу віддають негормональній терапії: для нормалізації функціонального стану центральної нервової системи застосовують резерпін, обзидан, стугерон, вітаміни B_1, B_6, Е; при психоемоційних розладах — малі транквілізатори та нейролептики (тазепам, френолон).

Клімактеричний синдром

Клімактеричний синдром — симптомокомплекс, що ускладнює перебіг перехідного періоду. Ознаки патологічного клімаксу спостерігаються у 40–60% жінок.

Клініка. Найбільш типовими проявами патологічного клімаксу є нейровегетативні ознаки: припливи жару до обличчя, голови та верхньої частини тіла, що супроводжуються почервонінням обличчя та інтенсивним потовиділенням, серцебиттям, запамороченням. Хворих турбують головний біль, дратівливість, зниження працездатності, порушення сну. Загострюються хронічні захворювання: гепатохолецистит, жовчнокам'яна хвороба, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, погіршується перебіг ішемічної хвороби серця, гіпертонічної хвороби, варикозної хвороби, оскільки виключення з процесів обміну естрогенів призводить до підвищення рівня холестерину в крові, а зниження кількості гестагенів спричинює посилення згортання крові та тромбоутворення. У хворих з атеросклерозом та гіпертонічною хворобою у клініці клімактеричних розладів переважає церебральний компонент — головний біль, запаморочення, погіршання пам'яті, безсоння. Частіше виникають гіпертонічні кризи, можливі судинні ускладнення, крововиливи.

Особливо часто розвивається клімактеричний синдром у хворих із вразливою нервовою системою, у стресових ситуаціях, зокрема, зумовлених виробничими або сімейними конфліктами. Виникає астено-невротичний синдром, інколи з іпохондричною фіксацією особистості з проявами плаксивості, відчуття страху, тривоги, пригніченості. У деяких хворих спостерігається важка депресія, що майже не піддається лікуванню.

Дефіцит естрогенів та гестагенів зумовлює розвиток обмінних та ендокринних порушень. До урогенітальних симптомів відносять дистрофічні зміни вульви, атрофічні (іноді навіть виразкові) кольпіти, цисталгії. Знижується тонус м'язів тазового дна, сфінктерів сечового міхура, що може призвести до нетримання сечі, частого сечовипускання при незначній кількості сечі у сечовому міхурі. Зниження естрогенної стимуляції призводить до припинення дозрівання клітин вагінального епітелію та зменшення кількості глікогену в їхній цитоплазмі. Тому порушується, а згодом припиняється процес самоочищення піхви. При недотриманні правил особистої гігієни розвивається старечий кольпіт. Якщо жінка продовжує статеве життя, то сухість слизової призводить до мікротравм і неприємних відчуттів під час статевого акту.

До екстрагенітальних естрогенодефіцитних станів належать «сухі» кон'юнктивіти, ларингіти, що пов'язано з недостатньою секреторною здатністю слизових оболонок. На обличчі може розпочатися ріст окремих жорстких волосин, інколи стає нижчим тембр голосу, що можна пояснити посиленим синтезом андрогенів у яєчниках і надниркових залозах. У постменопаузальному періоді розвивається остеопороз, зумовлений втратою кальцію і фосфору. 2/3 хворих із клімактеричним синдромом страждають на розлади ліпідного обміну різного ступеня.

Лікування. Першим етапом лікування є немедикаментозна терапія, другим — медикаментозна негормональна, третім — гормональна терапія. При важких формах клімактеричного синдрому використовують всі три види лікування одночасно.

Дуже важливо переконати жінку в необхідності вести правильний спосіб життя, правильно харчуватися, дотримуватися режиму праці та відпочинку. Обов'язковими є ранкова гімнастика, заняття у групах здоров'я відповідно до віку, прогулянки, посильне фізичне навантаження. У домашніх умовах проводять гідротерапію — контрастний душ (чергування холодної та гарячої води є своєрідним масажем судин і запобігає прогресуванню вегетосудинних проявів), гарячі ванни для ніг, перед сном — заспокійливі загальні ванни помірної температури з додаванням лікарських рослин. При можливості рекомендують санаторно-курортне лікування, краще у звичній для жінки кліматичній зоні. Ефективною є фізіотерапія — гальванізація шиї та обличчя, електрофорез новокаїну на ділянку комірцевої зони. Процедури слід завершувати масажем шийно-плечової ділянки.

Використовують седативну терапію — френолон, етаперазин, трифтазин, починаючи з мінімальних доз — 0,5–1 мг на добу, поступово збільшують дозу до досягнення сталого ефекту без появи кволості, сонливості, що свідчить про передозування препарату.

Можливі варіанти гормонотерапії:

- андрогенами — хворим з проліферативними явищами у статевих органах, пов'язаними з гіперестрогенією (фіброміома матки, мастопатія, остеопороз). Андрогени протипоказані при вірильному синдромі, стійкому підвищенні артеріального тиску;
- синтетичними прогестинами у циклічному режимі;
- поєднанням естрогенів та андрогенів. В основі методу лежить синергічна дія цих гормонів на діенцефальну ділянку і антагоністична — на статеві органи. Андрогени зменшують проліферативну дію естрогенів, а естрогени — вірилізуючу дію андрогенів;
- поєднанням естрогенів та гестагенів — імітація менструального циклу: в першу половину — естрогени, у другу — прогестерон.

Тривале призначення естрогенів небажане через небезпеку розвитку гіперпластичних процесів (естрогени стимулюють проліферацію ендометрія та міометрія, а також тканин молочної залози). Естрогенні гормони не можна вважати канцерогенами, вони не є причиною розвитку раку, але якщо в тканині вже відбулася пухлинна трансформація генома, високий вміст естрогенів прискорює ріст пухлини.

У хворих із клімактеричним синдромом використовують сучасні препарати, що зменшують клінічні прояви або цілком їх усувають, покращують самопочуття пацієнток, а деякі з них водночас є профілактикою злоякісних захворювань статевих органів. Застосовують препарати: прогінова-21 — 1 драже на день протягом 2-6 місяців, Цикло-Прогінова — двофазний препарат, що приймають з 5-го дня менструального циклу до 26-го, далі — 7 днів перерви. Препарат не є протизаплідним, тому, якщо менструація не настає, необхідно провести тест на вагітність. Ефективними є препарати клімен, клімонорм, клімактоплан, овестин, лівіал, дивіна, дивітрен, трисеквенс. Поряд з таблетованими формами пропонують до вжитку трансдермальний гель дивігель, екстрадерм та препарат пролонгованої дії гінодіана-депо по 1 мл масляного розчину внутрішньом'язово 1 раз на 30 днів. Ефективним є використання фітоестрогену клімадинон 20 мг по 1 т. 2 рази на добу, який зменшує вегетосудинні і психічні розлади в пре- і менопаузі.

Призначення тієї чи іншої схеми гормональної терапії допустиме лише після ретельного обстеження пацієнтки з урахуванням тестів функціональної діагностики стану яєчників перед лікуванням та в його динаміці.

Вірильний синдром

Вірильний синдром характеризується появою у жінки вторинних чоловічих статевих ознак. Захворювання може розвинутися у будь-якому віці.

Основні прояви такі:

- чоловіча будова тіла — скелета, мускулатури;
- атрофія молочних залоз;
- гіпертрофія клітора;
- поява волосистості за чоловічим типом (гіпертрихоз, гірсутизм);
- порушення менструального циклу — спочатку гіпоменструальний синдром (оліго-, гіпо- і опсоменорея), далі — стійка аменорея.

Причинами вірильного синдрому є гіперплазія кори надниркових залоз (вірильний синдром надниркovозалозного генезу); пухлини кори надниркових залоз (вірильний синдром пухлинного генезу); синдром склерокістозних яєчників (вірильний синдром яєчникового генезу), що супроводжується збільшенням та кістозними змінами яєчників, порушенням менструального циклу, безпліддям та гірсутизмом; маскулінізуючі пухлини яєчників — аренобластома.

Діагностика складна. Обов'язково включає, крім основних методів гінекологічного обстеження, дослідження гормонального статусу хворої з визначенням 17-кетостероїдів; проби з кортикотропіном, дексаметазоном, преднізолоном; УЗД яєчників і нирок; комп'ютерну томографію для діагностики пухлини; для уточнення діагнозу — лапароскопію з біопсією яєчників.

Лікування — етіопатогенетичне. Залежно від причини захворювання — оперативне (видалення пухлини, резекція яєчника) чи консервативне (гормонотерапія).

ДИСГОРМОНАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ

Захворювання молочних залоз поза вагітністю та лактацією називаються **дисгормональними дисплазіями** або **мастопатією.**

Молочні залози є частиною репродуктивної системи жінки, а отже, органом-мішенню для гормонів яєчників, пролактину, тому залозиста тканина молочних залоз зазнає циклічних змін упродовж менструального циклу, відповідно до його фаз. З огляду на це зрозуміло, що надмір чи нестача статевих гормонів порушує регуляцію діяльності залозистого епітелію молочних залоз і може призвести до патологічних процесів у них.

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

Мастопатія — одне з найпоширеніших захворювань: її частота складає 30–45%, а серед жінок з гінекологічною патологією — 50–60%. Найча-

стіше хворіють жінки віком 40–50 років, далі частота мастопатій знижується, натомість зростає захворюваність на рак молочної залози.

Форми мастопатії:

I — дифузна фіброзно-кістозна мастопатія:

- з переважанням залозистого компонента;
- з переважанням фіброзного компонента;
- з переважанням кістозного компонента;
- змішана форма.

II — вузлова фіброзно-кістозна мастопатія.

Фіброзно-кістозна мастопатія з переважанням залозистого компонента клінічно проявляється болючістю, набуханням, дифузним ущільненням усієї залози чи її ділянки. Симптоми посилюються в передменструальний період. Ця форма частіше трапляється в молодих дівчат наприкінці періоду статевого дозрівання.

Фіброзно-кістозна мастопатія з переважанням фіброзного компонента. Цій формі захворювання притаманні зміни сполучної тканини між часточками молочної залози. При пальпації визначаються болючі, щільні, *тяжисті ділянки. Такі процеси переважають у жінок передменопаузального* віку.

Фіброзно-кістозна мастопатія з переважанням кістозного компонента. Утворюється багато кістозних утворів еластичної консистенції, добре відмежованих від навколишньої тканини. Характерною ознакою є біль, що посилюється перед менструацією. Ця форма трапляється в жінок у менопаузі.

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

Вузлова фіброзно-кістозна мастопатія характеризується тими ж самими змінами в тканині залози, але вони не є дифузними, а локалізуються у вигляді одного або кількох вузлів. Вузли не мають чітких меж, збільшуються перед і зменшуються після менструації, не з'єднані із шкірою.

Діагностика. Клінічне обстеження молочних залоз, окрім пальпації, включає ретельний збір анамнезу з урахуванням факторів ризику розвитку раку молочної залози (РМЖЗ).

Фактори ризику розвитку раку молочної залози: вік більше 35 років; сімейний анамнез: за наявності онкопатології у родичів; вік менархе до 12 років; перші пологи після 30 років; менопауза після 55 років; атипія внаслідок забору попередніх біопсійних матеріалів; зловживання алкоголем (вживання більш 100 мл міцних напоїв або 200 мл вина в день); вживання екзогенних гормонів: при безперервному вживанні КОК або ЗГТ — більше 10 років.

У клінічному обстеженні молочних залоз визначальним є принцип онкозастереженості. *Клінічні ознаки малігнізації наступні:* пухлина, яка виявляється при пальпації; втягування соска або шкіри соска; асиметрія соска; ерозія соска; біль у молочній залозі; аксилярна лімфаденопатія; набряк верхньої кінцівки; набряк шкіри молочної залози — «лимонна шкірка»; біль в аксилярній ділянці.

При обстеженні молочних залоз, уразі виявлення патології молочної залози застосовується правило семи позицій:

1) *положення* — обстеження жінки проводитися спочатку в положенні сидячи, далі — стоячи, після цього — лежачи з піднятими руками;

2) *розміру* — звертають увагу на асиметрію розмірів залоз;

3) *пальпації* — проводиться за годинниковою стрілкою подушечками пальців;

4) *тиску* — визначають щільність молочної залози, за умови наявності утворення — його щільність та зміщення;

5) *методика обстеження* — повинна відповідати прийнятому алгоритму;

6) *зворотного зв'язку* — передбачає узгодженість та наступність дій спеціалістів різного фаху;

7) *диспансерне спостереження.*

У разі виявлення патології під час проведення скринінгу здійснюється подальше обстеження стану молочної залози, яке проводиться з використанням потрійного тесту, що передбачає:

- клінічне обстеження молочних залоз;
- білатеральну мамографію;
- за наявності об'ємних утворень — тонкоголкову аспіраційну біопсію під контролем УЗД із поетапною цитологією (маніпуляція проводиться кваліфікованим лікарем УЗД).

Інтерпретація результатів тонкоголкової аспіраційної біопсії проводиться патоморфологом.

У жінок молодше 35 років з метою зниження променевого навантаження на організм при пальпаторному виявленні об'ємного новоутворення в молочній залозі для діагностики доцільно замість мамографії використовувати УЗД молочних залоз.

Лікування призначають тільки тоді, коли за допомогою усіх діагностичних методів переконалися, що у хворої немає злоякісної пухлини. Фіброаденома підлягає видаленню хірургічним шляхом. Інші форми мастопатії лікують консервативно: лікар призначає гормонотерапію — прогестерон у другій половині циклу. Рекомендована вітамінотерапія — вітаміни А, B_1,

B_6, Є, препарати йоду — йодид калію протягом 6–12 місяців. Серед жінок, які застосовують оральну контрацепцію (мерсилон), дуже мало хворих на фіброзно-кістозну мастопатію, тому ефективне застосування гестагенних препаратів з незначними дозами естрогенів протягом 6–12 місяців. Ефективним є використання мастодинону Н по 30 крапель 2 рази на добу протягом 3-х місяців без перерви в період менструації.

Профілактика пухлин молочної залози поділяється на первинну та вторинну. *Первинна* профілактика полягає у припиненні тютюнопаління, надмірного вживання алкоголю, зниження надмірної ваги, гіподинамії, уникненні стресових ситуацій, надмірного сонячного опромінення. *Вторинна* профілактика полягає в ранньому виявленні доброякісних дисгормональних захворювань молочної залози та у своєчасній корекції гормональних розладів, які є передумовою розвитку пухлин.

Кратність та методи обстеження молочних залоз обумовлені віком жінки.

Скринінг патології молочної залози

Таблиця 5.4

Вид обстеження	Вік (роки) обстеження	Частота
Самообстеження молочної залози	*>20*	*Щомісячно*
Клінічне обстеження молочної залози лікарем загального профілю	Всі вікові групи	Щорічно
Мамографія	> 40	Щорічно

Роль фельдшера, акушерки в роботі з пацієнтками з порушеннями менструального циклу

Відповідний акушерський догляд відіграє важливу роль в лікуванні хворих з порушеннями менструального циклу. Вагомого значення надають санітарно-просвітній роботі. Це бесіди про гігієну менструального циклу, гігієну статевого життя, здоровий спосіб життя, гігієну клімактеричного періоду. У разі звернення на фельдшерсько-акушерський пункт пацієнток з порушеннями менструального циклу фельдшер чи акушерка повинні взяти до уваги вік хворої, надати невідкладну допомогу і намагатися госпіталізувати її у відповідний лікувальний заклад. Особливу увагу слід звернути на дівчаток з ювенільними матковими кровотечами, допомогти їм відрегулю-

вати режим навчання та відпочинку, виключити надмірні навантаження. Пацієнтки, у яких клімактеричний період, потребують відповідного спілкування та уважного ставлення. При роботі з такими хворими в гінекологічному відділенні акушерка повинна ознайомити пацієнток з розпорядком дня, гігієнічним режимом і режимом харчування, яке повинно бути висококалорійним, вітамінізованим, багатим на білки й залізо.

Пацієнтки повинні бути поінформовані про необхідність тривалого й дисциплінованого лікування. Правильне і своєчасне виконання акушеркою призначень лікаря відіграє велику роль у терапії порушень менструального циклу, попереджує розвиток ускладнень даних захворювань.

Перелік контрольних питань:

- порушення меструального циклу: етіопатогенез, класифікація;
- аменорея, її форми, діагнотика, принципи лікування;
- маткові кровотечі, клініка, діагностика, невідкладна допомога, принципи лікування;
- альгодисменорея;
- нейроендокринні синдроми в гінекології: передменструальний, постовариоектомічний, клімактеричний, вірильний;
- дисгормональні захворювання молочних залоз;
- роль фельдшера, акушерки в роботі з пацієнтками з порушеннями менструального циклу.

АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ ТА НЕПРАВИЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

РОЗВИТОК ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ У ЕМБРІОНАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

На 3–4 тижні розвитку ембріона на внутрішній поверхні первинної нирки утворюється закладка гонади. Первинна гонада має індиферентну будову (однакову для обох статей) і складається з клітин целомічного епітелію (зовнішній шар), мезенхіми (внутрішній мозковий шар) і статевих клітин гоноцитів. Статеве диференціювання індиферентної залози індукується статевими хромосомами. Наявність Y-хромосоми визначає розвиток яєчка, а Х-хромосоми — яєчника.

Зовнішні статеві органи плода теж проходять індиферентну стадію розвитку. Вони закладаються на 6–7 тижні внутрішньоутробного розвитку у вигляді статевого горбка й уретральної щілини, обмеженої уретральними та *лабіоскротальними складками (рис. 6.1)*.

Формування чоловічої статевої залози починається з 7-го, а чоловічих статевих органів — з 8-го тижня внутрішньоутробного розвитку плода.

Диференціювання репродуктивної системи жіночого організму відбувається у більш пізніх термінах. Формування гонади жіночого типу починається з 8–10 тижня вагітності. Для розвитку яєчника необхідна наявність у зиготі двох Х-хромосом. Ген, що індукує розвиток яєчника, локалізується у довгому плечі Х-хромосоми, під його впливом гоноцити перетворюються в оогонії, надалі — в ооцити, навколо яких із клітин мезенхіми утворюються первинні гранульозні клітини. Вони розміщуються у корі статевої залози та інтенсивно розмножуються шляхом мітотичного поділу. На 5-му місяці розвитку ембріона число первинних фолікулів досягає 4 млн., до моменту народження дівчинки їх кількість редукується до 1 млн. Яєчник уже морфологічно сформований.

Внутрішні статеві органи — маткові труби, тіло, шийка матки, верхня третина піхви — утворюються з парамезонефральних проток. Процес починається на 5–6-му і закінчується до 18 тижня вагітності. З верхньої третини

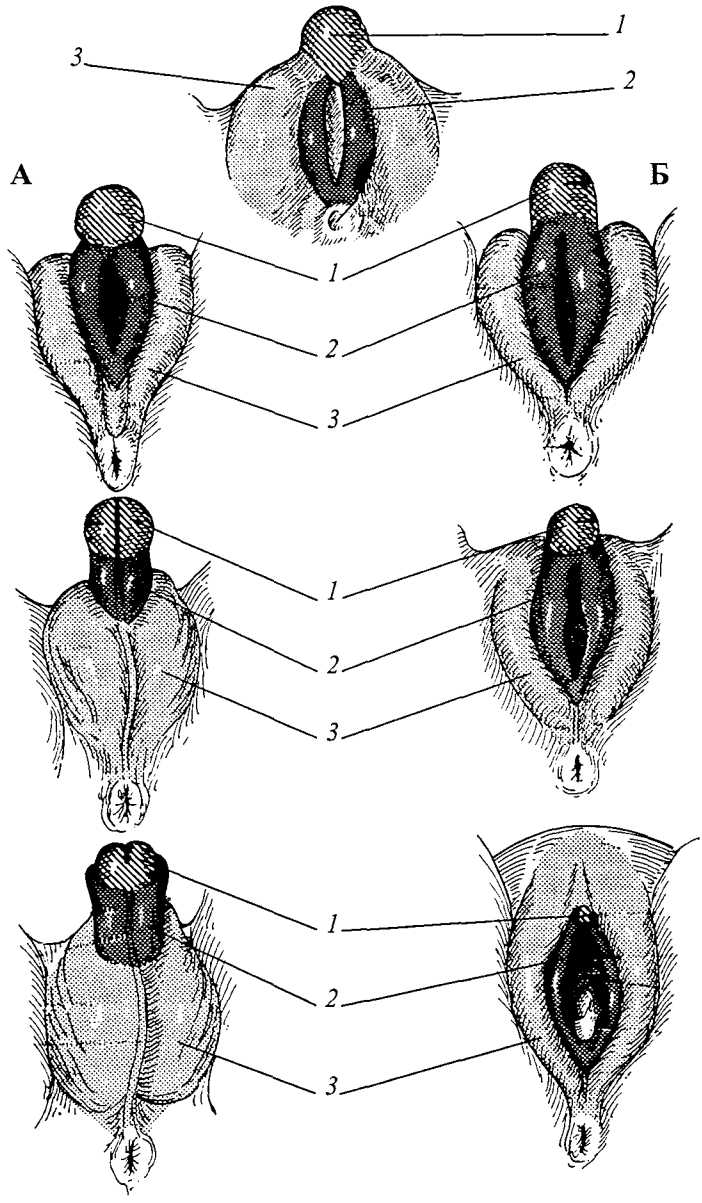


Рис. 6.1. Розвиток зовнішніх статевих органів плода чоловічої (А) і жіночої (Б) статей:
1 — статевий горбок; 2 — уретральні складки; 3 — лабіоскротальні складки

парамезонефральних проток розвиваються маткові труби. Нижня і середня третини, зливаючись, утворюють тіло і шийку матки. Нижній відділ парамезонефральних ходів утворює верхню третину піхви, нижні 2/3 формуються з урогенітального синуса *(рис.6.2)*.

Єдина порожнина органа формується до 21–22 тижня внутрішньоутробного розвитку. Залишки мезонефральних каналів зберігаються у вигляді параофорону, епіофорону та гартнерових ходів по бокових стінках піхви *(рис. 6.3)*.

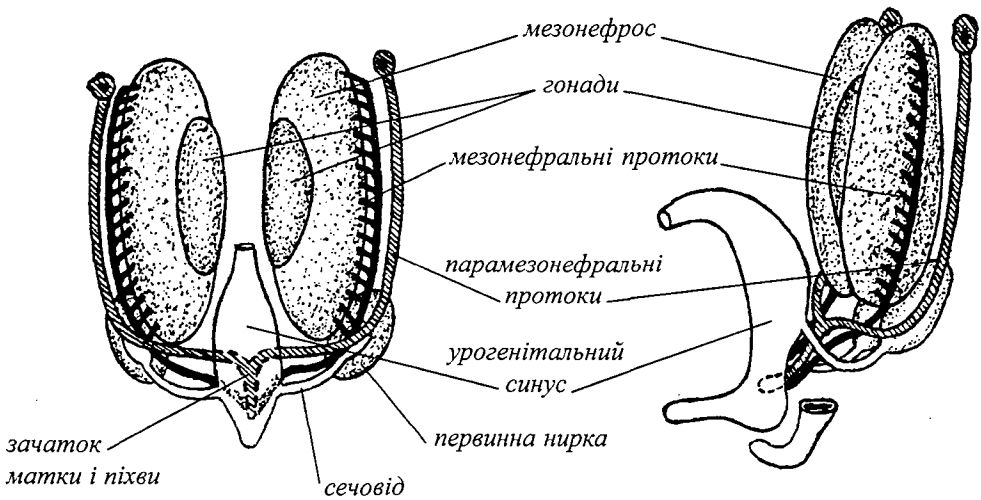


Рис. 6.2. Розвиток статевих органів жінки

Зовнішні статеві органи дівчинки формуються з 17-го тижня внутрішньоутробного розвитку. Спочатку формуються великі статеві губи з лабіоскротальних складок, з уретральних складок утворюються малі статеві губи, із статевого горбка — клітор *(рис. 6.1)*.

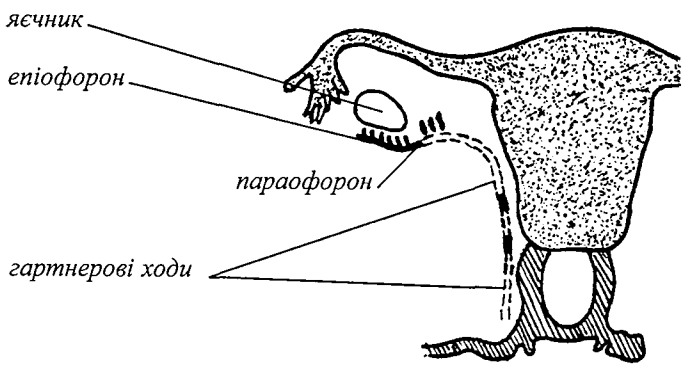


Рис. 6.3. Залишкові ембріональні утворення жіночих статевих органів

АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ ЗОВНІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Найчастіше вади розвитку зовнішніх статевих органів зустрічаються при гермафродитизмі та адреногенітальному синдромі. Ці вади розвитку зовнішніх статевих органів є проявами порушення розвитку статевих залоз і будуть розглянуті у відповідному підрозділі.

АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ МАТКИ ТА ПІХВИ

Формування статевих органів у плода жіночої статі відбувається у перші місяці внутрішньоутробного розвитку із середнього зародкового листка (мезенхіми). З цього ж листка утворюються і органи сечовидільної системи, тому аномалії розвитку матки та піхви можуть поєднуватися з аномаліями органів сечовиділення.

Яєчники формуються у перші тижні розвитку ембріона з індиферентної (однакової для обох статей) статевої залози. На третьому місяці внутрішньоутробного розвитку починається їх диференціювання. Яєчники зміщуються донизу і опускаються в малий таз.

Матка, маткові труби та піхва формуються з мезодермальних зачатків (мюллерових проток). З кожного з них утворюється одна маткова труба, половина матки та піхви. Середня та нижня третини цих проток на 2-му місяці розвитку плода з'єднуються між собою, формуючи зовнішній контур органа, але по всій довжині матка та піхва розділені перетинкою. Протягом 3-го місяця внутрішньоутробного розвитку плода ця перетинка розсмоктується, і утворюється порожнина матки та піхви. З верхніх частин мюллерових ходів, що не злилися, утворюються маткові труби.

Зовнішні статеві органи утворюються із сечостатевого синуса.

Якщо в процесі формування статевих органів на організм вагітної діятимуть шкідливі чинники, зокрема медикаментозні (безконтрольне приймання ліків), процес диференціювання статевих органів може порушитись. Може виникнути ***агенезія*** — відсутність органа і навіть його зачатка; ***аплазія*** — відсутність частини органа; ***атрезія*** — недорозвиток внаслідок причини, що виникла внутрішньоутробно.

Виходячи з механізму формування статевих органів, можливі такі ***варіанти вад розвитку матки та піхви***.

1. Обидві мезодермальні протоки формуються правильно, але не зливаються між собою по всій довжині. Утворюється повне подвоєння матки та піхви (uterus didelfus): у хворої дві піхви, розділені тонкою перетинкою, в кожну піхву відкривається шийка матки; дві матки (однорогі); у кожної

матки одна труба та один яєчник. Обидві матки можуть функціонувати. У хворих з такою патологією частіше зустрічається невиношування вагітності. Здебільшого одна половина статевого апарату буває розвинута краще за іншу *(рис. 6.4 а)*.

2. Обидві мезодермальні протоки формуються правильно, але їх злиття відбувається лише на певному проміжку — інші частини матки та піхви розділені перетинкою. Варіантів такої вади може бути багато: перетинка в піхві (vagina septa); наявність однієї піхви, в яку відкриваються дві шийки матки (uterus bicornus bicollis); перетинка в порожнині матки (uterus septa), дворога матка (uterus bicornus) *(рис. 6.4 б, 6.5)*; сідлоподібна матка (uterus arcuatus). При таких аномаліях статеві органи можуть функціонувати нормально, може наставати вагітність, але часто буває її передчасне переривання, при сідлоподібній матці нерідко діагностують неправильні положення плода *(рис. 6.4 б, в, г)*.

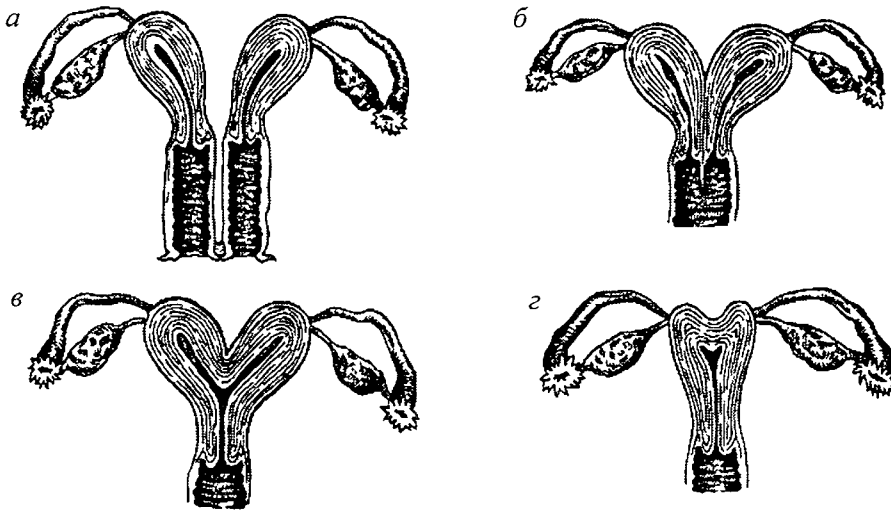


Рис. 6.4. Аномалії розвитку статевих органів:
а — повне подвоєння матки, шийки, піхви;
б — повне подвоєння матки, шийки;
в — дворога матка з однією піхвою;
г — сідлоподібна матка

3. Одна з мюллерових проток розвивається правильно, а інша не розвивається зовсім. Формуються піхва, однорога матка з одним яєчником та однією трубою (uterus unicornus). У такої хворої слід обстежити сечовидільну систему, бо часто така вада поєднується з відсутністю нирки на ураженому боці. Однорога матка може функціонувати, менструальна функція зазви-

Рис. 6.5. Дворога матка
(гістеросальпінгографія)

чай за типом гіпоменструального синдрому, жінка може вагітніти, проте висока частота переривання вагітності у ранніх термінах.

4. Одна з мезодермальних проток розвивається правильно, інша — недостатньо. Формується матка з рудиментарним рогом. Ці порожнини бувають з'єднаними між собою, тому можливе настання вагітності у рудиментарному розі. Вона розвивається як позаматкова, при перериванні відбувається значна кровотеча (розрив рогу), що потребує хірургічного втручання. При наявності замкненої порожнини рудиментарного рогу у ньому може під час менструації скупчуватись кров, що потребує видалення рогу.

Якщо аномалії розвитку матки поєднуються із недорозвитком статевих органів, це супроводжується порушенням менструального циклу, безпліддям.

Діагностика полягає у проведенні огляду зовнішніх статевих органів, огляді шийки матки у дзеркалах, бімануальному дослідженні. Для уточнення діагнозу інколи необхідні УЗД, зондування порожнини матки, гістеросальпінгографія або контрастна сонографія (використовують контрастну речовину еховіст).

Лікування аномалій розвитку хірургічне. Подвоєння матки та піхви, яке не порушує статевої та репродуктивної функцій жінки, не потребує втручання. Оперативне лікування необхідне при наявності у рудиментарному розі позаматкової вагітності, або скупчення менструальної крові. Перетинки у піхві діагностують переважно під час вагітності або під час пологів; якщо вони перешкоджають народженню плода, їх розтинають.

Відсутність піхви (aplasia vaginae) є серйозною вадою розвитку, яка унеможливлює здійснення менструальної, статевої та репродуктивної функцій. Розвивається первинно (внутрішньоутробно) або вторинно внаслідок зарощення після перенесених важких запальних процесів у ранньому дитинстві (віспа, дифтерія, скарлатина), дуже рідко — у жінок після важких пологових травм.

Лікування тільки хірургічне. Полягає у пластичній операції з утворенням піхви з ділянки сигмоподібної кишки, останнім часом набула поширення алопластика.

Гінатрезія — порушення прохідності статевого каналу в якомусь із його відділів. Найчастіше зустрічається атрезія дівочої пліви *(рис. 6.6)*, піхви, шийки матки.

Рис. 6.6. Атрезія дівочої пліви

Первинна гінатрезія розвивається внутрішньоутробно внаслідок вад ембріонального розвитку. Вторинна (набута) є результатом запальних процесів, перенесених у дитячому віці *(рис. 6.7)*. У зрілому віці може розвинутися атрезія піхви як наслідок пологових травм, атрезія шийки матки після діатермокоагуляції, атрезія порожнини матки або зрощення у ній після надмірного вишкрібання під час аборту.

Рис. 6.7. Зрощення великих статевих губ (а).
Та сама хвора після розтину зрощення (б)

Первинна атрезія дівочої пліви повинна бути діагностована медичним персоналом або матір'ю дівчинки ще у період новонародженості, тоді можна уникнути усіх подальших ускладнень. Якщо гінатрезія вчасно не виявлена, то з початком перших менструацій кров починає скупчуватись у піхві, розтягуючи її (haematocolpos). Дівчинка скаржиться на біль. Після закінчення такої прихованої менструації кров гемолізується, рідка частина її всмоктується, об'єм зменшується, біль припиняється до початку наступних місячних. Якщо хвора не звертається за медичною допомогою, то кров, скупчуючись усе більше і більше, збирається у порожнині матки (haematometra), потім у маткових трубах (haematosalpinx) *(рис. 6.8)*.

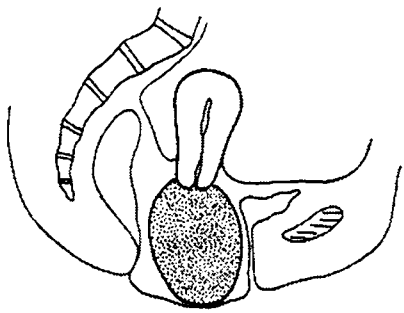


Рис. 6.8. Атрезія дівочої пліви. Гематокольпос

Діагностика полягає в огляді зовнішніх статевих органів, під час якого видно зарощену дівочу пліву та кров, що скупчилася позаду неї. При ректальному дослідженні можна пропальпувати пухлиноподібні утвори у ділянці піхви, матки, маткових труб.

Лікування — хірургічний розтин дівочої пліви. Пліву хрестоподібно розтинають, з піхви виливається густа, бурого кольору кров. На краї розтину накладають шви, щоб не сталося повторної атрезії.

Прогноз залежить від вчасної діагностики захворювання. При тривалому перебігові хвороби і розвитку гематометри та гематосальпінксів надалі в жінки можуть виникнути проблеми з виношуванням вагітності, а якщо у трубах розвинулися деструктивні зміни, може виникнути їх непрохідність. Часто розвивається ендометріоз внутрішніх статевих органів.

АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ ЯЄЧНИКІВ

Гермафродитизм — це наявність в однієї особи ознак обох статей.

Справжній гермафродитизм — наявність у людини статевих залоз обох статей за умови їх одночасного функціонування. Така вада майже не зустрічається у практиці, бо діти, статеві залози яких містять тканину од-

ночасно яєчника та яєчка, народжуються з виродливостями інших органів, несумісними з життям, і гинуть у перші доби після народження.

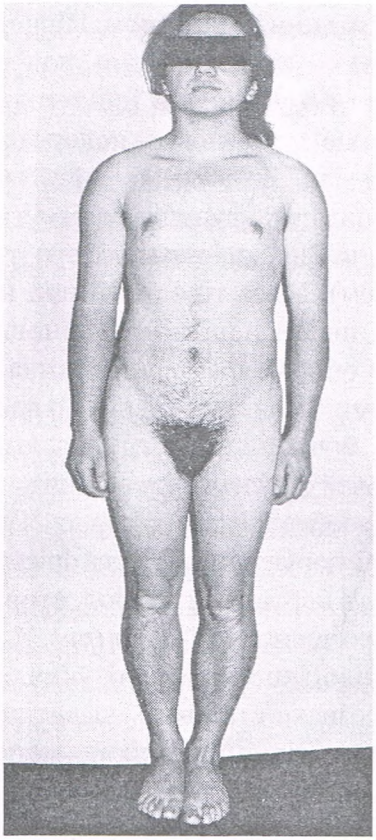
Несправжній гермафродитизм (псевдогермафродитизм) — це вада, при якій будова зовнішніх статевих органів не відповідає характеру статевої залози. ***Стать людини визначається набором хромосом, відповідно до якого розвиваються статеві залози.*** При ***несправжньому жіночому гермафродитизмі*** внутрішні статеві органи та статеві залози жіночі — яєчники, а зовнішні статеві органи розвинуті подібно до чоловічих — клітор збільшений і нагадує пеніс, великі статеві губи гіпертрофовані і нагадують калитку *(рис. 6.9)*. Інколи після народження таким дітям помилково визначають стать і починають виховувати дівчинку як хлопчика, тому у випадку народження дитини з аномалією розвитку статевих органів необхідне ретельне обстеження, включаючи генетичне.

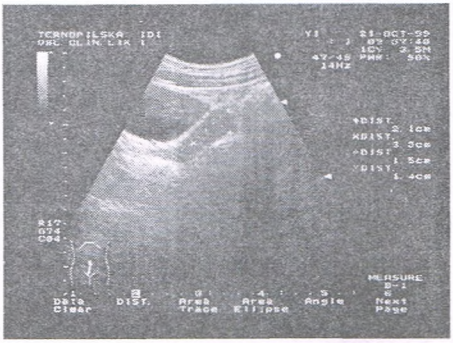
Рис. 6.9. Зовнішні статеві органи пацієнтки 20 років з несправжнім жіночим гермафродитизмом

При ***несправжньому чоловічому гермафродитизмі*** статеві залози чоловічі — яєчка, а будова статевих органів нагадує жіночі.

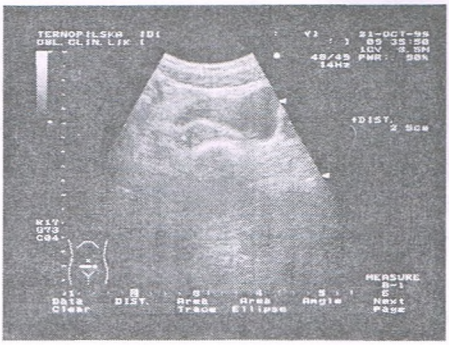
Вроджений адреногенітальний синдром — хвороба, що розвивається внаслідок гіперфункції кіркового шару надниркових залоз, супроводжується підвищенням в організмі плода жіночої статі чоловічих статевих гормонів (андрогенів) та призводить до формування статевих органів дівчинки за чоловічим типом. При народженні дуже важливе правильне визначення статі.

Клініка. У таких дівчаток період статевого дозрівання розпочинається рано — у 6–7 років, супроводжується ознаками вірилізації (появою чоловічих вторинних статевих ознак) — ростом волосся, формуванням скелета та будови тіла за чоловічим типом *(рис. 6.10)*. Діти низького зросту, нижні





Несправжній жіночий гермафродитизм. Гіпоплазія матки при поздовжньому УЗД-скануванні



Несправжній жіночий гермафродитизм. Гіпоплазія матки при попоперечному УЗД-скануванні

Рис. 6.10. Пацієнтка 16 років із вродженим андрогенітальним синдромом

кінцівки короткі внаслідок раннього закриття епіфізарних хрящів. При постпубертатній формі, коли захворювання розпочинається після початку періоду статевого дозрівання, у дівчаток відзначається аменорея або олігоменорея, не розвиваються молочні залози, матка, яєчники. Надалі жінка страждає на первинну безплідність.

Лікування проводить лікар акушер-гінеколог спільно з ендокринологом. Призначають препарати глюкокортикоїдних гормонів (преднізолон, кортизон, дексаметазон) з метою зниження продукції андрогенів надниркoвими залозами, завдяки чому підвищується гонадотропна функція гіпофіза, розпочинається стимуляція яєчників та продукція власних естрогенів.

Відсутність яєчників — обох чи одного — буває рідко, переважно у плодів, що мають інші важкі вади розвитку.

Гіпоплазія яєчників — недостатній розвиток — часто поєднується із недорозвитком матки. Клінічно проявляється гіпоменструальним синдромом.

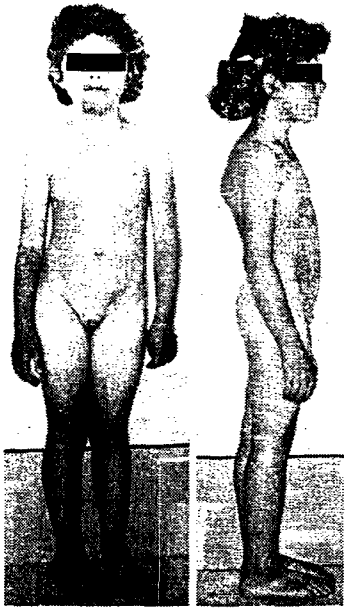


Рис. 6.11. Синдром Шерешевського-Тернера. Пацієнтка 16 років

Дисгенезія гонад (синдром Шерешевського-Тернера) — захворювання, пов'язане з хромосомними порушеннями (відсутня одна Х-хромосома), що зумовлюють недорозвиток яєчникової тканини. Яєчники являють собою сполучнотканинні тяжі, функція їх відсутня.

Діагностика. Ці хворі низького зросту (не вищі 130–145 см). Маса тіла дітей при народженні також низька навіть при доношеній вагітності. При огляді характерні коротка шия з крилоподібними складками від вух до плечей, широкі плечі, бочкоподібна грудна клітка. Зовнішні кути очей опущені, піднебіння високе, тому у хворих особливий тембр голосу. Психічний розвиток не порушений, статева орієнтація жіноча, але в пубертатний період вторинні статеві ознаки розвиваються мало *(рис. 6.11)*.

При гінекологічному огляді виявляють різко виражені ознаки статевого інфантилізму. Зовнішні статеві органи недорозвинуті, різка гіпоплазія піхви, матки та придатків. Для уточнення діагнозу велике значення мають генетичні дослідження, що підтверджують хромосомну аномалію. Тести функціональної діагностики дають картину різкого зниження або практичної відсутності гормонів, базальна температура постійно низька, симптоми «папороті» та «зіниці» відсутні. При кольпоцитологічному дослідженні — до 50% парабазальних клітин.

Лікування до пубертатного віку спрямоване на стимуляцію росту. Після 15–17 років розпочинають замісну терапію гормонами: естрогенні гормони 6–9 місяців, після цього переходять на циклічну терапію естрогенами та прогестероном. Таке лікування призводить до розвитку вторинних статевих ознак, появи циклічних кровотеч із матки.

Синдром склерокістозних яєчників (синдром Штейна-Левенталя). Генетично зумовлене захворювання, патогенез якого полягає у порушенні синтезу статевих гормонів у яєчниках внаслідок неповноцінності ензимних систем. В організмі продукується надмірна кількість андрогенів.

Клінічно це проявляється надмірною волосистістю (гірсутизмом), гіпоменструальним синдромом або аменореєю, безплідністю. При огляді виявляють добре розвинуті вторинні статеві ознаки, двобічне збільшення яєчників, при УЗД — наявність великої кількості фолікулярних кіст, що і є

причиною збільшення яєчників. Надмірна андрогенна стимуляція призводить до потовщення білкової оболонки яєчника, тому не настає овуляція і фолікули, що не розірвалися, перетворюються у кісти.

Лікування захворювання може бути консервативним (гормональна терапія) чи оперативним (клиноподібна резекція яєчників).

Детальніше про синдроми Шерешевського-Тернера і Штейна-Левенталя див. у розділі «Порушення менструальної функції».

ЗАТРИМКА СТАТЕВОГО РОЗВИТКУ

Недорозвиток або відсутність вторинних статевих ознак у 13–14 років і відсутність менструацій у 15–16 років слід розглядати як затримку статевого розвитку (ЗСР).

Розрізняють 2 форми ЗСР — центральну та яєчникову, залежно від первинної ланки у патогенезі захворювання. При центральному генезі яєчникова недостатність настає вторинно внаслідок недостатньої гонадотропної стимуляції. При первинному ураженні гонад секреція гонадотропних гормонів підвищена, що зумовлено відсутністю гальмуючого впливу статевих гормонів на гіпофіз.

Центральна форма затримки статевого розвитку найчастіше зумовлена такими чинниками, як інфекційно-токсичні захворювання (ревматизм, вірусний грип, хронічний тонзиліт, туберкульоз), стресові ситуації, надмірні фізичні навантаження. Ці чинники, діючи у дитячому віці, призводять до функціональної незрілості гіпоталамічних структур, що відповідають за статевий розвиток, порушується регуляція функції репродуктивної системи. Рівень ураження при центральній формі може бути різним. До генетично зумовлених форм належить затримка статевого розвитку при синдромі Лоренса-Муна-Барде-Бідля. Затримка статевого розвитку розвивається у хворих з гіпопітуїтаризмом органічного походження.

Затримка статевого розвитку **яєчникового генезу** найбільш часто виникає у хворих із генетичними дефектами. Спадковий фактор прослідковується у 2/3 хворих. Пошкодження яєчників настає ще у внутрішньоутробному періоді розвитку, причому ступінь пошкодження фетальних яєчників залежить від тривалості дії патогенного чинника — прийому матір'ю медикаментозних препаратів, особливо гормональних, інфекційних захворювань матері тощо. У дитячому віці оваріальну недостатність найчастіше спричиняють перенесені дівчинкою епідемічний паротит і краснуха.

Клінічно затримка статевого розвитку проявляється вираженим тією чи іншою мірою ***статевим (генітальним) інфантилізмом.***

Генітальним інфантилізмом називають такий стан, коли у жінки репродуктивного віку зберігаються анатомічні та пов'язані з ними функціональні особливості статевих органів, притаманні дитячому організму.

Діагностика. При зовнішньому огляді жінки привертає увагу низький зріст, тендітна будова тіла, малі розміри молочних залоз *(рис. 6.12)*. Волосистість на лобку розвинута слабко, великі статеві губи не прикривають малих. Піхва вузька, склепіння не виражені. Матка маленька, причому 2/3 припадають на її шийку, 1/3 — на тіло. Враховуючи таку анатомічну особливість, часто буває різкий перегин матки наперед — гострокутова антефлексія. Довжина порожнини матки завжди менша від норми (6 см та менша). За довжиною порожнини встановлюють ступінь недорозвитку матки: I ступінь —7–5 см; II ступінь — 5–3,5 см; III ступінь — менше за 3,5 см. Маткові труби довгі та звивисті, яєчники значно менші за норму.

Функціональні зміни тісно пов'язані із структурними. *Менструації* у таких жінок починаються пізно — у 15–16 років, а при значному недорозвитку може бути *первинна аменорея*. Кількість виділень незначна, тривалість менструації — 1–2 дні (*гіпоменструальний синдром*). Інколи менструації настають не щомісяця, а 1 раз на 2–3 місяці і рідше. Місячні супроводжуються сильним болем (*альгодисменорея*), що пов'язано з будовою матки. При вираженому недорозвитку яєчників та значному зниженні їх функції у жінок відсутній статевий потяг. Якщо гормональний фон змінений помірно, статева функція збережена. Жінки з гіпопластичною маткою тривалий час після заміжжя не можуть завагітніти *(первинна безплідність)*. Якщо ж вагітність настає, вона може бути *позаматковою* (з огляду на будову маткових труб), або переривається у ранні терміни, оскільки недостатня кількість гормонів не забезпечує нормальний розвиток вагітності. Таких викиднів у хворих на генітальний інфантилізм може бути кілька (звичні викидні), але вагітність і пов'язаний із нею інтенсивний викид гормонів завжди позитивно впливають на організм хворої, бо сприяють розвитку матки.

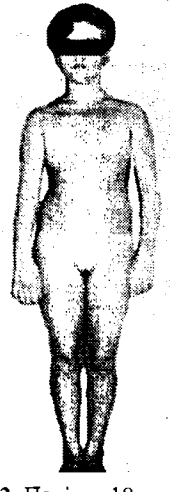


Рис. 6.12. Пацієнт 18 років із затримкою статевого розвитку

Лікування таких хворих має бути комплексним і полягає у загальнозміцнюючій терапії, фізіотерапевтичному лікуванні, призначенні малих доз гормонів для стимуляції функції яєчників. Рекомендовані заняття спортом, санаторно-курортне лікування, гінекологічний масаж. Чим раніше розпочати лікування, тим більші шанси на успіх.

НЕПРАВИЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ МАТКИ

Фізіологічним положенням матки вважають розміщення її у центрі малого таза на однаковій віддалі від симфіза, крижів та бокових стінок таза, коли дно матки розміщується нижче площини входу в малий таз, зовнішнє вічко шийки матки — на рівні сідничних остей (linea interspinalis).

Це положення забезпечується підвішувальним, підтримуючим та фіксуючим апаратом матки. Велике значення також має власний тонус матки та піхви, а також тонус передньої черевної стінки, діафрагми та м'язів тазового дна.

Позиція матки — це відношення матки до провідної осі таза. Матка може зміщуватись щодо свого нормального положення. Це зміщення може бути фізіологічним — тоді матка повертається до свого попереднього положення, або патологічним, фіксованим. За таких умов матка нерухомо фіксована до стінок таза або сусідніх органів спайками чи пухлиною.

Антепозиція — зміщення матки щодо провідної осі допереду.

Ретропозиція — зміщення матки дозаду.

Латеропозиція (dextro- et sinistropositio) — зміщення матки у відповідний бік.

Фізіологічна ретропозиція матки виникає при переповненні сечового міхура *(рис. 6.14),* антепозиція — при повній прямій кишці *(рис. 6.13).*

Рис. 6.13. Фізіологічна антепозиція

Рис. 6.14. Фізіологічна ретропозиція

Рис. 6.15. Зміщення матки допереду пухлиною

Рис. 6.16. Зміщення матки дозаду спайками

Патологічне зміщення матки виникає при наявності пухлин або скупчень гною *(рис. 6.15).* Тоді матка зміщується у здоровий бік. Після оперативних втручань або після перенесених запальних процесів з утворенням спайок сполучна рубцева тканина підтягує матку у цей бік, причому рухомість матки обмежена або відсутня *(рис. 6.16).*

Нахилення матки (versio uteri) — це відношення вертикальної осі матки до горизонтальної площини. Розрізняють нахилення матки наперед (anteversio) *(рис. 6.18),* убік (lateroversio), а також назад (retroversio) *(рис. 6.19).*

Причинами патологічних нахилень матки можуть бути пухлини статевих органів (причому зміщується тільки тіло матки, а шийка залишається на місці), недостатність зв'язкового апарату матки.

Перегин матки (flexio uteri) — це відношення тіла матки до її шийки. У нормі між тілом матки та шийкою існує тупий кут (близько 120°), відкритий допереду (anteflexio) *(рис. 6.18).* Якщо кут менший прямого, така антефлексія вважається гострокутовою (зустрічається при генітальному інфантилізмі).

Перегин матки дозаду (retroflexio) або праворуч (lateroflexio dextra) чи ліворуч (lateroflexio sinistra) є патологічним. Ретрофлексія буває рухомою та фіксованою. Фіксація виникає при зрощенні матки з парієтальною очеревиною.

Рис. 6.18. Антеверзіо, антефлексіо

Рис. 6.19. Ретроверзіо матки

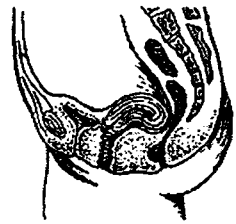


Рис. 6.20. Ретродевіація матки

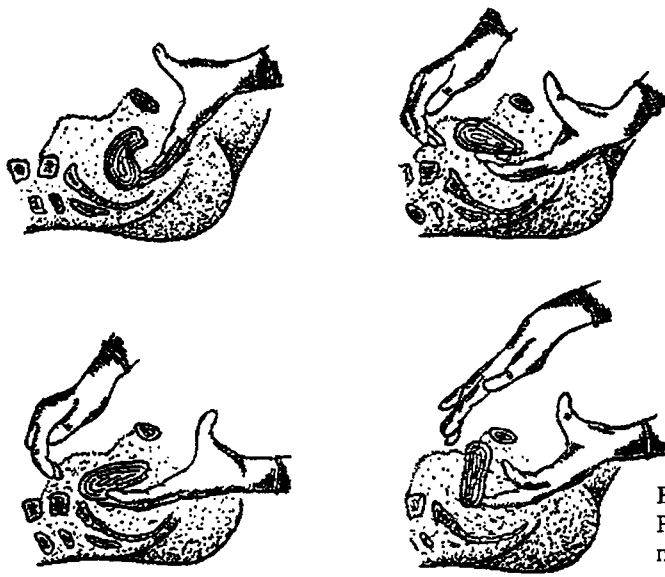


Рис. 6.21. Репозиція матки при ретродевіації

Поєднання retroversio і retroflexio називається ***ретродевіацією матки*** *(рис. 6.19)*. Ретрофлексія та ретродевіація матки супроводжуються ниючим тупим болем унизу живота, болючими місячними (альгодисменореєю), безплідністю, внаслідок порушення кровопостачання та застою крові можуть розвиватися ерозії шийки матки, ендоцервіцити. Іноді хворі скаржаться на порушення сечовипускання — сечовипускання часте та болюче, можуть бути затримка випорожнень та біль при дефекації. Ці явища іноді вдається ліквідувати шляхом репозиції матки *(рис. 6.21)*.У похилому віці у жінок із ретродевіацією частіше виникають опущення та випадіння матки.

ОПУЩЕННЯ ТА ВИПАДІННЯ МАТКИ

З огляду на тісний анатомічний зв'язок між маткою, піхвою, придатками, сечовим міхуром та прямою кишкою, опущення та випадіння матки є єдиним патологічним процесом. Залежно від стадії цього процесу, розрізняють опущення матки і стінок піхви та їх випадіння *(рис. 6.22, 6.23)*.

Опущення стінок піхви — стінки піхви втратили тонус, опущені та не виходять за межі входу в піхву.

Випадіння стінок піхви — стінки піхви знаходяться нижче входу в піхву.

Ступені зміщення матки донизу:

I ступінь — вагінальна частина шийки матки знаходиться нижче сідничних остей (linea interspinalis), проте не виходить за межі статевої щілини навіть при натужуванні (опущення матки) *(рис. 6.22 б, в)*;

II ступінь — зовнішнє вічко шийки матки виходить за межі статевої щілини, знаходиться нижче входу в піхву, а тіло матки — вище (неповне випадіння матки) *(рис. 6.22 г)*;

III ступінь — вся матка і стінки піхви знаходяться поза межами статевої щілини (повне випадіння) *(рис. 6.22 д; 6.24)*.

Етіологія та патогенез. Зміщенню матки донизу сприяють чинники, що призводять до послаблення або порушення структури підвішувального, підтримуючого та фіксуючого апарату матки: багаторазові пологи, розриви піхви та промежини під час пологів, запори, підняття вантажів, важка фізична праця. Частіше опущення та випадіння матки розвивається у жінок після 50 років у зв'язку з початком вікової атрофії статевих органів та зв'язкового апарату.

Клініка. Опущення та випадіння матки — тривалий процес. Жінка скаржиться на тягнучий біль внизу живота та у ділянці крижів, часте сечовипускання, нетримання сечі, що виникає при найменших фізичних навантажен-

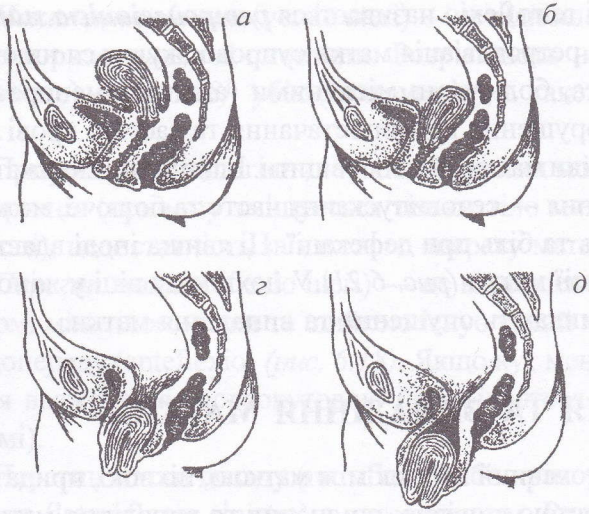


Рис. 6.22. Зміщення матки донизу:
а — нормальне положення;
б, в — опущення матки;
г — неповне випадіння матки;
д — повне випадіння матки

нях — кашлі, різких рухах. Згодом з піхви з'являється пухлиноподібне утворення — шийка матки з отвором (зовнішнім вічком шийки матки). Якщо жінка менструює, можливе виникнення менорагій. Статеве життя можливе після вправлення матки. Жінка може завагітніти. Якщо вагітність розвивається, у перші місяці трапляються випадки мимовільного її переривання, після 12 тижнів вагітності матка перестає випадати з огляду на її великі розміри, після пологів випадіння відновлюється.

Разом із передньою стінкою піхви опускається та випадає стінка сечового міхура — формується цистоцеле (cystocele) *(рис. 6.24 а)*. Опущення та

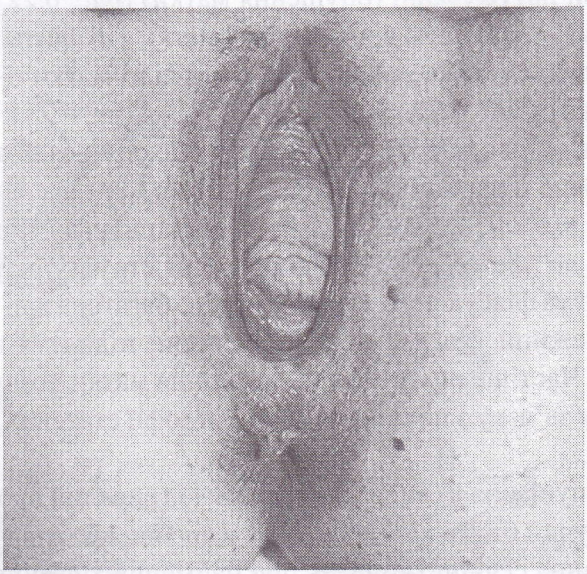


Рис. 6.23. Опущення матки і випадіння стінок піхви

випадіння задньої стінки піхви призводять до утворення грижі прямої кишки — ректоцеле (rectocele).

При повному випадінні матки тіло матки разом із шийкою знаходиться нижче входу в піхву, піхва вивертається слизовою оболонкою назовні. Часто виникає видовжування — елонгація шийки матки.

Слизова оболонка піхви стоншується або потовщується, висихає, можуть розвиватися вторинні трофічні зміни — трофічні (декубітальні) виразки на шийці матки *(рис. 6.24 б)* та стінках піхви, поліпи біля зовнішнього вічка. Гістологічно виявляють порушення мікроциркуляції, гіпер- і паракератоз, запальні інфільтрати, склеротичні зміни.

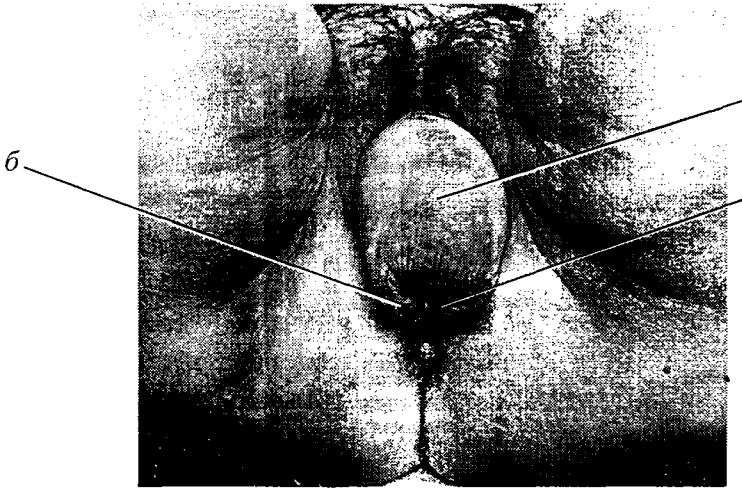


Рис. 6.24. Повне випадіння матки:
а — цистоцеле;
б — декубітальна виразка;
в — зовнішнє вічко цервікального каналу

Настають зміни у сечовидільній системі. Хворі скаржаться на часте сечовипускання, нетримання сечі, іноді настає її гостра затримка. При дослідженні сечі знаходять бактеріурію. При хромоцистоскопії — трабекулярність і заглиблення у слизовій сечового міхура, зміни у місці розміщення сечоводів, цистит, зниження тонусу сфінктерів. При екскреторній урографії — атонію та розширення сечоводів, при УЗД — нефроптоз, розширення мисочкового комплексу. Зміни у цій системі зумовлені порушенням кровообігу та положення сечового міхура й сечоводів і пов'язаного із цим відтоку сечі.

Діагностика. Діагноз особливих труднощів не становить, випадіння виявляється при огляді зовнішніх статевих органів. Важливо встановити повне чи неповне випадіння матки. Для цього органи, що випали, охоплюють вказівним та великим пальцями на рівні входу в піхву. Якщо між ними пальпується тіло матки — випадіння неповне. Якщо пальці сходяться за дном матки — йдеться про повне випадіння матки *(рис. 6.25)*.

Оглядають промежину, щоб виявити наявність на ній рубців та оцінити функціональний стан м'язів тазового дна.

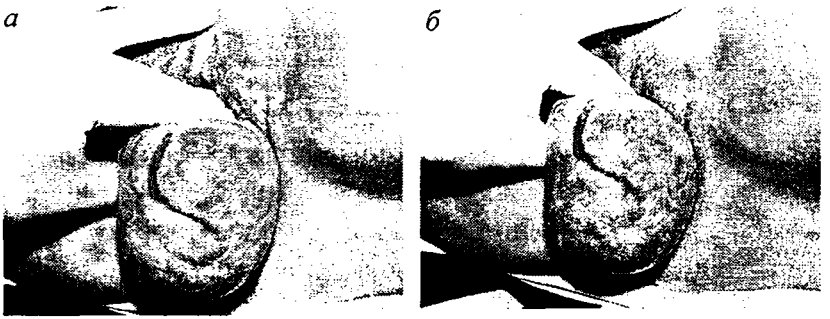


Рис. 6.25. Випадіння матки. а) прийом для визначення ступеня випадіння; б) пальці сходяться вище дна матки

Лікування. Метод лікування для кожної хворої добирають індивідуально, залежно від віку, загального стану хворої, наявності менструальної та статевої функцій.

Консервативне лікування показане жінкам при невеликому опущенні матки, у репродуктивному віці або виснаженим хворим, вік чи загальний стан яких не дозволяє застосувати оперативне втручання. Дуже важливий лікувально-охоронний режим з виключенням фізичних навантажень. Варто рекомендувати заняття лікувальною фізкультурою, спрямовані на зміцнення мязів черевного преса і тазового дна, раціональне харчування для запобігання закрепам.

Ортопедичний метод полягає у введенні у піхву спеціальних пристроїв для утримання матки на місці (гумові кільця). Слід звертати велику увагу на гігієну статевих органів при користуванні песаріями, регулярно їх вимати та стерилізувати кип'ятінням.

Консервативне лікування полягає також у лікуванні трофічних виразок та кольпітів, що часто розвиваються у таких хворих. Лікування призначає лікар, виконувати його призначення може акушерка або медична сестра. Стінки піхви, що випали, та шийку матки обробляють антисептичними розчинами (перманганату калію, фурациліну, перекису водню, хлоргексидину біглюконату). Після обробки тканини, що випали, висушують стерильною марлевою серветкою. На поверхню декубітальної виразки наносять мазь або лінімент з антисептиками, накривають поверхню стерильною серветкою, вправляють матку. У піхву можна вводити тампон з асептичними засобами, величина тампона залежить від об'єму піхви. Після ліквідації запальних явищ та кольпіту для прискорення регенерації тканин на ділянку декубітальної виразки можна наносити мазь із солкосерилом, апілаком, метилурацилом, пропоцеумом. Такі процедури проводять щодня впродовж

1–2 тижнів до повного загоєння виразки. Якщо за цей час виразка не загоїлася, слід провести біопсію для дифдіагностики з раком шийки матки.

Ретельного спостереження з боку лікаря жіночої консультації, акушерки та фельдшера, які працюють на ФАПі, потребують жінки похилого віку, які користуються вагінальними песаріями (на які наносять вагінальний крем «Овестин»), оскільки тривале їх використання може призвести до розвитку пролежнів на шийці матки та піхві.

Якщо тканини, що випали, защемлюються, виникає гостра затримка сечі, сечу слід вивести катетером, а хвору госпіталізувати. *При катетеризації слід спрямовувати катетер не вгору, до симфіза, а навпаки, донизу, оскільки уретра, з'єднана з передньою стінкою піхви, змінює свій звичайний хід.*

Хірургічне лікування є найбільш радикальним методом. Основною метою лікування є відновлення цілості м'язів тазового дна, створення опори для матки, а також відновлення нормальної будови та функції зв'язок матки.

Основними методами оперативних втручань є:

- пластика передньої стінки піхви (colporrhaphia anterior), пластика задньої стінки піхви та промежини (colporrhaphia posterior, colpoperineorrhaphia) — проводять пластику тазового дна та промежини;
- вкорочення круглих зв'язок матки (застосовують для жінок репродуктивного віку);
- вентрофіксація — матка фіксується до передньої черевної стінки (поєднується з передньою та задньою пластикою вагіни);
- за наявності патології шийки матки додатково проводять ампутацію шийки матки за Штурмдорфом.

У старечому віці при повному випадінні матки у поєднанні із супровідною патологією (пухлини матки тощо) проводять екстирпацію матки через піхву. Цю операцію поєднують із пластикою задньої стінки піхви та леваторопластикою.

Обов'язковою умовою для проведення хірургічного втручання є повне загоєння декубітальних виразок, відсутність запального процесу в піхві.

Профілактика опущення і випадіння матки та стінок піхви є важливою у медичному та соціальному аспектах. Важливо, щоби протягом життя жінка виконувала посильне фізичне навантаження, займалася спортом, тренувала м'язи черевного преса і тазового дна. При прийомі пологів необхідно вчасно діагностувати та повноцінно відновлювати розриви промежини, якщо вони виникають. Лікар та акушерка післяпологового відділення повинні проводити ретельний догляд за швами, стежити за режимом та поведінкою жінки у післяпологовому періоді, не дозволяти жінці із розривами промежини передчасно вставати з ліжка та сідати.

Виворот матки

Виворотом називається стан, коли з певної причини дно матки вдавлюється всередину порожнини, і, таким чином, серозна оболонка матки опиняється всередині, а слизова — назовні. При вивороті придатки матки потрапляють всередину цього утвору, порушується їх кровопостачання. Розвиваються застійні явища та набряк матки.

Існує дві форми вивороту матки: ***пуерперальна*** (післяпологова) та ***онкогенетична*** (зумовлена пухлиною). Механізм пуерперальної форми вивороту розглядався у курсі акушерства.

Онкогенетичний виворот матки зумовлений утворенням субмукозного (підслизового) фіброматозного вузла, розміщеного на короткій ніжці.

Клінічно онкогенетичний виворот матки супроводжують наростаючі сильні болі внизу живота за типом родових перейм. Фіброматозний вузол, що міститься у порожнині матки, частіше біля її дна, опускається у нижній сегмент, сприймається нею як стороннє тіло, матка починає виштовхувати його. Розкривається шийка матки, вузол з'являється назовні, проте ніжка не дає йому змоги народитися. Порушується кровопостачання вузла і матки, розвивається некроз вузла.

Лікування онкогенетичного вивороту матки полягає в екстирпації матки разом із вузлом. Спроба видалити вузол через шийку матки небезпечна з огляду на можливість перфорації матки, якщо ніжка вузла коротка і широка.

Перекрут матки

Перекрут матки (torsio uteri) — поворот тіла матки навколо вертикальної осі буває надзвичайно рідко. Основними причинами є пухлини матки та яєчників і спайковий процес у малому тазі.

Перелік контрольних питань:

- розвиток жіночих статевих органів у ембріональному періоді;
- аномалії розвитку матки та піхви;
- аномалії розвитку яєчників;
- затримка статевого розвитку;
- неправильні положення матки;
- опущення та випадіння матки;
- виворот матки, перекрут матки.

ДИТЯЧА ГІНЕКОЛОГІЯ

ОРГАНІЗАЦІЯ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ

Основним завданням дитячої гінекології є профілактика гінекологічних захворювань у дівчаток, активне виявлення дівчаток-підлітків, що страждають на захворювання статевих органів, санітарно-освітня робота серед батьків, а також працівників дитячих закладів, надання спеціалізованої гінекологічної допомоги хворим дітям і їх диспансеризація. Вирішення цих завдань здійснюють у три етапи:

І етап — профілактична робота в дитячих садках, школах;

ІІ етап — санітарно-освітня, профілактична та лікувальна робота дитячих гінекологів у гінекологічних кабінетах дитячих поліклінік та підліткових кабінетах;

ІІІ етап — робота гінекологів у дитячих гінекологічних відділеннях у складі дитячого стаціонару.

Обстеження та лікування дівчаток проводять дитячі гінекологи, проте велика роль на всіх етапах надання допомоги дітям належить фельдшеру та акушерці. Саме вони навчають матерів догляду за дівчатками — і новонародженими, і у більш старшому віці, роз'яснюють прийоми догляду за хворими дітьми, необхідність консультації дитячого гінеколога, виконання його призначень.

У стаціонарі видужання дитини великою мірою залежить від уміння знайти підхід до неї, ретельності виконання призначень лікаря.

Своєчасне виявлення та раціональне лікування гінекологічних захворювань у дівчаток є запорукою запобігання акушерській та гінекологічній патології у дорослої жінки.

АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТАТЕВОГО АПАРАТУ ДІВЧИНКИ

У наш час дитяча гінекологія виділена в окремий розділ науки та практики. Гінекологічну допомогу дівчаткам здійснюють дитячі гінекологи як амбулаторно, так і в стаціонарі. Найчастіше в практиці дитячих гінекологів

трапляються аномалії жіночих статевих органів, травми, запальні процеси, дисфункційні маткові кровотечі у ювенільному періоді. У розвитку дівчаток розрізняють такі періоди: період новонародженості — перші 28 днів життя, грудний — до 1 року, нейтральний — від 1 до 8 років, препубертатний — від 8 років до появи першої менструації, пубертатний — від появи першої менструації до 17–18 років.

У періоді новонародженості зовнішні статеві органи новонародженої дівчинки відрізняються деякими характерними особливостями. На стан статевих органів дівчинки впливають різноманітні фактори зовнішнього середовища, особливо під час внутрішньоутробного життя, при ембріогенезі, коли проходить формування і розвиток цих органів. Пошкоджуючу дію можуть здійснювати алкоголь, наркотики, хімічні препарати, які приймає вагітна, певну роль відіграють екстрагенітальні захворювання матері, а також перебіг пологів.

У новонароджених дівчаток статеві губи сильніше виступають вперед, у більшості дівчаток малі статеві губи прикриті великими. У них більше, ніж у дорослих, малих вестибулярних залозок. Іноді відмічається десквамація покривів малих статевих губ, що відбувається під впливом естрогенів, отриманих від матері. Поступово ці зміни регресують. Потім геніталії ростуть повільно і починають функціонувати лише з настанням статевої зрілості — це нейтральний період. Рівень статевих гормонів у цей час низький, виділень з вагіни немає.

Препубертатний період починається із розвитку вторинних статевих ознак і закінчується появою першої менструації (menarche). За рахунок підвищення рівня гормонів гіпофіза та естрогенів починають з'являтися вторинні статеві ознаки — оволосіння на лобку, розвиток молочних залоз, ріст кісток, відкладається підшкірний жир у певних місцях.

В яєчнику, який ще не був підготовлений до виконання основної функції, фолікули, почавши дозрівати, піддаються атрезії. До виконання своєї основної функції ще не готова матка — не розвинутий залозистий апарат ендометрія. Поява першої менструації знаменує початок етапу статевого дозрівання. В яєчнику один із примордіальних фолікулів дозріває, з нього виходить яйцеклітина. Під час дозрівання фолікула виділяються естрогени, а після виходу яйцеклітини утворюється жовте тіло, що продукує прогестерон. Ці гормони впливають на матку, викликаючи проліферацію ендометрія, а потім — його секрецію і десквамацію — починається менструація. Цим завершується препубертатний період.

Після появи першої менструації може пройти 1,5–2 роки, поки менструації стануть регулярними. У цей час можуть спостерігатися ювенільні

кровотечі. У цьому періоді повністю розвиваються вторинні статеві ознаки, формується жіночий організм. На кінець пубертатного періоду встановлюється нормальний овуляторний цикл з утворенням жовтого тіла.

ОБСТЕЖЕННЯ ДІВЧАТОК ІЗ ГІНЕКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Обстеження дівчаток із гінекологічними захворюваннями відрізняється від обстеження дорослих і за підходом до хворої дитини, і за методикою обстеження. Дитина завжди відчуває страх, незручність перед медичним працівником, тому привітна зустріч, ласкаве слово, а іноді декілька запитань, що не стосуються захворювання, викликають довіру до фельдшера чи акушерки, допомагають контактові. Обстеження дітей, як і дорослих, розпочинають із збору анамнезу. Краще, щоб спочатку про захворювання дівчинки розповіла мати, іноді за відсутності дівчинки (якщо та розуміє суть запитань). У матері необхідно з'ясувати вік батьків дівчинки, як проходили пологи. Важливо дізнатися, на що дитина хворіла, починаючи від народження і до цього захворювання, як вона харчується, в яких умовах живе. Особливу увагу слід приділити становленню менструальної функції, якщо дівчинка вже менструює.

Об'єктивне обстеження слід розпочинати з неболючих і найменш неприємних методів. Враховуючи вік дитини, обов'язково слід скористатися консультацією педіатра, але лікар-гінеколог повинен сам провести огляд дівчинки. Проводять загальний огляд, визначають будову тіла, наявність деформацій скелета, розвиток підшкірно-жирового шару, колір шкіри і слизових оболонок, наявність висипань.

Визначають ступінь вираженості вторинних статевих ознак, їх відповідність віковій дівчинки. При оцінці статевого розвитку застосовують визначення морфотипу. Після цього переходять до обстеження найважливіших органів і систем (серцево-судинної, дихальної, травної тощо).

Проводять пальпацію та перкусію живота — обережно, теплими руками. Якщо передбачається виявлення болючості живота, починають пальпацію з неболючих ділянок.

Гінекологічне дослідження — особливо складний етап. Це зумовлено тим, що діти боляче реагують на дослідження і чинять опір діям лікаря. Чим дорослiша дівчинка, тим більше вона відчуває страх, сором'язливість, незручність, що обов'язково має враховувати акушерка. Оглядати дівчаток необхідно в присутності матері, а якщо дитина перебуває у стаціонарі, то медсестри, до якої вона звикла. Перед оглядом дівчинка повинна спорожнити сечовий міхур, очистити кишечник.

Дівчаток до 3-х років оглядають на пеленальному столі, старших — на гінекологічному кріслі. Спочатку оглядають зовнішні статеві органи, відмічають, чи відповідають вони вікові хворої, чи немає аномалій розвитку, травматичних пошкоджень та інших змін. Потім, захопивши через шматочок стерильної вати великі статеві губи, уважно оглядають зовнішній отвір уретри, уретральних залоз, присінок вагіни, зовнішні отвори вестибулярних залоз. Щоб ретельно оглянути hymen, необхідно натягнути великі статеві губи дещо допереду, вниз і в боки.

Після огляду зовнішніх статевих органів беруть мазки для дослідження вагінального вмісту. З цією метою використовують найрізноманітніші інструменти — дитячі скляні піпетки, капілярні трубки, жолобкуваті зонди. Іноді проводять не лише бактеріоскопічне, а й бактеріологічне дослідження вмісту.

Одним з основних методів дослідження дівчаток, як і дорослих жінок, є дворучне дослідження. Його проводять усім хворим. Як правило, це ректально-абдомінальне дослідження. Проте, як найбільш неприємне для дитини, воно повинно проводитись наприкінці огляду.

Ректально-абдомінальне дослідження має деякі недоліки, тому дуже важливо, щоб кишечник і сечовий міхур були звільнені від вмісту, а живіт був м'який і піддатливий. Спочатку слід спробувати визначити внутрішнім пальцем через ректо-вагінальну стінку величину і напрямок вагінальної частини шийки, наявність чи відсутність болючості при її зміщенні. Потім зовнішньою рукою з допомогою пальця, що знаходиться в кишці, пальпують тіло матки. Визначають положення матки, її рухомість, наявність чи відсутність болючості, величину тіла матки. Потім переходять до дослідження придатків. У нормі труби та яєчники у дітей не пальпуються. Якщо вони збільшені, необхідно уточнити ступінь їх збільшення і рухомість, форму, консистенцію, болючість, наявність спайок, зрощень. Після дослідження придатків матки визначають стан параметрію та дугласового простору — чи немає в них інфільтратів, чи вони не болючі. Наприкінці дослідження пальпують суміжні органи і стінки малого таза.

У деяких випадках, особливо у збуджених дітей, доводиться вдаватись до проведення ректально-абдомінального обстеження під наркозом, якщо до цього немає прямих протипоказань. Це не так шкідливо, як боротьба із перезбудженою хворою, що наносить їй психічну травму і перешкоджає отриманню всіх даних, необхідних для встановлення діагнозу.

У багатьох випадках такий об'єм обстеження є недостатнім, і виникає необхідність у проведенні вагіноскопії. Її виконують вагіноскопом (оптичний прилад). За допомогою цього апарата можна оглянути слизову оболонку вагіни, виявити наявність стороннього тіла. Проте слід зауважити, що виконання цієї маніпуляції вимагає певних навичок, обережності, тому що

невмілі дії можуть спричинити травматизацію. Проводити вагіноскопію необхідно лише у тих випадках, коли вона дійсно може дати цінні дані і при абсолютній відсутності протипоказань (гострий запальний процес). Вагіноскопічна картина за нормальних умов показує рівномірне забарвлення слизової оболонки вагіни у ніжно-рожевий колір із жовтуватим відтінком, наявність відносно невеликої кількості слабо виражених складок, переважно у верхній частині вагіни. Можна побачити форму і величину вагінальної частини шийки матки. При огляді шийки матки не слід забувати про можливість наявності псевдоерозії, що не являє собою патології.

У деяких випадках за особливими показаннями доводиться вдаватись до деяких додаткових методів, які застосовуються у дівчаток значно рідше, ніж у дорослих жінок.

Для виявлення сторонніх тіл у вагіні доводиться виконувати її зондування. З цією метою метод застосовують, головним чином, для обстеження маленьких дівчаток. У дещо старшому віці його можна використовувати при підозрі на стриктуру вагіни. Зондування матки проводиться надзвичайно рідко, головним чином при пробних вишкрібаннях чи при підозрі на піометру чи гематометру.

Пробна пункція. У дитячій гінекологічній практиці іноді доводиться вдаватись до пункції у випадку атрезії гімена чи вагіни — при підозрі на гематокольпос чи для визначення наявності порожнини вагіни.

Пробне вишкрібання проводиться як виняток, за життєвими показаннями при впертих затяжних кровотечах, що не піддаються консервативній терапії. Іноді, якщо є підозра на злоякісний процес, доводиться вдаватись до ***біопсії.***

Кольпоцитологічне дослідження. Цей метод у дитячій гінекологічній практиці застосовують досить часто для визначення гормональної функції яєчників.

Газова рентгенопельвіграфія. Цей метод можна використовувати для оцінки наявності та форми внутрішніх статевих органів, виявлення та визначення локалізації пухлин у малому тазі.

АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ У ДІВЧАТОК

Аномалії будови жіночих статевих органів нерідко виявляються у старшому дитячому віці у зв'язку з відсутністю менструації, а іноді навіть пізніше — через неможливість здійснення статевого акту, безплідність тощо. Однак деякі вади сечостатевої системи виявляються у більш ранньому віці.

Так, при огляді зовнішніх статевих органів можна знайти аномалії будови, які утруднюють диференціацію статі дитини.

Гіпоспадія. Ця вада полягає в тому, що при вкороченні або відсутності уретри її зовнішнє вічко або устя сечового міхура розміщені всередині вагіни, на її передній стінці.

Розпізнавання гіпоспадії не складає труднощів завдяки вкороченню уретри або відсутності її зовнішнього отвору.

Епіспадія — недорозвиток верхньої стінки сечовипускного каналу з її розщепленням, дефектом і вкороченням із зміщенням її зовнішнього отвору допереду — до клітора і лобкового зчленування.

При легкій формі епіспадії уретра може бути не змінена у своїй будові, а лише зміщена догори, а зовнішній отвір її знаходиться між клітором і лобковим зчленуванням. Вульва і вагіна в таких випадках можуть бути розвинуті нормально.

Найважчою формою є ***повна епіспадія,*** коли повністю відсутня верхня стінка уретри, вона має вигляд «жолоба», відкритого догори. Дефект у такому разі поширюється на сфінктер, а іноді і на нижню частину передньої стінки сечового міхура. При повній епіспадії, як правило, спостерігається незрощення лобкових кісток, розщеплення клітора і низка інших аномалій розвитку зовнішніх геніталій, зокрема, псевдогермафродитизм. Повна епіспадія, зазвичай, поєднується із ектопією сечового міхура.

Проте значно частіше зустрічаються проміжні форми — ***середній ступінь епіспадії,*** коли уретра частково розщеплена на передній стінці, вкорочена, а зовнішній отвір її розміщений в ділянці клітора або ще ближче до лобкового зчленування. При цьому часто зустрічається атипове розміщення клітора і деякі інші аномалії статевих органів.

Атрезія вульви та гімена

До вад розвитку зовнішніх статевих органів дівчаток належать вроджені атрезії вульви і гімена. Проте іноді ці аномалії не є результатом внутрішньоутробних порушень. Вроджені зарощення вульви, як правило, виникають як наслідок перенесеного внутрішньоутробно запального процесу. Нещільні зрощення статевих губ, які іноді перешкоджають нормальному сечовипусканню і відтоку виділень, порівняно легко усуваються за допомогою тупого інструмента — зонда, а іноді навіть пальцями.

Стосовно атрезій гімена, то у переважній більшості випадків вони поєднуються з атрезіями нижнього відділу вагіни і помилково вважаються атрезіями одного лише гімена. Клінічна картина цієї атрезії близька до вагінальної.

Аплазія та атрезія вагіни та матки не є синонімами. Під аплазією слід розуміти первинну (повну чи часткову) відсутність цих органів у результаті порушення їх розвитку із мюллерових ходів, тоді як атрезія виникає вторинно як результат запального процесу, що, очевидно, може мати місце і під час внутрішньоутробного життя. З появою менструацій кров накопичується у вагіні — виникає гематокольпос.

Повна аплазія вагіни трапляється рідко і може поєднуватись із аплазією матки або бути при нормальному розвитку матки та придатків. В останньому випадку клініка проявляється при появі менструації — виникає гематометра. У випадку одночасної аплазії вагіни і матки аномалія клінічно не проявляється, і лише з початком статевого життя виявляється його неможливість.

При вродженій атрезії вагіни з частковою чи повною непрохідністю клінічні прояви з'являються також лише з появою менструації. Менструальна кров не виходить назовні, але звертає на себе увагу поява періодичного, відповідно до менструальних днів, переймоподібного болю внизу живота, нудоти, блювання, загальних розладів — нездужання, іноді субфебрильної температури. З часом біль стає постійним, надзвичайно сильним, іноді приєднуються дизуричні явища. Якщо матка не може вміщувати кров, що накопичується, то вона може викидатись через труби у черевну порожнину — з'являються симптоми подразнення очеревини.

При атрезії гімена і нижньої третини вагіни до утворення гематометри та гематосальпінкса не доходить. Типова клінічна картина: відсутність менструацій, поява періодичного болю у віці, коли у дівчинки слід очікувати менструації, вибухання гімена та просвічування крізь нього темної крові, флуктуація, — все це дає можливість правильно встановити діагноз. Допомогти може пункція гімена, при якій одержують темну тягучу масу.

Чим глибше розміщена і товстіша непрохідна ділянка вагіни, тим важчою стає діагностика і частіше допускаються лікарські помилки. Симптомокомплекс, зумовлений високою атрезією (нападоподібні болі, нудота, блювання), та місцеві зміни у вигляді наявності м'якоеластичної пухлини у малому тазі нерідко наводять лікаря на думку про наявність запального процесу у дугласовому просторі, перекрученої кісти чи навіть апендициту. Лише уважне вивчення анамнезу, ретельний огляд вагіни — сліпий мішок, відсутність шийки матки, а в сумнівних випадках пункція допомагають уточнити діагноз. До спорожнення гематокольпосу діагностувати гематометру та гематосальпінкс важко, їх можна лише запідозрити, а уточнити діагноз вдається лише після спорожнення гематокольпосу, при бімануальному дослідженні.

Лікування атрезій можливе лише шляхом того чи іншого хірургічного втручання. При атрезії гімена воно полягає у розтині пліви. Батьки дитини мають бути попереджені і дати письмову згоду на дефлорацію. Ця операція проста, однак вона вимагає цілої низки заходів для запобігання можливим ускладненням. Якщо потрібна попередня діагностична пункція, її необхідно робити безпосередньо перед розтином. Розріз гімена робиться посередині у поздовжньому і поперечному напрямках до основи пліви. Після витікання густої маси вагіну звільняють від залишків гемолізованої крові тупферами. Промивати вагіну не рекомендується. Після звільнення вагіни від вмісту необхідно зробити бімануальне дослідження для з'ясування стану матки та придатків. Далі на хрестоподібні розрізи гімена накладають вузлуваті кетгутові шви.

При глибокій атрезії вагіни необхідне також хірургічне втручання, що полягає у глибокому поперечному розрізі з пластикою вагіни. У разі виникнення після розтину рубцевого звуження вагіни, яке не перешкоджає витоку менструальної крові, але у майбутньому може бути перешкодою до статевого життя і пологів, оперативне відновлення нормальної прохідності вагіни повинно бути відкладене до дітородного віку.

Гематометра не вимагає лікування, матка спонтанно опорожняється після розтину гімена чи розкриття вагіни.

Якщо при цервікальній або глибоко розміщеній вагінальній атрезії не вдається розкрити вогнище накопичення крові, вдаються до ампутації матки.

Роздвоєння матки та вагіни. Незлиття мюллерових ходів обумовлює роздвоєння матки та вагіни. Воно може бути повним і частковим, розміщуватись на будь-якому рівні, причому ступінь розвитку кожної із нез'єднаних частин може бути різним — від нормального до рудиментарного.

Наявність подвійної шийки і подвійної матки виявляють при вагіноскопії та дворучному дослідженні. Допомагає у діагностиці УЗД. Лікування ускладнень роздвоєної матки у дитячому віці необхідне лише у тому випадку, коли є затримка менструальної крові в одному з рогів матки. Реконструктивні операції повинні бути відкладені до досягнення дівчинкою дітородного віку.

ПОРУШЕННЯ СТАТЕВОГО РОЗВИТКУ У ДІВЧАТОК

Процес статевого дозрівання регулюється гормонами, що виробляються статевими залозами. Ще до появи першої менструації посилюється функція гіпофіза та яєчників. Вважається, що вже у цей час ці залози функціонують циклічно, хоча овуляція не відбувається навіть після менархе. Поча-

ток функції яєчників обумовлений регулюючим впливом гіпоталамуса та гіпофіза.

У період статевого дозрівання збільшується виділення не лише статевих гормонів, а й стероїдних, які стимулюють функцію інших ендокринних залоз, особливо надниркових. Прогресує виділення надниркovими залозами мінерало-, глюкокортикоїдів, андрогенів. Дією останніх зумовлене оволосіння — на лобку, в пахвових ямках, посилений ріст дівчинки. Перша менструація з'являється в нашій популяції в 12–14 років. На термін її появи впливають деякі чинники — спадковість, кліматичні умови. Допустимі варіанти появи менархе у віці 11–15 років. Порушення статевого розвитку може полягати у його передчасному ровитку або затримці.

Передчасне статеве дозрівання

Передчасне статеве дозрівання (pubertas praecox) є аномалією, що зустрічається досить рідко і характеризується появою вторинних статевих ознак та менструації у віці від 8 до 10 років. Ознаками передчасного статевого дозрівання, крім появи вторинних статевих ознак та менархе, є прискорений фізичний розвиток у період статевого дозрівання із наступною його затримкою, раннє, невідповідне віку окостеніння, що зумовлює низький зріст після періоду статевого дозрівання, нерідко — затримка інтелектуального розвитку.

Розрізняють ***конституційну*** або ***криптогенну, церебральну, овaріальну, надниркову форми передчасного статевого дозрівання.***

При ***конституційній формі*** передчасного статевого дозрівання спостерігаються справжні менструації з овуляцією, може настати вагітність. Іноді можуть спостерігатись ановуляторні цикли. Будь-які органічні патологічні зміни з боку статевих органів, гіпофіза, надниркових залоз відсутні. Нерідко у розумовому розвитку такі дівчатка відстають, але згодом наздоганяють своїх ровесниць. Батькам, педагогам і самій дівчинці лікар повинен роз'яснити суть захворювання, переконати, що після закінчення статевого дозрівання дівчинка буде розвиватись нормально, а також попередити про можливість вагітності.

Церебральна форма виникає як результат різноманітних захворювань головного мозку — гідроцефалії, енцефаліту, менінгіту, пухлин сірого горба, гіпофіза, вентрикулярних кіст тощо. Циклічні маткові кровотечі, що відбуваються при цій формі, проходять без овуляції.

Овaріальна форма передчасного статевого дозрівання генетично пов'язана з пухлинами яєчників. Вона може бути викликана не лише гормонопродукуючими, але і злоякісними пухлинами яєчника. Ця форма супро-

воджується періодичними кровотечами з матки, які можуть бути ритмічними, але без овуляції. Іноді кровотечі бувають надзвичайно сильними.

Причиною ***надниркової форми*** передчасного статевого дозрівання можуть бути пухлини кори надниркових залоз. Ця форма супроводжується вірилізмом (гірсутизм, гіпертрофія клітора, надмірний розвиток мускулатури). Внутрішні статеві органи дівчинки відповідають реальному вікові дитини чи навіть гіпопластичні, менструацій, як правило, не буває. Оваріальну та надниркову форми нерідко називають несправжнім передчасним статевим дозріванням.

Розпізнавання передчасного статевого дозрівання, зазвичай, не складає труднощів. Вони виникають при диференціації у випадках захворювань надниркових залоз, коли з'являються симптоми вірилізму, що симулюють передчасне статеве дозрівання. Виявлення причини pubertas praecox нерідко вимагає детального клінічного обстеження дитини, особливо при підозрі на захворювання надниркових залоз чи головного мозку.

Лікування залежить від причини та форми аномалій. У випадку наявності пухлин яєчників чи надниркових залоз найкращі результати дає своєчасне хірургічне втручання. Після радикального видалення пухлини симптоми захворювання піддаються зворотному розвитку, темпи якого залежать від тривалості захворювання, віку дівчинки та деяких інших факторів. Менструації припиняються, а зворотний розвиток вторинних статевих ознак іде повільно і закінчується лише через 1–2 роки.

Найгірше піддаються лікуванню церебральні форми, викликані важкими пошкодженнями мозку.

Конституційна форма передчасного статевого розвитку спеціального лікування не потребує. Проте такі дівчатка повинні перебувати під ретельним наглядом лікаря, позаяк не завжди підтверджується чисто функціональний генез цієї патології, в окремих випадках врешті-решт може виявитись органічне захворювання, що є причиною аномалії і вимагає спеціального лікування.

Затримка статевого розвитку

Як правило, ця патологія є наслідком порушення правильних взаємовідносин між різними ланками системи гіпоталамус-гіпофіз-яєчники-матка, що регулюють процес статевого дозрівання.

Затримкою статевого розвитку слід вважати такі стани, при яких відсутні або явно недорозвинуті всі вторинні статеві ознаки. Розрізняють статевий недорозвиток центрального (гіпоталамо-гіпофізарного) та периферичного (яєчникового) генезу, а також ідіопатичний, спричинений тяжкими екстрагенітальними захворюваннями.

Гіпоталамічний статевий недорозвиток проявляється в двох варіантах — з ожирінням і без ожиріння. Перша форма захворювання проявляється у вигляді адипозогенітальної дистрофії (синдром Фреліха). При виникненні захворювання у дівчаток-підлітків спостерігається зупинка розвитку зовнішніх і внутрішніх статевих органів, вторинних статевих ознак, відсутні або припиняються менструації. Розвинуті м'язи, широкий таз, великі кінцівки, відсутнє оволосіння. Жир відкладається у надмірній кількості скрізь, але переважно — у нижній частині живота, ділянці стегон і сідниць. Нерідко діти скаржаться на головний біль, розлади зору. Розумовий розвиток нормальний. Синдром Фреліха необхідно диференціювати від банального ожиріння дівчаток у пубертатному періоді. Для усунення його буває досить дотримання відповідного режиму, дієти і занять фізкультурою. Щодо синдрому Фреліха, то при ньому прогноз несприятливий.

При гіпоталамічному статевому недорозвитку без ожиріння дівчатка часто відстають у рості, а також мають інші соматичні порушення. Нерідко відмічаються симптоми, характерні для пухлини головного мозку (геміплегії, зміни на очному дні, порушення зору). Відсутні або різко знижена кількість гонадотропних гормонів, 17-кетостероїдів і естрогенів.

Гіпоталамічний статевий недорозвиток спадкового генезу характеризується значним відставанням у рості, нецукровою поліурією, ожирінням та дефектами розвитку кінцівок. Ефективних методів лікування не існує.

Гіпофізарний статевий недорозвиток виникає при ізольованому дефіциті гонадотропних гормонів. Проявом цієї форми захворювання є недорозвиток молочних залоз, іноді — повна відсутність менструацій. Статевий недорозвиток може поєднуватись з акромегалією, гігантизмом чи навпаки — карликовим зростом (гіпофізарний нанізм). При карликовому нанізмі відмічається різко виражена гіпоплазія внутрішніх органів. Генітальний інфантилізм залишається і у зрілому віці.

Всі форми затримки статевого розвитку гіпофізарного походження залежать від недостатності функції гіпофіза. Зниження ендокринної функції статевих залоз має вторинний характер.

Статевий недорозвиток яєчникового генезу зумовлений різноманітними формами дисгенезії гонад.

При «чистій» формі дисгенезії гонад відмічається високий зріст, недорозвиток зовнішніх та внутрішніх статевих органів та вторинних статевих ознак. Яєчники в рудиментарному стані, статевий хроматин часто відсутній. Хромосомні дефекти статевого диференціювання лежать в основі порушень при синдромі Шерешевського-Тернера, адреногенітальному синдромі та чоловічому псевдогермафродитизмі.

Лікування розпочинається у пубертатному віці і проходить у 2 етапи. Спочатку впродовж 3–4 місяців призначають естрогени пролонгованої дії, а далі лікування проводять циклічно: естрогени протягом 15 днів, потім — протягом 6 днів прогестерон (чи інші гестагени). При такому лікуванні розвиваються вторинні статеві ознаки, можуть з'явитись циклічні маткові кровотечі, але зберігається безплідність.

Конституційне (ідіопатичне) сповільнене статеве дозрівання зумовлене причинами спадкового характеру, а також наявністю різноманітних захворювань, що негативно впливають на організм. Якщо у дівчинки 15–16 років не з'являються вторинні статеві ознаки і при обстеженні не виявлено інших форм статевого недорозвитку, можна провести курс лікування хоріонічним гонадотропіном — 500 ОД 1 раз на 3 дні під час «очікуваної» лютеїнової фази, всього 4–5 разів. Можна провести 2–3 таких курси з інтервалами в 2–3 місяці. Профілактику затримки статевого розвитку слід розпочинати ще під час вагітності — лікування гестозів, анемій, гіповітамінозів, усунення шкідливих факторів виробництва та довкілля можуть зіграти суттєву роль у розвитку дитини як внутрішньоутробно, так і в майбутньому. Раціональне вигодовування малят, повноцінне харчування у препубертатному віці, запобігання хронічним інфекційним захворюванням, безперечно, впливає на нормальний розвиток дітей.

ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ У ДІВЧАТОК

Запальні захворювання статевої сфери у дівчаток трапляються досить часто і впливають на стан здоров'я майбутньої жінки, її дітородну функцію. Найчастіше у дівчаток трапляються вульвовагініти. Це залежить від легкої ранимості слизової вульви, відсутності здатності вагіни до самоочищення (клітини вагінального епітелію бідні на глікоген, лактобацили Додерлейна відсутні, реакція вагінального вмісту лужна).

Цервікальний канал уражається рідко порівняно зі зрілими жінками. У пубертатному періоді кількість захворювань знижується — з одного боку, статеві органи стають більш зрілими, перебувають під дією власних естрогенів і, разом з тим, відсутні чинники, які спричиняють захворювання у дорослих жінок (статеве життя, аборти, пологи тощо). Збудниками найчастіше бувають стафіло- і стрептококи, кишкова паличка, пневмококи, дріжджові гриби, рідше — туберкульозна, дифтерійна паличка.

У виникненні інфекційного захворювання мають значення не лише мікроорганізми, а й імунобіологічні властивості організму дівчинки. Спри-

яти виникненню цих захворювань можуть ендогенні фактори — анемія, цукровий діабет, ексудативний діатез, пієлонефрит, цистит, ентеробіоз. Важливим чинником є наявність різноманітних подразників — термічних (холодових чи теплових), хімічних, механічних (мастурбація).

Велику роль відіграють грубі порушення гігієни — неохайність, неправильний догляд за статевими органами. Іноді спостерігається вторинне інфікування статевих органів з екстрагенітальних джерел. Занесення інфекції відбувається різними шляхами — гематогенним, лімфогенним.

Неспецифічні вульвовагініти. Діти скаржаться на відчуття печії після сечовипускання, свербіння і біль у ділянці статевих органів. Загальний стан дітей майже не змінюється.

Для діагностики важливу роль відіграє ретельно зібраний анамнез — наявність алергічних захворювань, ексудативний діатез, наявність екстрагенітальних вогнищ. Огляд зовнішніх статевих органів дає можливість виявити набряк, гіперемію в ділянці зовнішніх статевих органів, іноді розчухи, а також наявність виділень, характер яких може бути різноманітним — водянисті, гнійні, серозно-гнійні. Діагностика може бути обмежена даними, отриманими з анамнезу та при огляді, і результатами бактеріоскопічного дослідження виділень. У деяких випадках проводять культуральну діагностику. Інші додаткові методи дослідження, зокрема, вагіноскопія, використовуються в тому випадку, коли немає ефекту від лікування або виникають рецидиви захворювання. У такому разі можна запідозрити наявність у вагіні стороннього тіла.

Лікування вульвовагінітів. Одним із важливих компонентів лікування є дотримання особистої гігієни, а також раціональне харчування дитини.

Якщо вульвовагініт розвивається як супутнє захворювання екстрагенітальної патології, слід обов'язково лікувати основне захворювання.

Місцеве лікування полягає у застосуванні сидячих ванночок з відвару ромашки, шавлії, евкаліпта. Можна промивати вагіну через катетер розчином фурациліну 1:10000 або відварами тих же трав. Процедури рекомендують проводити не більше 5 днів. Після лікування можна ввести у вагіну біфідумбактерин чи лактобактерин.

У задавнених випадках можуть виявлятись синехії (зрощення малих та великих статевих губ). Їх необхідно ліквідувати тупим чи гострим шляхом одразу ж після виявлення, в жодному разі не залишаючи це до періоду статевого дозрівання. Недотримання цієї вимоги може призвести до утворення рубцевих змін, порушення сечовипускання, а надалі — відтоку менструальної крові.

Лікування специфічних — кандидозних та трихомонадних вульвовагінітів проводять за тими ж принципами, що і в дорослих, тільки з віковою корекцією дози препаратів.

ПУХЛИНИ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ У ДІВЧАТОК

Пухлини будь-якої локалізації, в тому числі пухлини статевих органів, можуть зустрічатись у будь-якому віці. Доброякісні пухлини статевих органів у дівчаток зустрічаються у 3 рази частіше, ніж злоякісні. Щодо локалізації пухлин, то у дітей, на відміну від дорослих жінок, частіше устрічаються різноманітні види і форми пухлин яєчників. Деякі пухлини бувають виключно у дітей (наприклад, гроноподібна саркома вагіни). Із пухлин яєчників частіше зустрічаються серозні та псевдомуцинозні кістоми. У переважній більшості випадків ці утвори однобічні. Значно рідше спостерігаються гормонопродукуючі і герміногенні пухлини. Іноді у дітей різного віку можуть спостерігатись так звані ретенційні кісти. За своїм патогенезом та гістологічною картиною вони відрізняються від справжніх кістом, але за клінічною картиною дуже схожі і часто розпізнаються лише при мікроскопічному дослідженні.

Клінічна картина. Тривалий час пухлина може бути безсимптомною і виявляється випадково при обстеженні дівчинки з іншого приводу. Найчастіше бувають скарги на біль у животі, а при значних розмірах пухлини — на збільшення живота. Іноді хворі звертаються за медичною допомогою при появі ускладнень — перекруті ніжки кістоми, розриві стінки кісти чи злоякісного переродження. При діагностиці кістоми необхідно виключати такі захворювання, як блукаюча нирка, що опустилась у малий таз, мезентеріальна кіста, пухлина сальника, запальні захворювання придатків матки.

Перекрут ніжки кістоми у дівчаток спостерігається частіше, ніж у дорослих. Це зумовлено деякими топографо-анатомічними особливостями дитини (малі розміри матки, відносно високе розміщення яєчників). Сприяти перекруту можуть різкі рухи, що нерідко бувають у дітей.

За симптоматикою перекрут ніжки пухлини подібний до таких захворювань, як гострий апендицит, перитоніт, гостра кишкова непрохідність.

Діагностика кістозних пухлин яєчника у дівчаток, особливо молодшого віку, часто становить певні труднощі і базується в основному на об'єктивному дослідженні. Визначення форми живота, пальпація і перкусія, з яких повинно розпочинатись дослідження хворої, дозволяють виключити асцит, визначити межі пухлини. У типових випадках кіста яєчника визначається як рухомий утвір, що має круглу або яйцеподібну форму, еластичну або щільну консистенцію і розміщений в малому тазі, іноді дещо вище придатків матки. Велику допомогу в діагностиці дає УЗД. Відрізнити ретенційну кісту від кістоми буває важко. Якщо пухлина невелика і безсимптомна, можна впродовж кількох тижнів спостерігати за ростом та іншими змінами з боку пухлини. У більшості випадків питання про характер пухлини вирішується лише при гістологічному її дослідженні після операції.

Лікування кістозних утворів яєчників полягає в їх оперативному видаленні. Оперативне втручання повинно бути максимально щадним, особливо при двобічному ураженні яєчників. За оперованою дівчинкою повинен бути постійний тривалий нагляд.

ТРАВМИ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ У ДІВЧАТОК

Травми статевих органів у дітей зустрічаються нерідко. Найчастіше вони виникають внаслідок падіння на гострі предмети або вуличного травматизму. Переважно травмуються статеві губи, клітор і промежина, рідше — гімен та вагіна (останні травмуються у випадку згвалтування). Травми статевих органів супроводжуються болем і зовнішньою чи внутрішньою кровотечею різної сили залежно від локалізації травми. Особливо сильні кровотечі виникають при травмі клітора. Розпізнавання травми, зазвичай, не складає труднощів і базується на даних опитування, зовнішнього огляду і гінекологічного дослідження. При підозрі на травму вагіни необхідно провести вагіноскопію, обстеження уретри та сечового міхура — катетеризацію, цистоскопію, зондування.

Лікування полягає у зупинці кровотечі, накладанні притискуючої пов'язки. Якщо наростає гематома, її необхідно розкрити з метою гемостазу. Інфіковану гематому розкривають і дренують.

ГІГІЄНА ДІВЧАТОК

Період новонародженості. Враховуючи анатомо-фізіологічні особливості зовнішніх геніталій новонароджених, необхідно особливо ретельно проводити гігієнічний догляд за ними. Шкіру зовнішніх статевих органів необхідно регулярно обмивати кип'яченою водою з додаванням перманганату калію. Підмивання слід проводити рухами спереду назад, щоб не інфікувати статеві органи мікроорганізмами, що знаходяться в ділянці анального отвору. Після підмивання шкіру осушують і обробляють одним з дитячих кремів або стерильною олією. Особливу увагу звертають на обробку пахових складок, міжсідничної складки. Правил догляду за новонародженою повинен навчати матерів дільничний педіатр та фельдшер, акушерка.

У нейтральному періоді, що триває приблизно до 7–8 років, немає вираженого впливу статевих гормонів. Але досвід вчить, що саме у цьому віці деякі гігієнічні заходи мають важливе значення для статевого розвитку і гігієнічні навички закріплюються на все життя. Обов'язкові щоденні обмивання зовнішніх статевих органів теплою водою з милом, обережно, без зайвого тертя і подразнення. У цьому віці слід ретельно стежити за регу-

лярним випорожненням сечового міхура та кишечника, тому що хронічні запори та нерегулярне випорожнення сечового міхура можуть призводити до стійких ретродевіацій матки.

У препубертатному періоді відбуваються значні зміни в зовнішніх і внутрішніх статевих органах, з'являються вторинні статеві ознаки.

Дуже важливо, щоб лікарі, що працюють у школах, пропагували заняття фізкультурою, рухливі ігри, раціональне та повноцінне харчування. Категорично забороняється важка фізична праця. Велике значення має санітарно-освітня робота серед батьків дівчаток такого віку. Їх необхідно знайомити з фізіологічними особливостями цього періоду та питаннями статевої гігієни.

Необхідно подбати про те, щоб дівчинка була своєчасно попереджена про можливість появи у неї менструації. Інакше поява крові із статевих шляхів у необізнаних дівчаток, надто з неврівноваженою нервовою системою, може викликати психічну травму. З цим нерідко бувають пов'язані різноманітні відхилення у менструальній функції. У пубертатному періоді дівчаткам слід роз'яснювати необхідність дотримання гігієнічних правил під час менструації — підмивання 2–3 рази на день, регулярна зміна прокладок. У зв'язку з посиленням секреції статевого каналу, появою оволосіння у ділянці зовнішніх статевих органів необхідне регулярне обмивання їх і між менструаціями. Важливий також загальний догляд за шкірою, оскільки саме у цьому віці починається посилена секреція сальних залоз, іноді виникають acne vulgaris, які із завершенням статевого дозрівання зникають самостійно. Щоденні вологі обтирання або душ сприятливо впливають на весь організм дівчинки. Препубертатний та пубертатний періоди — це шкільний вік, період посиленого росту організму та формування скелета. Відтак лікарі, що працюють у школах, повинні стежити за правильним підбором парт, разом із вчителями звертати увагу дівчаток на правильне сидіння за партою, що дасть змогу запобігати викривленню хребта і неправильному формуванню таза.

У цьому ж віці організм дівчинки стає більш схильним до інфекційних захворювань, а також до розладів нервової, ендокринної, кровотворної систем. Тому під час цих відповідальних періодів інтенсивного статевого розвитку особливо важливе дотримання усіх гігієнічних заходів, спрямованих на зміцнення загального фізичного стану дівчаток.

Перелік контрольних питань:

- організація гінекологічної допомоги дітям;
- анатомо-фізіологічні особливості статевого апарату дівчинки;
- аномалії розвитку статевих органів у дівчаток;
- запальні захворювання статевих органів у дівчаток;
- пухлини статевих органів у дівчаток;
- гігієна дівчаток.

БЕЗПЛІДНИЙ ШЛЮБ

Безплідною подружньою парою є та, у якої є бажання мати дитину, активні статеві стосунки без використання контрацептивних засобів, але зачаття не настає протягом дванадцяти місяців. Вважається, що вагітність настає за умови регулярних (2–3 рази на тиждень) статевих стосунків протягом 1 року у 75% подружніх пар, які не використовують контрацептиви. Безпліддя трапляється у 10–15% усіх шлюбів, його поділяють на чоловіче, жіноче та змішане. Близько 45% випадків безплідних шлюбів пов'язано із безпліддям чоловіків, 55% — із безплідністю жінок.

Розрізняють абсолютну безплідність, коли в організмі є такі зміни, за яких вагітність абсолютно неможлива (відсутність матки, яєчників), та відносну, коли до безплідності призводять причини, які можна усунути. Крім того, розрізняють *первинне безпліддя* (у випадку, коли в анамнезі не відбувалось зачаття) і *вторинне* (наявність зачаття в минулому).

Для виявлення причини безплідності необхідне обстеження подружньої пари. Оскільки чоловіків обстежити значно простіше, обстеження розпочинають із них.

ЧОЛОВІЧА БЕЗПЛІДНІСТЬ

Фізіологія репродуктивної системи чоловіка

Система гіпоталамус-гіпофіз-яєчка у чоловіків є замкненою коловою системою, що постійно функціонує та забезпечує біологічну надійність репродуктивної функції, продукуючи декілька мільйонів сперматозоїдів (сперматозоонів) щодня. Зрілі чоловічі статеві клітини складаються з голівки, шийки та хвостової частини. Голівка має форму овоїда завдовжки 4,5 мкм, завширшки 2,5 мкм, що містить велике ядро. Хвостик забезпечує активну рухливість клітини в статевих шляхах жінки. Енергію, необхідну для руху, сперматозоїди отримують шляхом метаболізму ендогенних та екзогенних субстратів. Механізм моторної функції сперматозоїдів надзвичайно складний, кожне коливання являє собою ензимо-іонно-руховий комплекс. Сперм-

мальна флагелярна аксонема — структурно і хімічно складна органела, здатна генерувати ундулюючі хвилі з енергії гідролізу АТФ.

Зміна рухомості сперматозоїдів відбувається паралельно з набуванням фертилізуючих властивостей — *капацитацією.* Цей процес розпочинається ще в епідидимісі, де незрілі сперматозоїди набувають якісно нових характеристик і перетворюються на зрілі, рухомі форми, і завершується у статевих шляхах жінки, куди сперма потрапляє після еякуляції.

Характеристика сперми. Зразки сперми збирають після 2–3-денного утримання від статевого життя. Для спермограми необхідно досліджувати сперму не пізніше ніж через 1–1,5 год після еякуляції. Її отримують або шляхом мастурбації, або під час перерваного статевого акту. Збирають її у чисту суху посудину і доставляють у лабораторію.

Об'єм еякуляту в здорових чоловіків — від 2 до 5 мл. Загальна кількість сперматозоїдів повинна складати не менше 50 млн. Нижня межа норми — 20×10^6. Нормальною вважається сперма, у якій не менше 50% сперматозоїдів мають хорошу рухомість. Рух сперматозоїдів повинен бути поступальним, в одному напрямку. Спермії з коливальними або коловими рухами вважаються інфертильними або низькофертильними.

Патологічні зміни можуть виявлятися в неправильній формі та розмірах голівки чи хвоста.

При дослідженні сперми можна виявити азооспермію (відсутність сперматозоїдів), некроспермію (мертві сперматозоїди), олігоспермію (зменшення кількості сперматозоїдів), тератозооспермію (переважання патологічно змінених форм сперматозоїдів).

Причиною чоловічої безплідності може бути порушення сперматогенезу як наслідок перенесеного запального процесу, травм, інфекційних захворювань у дитинстві (особливо епідемічного паротиту), урогенітальних інфекцій у вигляді орхіту та епідидиміту (гонорея), наявності крипторхізму, варикоцеле, а також інтоксикації алкоголем, хімічними агентами. Часто безплідність є результатом дії іонізуючої радіації, електромагнітного випромінювання, високої температури. Велике значення у розвитку безплідності у чоловіків має вірус простого герпесу та хламідійна інфекція, при якій сперма може переносити інфекцію в жіночі статеві органи. Безплідність виникає також при виснажливих захворюваннях печінки, нирок, легень, ендокринній патології (цукровий діабет, хвороба Іценка-Кушинга). Іноді безплідність виникає як результат сенсибілізації жінки до сперми даного чоловіка.

У випадку, коли у спермограмі є зміни, чоловіка направляють до сексопатолога чи андролога. Якщо всі показники спермограми нормальні, розпочинають обстеження жінки.

ЖІНОЧА БЕЗПЛІДНІСТЬ

Основні причини жіночого безпліддя.

- ендокринні фактори — 35–40%;
- трубний і перитонеальний фактори — 20–30%;
- імунологічні фактори — 20%;
- шийковий фактор — 20%.

Приблизно в 10–15% випадків причина безпліддя залишається нез'ясованою.

Діагностика жіночої безплідності полягає, насамперед, у ретельному збиранні анамнезу (вік, професія, вплив шкідливих факторів на виробництві, перенесені захворювання, шкідливі звички). Тактовно з'ясовують психосексуальні умови життя, дітородну функцію, маючи на увазі, що первинна безплідність часто зумовлена інфантилізмом, а вторинна — наслідок перенесених запальних процесів.

При об'єктивному дослідженні звертають увагу на будову тіла, вираженість вторинних статевих ознак, наявність чи відсутність інфантилізму. Ретельно досліджують внутрішні органи, а за необхідності — й функції залоз внутрішньої секреції.

При гінекологічному дослідженні звертають увагу на оволосіння лобкового горба, наявність аномалій зовнішніх статевих органів, стан бартолінових залоз. Оцінюють стан вагіни (ширину піхви, глибину склепінь), форму та величину шийки матки, наявність ерозивного ектропіону. Досліджують матку — величину, положення, консистенцію, форму, рухомість та співвідношення між розмірами шийки і матки.

Ендокринна безплідність

Найчастіше причиною жіночої безплідності є ендокринні захворювання, пов'язані з порушенням овогенезу та процесу овуляції. На безплідність страждають хворі з різними формами гіперпролактинемії, гіперандрогенії, із синдромом полікістозних яєчників, постпубертатною формою адреногенітального синдрому та з іншими формами ендокринних розладів.

Значна кількість випадків безплідності є результатом розладу ендокринної функції яєчників, причому ці порушення можуть бути як первинними, так і вторинними, внаслідок перенесеного запалення. У яєчниках порушуються циклічні процеси, виникає ановуляція або сповільнення дозрівання фолікула з неповноцінною лютеїновою фазою.

Ендокринна безплідність виникає також при розладах функції гіпоталамо-гіпофізарної системи. При безплідності ендокринного генезу нерідко

є порушення менструального циклу у вигляді аменореї, гіпоменструального синдрому, маткових кровотеч.

Обстеження хворих повинно включати:

- тести функціональної діагностики: вимірювання базальної температури (БТ) впродовж 2 місяців для оцінки наявності овуляції та тривалості лютеїнової фази; оцінку симптомів «зіниці» та «папороті», натягу цервікального слизу, взяття мазків на «гормональне дзеркало»;
- визначення та оцінку рівня гормонів у крові;
- біопсію ендометрія з метою визначення повноцінності фази секреції;
- сонографічний контроль росту фолікулів та товщини ендометрія протягом менструального циклу;
- лапароскопію.

Лікування полягає в нормалізації менструального циклу, корекції проявів основного захворювання, що спричинило ендокринну безплідність, стимуляції овуляції. Овуляцію можна стимулювати шляхом уведення кломіфену цитрату по 50 мг з 5-го по 9-й день циклу, пурегону у поєднанні з хоріонічним гонадотропіном (прегніл).

Трубна та перитонеальна безплідність

Причиною перитонеальної безплідності є спайковий процес у малому тазі, що спричиняє перегин труб при збереженні їх прохідності. Трубна безплідність зумовлена анатомо-функціональними порушеннями у маткових трубах.

Непрохідність маткових труб нерідко виникає після гонорейного сальпінгіту, проте може бути наслідком й неспецифічного запального процесу. Запальні процеси можуть бути причиною не лише непрохідності маткових труб, а й дистрофічних змін у їх стінці, порушення перистальтики. Велике значення в етіології безплідності мають аборти, тому що вони спричиняють запальні процеси в слизовій оболонці матки з наступними дистрофічними змінами, що перешкоджає імплантації.

Нарешті, сальпінгоофорити можуть призводити до порушення овуляції, а якщо вона відбувається, то спайковий процес не дає можливості яйцеклітині потрапити в трубу. Нерідко виникає порушення й ендокринної функції яєчників.

Діагностику трубної безплідності проводять шляхом гістеросальпінгографії, гідротубації чи пертубації. Гістеросальпінгографію краще проводити водними рентгеноконтрастними розчинами (кардіотраст, урографін, верографін, тріобласт). Метод дає можливість оцінити прохідність маткових труб *(рис. 8.1, 8.2)*.

Рис. 8.1. Непрохідність правої маткової труби в істмічній частині (гістеросальпінгографія)

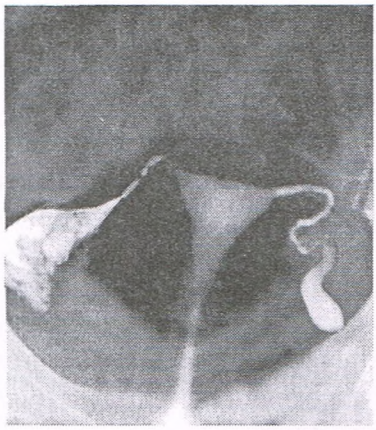


Рис. 8.2. Непрохідність правої маткової труби в ампулярній частині. Звуження правої маткової труби (гістеросальпінгографія)

Стан маткових труб можна оцінити також при контрастній сонографії, яку проводять, вводячи контрастну речовину еховіст у порожнину матки під контролем ультразвукового дослідження.

Розрізняють 4 ступені непрохідності маткових труб:

- повна прохідність маткових труб: розчин із шприца надходить в матку легко і після видалення шийкового наконечника назад не повертається;
- труби непрохідні в перешийковому відділі: 1 порція розчину (до 2 мл) надходить більш-менш легко, а потім при введенні відчувається перешкода. При зменшенні тиску на поршень рідина повертається в шприц. Після витягнення наконечника рідина виливається з матки;
- труби непрохідні в ампулярних відділах: рефлюкс з'являється наприкінці введення (більше 4–5 мл рідини);
- труби частково прохідні: рідина повільно проходить в порожнину матки, при зменшенні тиску на поршень спостерігається слабовиражений і швидкоминучий рефлюкс.

Інколи використовують барвники. Наприклад, проба Спека з 0,06 розчином фенолсульфофталеїну. При прохідності маткових труб цей барвник через 40–60 хв з'являється в сечі, яка після додавання до неї декількох крапель 10 % розчину NaOH забарвлюється в червоний колір. Аналогічно проводять пробу Абурела (з 0,3 % розчином індигокарміну, який забарвлює сечу в зелений колір).

Як правило, діагностику прохідності проводять в стаціонарі в першу фазу менструального циклу, за умови відсутності ознак запалення, при I-II ступенях чистоти піхви.

Інформативною є лапароскопія з використанням хромосальпінгографії метиленовим синім. Цей метод дозволяє найбільш точно оцінити прохідність труб і виявити місце оклюзії.

Безплідність, викликана матковими та цервікальними факторами

Безплідність може бути зумовлена станом слизової оболонки матки, коли внаслідок перенесених запальних процесів, повторних вишкрібань стінок порожнини матки, дії припікаючих хімічних речовин ендометрій зазнає дистрофічних змін, що перешкоджають процесу імплантації і призводять до маткової форми аменореї.

Діагностику проводять у такій послідовності:

- слід з'ясувати наявність збереження функції яєчників при відсутності менструацій шляхом тестів функціональної діагностики;
- провести гормональні проби з прогестероном, комбінованими гестаген-естрогенними препаратами. При матковій аменореї вони негативні;
- провести гістерографію, гістероскопію для виявлення синехій у порожнині матки;
- протягом менструального циклу кілька разів провести УЗД-контроль товщини ендометрія;
- провести біопсію ендометрія;
- тест контакту сперми з цервікальним слизом.

Безплідність може виникати як результат запалення шийки матки — ендоцервіциту. Це наслідок змін структури епітелію шийкового каналу, в'язкості та кислотності шийкового слизу, що призводить до порушення процесів капацитації, перешкоджає просуванню сперматозоїдів у порожнину матки. Щоб виключити вплив виділень вагіни та шийки матки на сперму, проводять, зокрема, пробу Шуварського-Хунера. Цю пробу беруть у день очікуваної овуляції. Перед пробою слід утриматись від статевих зносин 3–4 дні. У день обстеження після статевого акту беруть вміст заднього склепіння на предметне скельце і розглядають його під мікроскопом, визначаючи кількість рухомих сперматозоїдів у полі зору. Проба вважається позитивною за наявності 5 активних сперматозоїдів у полі зору.

Лікування безплідності

Вибір методу лікування залежить від причини безплідності.

За наявності запального процесу проводять його лікування, широко використовуючи фізіотерапевтичні методи (діатермію, озокеритотерапію,

грязелікування, магнітотерапію, лазеротерапію), біостимулятори, протизапальні препарати.

У разі непрохідності маткових труб проводиться лікування методом гідротубації із введенням у матку та труби лікувальних сумішей, до складу яких входять антибіотики, ферменти, кортикостероїди.

У лікуванні трубної безплідності за відсутності ефекту від консервативної терапії використовують лапароскопію.

За наявності в матці синехій проводять їх руйнування під контролем гістероскопії з наступним призначенням протизапальної розсмоктуючої терапії, а також гормональних препаратів, упродовж 2–3 менструальних циклів для відновлення менструальної функції.

У випадку, ***коли безплідність пов'язана із недорозвитком статевих органів,*** призначають загальнозміцнювальну терапію, фізіотерапевтичні процедури (переважно теплові — озокерит, грязі), гінекологічний масаж у поєднанні з гормонотерапією. Гормонотерапія обов'язково повинна проводитись відповідно до фази менструального циклу. Використовують естроген-гестагенні препарати, стимулятори овуляції — кломіфену цитрат, пурегон, прегніл.

Профілактика безплідності полягає в запобіганні захворюванням, що до неї призводять: інфекційним захворюванням у дитинстві, у період статевого дозрівання, запальним процесам у дорослих жінок.

Важлива роль у профілактиці безплідності належить лікарям жіночих консультацій, які повинні пропагувати сучасні методи контрацепції, що дасть можливість запобігти абортам.

Проводячи санітарно-просвітницьку роботу, особливу увагу слід звертати на питання гігієни статевого життя, шкідливості аборту, надто при першій вагітності.

ІМУНОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ БЕЗПЛІДНОСТІ

Імунологічна форма безплідності, яка зумовлена утворенням антиспермальних антитіл (AsAb) у чоловіка або жінки, трапляється відносно рідко. Її частота складає 2% серед усіх форм безплідності, проте серед пар із нез'ясованою етіологією неплідності при подальшому обстеженні у 20–25 % виявляють як причинний фактор антитіла до сперми.

Частіше антиспермальні антитіла утворюються в чоловіків, ніж у жінок. Переважно це наслідок порушення бар'єру між чоловічим репродуктивним трактом та імунною системою. Причиною цього можуть бути вазектомія, пошкодження яєчок при орхітах, травмах, інфекціях генітального тракту.

При цій формі безплідності найефективнішим методом є внутрішньоматкова інсемінація. Рекомендують також механічний метод контрацепції впродовж 6 місяців — використовують презерватив для усунення контакту сперми зі статевими органами жінки. Необхідно обстежити подружню пару щодо прихованої інфекції, оскільки інфекційні агенти сприяють утворенню антиспермальних антитіл.

ДЕОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ БЕЗПЛІДНОСТІ

У переважної більшості жінок із безплідністю виникають різноманітні порушення психоемоційної сфери: відчуття неповноцінності, самотності, напруженого очікування чергової менструації та істеричні стани на її початку. Комплекс цих симптомів складає так званий «синдром очікування вагітності».

Показники психологічних тестів, що характеризують ступінь нестійкості особистих якостей, страху, невпевненості в собі, вираженості психологічних реакцій на навколишнє середовище, у сім'ях, які не мають дітей, значно підвищені. У безплідних жінок високий ступінь невротизації, у чоловіків — схильність до пригнічення, порушення реакцій поведінки. Часто виникають відхилення від нормальної схеми статевої поведінки, у чоловіків — порушення ерекції та еякуляції.

Величезним стресом для подружньої пари є необхідність обстеження, а надалі — виконання рекомендацій лікаря щодо ритму статевого життя, зокрема визначення періоду овуляції в дружини за тестами функціональної діагностики і порада використовувати для зачаття саме цей час. Іноді настійна вимога з боку дружини інтимної близькості саме в певний період може призвести до функціональної неспроможності чоловіка, а відтак до виникнення страху перед статевим актом та інших розладів потенції. Особливо несприятливо впливає на стан потенції встановлення діагнозу азооспермії чи іншої патології сперми. Така звістка призводить до імпотенції більш ніж у половини чоловіків, причому частота її виникнення залежить від реакції дружини. На щастя, такий розлад за відсутності органічних змін буває тимчасовим і потенція згодом відновлюється спонтанно або під впливом психотерапії.

Для жінки необхідність підкорення статевого життя результатам тестів функціональної діагностики також є стресовою ситуацією, на яку реагує не лише психіка, а й органи статевого тракту, зокрема маткові труби. Може виникнути їх спазм, антиперистальтика, що навіть при прохідних трубах порушує транспортування гамет, тому іноді палке бажання жінки завагітніти стає її ворогом. Описано немало випадків, коли довгоочікувана вагітність

наставала після того, як жінка вирішувала припинити лікування, переставала вести вимірювання базальної температури і пильно стежити за часом очікуваної овуляції. Таке ж траплялося, коли пара, облишивши надію на власних нащадків, всиновлювала дитину.

Причини і види психологічних порушень в осіб у безплідному шлюбі різноманітні, тому необхідні величезний досвід лікаря, терпіння, тактовність при збиранні анамнезу, щоб визначити характер особистості, особливості подружніх стосунків та психосексуальних реакцій. Особливої обережності потребує трактування результатів аналізів та досліджень, а також вибір методів обстеження та лікування, зокрема, якщо йдеться про новітні репродуктивні технології — екстракорпоральне запліднення, інсемінацію спермою донора тощо.

ДОПОМІЖНІ РЕПРОДУКТИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ

Питання про застосування допоміжних репродуктивних технологій вирішується кваліфікованим компетентним фахівцем на прохання подружньої пари після відповідного обстеження. Воно включає: визначення групи крові, резус-фактора, ВІЛ, реакції Вассермана, антигена HBs, бактеріоскопію піхвового мазка, діагностику гонореї, токсоплазмозу, трихомоніазу, уреаплазмозу, гарднерельозу, мікоплазмозу, проведення тестів функціональної діагностики для характеристики менструального циклу, ультразвукове дослідження матки та придатків, гістеросальпінгографію, за показаннями лапароскопію, дворазове дослідження сперми чоловіка (донора) та інші необхідні обстеження. При виявленні відхилень у репродуктивній функції подружжя і за наявності показань до застосування допоміжних репродуктивних технологій проводять відповідне лікування.

Загалом усі сучасні методики допоміжних репродуктивних технологій ґрунтуються на базисній біотехнології запліднення in vitro. Поширеною є інсемінація спермою чоловіка (донора) — інструментальне введення сперми у внутрішні статеві органи жінки.

Показаннями до застосування методу для жінки є:

- аномалії репродуктивного апарату (старі розриви промежини, які є причиною витікання сперми назовні відразу після статевого акту, анкілозні пошкодження кульшових суглобів, різні деформації кісток таза, внаслідок чого не може відбутися статевий акт, анатомічні порушення піхви чи матки через вроджені аномалії чи набуті стенози);
- важкі форми вагінізму;
- імунологічні та шийкові фактори;
- безплідність нез'ясованої етіології.

Для чоловіка:

- сексуальні дисфункції різної етіології;
- великі розміри гідроцеле або пахово-калиткової грижі, що унеможливлює статевий акт;
- ретроградна еякуляція;
- виражена гіпоспадія, деякі форми олігоастеноспермії, азооспермія, аспермія.

Для подружжя:

- несприятливий медико-генетичний прогноз стосовно потомства.

Наявність запальних, пухлинних та гіперпластичних процесів матки та придатків, соматичні та психічні захворювання, непрохідність маткових труб, вік жінки більше 40 років є протипоказаннями до застосування інсемінації спермою чоловіка (донора).

Інсемінацію проводять протягом одного менструального циклу в періовуляторний період. Для жінок з нормальною менструальною функцією і повноцінною овуляцією достатньо однієї інсемінації. Однак через труднощі з точним встановленням часу овуляції роблять 2–3 процедури. У цьому випадку завдяки тривалій функціональній здатності сперматозоїдів (72 год) імовірність запліднення зростає.

Залежно від методики введення сперми, розрізняють піхвовий, цервікальний, матковий та перитонеальний способи інсемінації. Вважають, що високоефективною є внутрішньоматкова інсемінація. Вона передбачає введення спеціально обробленої сперми катетером безпосередньо в порожнину матки.

Методика інсемінації передбачає наявність у пацієнтки функціонально повноцінних маткових труб та повноцінної овуляції. Процедурі має передувати якісна діагностика стану репродуктивної сфери, нормалізація менструального циклу і медикаментозна стимуляція овуляції та підготовка ендометрія до сприйняття заплідненої яйцеклітини. Для цього застосовують гормональний, клінічний та ультразвуковий моніторинг. Визначають концентрацію в сироватці крові гонадотропних гормонів, прогестерону, естрадіолу. Доступними та достатньо інформативними є тести функціональної діагностики та дані меноциклограми.

Програму екстракорпорального запліднення з переносом ембріона в матку (in vitro fertilization — IVF) рекомендують у тих випадках, коли консервативні методи є неефективними. Абсолютними показаннями до застосування цього методу лікування є трубна безплідність при втраті функції чи відсутності маткових труб. Відносними — попередні пластичні операції на трубах (вік жінки — менше 30 років, інтервал часу після операції — не

більше одного року), безрезультатний сальпінголізис (оваріолізис) у жінок віком понад 35 років, деякі форми ендометріозу та синдрому полікістозних яєчників, безплідність незрозумілого генезу, імунологічна безплідність у жінок з постійно високим титром антиспермальних антитіл протягом одного року, деякі форми чоловічої безплідності.

Методика проведення екстракорпорального запліднення з переносом ембріона в матку матері включає декілька етапів:

- відбір і підготовка пацієнтів до програми;
- стимуляція суперовуляції;
- моніторинг росту та дозрівання фолікулів з наступною їх пункцією та аспірацією;
- підготовка сперміїв;
- запліднення in vitro, культивування (кріоконсервація);
- трасплантація ембріона в матку;
- контроль розвитку вагітності.

Перенесення ембріона в матку здійснюється на 3–4-у добу з моменту запліднення, що повинно відповідати стадії 8 чи 16 клітин. Для цього використовується спеціальний катетер, за допомогою якого ембріон з невеликою кількістю культурального середовища через канал шийки матки проводять до ділянки дна матки.

Найновіше досягнення сучасної репродуктології — інтрацитоплазматична ін'єкція єдиного сперматозоїда (intracytoplasmatic injection sperm ICSI). Ця програма дає змогу отримати вагітність у тих випадках чоловічої безплідності, які раніше вважалися безнадійними. У виділену яйцеклітину вводять сперматозоїд. Отриманий у такий спосіб ембріон переносять у порожнину матки.

У програму сурогатного материнства включають жінок, які через патологію репродуктивної сфери не можуть виносити дитину (матка відсутня внаслідок оперативних втручань чи не може бути плодовмістилищем). Генетично рідний ембріон переносять у порожнину матки жінки, яка дала згоду виносити дитину.

ОСНОВИ ЖІНОЧОЇ СЕКСОЛОГІЇ

Нерідко зустрічаються сексуальні розлади, з якими жінки звертаються до лікарів-гінекологів чи, за їх направленням, до сексопатолога.

Сексуальна функція включає: статевий потяг (libido), статеве збудження й оргазм.

Статевий потяг (libido) зумовлений статевим інстинктом і проявляється двома компонентами — бажанням взаємної близькості з особами проти-

лежної статі й бажанням статевої близькості. Один із найбільш ранніх проявів першого компонента статевого потягу — інтерес до протилежної статі, що має чисто платонічний характер.

Бажання інтимної близькості виникає у процесі статевого життя і нерідко лише після розвитку оргастичної функції.

У жінок libido має спрямованість на певну особу, виникає в переважній більшості випадків після попередньої підготовки (ласки). Цей потяг має фізіологічні коливання, пов'язані зі змінами в організмі жінки під час овариально-менструального циклу. Так, вважають, що максимуму статевий потяг сягає безпосередньо перед овуляцією, найменший — перед менструацією. Зустрічаються жінки, у яких найбільший сексуальний потяг виникає під час менструації. Негативно впливає на статевий потяг розумова та емоційна перевтома. Щодо віку, то libido сягає максимуму до 30 років, тримається до 55, а потім поступово спадає.

Статеве збудження. Виникає під впливом сексуальних подразників і супроводжується загальними змінами в організмі — прискореним серцебиттям, підвищенням АТ, набуханням молочних залоз і сосків. У геніталіях під час статевого збудження також відбуваються зміни — набухання та збільшення клітора, малих і великих статевих губ. Зволожується слизова оболонка піхви. Виникає виражений місцевий застій крові, завдяки чому звужується вагіна. Усі ці зміни сприяють охопленню статевого члена вагіною, що посилює еротичну стимуляцію як жінки, так і чоловіка.

Оргазм, як складова частина сексуальної функції, є основним її критерієм. Фізіологічний прояв жіночого оргазму — це ритмічні скорочення мускулатури вагіни та матки, при яких жінка одержує насолоду. У більшості жінок спостерігається від 5 до 12 таких скорочень з інтервалами в 1 секунду. Органами оргастичних відчуттів є переважно вагіна та клітор, у частини жінок тип оргазму змішаний. Деякі автори вказують на наявність уретрального, промежинного, цервікального оргазму.

Серед розладів статевої функції розрізняють такі.

Аноргазмія — відсутність оргазму. Ця форма сексуальних розладів трапляється найчастіше. Причиною її нерідко є дисгармонія в подружніх стосунках.

Розрізняють абсолютну й відносну аноргазмію.

Абсолютна — коли оргазм не настає за жодних обставин. *Відносна* — коли оргазм при певних обставинах все ж таки виникає.

Існує ще *симптоматична аноргазмія* як прояв різноманітних захворювань — запальних процесів жіночої статевої сфери, що супроводжуються болем при статевих зносинах, звуження вагіни, недорозвитку статевих губ, різноманітних ендокринних порушень. Якщо пацієнтка звертається до

лікаря з приводу аноргазмії, необхідно насамперед виключити наявність цих захворювань.

Лікування аноргазмії значною мірою зумовлюється її формою. Необхідно виявити в пацієнтки найбільш виражені ерогенні зони і дати відповідні рекомендації. Слід роз'яснити необхідність створення емоційного фону та додаткової стимуляції ерогенних зон. Мають значення пози, які використовують партнери при здійсненні статевого акту. У разі переваги вагінального оргазму парі підходить традиційна європейська поза, при кліторному — поза на боці чи поза «вершника». Необхідно переконати пару, що зайва сором'язливість у виборі поз, нехтування еротичними пестощами може бути причиною виникнення аноргазмії. При симптоматичній аноргазмії слід своєчасно лікувати патологічні стани, що до неї призвели.

Фригідність — повна відсутність або різке зниження статевого потягу. Вона може бути первинною і вторинною. Первинна фригідність частіше буває у молодих «непробуджених» дівчат і продовжується до перших оргастичних відчуттів. При неправильному (негативно спрямованому) статевому вихованні в дитинстві первинна фригідність може залишитись на все життя. Це може статися також після грубого чи насильницького першого статевого акту.

Вторинна фригідність виникає з різноманітних причин, проте найчастіше буває результатом аноргазмії як наслідку невмілої поведінки чоловіка при статевому акті, причому психічні переживання, що супроводжують це явище, поглиблюють аноргазмію і знижують лібідо. Основним симптомом фригідності є відсутність статевого потягу навіть після попередніх пестощів з боку партнера.

При звертанні пацієнтки з приводу фригідності необхідно насамперед виявити можливу причину і дати поради щодо її усунення. Хороші результати дає психоеротичне тренування пари. Спочатку слід виявити ерогенні зони жінки, роз'яснити бажаність їх стимуляції чоловіком, а потім у делікатній формі провести бесіду з чоловіком, краще за відсутності жінки.

Гіперсексуальність (німфоманія) — підвищений статевий потяг. Трапляється досить рідко; є дві форми — *у молодих жінок* і *клімактерична.* Молоді жінки рідко звертаються за допомогою — лише коли потреба у статевих контактах вимушує жінку до аморальної поведінки. Клімактерична німфоманія перебігає важко і приносить жінкам надзвичайні страждання. У переважній більшості випадків німфоманія є симптомом захворювання ЦНС, зокрема гіпоталамічної ділянки, а також деяких психічних захворювань (шизофренії, олігофренії, маніакальних станів). Лікування гіперсексуальності полягає в радикальному лікуванні основних захворювань, що призводять до цієї патології.

Онанізм *(мастурбація)* — отримання статевої насолоди шляхом подразнення статевих органів. Патологічною мастурбація вважається лише тоді, коли вона проводиться часто, особливо на тлі нормального статевого життя. У більшості випадків жінки вдаються до мастурбації на тлі тривалої відсутності оргазму за наявності статевого збудження. Не вважається патологією, коли зрідка здорова жінка за тимчасової відсутності статевого життя мастурбує. Тривала надмірна мастурбація призводить до астенізації жінки. Надмірну мастурбацію лікують шляхом гіпнотерапії, рекомендують заняття спортом, збільшення фізичних навантажень.

Для профілактики сексуальних порушень у жінок необхідне правильне психостатеве виховання дівчаток. Завдання полягає в тому, щоб дати правильну інформацію про гігієну статевого життя, про дітонародження. Одночасно слід пам'ятати про делікатність такої інформації. Не потрібно завчасно пробуджувати в дівчаток статевий потяг, але не можна й залякувати їх.

Роз'яснення повинні мати індивідуальний, а не масовий характер. Лікарі повинні проводити бесіди про статеве виховання з батьками дівчаток, щоб вони могли правильно орієнтувати дітей у цьому питанні. Дуже важливими є дошлюбні консультації з питань гігієни статевого життя.

Важливою у запобіганні сексуальних порушень є можливість реалізації статевого акту. Партнери повинні знати, що вони мають поважати індивідуальні особливості та потреби одне одного. Статевий акт повинен здійснюватись у цивілізованих умовах, при повному усамітненні. Після першого статевого акту слід рекомендувати на деякий час утриматись від коїтусу, щоб біль не призвів до негативної реакції на статевий акт. Не рекомендуються статеві зносини під час запальних процесів, менструацій.

У профілактиці фригідності та аноргазмії ці чинники мають велике значення. Крім того, слід пам'ятати, що, крім тіла, ерогенними зонами можуть бути будь-які органи відчуттів — зір, слух, нюх.

Щодо частоти статевих зносин, то можна вважати, що коли здорові люди відчувають потребу у щоденних статевих актах і після них не відчувають втоми — це норма. Шкідливими слід вважати статеві акти, які повторюються через короткі проміжки часу, тому що вони призводять як до загального виснаження, так і до травматизації статевих органів. Несприятливо відображається на статевому житті і здоров'ї пари перерваний статевий акт. Він не лише призводить до застою крові в органах малого таза, а й несприятливо впливає на психоемоційну сферу, що може спричинити сексуальні порушення. Одним із важливих моментів запобігання аноргазмії є надійна контрацепція. Виникненню стійкої аноргазмії сприяють моральна травма та больові відчуття, перенесені жінкою під час штучного переривання вагітності. Тому при проведенні абортів слід попередньо психологічно підготувати пацієнтку, а також застосувати ретельне знеболювання.

ГІГІЄНА ДОРОСЛОЇ ЖІНКИ

Загальногігієнічний режим. Важливе місце в гігієні жінки займає правильне чергування роботи та відпочинку. Важливо, щоб жінки не виконували важкої фізичної роботи, яка може спричиняти зміщення тазових органів. Негативний вплив спричиняє вібрація, робота з комп'ютерами.

Гармонійному розвиткові жіночого організму сприяють заняття фізкультурою та спортом. Проте не слід рекомендувати широкому загалові жінок ті види спорту, де є важкі фізичні навантаження, струси (удари об перекладину), підіймання тягарів.

Кожна жінка повинна ретельно доглядати за шкірою, яка, крім захисної, має ще й видільну, дихальну функції. Тому необхідно регулярно приймати душ, а де такої можливості немає — проводити вологе обтирання.

Важливу роль у здоров'ї жінки відіграє збалансоване раціональне харчування. Брак певних мікроелементів, вітамінів може призводити до порушення менструального циклу. Негативно впливають також переїдання, зловживання солодощами, виробами з борошна, особливо у жінок, які схильні до ожиріння. Калорійність їжі повинна відповідати енергетичним затратам жінки.

Завдання медичного персоналу жіночих консультацій та гінекологічних стаціонарів — проводити серед жінок роз'яснювальну роботу з питань загальної гігієни, звертаючи особливу увагу на шкідливість куріння, алкоголізму, наркоманії.

Гігієна жінки під час менструації. Надзвичайно важливе значення має дотримання гігієнічних правил під час менструації. Менструальна кров повинна вільно стікати, прокладки необхідно змінювати кілька разів на день. В іншому разі на прокладках, де накопичується кров, розвиваються бактерії, що може спричиняти подразнення, запальний процес вульви і поширення його у вагіну. Зовнішні статеві органи необхідно кілька разів на день обмивати теплою водою з милом. Із загальних водних процедур можна рекомедувати лише душ; купання в басейні, миття у ванні не бажане.

Необхідно стежити за регулярним випорожненням кишечника. У ці дні слід уникати фізичних навантажень, нервово-психічних перевтом, занять спортом.

У жодному разі не можна здійснювати статеві зносини, позаяк це сприяє не тільки занесенню інфекції, а й посиленню крововтрати.

Якщо жінка проводить вагінальні лікувальні процедури, то під час менструації їх слід припинити.

Гігієна статевого життя. Під час першого статевого акту відбувається надрив дівочої пліви з утворенням ранки, тому слід рекомендувати молодій подружній парі декілька днів утримуватись від статевих зносин. У

цей час особливо обережно необхідно проводити туалет зовнішніх статевих органів. Внаслідок болючості повторних актів може виникнути вагінізм, що, врешті, призводить до неврозів. Між неналагодженістю статевих стосунків, сексуальними і невротичними розладами існує тісний зв'язок. Будь-які аномалії статевих стосунків можуть призвести до неврозів. Тому в таких випадках важливо своєчасно звертатись до сексопатолога.

Частота статевих зносин має бути індивідуальною. Вони залежать від загального здоров'я подружжя, віку, темпераменту. Важливим у визначенні цього є самопочуття обох партнерів після статевого акту. Статеві акти не рекомендуються у перші й останні 2 місяці вагітності, протягом 6 тижнів після пологів і 4 тижнів після аборту.

Лікарі повинні підкреслювати небезпеку випадкових статевих зв'язків, що може призводити до зараження венеричними захворюваннями та СНІДом, які останнім часом набули значного поширення. Коли жінки мають випадкові статеві зносини, партнерові слід користуватись презервативом.

Перелік контрольних питань:

- чоловіча безплідність;
- жіноча безплідність;
- допоміжні репродуктивні технології;
- психологічні аспекти безплідності;
- основи жіночої сексології;
- гігієна дорослої жінки під час менструації та статевого життя.

НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА В ГІНЕКОЛОГІЇ

У гінекологічній практиці трапляються захворювання, що потребують невідкладної допомоги. Передусім це захворювання, що супроводжуються кровотечею: позаматкова вагітність, апоплексія яєчника (внутрішня кровотеча), аборт у ходу чи неповний аборт, шийкова вагітність, дисфункційні маткові кровотечі, кровотечі при підслизовій фіброміомі матки, травми статевих органів (зовнішні кровотечі). Невідкладної допомоги вимагають також перекрут ніжки кістоми, розрив піосальпінкса. Нерідко не лише здоров'я, а й життя жінки залежить від того, наскільки швидко і правильно акушерка та фельдшер зорієнтуються в ситуації і застосують оптимальні організаційні та лікувальні заходи.

ПОЗАМАТКОВА ВАГІТНІСТЬ

Позаматковою, або ектопічною, називається вагітність, яка настає внаслідок імплантації плідного яйця поза межами порожнини матки.

Позаматкова вагітність — одне із найбільш серйозних гінекологічних захворювань, оскільки переривання її супроводжується значною внутрішньочеревною кровотечею і вимагає надання невідкладної допомоги.

Етіологія. Серед причин, що призводять до порушення транспортування яйцеклітини, а відтак до позаматкової вагітності, основними є *анатомічні зміни* в тканинах маткових труб, що виникають внаслідок *запальних процесів*. Запалення слизової оболонки, її набряк та наявність запального ексудату в гострій та хронічній фазі спричиняють зміни функції маткових труб, пов'язані з утворенням зрощень, спайок, перегинів труби, закриття її ампулярного кінця. Ураження м'язової оболонки та зміни іннервації труб призводять *до порушення їх перистальтики* і затримки просування заплідненого яйця. Значні анатомічні зміни в стінці труби або в навколишніх тканинах спричиняють перенесені аборти, оперативні втручання на органах малого таза. Позаматкова вагітність часто трапляється в жінок з *генітальним інфантилізмом* (звивисті та тонкі труби уповільнюють про-

сування яйцеклітини), ендометріозом, пухлинами матки та її придатків. Підвищують ризик ектопічної вагітності *застосування внутрішньоматкових контрацептивів,* а також *допоміжні репродуктивні технології.* Є наукові дані про те, що токсичний вплив ексудату в трубі при хронічному її запаленні призводить до *прискореного дозрівання трофобласта*, тому активізуються протеолітичні ферменти і імплантація настає до надходження плідного яйця у матку. При сповільненому розвитку трофобласта яйце імплантується в нижніх відділах матки (передлежання плаценти) або поза межами порожнини матки у її шийці (шийкова вагітність).

Класифікація позаматкової вагітності. Залежно від того, де імплантувалось плідне яйце, розрізняють: *трубну вагітність, яєчникову вагітність, черевну вагітність, вагітність у рудиментарному розі матки,* а також *інтралігаментарну* (між листками широкої зв'язки матки) та *шийкову* вагітність.

У переважній більшості випадків (98,5%) трапляється трубна вагітність: інтерстиціальна — в інтерстиціальній частині труби, істмічна — у перешийку і ампулярна — в ампулярній частині *(рис. 9.1).*

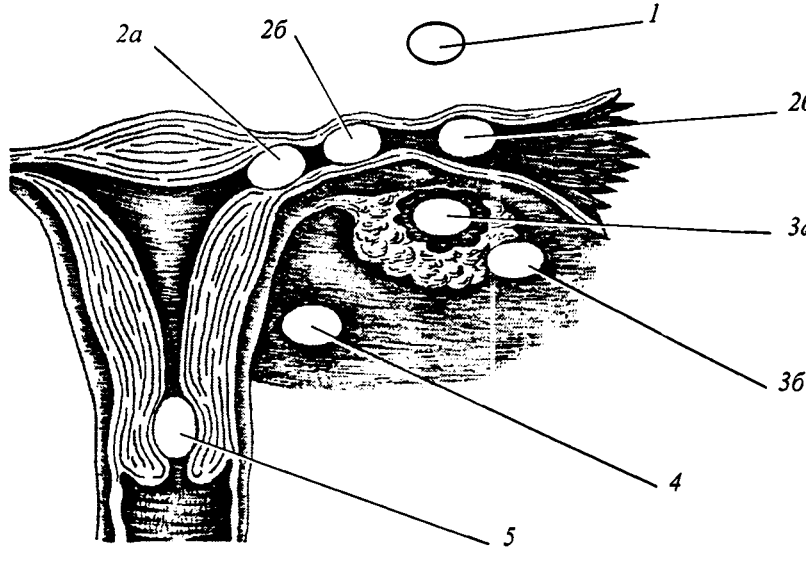


Рис. 9.1. Локалізація плідного яйця при позаматковій вагітності:
1 — черевна, 2 — трубна: 2а — інтерстиціальна; 2б — істмічна;
2в — ампулярна; 3 — яєчникова: 3а — у порожнині фолікула;
3б — на поверхні яєчника; 4 — інтралігаментарна; 5 — шийкова

За клінічним перебігом розрізняють прогресуючу позаматкову вагітність та порушену (трубний аборт, розрив маткової труби, завмерла вагітність). Переривання позаматкової вагітності буває за типом трубного аборту та за типом розриву маткової труби *(рис. 9.2–9.5).*

Перебіг позаматкової вагітності. Після імплантації плідного яйця в організмі жінки розпочинаються зміни, притаманні нормальній матковій вагітності: в яєчнику розвивається жовте тіло вагітності, у матці утворюється децидуальна оболонка, під впливом гормонів, що продукує яєчник, матка розм'якшується та збільшується в розмірах, як і має бути при вагітності. Виробляється хоріонічний гонадотропін, який можна виявити відповідними дослідженнями, тест на вагітність — позитивний. У жінки є ознаки вагітності: нудота, зміни апетиту тощо.

Плідне яйце, що імплантувалося в ендосальпінксі, проходить ті самі стадії розвитку, що й за маткової вагітності. Утворюються ворсини хоріона, вони вростають спочатку в слизову оболонку труби, потім, не знаходячи достатніх умов для розвитку, у її м'язову стінку. У міру збільшення плідного яйця стінки труби розтягуються. Ворсини хоріона, проростаючи все глибше й глибше, викликають її руйнування, утворюється шар фібриноїдного некрозу. За образним висловом Werth, «плідне яйце риє собі в стінці труби не тільки гніздо, а й могилу». Стінка маткової труби не може створити плодові сприятливих умов для розвитку, тому в межах 4–7 тижнів відбувається переривання позаматкової вагітності.

Трубна вагітність переривається за типом розриву маткової труби або за типом трубного викидня, залежно від того, у який спосіб плідне яйце виходить у черевну порожнину. При розриві маткової труби руйнування її стінки відбувається не внаслідок механічного її розтягнення і розриву, а швидше внаслідок роз'їдання ворсинами хоріона. При перериванні за типом трубного викидня відбувається відшарування плідного яйця від стінок труби та його зганяння в черевну порожнину через ампулярний кінець.

Прогресуюча позаматкова вагітність

До появи ознак переривання ектопічну вагітність діагностують порівняно рідко. Важкість діагностики пов'язана з тим, що жодних симптомів, які відрізняли б її від маткової вагітності, немає. Іноді жінок турбують больові відчуття внизу живота. При бімануальному дослідженні можна пропальпувати збільшену трубу, але це не завжди вдається, оскільки лише на кінець другого місяця вона досягає розмірів курячого яйця, а м'якоеластична консистенція утвору не дає можливості чітко його пальпувати.

Диференціальну діагностику прогресуючої позаматкової вагітності проводять із матковою вагітністю ранніх термінів, кістою, кістомою яєчника, гідросальпінксом. При кістомі яєчника збоку від матки так само, як і при прогресуючій трубній вагітності, пальпується еластичний утвір, проте матка при цьому не збільшена, реакція на хоріонічний гонадотропін (ХГ)

негативна. Затримки менструації немає. При гідросальпінксі в ділянці придатків також визначають ковбасоподібний еластичний утвір, матка не збільшена, на затримку менструації жінка не вказує, реакція на ХГ негативна.

Утруднення в діагностиці виникають тому, що за рахунок розвитку децидуальної оболонки та гіпертрофії м'язових волокон деякий час продовжує збільшуватись матка, проте не відповідає розмірам, очікуваним для даного терміну вагітності.

Тести для визначення хоріонічного гонадотропіну в таких випадках дають можливість констатувати наявність вагітності, не даючи відповіді на питання про її локалізацію. У деяких випадках можна встановити діагноз прогресуючої позаматкової вагітності за допомогою ультразвукового дослідження — в порожнині матки при цьому відсутній ембріон. Підтвердити діагноз можна за допомогою лапароскопії *(рис. 9.2)*. При підозрі на прогресуючу позаматкову вагітність необхідна термінова госпіталізація для комплексного обстеження і спостереження. Хвора повинна перебувати під ретельним наглядом медичного персоналу. Про найменші зміни в стані жінки, появу нових симптомів, особливо таких, що можуть свідчити про внутрішню кровотечу, слід повідомити чергового лікаря.

Рис. 9.2. Прогресуюча позаматкова вагітність в ампулярній частині труби

Відразу ж після прийняття в стаціонар такій пацієнтці необхідно визначити групу крові, а також резус-фактор.

Трубний аборт

Клініка. При трубному аборті відбувається відшарування плідного яйця від стінки труби і вигнання його в черевну порожнину *(рис. 9.3)*. Клініка трубного аборту проявляється переймоподібним болем, що локалізується в одній із здухвинних ділянок та іррадіює в стегно, пряму кишку, крижі. Іноді виникає біль у надключичній ділянці — френікус-симптом. Якщо плідне

яйце виганяється із труби відразу, це іноді супроводжується досить значною крововтратою, запамороченням і непритомністю. Іноді відшарування плідного яйця на деякий час припиняється, біль перестає турбувати, проте невдовзі відновлюється. Це може повторюватися кілька разів, тоді трубний аборт триває довго. Кров, що виливається з труби, накопичується в матково-прямокишковому просторі і викликає відчуття тиску на пряму кишку.

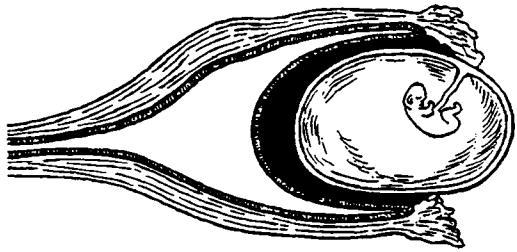


Рис. 9.3. Трубний викидень

Виділення із зовнішніх статевих органів мають «мажучий» характер, бувають бурого або коричневого кольору. Іноді виходять клапті децидуальної оболонки, а деколи вона виходить цілком, нагадуючи собою відбиток порожнини матки.

Діагностика. Діагноз трубного аборту встановити не завжди легко. Велике значення має ретельно зібраний анамнез. Присутні сумнівні та імовірні ознаки вагітності. Відзначається анемія, при інтенсивній крововтраті знижується артеріальний тиск, прискорюється пульс. Живіт здутий, участь його в акті дихання обмежена. У бокових відділах живота визначається притуплення перкуторного звуку, при пальпації — симптоми подразнення очеревини.

При огляді дзеркалами виявляють ціаноз слизової оболонки піхви і шийки матки, характерні описані вище виділення. Бімануальним дослідженням можна виявити таке: матка збільшена, проте не відповідає терміну затримки менструації, ділянка перешийка розм'якшена, рухи шийкою болючі. У ділянці придатків з одного боку можна пальпувати утвір еластичної консистенції з нечіткими контурами. Заднє склепіння згладжене або навіть випнуте.

Диференціальна діагностика трубного аборту. У тих випадках, коли немає значної внутрішньочеревної кровотечі, трубний аборт слід диференціювати з *матковим абортом* у ранньому терміні, загостренням сальпінгоофориту, дисфункціональною матковою кровотечею, перекрутом ніжки кістоми.

При матковому аборті постійний переймоподібний біль, що іррадіює в крижову ділянку, виділення кров'янисті, яскраво- або темно-червоного кольору.

При трубному аборті біль періодичний, переймоподібний, нерідко супроводжується запамороченням, іррадіює у пряму кишку.

Перкусією виявляють притуплення звуку в бокових ділянках живота при позаматковій вагітності та тимпаніт при матковому аборті.

Виділення із вагіни при трубному аборті з'являються після нападу болю, темні, незначні, при матковому виділення яскраві, значні.

Загальний стан жінки при трубному аборті не відповідає зовнішній крововтраті, тоді як при матковому — відповідає.

Бімануальне дослідження при трубному аборті дає можливість виявити поряд з маткою утвір, матка не відповідає терміну вагітності, тоді як при матковому аборті величина матки відповідає терміну вагітності, придатки не змінені.

Від *запального процесу придатків матки* трубний аборт відрізняється насамперед тим, що при запальному процесі немає затримки менструації, реакція на ХГ негативна.

Біль при цьому захворюванні, на відміну від трубного аборту, найчастіше виникає поступово, втрати свідомості не буває. Характер болю не переймоподібний, а постійний.

При трубному аборті підвищення температури до субфебрильної спостерігається лише при тривалому перебігу аборту, тоді як при гострому запаленні придатків матки температура в більшості випадків підвищена.

Певна крововтрата при трубному аборті призводить до зниження АТ, при запальному процесі АТ нормальний. Пульс при аборті прискорений, температура підвищується рідко.

У випадку трубного аборту живіт дещо здутий, але м'який, болючий при пальпації більше з одного боку, у бокових відділах при перкусії спостерігається притуплення перкуторного звуку. При запальному процесі обстеження живота дає подібну симптоматику, проте немає притуплення перкуторного звуку.

Кров'янисті виділення при запальних процесах придатків матки бувають не завжди, а якщо є, то, на відміну від виділень при трубному аборті, вони яскраві, іноді з домішками гною.

При бімануальному дослідженні збільшення матки, пальпація збільшених, з нечіткими контурами придатків з одного боку свідчить швидше про трубний аборт, ніж про запалення придатків, при якому матка не збільшена, а придатки частіше пальпуються збільшеними з обох боків. Нерідко при трубному аборті знаходять нависання заднього склепіння.

Незважаючи на багато відмінностей, які дають можливість провести диференціальну діагностику між трубним абортом і запальним процесом

придатків матки, іноді це зробити важко. Важливим у таких випадках є УЗД і, особливо, пункція заднього склепіння. У випадку трубного аборту при пункції отримують кров, а при запальних процесах — серозну рідину або гній.

Якщо діагноз уточнити не вдалось, а загальний стан жінки дозволяє, проводять протизапальну і гемостатичну терапію протягом 5–7 днів із ретельним клінічним спостереженням. При трубному аборті всі явища (біль переймоподібного характеру, кров'янисті виділення) наростають, збільшується утвір у ділянці придатків матки, а при запальному процесі настає покращання.

Із *перекрутом ніжки кістоми* трубний аборт диференціюють на основі того, що при перекруті ніжки кістоми немає затримки менструації, відсутні інші ознаки вагітності, негативна реакція на хоріонічний гонадотропін, відсутні кров'янисті виділення, а також ознаки внутрішньої кровотечі. Пальпацією живота при перекруті ніжки кістоми виявляють симптоми подразнення очеревини. Із додаткових методів використовують УЗД, іноді ендоскопію.

Диференціальна діагностика між трубним абортом та апендицитом. При апендициті хвора не вказує на затримку менструації, немає ознак вагітності. При трубному викидні біль періодичний, переймоподібний, з однобічною локалізацією. При апендициті він виникає спочатку в епігастрії, а пізніше локалізується у правій здухвинній ділянці, супроводжується нудотою, блюванням, що при трубному аборті буває рідко. Відсутні кров'янисті виділення та ознаки внутрішньої кровотечі. Пальпація живота при гострому апендициті виявляє виражене напруження передньої черевної стінки, тоді як при трубному аборті воно незначне, а нерідко зовсім відсутнє. Наявність симптомів Щоткіна-Блюмберга, Ровзінга свідчить на користь гострого апендициту, а френікус-симптом при цьому відсутній. При бімануальному дослідженні в разі гострого апендициту матка і придатки не збільшені. Якщо від початку захворювання пройшов тривалий час, їх не завжди вдається пальпувати через подразнення тазової очеревини. Інфільтрат пальпується вище, через вагіну, зазвичай, не досягається.

Аналіз крові при апендициті виявляє лейкоцитоз зі зсувом формули вліво, анемії немає, тоді як при трубному аборті картина крові характерна для анемії. Зрештою, діагностичним критерієм може бути пункція заднього склепіння.

Коли чітку диференціацію провести неможливо, необхідно робити лапаротомію.

Розрив труби

Клініка. Розрив труби *(рис. 9.4)* частіше розвивається в тому випадку, коли вагітність локалізується в істмічному чи інтерстиціальному її відділі. Клінічна картина проявляється вираженою внутрішньою кровотечею, шоком, гострою анемією.

Захворювання розпочинається після затримки менструації з появи різкого болю внизу живота, який з'являється раптово, локалізується у здухвинній ділянці чи внизу живота, іррадіює у пряму кишку, крижі. Цей біль супроводжується короткочасною непритомністю, після цього хвора залишається млявою, адинамічною. При спробі встати вона може повторно знепритомніти.

У хворої наявні всі ознаки внутрішньої кровотечі: різка блідість, холодний піт, похолодання нижніх кінцівок, частий, слабкого наповнення, іноді ниткоподібний пульс. Помітне здуття живота, участь його в акті дихання різко обмежена. У бокових відділах живота відзначається притуплення перкуторного звуку. Пальпація живота різко болюча, наявний симптом Щоткіна-Блюмберга.

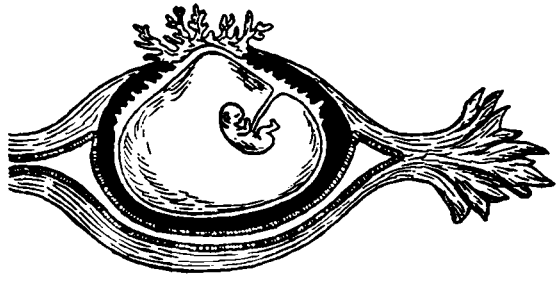


Рис. 9.4. Розрив труби

Діагностика. Під час огляду дзеркалами знаходять ціаноз слизової оболонки вагіни, кров'янисті виділення бувають, але не завжди, мають темний колір, нерідко характеру кавової гущі.

При бімануальному дослідженні завжди різко болюче зміщення шийки матки, виявляється нависання і різка болючість заднього склепіння. Тіло матки збільшене незначно, а збоку від неї можна пропальпувати болючий утвір з нечіткими контурами, іноді пульсуючий. Слід пам'ятати, що матку та придатки пальпувати не завжди вдається через різку болючість гінекологічного дослідження.

При тривалому перебуванні крові в черевній порожнині відбувається її часткове всмоктування і трансформований білірубін відкладається в клітинах шкіри. Тому виникають такі ознаки:

- *симптом Гофштетера* — наявність синьо-зеленого або синьо-чорного забарвлення шкіри в ділянці пупка;

- *симптом Кушталова* — шафранове (жовте) забарвлення шкіри долонь та підошов, особливо у ділянці пальців.

При розриві труби майже завжди наявна виражена картина внутрішньої кровотечі, яскрава симптоматика, тому, ретельно зібравши анамнез, лікар відразу може встановити діагноз. Проте інтенсивність внутрішньої кровотечі залежить від індивідуального розміщення судин, що живлять трубу, і деякі хворі після її розриву, незважаючи на біль у животі, запаморочення, можуть не відразу звернутися до лікаря. Разом з тим, відсутність вираженої симптоматики може ввести лікаря в оману. Хвороба прогресує, допомога відкладається. Тому для підтвердження діагнозу перерваної позаматкової вагітності обов'язково слід робити пункцію заднього склепіння, при якій отримують кров. Проте необхідно пам'ятати, що у 10–15% випадків пункція не підтверджує діагнозу. У такому випадку, якщо загальний стан хворої дозволяє, проводять ендоскопічне дослідження.

Підсумовуючи сказане, можна зробити висновок, що діагностика позаматкової вагітності може бути або дуже простою (при типовому перебігові захворювання за типом розриву маткової труби), або надзичайно складною, зокрема при трубному викидні, який називають «королем діагностичних помилок».

Слід засвоїти чіткий діагностичний алгоритм щодо хворих із підозрою на позаматкову вагітність та певну клінічну тактику ведення.

Клінічні ознаки.

1. *Ознаки вагітності:* затримка менструацій; потовщення молочних залоз; зміна смакових, нюхових та інших відчуттів, характерних для вагітності; ознаки раннього гестозу (нудота, блювання та ін.); позитивні імунологічні реакції на вагітність (β-ХГЛ у сироватці крові та сечі).

2. *Порушення менструального циклу* — мажучі, кров'янисті виділення зі статевих шляхів після затримки менструацій, з початком наступної менструації, до настання очікуваної менструації.

3. *Больовий синдром:* односторонній переймоподібний або постійний біль внизу живота; раптовий інтенсивний біль у нижній частині живота; перитонеальні симптоми в нижньому відділі живота, різного ступеня вираженості; іррадіація болю у пряму кишку, ділянку промежини та крижі.

4. *Ознаки внутрішньочеревної кровотечі* (у разі порушеної позаматкової вагітності): притуплення перкуторного звуку у флангах живота; позитивні *симптом Герцфельда* (позив до сечовипускання, що виникає у момент розриву труби) та *симптом Кулєнкампфа* (наявність ознак подразнення очеревини за умови відсутності локального м'язового напруження в нижніх відділах живота); у горизонтальному положенні хворої позитивний двосторонній *френікус-симптом,* а у вертикальному — запаморочення, втрата

свідомості; у разі значного гемоперитонеума — *симптом Щоткіна-Блюмберга;* прогресуюче зниження показників гемоглобіну, еритроцитів, гематокриту за результатами аналізу крові.

5. *Порушення загального стану* (у разі порушеної позаматкової вагітності): слабкість, запаморочення, втрата свідомості, холодний піт, колапс, гемодинамічні порушення; нудота, рефлекторне блювання; метеоризм, однократна діарея.

Дані гінекологічного обстеження:

- блідість та ціаноз слизової оболонки піхви та шийки матки;
- розміри матки менші від очікуваних за терміном вагітності;
- одностороннє збільшення та болючість придатків матки;
- нависання склепінь піхви (у разі гемоперитонеума);
- різка болючість заднього склепіння піхви («крик Дугласа»);
- м'яка консистенція шийки матки;
- болючість при зміщенні шийки матки;
- позитивний *симптом Промтова* — при спробі змістити матку догори пальцями, введеними у піхву та пряму кишку, хвора бідчуває різкий біль. При апендициті дослідження через пряму кишку викликає біль у ділянці дугласового простору;
- позитивний *симптом Гофмана* — зміщення матки у протилежний від ураженої труби бік. Під час дослідження матка легко стає в нормальне положення, а після припинення дослідження повертається в попереднє положення;
- позитивний *симптом Ландау* — сильна болючість при введенні в піхву дзеркал або пальців.

Специфічне лабораторне обстеження: *якісний або кількісний тест на ХГЛ.*

Інструментальні методи обстеження.

УЗД: відсутність плодового яйця в порожнині матки; візуалізація ембріона поза порожниною матки; виявлення утвору неоднорідної структури в ділянці проекції маткових труб; значна кількість вільної рідини в дугласовому просторі.

Лапароскопія — візуальне встановлення позаматкової вагітності у вигляді: ретортоподібного потовщення маткової труби багряно-синюшного кольору; розриву маткової труби; кровотеча з ампулярного отвору або з місця розриву маткової труби; наявність в черевній порожнині і в дугласовому просторі крові у вигляді згустків або в рідкому стані; наявність у черевній порожнині елементів плідного яйця.

Діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки: відсутність у вишкребі елементів плідного яйця; наявність у вишкребі децидуальної

тканини. Діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки виконується за відсутності апарату УЗД та за умови поінформованої згоди пацієнтки на цю маніпуляцію.

У разі малого терміну затримки менструації, зацікавленості жінки в збереженні маткової вагітності та відсутності симптомів внутрішньочеревної кровотечі необхідно вибрати очікувальну тактику, орієнтуючись на клінічні ознаки, УЗД в динаміці спостереження та рівень ХГЛ у сироватці крові.

Пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви. Проводиться за відсутності апарату УЗД для діагностики трубного аборту. Наявність у пунктаті рідкої крові — одна з ознак позаматкової вагітності. У разі клінічних ознак внутрішньочеревної кровотечі пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви не проводиться — затримка часу початку лапаротомії.

Рідкісні форми позаматкової вагітності

До форм позаматкової вагітності, що трапляються рідко, належать: яєчникова вагітність, інтралігаментарна вагітність, черевна вагітність, шийкова вагітність та вагітність у рудиментарному розі матки.

Яєчникова вагітність. Розвивається в разі запліднення яйцеклітини в порожнині фолікула. Частота яєчникової вагітності складає 0,5–1 % усіх позаматкових вагітностей і посідає друге місце за частотою після трубної вагітності. Єдиним фактором ризику виникнення цього варіанту позаматкової вагітності є використання внутрішньоматкових контрацептивів.

Діагностика. Клінічні ознаки такі самі, як і за трубної вагітності. При порушеній яєчниковій вагітності можлива клініка геморагічного шоку. У 75% випадків яєчникової вагітності помилково діагностують апоплексію яєчника.

У діагностиці допомагає УЗД органів малого таза, особливо трансвагінальним датчиком, коли плодове яйце візуалізується в ділянці яєчника та позитивна якісна реакція на ХГЛ.

Ознаки яєчникової вагітності при УЗД:

- маткова труба на ураженій стороні незмінена ;
- плодове яйце знаходиться в проекції яєчника;
- плодове яйце з'єднане з маткою власною зв'язкою яєчника;
- серед плодових оболонок візуалізується тканина яєчника.

Лікування. Хірургічне лікування включає видалення плодового яйця та клиноподібну резекцію яєчника. У разі значного ураження яєчника та значної внутрішньочеревної кровотечі виконують оваріоектомію.

Шийкова вагітність — це один з рідкісних та складних варіантів позаматкової вагітності, коли імплантація заплідненої яйцеклітини відбулася в каналі шийки матки.

Діагностика.

1.*Анамнез, у тому числі гінекологічний.* Звертають увагу на кількість абортів та перебіг післяабортного періоду, перенесені запальні захворювання внутрішніх геніталій, у тому числі шийки матки.

2.*Огляд шийки матки в дзеркалах.* Візуалізація ціанотичної бочкоподібної шийки матки.

3.*Обережне бімануальне гінекологічне обстеження.* Матка разом із шийкою у вигляді «піскового годинника».

4.*Ультразвукове дослідження органів малого таза.* Ультразвукові ознаки шийкової вагітності: відсутність плідного яйця в порожнині матки; гіперехогенність ендометрія (децидуальна тканина); неоднорідність біометрія; матка у вигляді піскового годинника; розширення каналу шийки матки; плідне яйце в каналі шийки матки; плацентарна тканина в каналі шийки матки; закрите внутрішнє маткове вічко.

Диференціальна діагностика. Шийкову вагітність диференціюють із самовільним абортом, міомою, раком шийки матки, випадінням субмукозної міоми на ніжці, трофобластичною пухлиною, передлежанням та низьким розташуванням плаценти. УЗД дає змогу досить чітко провести диференційну діагностику, виявити відмінності між шийковою вагітністю та іншою акушерсько-гінекологічною патологією.

Лікування. У разі діагностованої шийкової вагітності — категорична відмова від проведення вишкрібання стінок порожнини матки, яке може призвести до розвитку профузної кровотечі. Метод лікування шийкової вагітності — хірургічний (екстирпація матки).

Черевна вагітність буває первинна та вторинна. При первинній плідне яйце імплантується безпосередньо в черевній порожнині — на очеревині, сальнику, петлях кишечника, печінці. Вторинна черевна вагітність розвивається в результаті реімплантації в порожнині малого таза плідного яйця, що вийшло з маткової труби внаслідок трубного викидня. Черевна вагітність може перериватися у ранні терміни, призводячи до «гострого живота», але описані випадки доношування її до кінця. Плід пальпується безпосередньо під черевною стінкою, чітко прослуховується його серцебиття, дещо збільшена матка визначається окремо від плода. Можливе народження живої доношеної дитини. Операція полягає у видаленні плода та дитячого місця оперативним шляхом, причому виникають значні технічні труднощі, пов'язані з відділенням плаценти від внутрішніх органів.

Міжзв'язкова (інтралігаментарна) вагітність. Якщо при трубній вагітності ворсини хоріона ростуть не в бік черевної порожнини, а в бік широкої зв'язки матки, розшаровуючи її, плідне яйце потрапляє в простір між листками lig. latum uteri і продовжує розвиватися між ними. Плідне яйце, захищене листками широкої зв'язки, може розвиватися до пізніх термінів або навіть доношуватись *(рис. 9.5),* проте значно частіше відбувається переривання такої вагітності в терміні 2–3 місяців. При перериванні утворюється велика гематома, а якщо листки широкої зв'язки руйнуються внаслідок проростання ворсин хоріона, виникає кровотеча в черевну порожнину.

Рис. 9.5. Доношена інтралігаментарна вагітність

Вагітність у рудиментарному розі матки. Зачатковий (рудиментарний) ріг матки може мати сполучення з основною порожниною, у такому випадку туди може потрапити запліднена яйцеклітина та настати вагітність *(рис. 9.6).* Прогресуюча вагітність особливої симптоматики не дає. При пальпації визначається пухлиноподібний утвір, зв'язаний з маткою, іноді на ніжці, рухомий, неболючий. М'язовий шар рудиментарного рогу розви-

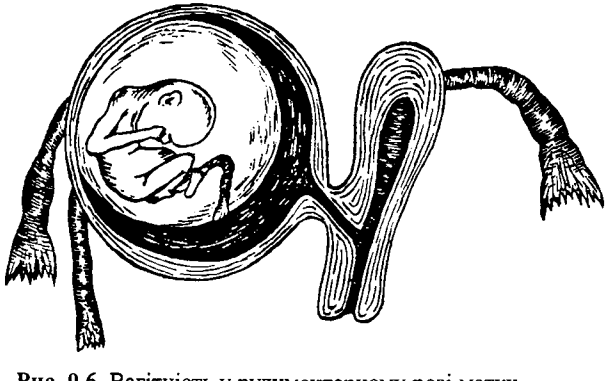


Рис. 9.6. Вагітність у рудиментарному розі матки

нутий недостатньо, порівняно з міометрієм, але значно краще порівняно зі стінкою маткової труби, тому вагітність у рудиментарному розі переривається в пізніші терміни. Крововтрата при такій локалізації ектопічної вагітності буває значною, тому дуже важливо швидко транспортувати жінку в лікувальний заклад, діагностувати захворювання та прооперувати хвору.

Лікування позаматкової вагітності

Принципи ведення хворих з ектопічною вагітністю:

1. Підозра позаматкової вагітності є показанням для термінової госпіталізації.

2. Рання діагностика допомагає зменшити кількість ускладнень і надає можливість застосовувати альтернативні методи лікування.

3. У разі встановленого діагнозу позаматкової вагітності необхідно провести невідкладне оперативне втручання (лапароскопія, лапаротомія).

Оперативне лікування позаматкової вагітності є оптимальним. У сучасній практиці можливе застосування консервативних методів лікування позаматкової вагітності.

4. У разі вираженої клінічної картини порушеної ектопічної вагітності, наявності гемодинамічних порушень, гіповолемії пацієнтка негайно госпіталізується для невідкладного хірургічного втручання в найкоротші терміни лапаротомічним доступом.

Якщо клінічна картина стерта, немає ознак гіповолемії та внутрішньої кровотечі — проводять УЗД органів малого таза і/або лапароскопію.

5. На догоспітальному етапі в разі порушеної позаматкової вагітності обсяг невідкладної допомоги визначається загальним станом хворої та величиною крововтрати. Інфузійна терапія (об'єм, швидкість введення розчинів) залежить від стадії геморагічного шоку.

6. Тяжкий стан хворої, наявність виражених гемодинамічних порушень (гіпотонія, гіповолемія, гематокрит менше 30%) — абсолютні показання для оперативного втручання лапаротомним доступом з видаленням вагітної маткової труби і проведенням протишокової терапії.

7. Застосовують комплексний підхід до лікування жінок з позаматковою вагітністю, який включає:

- оперативне лікування;
- боротьбу з кровотечею, геморагічним шоком, крововтратою;
- ведення післяопераційного періоду;
- реабілітацію репродуктивної функції.

8. Оперативне лікування проводять як лапаротомним, так і лапароскопічним доступом. До переваг лапароскопічних методик належать: скоро-

чення тривалості операції; скорочення тривалості післяопераційного періоду; скорочення тривалості перебування в стаціонарі; зменшення кількості рубцевих змін передньої черевної стінки; косметичний ефект.

9. Виконання органозберігаючих операцій при позаматковій вагітності супроводжується ризиком розвитку в післяопераційному періоді персистенції трофобласта, що є результатом його неповного видалення з маткової труби і черевної порожнини. Найбільш ефективним методом профілактики даного ускладнення є ретельний туалет черевної порожнини 2–3 літрами фізіологічного розчину і однократне введення метотрексату у дозі 75–100 мг внутрішньом'язово у першу або другу добу після операції.

Операції, які застосовують у разі трубної вагітності:

- *сальпінгостомія (туботомія).* Виконується поздовжня сальпінгостомія. Після видалення плодового яйця сальпінгостому, звичайно не ушивають. У разі, коли ворсини хоріона не проростають у м'язову оболонку маткової труби, обмежуються її вишкрібанням;
- *сегментарна резекція маткової труби.* Видаляють сегмент маткової труби, де знаходиться плодове яйце, після чого виконують анастомоз двох кінців труби. За неможливості виконання сальпінго-сальпінго анастомозу можна перев'язати обидва кінці і накласти анастомоз пізніше;
- *сальпінгектомія.* Цю операцію виконують у разі порушеної трубної вагітності, що супроводжується значною крововтратою. Операцію і гемотрансфузію в такому разі проводять одночасно.

Важливе значення має реабілітація хворої в післяопераційному періоді — фізіотерапія, введення біостимуляторів. Після проведення органозберігаючих операцій необхідно подбати про відновлення прохідності прооперованої труби шляхом гідротубації. Бажано провести 2–3 курси реабілітаційної терапії протягом шести місяців з наступним санаторно-курортним лікуванням.

АПОПЛЕКСІЯ ЯЄЧНИКА

Апоплексія яєчника — це крововилив у паренхіму яєчника, який супроводжується кровотечею в черевну порожнину.

Причини апоплексії чітко не встановлені. Вона може розвиватись в будь-який день овариально-менструального циклу чи після затримки менструації, але частіше в середині циклу. Провокуючими чинниками можуть бути статевий акт, травма живота, оперативне втручання, механічне стискання судин пухлиною таза.

Клініка. Захворювання розпочинається раптово, появою гострого болю, частіше в одній зі здухвинних ділянок, який невдовзі поширюється на весь

живіт та іррадіює в пряму кишку, пахову ділянку, крижі, ногу. З'являються симптоми внутрішньої кровотечі, шок із втратою притомності. Температура тіла нормальна. При пальпації живота відзначають його здуття, болючість у нижній половині з одного або з обох боків.

Діагностика. Попередній діагноз встановлюють на основі ретельно зібраного анамнезу, скарг. Враховують початок захворювання, дані об'єктивного обстеження, а також вагінального дослідження.

Бімануальне дослідження дає можливість установити гінекологічну природу захворювання. Констатують нависання (у випадку сильної кровотечі) і болючість вагінальних склепінь. Зміщення шийки спричиняє сильний біль. Матка здебільшого нормальних розмірів, а в ділянці придатків з одного боку визначається болючість, збільшений, нерідко кістозно змінений яєчник.

Часто при апоплексії встановлюють діагноз позаматкової вагітності, тому що симптомів, характерних для апоплексії, немає.

Диференціальна діагностика проводиться із позаматковою вагітністю, апендицитом; здійснити її необхідно, оскільки при позаматковій вагітності оперативне втручання обов'язкове, тоді як при апоплексії — не завжди.

При диференціальній діагностиці апоплексії яєчника з позаматковою вагітністю звертають увагу на те, що при апоплексії немає ознак вагітності. Позаматкова вагітність частіше виникає після затримки менструації (не завжди!). Біль в обох випадках виникає різко, іррадіює в ті ж ділянки, але при позаматковій вагітності виражений френікус-симптом, тоді як при апоплексії він трапляється рідко.

При апоплексії менше виражені перитонеальні явища, а також симптоми внутрішньої кровотечі. Проте чітких критеріїв, за якими можна відрізнити апоплексію яєчника від порушеної позаматкової вагітності, особливо якщо вона переривається за типом розриву труби, немає. Тому тактика повинна визначатися загальним станом хворої.

Щодо диференціальної діагностики з гострим апендицитом, треба пам'ятати, що при апендициті біль частіше починається з епігастральної ділянки, виражені нудота, блювання, відсутні ознаки внутрішньої кровотечі. При дослідженні живота спостерігають напруження передньої черевної стінки та позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга.

Лікування. За відсутності виражених ознак внутрішньої кровотечі можна проводити консервативне лікування — холод на низ живота, кровоспинні засоби. Після затихання гострих явищ призначають фізіотерапію.

У разі вираженої внутрішньої кровотечі показане оперативне втручання, характер якого залежить від змін у яєчнику. Якщо є велика гематома, тканина яєчника вся зруйнована крововиливами, його видаляють. У разі невеликої гематоми проводять резекцію яєчника.

При госпіталізації у стаціонар жінки з підозрою на апоплексію яєчника слід негайно визначити групу крові, резус-фактор, виміряти артеріальний тиск, зробити клінічний аналіз крові. У тому випадку, коли проводять консервативне лікування, жінка повинна бути під постійним ретельним наглядом медичного персоналу і при найменшому погіршанні стану здоров'я медсестра чи акушерка повинні повідомити про це лікаря.

РОЗРИВ ПІОСАЛЬПІНКСА

Розрив гнійника відбувається мимовільно або внаслідок фізичної травми.

Клініка. Перед перфорацією гнійника завжди є період погіршання стану хворої — посилення болю, підвищення температури, наростання симптомів подразнення очеревини. Відразу ж після розриву виникає гострий біль по всьому животу, що має ріжучий характер, стан колапсу, нудота, блювання, живіт напружений і різко болючий. Загальний стан хворої швидко погіршується, риси обличчя загострюються, дихання стає частим і поверхневим. Внаслідок парезу кишечника здувається живіт, перистальтика зникає або ледь прослуховується, затримується відходження газів.

Діагностика. Перкусією живота можна виявити притуплення звуку в бокових відділах у зв'язку з наявністю випоту в черевній порожнині.

При бімануальному дослідженні матку та придатки пальпувати не вдається через різку болючість та напруження передньої черевної стінки і склепінь вагіни. При розриві піосальпінкса нерідко розвивається тазовий перитоніт. Уточнити діагноз можна за допомогою ультразвукового дослідження та шляхом пункції заднього склепіння.

Лікування. Лікування хворих із гнійним процесом у черевній порожнині є складною проблемою, яка для успішного вирішення потребує швидких та рішучих дій. Ефективним є лише оперативне лікування з видаленням уражених придатків та наступним дренуванням черевної порожнини. Лапаротомію слід проводити нижньо-серединним розрізом, оскільки цей доступ дає можливість провести ревізію органів черевної порожнини та широке дренування, а у разі необхідності — й перитонеальний діаліз. Під час операції доцільно оглянути апендикс з огляду на часте його залучення до патологічного процесу. У випадку виявлення патологічних змін проводять апендектомію. Видалення гнійного вогнища завжди є технічно складним і вимагає обережності й ретельності, але видаляти гнійне утворення обов'язково треба, бо дренування без видалення призводить до утворення гнійних фістул, що довго не загоюються. Консервативне ведення таких хворих (антибіотики, загальнозміцнювальна терапія, холод на низ живота) може дати тимчасове поліпшення стану, але до видужання не приво-

дить. Захворювання набуває хронічного рецидивного характеру із частими загостреннями. Зрештою все одно доводиться вдаватись до оперативного втручання, проте перед операцією необхідно провести відповідну підготовку хворої з метою стимуляції імунної системи організму, детоксикації.

Долікарська допомога. Хвору треба покласти в ліжко з піднятим головним кінцем, крапельно вводити антибіотики, кровозамінники, проводити симптоматичну терапію (жарознижувальні, протизапальні, анальгетики). Особливо обережним має бути транспортування хворої. Правильно і своєчасно надана долікарська допомога сприяє успіхові в лікуванні. Фельдшер чи акушерка повинні вміти орієнтуватись у ситуації, вирішити питання про можливість транспортування чи виклику лікаря для надання допомоги на місці, якщо для цього є умови.

ПЕРЕКРУТ НІЖКИ ПУХЛИНИ

Найчастіше трапляється перекрут ніжки кістоми, хоча іноді може перекручуватись також ніжка субсерозного фіброматозного вузла. Перекруту сприяють різкі рухи, вагітність, пологи, бурхлива перистальтика кишечника. У результаті перекруту порушується живлення тканин пухлини, у ній виникають дегенеративні зміни, некроз із розривом стінки *(рис. 9.7)*.

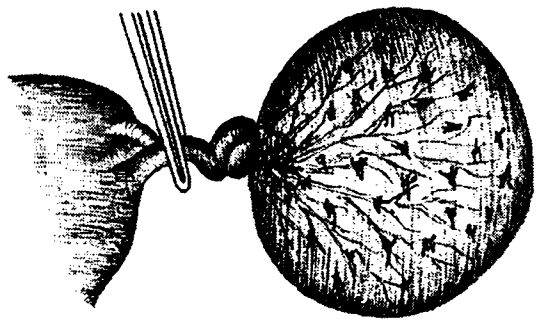


Рис. 9.7. Перекрут ніжки кістоми яєчника

Клініка. Перекрут ніжки пухлини буває повним і неповним. Клінічно при перекруті ніжки пухлини з'являються симптоми «гострого живота». Напруження м'язів передньої черевної стінки більш виражене з боку локалізації процесу. При великій пухлині її контури можуть пальпуватись через живіт, а при бімануальному дослідженні можна досягти нижнього полюса пухлини. Дослідження при цьому дуже болюче. При неповному перекруті клінічна картина виражена менше і всі явища можуть тимчасово зникнути, якщо кровопостачання пухлини відновиться.

Лікування. Перекрут ніжки пухлини вимагає негайного оперативного втручання. Зволікання з лапаротомією призводить до некрозу пухлини, інфікування, виникнення спайкового процесу і зрощення пухлини із сусідніми органами, що створить додаткові труднощі при проведенні операції. Об'єм операції залежить від виду пухлини яєчника: при доброякісній пухлині проводять видалення пухлини; при підозрі на малігнізацію проводять екстирпацію матки з резекцією сальника.

Особливістю проведення операції є те, що затискач накладають проксимальніше від місця перекруту і відтинають пухлину, не розкручуючи її ніжки, оскільки після розкручування в кров жінки можуть потрапити тромби, що містяться в ніжці, а також продукти некротичного розпаду пухлини.

Долікарська допомога полягає у правильній діагностиці, своєчасній госпіталізації. Можна призначати симптоматичні засоби (анальгетики, спазмолітики, серцеві препарати).

Перекрут ніжки пухлини вимагає оперативного втручання.

МАТКОВІ КРОВОТЕЧІ

Причини маткових кровотеч надзвичайно різноманітні, вони можуть бути проявом загальних змін в організмі, ендокринних порушень на рівні яєчників (дисфункційні маткові кровотечі), змін з боку матки (субмукозні фіброматозні вузли, поліпи), переривання вагітності.

Дисфункційні маткові кровотечі

Дисфункційні маткові кровотечі виникають у результаті різноманітних порушень нейрогуморальної та гормональної регуляції менструального циклу. Структурних змін у статевому апараті жінки у такому випадку немає, відсутні також запальні процеси чи вагітність. Ці кровотечі можуть бути як циклічними, так і ациклічними, виникають у різні фази менструального циклу.

Розрізняють ювенільні кровотечі, кровотечі репродуктивного та клімактеричного періоду, тому підхід до проведення діагностичних маніпуляцій, лікування та невідкладної допомоги у кожному випадку повинен бути різним. Невідкладна допомога полягає в зупинці кровотечі та запобіганні рецидивам кровотеч, а також у лікуванні явищ анемії чи геморагічного шоку при масивній крововтраті.

Ювенільні кровотечі виникають у період статевого дозрівання, нерідко бувають на тлі загальних і гінекологічних захворювань (ангіна, гломерулонефрит, анемія, гіповітаміноз, захворювання крові тощо).

Частіше на цю патологію страждають дівчатка з гіпопластичною конституцією, вегетодистонією. Іноді у них виявляють гіперплазію щитоподібної залози. У зимово-весняний період кровотечі виникають частіше, ніж у літньо-осінній. Зазвичай, у таких дівчаток менархе настає у 12–13 років, але потім менструації проходять із тривалою перервою і наступною кровотечею.

Тривалі кровотечі, що перебігають ациклічно, спричиняють анемізацію хворої, її виснаження, що, у свою чергу, призводить до станів, які сприяють виникненню цих кровотеч.

Лікування ювенільних кровотеч розпочинають із введення засобів, що скорочують матку (окситоцин), гемостатичних препаратів (вікасол, ЕАКК, ПАМБА, настойка кропиви, водяного перцю, дицинон). На низ живота можна покласти міхур з льодом. Ці засоби дають можливість зменшити кровотечу. Для подальшого лікування хвору необхідно направити до гінеколога, при значній кровотечі — транспортувати санітарним транспортом у стаціонар. У переважній більшості випадків лікування консервативне. Лише за відсутності ефекту від лікування, зі згоди батьків, вдаються до дефлорації і вишкрібання слизової оболонки матки.

Лікування при дисфункціональних маткових кровотечах у жінок репродуктивного та клімактеричного віку розпочинають з вишкрібання слизової порожнини матки з наступною гормональною корекцією (комбінація естрогенів з гестагенами, прогестини). ***Долікарська допомога*** при цій патології полягає у застосуванні кровоспинних засобів (вікасол, ЕАКК, ПАМБА, настоянка кропиви, водяного перцю, дицинон), скорочувальних препаратів (окситоцин, метилергометрин), холоду на низ живота. Якщо кровотеча призвела до значної анемії, що супроводжується зменшенням об'єму циркулюючої крові, зниженням артеріального тиску, прискоренням пульсу, слід негайно розпочати переливання кровозамінників. Ці засоби дають можливість зменшити кровотечу. Для подальшого лікування хвору необхідно направити до лікаря, при значній кровотечі викликати лікаря або транспортувати санітарним транспортом у стаціонар.

Переривання вагітності

Матковий аборт, що почався. Кров'янисті виділення з піхви на цій стадії порушення вагітності незначні, тому що плідне яйце відшарувалося на незначній ділянці. Шийковий канал закритий або незначно відкритий.

На цьому етапі порушення вагітності слід вжити заходи, спрямовані на збереження вагітності (спазмолітики, анальгетики, вітамін Е, прогестерон). Проте слід зауважити, що успіху не завжди вдається досягти і аборт переходить у наступну стадію — *аборт у ході.* Виникає сильна кровотеча.

Під час бімануального дослідження виявляється, що шийковий канал відкритий, нерідко в ньому пальпується плідне яйце. Досить значна кровотеча в разі *неповного аборту* — коли частина плідного яйця залишається в порожнині матки. При цьому канал шийки матки, у тому числі і внутрішнє вічко, пропускає палець. У таких випадках хвору необхідно транспортувати в стаціонар. При значній кровотечі на етапі долікарської допомоги можна налагодити краплинне або струминне вливання кровозамінників. Беручи до уваги ймовірність виникнення потреби в гемотрансфузії, слід негайно визначити групу крові та резус-фактор. ***Лікування*** полягає у видаленні плідного яйця чи його залишків інструментальними методами. Після вишкрібання призначають антибактеріальну терапію, скорочувальні, кровоспинні засоби. За необхідності проводять лікування анемії.

Кровотечі при фіброміомі матки

Кровотечі можуть виникати за наявності ***субмукозних фіброматозних вузлів***. Іноді про наявність фіброміоми відомо, проте в деяких випадках діагноз встановлюють лише при появі кровотечі. Вона може бути як пов'язана з менструацією, так і незалежною від неї, виникає, зазвичай, без будь-яких больових відчуттів. Інтенсивність її може бути різною, але тривалі повторні кровотечі призводять до анемізації жінки, виснаження її захисних сил.

Бімануальним дослідженням виявляють збільшену матку і, досить часто, — збільшені (кістозно змінені) яєчники. Допомагає в діагностиці УЗД. *На долікарському етапі* хворій слід дати кровоспинні препарати (вікасол, ЕАКК, ПАМБА, хлористий кальцій, дицинон). При значній крововтраті — кровозамінники, гемотрансфузія, відповідно до об'єму крововтрати. Скорочувальні засоби вводити не слід. Жінку треба госпіталізувати. Субмукозна фіброміома матки підлягає оперативному лікуванню.

При кровотечі, що виникає у зв'язку з раком шийки матки, шийковою вагітністю, слід зробити тугу тампонаду вагіни. Тампон може бути просякнутий ЕАКК. За необхідності слід налагодити внутрішньовенне введення кровозамінників, інгаляцію кисню. Надаючи невідкладну допомогу, одночасно треба транспортувати хвору в стаціонар у супроводі фельдшера чи акушерки.

ТРАВМИ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Пошкодження зовнішніх статевих органів можуть спостерігатись у вигляді забою, гематом, підшкірних крововиливів, що нерідко супроводжуються пошкодженням шкіри. Найчастіше ці пошкодження є результатом

травми — падіння, ударів. У сільській місцевості спостерігаються травми в результаті ударів рогами домашніх тварин. Ці травми можуть супроводжуватись рваними ранами, що нерідко проникають глибоко в тканини, іноді пошкоджують вагіну і навіть пряму кишку. При тяжких травмах одночасно пошкоджуються уретра, сечовий міхур, а також кістки таза. У разі пошкодження вагіни травма може проникати в черевну порожнину. Дуже небезпечні розриви бокових стінок вагіни, оскільки в цих місцях проходять вагінальні гілочки маткових артерій.

Клінічно травма проявляється болем, появою на місці ушкодження гематоми синюшного кольору із багровим відтінком. У випадках значної внутрішньої кровотечі розвивається картина геморагічного шоку. Кровотечі можуть супроводжуватися анемією. При розриві клітора кровотеча може бути особливо масивною. Іноді трапляється занесення в статеві органи сторонніх предметів. Особливо часто таке буває у дівчаток віком до 10 років. Дорослі жінки можуть вводити в матку катетери, зонди та інші предмети з метою переривання вагітності. У таких випадках часто виникають перфорація матки, кровотеча, тому жінка звертається за медичною допомогою. Якщо немає пошкодження статевих органів, наявність стороннього тіла викликає запальний процес, з'являються гнійні виділення з піхви, часом з домішками крові. Виявити стороннє тіло в дорослих можна за допомогою огляду у дзеркалах, у дітей слід використати обережне ректальне дослідження та вагіноскопію.

Діагностика ґрунтується на огляді. Якщо є підозра на травму сусідніх органів, проводять катетеризацію сечового міхура, цистоскопію. Допомогти в діагностиці сторонніх тіл у вагіні та у матці допоможе ультразвукове дослідження.

Лікування. На травмовані тканини накладають шви. У випадку наростання гематоми її розкривають, перев'язують судини, що кровоточать, і дренують. У разі необхідності проводять гемотрансфузію. Розриви шийки, вагіни, матки, пов'язані з пологовим актом, подано в курсі акушерства.

Долікарська допомога полягає у накладанні притискуючої пов'язки, тампонаді вагіни, призначенні протиправцевої сироваткии й антибіотиків.

Перелік контрольних питань:

- позаматкова вагітність;
- апоплексія яєчника;
- розрив піосальпінкса;
- перекрут ніжки пухлини;
- маткові кровотечі;
- травми жіночих статевих органів.

ЕНДОМЕТРІОЗ ТРОФОБЛАСТИЧНА ХВОРОБА

ЕНДОМЕТРІОЗ

Ендометріоз — це захворювання, що характеризується розростанням за межами ендометрія ендометріальної тканини, яка за морфологічними ознаками подібна до слизової оболонки матки.

Розрізняють ***статевий*** (генітальний) та ***позастатевий*** (екстрагенітальний) ендометріоз. Статевий поділяють на *внутрішній* та *зовнішній.*

До ***внутрішнього*** належить ендометріоз матки та інтерстиціальної частини маткових труб *(рис. 10.1, 10.2).* До ***зовнішнього*** — ендометріоз труб, яєчників, вагіни, зовнішніх статевих органів, вагінальної частини шийки матки, зв'язок, ретроцервікальний ендометріоз. Генітальний ендометріоз буває в 92–94 % випадків. Екстрагенітальний ендометріоз може локалізуватися в кишечнику, апендиксі, очеревині, сальнику, сечовому міхурі, діафрагмі, нирках та інших органах. Найчастіше це захворювання трапляється у жінок 35–45 років.

Серед причин ендометріозу значне місце займають травми — оперативні втручання, аборти. Діагностичне вишкрібання слизової порожнини матки, зондування матки, пертубація також можуть сприяти виникненню ендометріозу. Захворювання може з'явитися після діатермокоагуляції — тоді виникає цервікальний і ретроцервікальний ендометріоз. Неодноразові ви-

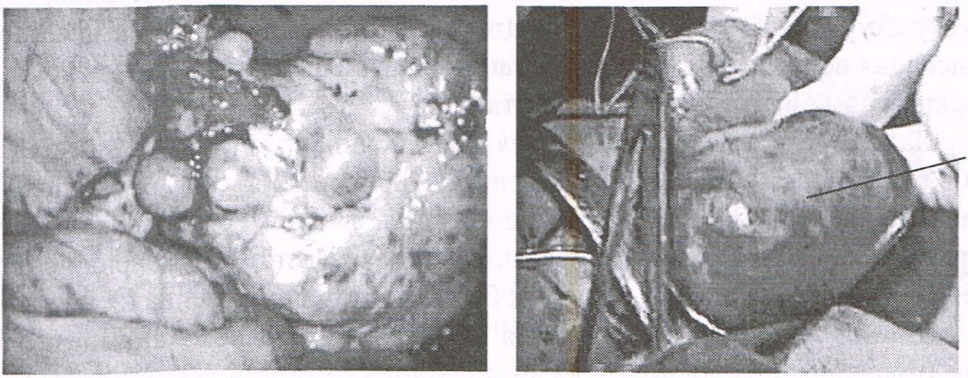


Рис.10.1. Ендометріоз: а — ендометріоїдна кіста

шкрібання матки можуть призводити до ендометріозу не тільки через травму, а й внаслідок ретроградного закидання крові в маткові труби, черевну порожнину. Доведено можливість поширення ендометріозу каналами від лігатур.

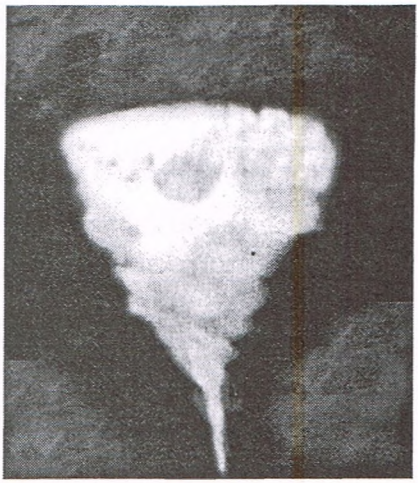


Рис.10.2. Ендометріоз матки (гістеросальпінгографія)

Груба пальпація матки під час операції, затруднення відтоку менструальної крові з певних причин (атрезія шийкового каналу, ретрофлексія матки) також сприяють виникненню ендометріозу, у тому числі екстрагенітального.

Клініка. Основною ознакою внутрішнього ендометріозу є порушення менструацій, що набувають характеру гіперполіменореї. Іноді відмічаються коричневі виділення наприкінці менструації або через декілька днів після неї. Ці симптоми спостерігаються роками, а після кастрації або в менопаузі зникають самостійно. На виникнення цих кровотеч впливають як зміна функції яєчників (збільшення продукції естрогенів та недостатність прогестерону), слизової оболонки матки, так і зниження скоротливої діяльності мускулатури матки, утруднення відтоку менструальної крові як наслідок стискання вен залозистими розростаннями, збільшення менструюючої поверхні, надмірна васкуляризація матки.

Часто симптомом є дисменорея. Біль починає турбувати за декілька днів перед менструацією, під час менструації посилюється і стихає після її закінчення. Іноді біль може бути надзвичайно сильним, супроводжуватись втратою свідомості, нудотою, блюванням. Як результат подразнення ендометріоїдних вогнищ може виникати біль при статевих зносинах.

Діагноз ендометріозу базується на ретельно зібраному анамнезі, даних бімануального дослідження та додаткових методах обстеження. На-

явність метрорагій, дисменореї, мажучих виділень після менструації, особливо якщо в анамнезі були втручання в порожнину матки, може свідчити про ендометріоз.

При бімануальному дослідженні у випадку ендометріозу матки виявляють, що величина її залежить від фази циклу: збільшення — перед менструацією, зменшення — після менструації. Змінюється також консистенція матки — після менструації вона стає щільнішою. На 8–10-й день циклу або на 8–10-й день після вишкрібання проводять гістерографію. Ендометріоз має характерну рентгенологічну картину — проникнення контрастної маси в товщу стінки матки.

Зовнішній генітальний ендометріоз найчастіше трапляється в яєчниках. Це так звані *«шоколадні» кісти*. Переважно вони бувають однобічними *(рис. 10.3)*.

«Шоколадні» кісти мають товсту щільну капсулу, нерідко з численними спайками на зовнішній поверхні, і геморагічний вміст коричневого кольору. Дрібні ендометріоїдні кісти та ендометріоїдні гетеротопії без кіст виявляють при гістологічному дослідженні тканини яєчника, головним чином у кірковій його речовині. Ендометріоїдні кісти вистелені циліндричним або кубічним епітелієм, заповнені кров'янистим вмістом.

У патогенезі ендометріозу яєчників головне значення має ретроградне закидання крові з матки. Іноді цілісність капсули кісти порушується, розвиваються ознаки гострого живота, а пізніше, як наслідок попадання вмісту кісти у черевну порожнину, виникають зрощення, спайки, інфільтрація сусідніх органів.

Симптомами ендометріозу яєчників є ниючий біль у попереково-крижовій ділянці та унизу живота, причому біль посилюється перед і під час менструації. Іноді виникають метеоризм та запори.

При бімануальному дослідженні пальпуються пухлини збоку від матки (одно- або двобічні). Вони малорухомі, з нерівною поверхнею, нерівномірної консистенції, болючі, особливо перед менструацією. Нерідко через зрощення вони являють разом із маткою єдиний конгломерат. У деяких випадках ендометріоз приймають за запальний процес. Проте неефективність протизапальної терапії свідчить на користь ендометріозу. Уточнити діагноз допомагає УЗД та ендоскопія.

Рис.10.3. Зовнішній ендометріоз («шоколадна» кіста)

Ендометріоз маткових труб трапляється значно рідше, ніж ендометріоз яєчників, іноді його діагностують під час оперативних втручань.

Ретроцервікальний ендометріоз також спричиняє біль внизу живота і в попереку, пов'язаний з менструальним циклом. Ендометріоїдна тканина може проростати в заднє склепіння, пряму кишку. Больовий синдром посилюється при акті дефекації, відходженні газів.

При гінекологічному дослідженні за шийкою матки в ретроцервікальному просторі пальпується утвір, різко болючий, горбистий, майже нерухомий. Якщо є проростання ендометріоїдних утворів у вагіну, то при огляді за допомогою дзеркал у задньому склепінні можна побачити синюшні «очка» — дрібні кісти.

Ендометріоз шийки матки характеризується наявністю синюшних «очок» (кіст) на шийці *(рис. 10.4)*. Клінічно ця форма проявляється наявністю мажучих кров'янистих виділень до і після менструації. Діагноз встановлюють за допомогою кольпоскопії та біопсії з подальшим гістологічним дослідженням. Для ендометріозу шийки матки характерні такі морфологічні особливості: у тканині ендометріальної строми трапляються у тій чи іншій кількості залози, вистелені матковим епітелієм. На вагінальній частині шийки матки ендометріоїдні розростання розміщуються в субепітеліальній сполучній тканині. Багатошаровий плоский епітелій або відсутній, або частково збережений, місцями може бути відшарованим або розшарованим внаслідок крововиливів.

Екстрагенітальний ендометріоз. Найчастіше трапляється ендометріоз післяопераційних рубців та пупка. Розвивається він, як правило, після гінекологічних операцій. У місцях локалізації процесу у такому разі знаходять синюшні утвори різної величини, з яких під час менструації може виділятися кров. Діагноз встановлюють за даними огляду та біопсії тканини.

Лікування. Вибір методу лікування залежить від віку хворої, локалізації ендометріоїдних розростань та виразності клінічної симптоматики. *Сучасна патогенетична концепція лікування генітального ендометріозу* ґрунтується на комбінованому лікувальному впливі з використанням хірургічного та медикаментозного методів.

Рис. 10.4. Цервікальний ендометріоз

Першим етапом лікування є ендоскопічна діагностика, біопсія та хірургічне втручання з максимальним видаленням ураженої тканини, кіст яєчників та коагуляцією вогнищ (при оперативних втручаннях бажано застосовувати лазерний скальпель для запобігання імплантаційному шляху поширення процесу). Другий етап — гормональна терапія для досягнення антигонадотропного ефекту (автори назвали метод «медикамен-

тозною гіпофізектомією»). На третьому етапі — проведення повторної лапароскопії з метою контролю за ефективністю лікування.

При призначенні гормональної терапії перевагу віддають препарату «Даназолу» та його аналогам (данол, дановал, даноген). Препарат є синтетичним стероїдом, має активну антигонадотропну дію, помірний андрогенний та анаболічний вплив. Механізм дії полягає в гальмуванні секреції ФСГ та ЛГ в гіпофізі за механізмом зворотного зв'язку, тому пригнічується продукція статевих гормонів яєчниками. Лікувальні дози — у межах 200–800 мг на день. Термін лікування — 6 місяців.

Використовують також дюфастон, оргаметрил, гестринон, бусерелін та нафарелін. Паралельно з призначенням гормонотерапії рекомендують проводити лікування радоновими ваннами. Таке лікування призводить до зменшення гормональної стимуляції ендометріоїдних розростань та їх регресу аж до повного виліковування.

ТРОФОБЛАСТИЧНА ХВОРОБА

До основних видів трофобластичної хвороби (захворювань плідного яйця, зокрема його ворсистої оболонки — хоріона) належать міхуровий занесок і хоріонепітеліома.

Міхуровий занесок

Міхуровий занесок — одна із форм трофобластичної хвороби (патологія плідного яйця), що характеризується своєрідною зміною хоріона. Вона проявляється різким збільшенням розмірів ворсинок і утворенням за їх ходом міхуровоподібних розширень, наповнених світлою рідиною, які нагадують грона винограду *(рис. 10.5)*.

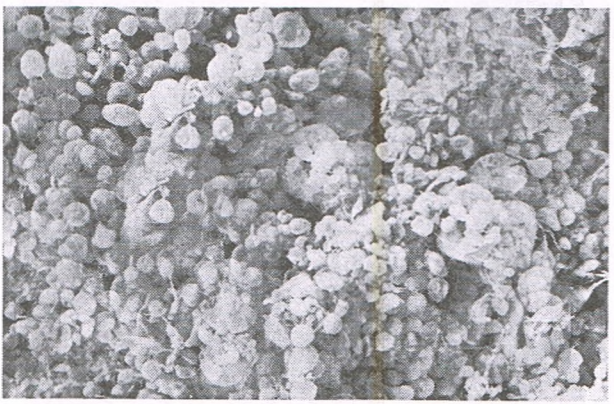


Рис. 10.5. Ворсини хоріона при міхуровому занеску

Етіологія і патогенез трофобластичної хвороби (у тому числі і міхурового занеска) не вивчені. Вважають, що міхуровий занесок розвивається внаслідок запліднення яйцеклітини, що втратила своє ядро. Захворювання частіше спостерігається у вагітних юного або старшого віку.

Міхуровий занесок буває *повним* і *частковим*. У першому випадку перероджуються всі ворсинки, у другому — частина їх. Трапляється також деструктивний міхуровий занесок, при якому міхурці проростають крізь децидуальну оболонку і занурюються на різну глибину в міометрій (у рідкісних випадках аж до серозної оболонки, тобто крізь всю стінку матки), руйнуючи м'язові елементи і судини *(рис. 10.6)*.

Клініка. Міхуровий занесок характеризується такими основними ознаками, кожна з яких спостерігається не завжди:

- невідповідністю величини матки та терміну вагітності (розміри матки перевищують нормальні для даного терміну);
- щільноеластичною консистенцією матки;
- неодноразовими незначними (рідше значними) кров'янистими виділеннями, іноді з міхурцями занеска (абсолютна ознака);
- частим розвитком раннього гестозу (в рідкісних випадках при великому терміні вагітності трапляється пізній гестоз);
- відсутністю достовірних ознак вагітності (плід не визначається за допомогою ультразвукового та рентгенологічного дослідження, пальпації; серцебиття плода не прослуховується і не реєструється при апаратному дослідженні);
- ультразвуковою картиною «снігової бурі» в матці *(рис. 10.7)*;
- різким підвищенням рівня хоріонічного гонадотропіну у сечі;
- розвитком двобічних текалютеїнових кіст (у 30–40 % хворих).

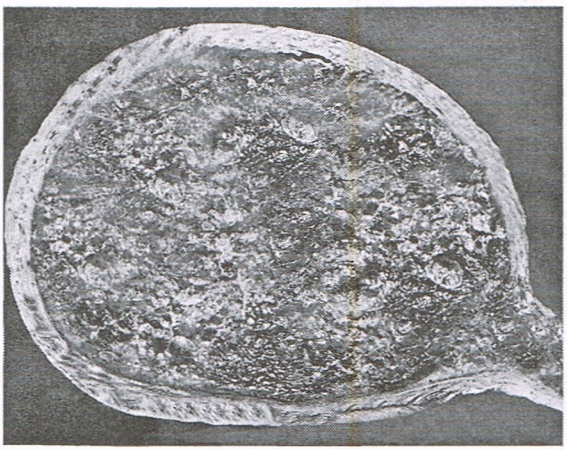


Рис. 10.6. Деструктивний міхуровий занесок великих розмірів

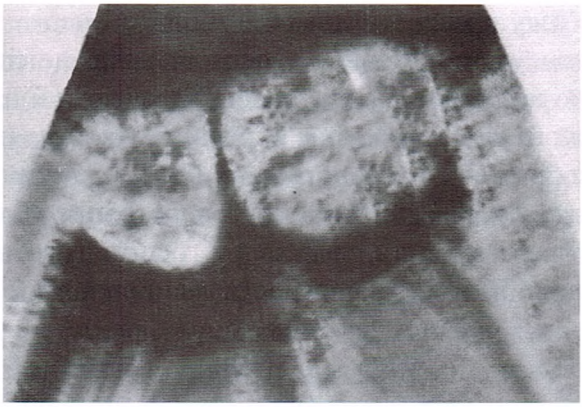


Рис. 10.7. Симптом «снігової бурі» при міхуровому занеску (УЗД)

Характерною ознакою міхурового занеска є значне підвищення рівня хоріонічного гонадотропіну, що відображає ступінь збільшення маси трофобласта. У вагітних із нормальним перебігом вагітності концентрація хоріонічного гонадотропіну в сечі забезпечує позитивний тест на вагітність тільки з нерозведеною сечею. У хворих на міхуровий занесок реакція буде позитивною при розведенні сечі у співвідношенні 1:50 і навіть 1:100.

Невидалений міхуровий занесок на 5–6-му місяці часто народжується самостійно. При деструктивному міхуровому занеску може виникнути небезпечна для життя кровотеча.

Небезпека міхурового занеска полягає в тому, що після нього може розвинутися дуже небезпечна злоякісна пухлина — хоріонепітеліома (найтяжча форма трофобластичної хвороби). Ця пухлина швидко росте і дає масивне метастазування (насамперед у легені). Усім хворим на міхуровий занесок проводять рентгенологічне дослідження грудної клітки для діагностики можливих ускладнень.

Лікування та догляд за хворою. Після встановлення діагнозу видаляють міхуровий занесок з матки. Для цього використовують вишкрібання великою акушерською кюреткою (велика небезпека перфорації), вакуум-аспірацію, пальцеве видалення занеска (якщо матка пропускає 1–2 пальці) з подальшим вишкрібанням. При великих розмірах матки вдаються до збудження скорочень матки за допомогою окситоцину або простагландинів. При наявності кровотечі, що загрожує життю, показане хірургічне лікування, яке полягає у видаленні матки. Всі видалені тканини обов'язково відправляють на гістологічне дослідження.

Після одержання результату гістологічного дослідження жінку направляють в онкологічний диспансер, де вирішують питання про необхідність хіміотерапії. Така хвора потребує ретельного медичного нагляду протягом

1,5–2 років у зв'язку з можливістю розвитку хоріонепітеліоми. Медична сестра жіночої консультації повинна вести патронажне спостереження за такою пацієнткою на своїй дільниці, вчасно викликати її на прийом, вести карту диспансерного спостереження. У перший рік її оглядають щомісяця з визначенням хоріонічного гонадотропіну (ХГ), у другий — через кожні 3 міс. Позитивна реакція на хоріонічний гонадотропін свідчить про збереження активності трофобласта, тоді хвору госпіталізують для уточнення діагнозу і лікування. Вагітність протипоказана протягом 2 років.

Хоріонепітеліома

Хоріонепітеліома — злоякісна пухлина, яка розвивається з епітеліальних елементів хоріона. Виникає переважно після міхурового занеска, але трапляється й після пологів або аборту. Найчастіше захворювання розвивається у віці 28–32 років. Серед усіх злоякісних новоутворень жіночих статевих органів хоріонепітеліома складає 2–2,3 %.

Макроскопічно хоріонепітеліома незалежно від локалізації має характерний вигляд: вузлики синюшного або темно-червоного кольору. Вузли невеликі, величиною не більші за вишню.

Хоріонепітеліому називають хворобою метастазів, оскільки вона рано починає метастазувати. Метастатичні вогнища за гістологічною будовою не відрізняються від первинної пухлини.

Клініка. Основною скаргою є поява кров'янистих виділень зі статевих органів після пологів чи аборту. Тривалість кровотеч різна. Їх особливістю є відсутність терапевтичного ефекту навіть від вишкрібання матки. Навпаки, внаслідок травматизації пухлини кровотеча може посилитися. При проростанні хоріонепітеліоми через усю стінку матки виникає внутрішня кровотеча. Хворі скаржаться на підвищення температури тіла, біль внизу живота, загальну втому, слабість, схуднення аж до кахексії. Можуть скаржитися на виділення зі статевих шляхів серозного, а надалі гнійного характеру. У міру прогресування пухлини, а особливо під час її розпаду, з'являється неприємний запах. Прогресування пухлини дуже швидке, вона швидко росте та метастазує. У хворих розвивається тяжка анемія, зменшення кількості еритроцитів до 1×10^{12}/л. Гемостимулювальна терапія ефекту майже не дає.

Хоріонепітеліома метастазує в легені, мозок, печінку, нирки, а також у піхву, параметрії, придатки, шийку матки. При появі метастазів у легені утруднюється дихання, з'являється кашель, кровохаркання, біль у грудях.

Діагноз ґрунтується на даних клінічного, гістологічного, рентгенологічного та лабораторних досліджень (визначення хоріонічного гонадотропіну та трофобластичного бета-глобуліну). У розпізнаванні хоріонепітеліоми

важливо правильно зібрати анамнез: виявити зв'язок захворювання з попередньою вагітністю, пологами чи абортом, міхуровим занеском. При бімануальному дослідженні пальпують збільшену матку, але її величина рідко перевищує розміри матки при 8–9-тижневій вагітності. Яєчники зазвичай збільшені за рахунок двобічних текалютеїнових кіст. Огляд у дзеркалах дозволяє побачити метастази у піхву або в шийку матки, які мають вигляд синюшних «очок».

Важливим є виявлення в крові та сечі рівня хоріонічного гонадотропіну, кількість якого у хворих на хоріонепітеліому збільшується у десятки і сотні разів, тому необхідно визначати титр ХГ в динаміці. Приблизно у половини хворих ХГ у сечі переходить з термолабільної форми у термостабільну, що можна встановити 15-хвилинним кип'ятінням сечі. Гістологічне дослідження слід проводити лише в окремих випадках, коли іншими методами не вдається встановити діагноз, оскільки вишкрібання порожнини матки може призвести до виникнення або посилення кровотечі, крім того воно сприяє метастазуванню. Обов'язковим є рентгенологічне дослідження органів грудної порожнини для вчасного виявлення метастазування.

Лікування оперативне — видалення матки з придатками з подальшою хіміотерапією або тільки хіміотерапія, яка дає змогу вилікувати хворобу, а також зберегти у частини хворих дітородну функцію. Показаннями до оперативного лікування є кровотечі, що призводять до анемізації хворої; проростання хоріонепітеліоми крізь усю стінку матки; величина матки, що перевищує розміри 12-тижневої вагітності; резистентність пухлини до хіміотерапії.

Хіміотерапію проводять метотрексатом, рубоміцином, актиноміцином-Д, цисплатином за відповідною схемою, призначеною лікарем-онкогінекологом. У більшості жінок відновлюється менструальна функція, вони здатні вагітніти, виношувати і народжувати здорових дітей. Як допоміжний метод може бути використана променева терапія (дистанційна гамматерапія). Її проводять при наявності метастазів пухлини у параметральній клітковині.

Догляд за хворою потребує передусім забезпечення повноцінного харчування. Особливо це необхідно для хворих під час і після хіміотерапії. У раціон жінки повинна входити достатня кількість вітамінів, мікроелементів, зокрема заліза для лікування анемії. Прогноз хоріонепітеліоми значною мірою залежить від загального стану організму, тому паралельно із спеціальним лікуванням проводять загальнозміцнювальну терапію, імунотерапію, протианемічну терапію.

Критерієм одужання є негативна реакція на хоріонічний гонадотропін та β-глобулін, зменшення розмірів матки, відновлення менструальної функ-

ції. Після успішного первинного курсу лікування проводять протягом року іще 1–3 курси хіміотерапії. Вилікувані від хоріонепітеліоми пацієнтки повинні протягом 5 років перебувати на диспансерному обліку з обов'язковим проведенням контролю за рівнем хоріонічного гонадотропіну, β-хоріогоніну.

Прогноз. Якщо процес обмежений маткою, виліковування настає в 100% випадків, при віддалених метастазах — у 65%.

Профілактика. Своєчасна діагностика та лікування міхурового занесека. Хворим із тривалими кров'янистими виділеннями після аборту, які не піддаються лікуванню, слід визначати хоріонічний гонадотропін та провести гістологічне дослідження вишкребу матки.

Деонтологія. На трофобластичну хворобу хворіють виключно молоді жінки, у розквіті сил та генеративної функції, тому встановлення діагнозу хоріонепітеліоми є важкою моральною травмою для самої хворої та її родичів. Акушерка, фельдшер разом з лікарем повинні бути дуже уважними до такої хворої, чуйними і оптимістично налаштованими, адже при вчасному виявленні та лікуванні хвороби прогноз сприятливий не тільки для життя, але й для збереження дітородної та менструальної функцій. Варто наголосити, що при ретельному лікуванні через 2–3 роки жінка зможе завагітніти і народити здорову дитину, але й після цього необхідно тривалий час перебувати на диспансерному обліку.

Перелік контрольних питань:

- ендометріоз;
- трофобластична хвороба.

ЗАХВОРЮВАННЯ ШИЙКИ МАТКИ

Серед патологічних станів жіночих статевих органів найбільше поширення мають захворювання шийки матки. Зважаючи на те, що рак шийки матки займає одне з перших місць серез злоякісних пухлин жіночих статевих органів за частотою, а передують йому захворювання, які є тим патологічним тлом, на якому виникає злоякісний процес, ***рання діагностика патології шийки матки є важливою для зниження захворюваності на рак цієї локалізації,*** зменшення кількості задавнених випадків раку та відновлення працездатності хворих.

На тлі відносної стабілізації захворюваності на рак шийки матки зросла його частота у молодих жінок. Це пов'язано із тим, що у цієї вікової категорії хворих почастішали випадки фонових та передракових станів екто- і ендоцервіксу. Такий стан є наслідком міграції, а відтак урбанізації населення, змін статевої поведінки молоді (легковажне ставлення до статевого життя: ранній його початок, велика кількість статевих партнерів і неминуче при цьому інфікування піхви патогенними мікроорганізмами), збільшення частоти артифіціальних абортів (механічна травма шийки матки та різка перебудова гормонального статусу жінки після аборту), а також негативного впливу екологічного середовища.

Рак шийки матки дуже рідко виникає на незміненому епітелії. Появі злоякісного переродження передують фонові та передракові процеси.

До фонових захворювань шийки матки (доброякісні стани) належать такі:

- справжня ерозія шийки матки;
- несправжня ерозія шийки матки (псевдоерозія, ендоцервікоз);
- лейкоплакія (без атипії, проста);
- поліпи шийки матки (прості, проліферуючі, поліпи, що епідермізуються);
- папіломи, кондиломи;
- ендометріоз;
- посттравматичні зміни (ектропіон, рубцеві зміни);
- екзо- та ендоцервіцити.

Фонові захворювання є факультативними передраковими станами, вони рідко зазнають злоякісного переродження.

До передракових процесів (облігатний передрак) відносять дисплазії шийки матки (власне дисплазія, лейкоплакія з атипією клітин, еритроплакія, аденоматоз). В індивідуальних картах фонові та передракові стани, їх локалізація, зображаються у вигляді умовних позначок *(рис. 11.1, 11.2).*

Рис. 11.1. Умовні позначки кольпоскопічних картин

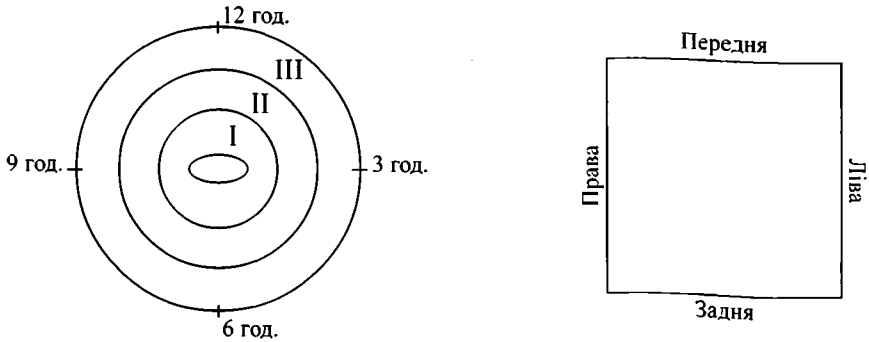


Рис. 11.2. Умовні позначки локалізації патологічного вогнища на шийці матки

ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ ШИЙКИ МАТКИ

У шийці матки розрізняють частину, яку ми бачимо при огляді в дзеркалах, — піхвову частину, або *ектоцервікс*, — і надпіхвову, всередині якої проходить цервікальний канал — *ендоцервікс (рис. 11.3)*. Ектоцервікс покритий слизовою оболонкою блідо-рожевого кольору з гладенькою блискучою поверхнею. Слизова оболонка піхвової частини шийки матки утворена багатошаровим плоским епітелієм. Канал шийки матки покритий одношаровим циліндричним епітелієм, розміщеним на *lamina propria.* Епітелій утворює крипти, що являють собою шийкові, або цервікальні, залози.

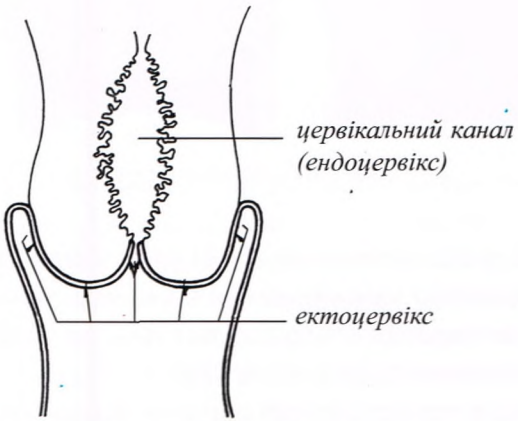


Рис. 11.3. Шийка матки (схема)

Слизова цервікального каналу обмежена з боку перешийка гістологічним внутрішнім вічком, а ззовні — ділянкою зовнішнього вічка.

Шийка матки покрита двома генетично різними типами епітелію. Ділянка, де вони межують між собою, називається *перехідною зоною,* або зоною стикання *(рис. 11.4).*

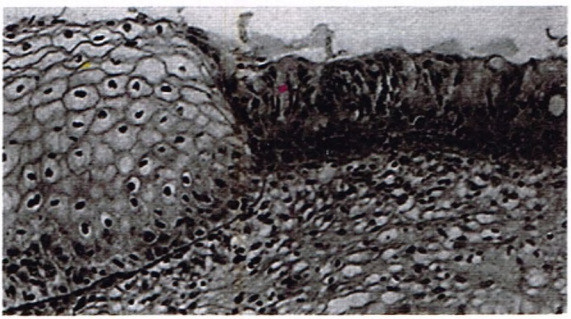


Рис. 11.4. Межа переходу циліндричного епітелію у багатошаровий плоский (гістологічна картина)

У новонароджених зона стикання міститься на поверхні ектоцервікса. У дівчаток і дівчат у період статевого дозрівання ця ділянка пересувається все ближче до зовнішнього вічка, і у більшості з них після настання статевої зрілості вона розміщується на рівні зовнішнього отвору цервікального каналу, проте приблизно у 30% молодих жінок перехідна зона знаходиться ззовні від зовнішнього вічка. У жінок преклімактеричного віку, у клімактерії та менопаузі зона стикання заглиблюється у цервікальний канал *(рис. 11.5)*.

Рис. 11.5. Варіанти розміщення зони стикання

Отже, у жінок віком до 20–21 року наявність «віночка» циліндричного епітелію навколо зовнішнього вічка шийки матки, що трактується деякими авторами як «вроджена ерозія», не є патологічним явищем і лікування, особливо діатермокоагуляції, не потребує.

Проте, якщо ектопічний епітелій зазнає шкідливих впливів, а саме механічної травматизації (ранній початок статевого життя, штучні аборти), інфікування, особливо асоціаціями мікроорганізмів і вірусів (це буває при частій зміні статевих партнерів), частина ектоцервікального епітелію може перетворитись у метапластичний плоский і утворити нову зону стикання, в якій відбуваються метапластичні зміни. Ця ділянка називається *зоною трансформації* і є надзвичайно небезпечною з огляду на можливість виникнення раку шийки матки.

ФОНОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШИЙКИ МАТКИ

Справжня ерозія шийки матки

Справжня ерозія шийки матки — патологічний процес, що виникає внаслідок пошкодження і наступної десквамації багатошарового плоского епітелію шийки матки. У результаті виникає дефект — відсутність епітелію на піхвовій її частині. Причинами виникнення справжніх ерозій найчастіше є ендоцервіцит, ендометрит, при яких гнійні виділення із цервікаль-

ного каналу, подразнюючи ектоцервікс, призводять до вторинного запалення та злущення епітелію з поверхні шийки матки. До травми епітелію може призвести також необережне дослідження.

Клініка. Основними клінічними ознаками є переважно ознаки основного захворювання. Хворі скаржаться на гнійні виділення, після гінекологічного огляду, статевого акту можуть з'являтись кров'янисті виділення (контактні кровотечі).

Діагностика ґрунтується на даних клінічної картини, кольпоскопії, цитологічного дослідження. Ерозію виявляють при огляді у дзеркалах. Справжня ерозія шийки матки розміщується переважно на задній (рідше передній) губі шийки матки, має яскраво-червоний колір, при дотику кровоточить. Дно ерозії — набрякла сполучна тканина із субепітеліальними судинами. При кольпоскопічному дослідженні діагностують запальні зміни, порушення мікроциркуляції, розширення судин, набряк, на поверхні ерозії — відкладення фібрину.

Захворювання відносять до нетривалих процесів, справжня ерозія існує не довше 2–3 тижнів. Після цього відбувається загоєння дефекту епітелію за рахунок новоутвореного плоского або циліндричного епітелію. Завдяки тому, що циліндричний епітелій має вищу регенераторну здатність, ніж багатошаровий плоский, більша частина справжньої ерозії закривається саме одношаровим циліндричним епітелієм, що наростає на її поверхню з цервікального каналу. *Процес переходить у наступну стадію — утворюється несправжня ерозія (псевдоерозія) шийки матки.*

Лікування та догляд за хворою. Лікують захворювання, які призвели до утворення справжньої ерозії шийки матки. З'ясовують характер збудника і призначають лікування, спрямоване на його ліквідацію та зменшення запальної реакції в тканинах. Відтак створюють оптимальні умови для загоєння ерозії — застосовують тампони з мірамістиновою маззю, шипшиновою та обліпиховою олією. Для підвищення регенераторної здатності тканин шийки матки та покращення органоспецифічності новоутвореного епітелію доцільно використовувати лазеротерапію, яку проводять за допомогою гелієво-неонових або напівпровідникових лазерів. Кожну ділянку опромінюють 1 хв, загалом експозиція становить 6–8 хв. Курс лікування — 6–8 днів.

Несправжня ерозія шийки матки

Несправжня ерозія шийки матки (псевдоерозія) — доброякісний патологічний процес шийки матки, що виникає внаслідок розростання на поверхні ектоцервікса ектопічного циліндричного епітелію. Несправжню ерозію шийки матки виявляють у ті чи інші періоди життя у 35–40% жінок.

Захворювання поліетіологічне. У виникненні псевдоерозії шийки матки певна роль належить змінам гормональних співвідношень в організмі жінки. Існує також теорія автоімунного компонента патогенезу патології шийки матки, доведено зв'язок показників місцевого гуморального імунітету зі ступенем морфологічних змін шийки, що свідчить про можливий вплив імуноглобулінів різних класів на виникнення та прогресування фонових захворювань.

Розрізняють *вроджену, посттравматичну* та *дисгормональну* ектопію. Часто псевдоерозія формується зі справжньої — циліндричний епітелій наповзає на позбавлену багатошарового плоского епітелію поверхню ектоцервікса з цервікального каналу. Джерелом ектопічного (розміщеного поза межами своєї звичайної локалізації) епітелію є резервні клітини, що містяться під епітелієм цервікального каналу та його залоз (крипт). Це недиференційовані елементи, за рахунок яких проходить регенерація епітелію шийки матки. Залежно від умов, резервні клітини, що мають біпотентні властивості, можуть трансформуватись як у циліндричний, так і у багатошаровий плоский епітелій. Циліндричний епітелій розростається вглиб, утворюючи розгалужені залозисті ходи, що нагадують залози слизової оболонки цервікального каналу. Залози виробляють слиз, що виділяється вивідними протоками. Якщо протоки закриваються в процесі епідермізації, у просвіті залоз скупчується слиз, утворюються ретенційні кісти, так звані наботові залози. Розміри їх різні, вони просвічують крізь епітелій шийки матки у вигляді горбків жовтуватого кольору *(рис. 11.6)*.

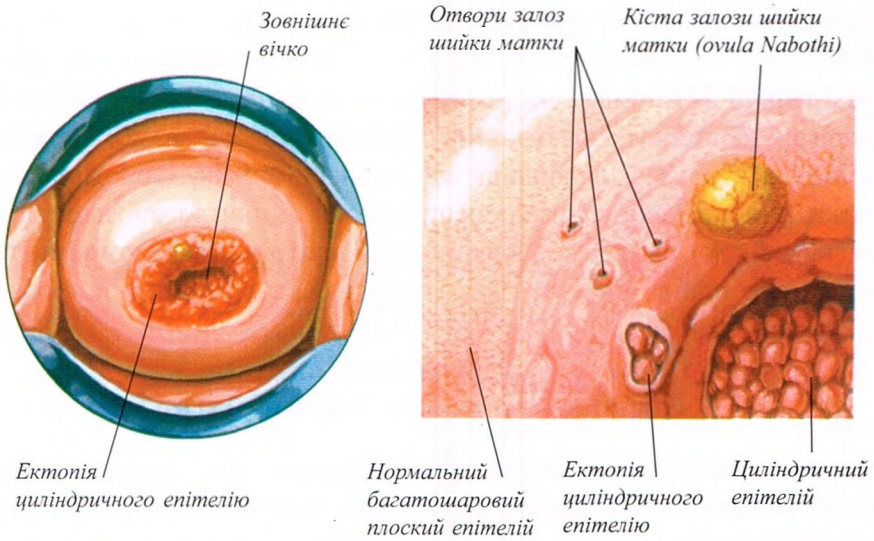


Рис. 11.6. Ектопія циліндричного епітелію (кольпоскопічна картина)

За морфологічними ознаками розрізняють *папілярні, фолікулярні, залозисті* та *змішані* псевдоерозії.

Клініка. Хворі зазвичай скарг не мають. За наявності супровідних захворювань (запальні процеси матки, придатків, піхви) можуть бути скарги на виділення з вагіни, біль унизу живота, інколи контактні кровотечі. При огляді у дзеркалах бачимо навколо зовнішнього вічка шийки матки або на її задній губі пляму червоного кольору величиною від 3–5 до 30–50 мм з «оксамитовою» поверхнею. При дотику вона легко кровоточить.

Діагностика ґрунтується на даних огляду шийки матки у дзеркалах, простої та розширеної кольпоскопії, біопсії. При простій кольпоскопії видно гроноподібні скупчення яскраво-червоних довгастих сосочків. При розширеній (після нанесення на поверхню ерозії 3% розчину оцтової кислоти) внаслідок короткочасного скорочення судин та набряку епітелію сосочки стають більш рельєфними, блідішають і набувають чіткого вигляду, нагадуючи грона винограду.

При проведенні проби Шіллера (нанесення на шийку матки 3 % розчину Люголя або 5% спиртового розчину йоду) ерозія набуває світло-рожевого забарвлення. Проба дає можливість виявити найбільш змінені ділянки епітелію для взяття прицільної біопсії скальпелем чи спеціальними інструментами. Біоптат фіксують у 5–10% розчині формаліну і відправляють у лабораторію.

Лікування. У лікуванні псевдоерозій слід дотримуватись таких правил:

- жінки із вродженими ектопіями епітелію підлягають спостереженню до 23 років. Лікування вони не потребують;
- лікування ерозій розпочинають з лікування захворювань, які призвели до їх виникнення (ендоцервіцит, ендометрит, сальпінгоофорит, ектропіон, кольпіт, ендокринні порушення). Проводять ідентифікацію збудника і призначають етіотропне лікування залежно від його виду (трихомоніаз, хламідіоз, гонорея). Існування ерозії підтримує запальний процес у піхві, а наявність кольпіту підтримує тривале існування псевдоерозії, порушуючи процеси регенерації та диференціювання епітелію;
- проводять медикаментозну деструкцію патологічного субстрату препаратом солковагін (солкогін) або вдаються до діатермокоагуляції чи кріодеструкції ерозованої поверхні. Перед проведенням діатермокоагуляції чи кріодеструкції рекомендовано біопсію;
- за наявності ознак переродження рекомендовано радикальне хірургічне втручання.

Поліпи слизової оболонки цервікального каналу

Поліпи слизової оболонки цервікального каналу утворюються з` слизової оболонки зовнішнього вічка, середньої або верхньої третини ендоцервікса. Вони можуть мати ніжку або широку основу *(рис. 11.7)*. Морфологічно розрізняють залозисті, залозисто-фіброзні й аденоматозні поліпи залежно від переважання в їхньому складі залоз чи сполучної тканини. Від цього також залежить консистенція (щільна при фіброзних поліпах і м'яка при залозистих). Колір поліпа залежить від його кровопостачання. При достатньому кровопостачанні поліп матиме рожевий чи блідо-рожевий колір. Якщо приєднуються ускладнення (крововилив, некроз, запалення) — від червоного до ціанотичного.

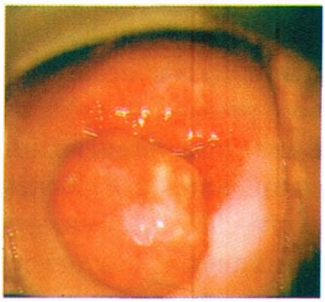


Рис. 11.7. Поліп цервікального каналу

Клініка. Частіше поліпи виникають у жінок після 40 років. Симптоматики неускладнені поліпи не дають, виявляють їх переважно при онкопрофоглядах. У деяких жінок можуть з'являтися слизові або незначні кров'янисті виділення з піхви.

Діагностика. При огляді у дзеркалах видно утворення переважно округлої форми, що міститься у цервікальному каналі або звисає у піхву. Для уточнення діагнозу проводять кольпоскопію. Якщо поліп покритий циліндричним епітелієм, то при розширеній кольпоскопії він має характерну сосочкову поверхню; якщо поліп покритий плоским епітелієм (епідермальний поліп), то поверхня його гладенька, з розгалуженими судинами. Поліпи з` слизової оболонки ендоцервікса розчином Люголя не забарвлюються.

Лікування. Поліпи видаляють шляхом відкручування з наступною коагуляцією ніжки, якщо основа її доступна зору. Якщо основа ніжки поліпа знаходиться високо у цервікальному каналі, проводять вишкрібання цервікального каналу з наступним дослідженням поліпа і отриманого вишкребу.

Можна використовувати кріодеструкцію основи поліпа, при цьому методі виникає менше рецидивів. Якщо поліп рецидивує, хворій потрібна консультація онкогінеколога.

Ендометріоз

До фонових захворювань шийки матки належить також ендометріоз. Клініка, діагностика та лікування його описані у розділі X.

Папілома шийки матки

Захворювання спричинене папіломавірусом людини (HPV). Відомо більше 100 типів папіломавірусів, але лише окремі з них спроможні викликати ураження статевих шляхів. HPV-інфекції найчастіше трапляються в молодих жінок, що живуть активним статевим життям і нехтують правилами особистої гігієни.

Існує три види HPV-уражень шийки матки:

- гострокінцеві кондиломи (екзофітний тип);
- плоскі кондиломи;
- інвертовані кондиломи (ендофітний тип).

Клінічних ознак, специфічних для HPV-інфекції, немає, вони проявляються ознаками кольпіту — виділеннями зі статевих шляхів, свербінням. Виявляють папіломи при огляді зовнішніх статевих органів або при огляді шийки матки в дзеркалах. Характерною цитологічною ознакою вірусної інвазії є явища койлоцитозу, які виявляються у вигляді просвітлення цитоплазми навколо ядра. Гістологічно виявляють розростання багатошарового плоского епітелію ектоцервікса разом зі сполучною тканиною, клітини без ознак атипії, можуть бути явища ангіоматозу, вторинні запальні зміни, при вагітності — децидуальні зміни.

Лікування. При великих папіломатозних розростаннях проводять біопсію, після чого вдаються до лазерокоагуляції високоінтенсивним лазером або до кріодеструкції рідким азотом. Невеликі розростання на ніжці лікують шляхом діатермокоагуляції ніжки папіломи з наступним гістологічним дослідженням отриманої тканини. З консервативних методів пропонують присипання порошком резорцину, обробку подофіліном, кондиліном або феризолом. Дуже ефективним є застосування сучасного препарату солкодерм — суміші органічних та неорганічних кислот, під впливом яких тканини папіломатозних розростань коагулюються і кондиломи відпадають.

Ектропіон

Ектропіон — виворот слизової оболонки шийки матки внаслідок погано відновленої шийки після пологової травми. Рідше подібні травми можуть виникати під час аборту.

Поверхня, що утворилася внаслідок розриву, загоюється за рахунок циліндричного епітелію цервікального каналу. Таким чином, ектопічний епітелій опиняється поза межами ендоцервіксу у кислому середовищі піхви, інфікується, розвивається хронічний ендоцервіцит, гіпертрофія шийки матки. Порушується бар'єрна функція шийки, і у матку потрапляють мікроорганізми, що призводять до розвитку ендоміометриту у підгострій або хронічній формі.

Клініка. У деяких випадках скарг у хворих немає. При ускладнених формах ектропіону хворих турбує ниючий біль унизу живота, виділення зі статевих шляхів, порушення менструальної функції у вигляді гіперменструального синдрому, менорагій.

Діагностика. Наявність старого розриву шийки матки, її деформацію, ерозовані краї виявляють при огляді в дзеркалах *(рис. 11.8, 11.9)*. На відміну від ерозії, якщо зблизити краї розриву, ектропіон «зникає», його видно тільки при розведенні передньої та задньої губи шийки матки. При кольпоскопії діагностують атипову картину, зумовлену хронічним запальним процесом. При різкій деформації часто бувають значні гістологічні зміни — дисплазії. Проводять комплексне обстеження хворих, що, окрім розширеної кольпоскопії, включає цитологічне дослідження, біопсію шийки матки, фракційне вишкрібання порожнини матки та цервікального каналу. Із врахуванням отриманих даних вирішують питання про об'єм лікування.

Рис. 11.8. Старий розрив шийки матки

Рис. 11.9. Ерозований ектропіон

Лікування. Лікувальні заходи, спрямовані на відновлення структури шийки матки, починають із санації піхви. При невеликих розмірах розриву,

після ліквідації запального процесу у піхві та шийці матки, проводять діатермокоагуляцію ерозованої поверхні ектропіона. Внаслідок утворення сполучної тканини відбувається звуження зовнішнього вічка і формування ектоцервікса. При значній деформації шийки матки, глибоких розривах вдаються до реконструктивно-пластичних операцій, зокрема операції Еммета. Наявність дисплазії є показанням до більш радикального лікування — конусоподібної або клиноподібної ампутації шийки матки.

Лейкоплакія шийки матки

Лейкоплакії належать до гіперкератозів. Лейкоплакія — патологічний стан епітелію, що характеризується його потовщенням та зроговінням. Етіологію захворювання пов'язують із гормональною недостатністю, інволюційними змінами в організмі жінки та дефіцитом вітаміну А.

Гістологічно лейкоплакія являє собою потовщення багатошарового плоского епітелію за рахунок його базального та зернистого шарів з явищами паракератозу та зроговіння (гіперкератозу). Розрізняють прості лейкоплакії без ознак атипії (належать до фонових захворювань) та лейкоплакії з ознаками базально-клітинної гіперактивності та атипії — ці захворювання відносять до передракових, оскільки у 15–75% хворих із цією формою лейкоплакії розвивається плоскоклітинний роговіючий рак шийки матки.

Клініка. Захворювання не має характерної клінічної картини. Скарг у хворих немає, лейкоплакії виявляють при профілактичних оглядах або при звертанні до гінеколога з іншого приводу. У деяких випадках хворі скаржаться на велику кількість виділень зі статевих шляхів та контактні кровотечі (це ознака можливої малігнізації).

Діагностика. Лейкоплакію, розміщену на шийці матки та стінках піхви, виявляють за допомогою огляду шийки матки в дзеркалах. Вона має вигляд білуватої плівки або бляшки іноді з перламутровим відтінком, яка може бути плоскою або дещо підніматися над рівнем епітелію шийки матки *(рис. 11.10)*. У початкових стадіях процесу плівку можна видалити з шийки матки, і стає видимою основа лейкоплакії, яка при кольпоскопії виглядає як йоднегативна ділянка з темно-червоними крапочками, що являють собою сполучнотканинні сосочки в багатошаровому плоскому епітелії з петлями капілярних судин. Поля лейкоплакії при кольпоскопії мають вигляд багатокутних ділянок, розділених нитками капілярів, що створює малюнок мозаїки.

При цитологічному дослідженні у мазках-відбитках знаходять пласти полігональних зроговілих клітин з пікнотичним ядром неправильної форми — дискератоцити.

Основний метод діагностики — біопсія. Її проводять під контролем кольпоскопії з найбільш зміненої ділянки шийки матки. Ділянки плоскоклітинної метаплазії можуть міститися і у цервікальному каналі, тому необхідно провести вишкрібання слизової оболонки ендоцервікса.

Рис. 11.10. Лейкоплакія шийки матки. Неповне випадіння матки

Лікування. Якщо лейкоплакія поєднується із запальними захворюваннями піхви та шийки матки, необхідно провести санацію вагіни, враховуючи вид збудника. Не треба застосовувати засоби, що впливають на тканинний обмін та регенерацію тканин (шипшинова та обліпихова олія, алоє тощо), оскільки ці препарати можуть стимулювати проліферативні процеси та призвести до диспластичних змін у шийці матки.

Серед хімічних коагулянтів особливої уваги заслуговує солковагін. Цей препарат є сумішшю органічних та неорганічних кислот і має коагулювальний вплив саме на циліндричний епітелій. Він проникає у тканини на 2,5 мм, що достатньо для руйнування патологічно зміненої ділянки епітелію, не викликає грубих рубцевих змін.

У лікуванні лейкоплакій застосовують діатермокоагуляцію, проте численні недоліки методу (імплантаційний ендометріоз, кровотеча під час відшарування струпа, грубі зміни в шийці при надто глибокій коагуляції) обмежують його використання.

Більш ефективними методами є кріодеструкція та дія високоінтенсивним вуглекислим лазером. Існують методики, що пропонують поєднання кріодеструкції з подальшим опроміненням низькоінтенсивним напівпровідниковим лазером. При цьому досягається максимальна органоспецифічність відновленої після кріодеструкції тканини, знижується відсоток рецидивів.

Догляд за хворою. Роль фельдшера, акушерки в консервативому лікуванні хворих з ерозіями шийки матки полягає у виконанні місцевих процедур для санації піхви, а далі — у введенні препаратів, що покращують регенерацію тканин. Після спеціального навчання акушерка може проводити за призначенням лікаря лазеротерапію, спрямовану на загоєння ерозованої поверхні.

Після діатермокоагуляції (ДТК) на шийці матки утворюється сіруватобілий струп. Через 2–3 тижні він відпадає. Протягом цього періоду у жінки можуть бути значні виділення брудно-сірого кольору. Про це її потрібно заздалегідь попередити. Протягом місяця жінка повинна утриматися від статевого життя, піднімання важких речей, виконання спринцювань чи інших вагінальних процедур, щоб не пошкодити струп і не спричинити кровотечу. Можна лише обмивати зовнішні статеві органи.

Якщо у хворої після ДТК виникає кровотеча, її треба негайно госпіталізувати. Долікарська допомога полягає у введенні у піхву тампона, просоченого епсилонамінокапроновою кислотою.

ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШИЙКИ МАТКИ

За рішенням Комітету експертів ВООЗ (1973) усі передпухлинні стани шийки матки об'єднані терміном «дисплазія». Крім власне дисплазії, до цієї групи входять також лейкоплакія з атипією клітинних елементів, еритроплакія та аденоматоз. Існує багато синонімів дисплазії: атипія, атипова гіперплазія, базальноклітинна гіперплазія, цервікальна інтраепітеліальна неоплазія (CIN) та ін. До факторів ризику виникнення дисплазій, а отже і раку шийки матки, зараховують: ранній початок статевого життя, часту зміну статевих партнерів, посттравматичні зміни шийки матки внаслідок абортів та пологів, інфікування організму вірусами HPV та VHS-2, зміну гормональної рівноваги (гіперестрогенія), вплив шкідливих факторів виробництва та екології. Захворювання найчастіше виявляють у жінок після 30 років. За локалізацією диспластичні зміни в молодих пацієнток виникають у ділянці ектоцервікса, а в жінок клімактеричного віку — у цервікальному каналі, що пов'язано з міграцією перехідної зони.

Дисплазія

Дисплазія, за визначенням ВООЗ, — це патологічний процес, при якому в частині товщі епітеліального шару з'являються клітини з різним ступенем атипії, що характеризуються порушенням процесів диференціювання, росту, дозрівання та відторгнення.

За ступенем ураження епітелію, ступенем клітинної атипії та збереження архітектоніки епітеліального шару виділяють три ступені дисплазії:

- слабку (CIN I);
- середню (CIN II);
- тяжку, або виражену (CIN III).

При CIN I гіперплазія та атипія клітин базального типу займає 1/3 товщини епітелію, при CIN II зміни захоплюють близько половини товщини слизової, при CIN III — уражений весь епітелій або не менше 2/3 його *(рис. 11.11)*. Виражена атипія поверхневих шарів розцінюється як важкий ступінь.

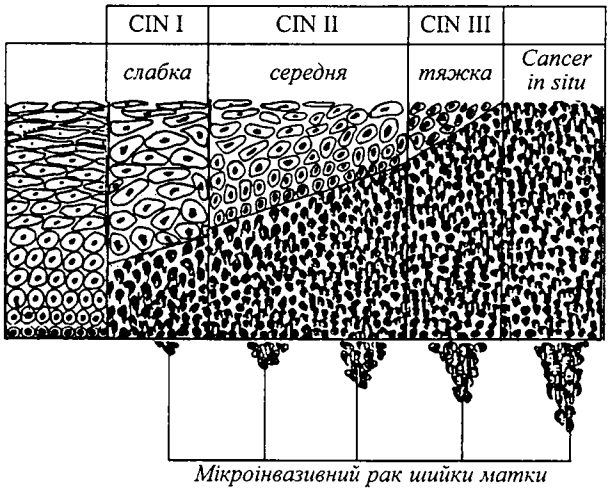


Рис. 11.11. Ступені дисплазії шийки матки (схема)

При кольпоскопії виділяють такі види змін епітелію:

- *поля дисплазії:*
  а) поля гіперплазії багатошарового плоского епітелію;
  б) поля метаплазії циліндричного епітелію.
- *папілярна зона дисплазії:*
  а) папілярна зона гіперплазії багатошарового плоского епітелію;
  б) папілярна зона метаплазії циліндричного епітелію;
  в) передпухлинна зона трансформації.

Діагностика. Цитологічне дослідження мазків виявляє у хворих клітини базального та парабазального шарів з ознаками дискаріозу.

Гістохімічні дослідження у хворих на дисплазію показали різке зниження кількості глікогену в клітинах аж до повної його відсутності, зміни активності тканинних ферментів.

Цитогенетичні дослідження свідчать, що при цій патології з'являються клітини з тетраплоїдним та пентаплоїдним набором хромосом.

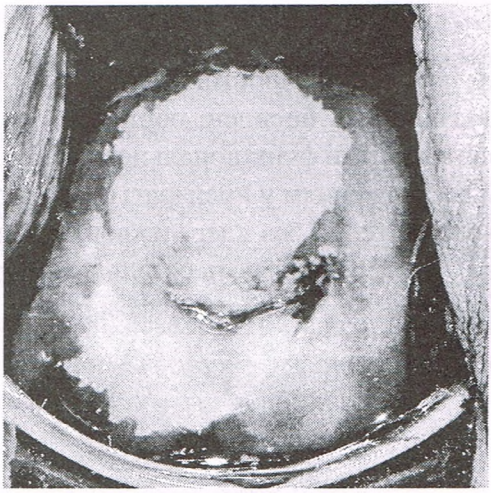


Рис. 11.12. Дисплазія середнього ступеня

За допомогою електронної мікроскопії виявляють різноманітні морфологічні зміни. При слабкій та помірній дисплазії рельєф шийки матки більш горбистий, видно велику кількість десквамованих клітин, проте вигляд поверхні епітелію ще близький до норми. Для тяжкої форми дисплазії характерна значна горбистість рельєфу, інтенсивна десквамація, відсутність мікроваликів та чітких меж клітин, поверхня клітин вкрита безладно розміщеними ворсинками, у багатьох клітин «лиса».

Для верифікації діагнозу необхідна прицільна біопсія з наступним гістологічним дослідженням.

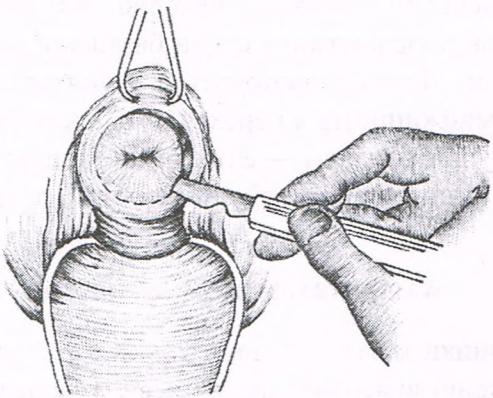


Рис. 11.13. Конізація шийки матки

Перехід дисплазії в рак in situ відзначають у 40–60% хворих. Час, необхідний для малігнізації CIN I, становить приблизно 5–6 років, а при CIN III — близько року.

Лейкоплакія з атипією

Клінічно не відрізняється від простої лейкоплакії. При цьому захворюванні гістологічно відзначають посилені порівняно із простою лейкоплакією, процеси зроговіння клітин функціонального шару. При простій лейкоплакії цитологічним дослідженням у препараті знаходять лише клітини багатошарового плоского епітелію без ядер, у хворих з атиповою лейкоплакією у вигляді клітин без ядер виявляють базальні та парабазальні клітини. Лейкоплакія з атипією може бути у жінок з раком шийки матки. *(рис. 11.15)*.

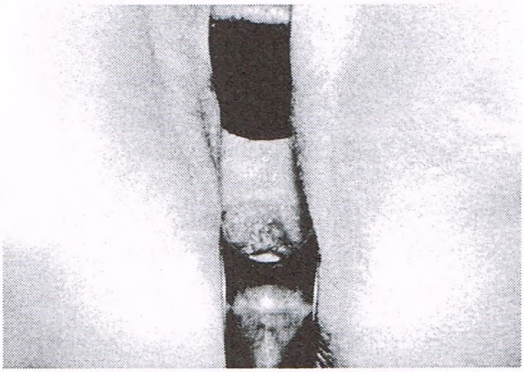


Рис. 11.15. Рак шийки матки, лейкоплакія

Еритроплакія

Це досить неоднорідна форма дискератозів. Зміни слизової шийки матки полягають у стоншенні та зроговінні епітелію. Має вигляд яскраво-червоної плями внаслідок просвічування судин базальної мембрани крізь стоншений шар епітелію. Легко кровоточить при контакті. Вогнища бувають поодинокими або множинними з переходом на склепіння та стінки піхви. При гістологічному дослідженні — епітеліальний пласт стоншений до 1–2 шарів, характерна атипія ядер та клітинний поліморфізм.

Аденоматоз шийки матки

Аденоматоз шийки матки (атипова залозиста гіперплазія). При гістологічному дослідженні виявляють вогнищеву гіперплазію залоз у вигляді клубка, подібно до залоз ендометрія. Залози мають різну форму та величину, вистелені епітелієм, що не схожий на шийковий. Часто зустрічається в першому триместрі вагітності, після пологів зникає. Поза вагітністю аденоматоз часто переходить в рак in situ.

Лікування передракових станів проводиться шляхом діатермоексцизії, кріохірургічної та лазерної деструкції. Найбільш радикальним і найменш травматичним методом є лазерокоагуляція, вона безкровна, неболюча, може проводитись без анестезії в амбулаторних умовах.

Хворі з патологією шийки матки перебувають на диспансерному обліку. Після радикального лікування фонових процесів при нормальних показниках цитологічного та кольпоскопічного дослідження через 2 місяці хворих знімають з обліку. Після радикальної терапії передраковх станів цитологічне та кольпоцервікоскопічне дослідження проводять через 1,5, 6 і 12 місяців, з обліку знімають через 2 роки за умови нормальних цитологічних та кольпоцервікоскопічних даних.

РАК ШИЙКИ МАТКИ

Епідеміологія. Рак шийки матки серед злоякісних пухлин жіночих статевих органів трапляється найчастіше. Захворювання частіше зустрічається у жінок у віці після 50 років. В останні роки виникла тенденція до збільшення захворюваності на рак шийки матки в молодих жінок. Дуже часто хворіють жінки легкої поведінки, низьким є показник захворюваності на рак шийки матки серед жінок, що не жили статевим життям. За даними ВООЗ, у світі кожного року виявляють близько 500 тис. хворих на рак шийки матки. Це захворювання є важливою медичною та соціальною проблемою в усіх економічно розвинутих країнах.

Найвища захворюваність та смертність — у країнах Африки та Латинської Америки, особливо серед корінного населення.

Етіологія. Причиною його розвитку є венеричні захворювання, інфікування вірусами герпесу простого 2-серотипу (ВГП-2) частіше вірусом папіломи людини (ВПЛ-16, 18, 30, 31, 35 типів), які можуть довго перебувати у латентній формі. Вірус передається статевим шляхом. Фоном для його розвитку є псевдоерозії, лейкоплакії, поліпи шийки матки. До передракових станів належить дисплазія епітелію. Раковий процес виникає найчастіше на межі багатошарового плоского і циліндричного епітелію.

Рак шийки матки буває *внутрішньоепітеліальний* (доінвазивний), *мікроінвазивний* (проростання процесу в строму на глибину до 0,5 см нижче від базальної мембрани) та *інвазивний.*

Гістологічно розрізняють:

- плоскоклітинний роговіючий;
- плоскоклітинний нероговіючий;
- аденокарцинома;
- світлоклітинний;

- диморфний залозисто-плоскоклітинний.

За ступенем диференціації розрізняють високодиференційований, помірнодиференційований та низькодиференційований (або недиференційований) рак (має найбільш злоякісний перебіг).

Форми росту пухлини: ***ендофітна, екзофітна, змішана.***

При екзофітній формі пухлина росте у просвіт піхви, набуває вигляду цвітної капусти і може виповнювати просвіт піхви. ***Ендофітна форма*** характеризується проростанням пухлини в м'язовий шар шийки матки, внаслідок чого шийка збільшується, ущільнюється. При розпаді пухлини утворюється кратероподібна виразка. ***Змішана форма*** росту раку шийки матки має ознаки як ендофітних, так і екзофітних форм. Рак шийки матки може поширюватися на тіло матки, параметрій, піхву *(рис. 11.16)*.

Регіонарні лімфатичні вузли розташовані навколо шийки матки (затульні, загальні клубові, сакральні, пресакральні). Гематогенне метастазування раку шийки матки буває рідко. Віддалені метастази в органи навіть в агональних хворих трапляються не більше ніж у 25–40%.

Клініка. Залежить від стадії процесу. Перебіг доінвазивного та мікроінвазивного раку безсимптомний (доклінічна стадія). У I стадії можуть бути серозні або серозно-кров'янисті виділення, контактна кровотеча після статевого акту, вагінального дослідження, огляду в дзеркалах. У II–III стадії з'являється біль унизу живота, у попереку; виділення серозно-гнійні, мають вигляд м'ясних помиїв, неприємний запах (вони є наслідком витікання лімфи і крові при розпаді пухлини). У хворих порушується загальний стан, з'являються швидка втомлюваність, дратівливість. Пухлина може прорости в сечовий міхур і пряму кишку, відповідно з'являються розлади сечовипускання і запори.

Діагностика. Здійснюється гінекологічний огляд за допомогою дзеркал Куско або ложкоподібних. При цьому визначають форму піхвової частини шийки матки, її розміри, анатомічний стан. При початкових стадіях раку шийки матки можна побачити зміни, притаманні псевдоерозії. Кровоточивість при дотику є важливим симптомом раку. Якщо рак виявлено лише цитологічним методом, то може не бути клінічних проявів. Дворучне піхвове дослідження при початкових стадіях раку нé є інформативним. У хворих з вираженим клінічним процесом шийка матки щільна або хрящоподібна, наявні кратер, інфільтрація. Для хворих з підозрою на рак шийки матки обов'язковим елементом є дослідження через пряму кишку — ректовагінальне та ректоабдомінальне. Це дає змогу краще оцінити стан бокових і заднього параметріїв, шийки матки.

Цитологічне дослідження секрету цервікального каналу та шийки матки є методом ранньої діагностики раку шийки матки. Воно дає змогу швидко

встановити клінічний стан шийки матки, діагностувати доклінічні форми раку шийки матки. Забір матеріалу на цитологічне дослідження проводять перед бімануальним оглядом хворої. У здорових жінок забирають матеріал за допомогою одноразового дерев'яного шпателя з піхвової частини шийки матки, бокових склепінь, щіточкою — із цервікального каналу та місця стику обох епітеліїв. Прицільно забирають матеріал у хворих з підозрою на рак шийки матки. Матеріал переносять на скло й тонко розподіляють по його поверхні.

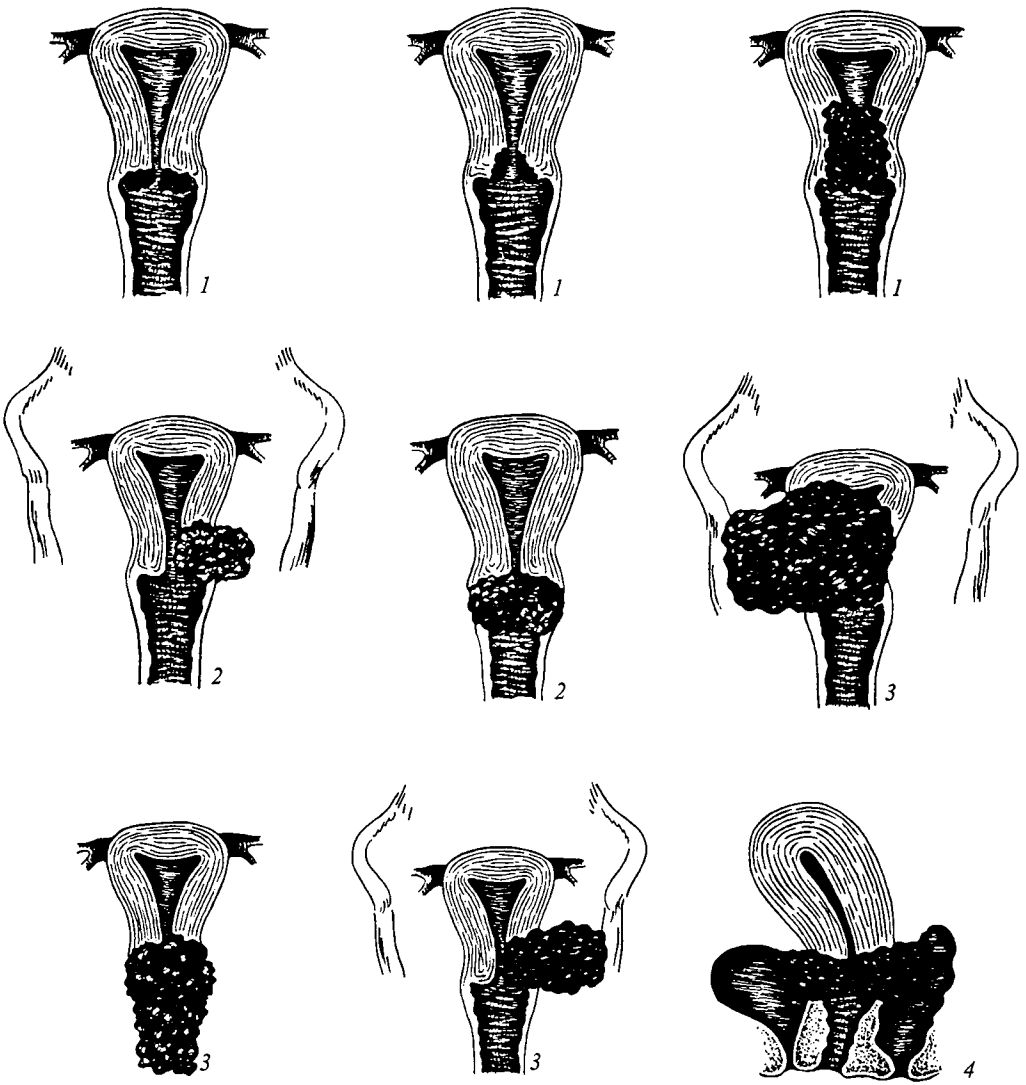


Рис. 11.16. Рак шийки матки (схема поширення процесу)
1 — перша стадія; 2 — друга стадія; 3 — третя стадія; 4 — четверта стадія

Класифікація раку шийки матки за стадіями

Таблиця 11.1

Стадія	(Т) Вузол	(N) Лімфовузли	(М) Метастази
0	Т1S (внутрішньоепітеліальний рак)	N0	M0
IA	Т1А (мікроінвазивний рак, інвазія до 5 мм)	N0	M0
IБ	Т1Б (інвазивний рак, глибина інвазії понад 5 мм)	N0	M0
IIA	Т2А (пухлина шийки з поширенням на матку, без інвазії параметрія)	N0	M0
IIБ	Т2Б (з інвазією параметрія)	N0	M0
IIIA	Т3А (пухлина уражає нижню третину піхви, але не поширюється на стінку таза)	N0	M0
IIIБ	Т1-Т2, Т3А Т3Б (пухлина поширюється на стінку таза)	N1 метастази в регіонарних лімфатичних вузлах) будь-яке N	M0
IVA	Т4 (пухлина захоплює слизову оболонку сечового міхура або прямої кишки)	будь-яке N	M0
IVБ	будь-яке Т (наявні віддалені метастази)	будь-яке N	M1

Мікроскопічна оцінка мазків проводиться за методом Папаніколау *(див. розділ IV)*:

I тип — незмінений епітелій;

IIа тип — запальний процес;

IIб тип — проліферація, метаплазія, гіперкератоз (при відповідній клінічній картині трактуються як поліп, проста лейкоплакія, ендоцервікоз);

IIIа тип — слабка, помірна дисплазія на фоні доброякісних процесів і незміненого епітелію;

IIIб тип — виражена дисплазія плоского епітелію на фоні доброякісних процесів і в ділянці незміненого епітелію;

IV тип — підозра на малігнізацію, можливо, внутрішньоепітеліальний рак;
V тип — рак;
VI тип — мазок неінформативний (матеріал взято неправильно).

Хворим з мазками III–V типів для підтвердження діагнозу необхідно проводити просту та розширену кольпоскопію, гістологічне дослідження. За хворими з мазками III типу встановлюється диспансерний нагляд.

Цей метод діагностики раку шийки матки є достатньо точним, гістологічне та цитологічне заключення збігаються у 95% хворих. Цитологічний діагноз не вважається остаточним, тому що він не визначає глибини інвазії процесу.

З метою ранньої діагностики використовують кольпоскопію (просту та розширену). Але слід зазначити, що діагноз раку шийки матки не можна встановлювати лише за допомогою кольпоскопічного дослідження, оскільки цей метод є допоміжним і дозволяє вибрати найбільш змінену ділянку шийки матки для взяття прицільної біопсії. Остаточний діагноз встановлюють на підставі гістологічного дослідження матеріалу, отриманого під час біопсії. Біопсія дозволяє також у більшості випадків встановити глибину інвазії.

Лікування проводять лікарі-онкогінекологи залежно від стадії процесу. Внутрішньоепітеліальний та мікроінвазивний рак у молодих жінок лікують хірургічно, застосовуючи конізацію або ампутацію шийки матки. У жінок середнього або старшого віку та за наявності міоми матки, кісти яєчника доцільно здійснювати просту екстирпацію матки. Залежно від стадії рак

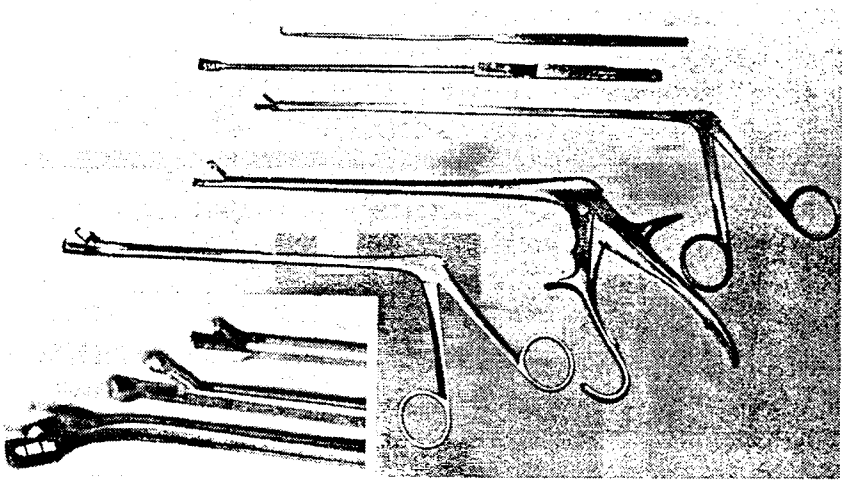


Рис. 11.17. Інструменти для біопсії шийки матки

шийки матки лікують комбінованим (опромінення + операція) або поєднано-променевим методом, а питання лікування хворих з IV стадією вирішують індивідуально, в основному терапія симптоматична.

Підготовка хворої до проведення променевої терапії включає повне обстеження пацієнтки, зокрема рентгенографію органів грудної порожнини (для виключення метастазів у легенях), клінічні аналізи сечі, крові (для спостереження за гематологічними показниками під час лікування у динаміці) та аналіз виділень з піхви (якщо присутня патогенна флора, перед опроміненням треба провести санацію піхви).

Підготовка статевих органів полягає у зголюванні волосся, спринцюванні піхви дезінфекційним розчином перед проведенням сеансу променевої терапії. Введення радіоактивних препаратів проводять при спорожненому сечовому міхурі та прямій кишці *(рис. 11.18)*. Після введення радіоактивного ізотопу хвора повинна перебувати в ізольованому боксі, лежачи в ліжку для запобігання зміщенню вкладки. Кожного разу після спорожнення сечового міхура медична сестра повинна оглянути індивідуальний сечоприймач та статеві органи жінки, щоб виявити можливе зміщення чи випадання вкладки. Радіоактивний препарат, що випав, слід негайно здати черговому лікареві.

Із хворими, яким уведено радіоактивні ізотопи, медичні сестри працюють, використовуючи індивідуальні засоби захисту. Спостерігаючи за пацієнтками, медсестра повинна звертати увагу на загальний стан хворої, вимірювати температуру, підраховувати частоту пульсу, вимірювати артеріальний тиск, запитувати про скарги, проводити пальпацію живота, оглядати статеві органи. При погіршенні загального стану, підвищенні температури вище 38°С, значному почастішанні пульсу, різкому зниженні чи підвищенні артеріального тиску, появі ознак подразнення очеревини, сильних кров'янис-

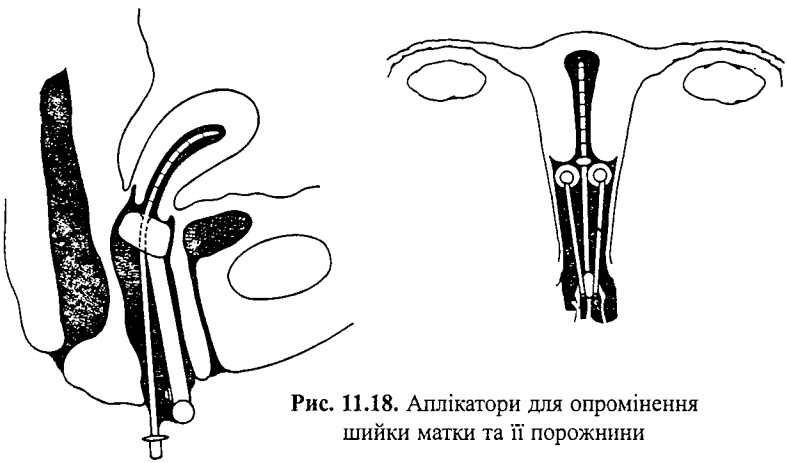


Рис. 11.18. Аплікатори для опромінення шийки матки та її порожнини

тих виділень з піхви, частого й болісного сечовипускання, рідких випорожнень з больовими відчуттями, а також випаданні з вагіни частини або всіх фіксувальних тампонів медична сестра повинна викликати чергового лікаря.

Догляд за хворими після проведення променевої та хіміотерапії. Під час проведення променевої терапії, а також після закінчення курсу необхідно бути особливо обережними з тими ділянками шкіри, які опромінювались, уникати застосування подразнюючих засобів (змащування йодом тощо), не застосовувати грілок, фізпроцедур, не допускати ультрафіолетового опромінення, хворим слід менше бувати на сонці, особливо влітку.

Променева терапія може давати ускладнення — від почервоніння слизової оболонки вагіни аж до променевої хвороби. Дуже часто виникають променеві цистити та проктити. Переважно вони мають легкий перебіг і минають після закінчення лікування. Проте бувають і глибокі ураження, які виникають частіше внаслідок порушення техніки опромінення і призводять до появи некротичних виразок і навіть вагінально-прямокишкових та вагінально-міхурових фістул. Такі хворі потребують ретельного догляду, що полягає в обробці статевих органів дезінфекційними розчинами кілька разів на добу та прикладанні стерильних серветок.

Хворі після проведення променевої терапії зазвичай ослаблені, потребують висококалорійного легкозасвоюваного харчування, багатого на вітаміни та мікроелементи.

Навіть після завершення курсу лікування при доброму самопочутті хворій протипоказані теплові та фізпроцедури, введення біостимуляторів, санаторно-курортне лікування, бальнео- та грязетерапія, перебування на сонці, оскільки ці чинники завдяки своєму стимулювальному впливу можуть спричинити прогресування хвороби.

Долікарська допомога при кровотечі з шийки матки. Іноді виникає необхідність надання хворим допомоги при кровотечі, яка при раку шийки матки може виникнути зненацька і бути досить значною. Навіть у такому випадку необхідно обережно оглянути шийку дзеркалами, щоб виключити травму вагіни, народження субмукозного вузла. При наявності кровотечі з кратероподібної виразки або пухлини, що має вигляд цвітної капусти, слід ввести у вагіну гемостатичну губку, а при її відсутності — щільно затампонувати вагіну марлевим тампоном, попередньо просякнутим 10% розчином хлориду кальцію, перекисом водню чи ЕАКК і госпіталізувати хвору (перевозити санітарним транспортом або у супроводі медпрацівника).

Прогноз залежить від стадії процесу, гістологічної структури та клінічної форми росту пухлини. П'ятирічне виживання хворих при першій стадії раку шийки матки спостерігається у 75–85%, при II ст. — у 55–65%, III ст. — у 20–30% випадків.

Догляд за хворими. Хворі на рак шийки матки в період лікування потребують особливого догляду, повноцінного збалансованого харчування. Основним елементом медичної реабілітації є індивідуальне лікування. Особливо складним є лікування ускладнень променевої терапії (проктиту, циститу та ін.). При цьому застосовують інстиляції та мікроклізми настойками трав, обліпихової олії. Хворі жінки після комбінованого лікування вважаються працездатними, залежно від професії: з розумовим видом діяльності — після 6–7 місяців, з фізичною працею — після року. Якщо є виражені ускладнення або лікування виявилося неефективним, хворих переводять на інвалідність.

Профілактика. Профілактика раку шийки матки полягає в діагностиці та лікуванні захворювань, що є причиною його виникнення, фонових та передракових станів. Регулярно, протягом усього життя, жінки повинні проходити профілактичні огляди в жіночій консультації, оглядових кабінетах, фельдшерсько-акушерських пунктах, за місцем праці.

Перелік контрольних питань:

- особливості будови шийки матки;
- фонові захворювання шийки матки;
- передракові захворювання шийки матки;
- рак шийки матки;
- догляд за хворими після проведення променевої та хіміотерапії.

ЗАХВОРЮВАННЯ МАТКИ ДОБРОЯКІСНІ ТА ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ТІЛА МАТКИ

МІОМА МАТКИ

Міома матки (фіброміома, лейоміома) — доброякісна пухлина, що складається із м'язових та сполучнотканинних елементів.

У структурі гінекологічної захворюваності міома складає 20–25%, причому спостерігається тенденція до збільшення кількості цих пухлин. Міома рідко виникає в молодих жінок, ризик захворювання зростає після 35–40 років, у віці, близькому до клімактерію. В анамнезі хворих — пізній початок і становлення менструальної функції, розлади менструального циклу, висока частота артифіціальних абортів, тому такі жінки (старші 35–40 років) належать до групи ризику виникнення фіброміоми матки.

За гістоструктурою виділяють *міому, фіброміому, ангіоміому та аденоміому.* За швидкістю росту — пухлини, що ростуть повільно і швидко. За особливостями гістогенезу розрізняють *прості* та *проліферативні* міоми. М'язові елементи проліферативних міом не атипові, але їх є набагато більше, ніж в простих, у них зростає кількість плазматичних і лімфоїдних клітин, підвищується мітотична активність. Проліферативні міоми зустрічаються удвічі частіше у хворих із швидкоростучими пухлинами.

Міоматозні вузли частіше виникають у місцях складного переплетення м'язових волокон матки — поблизу трубних кутів, по середній лінії матки. Міома характеризується експансивним ростом. На відміну від раку, вузол росте, розсуваючи тканину міометрія, а не руйнуючи її. Одночасно із ростом пухлини збільшується маса міометрія, що її оточує. З гіпертрофованих міоцитів та сполучнотканинних клітин формується псевдокапсула вузла при інтерстиціальному його розміщенні, при субмукозному та субсерозному розміщенні частину капсули утворює відповідно слизова оболонка матки та очеревина.

Вузли пухлини мають мало кровоносних судин, основна кількість судин міститься в капсулі. Лімфатична система вузлів атипова, вони не мають лімфатичних судин. Вузли позбавлені нервових закінчень, холін- і адренергічних нервових структур.

Розрізняють такі форми локалізації фіброматозних вузлів:

- ***Субсерозні*** *(рис. 12.1 а, 12.2 б)* — підочеревинні вузли, що ростуть у напрямі серозного шару матки, можуть мати широку або тонку ніжку. Частота такої локалізації вузлів — 10-16% від усіх випадків міом.
- ***Інтерстиціальні*** (інтрамуральні, внутрішньостінкові) *(рис. 12.1 б, в, 12.2 а)* — вузли, що ростуть у товщі міометрія, вони складають 40–45%.
- ***Субмукозні*** (підслизові) *(рис. 12.1 г, д, 12.2 г)* вузли ростуть у порожнину матки під її слизовою оболонкою, зустрічаються у 20% хворих.
- ***Атипові форми локалізації вузлів:*** *ретроцервікальна* (позадушийкова) міома росте із задньої поверхні шийки матки, розміщується у позадушийковій клітковині; *парацервікальна* росте з бокової частини шийки матки, розміщується у парацервікальній клітковині; *міжзв'язкова* фіброміома (інтралігаментарна) росте з тіла або шийки матки, розшаровуючи листки широкої зв'язки *(рис. 12.2 е)*.

Рис. 12.1. Фіброміома матки:
а — субсерозний вузол;
б — інтрамуральний вузол;
в — множинні інтрамуральні вузли;
г, д— субмукозні вузли

Фіброміома може розвиватися у вигляді одного вузла (вузлувата фіброміома), багатьох вузлів (множинна фіброміома) *(рис. 12.3)* і у формі дифузного розростання у міометрії (дифузна фіброміома).

Гормональний статус хворих на фіброміому. У значної частини хворих на фіброміому виявляють порушення гормональної функції яєчників, що проявляються ановуляторними циклами, недостатністю жовтого тіла. Це призводить до гіперестрогенемії і зниження рівня прогестерону. В яєчниках з'являються дрібнокістозні зміни. Оскільки матка (ендометрій і міометрій) є органом-мішенню естрогенних гормонів, під впливом їх надмірної кількості у крові в ендометрії можуть розвиватися гіперпластичні процеси, а у міометрії з'являються міоматозні вузли.

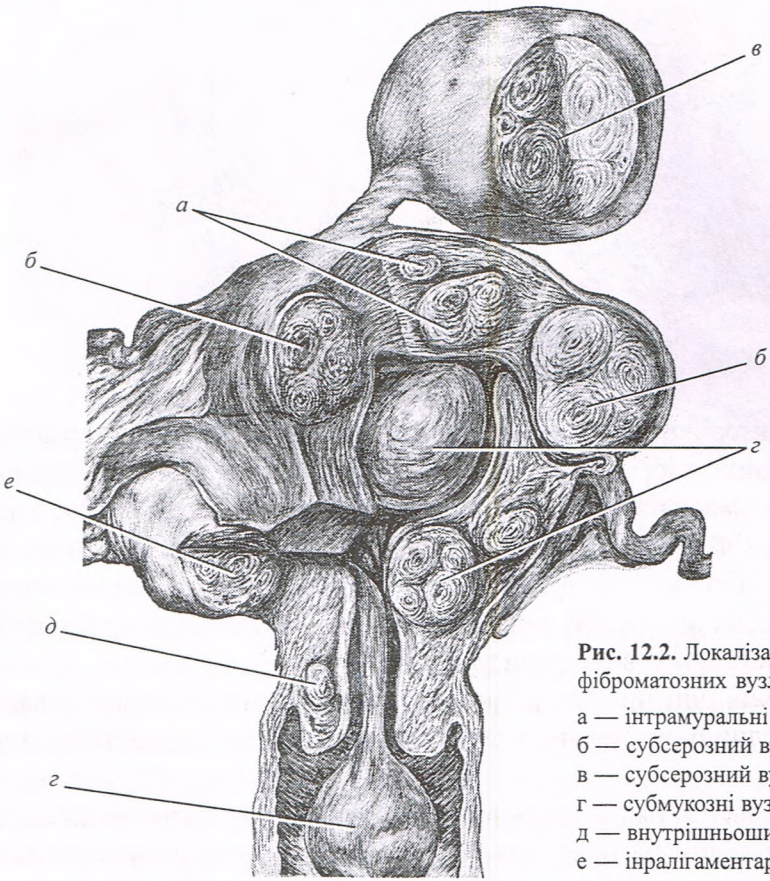


Рис. 12.2. Локалізація фіброматозних вузлів:
а — інтрамуральні вузли;
б — субсерозний вузол;
в — субсерозний вузол на ніжці;
г — субмукозні вузли;
д — внутрішньошийковий вузол;
е — інралігаментарний вузол

Дослідження останніх років показали, що у хворих з фіброміомою навіть при нормальному рівні естрогенних гормонів у периферичній крові вміст естрадіолу в судинах матки вищий, ніж в інших відділах судинної системи. Така локальна гіпергормонемія призводить до патологічної гіпертрофії міометрія. Отже, у патогенезі фіброміоми матки має значення не тільки порушення синтезу, метаболізму і співвідношення статевих гормонів, але й стан рецепторного апарату міометрія, зокрема більша активність естроген-рецепторів порівняно з прогестерон-рецепторами.

При наявності у яєчниках дрібнокістозних змін із незначною гіперестрогенемією фіброміома росте повільно і не має проліферативних змін. У хворих із швидкоростучою фіброміомою і при наявності у ній центрів проліферативної активності частіше знаходять фолікулінові кісти значних розмірів.

Темпи росту фіброміоми залежать від її виду, локалізації, живлення і віку хворої. Фіброміома швидко росте у хворих молодого віку, особливо під час вагітності, оскільки фетоплацентарний комплекс синтезує велику кількість естрогенних гормонів, що є стимулюючим чинником росту пух-

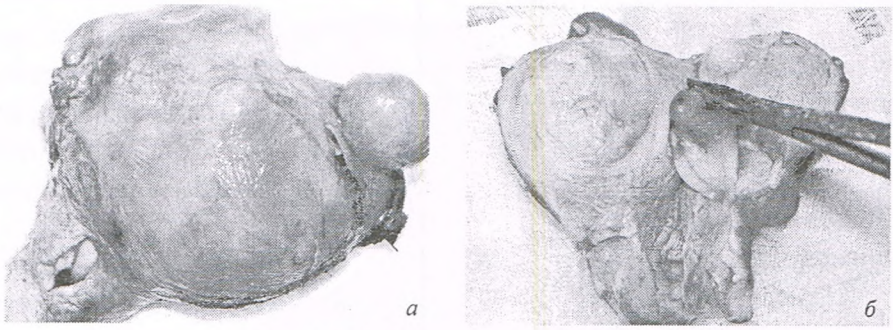


Рис. 12.3. Фіброміома матки: а — множинна;
б — множинна фіброміома матки на розрізі

лини. У клімактеричному віці, коли здійснюється перебудова гормональної системи жінки, фіброміома нерідко прискорює свій ріст, виникає полікістозне переродження яєчників. Коли менструальна функція згасає, настає менопауза і пов'язаний з нею спад продукції естрогенних гормонів, ріст фіброміоми сповільнюється, вузли зменшуються і зазнають зворотного розвитку. Ці процеси зумовлені зниженням гонадотропної функції гіпофіза і заміною естрогенного впливу андрогенним.

Клініка. Клінічні прояви фіброміом зумовлені насамперед локалізацією вузлів, величиною пухлини, темпом її росту, а також наявністю ускладнень.

У початкових стадіях захворювання можливий безсимптомний перебіг фіброміоми. Пухлину діагностують під час профілактичного огляду або при зверненні до гінеколога з іншого приводу.

Згодом з'являються симптоми: болі, кровотечі, відчуття важкості внизу живота, порушення репродуктивної функції — безплідність, порушення функції сечового міхура та прямої кишки. Ці ознаки виникають у міру росту пухлини, а інколи свідчать про розвиток вторинних дегенеративних або запальних змін у тканині фіброміоми.

При формуванні субсерозних вузлів менструальна функція у хворих не змінюється, оскільки пухлина розміщена на ніжці або на широкій основі під очеревинним покривом практично поза межами матки, тому скоротлива функція матки зберігається і механізм менструальної кровотечі не порушується. Ознаками захворювання можуть бути болі, зумовлені розтягненням очеревини при рості вузла, порушенням кровообігу в пухлині. При виникненні ускладнень — перекрученні ніжки вузла, його некрозі, зрощенні вузла з парієтальною очеревиною — виникає клініка «гострого живота».

При атипових локалізаціях підочеревинних вузлів розвивається відповідна клініка: пухлини з передньої стінки матки та антецервікальні пухлини *(рис. 12.4)* можуть тиснути на сечовий міхур і призводити до дизуричних

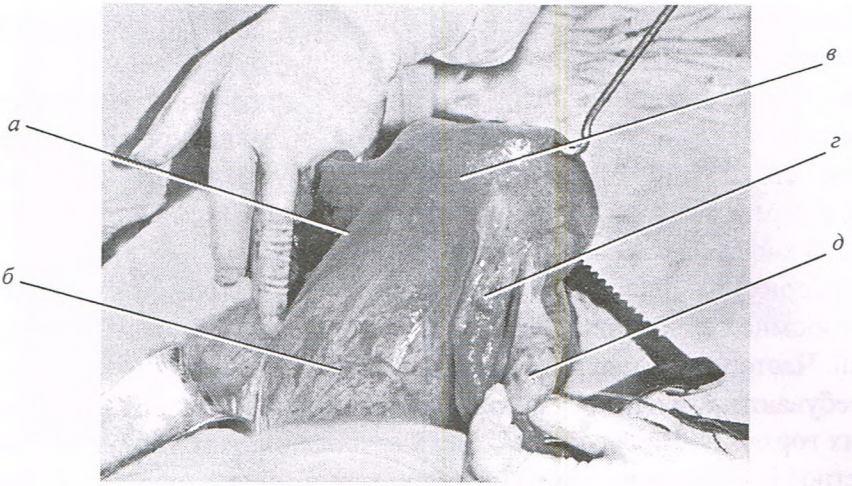


Рис.12.4. Антецервікальна фіброміома матки:
а — кругла зв'язка матки; б — фіброматозний вузол;
в — тіло матки; г — маткова труба; д — яєчник

явищ; притиснення шийки сечового міхура або уретри до симфізу викликає затруднене спорожнення сечового міхура, навіть при його переповненні. При ретроцервікальному розміщенні вузла він може при інтенсивному рості заповнювати весь малий таз, стискати пряму кишку, створюючи механічну перешкоду акту дефекації. У хворих виникають хронічні запори, сповільнення кровообігу у венозних судинах малого таза, розвиток геморою. Вузли такої локалізації можуть подразнювати нервові сплетення таза і спричиняти болі з іррадіацією в нижні кінцівки.

Інтралігаментарні пухлини під час свого росту розшаровують широку зв'язку матки, а оскільки в нижніх відділах параметрію проходять сечоводи, пухлина призводить до їх стиснення і перегину, у важких випадках блокується відтік сечі з нирки, розвивається гідроуретер і гідронефроз.

Інтрамуральна фіброміома росте в товщі міометрія, об'єм порожнини матки і площа поверхні ендометрія над вузлом збільшується, порушується механізм скорочення матки, регіонарний кровообіг, тому при інтерстиціальних вузлах, особливо множинних, суттєво збільшується тривалість менструації (поліменорея) і кількість втраченої крові (гіперменорея). Циклічність менструацій зберігається. Характерні болючі місячні — альгоменорея.

Особлива клінічна картина характерна для *підслизової локалізації фіброміоматозних вузлів:* спостерігаються спочатку циклічні (менорагії), а потім ациклічні (метрорагії) кровотечі, переймоподібні болі внизу живота, інколи, при порушенні кровопостачання вузла, виділення у вигляді кров'янисто-бурої рідини з неприємним запахом.

Щомісячна значна крововтрата призводить до розвитку вторинної залізодефіцитної анемії.

Часто міома матки поєднується з іншими гінекологічними та екстрагенітальними захворюваннями: ожирінням (64%), захворюваннями серцево-судинної системи (60%), захворюваннями шлунка, кишечника, печінки (40%), гіпертонічною хворобою (19%), неврозами (11%), ендокринопатіями (4,5% хворих).

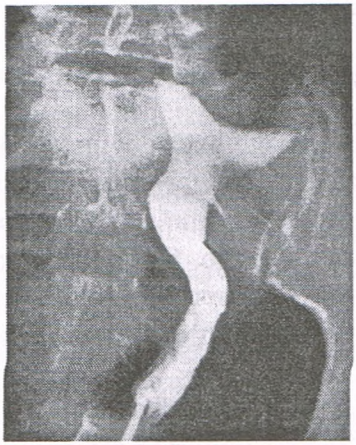
У хворих на фіброміому описані характерні дистрофічні зміни міокарда — «міомне серце», викликані розвитком вторинної анемії та хронічної гіпоксії. Часто у них порушується функція печінки. Можливо, ці порушення перебувають у причинно-наслідковому зв'язку з порушенням обміну стероїдних гормонів. Виявляють також гіпертрофію лівого шлуночка, міокардіодистрофію, ішемічну хворобу серця, гіпертонічну хворобу. У багатьох хворих після видалення фіброміоми артеріальний тиск знижується до нормальних величин, що підтверджує думку про патогенетичний зв'язок фіброміоми, змін у міокарді та підвищення артеріального тиску.

Діагностика. В анамнезі хворих: спадкова схильність (міома у матері та інші пухлини статевих органів у близьких родичок); порушення менструальної функції, пізній початок менархе; порушення обміну (ожиріння, цукровий діабет); порушення репродуктивної функції (безплідність, невиношування вагітності); штучні аборти (травма слизової і міометрія може призвести до змін рецепторного апарату ендометрія); екстрагенітальні захворювання, що зумовлюють порушення функції ендокринних залоз та яєчників зокрема.

Основною ознакою фіброміоми є наявність пухлини щільної консистенції, що міститься в матці чи походить з неї. Пухлина може бути горбистою, кулястою або неправильної форми — це залежить від кількості та локалізації вузлів. Пухлини виявляють при бімануальному дослідженні.

Для уточнення діагнозу використовують додаткові методи дослідження: *зондування матки* (виявляють збільшення порожнини матки, нерівний рельєф, наявність субмукозних вузлів); *вишкрібання порожнини матки* (зміна рельєфу, наявність у матці вузла при субмукозному розміщенні, наявність гіперпластичних процесів у ендометрії). Проте широко використовувати ці методи для діагностики не рекомендують, оскільки вони можуть призвести до травматизації субмукозного фіброматозного вузла.

З рентгенологічних методів може допомогти *гістерографія* — за формою дефекту наповнення можна діагностувати субмукозні вузли, що деформують порожнину матки *(рис. 12.5)*.



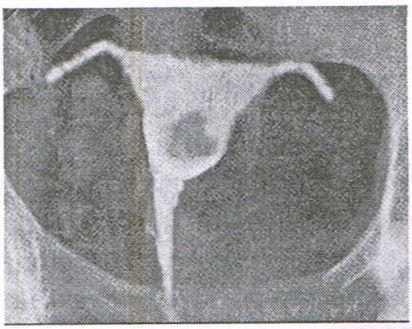


Рис.12.5. *Підслизові фіброматозні* вузли, що деформують порожнину матки (гістеросальпінгографія)

Інформативна також гістероскопія, яка, окрім візуальної верифікації діагнозу, дає можливість взяти прицільну біопсію, що буває важливо для диференціальної діагностики та діагностики супутніх гіперпластичних процесів ендометрія (залозисто-кістозна гіперплазія, поліп ендометрія тощо) *(рис. 12.6)*.

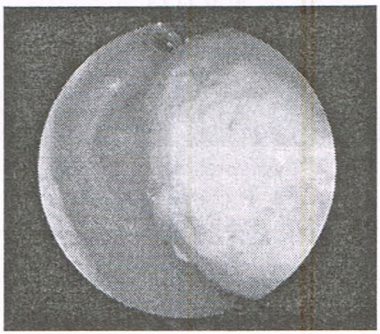


Рис. 12.6. Підслизова фіброміома матки (гістероскопія)

Лапароскопію застосовують рідко, переважно для диференціальної діагностики субсерозного вузла і пухлини яєчника, а також для діагностики ускладнень — перекруту ніжки та некрозу вузла.

Важливим методом діагностики, що дозволяє виявити локалізацію, кількість, величину вузлів, їх структуру, наявність деструктивних змін, є УЗД. Спостереження в динаміці дає можливість контролювати ефективність проведеної консервативної терапії, спостерігати за ростом, або, навпаки, зменшенням вузла під впливом лікування.

УСКЛАДНЕННЯ

Народження фіброматозного вузла

Підслизова фіброміома сприймається маткою як стороннє тіло. Вузол опускається в нижні відділи матки, подразнює рецептори перешийка, розпочинаються скорочення міометрія, розкривається шийка і матка виштовхує вузол у піхву. Вузол на ніжці зв'язаний з маткою. Якщо ніжка коротка, це може призвести до важкого ускладнення — онкогенетичного вивороту матки. Для діагностики важливо оглянути шийку матки у дзеркалах: вузол, що народився, видно при огляді *(рис. 12.7)*.

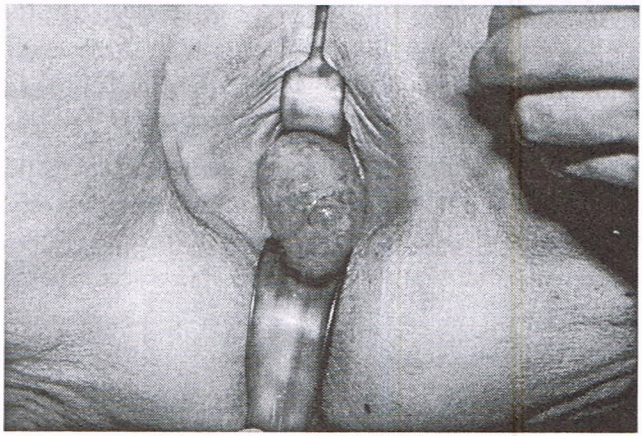


Рис.12.7. Субмукозний вузол, що народився

Лікування. Вузол на довгій ніжці можна видалити через піхву шляхом перетину і перев'язування ніжки. Якщо ніжка коротка і широка, спроба видалення вузла може призвести до перфорації матки. У такому випадку вдаються до екстирпації матки.

Перекрут вузла

Перекрут вузла дуже часто трапляється при його субсерозній локалізації. Клінічно виявляється різким болем унизу живота. З'являються ознаки подразнення очеревини, підвищується температура тіла, порушується функція сечового міхура та прямої кишки. Настає некроз та нагноєння вузла.

Лікування хірургічне. Об'єм втручання — видалення вузла (при видаленні вузла важливо не розкручувати перекручену ніжку, затискач накладають біля матки, нижче місця перекруту), суправагінальна ампутація або екстирпація матки залежно від віку хворої, кількості та локалізації вузлів, стану матки.

Некроз вузла

Некроз вузла зумовлений порушенням його живлення. Може настати при перекрученні ніжки, інколи розлади трофіки вузлів бувають під час вагітності. Настає набряк вузла, з'являються крововиливи в капсулу *(рис. 12.8)*. Клінічно це виявляється болем постійного характеру внизу живота, що посилюється при пальпації вузла. З'являються ознаки подразнення очеревини. У результаті інтоксикації продуктами розпаду підвищується температура тіла.

Лікування — хірургічне.

Рис.12.8. Некротичні і дегенеративні зміни фіброматозного вузла

Нагноєння вузла

Первинно виникає дуже рідко. Інколи буває наслідком некрозу. Нагноюються переважно субмукозні та інтерстиціальні вузли. Розвивається тяжкий септичний стан, що вимагає ампутації або екстирпації матки.

Розрив капсули та судин вузла

Розрив капсули та судин вузла буває рідко. Супроводжується різким болем, ознаками внутрішньої кровотечі (геморагічний шок).

Злоякісне переродження фіброміоми матки

Злоякісне переродження фіброміоми матки в саркому виникає у 5–7% випадків.

Фіброміома матки і вагітність

Вагітність при фіброміомі матки настає переважно при субсерозній та інтрамуральній локалізації вузлів. Підслизові вузли перешкоджають настанню вагітності.

Діагностика вагітності у таких хворих становить значні труднощі. Слід використати тест на вагітність і УЗД, оскільки лише за допомогою сонографії можна чітко встановити термін вагітності. У хворих на фіброміому часто бувають викидні, передчасні пологи. Вагітність вдається доносити приблизно половині жінок. Упродовж вагітності виникає загроза її переривання, внаслідок порушення кровопостачання вузла (його некроз, крововиливи у капсулу), порушується функція сечового міхура та прямої кишки. Положення плода часто буває неправильним — косим, поперечним, плід займає тазове передлежання, якщо вузли не дають голівці вставитися у вхід в малий таз. Під час пологів часто буває передчасне вилиття навколоплодових вод, первинна і вторинна слабкість пологової діяльності.

Якщо вузли розміщуються за ходом родового каналу і блокують вихід з малого таза або чинять перешкоди плоду, вдаються до кесаревого розтину, в інших випадках пологи ведуть через природні пологові шляхи.

У третьому періоді пологів слід чекати кровотечі (у випадку прикріплення плаценти в ділянці фіброматозного вузла), тому часто доводиться вдаватись до операції ручного відокремлення та виділення плаценти та ручного обстеження порожнини матки. У ранньому післяпологовому періоді дуже небезпечним ускладненням є гіпотонічна кровотеча, що виникає внаслідок порушення скоротливої функції матки. У пізньому післяпологовому періоді спостерігають субінволюцію матки, може статися перекручення вузла.

Упродовж подальшого перебігу пуерперію, особливо у жінок з повноцінною лактацією, фіброматозні вузли можуть зазнати зворотного розвитку аж до повного їх розсмоктування.

Лікування здійснює гінеколог з урахуванням віку хворої, швидкості росту пухлини, ступеня вияву симптоматики, локалізації вузлів, наявності ускладнень. Консервативне лікування проводять при невеликих пухлинах і помірних кровотечах (норколут, примолют-нор, золадекс). Операцію слід проводити при швидкому рості пухлини, значних маткових кровотечах, які призводять до недокрів'я, при симптомах стиснення суміжних органів, перекруті ніжки вузла, некрозі вузла пухлини, субмукозних міомах, міомі шийки матки. Оперативні втручання можуть бути такими: ампутація або екстирпація матки і консервативна міомектомія (видалення міоматозного вузла).

Догляд за хворими. Об'єм долікарської допомоги при маткових кровотечах висвітлений у розділі «Невідкладна допомога в гінекології».

При догляді за анемізованими внаслідок маткових кровотеч хворими слід уважно стежити за їх правильним харчуванням. Рекомендують продукти, багаті на білок, мікроелементи, зокрема залізо, вітаміни. Хвора повинна вживати м'ясо (телятина), печінку з мінімальною термічною обробкою, овочі та соки з них (морквяний, буряковий, сік з чорної редьки), фрукти (чорну смородину, гранат, абрикоси; у сушеному вигляді — курагу, урюк) та соки з них, ізюм, мед та маткове молочко, горіхи. Детальніше про гемостимулювальну терапію див. розділ «Консервативні методи лікування гінекологічних хворих». Якщо хворій призначені препарати заліза, медична сестра повинна пояснити їй, що слід суворо дотримуватись дозування, призначеного лікарем, оскільки ці препарати у вищих дозах не тільки не допоможуть швидше вилікувати анемію, а навпаки, зашкодять.

Для контролю крововтрати необхідно оглядати підкладні серветки, бо хвора не завжди правильно дає оцінку кількості втраченої крові, а це може призвести до діагностичної помилки та неадекватного лікування. Щодня контролюють рівень гемоглобіну та еритроцитів. За потреби вдаються до переливання крові.

Деонтологія. Лікування хворих на фіброміому переважно хірургічне, тому, якщо йдеться про оперативне втручання, хвору слід заздалегідь налаштувати на необхідність операції. Тут роль фельдшера, акушерки величезна, бо саме вона повинна поступово і щодня зміцнювати в пацієнтки думку, що тільки операція приведе до повного одужання. Часто жінки, особливо молоді, турбуються, чи не вплине видалення матки на її працездатність, чи не призведе втрата менструальної функції до передчасного старіння та зменшення її жіночої привабливості, чи не буде її чоловік після операції ставитися до неї як до «інваліда» в сексуальному плані. Проконсультувавшись з лікарем-куратором, акушерка повинна делікатно і тактовно спростовувати ці побоювання. Під час підготовки до операції необхідно розвіювати у хворої страх перед болем, який обов'язково турбує тією чи іншою мірою кожну жінку. Варто розповісти про наркоз, згадавши при цьому, що поширена думка про його нібито шкідливість хибна, про величезний досвід анестезіолога, який забезпечуватиме знеболювання під час операції, про те, що у нього вже багато років не було жодного ускладнення під час наркозу і таке інше.

Після операції акушерка, доглядаючи хвору (догляд детально описано у розділі «Оперативні методи лікування у гінекології»), повинна бути особливо чуйною та уважною, не відповідати на запитання на зразок: «А що у мене видалили? А чи це не рак?», посилаючись на те, що на ці запитання може дати відповідь тільки лікар. Повідомляти про об'єм оперативного втручання родичів хворої, її чоловіка абсолютно недопустимо. Це

може робити тільки лікар за попередньою домовленістю з хворою, враховуючи стосунки в сім'ї, результати гістологічного дослідження тощо. Часто жінки не хочуть, щоб чоловік знав про видалення матки, і вони мають цілковиту рацію; тоді лікар повинен інформувати родичів, що видалено тільки пухлину чи фіброматозний вузол. Медична сестра мусить підтримувати цю версію і бути уважною, щоб не сказати зайвого, бо родичі іноді вдаються до спроб «вивідати правду». Слід бути пильною до збереження професійної таємниці.

СИНЕХІЇ ВНУТРІШНЬОМАТКОВІ

Синехії внутрішньоматкові — спайковий процес у порожнині матки *(рис. 12.9, 12.10)*. Виникають після ретельного вишкрібання порожнини матки, особливо повторного. Часто є причиною безплідності і невиношування вагітності.

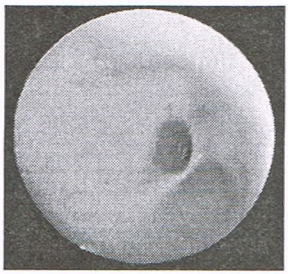


Рис. 12.9. Синехії в ділянці отвору маткової труби (гістероскопія)

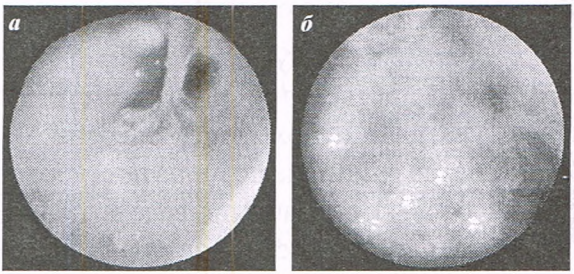


Рис. 12.10. Зрощення у порожнині матки (гістероскопія): а — до лікування; б — після гістероскопічного лікування

Діагностика ґрунтується на даних гістероскопії *(рис. 12.9, 12.10)*, гістерографії *(рис. 12.11)*, зондування порожнини матки.

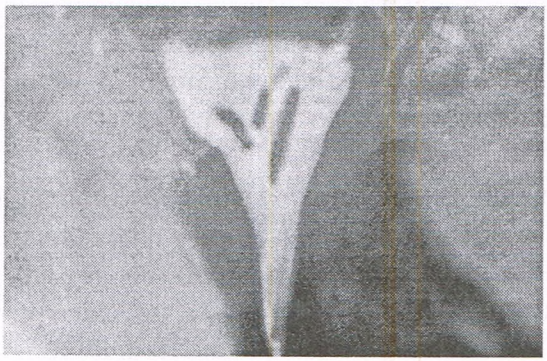


Рис. 12.11. Синехії в порожнині матки (гістеросальпінгографія)

Лікування хірургічне — ендоскопічна операція, що полягає у розтині зрощень.

ПЕРЕДРАКОВІ СТАНИ ЕНДОМЕТРІЯ

За міжнародною класифікацією (ВООЗ, 1982), до доброякісних (фонових) захворювань ендометрія належать такі:

- залозиста гіперплазія ендометрія;
- залозисто-кістозна гіперплазія ендометрія;
- поліпоз ендометрія.

До передракових станів належать:

- гіперплазія залоз із проліферацією клітин;
- аденоматоз та аденоматозні поліпи.

Залозисто-кістозна гіперплазія, якщо вона спостерігається в постменопаузі або неодноразово рецидивує у репродуктивному віці, теж належить до передракових станів *(рис. 12.12)*.

Залозиста та *залозисто-кістозна гіперплазія* ендометрія — це різні ступені того самого процесу. Різниця між ними полягає у наявності чи відсутності кіст у гіперплазованому ендометрії. Ознак атипії клітин при цих захворюваннях немає. Поліпоз утворюється в результаті прогресуючого розвитку гіперплазії.

Атипова гіперплазія (аденоматоз) *(рис. 12.13)* характеризується структурною перебудовою і більш інтенсивною проліферацією залоз, порівняно з іншими видами гіперплазії. Циліндричний епітелій залоз багатоядерний, утворює вирости в просвіт залоз, ядра збільшені, значна кількість патологічних мітозів. При вираженій формі аденоматозу залози щільно прилягають одна до одної, строма між ними майже відсутня, у багаторядному епітелії залоз відмічається поліморфізм. Деякі форми цієї патології мають схильність до малігнізації.

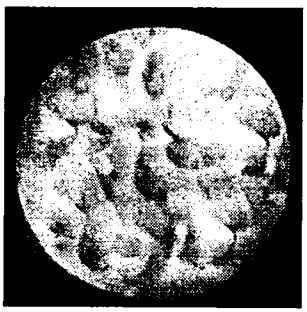


Рис. 12.12. Залозисто-кістозна гіперплазія ендометрія (гістероскопія)

Рис. 12.13. Атипова гіперплазія ендометрія (гістероскопія)

Етіологія. Причини виникнення гіперпластичних процесів — різноманітні гормональні порушення на рівні гіпоталамус-гіпофіз-яєчники. Гіперплазія ендометрія виникає на тлі ановуляції, при монофазних циклах, що супроводжуються абсолютною чи відносною гіперестрогенією. Часто гіперпластичні процеси виникають у хворих із гіперглікемією та ожирінням. У жінок з надмірною масою тіла естрогени (естрон) утворюються в жировій тканині з андрогенів (андростендіону). Це призводить до гіперестрогенемії, тому в худорлявих жінок ризик захворіти на естрогенозалежні захворювання удвічі нижчий.

До групи ризику виникнення гіперпластичних процесів також належать жінки із цукровим діабетом, пізнім початком менопаузи, жінки, що не народжували.

Клініка. Найчастіше передракові процеси виявляються ациклічними матковими кровотечами, які можуть бути як значними, так і мізерними, але тривалими. Частіше ці кровотечі виникають після затримки менструації від кількох тижнів до кількох місяців. Можливі й циклічні кровотечі, що виникають під час менструації і довго не закінчуються. Жінки репродуктивного віку скаржаться на безплідність, яка є наслідком ановуляції.

Діагностика. При бімануальному дослідженні відхилень від звичайних анатомічних станів, зазвичай, не знаходять. Лише при аденоматозі іноді визначають незначне збільшення матки.

При ультразвуковому дослідженні порожнини матки визначають товщину ендометрія, який на сканограмі виявляють як утворення з підвищеною ехогенністю в зоні М-ехо. При залозисто-кістозній гіперплазії ендометрія товщина М-ехо рідко перевищує 1 см, при аденоматозі — 2–3 см. Характерна наявність точкових включень, неоднорідність ендометрія. Для поліпа ендометрія характерні чіткі контури і чітка межа між утворенням у порожнині матки та її стінками.

Можна використовувати гістероскопію, що дає можливість оглянути порожнину матки, встановити локалізацію патологічного процесу *(рис. 12.14),* а також повноцінне вишкрібання. Використовується також гістерографія, що дає можливість виявити наявність та локалізацію поліпів *(рис. 12.15).*

Гістероскопічна картина залежить від характеру гіперплазії, віку хворої та фази менструального циклу. При дифузній гіперплазії ендометрій рожевого або червоного кольору, нерівномірно потовщений, на його поверхні — множинні складки та гребені. Поліпоподібна гіперплазія має вигляд локальних розростань слизової оболонки, судинна сітка більш виражена. Для аденоматозної гіперплазії характерна картина «танучого снігу», ендометрій нерівний, брудно-червоного кольору, при контакті легко кровоточить.

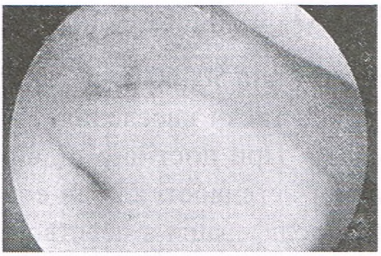


Рис. 12.14. Поліп ендометрія (гістероскопія)

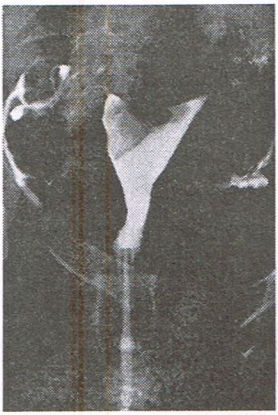


Рис. 12.15. Поліп ендометрія (гістеросальпінгографія)

Одним із методів діагностики є цитологічне дослідження мазків із порожнини матки, одержаних за допомогою шприца Брауна.

Основним у діагностиці слід вважати гістологічне дослідження зішкрібка ендометрія, одержаного при роздільному вишкрібанні слизової оболонки і цервікального каналу. Для залозисто-кістозної гіперплазії характерне збільшення кількості залоз, частина яких має вигляд кіст.

Лікування необхідно розпочати із вишкрібання слизової порожнини матки. Гістологічне підтвердження наявності гіперпластичного процесу є показанням до гормонотерапії. Оскільки при гіперпластичних процесах завжди є гіперестрогенемія, виправданою є терапія прогестинами, зокрема оксипрогестерону капронатом. У репродуктивному віці його призначають один раз на місяць на 12–14-й день протягом 5–6 циклів. У разі поліпозу слід вводити його двічі на місяць — на 12 і 19-й або 14 і 21-й день циклу. У менопаузальному періоді оксипрогестерону капронат вводять 1–2 рази на тиждень 5–6 місяців, потім дозу поступово знижують (удвічі кожні 2 місяці). У менопаузі можна використовувати андрогени (метилтестостерон, тестенат, сустанон-250). Показаннями до хірургічного лікування є відсутність ефекту від гормонотерапії, протипоказання до неї або непереносимість її.

Усі хворі з гіперпластичними процесами ендометрія повинні перебувати на диспансерному обліку протягом 5 років. Акушерка, фельдшер ФАП, лікарської амбулаторії повинні стежити за повнотою обстеження, а також забезпечувати регулярні контрольні огляди жінок, що перебувають на диспансерному обліку. Своєчасне лікування передракових станів ендометрія є головним чинником у профілактиці раку.

РАК ТІЛА МАТКИ

Рак тіла матки спостерігається переважно у віці 50–60 років. В Україні захворюваність становить 7,5 випадків на 100 тисяч населення. Рак тіла матки належить до гормонозалежних пухлин. При постійно підвищеній концентрації естрогенів у крові та збільшенні чутливості клітин ендометрія до них може виникнути його надмірна проліферація з перетворенням у ракову пухлину. Важливе значення мають імунний стан організму, вірусна інфекція, генетичні чинники. Він виникає у жінок з різноманітними порушеннями жирового та вуглеводного обміну, що зводяться до ожиріння та цукрового діабету, а також може бути на тлі фіброміоми матки *(рис. 12.16)*.

Рис. 12.16. Множинна фіброміома матки зі злоякісним переродженням

Існує й інший варіант раку — автономний (гормононезалежний), при якому ці порушення відсутні, або виражені нечітко.

При першому патогенетичному варіанті захворювання виникає на фоні гіперпластичних процесів у ендометрії, супроводжується гіперплазією текатканини яєчників. Для другого варіанта характерний фіброз строми яєчників та атрофія ендометрія.

При розвитку раку за першим типом пухлина високодиференційована, має ряд ознак, що характерні для вихідної тканини, не втрачає гормональної залежності. Другий варіант раку — це зазвичай пухлини зі зниженою диференціацією.

Високодиференційовані форми раку, які виникають на тлі гіперпластичних процесів ендометрія та ендокринно-обмінних порушень, ростуть і поширюються повільно, у них відмічається висока чутливість до прогестагенів, невисока потенція до лімфогенного метастазування і більш сприятливий прогноз.

За морфологічними ознаками розрізняють аденокарциному, аденоакантому, світлоклітинну мезонефроїдну аденокарциному, залозисто-плоскоклітинний, недиференційований рак.

Згідно з класифікацією ВООЗ, аденокарциноми поділяють на *високодиференційовані, помірнодиференційовані,* в тому числі *залозисто-солідний рак,* і *низькодиференційовані.*

Ракова пухлина виникає спочатку в ділянці дна та трубних кутів, а в міру росту стає важко визначити її первинне розташування. Характер росту пухлини переважно екзофітний, іноді розростання мають вигляд поліпів. Ендофітна форма раку буває скоріше як виняток, зрідка трапляється виразково-інфільтративна форма.

Для клінічного перебігу пухлини має значення глибина інвазії. У 8% хворих вона відсутня. Такі пухлини можуть бути видалені при вишкрібанні, і тоді при дослідженні препарата видаленої матки раку не знаходять.

Метастазування раку іде переважно лімфогенним, іноді гематогенним шляхом (легені, печінка, мозок, кістки). Метастазують частіше пухлини з низькою диференціацією у випадку глибокого проростання у міометрій — це переважно пухлини, що належать до II типу, у хворих без виражених порушень метаболізму жирів та вуглеводів.

Вражаються спочатку лімфовузли зовнішньої здухвинної, загальної здухвинної та аортальної груп. Пахові та надключичні вузли уражаються лише у задавнених випадках. Гематогенний шлях метастазування спостерігається у 10% хворих (у легені, печінку, мозок, кістки). Лімфогематогенні та імплантаційні метастази спостерігаються у стінці вагіни.

Клініка. Безсимптомний рак матки діагностують рідко. Найчастіше хворі репродуктивного віку скаржаться на ациклічні маткові кровотечі (метрорагії). У жінок у менопаузі відзначаються кров'янисті чи водянисті виділення — лімфорея. Пізніше виділення набувають вигляду м'ясних помиїв та іхорозного запаху. Біль є більш пізнім симптомом. Спершу він може бути результатом накопичення виділень у порожнині матки, іноді приєднується інфікування, і тоді він переймоподібний. Пізніше біль тупий, ниючий, він обумовлений втягненням у процес маткової очеревини, суміжних органів або є наслідком стиснення інфільтратом нервових сплетень. У разі проростання в сусідні органи можуть з'являтись відповідні симптоми: поява слизу та крові у фекаліях, тенезми, копростаз — при ураженнях прямої кишки, гематурія — при проростанні у сечовий міхур, гідронефроз — при перетисканні сечоводів. Розрізняють ***три варіанти клінічного перебігу раку.***

Повільний, відносно сприятливий клінічний перебіг. Ця форма спостерігається у хворих з вираженою гіперестрогенією і порушенням ліпідно-вуглеводного обміну. У симптоматиці переважають тривалі маткові крово-

течі, зумовлені гіперпластичними процесами. Лімфогенні метастази відсутні. Гістологічно це високодиференційований рак із поверхневою інвазією в міометрій.

Несприятливий клінічний перебіг. Ендокринно-обмінні порушення в таких хворих зазвичай відсутні або незначно виражені. Тривалість захворювання невелика. Пухлина глибоко вростає в міометрій, поширюється на шийку, спостерігається інфільтрація параметріїв, метастазування у вагіну. Диференціація пухлини знижена.

Гострий, вкрай несприятливий перебіг. Характеризується поєднанням несприятливих факторів — глибоке проростання пухлини, метастази у лімфовузли, у парієтальну очеревину. Можливий «оваріальний» тип метастазування. У цьому випадку виникають метастази у великому сальнику, асцит.

Скарги на біль з'являються тільки у випадках задавненої хвороби.

Діагностика ґрунтується на даних анамнезу, клінічної картини, гінекологічного дослідження. Додаткові методи обстеження використовують у такій послідовності: ультразвукове *(рис. 12.17)*, цитологічне дослідження аспірату з порожнини матки, гістероскопія *(рис. 12.18)*, гістерографія *(рис. 12.19 а, б)*, роздільне вишкрібання слизової оболонки тіла і шийки матки з наступним гістологічним дослідженням.

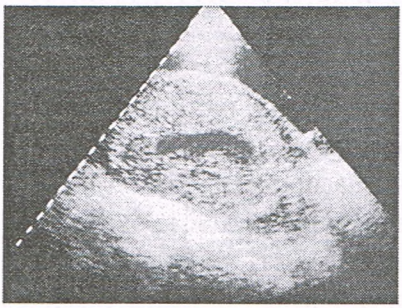


Рис. 12.17. Рак тіла матки (УЗД)

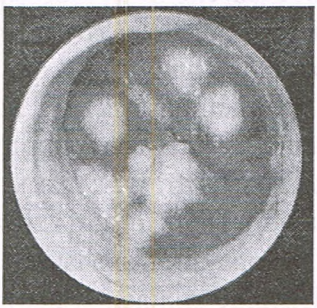


Рис. 12.18. Рак ендометрія у хворої в менопаузі (гістероскопія)

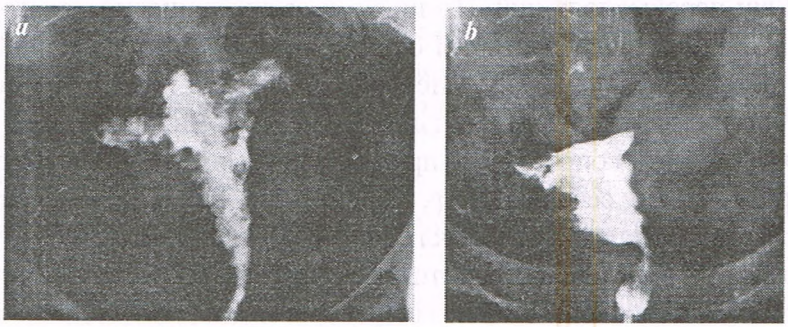


Рис. 12.19. Рак тіла матки (а, б). (гістеросальпінгографія)

В анамнезі важливо звертати увагу на тривалість репродуктивного періоду, порушення менструальної функції, особливо наявність ациклічних маткових кровотеч, особливості перебігу клімаксу і менопаузи. Велике значення має виявлення порушень жирового та вуглеводного обмінів.

Для *цитологічного* дослідження використовують аспірат з порожнини матки. Чутливість цього методу досить висока — близько 90%.

Гістероцервікографія чи *гістероскопія* дає можливість виявити локалізацію пухлини, поширеність ураження *(рис. 12.18).*

Поєднання гістерографії та газової пельвіографії — оптимальний метод для визначення глибини проникнення ракової пухлини — проростання її у міометрій та за межі матки. У поєднанні з клінічними та морфологічними даними ці методи діагностики допомагають індивідуалізовано планувати лікування.

Після *гістероцервікографії* проводять прицільну біопсію, виявляють особливості гістологічної структури та ступінь диференціювання пухлини.

Проводиться *фракційне (роздільне) вишкрібання ендометрія та слизової оболонки цервікального каналу.* Для виключення метастазів використовують ультразвукове дослідження органів малого таза.

Класифікація раку за стадіями

Таблиця 12.1

Стадія	(Т) Вузол	(N) Лімфовузли	(М) Метастази
0	T1S (преінвазивна карцинома)	N0	M0
IA	T1A (порожнина матки до 8 см завдовжки)	N0	M0
IБ	T1A (порожнина матки має понад 8 см завдовжки)	N0	M0
II	T2 (пухлина поширюється на шийку, але не за межі матки)	N0	M0
III	T1-T3 (пухлина поширюється за межі матки,але не виходить за межі) малого таза	N1 (метастази в регіонарних лімфа-- тичних вузлах)	M0
IVA	T4 (пухлина поширюється на суміжні органи)	Будь-яке N	MO
IVB	Будь-яке Т (наявні віддалені метастази)	Будь-яке N	M1

Досліджують стан суміжних органів (цистостоскопія, хромоцистоскопія, екскреторна урографія, ректороманоскопія, колоноскопія), наявність віддалених метастазів (рентгенографія грудної клітки, кісток). Завершують поглиблене обстеження хворих радіоізотопною лімфографією, за допомогою якої можна виявити метастазування в лімфовузли. Цей метод, у поєднанні з гістероцервікографією, дає можливість визначити ступінь поширення процесу. Обстеження бажано проводити саме в такій послідовності.

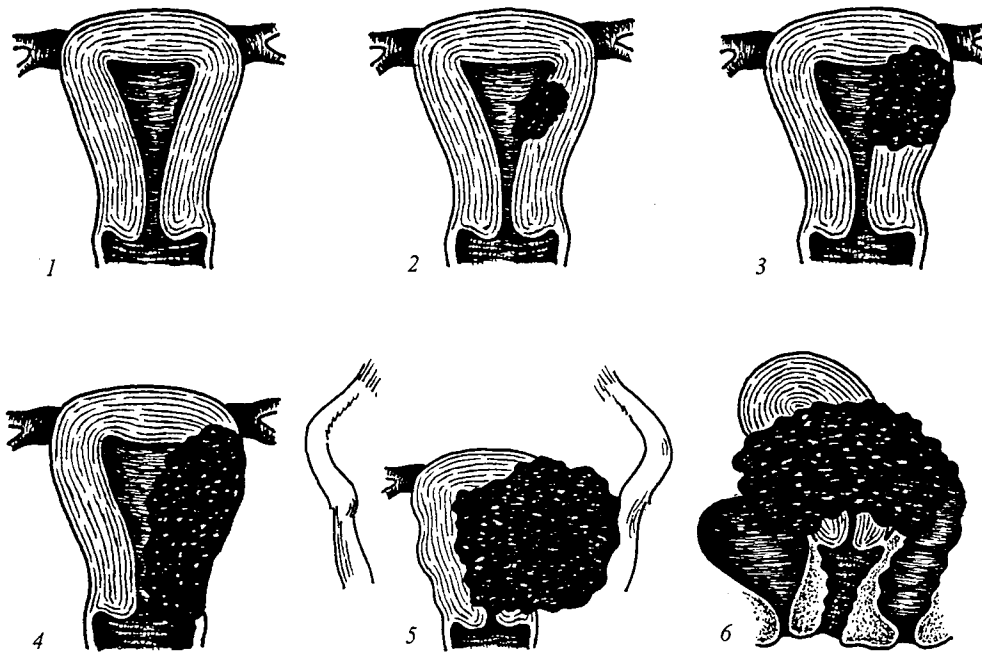


Рис. 12.20. Рак тіла матки
(схема поширення процесу)

1 — T1S 4 — T3
2 — T1a 5 — T4
3 — T2 6 — T4

Лікування. Використовують хірургічне, комбіноване, поєднано-променеве та гормональне лікування.

Прогноз. Лише близько 70 % хворих живуть понад 5 років; серед тих, хто отримував хірургічне і комбіноване лікування, виживання понад 5 років — у 84 %.

Профілактика. Своєчасне лікування гіперпластичних процесів ендометрія та порушень менструального циклу.

САРКОМА МАТКИ

Усі неепітеліальні злоякісні пухлини належать до сарком.

Фактором ризику розвитку саркоми є наявність фіброміоми у пре- та постменопаузі, особливо при швидкому її рості. Розрізняють чотири основних гістотипи саркоми матки:

- лейоміосаркома (виділяється лейоміосаркома в міомі);
- ендометріальна стромальна саркома;
- карциносаркома (змішана гомологічна мезодермальна пухлина);
- змішана (гетерологічна) мезодермальна пухлина;
- інші види сарком.

Клініка саркоми. Провідним симптомом саркоми є маткові кровотечі різної тривалості. При швидкому рості пухлини виникає больовий синдром. Загальна слабкість, схуднення, тривала субфебрильна температура, анемія, що не пов'язана із матковими кровотечами, — ознаки задавненої пухлини.

Метастазування. Саркоми можуть метастазувати гематогенним і лімфогенним шляхом або проростати в суміжні органи. Міосаркоми в міомі ростуть повільно і метастазують пізніше. Для них характерне гематогенне метастазування в легені, печінку, вагіну, кістки. У пізніх стадіях спостерігається широка лімфогенна дисемінація всіх форм сарком. При ураженні парієтальної очеревини і сальника спостерігається асцит.

Діагностика. Саркома найчастіше є знахідкою у видалених під час операції пухлинах *(рис. 12.21)*. До операції діагноз може бути встановлений на основі дослідження фрагментів тканин, що відторглись від пухлини, зішкрібка слизової оболонки матки, цитологічного дослідження вмісту порожнини матки при саркомах ендометрія, лейоміосаркомах, що пророс-

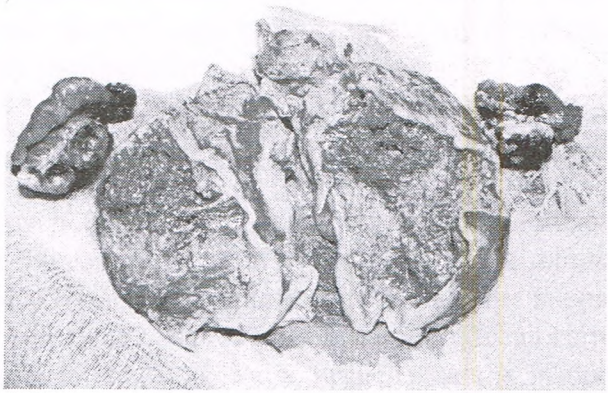


Рис. 12.21. Саркома матки

тають у порожнину матки, а також при змішаних мезодермальних пухлинах при карциносаркомі. Застосовують гістерографію чи гістероцервікографію. Гістероцервікографія має досить високу діагностичну цінність не лише для встановлення діагнозу, а й для уточнення локалізації пухлини, її величини, а також стану цервікального каналу.

При всіх типах сарком обов'язковим є дослідження сусідніх органів (хромоцистоскопія, екскреторна урографія, радіоізотопна ренографія, ректороманоскопія, колоноскопія, рентгенологічне дослідження шлунка та товстої кишки).

З метою виявлення віддалених метастазів необхідна рентгенографія грудної клітки, а також сканування печінки та кісток.

Лікування. Виключно злоякісний перебіг саркоми, швидкі темпи прогресування, схильність до частого виникнення рецидивів вимагає застосування радикального хірургічного лікування, доповненого променевими методами. У план лікування необхідно включати хіміотерапію з розрахунку, що на момент лікування вже можуть бути невиявлені метастази. Використовують адріоміцин та карміноміцин.

Лікування завжди розпочинають з операції. Операцією вибору є розширена екстирпація матки з придатками, резекція сальника. При переході пухлини на шийку матки виконують операцію Вертгайма. У післяопераційному періоді проводять хіміо- та променеву терапію.

Перелік контрольних питань:

- міома матки;
- ускладнення міоми матки;
- синехії внутрішньоматкові;
- передракові стани ендометрія;
- рак тіла матки;
- саркома матки.

ДОБРОЯКІСНІ ТА ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ЯЄЧНИКІВ

Пухлини яєчників трапляються досить часто. Своєчасна діагностика злоякісних пухлин утруднена, тому нерідко їх виявляють у задавнених формах (від 50 до 85%).

Згідно з теорією патогенезу пухлин яєчників, головна роль у їх виникненні належить гонадотропній гіперстимуляції яєчників. Ця теорія прийнята як робоча гіпотеза. Вона використовується для патогенетичного підходу до діагностики та лікування злоякісних пухлин яєчників.

Існують групи ризику виникнення злоякісних пухлин яєчників. До них належать:

- жінки з порушенням функції яєчників;
- жінки з кровотечами в постменопаузі при відсутності змін у матці;
- жінки, що перебувають під тривалим диспансерним спостереженням з приводу безсимптомної фіброміоми матки, хронічних запальних процесів придатків матки, доброякісних пухлин яєчників;
- жінки, що раніше були оперовані у пре- чи постменопаузі із залишенням (чи резекцією) одного чи обох яєчників.

Усі пухлини яєчників можна розділити на дві основні групи:

- небластоматозні непроліферативні пухлини (кісти яєчників);
- бластоматозні проліферативні пухлини (кістоми яєчників).

Клінічні прояви пухлин яєчника різноманітні і нерідко невизначені. Вони, зазвичай, залежать від типу та характеру пухлини, а при злоякісних пухлинах і від поширеності процесу.

КЛАСИФІКАЦІЯ ПУХЛИН ЯЄЧНИКІВ

Відрізнити доброякісну пухлину від злоякісної можна за гістологічними ознаками. Гістологічний тип пухлин яєчників є одним з основних прогностичних факторів, що впливають на виживання хворих.

Експертами ВООЗ у 1977 році була розроблена гістологічна класифікація пухлин яєчників, у якій відображена така їх різноманітність, яка не трапляється у жодному іншому органі:

1. Епітеліальні пухлини: а) серозні; б) муцинозні; в) ендометріоїдні пухлини; г) світлоклітинні (мезонефроїдні); ґ) пухлини Бреннера; д) змішані епітеліальні пухлини; е) недиференційована карцинома; є) епітеліальні пухлини, що не піддаються класифікації. У кожній із цих груп пухлин розрізняють *доброякісні, граничні та злоякісні.*

2. Пухлини строми статевого тяжа: а) гранульозостромальноклітинні пухлини; б) андробластома; в) гінандробластома; г) пухлини строми статевого тяжа, що не піддаються класифікації.

3. Ліпідноклітинні (ліпоїдноклітинні) пухлини.

4. Герміногенні пухлини: а) дисгермінома; б) пухлина ендодермального синуса; в) ембріональна карцинома; г) поліембріома; ґ) хоріонепітеліома; д) тератома; е) змішані герміногенні пухлини.

5. Гонадобластома: а) власне бластома (без домішок інших форм); б) змішана з дисгерміномою та іншими формами герміногенних пухлин.

6. Пухлини м'яких тканин, не специфічні для яєчників.

6. Пухлини, що не піддаються класифікації.

8. Вторинні (метастатичні) пухлини.

9. Пухлиноподібні процеси: а) лютеома вагітності; б) гіперплазія строми яєчника і гіпертекоз; в) масивний набряк яєчника; г) поодинока фолікулярна кіста і кіста жовтого тіла; ґ) множинні лютеїнізовані фолікулярні кісти і (чи) кісти жовтого тіла; д) множинні фолікулярні кісти (полікістозні яєчники); е) ендометріоз; є) поверхневі епітеліальні кісти-включення (герміальні кісти-включення); ж) прості кісти; з) запальні процеси; и) параоваріальні кісти.

НЕБЛАСТОМАТОЗНІ НЕПРОЛІФЕРАТИВНІ ПУХЛИНИ ЯЄЧНИКІВ (кісти яєчників)

Кіста яєчника — це порожнина, виповнена рідким вмістом, яка виникає в результаті затримки та надмірної секреції рідини. Найчастіше кісти локалізуються в яєчнику (кіста жовтого тіла, фолікулярна кіста яєчника, лютеїнові кісти, дермоїдна кіста) та у придатку, розташованому над ним (параоваріальна кіста).

Кіста яєчника фолікулярна

Кіста яєчника фолікулярна — однокамерний тонкостінний пухлиноподібний утвір тугоеластичної консистенції з прозорим вмістом, який виникає внаслідок скупчення рідини в кістозноатрезуючому фолікулі. Може

виникати в будь-якому віці, частіше — внаслідок перенесеного запального процесу. У такому утворі відсутній справжній бластоматозний процес, оболонка кісти не являє собою новоутвореної тканини, це надмірно розтягнена оболонка фолікула. Зазвичай кіста буває невеликих розмірів. Її діаметр не перевищує 10 см. Росте в бік черевної порожнини.

Клініка. Основний симптом — біль унизу живота, рідше — порушення менструального циклу у вигляді гіпер- чи поліменореї або маткова кровотеча в результаті гіперпродукції естрогенів, яка призводить до гіперплазії ендометрія. У деяких випадках може перекручуватись ніжка кісти — тоді з'являються ознаки гострого живота. Кіста визначається збоку чи спереду від матки. Вона щільноеластичної консистенції, малоболюча при пальпації, її діаметр не перевищує 10 см. Нерідко супроводжується запальним процесом у ділянці придатків матки. Проте частіше перебіг фолікулярної кісти безсимптомний, і тоді її виявляють при онкопрофоглядах.

Лікування. Спостереження протягом 2–3 менструальних циклів. Якщо пухлиноподібний утвір не розсмоктується, то рекомендовано хірургічну операцію — резекцію чи видалення яєчників. Це необхідно, оскільки до операції важко диференціювати кісту від серозної кістоми яєчника. У жінок клімактеричного періоду та в постменопаузі виконують операцію видалення придатків та матки.

Після операції додаткову терапію не проводять.

Кіста жовтого тіла

Трапляється відносно рідко (2–5% всіх пухлин яєчників).

Кіста жовтого тіла — це ретенційний утвір діаметром до 8 см, наповнений рідиною жовтого кольору, інколи з домішками крові. Стінки кісти товсті. Пухлина найчастіше однобічна, трапляється в жінок віком від 16 до 55 років.

Клініка. Основна скарга — біль унизу живота у зв'язку із супровідним запальним процесом у придатках матки. Відсутні специфічні клінічні ознаки. Бувають ускладнення — крововилив у порожнину кісти. Кіста жовтого тіла частіше пальпується збоку від матки, має нерівномірну консистенцію. Нерідко виникає під час вагітності, після переривання якої швидко розсмоктується.

Лікування. При підозрі на кісту жовтого тіла слід провести спостереження протягом 2–3 менструальних циклів, оскільки вона може розсмоктатися. Якщо цього не трапилося, то слід здійснити оперативне втручання, позаяк до операції неможливо виключити наявність справжньої пухлини яєчника.

Текалютеїнові кісти

Текалютеїнові кісти також належать до ретенційних кіст яєчників. Ці кісти частіше двобічні. Їх розміри можуть коливатись від величини апельсина до голівки новонародженого. Вони виникають при вагітності, міхуровому занеску чи хоріонепітеліомі, досить швидко ростуть. Кісти можуть самостійно розсмоктуватись у результаті лікування основного захворювання — міхурового занеска або хоріонепітеліоми матки.

Параоваріальна кіста

Кіста параоваріальна — ретенційний однокамерний утвір між листками широкої зв'язки матки, який походить із розташованого над яєчником придатка. Виникає в основному у віці 20–40 років. Це пояснюється тим, що саме у репродуктивному віці придаток досягає найбільшого розвитку, у жінок старшого віку він піддається атрофії. Параоваріальна кіста у дитячому віці трапляється дуже рідко. Вона має щільноеластичну консистенцію, гладеньку поверхню, округлу чи овальну форму, наповнена прозорим рідким вмістом. Кісти можуть бути як маленькими, так і гігантськими, частіше діаметр їх становить 8–10 см. Стінка тонка, прозора, із судинною мережею *(рис. 13.1)*.

Рис. 13.1. Параоваріальна кіста

Клініка. Біль унизу живота, у попереку. При великих розмірах пухлини наявні симптоми стиснення сусідніх органів. При перекруті ніжки параоваріальної кісти розвивається клінічна картина гострого живота. При вагінальному дослідженні збоку від матки пальпують пухлиноподібний

утвір з гладенькою поверхнею, еластичної консистенції, неболючий, з обмеженою рухомістю.

Лікування хірургічне — видалення кісти (бажано зберегти яєчник). В окремих випадках можна проводити прицільну пункцію кісти з відсмоктуванням серозного вмісту. Вважаємо за доцільне підкреслити, що ретенційні кісти зустрічаються в основному у жінок молодого віку. З великою обережністю такий діагноз можна ставити жінкам у клімактеричному періоді, після виключення справжньої пухлини яєчника.

Диспансерне спостереження. Хворі з діагнозом кісти яєчника повинні перебувати на диспансерному обліку. Акушерка, фельдшер ФАП, жіночої консультації повинні стежити за вчасною їх явкою на прийом, при потребі — викликати жінок телефоном або листом, запис про виклик робити у карті диспансерного спостереження. Контроль за величиною пухлини здійснюється за допомогою ультразвукового дослідження. Ретенційні кісти невеликих розмірів можуть розсмоктуватись під впливом протизапальної терапії, тому допустимо лікувати їх консервативно до 4–6 тижнів. Необхідно пам'ятати, що своєчасна діагностика і лікування ретенційних кіст у кінцевому результаті є профілактикою раку яєчника. Справжня пухлина яєчника виявляється у кожної третьої-четвертої хворої жінки з діагнозом ретенційної кісти. Тому доцільно вчасно ставити питання про оперативне лікування.

БЛАСТОМАТОЗНІ ПРОЛІФЕРАТИВНІ ПУХЛИНИ ЯЄЧНИКІВ
(кістоми яєчників)

Кістома яєчника серозна (циліоепітеліальна)

Кістома яєчника серозна (циліоепітеліальна) *(рис. 13.2)* — справжня доброякісна епітеліальна пухлина яєчника, яка частіше буває однокамерною, однобічною, може досягати великих розмірів. Містить серозну рідину жовтосолом'яного кольору. Ріст пухлини спричиняє збільшення розмірів живота, порушення функції сусідніх органів. Типової клініки немає. Іноді хвору може турбувати тупий біль унизу живота, у попереку. Менструальний цикл не порушується. При перекруті ніжки кістоми виникають явища гострого живота. Найчастіше кістому виявляють при онкопрофогляді.

При бімануальному дослідженні збоку або позаду матки визначають щільноеластичну неболючу пухлину, з гладенькою поверхнею, переважно однобічну. Пухлина рухома, неболюча.

Для діагностики використовують ультразвукове дослідження, лапароскопію *(рис. 13.2)*.

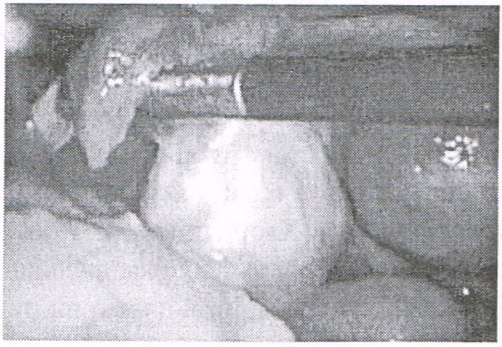


Рис. 13.2. Серозна кістома яєчника (лапароскопія)

Лікування — оперативне. Об'єм операції залежить від віку — у молодому віці видаляють придатки на ураженому боці і роблять субтотальну резекцію другого яєчника. Після 40-річного віку видаляють і другий яєчник.

Кістоми яєчника папілярні

Кістоми яєчника папілярні бувають інвертуючими (сосочки ростуть всередину капсули кістоми) *(рис. 13.3)* та евертуючими (сосочки розміщуються на зовнішній поверхні капсули, при цьому пухлина часто набуває вигляду цвітної капусти), а також змішані, коли сосочки розміщуються на зовнішній та внутрішній поверхнях капсули. При злоякісному переродженні сосочки переходять на очеревину. Ці пухлини багатокамерні, рідко досягають великих розмірів, мають коротку ніжку. Вони можуть розміщуватись інтралігаментарно. Вміст кістоми серозний, іноді серозно-кров'янистий. Наявність пухлини може супроводжуватися асцитом.

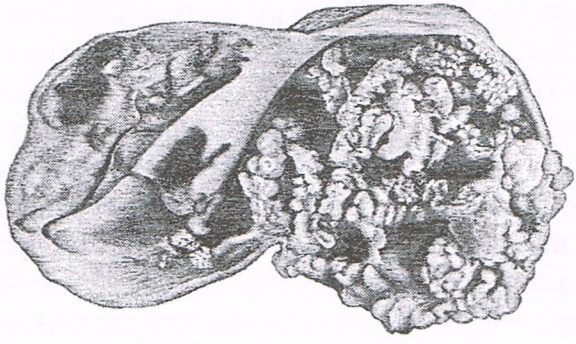


Рис.13.3. Папілярна кістома яєчника

Типової клініки кістома не має, частіше її знаходять при профоглядах. Діагностика базується на результатах бімануального дослідження та додаткових методів — УЗД та лапароскопії.

При бімануальному дослідженні поряд з маткою визначають малорухомий горбкуватий утвір, неболючий. Нерідко через близьке розміщення до матки кістому приймають за субсерозний фіброматозний утвір.

Папілярна кістома нерідко перероджується у рак.

Лікування хірургічне. Об'єм оперативного втручання такий самий, як і при серозних кістомах.

Кістома яєчника муцинозна (псевдомуцинозна)

Кістома яєчника муцинозна (псевдомуцинозна) — епітеліальна доброякісна пухлина, яку спостерігають у жінок різних вікових груп. Може досягати великих розмірів, іноді багатокамерна, круглої або овальної форми. Порожнина кістоми виповнена густим слизоподібним вмістом (псевдомуцином) — густою, желеподібною опалесціюючою рідиною жовтуватого, коричневого або блідо-зеленого кольору *(рис. 13.4)*.

Рис.13.4. Псевдомуцинозна кістома в розрізі

Клініка. Спочатку псевдомуцинозна кістома розвивається безсимптомно, навіть досягаючи великих розмірів. Лише при інтралігаментарному розміщенні хвору починає турбувати біль, важкість унизу живота і в попереку. Симптоми порушення функції сусідніх органів виникають лише при дуже

великих розмірах кістоми, але завдяки профоглядам пухлину виявляють раніше, ніж вона досягне таких розмірів. Асцит виникає рідко. При бімануальному дослідженні у ділянці придатків матки виявляють утвір еластичної консистенції з вузлуватою поверхнею. Для діагностики використовують ультразвукове дослідження і лапароскопію.

Лікування полягає у видаленні придатків матки, після 45 років проводять ампутацію матки, а при супровідній патології шийки — екстирпацію матки з придатками.

Псевдоміксома

Псевдоміксома — різновид псевдомуцинозної кістоми, що рідко зустрічається. Пухлина багатокамерна, тонкостінна, може розриватись спонтанно або при гінекологічному огляді. Клейка, желеподібна маса, що заповнює кістому, виливаючись у черевну порожнину, не всмоктується. Покриваючи всю очеревину, вона підтримує стан хронічного запалення, і тому хворих нерідко турбує біль. Циліндричний епітелій, що потрапляє у черевну порожнину разом із вмістом кісти, може імплантуватись у будь-якій ділянці вісцеральної та парієтальної очеревини і, розростаючись, продукувати желеподібну масу.

Клініка. При псевдоміксомах хвору можуть турбувати болі в животі (якщо відбулось попадання желеподібних мас у черевну порожнину). Іноді може спостерігатися здуття живота. Пальпація живота болюча.

При гінекологічному дослідженні біля матки пальпують пухлиноподібний утвір, нерідко великих розмірів, еластичної консистенції. Діагноз уточнюють під час операції.

Лікування — оперативне. Виходячи з того, що ці пухлини тонкостінні і під час операції нерідко желеподібні маси попадають у черевну порожнину, у післяопераційному періоді необхідно призначати хіміотерапію.

Фіброма яєчника

Фіброма яєчника — доброякісна пухлина, яка розвивається зі строми яєчника. Має круглу або овальну форму, щільна, однобічна, може досягати розміру голови людини, виникає у жінок віком від 40 до 50 років. Може перебігати безсимптомно або з асцитом, зрідка приєднуються гідроторакс і анемія (синдром Мейгса).

Лікування оперативне — видалення пухлини.

ОСОБЛИВІ ФОРМИ ПУХЛИН ЯЄЧНИКІВ

Андробластома (аренобластома)

Андробластома (аренобластома) — пухлина, що виробляє тестостерон і має маскулінізуючі властивості. Спостерігається рідко, перебіг часто злоякісний. Пухлина частіше однобічна, гладенька або з горбистою поверхнею, невеликих розмірів, на ніжці, рухома.

Клініка. Характерними ознаками є атрофія молочних залоз, матки, зовнішніх статевих органів. Спостерігається гіпоплазія матки та іншого яєчника, атрофія ендометрія. Виникає аменорея. Одночасно будова тіла стає подібною до чоловічої, з'являється волосся на обличчі, грудях, кінцівках, голос стає грубим. Можливе поєднання симптомів маскулінізації та гіперестрогенізації.

Діагностика. Важливу роль відіграють ультразвукове дослідження, лапароскопія, біопсія яєчника.

Лікування хірургічне (видалення пухлини).

Прогноз у більшості випадків сприятливий.

Текома (текаклітинна пухлина)

Текома (текаклітинна пухлина) належить до естрогенпродукуючих пухлин, частіше доброякісна. Розвивається у різні вікові періоди, проте частіше після 40 років і пізніше; однобічна, круглої або овальної форми. Розміри її можуть бути різними — від невеликих до величини голівки новонародженого. У дівчаток спостерігається передчасне статеве дозрівання, у дорослих — пізнє згасання менструальної функції. У жінок репродуктивного віку порушується менструальна функція, нерідко буває безплідність, невиношування вагітності. У менопаузі можуть виникати маткові кровотечі, збільшується матка, молочні залози, посилюється лібідо. Асцит виникає як при доброякісному, так і при злоякісному перебігу захворювання. Злоякісна текома частіше розвивається у молодому віці.

Діагностика ґрунтується на клінічній картині, бімануальному виявленні пухлини яєчника і збільшенні матки, а також на даних ультразвукового дослідження, лапаро-, гістероскопії.

Лікування оперативне.

Прогноз при доброякісному перебігу сприятливий, при злоякісному — сумнівний.

Фолікулома

Фолікулома — гормонально активна пухлина, що продукує естрогени. Розміри її — від мікроскопічних включень до 40 см в діаметрі, колір жовтий. Фолікулома буває як доброякісною, так і злоякісною. Пухлина майже завжди однобічна, з нерівною, горбистою поверхнею, нерівномірною консистенцією. Трапляється в будь-якому віці, але найчастіше — після 40 років. Відносно часто фолікулому супроводжують фіброміома та рак тіла матки.

Клініка. Прояви залежать від ступеня гіперестрогенії і віку жінки. У дівчаток спостерігається передчасне статеве дозрівання: поява оволосіння на лобку і в пахвових западинах, збільшення молочних залоз. У жінок дітородного віку спочатку виникає аменорея, пізніше з'являються ациклічні кровотечі, в постменопаузі — маткові кровотечі. Поєднання фемінізуючого синдрому з безплідністю та порушенням менструальної функції свідчить про наявність гормонопродукуючої пухлини.

Діагностика. Діагноз підтверджують даними ультразвукового дослідження, лапароскопії, гістологічного дослідження біоптату.

Лікування хірургічне. При злоякісній гранульозоклітинній пухлині видаляють матку з придатками і проводять резекцію сальника. Хіміотерапію призначають при III і IV стадіях ракового процесу.

Кіста дермоїдна

Кіста дермоїдна — доброякісна пухлина, яка може розвинутися в жінки будь-якого віку. Вона розміщується спереду від матки, має порівняно невеликі розміри, гладеньку блискучу поверхню, довгу ніжку, переважно двобічна. На розрізі кіста являє собою тонкостінний утвір, виповнений жировим вмістом, може містити волосся, кісткові утвори, зачатки зубів *(рис. 13.5)*. Пух-

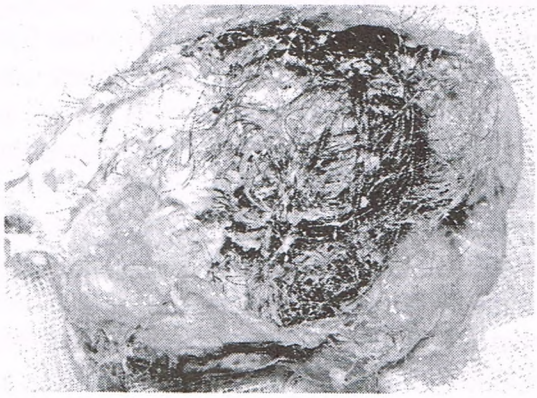


Рис.13.5. Кіста дермоїдна у розрізі

лина росте, як правило, повільно, без жодних симптомів. Її зазвичай знаходять під час профілактичних оглядів.

Клініка. Новоутворення невеликих розмірів, перебігає безсимптомно. При великих пухлинах виникає біль, відчуття важкості внизу живота. При бімануальному дослідженні в ділянці придатків, спереду від матки, визначають пухлину нерівномірної щільності. Для діагностики використовують ультразвукове дослідження, лапароскопію.

Лікування хірургічне — видалення кісти.

Прогноз сприятливий. Злоякісне переродження трапляється в 0,4–1,7% хворих.

Пухлина Бреннера

Пухлина трапляється рідко, переважно у віці понад 50 років. Вона має доброякісний перебіг. Частіше пухлина однобічна, за формою, величиною та консистенцією нагадує фіброму. Гістологічно являє собою поєднання сполучнотканинних та епітеліальних елементів.

Клініка. Нерідко виявляються симптоми, характерні для гормонопродукуючих пухлин, — порушення менструального циклу, явища гіперестрогенізації чи маскулінізації.

Для діагностики використовують бімануальне дослідження, УЗД, лапароскопію. Уточнюють діагноз після гістологічного дослідження.

Лікування хірургічне — видалення пухлини.

ДІАГНОСТИКА ДОБРОЯКІСНИХ ПУХЛИН ЯЄЧНИКІВ

Використовують огляд та пальпацію живота, бімануальне дослідження. Диференціальну діагностику необхідно проводити із фіброміомою матки *(рис. 13.6),* ендометріозом, запальною тубооваріальною пухлиною, «блука-

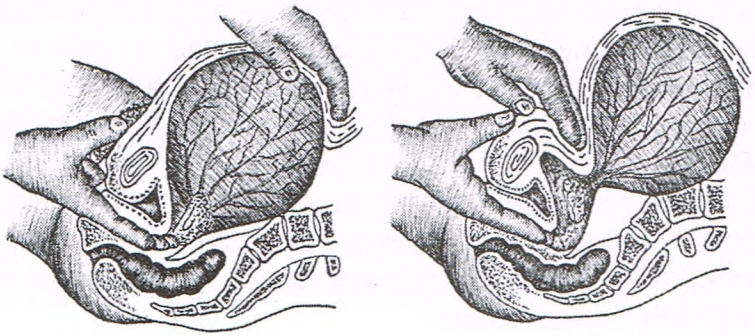


Рис.13.6. Кістома яєчника
Визначення відношення пухлини до матки чи придатків бімануальним дослідженням за Вейблом

ючою» ниркою. Для цього використовують додаткові методи дослідження: пробу з кульовими щипцями, зондування матки, кульдоскопію, цистоскопію, урографію, оглядову рентгенографію, ультразвукове дослідження, лапароскопію. Іноді вдаються до діагностичної пункції пухлини із цитодіагностичним дослідженням пунктату.

Таким чином, доброякісні пухлини мають деякі спільні особливості клінічного перебігу, а саме:

- тривалий час вони безсимптомні, ростуть як правило, у напрямку черевної порожнини. Болі з'являються переважно в тому випадку, коли пухлина росте інтралігаментарно;.
- у більшості випадків кісти та кістоми рухомі. Ця рухомість зумовлена наявністю ніжки. Розрізняють анатомічну та хірургічну ніжки. У поняття *анатомічної ніжки* входять лійково-тазова зв'язка, власна зв'язка яєчника, брижа яєчника, тобто ті утвори, якими яєчник утримується в тазі. *Хірургічна ніжка,* крім цих утворів, включає в себе ще розпластану на пухлині трубу з її судинами і нервами. При видаленні пухлини затискачі накладають на хірургічну ніжку;
- у міру росту пухлин можуть з'являтись ознаки стиснення сусідніх органів;
- пухлини пальпують, зазвичай, збоку від матки, зміщуючи її у протилежний бік.

Ускладнення кіст і кістом яєчників

Злоякісне переродження. Найчастіше спостерігається при циліоепітеліальних та папілярних пухлинах, рідше — при муцинозних, і зовсім рідко — при дермоїдних кістах яєчників. Момент виникнення злоякісного переродження виявити важко, тому необхідно якомога раніше видалити пухлину.

Перекручення ніжки пухлини. Виникають некроз і перитоніт з різким болем унизу живота, підвищенням температури тіла, нудотою, блюванням, появою симптомів подразнення очеревини, прискоренням пульсу. Рекомендовано термінову операцію.

Нагноєння пухлини. Перебігає з високою гарячкою, подразненням очеревини, болем у животі. Рекомендовано термінову операцію.

Розрив капсули пухлини. Трапляється рідко, проявляється гострим болем, кровотечею, шоком. Може призвести до імплантації елементів пухлини по очеревині. Рекомендовано термінову операцію.

Оскільки злоякісне переродження відбувається у третині всіх випадків доброякісних пухлин яєчників, а діагностувати переродження на початкових етапах неможливо, слід дотримуватися положення, згідно з яким всі пухлини яєчника підлягають видаленню.

РАК ЯЄЧНИКІВ

Рак яєчника буває первинний (розвивається з покривного епітелію), вторинний (з папілярної або псевдомуцинозної кістоми), метастатичний (метастази раку травного каналу, молочних залоз).

Рак яєчника посідає четверте місце за частотою виникнення серед пухлин геніталій і складає 15–20%. Найчастіше він виникає у жінок 45–50 років, хоча може зустрічатись і в молодшому віці. Поширеність раку в різних країнах світу різна і мало залежить від рівня життя населення. Так, у Швеції частота його становить 15,1 на 100 тис. населення, в Естонії — 14,2 на 100 тис., в Японії — 2,8 на 100 тис. населення; в Україні рак трапляється з частотою 7,3 на 100 тис. населення.

Етіологія. Рак яєчника належить до гормонозалежних пухлин. Епідеміологічні дослідження при раку яєчника дають можливість виявити, що в анамнезі у цих хворих трапляються різноманітні порушення менструальної функції — рання менархе, рання або пізня менопауза. Свідченням гормонозалежності пухлини є також експериментальні дані.

Встановлений зв'язок між захворюваністю на рак, шлюбним станом та генеративною функцією. Частіше хворіють жінки незаміжні, ті, що мало народжували або зовсім не народжували, які мали в анамнезі спонтанні викидні. Ці фактори призводять до порушення гормонального балансу в організмі або є його проявом. Висока захворюваність на рак у групі жінок, що були оперовані з приводу різноманітних захворювань із залишенням одного чи двох яєчників. Тому існує думка, що в жінок віком понад 40 років при гінекологічних операціях необхідно вдаватися до двобічної овариоектомії, що дає можливість значно (близько 20%) знизити ймовірність виникнення раку яєчників (Ftrz і співавт.,1967; Mansani, 1968).

Загальновідомий зв'язок між раком молочної залози та пухлинами яєчників. Ризик виникнення раку яєчника у таких жінок в 10 разів вищий, ніж у здорових. Існує залежність між змінами менструального циклу та пухлинами яєчників. Особливо повинно насторожувати лікаря раннє статеве дозрівання дівчаток. Відмічено етіологічний зв'язок між гіперпластичними процесами в матці та пухлинами яєчника.

Необхідно пам'ятати, що небластоматозні, непроліферативні процеси (фолікулярні, лютеїнові кісти) — результат порушень у системі гіпофіз-яєчник. Вони створюють фон для утворення справжніх пухлин і їх малігнізації, тому тривале спостереження за ними без раціонального лікування недопустиме.

Відповідно до цього формуються групи ризику.

Патологічна анатомія. В яєчнику трапляється велика гістологічна різноманітність злоякісних пухлин. Це зумовлено множинними джерелами їх виникнення. Серед злоякісних пухлин яєчника найчастіше трапляються серозні (46–48%), муцинозні (10–14%), пухлини строми статевого тяжа — 4,7%.

За формою росту злоякісні пухлини поділяють на *екзофітні* (евертуючі) та *ендофітні* (інвертуючі). Трапляються також змішані пухлини.

Епітеліальні пухлини можуть бути від невеликих до таких, що заповнюють всю черевну порожнину, вони, зазвичай, кістозні, виповнені рідким вмістом, поверхня їх може бути як гладенькою, так і з розростаннями у формі бородавок. Стінки ракової кісти неоднакової товщини, як правило, на внутрішній поверхні мають розростання, що нагадують цвітну капусту. Неепітеліальні пухлини некістозні, м'ясисті. Вони переважно невеликих розмірів, мають гладеньку поверхню, нерідко зрощені із сусідніми органами. За консистенцією вони тугоеластичні, на розрізі — гомогенні.

Іноді в яєчнику виникає метастатичний рак (із шлунково-кишкового тракту — рак Крукенберга), іноді з молочої залози та матки. Морфологічна структура метастатичних пухлин, зазвичай, відповідає первинній пухлині. Метастатичні пухлини двобічні, на розрізі вони щільні, гомогенні.

Шляхи поширення раку яєчників. Метастазування процесу йде шляхом проростання в сусідні органи, а також лімфогенним і гематогеним шляхом. Лімфогенно процес переходить на маткову трубу, матку, лімфовузли таза та парааортальні лімфовузли.

При поширенні шляхом проростання на сусідні органи ракові клітини спочатку проростають через капсулу пухлини, далі у процес втягуються маткові труби, потім — периметрій, матка *(рис. 13.7)*. Вона стає ніби «замурованою» у раковій пухлині. Метастази можуть розростатися в матково-прямокишковому просторі, а потім проникати в стінку прямої кишки, вагіну. Дисемінація раку може проходити шляхом проростання у тазову очеревину, сальник, очеревину кишечника, пристінкову очеревину. Лімфогенно ракові клітини попадають спочатку у регіонарні лімфовузли, розташовані парааортально. Звідси вони поширюються грудною лімфатичною протокою до органів грудної та у верхній відділ черевної порожнини. Нерідко виникають метастатичний раковий плеврит та пневмонія.

Клініка. Рак яєчника в початковій стадії перебігає безсимптомно. Порушення загального стану відзначається в жінок з пухлинним процесом, який прогресує. З'являються швидка втомлюваність, слабкість, схуднення, пітливість, постійний тупий ниючий біль унизу живота, збільшення розмірів живота внаслідок асциту. Наявність асциту залежить, в основному, від гісто-

логічної структури пухлини, менше — від ступеня поширеності процесу. З'являються дизуричні та диспептичні явища, порушення менструального циклу. Больовий синдром, як правило, — ознака задавненості.

При гінекологічному дослідженні в початкових стадіях ракова пухлина нагадує собою кістому — вона невеликих розмірів, неболюча, рухома, має тугоеластичну консистенцію. Частіше за все ця пухлина пальпується за маткою, її легше знайти при ректально-вагінальному дослідженні. Іноді тіло матки може бути оточене пухлинами з обох боків, ніби «замуроване», і тоді утвори можна помилково прийняти за фіброміому матки.

Якщо процес задавнений, пухлина сягає великих розмірів *(рис. 13.8)*, вона виходить за межі малого таза. Поверхня пухлини горбиста, конгломерат нерухомий, нерідко доходить до стінок таза.

У випадку розпаду пухлини у хворих виникає температурна реакція на всмоктування продуктів розпаду. В аналізі крові визначають анемію, іноді лейкоцитоз і збільшену ШОЕ, яка змінюється вже на ранніх стадіях.

При розростанні пухлини симптоми стають більш вираженими — приєднуються ознаки часткової кишкової непрохідності. При вираженому асциті наростає задишка. Рак виникає переважно в обох яєчниках.

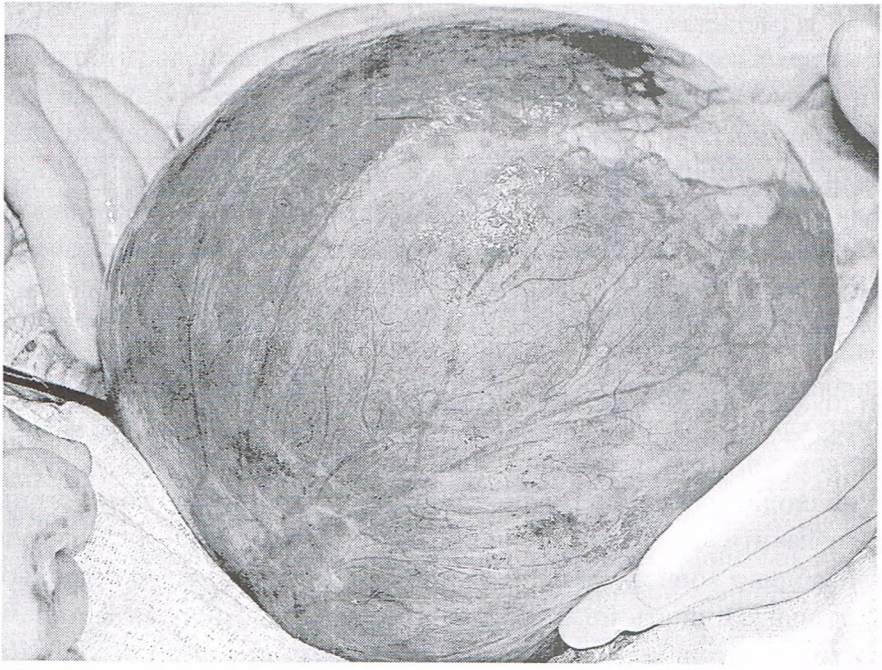


Рис.13.8. Муцинозна цистаденокарцинома

Класифікація раку яєчника за стадіями

Таблиця 13.1

Стадія	(Т) Вузол	(N) Лімфовузли	(М) Метастази
IA	T1a (пухлина обмежена одним яєчником)	N0	M0
IБ	T1б (пухлина обмежена обома яєчниками)	N0	M0
IB	T1c (*пухлина обмежена одним чи обома яєчниками з проростанням у капсулу*)	N0	M0
IIA IIБ	T2a (поширення на матку і труби) T2б (те саме + поширення на інші тканини таза)	N0 N0	M0 M0
IIB	T2c (те саме + наявність клітин в асцитичній рідині)	N0	M0
IIIA	T3a (метастази поза межами малого таза, мікроскопічні)	N0	MO
IIIБ	T3б (метастази за межами малого таза, їх величина до 2 см)	N0	MO
IIIB	T3a (метастази поза межами малого таза, їх величина понад 2 см або метастази в регіонарні лімфовузли) Будь-яке Т	N0 N1	MO M0
IV	Будь-яке Т (будь-яка пухлина з наявністю віддалених метастазів)	Будь-яке N	M1

Діагностика. Визначальним у діагностиці є бімануальне дослідження. Коли пухлина невелика — пальпаторних ознак може не бути. Переважно визначаються двобічні утвори, розміщені з боків, іноді позаду матки. Деколи пухлинні утвори мають таку форму і консистенцію, що важко розпізнати контури матки. Консистенція їх, зазвичай, щільна, неоднорідна, поверхня іноді горбкувата. Використовують ультразвукове дослідження — можна визначити локалізацію пухлини, її внутрішню структуру. Таке дослідження особливо корисне якщо є ожиріння або напруження передньої черевної стінки. Цінність його зростає в поєднанні з іншими методами — даними гінекологічного дослідження, знахідками при лапароскопії. Частота збігу діагнозу за даними УЗД із гістологічним діагнозом перевищує 71%. Можна застосувати цитологічне дослідження пунктату черевної порожнини. Матеріалом для дослідження може бути також плевральний випіт, зми-

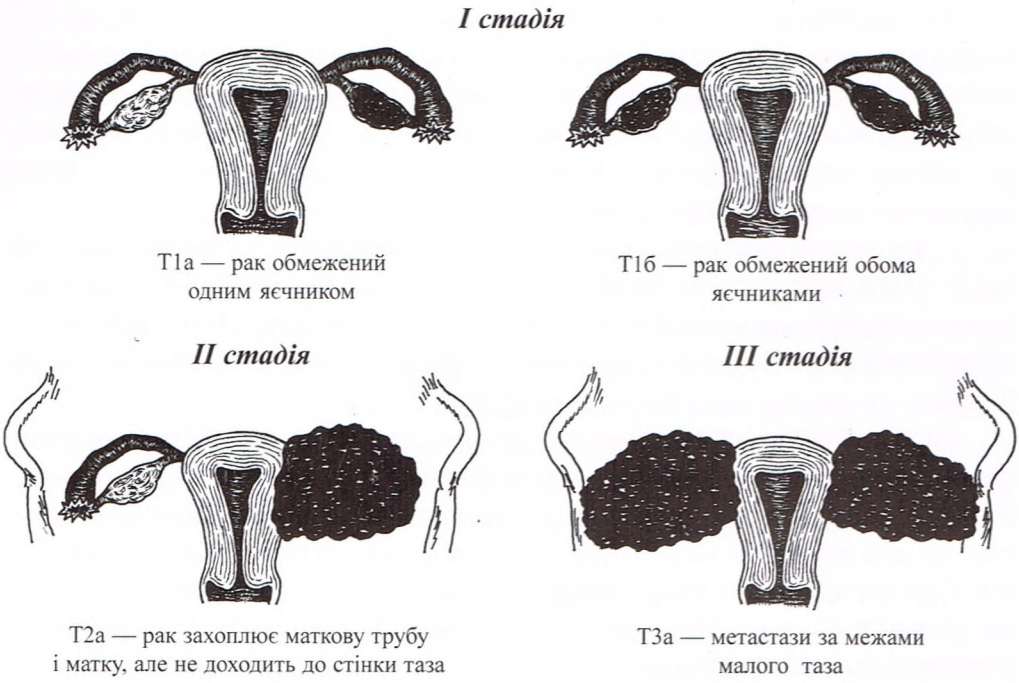


Рис.13.7. Рак яєчника (схема поширення процесу)

ви або випоти, одержані при пункції заднього склепіння. Слід пам'ятати, що одержання пунктату через заднє склепіння може призвести до дисемінації процесу по очеревині.

Можна досліджувати також пунктати з різних підозрілих вузлів чи вузлів явно пухлинного характеру, мазки-відбитки, які беруть під час операції з очеревини дугласового простору, бокових флангів, поверхні сальника чи його кукси, поверхні пухлини яєчника чи її розрізу. Застосування цитологічного методу сприяє своєчасній і навіть доклінічній діагностиці рецидивів захворювання.

Лапароскопію з діагностичною метою використовують у групі ризику для виявлення зовнішніх особливостей пухлини, наявності дисемінації, метастазів. Проте для хворих з великими пухлинами, попередньо оперованих, з надмірною масою вона небезпечна і протипоказана.

Деколи доводиться вдаватися до діагностичної лапаротомії, але тільки тоді, коли використані всі можливості інших методів дослідження: якщо дані УЗД сумнівні, а цитологічне дослідження асцитичного пуктату не дає можливості виявити пухлинні клітини. Після розрізу проводять ретельну ревізію органів малого таза, черевної порожнини, беруть мазки-відбитки для цитологічного дослідження, біопсію. Остаточний (уточнений) діагноз ставлять після цитологічного та гістологічного досліджень.

Щоб виключити проникнення метастазів у органи грудної клітки, черевної порожнини необхідно проводити відповідне рентгенологічне обстеження. За його допомогою можна виявити не лише метастази в тканину легень, а й вільну рідину у плевральній порожнині, що допомагає уточнити ступінь поширеності процесу. Це має значення для прогнозу, який при гідротораксі погіршується більше ніж у 4 рази.

Обов'язкове рентгенологічне дослідження шлунка та кишечника для виключення метастатичного раку яєчника. У разі необхідності це дослідження слід доповнювати фіброгастроскопією та біопсією. Іноді проводять пневмопельвіграфію, але із широким впровадженням ехоскопії до цього інвазивного методу вдаються дедалі рідше.

Щоб одержати інформацію про ступінь поширеності процесу, застосовують лімфографію. Особливо важливо використовувати цей метод тоді, коли є підозра на дисгерміному, що метастазує переважно лімфогенним шляхом, чи при пухлинах іншого типу, якщо клінічно підозрюється I чи II стадія. При використанні лімфографії у таких випадках лімфогенні метастази знаходять у близько 30% випадків, причому більшість їх локалізується в поперекових лімфовузлах.

За наявності технічних можливостей можна застосувати комп'ютерну томографію та ядерно-магнітний резонанс.

Лікування раку яєчника. Використовують хірургічний та медикаментозний способи. Основним є хірургічний. Практично, якщо виявлено пухлину яєчника, починати треба з лапаротомії. Об'єм операції передбачає видалення пухлини яєчника, екстирпацію чи ампутацію матки та резекцію сальника. Таке лікування проводять хворим на I та II стадіях раку, його вважають радикальним. При III–IV стадіях раку здійснюють паліативне лікування, яке полягає у видаленні основних пухлинних мас. Це позитивно впливає на стан хворих та ефективність протипухлинних хіміопрепаратів. Хіміотерапевтичне лікування застосовують практично при всіх стадіях. Використовують метотрексат, циклофосфан, фторурацил, цис-платин, адріабластин, сарколізин та інші препарати.

Перед застосуванням хіміотерапії хвору ретельно обстежують — визначають функцію печінки та нирок, картину периферичної крові. Розпочинати терапію можна у тому разі, коли лейкоцити не нижче 5×10^9/л і тромбоцитів не менше, ніж 20×10^3 /л. З розвитком хіміотерапії променеву терапію раку яєчника застосовують рідко. Найбільш чутливі до променевої терапії солідні форми раку, серозні — менш чутливі, а муцинозні — нечутливі.

У комплексному лікуванні раку яєчника використовують також андрогенні препарати — тестостерону пропіонат 5–10 мг 5% розчину внутрішньом'язово щодня або через день протягом 1,5–2 місяців. Потім признача-

ють метилтестостерон по 30 мг щодня, тестенат 1 мл 10% розчину 1 раз на тиждень; сустанон — 250 (1 мл 2 рази на місяць). Загальна доза андрогенів — 4–6 г. У менопаузі можна призначати естрогенотерапію.

Прогноз. Результати лікування раку залежать як від гістологічної структури пухлини, так і від стадії раку. Загальне п'ятирічне виживання хворих становить 28–30%. При ІА стадії відсоток виживання досягає 90–98; при ІБ — 68; при ІІ — 50; при ІІІ ст. — 10–15. Під час лікування всі хворі непрацездатні. Після лікування працездатність хворих обмежена. Важка фізична робота протипоказана. При І та ІІ стадіях після завершення лікування може бути дозволена праця, проте без фізичних навантажень. У хворих із ІІІ стадією раку при повній ремісії, за їх бажанням, праця без фізичних навантажень також може бути дозволена. При рецидивах, відсутності ефекту від лікування, а також при IV стадії хворих переводять на інвалідність. Вони перебувають на диспансерному обліку до кінця життя.

Дисгермінома

Дисгермінома — злоякісна пухлина яєчника, що виникає з елементів недиференційованих гонад, які зберігаються у воротах яєчника з ембріонального періоду розвитку.

Клініка. Пухлина трапляється переважно в інфантильних жінок віком до 30 років. Спостерігаються незначні місячні, які виникають рідко. Бімануально визначають пухлину придатків, яка має щільну консистенцію, вузлувату поверхню. Новоутворення розвивається швидко, метастазуючи в органи грудної клітки.

Діагностика складна. Враховують клінічну картину, дані лапароскопії та гістологічного дослідження біоптату.

Лікування оперативне з наступною променевою терапією плюс поліхіміотерапія (ПХТ).

Прогноз несприятливий.

Тератобластома яєчника

Тератобластома яєчника — злоякісна пухлина, яка спостерігається рідко, здебільшого у дитячому та підлітковому віці.

Клініка. Біль унизу живота, слабкість, нездужання. Асцит з'являється у випадках задавненої форми. Швидко настає метастазування.

Діагностика. Остаточний діагноз встановлюють за даними гістологічного дослідження.

Лікування оперативне, після нього застосовують променеву терапію.

РАК МАТКОВОЇ ТРУБИ

Злоякісні захворювання маткових труб трапляються рідко. Рак маткових труб може розвиватися первинно (з маткової труби) або вторинно (при переході процесу з матки або яєчників), уражає жінок у віці 40–55 років, що тривало хворіли на запальні захворювання труб. Частіше ураження буває однобічним.

Гістологічно рак маткової труби має папілярну, залозисто-папілярну, папілярно-солідну та солідну будову. Процес розповсюджується швидко шляхом проростання або метастазування у межах малого таза. Дисемінація раку по серозному покриву труби та матки призводить до виникнення асциту. Вражаються тазові, поперекові та надключичні лімфовузли. Метастазує рак маткових труб здебільшого в сальник, кишки, печінку, надниркові залози, селезінку.

Клінічна картина не має особливостей, притаманних тільки раку маткової труби, у зв'язку з цим до операції правильний діагноз встановлюють рідко. Один з перших симптомів — біль унизу живота переймоподібного, тупого, згодом постійного характеру, що іррадіює в нижні кінцівки. Іноді хворі звертаються із скаргами на виділення із статевих шляхів — кров'янисті, гнійно-кров'янисті, водянисті. Підозрілим щодо раку маткових труб є одномоментне виділення великої кількості рідких, інколи з домішками крові, виділень, після чого об'єм утворення в ділянці труб зменшується.

При бімануальному дослідженні органів малого таза в ділянці придатків можуть пальпуватися пухлиноподібні продовгасті утвори.

Діагностика. Допоміжним методом в діагностиці раку цієї локалізації може бути УЗД, біконтрастна рентгенопельвіографія. Достовірний діагноз допомагає встановити лапароскопія. Використовують також цитологічне дослідженя аспірату з матки або виділень з цервікального каналу. В аспіраті виявляють сосочкові структури з атипових епітеліальних клітин.

Лікування оперативне — екстирпація матки з придатками в поєднанні з опроміненням та хіміотерапією за тією ж методикою, що й при раку яєчників.

Перелік контрольних питань:

- класифікація пухлин яєчників;
- небластоматозні непроліферативні пухлини яєчників;
- бластоматозні проліферативні пухлини яєчників;
- особливі форми пухлин яєчників;
- діагностика доброякісних пухлин яєчників;
- рак яєчників;
- рак маткової труби.

ДОБРОЯКІСНІ ТА ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ЗОВНІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ ТА ПІХВИ

Доброякісні пухлини зовнішніх статевих органів (фіброма, міома, ліпома, фіброміома, гідраденома, міксома, ангіофібробластома) у будь-якому віці спостерігаються рідко, перебігають безсимптомно. Вузли пухлини на широкій основі або ніжці досягають великих розмірів, інколи звисають між стегнами. Можливе злоякісне переродження пухлини, при порушенні кровообігу розвивається набряк, крововилив, некроз, приєднується вторинна інфекція.

Фіброма — пухлина зі сполучної тканини, що складається з клітин зрілої волокнистої сполучної тканини та колагенових волокон. Залежно від розміщення волокон фіброми бувають м'якими, щільними і дермоїдними. Розміщується пухлина в товщі великої статевої губи або під слизовою піхви. Росте повільно. Клінічних проявів не дає до того часу, поки не досягне таких розмірів, що чинитиме незручності при ходьбі та перешкоди для статевого життя. Малігнізуватися може лише дермоїдна фіброма.

Ліпома розвивається із жирової та сполучної тканини. Складається зі зрілої жирової тканини, розділеної на часточки сполучнотканинними перетинками. Локалізується в ділянці лобка чи великих статевих губ. Пухлина м'якої консистенції, округлої форми, відносно рухома, не спаяна зі шкірою. Росте повільно.

Міксома формується із залишків мезенхіми. Локалізується в ділянці лобка та великих статевих губ. Частіше буває в жінок літнього віку.

Гемангіома виникає на грунті вродженої вади судин шкіри та слизових оболонок зовнішніх статевих органів. Розрізняють капілярну та кавернозну гемангіоми. Локалізується в ділянці великих статевих губ у вигляді вузла або плями червоного чи синюшного кольору. Росте швидко, досягає великих розмірів, іноді переходить на піхву та шийку матки.

Папілома утворюється з епітелію великих статевих губ, має фіброепітеліальну будову. Макроскопічно являє собою поодиноку або множинну пухлину на тонкій ніжці або широкій основі з нерівною зернистою поверхнею. Слід відрізняти папілому від гострокінцевих кондилом. Прогноз переважно сприятливий, але за певних умов можлива малігнізація.

Лікування усіх форм доброякісних пухлин зовнішніх статевих органів хірургічне (видалення пухлини).

Кіста великої залози присінка піхви

Кіста великої залози присінка піхви (бартолінової залози) утворюється внаслідок перекриття її вивідної протоки. Розташовується в нижній третині великої статевої губи. Утвір має діаметр 2–4 см, круглу чи овальну форму, еластичну консистенцію. Часто ускладнюється нагноєнням, яке супроводжується симптомами гострого запалення (біль, набряк, гіперемія, інфільтрація тканин, порушення загального стану, підвищення температури тіла).

Лікування хірургічне — над місцем найбільшого випинання роблять розріз шкіри завдовжки 2–3 см, тупим і гострим шляхом залозу вилущують і видаляють, проводять гемостаз і накладають шви.

Кіста гартнерового ходу

Кіста гартнерового ходу має ембріональне походження, розвивається із залишків поздовжньої протоки придатків яєчника. Розміщується на боковій стінці піхви. Має діаметр до 3–4 см, щільну чи м'яко-еластичну консистенцію. Діагностують при гінекологічному огляді . У деяких випадках потрібно диференціювати від саркоми піхви, а при розташуванні кісти під сечівником — від його дивертикула.

Лікування хірургічне. Піхву оголюють у дзеркалах і надрізають її стінку в місці найбільшого випинання кісти, яку вилущують.

ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ ВУЛЬВИ

До передракових захворювань зовнішніх статевих органів належать:

- лейкоплакія;
- крауроз вульви;
- хвороба Боуена;
- хвороба Педжета;
- пігментні плями, схильні до росту та виразкування.

Лейкоплакія вульви

Лейкоплакія вульви — це процес, що характеризується проліферацією та порушенням диференціювання багатошарового плоского епітелію. Гісто-

логічно виявляють гіперкератоз, паракератоз, акантоз без вираженого клітинного та ядерного поліморфізму.

Макроскопічно лейкоплакія вульви виглядає як суха біла пляма з перламутровим блиском, що дещо піднімається над тканинами вульви. Спочатку вона буває невеликих розмірів, згодом розповсюджується на навколишні тканини, може охоплювати всю вульву. Прогресуючи, лейкоплакія потовщується.

Клінічно проявляється свербінням, печією, що стає причиною травмування шкіри, інфікування вульви, її виразкування.

Лікування. Проводиться седативна терапія (препарати брому, валеріани), а також гормонотерапія (андрогени, можна в поєднанні з невеликими дозами овестину). Місцева терапія полягає у призначенні мазей, до складу яких входять кортикостероїди. Хороший ефект дає магнітолазерна терапія. Іноді вдаються до рентгенотерапії.

Крауроз вульви

Крауроз вульви — захворювання, яке виявляється атрофією великих і малих статевих губ, клітора, зморщуванням шкіри і слизової оболонки зовнішніх статевих органів, випаданням волосся. Шкіра і слизові оболонки стають сухими, легко травмуються, набувають тьмяного перламутрового забарвлення із сіро-голубим відтінком. При кольпоскопії виявляють виражені телеангіектазії. Відбувається атрофія сосочкового та сітчастого шару шкіри, загибель еластичних волокон та гіалінізація сполучної тканини.

Клініка. Хворі скаржаться на свербіння, печію і біль під час сечовипускання. Нерідко хворі розчухують шкіру, що може призводити до вторинного інфікування. Вперта сверблячка призводить до дратівливості, порушення сну та інших вегетативних розладів.

Лікування. Загальнозміцнювальна терапія, психотерапія, снодійні, седативні препарати. Місцево — ванночки з відвару квіток ромашки, преднізолонова мазь, оксикорт, мазь із анестезином. Лікування не завжди ефективне. З немедикаментозних методів призначають магнітолазерну терапію, використовуючи газові та напівпровідникові апарати.

Хвороба Боуена

Хвороба Боуена супроводжується появою на шкірі зовнішніх статевих органів плоских або таких, що дещо підвищуються над рівнем шкіри, плям із чіткими краями. Гістологічно виявляють явища гіперкератозу та акантозу.

Хвороба Педжета

При хворобі Педжета під час гінекологічного огляду на шкірі вульви виявляють яскраво-червоні екземоподібні плями із зернистою поверхнею.

Хвороби Боуена та Педжета є облігатними передраками.

Лікування хірургічне, полягає у вульвектомії.

РАК ЗОВНІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ (ВУЛЬВИ)

Рак зовнішніх статевих органів (вульви) — злоякісна епітеліальна пухлина, яка виникає у жінок під час менопаузи у вигляді інфільтратів, щільних вузлів або сосочкових розростань; можливе утворення виразки *(рис. 14.1)*. Виникненню новоутворення передують передракові стани. Для хворих на рак вульви характерні пізнє статеве дозрівання, рання менопауза і висока фертильність. Нерідко рак вульви поєднується з ожирінням та цукровим діабетом.

Рис. 14.1. Рак вульви

Розрізняють екзофітну, вузлувату, виразкову та інфільтративну форми пухлини.

Клініка. Основні симптоми: свербіння, печія, біль, гнійно-кров'янисті виділення. Біль характерний для пухлин, що локалізуються в ділянці клітора *(рис. 14.2)*. При розпаді пухлини з'являються кров'янисті виділення.

Рис. 14.2. Рак клітора

Остаточний діагноз встановлюють на основі гістологічного дослідження.

Метастазування відбувається у лімфовузли пахово-стегнового колектора.

Лікування оперативне — вульвектомія плюс двобічна пахова лімфаденектомія (операція Дюкена) та комбіноване (вульвектомія та променева терапія). Променеву терапію проводять перед операцією, а потім після операції, опромінюючи ділянки первинного вогнища та регіонарного метастазування.

Диспансерне спостереження за хворими повинно проводитись упродовж усього життя хворої.

РАК ПІХВИ

Рак піхви буває первинний і метастатичний. Частіше хворіють жінки у клімактеричному періоді та в менопаузі. Рак може розвиватися в жінок літнього віку з тривалим існуванням декубітальної виразки внаслідок її інфікування та травматизації *(рис. 14.3)*. Спостерігається екзофітний (у вигляді цвітної капусти) або ендофітний інфільтруючий ріст.

За гістологічною структурою рак вагіни поділяють на плоскоклітинний роговіючий, нероговіючий та залозистий.

Клініка. Гнійно-кров'янисті виділення, біль, порушення сечовипускання, ознаки загальної інтоксикації. При розпаді пухлини бувають кровотечі, що можуть з'являтися зненацька. Якщо пухлина поширюється на підлеглі

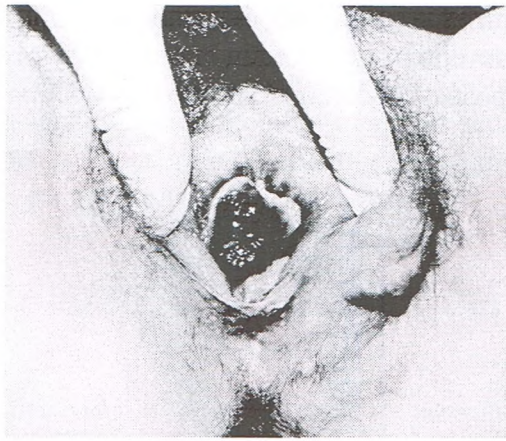


Рис. 11.3. Рак піхви.

тканини, навколовагінальну клітковину, стискаються і руйнуються нервові стовбури і виникає біль. Раковий процес може переходити на сусідні органи — сечовий міхур та пряму кишку. Розпад пухлини може призводити до утворення міхурово-вагінальних та ректо-вагінальних нориць. Якщо перетискаються сечоводи, може розвиватись гідро- і піонефроз, а згодом — уремія.

Рак піхви слід відрізняти від пролежнів, сифілітичної та туберкульозної виразки, кондилом, ендометріозу, хоріонепітеліоми, метастазів раку тіла матки та шийки матки у вагіну.

Метастазування йде лімфатичними шляхами — з верхньої третини піхви в клубові та підчеревні лімфовузли; із середньої третини — в крижові; з нижньої третини — в пахвинні лімфовузли.

Остаточний діагноз встановлюють після біопсії.

Лікування. Рак піхви лікують, використовуючи поєднану променеву терапію — рентгено- або телегамматерапію із введенням у вагіну радіоактивних препаратів.

ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ НА РАК

Догляд за хворими на рак є, мабуть, найтяжчим серед обов'язків середнього медичного працівника. Особливо це стосується хворих із задавненими формами захворювання. Надання допомоги таким пацієнткам вимагає від фельдшера, акушерки особливих професійних та душевних якостей, такту, любові до людей та до своєї справи.

Акушерка повинна пам'ятати, що догляд за такою жінкою, моральна підтримка навіть у безнадійній за прогнозом ситуації є не лише її професійним обов'язком, але й актом християнського милосердя.

Основним методом лікування є хірургічний, і догляд за хворими в початкових стадіях раку є практично доглядом за прооперованою хворою (див. розділ «Оперативні методи лікування в гінекології»).

У випадках задавненої хвороби лікування здебільшого симптоматичне. Догляд полягає у ліквідації або зменшенні больових відчуттів, які у таких пацієнток бувають надзвичайно сильними і постійними. Допомогти в таких випадках можуть лише наркотичні аналгетики.

Медична сестра має постійно піклуватися про чистоту шкіри хворої, запобігати появі пролежнів, які є джерелом нових страждань і показником поганого догляду. Дуже важко доглядати хворих у термінальній стадії хвороби, особливо із сечостатевими та каловими норицями. Такі хворі поширюють довкола себе нестерпно неприємний запах, тому їх доводиться класти в окремі палати, ізольовуючи від інших хворих. Відтак роль середнього медичного персоналу ще більше зростає, бо медичні працівники тепер стають практично єдиними людьми, з якими спілкується хвора.

Кілька разів на добу таких хворих слід підмивати, видаляти продукти розпаду пухлини, застосовуючи засоби, що мають дезодораційні властивості (перманганат калію). У палаті можна користуватись освіжувачами повітря з приємним, але несильним запахом. Слід частіше змінювати положення тіла хворої, якщо вона неспроможна самостійно рухатися, обмивати її шкіру розчинами фурациліну, відварами трав, протирати спиртом, особливу увагу звертаючи на ті ділянки, де найчастіше утворюються пролежні — поперек, сідниці, лікті, п'яти.

Деонтологія. Спілкування з хворими на рак, особливо у невиліковних стадіях, — найважче для медичного працівника випробовування на професійну зрілість та придатність. Тут важливо усе: і зовнішній вигляд, і манера розмовляти, і такі душевні якості, як здатність до співпереживання, тактовність, вміння переконати, пожаліти, і, найголовніше, відчути, чого від тебе чекає хвора — співчуття, підтримки чи, навпаки, не хоче, щоб її жаліли. Тому акушерка повинна бути добрим психологом.

Не потрібно перешкоджати спілкуванню хворої з родичами, але варто перед візитом попередити їх про те, щоб вони не травмували психіку хворої надмірним жалем, плачем, розмовами про безнадійність її стану. Користь чи, навпаки, шкідливість таких відвідин залежить від стосунків у сім'ї. Досвідчена акушерка повинна знати реакцію хворої на спілкування з різними відвідувачами, і якщо хтось із них дратує хвору або викликає пригнічений стан, не варто пускати його до неї вдруге.

Під час догляду за важкохворими важливо, щоб своїм зовнішнім виглядом акушерка, особливо молода, не дратувала хвору, якій земні принади уже недоступні. Одяг медичного працівника повинен бути акуратним, чис-

тим, але скромним, не можна одягати занадто коротких кокетливих халатиків, недопустима яскрава косметика, різкий запах парфумів — це дратуватиме хвору і порушить психологічний контакт із цією акушеркою, навіть якщо вона чудовий професіонал. Доглядаючи хворих з виразками, розпадом пухлини, не можна показувати своєї відрази мімікою чи жестами. Якщо це важко, краще одягнути маску. Рухи повинні бути максимально обережними, щоб не завдавати хворій додаткових страждань.

У нашій країні не прийнято повідомляти хворим на рак їхній діагноз навіть тоді, коли все, здавалося б, зрозуміло: хвору прооперовано, лікується вона в онкодиспансері тощо. Акушерка повинна за всяку ціну уникати розмови про діагноз хворої, навіть якщо вона сама, провокуючи персонал, говорить, що знає свою хворобу, що жити їй залишилося недовго і таке інше. Необхідно спрямувати розмову в інше русло, сконцентрувавши увагу на симптомах і запевняючи хвору, що важливо, наприклад, щоб припинилася кровотеча, піднявся рівень гемоглобіну чи кількість лейкоцитів. Про кожну таку маленьку перемогу слід одразу інформувати жінку, і незначні, на перший погляд, події — покращання аналізу крові чи припинення кровотечі — сприйматимуться хворою як добра прогностична ознака і вселятимуть надію на краще.

Неправда, що хворі на рак, знаючи про свою хворобу, стають байдужими і втрачають віру в одужання. Якщо таке трапляється, це свідчить про погану роботу лікаря та фельдшерів, акушерок. *Хворі вірять в можливість одужання завжди, до самого кінця.* Вони ладні повірити навіть в чудо, тому інколи вдаються до послуг знахарів та інших сумнівних цілителів, до найрізноманітніших неперевірених і навіть ризикованих методів лікування.

Рятівна властивість людської психіки заперечує можливість близької смерті для себе самого. Завжди присутня думка: «Таке може трапитись будь з ким, тільки не зі мною. Обов'язково станеться щось таке, що мене врятує!» Цю думку треба підтримувати у хворої якнайдовше, пам'ятаючи безсмертні слова, які вимовив великий гуманіст лікар В. Даль біля ліжка вмираючого Пушкіна: «Spiro. Spero» («Дихаю. Сподіваюсь»).

Перелік контрольних питань:

- особливості догляду за хворими з пухлинами геніталій.

ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Запальні захворювання жіночих статевих органів трапляються у 60–65% гінекологічних хворих. Особливо збільшилась їх кількість у нашій країні в останні роки внаслідок міграції, урбанізації населення, змін статевої поведінки молоді.

Розвиток запального процесу жіночих статевих органів залежить від стану захисних сил організму та біологічних особливостей збудника. У піхві здорової жінки постійно присутні різні види мікроорганізмів. Необхідно підкреслити, що в нормі секрет піхви має кислу реакцію, зумовлену вмістом у ньому молочної кислоти, що утворюється в результаті життєдіяльності піхвової палички Додерлейна, за наявності якої утруднюється розвиток патогенних бактерій. Прийнято розрізняти чотири ступені чистоти піхвового вмісту.

I ступінь чистоти. У матеріалі піхвового вмісту під мікроскопом можна бачити піхвові палички Додерлейна та клітини плоского епітелію. Реакція кисла.

II ступінь чистоти. Переважають піхвові палички Додерлейна (кількість їх менша, ніж при I ступені), клітини плоского епітелію, трапляються поодинокі лейкоцити, коки. Реакція кисла. I та II ступені чистоти піхвового вмісту вважаються нормальними.

III ступінь чистоти. Піхвових паличок мало, переважають інші види бактерій, в основному коки, багато лейкоцитів, реакція слаболужна.

IV ступінь чистоти. Піхвові палички відсутні, багато патогенних мікробів (коків, трихомонад, гарднерел), безліч лейкоцитів, епітеліальних клітин мало. Реакція лужна.

Наявність III і IV ступенів чистоти піхви свідчить про патологічні зміни в статевому апараті.

Мікроорганізми, які присутні у піхві, за певних умов можуть стати високовірулентними і призвести до виникнення запального процесу. Бар'єром на їх шляху є фізіологічні захисні механізми, до яких належать фактори загального та місцевого імунітету, бактерицидні властивості піхвового секрету. Слизова пробка, яка є у цервікальному каналі, також має антибак-

теріальні речовини і є перешкодою для проникнення мікроорганізмів у матку, у якій захисну функцію виконує функціональний шар ендометрія, що відокремлюється під час менструації.

Велика роль у поширенні мікроорганізмів з піхви у верхні відділи статевих органів належить інвазивним гінекологічним процедурам, як-от гідротубація, гістеросальпінгографія, гістероскопія, зондування порожнини матки, переривання вагітності. Особливо часто інфікування відбувається при кримінальних абортах. Важливе значення у поширенні інфекцій мають внутрішньоматкові контрацептиви. Розвитку запальних захворювань жіночих статевих органів сприяють вроджені ендокринні й обмінні порушення, перенесена екстрагенітальна патологія. Опірність організму до інфекції може бути знижена внаслідок неправильного харчування, переохолодження, стресових ситуацій, дії низьких доз радіації. Проникнення мікроорганізмів у матку та придатки відбувається за допомогою сперматозоїдів, трихомонад, а також можливий їх пасивний транспорт.

Збудниками запальних захворювань жіночих статевих органів здебільшого бувають: стрептококи, стафілококи, кишкова паличка, гонококи, хламідії, віруси, мікоплазми, трихомонади, гарднерели, туберкульозна паличка. Залежно від збудника, запальні захворювання жіночих статевих органів класифікують за етіологією на неспецифічні та специфічні.

ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ НЕСПЕЦИФІЧНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Бартолініт

Бартолініт — запалення великої залози присінка піхви. Може викликатися стафілококами, ешерихіями, гонококами тощо. Незалежно від виду збудника, процес починається у вивідній протоці залози — виникає каналікуліт, далі він може поширитися і на саму паренхіму залози, при цьому з'являється серозне, серозно-гнійне або гнійне запалення.

Клініка. Хворі скаржаться на загальну слабість, нездужання, неприємні відчуття в ділянці зовнішніх статевих органів. Температура тіла підвищена. Спостерігають набряк і гіперемію в ділянці бартолінової залози, при пальпації — різка її болючість, місцеве підвищення температури і набряк м'яких тканин. Якщо гнійний ексудат заповнює всі часточки залози — утворюється псевдоабсцес *(рис. 15.1)*. Стан жінки різко погіршується: температура тіла стає гектичною, виникають озноб, сильний головний біль. При обстеженні виявляють різко болючий пухлиноподібний утвір. Після прориву гнійника

стан хворої поліпшується: знижується температура тіла, зменшуються набряк і гіперемія в ділянці бартолінової залози. Якщо лікування недостатнє і вивідна протока перекривається знову — спостерігаються рецидиви і формування ретенційної кісти, яку помилково можна вважати за доброякісну або навіть злоякісну пухлину зовнішніх статевих органів.

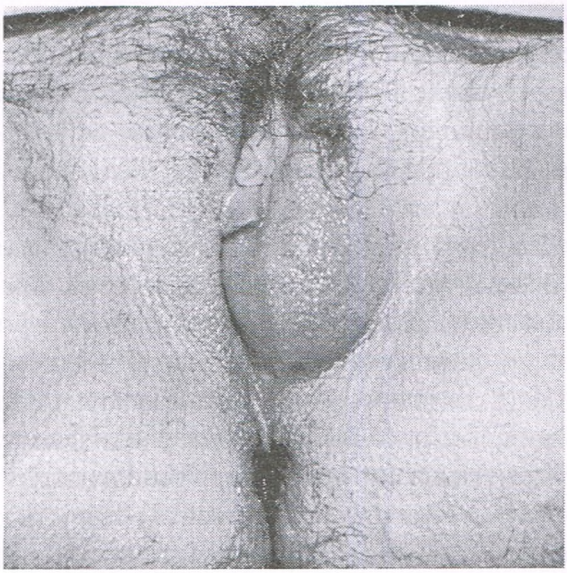


Рис. 15.1. Абсцес бартолінової залози

Лікування. Антибіотики, відповідно до чутливості мікроорганізмів, сульфаніламідні препарати. Показані теплі сидячі ванночки з розчином калію перманганату (1:6000), теплові процедури (грілка, солюкс) у поєднанні з мазевими аплікаціями (іхтіол, лінімент бальзамічний (за Вишневським) до появи флуктуації, симптоматичні засоби. При утворенні псевдоабсцесу чи ретенційної кісти — хірургічний розтин, при рецидивному бартолініті — екстирпація залози. Опромінення зони рани інфрачервоним напівпровідниковим лазером у поєднанні з магнітним полем у терапевтичних дозах. Курс лікування — 5-6 процедур. При гонорейній етіології — специфічне лікування.

Вульвіт

Вульвіт (vulvitis) — запалення зовнішніх жіночих статевих органів. Розрізняють первинний і вторинний вульвіт. Виникненню первинної форми сприяють запрілість (при ожирінні), недотримання гігієни статевих органів, хімічні, термічні, механічні подразнення, розчухи, садна, цукровий діабет тощо. Вторинний вульвіт виникає внаслідок інфікування зовнішніх стате-

вих органів патогенними мікроорганізмами, що містяться у виділеннях з піхви при кольпіті, цервіциті, ендометриті.

У жінок репродуктивного віку вульвіт трапляється на тлі гіпофункції яєчників, авітамінозу, частіше буває у дівчаток та жінок у постменопаузі.

Клініка. При гострому вульвіті є гіперемія і набряк зовнішніх статевих органів, серозно-гнійні нашарування. Хворі скаржаться на біль, свербіння, печію, нерідко — на загальну слабість. У хронічній стадії ці прояви вщухають, але періодично поновлюються.

Діагностика базується на описаній клінічній картині. Для встановлення збудника доцільно провести бактеріологічне та бактеріоскопічне дослідження виділень. Необхідно встановити, первинним чи вторинним є запальний процес.

Лікування насамперед спрямовують на усунення захворювання, яке ускладнилося вульвітом. У гострий період застосовують відвар квіток ромашки, слабкий розчин калію перманганату, борної кислоти; при бактеріальних, грибкових, паразитарних вульвітах — тержинан по одній піхвовій таблетці перед сном, тривалість лікування — 10 днів. Якщо збудником вторинного вульвіту є гриби роду Candida, то доцільно призначати флюконазол Фуцис — по 1 табл.(150 мг) одноразово внутрішньо, при рецидивах захворювання препарат приймають у дозі150 мг 1 раз на місяць. Тривалість терапії визначають індивідуально (4–12 місяців). Висока ефективність лікування спостерігається при використанні ізолу — по 100 мг 2 рази на день упродовж 6–7 днів, потім протягом 3–6 менструальних циклів по 1-й капсулі в перший день циклу. Ефективне опромінювання зовнішніх статевих органів за допомогою гелієво-неонового чи напівпровідникового лазера. Якщо є виражене свербіння, призначають препарати брому, собачої кропиви, валеріани, місцево — анестезинову мазь.

Вагінізм

Вагінізм — больовий спазм м'язів входу до піхви і тазового дна. Він може розвиватися при запальному процесі зовнішніх статевих органів, піхви або мати неврогенний характер (наприклад, розвивається після грубої спроби здійснити статевий акт).

Клініка. При спробі здійснення статевого акту, іноді лише від думки про нього, виникають спазми стискача піхви і привідних м'язів стегна, що перешкоджає введенню статевого члена у піхву. Гінекологічний огляд слід проводити обережно, оскільки болючий спазм може спричинитися від одного дотику до статевих органів.

Лікування. За наявності вульвіту, кольпіту проводять протизапальне лікування. При неврогенній формі необхідні тактовне ставлення чоловіка при статевих зносинах, психотерапія, гіпноз. Хвора потребує консультації сексопатолога.

Кольпіт

Кольпіт (colpitis) — інфекційно-запальне захворювання піхви. Належить до найбільш поширених гінекологічних захворювань у жінок репродуктивного віку. Запалення слизової оболонки піхви може бути спричинене стафілококом, стрептококом, кишковою паличкою та іншими збудниками.

Форми перебігу захворювання: гостра, підгостра, хронічна (рецидивна). Запалення піхви найчастіше поділяють на дві форми: *серозно-гнійний кольпіт* (vaginitis simplex) та *дифузний кольпіт* (vaginitis granularis).

Клінічна картина неспецифічного кольпіту може бути різною, залежно від важкості запального процесу. Основним симптомом захворювання є виділення, які можуть бути пінистими, гнійними, водянистими, рідкими, при сильному злущенні епітелію стають густими, з неприємним запахом. Хворі скаржаться на біль, печію, свербіння у піхві, на неможливість статевого життя, посилення болю і печії під час сечовипускання. У хронічній стадії ці явища вщухають, переважають скарги на виділення, печію, свербіж.

Діагностика ґрунтується на даних огляду в дзеркалах. У гострій стадії захворювання слизова оболонка піхви набрякла, гіперемійована, при дотику кровоточить, вкрита гнійними або серозними нашаруваннями. При серозно-гнійному кольпіті з'являються яскраво-червоні ділянки неправильної форми, слизова оболонка різко потовщена, набрякла, гіперемійована, покрита сірими плівками, а при дифузному — слизова яскраво-червона, помітна крапкова інфільтрація сосочкового шару слизової оболонки піхви, що виступає над поверхнею. У хронічній стадії кольпіту біль стає незначним, гіперемія слизової оболонки менш інтенсивна. Збудника виявляють за допомогою бактеріоскопічного, бактеріологічного дослідження вмісту піхви, каналу шийки матки, сечівника, вивідних проток бартолінових залоз.

Лікування неспецифічного кольпіту комплексне:

- використання етіотропних протизапальних препаратів;
- лікування супровідних захворювань, нейроендокринних, імунодефіцитних станів;
- обстеження та лікування статевого партнера, до повного видужання забороняються статеві контакти.

Місцеве лікування: спринцювання піхви відваром квіток ромашки, листків шавлії, розчинами антисептичних засобів (калію перманганату,

фурациліну, діоксидину, хлоргексидину, фунгізону) не більше 3–4 днів. Хлорофіліпт застосовують для спринцювання (по 1 столовій ложці 1% спиртового розчину на 1 л води) і для вагінальних тампонів (2% олійний розчин). Використовують також обліпихову олію, галаскорбін. При гострих та хронічних формах кольпіту проводять лазеротерапію (газові та напівпровідникові лазери). Призначають загальнозміцнювальні засоби, проводять лікування супутніх захворювань, нейроендокринних, обмінних та інших порушень. До повного одужання забороняють статеві зносини. Проводять повне обстеження статевого партнера, а за необхідності — його лікування. Методом вибору є призначення метронідазолу (флагіл — вагінальні свічки), хлорхінальдину, тержинану, далацину, фуцису, ізолу, Гіно-Певарилу. Антибактеріальну терапію призначають залежно від збудника. Незалежно від збудника, який є причиною кольпіту, для нормалізації біоценозу піхви використовують солкотриховак, вагілак.

Бактеріальний вагіноз

Бактеріальний вагіноз — дисбактеріоз піхви. В основі захворювання є порушення мікробіоценозу. Захворювання характеризується появою рясних виділень, що неприємно пахнуть. Візуальні ознаки запалення слизової оболонки піхви при цьому відсутні, патогенні збудники також. Вагінальний секрет в нормі має pH 3,8–4,2, що зумовлено молочнокислими штамами лактобактерій.

Бактеріальний вагіноз виникає при дестабілізації мікробіоценозу в піхві внаслідок порушень гормонального гомеостазу, імунологічного статусу, а також після масивної антибактеріальної терапії. Відбувається різке зниження лактобактерій, збільшення pH вагінального вмісту — від 5,0 до 7,5. Виникають умови для масового розмноження гарднерел, анаеробних бактерій, які ще більше пригнічують ріст лактобактерій і стимулюють ріст умовно патогенних мікроорганізмів.

Клініка. Основною скаргою хворих на бактеріальний вагіноз є значні виділення з неприємним рибним запахом. На початку захворювання вони мають рідку консистенцію, білий або сірий колір. У подальшому набувають жовто-зеленого забарвлення, стають густішими, липкими, можуть пінитись.

Кількість виділень на добу збільшується до 20 мл, що у 10 разів більше за норму. Хвора може відчувати локальний дискомфорт, свербіння та печію в ділянці вульви, турбує диспареунія.

При огляді статевих органів ознаки запалення відсутні. Немає гіперемії, набряку, слизова оболонка рожевого кольору.

Рис. 15.2. Бактеріальний вагіноз. Наявність «ключових клітин» та піхвових гарднерел

Діагностика. Основними ознаками захворювання є:

- скарги на значні виділення з піхви;
- наявність «ключових клітин» у вагінальному мазку;
- підвищення pH;
- позитивний амінотест вагінальних виділень;
- наявність піхвових гарднерел.

Для встановлення діагнозу бактеріального вагінозу достатньо трьох ознак із вищенаведених.

Основним методом діагностики є бактеріоскопічний. У мазках, забарвлених за Грамом, виявляють злущені клітини епітелію піхви, вкриті грамнегативними паличками, так звані «ключові клітини» *(рис. 15.2)*. У здорових жінок таких клітин немає.

Використовують також амінотест. При змішуванні у рівних кількостях вмісту піхви та 10 % розчину гідроокису калію з'являється або посилюється неприємний запах гнилої риби.

Лікування. Завданням першого етапу лікування є оптимізація фізіологічного середовища піхви та корекція місцевого і загального імунітету. На другому етапі лікування слід відновити нормальну мікрофлору піхви.

Лікування починають з інстиляції у піхву 100 мл 2–3 % молочної або борної кислоти протягом тижня щоденно. Молочна кислота сприяє відновленню кислого середовища, поновлює процес самоочищення піхви, створює несприятливі умови для розвитку анаеробів та гарднерел.

Для лікування бактеріального вагінозу використовують кліндаміцин (мілагін) 100 мг. Застосовують по 1 супозиторію 1 раз на добу на ніч 3 дні

підряд. Можливе використання в II та III триместрах вагітності. Оргіл призначають за схемою 500 мг двічі на день протягом 5 днів.

Другий етап — місцеве застосування біопрепаратів (лактобактерин, біфідумбактерин, апілак, біфідин) на тампонах. Перед застосуванням препарати розводять у 5 мл кип'яченої води з додаванням лактози, вводять у піхву по 2,5–3 дози двічі на день з 10–12-годинними інтервалами. Застосовують також препарати вагілак, солкотриховак, які сприяють заселенню піхви нормальною мікрофлорою.

Ендоцервіцит

Ендоцервіцит — запалення слизової оболонки каналу шийки матки. Збудниками можуть бути хламідії, гонококи, трихомонади, віруси, гриби роду Candida, мікоплазми, стафілококи, кишкова паличка. Ендоцервіцит часто поєднується з іншими запальними процесами статевих органів — аднекситом, ендометритом і кондиломами. Проникненню мікроорганізмів у шийку матки сприяють травми шийки під час пологів, абортів, внутрішньоматкові втручання. Хламідії можуть проникати у слизову оболонку цервікального каналу без попереднього пошкодження її. Характер запальної реакції залежить від вірулентності збудника та від стану захисних сил організму, зокрема місцевого імунітету. Тому ендоцервіцит може проходити у гострій та хронічній формі. Перебіг захворювання залежить також від характеру збудника. При хламідійній етіології процес первинно проходить у стертій формі із слабовираженими клінічними ознаками, тому часто набуває хронічного перебігу. Ендоцервіциту гонорейної етіології притаманна чіткіше виражена клінічна картина, тому його частіше діагностують у гострій фазі. Вчасно не діагностований і не лікований у початковій стадії ендоцервіцит переходить у тривалий хронічний процес. Тривалість перебігу пов'язана з проникненням збудників у розгалужені залози (крипти) слизової оболонки, де вони стають менш доступними для дії місцевих лікувальних процедур.

Запальний процес у шийці матки супроводжується набряком слизової, утворенням інфільтратів у субепітеліальному шарі та стромі. Інфільтрати складаються з лейкоцитів, лімфоцитів та плазматичних клітин. У хронічній стадії запальна реакція виражена менше, у місцях відшарування епітелію починається його регенерація. Під час регенерації може відбутися метаплазія епітелію і часткове заміщення циліндричного епітелію плоским.

Клініка. Для захворювань шийки матки біль не характерний. При гострому ендоцервіциті основною скаргою хворих є слизово-гнійні виділення, які зрідка супроводжуються тупим болем унизу живота, попереку. Виникнення інших скарг — біль при сечовипусканні, біль переймоподібного характеру тощо — зумовлене переважно суппровідними захворюваннями

(уретритом, ендометритом, сальпінгоофоритом тощо). При огляді в дзеркалах виявляють гіперемію довкола зовнішнього вічка і слизово-гнійні виділення з каналу шийки матки. Запалення шийки матки призводить до виникнення спочатку справжньої, а згодом несправжньої ерозії шийки матки. При тривалому перебігу захворювання запалення поширюється не тільки на слизову оболонку, але й на підлеглі тканини, відбувається їх ущільнення, шийка матки гіпертрофується — розвивається хронічний цервіцит.

Діагностика ґрунтується на огляді в дзеркалах, кольпоскопії, бактеріологічному дослідженні виділень. При кольпоскопії видно дифузну гіперемію, судинні петлі, особливо їх багато навколо зовнішнього вічка цервікального каналу. При цитологічному дослідженні виявляють клітини циліндричного та багатошарового плоского епітелію без ознак атипії. Бактеріологічне дослідження необхідне для ідентифікації збудника і призначення етіотропного лікування.

Лікування. У гострій стадії захворювання проводять переважно антибактеріальну терапію, залежно від виду збудника (див. Гонорея, Хламідіоз, Трихомоноз). Місцеві процедури протипоказані (існує ризик висхідного поширення інфекції), їх проводять після вщухання процесу. Застосовують спринцювання, ванночки з хлоргексидином, рекутаном, димексидом, балізом (див. розділ «Консервативні методи лікування у гінекології»). Лазеротерапію рекомендовано як у гострій, так і в хронічній стадії захворювання. Застосовують гелієво-неонові та напівпровідникові лазери.

При хронічних ендоцервіцитах і цервіцитах, що супроводжуються гіпертрофією шийки матки, особливо за наявності псевдоерозій, ерозованих ектропіонів, слід здійснювати оперативне лікування — діатермоконізацію шийки матки, клиноподібну або конусоподібну ампутацію шийки матки.

Гострий ендометрит

Інфікування внутрішньої оболонки матки відбувається найчастіше як наслідок внутрішньоматкових втручань — діагностичних вишкрібань, абортів або після пологів. Гострий запальний процес ендометрія викликають бактерії, віруси, грибки, мікоплазми, спірохети. Останніми роками зросла роль хламідійної інфекції та вірусу генітального герпесу. Найчастіше зустрічаються асоціації 3–4 анаеробів і 1–2 аеробів.

Факторами, що сприяють виникненню запального процесу ендометрія, є наявність у порожнині матки залишків плацентарної тканини, згустків крові, децидуальної тканини, плідного яйця. Важливу роль відіграє імунний статус організму.

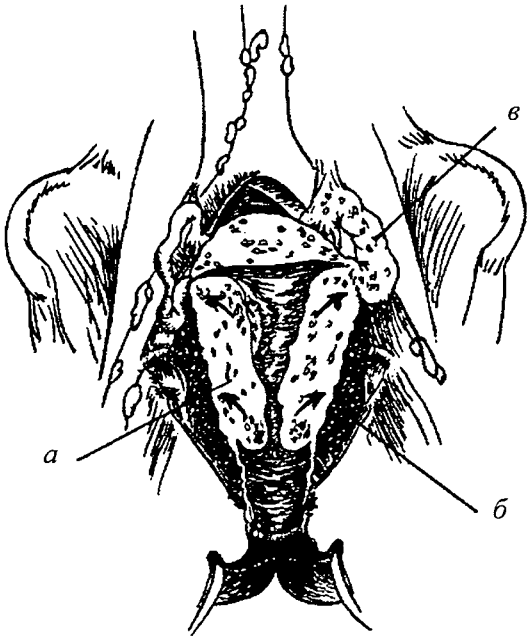


Рис. 15.3. Поширення запальних захворювань (схема)
а — метроендометрит;
б — параметрит;
в — сальпінгіт

Матка — орган, у якому досить розвинені фактори місцевого захисту. Так, у стромі її слизової оболонки визначають Т-лімфоцити, макрофаги та інші елементи клітинного імунітету. Регуляція рівня місцевого імунітету пов'язана з рівнем статевих гормонів, зокрема естрадіолу. У середині і в пізній лютеїновій фазі ендометрій секретує α_2-глобулін, який має імуносупресивний ефект. У підтримці нормального гомеостазу в порожнині матки велику роль відіграє неушкодженість епітелію, а також наявність у підлеглих тканинах лейкоцитарної інфільтрації поліморфноядерними нейтрофілами та добре кровопостачання матки, що забезпечує надходження з кров'ю неспецифічних гуморальних захисних елементів — лізоциму, опсонінів, трансферину тощо.

Запальний процес характеризується розладами мікроциркуляції в тканинах (розширення судин, спазм, тромбоутворення), ексудацією. У випадку, коли ендометрит викликаний анаеробами, може виникати некротична деструкція. Запальний процес може захоплювати міометрій.

Розрізняють специфічні та неспецифічні ендометрити. Специфічні ендометрити викликають мікобактерії туберкульозу, гонокок, хламідії, актиноміцети.

Клініка гострого ендометриту. Захворювання починається на 3–4 день після інфікування. Підвищується температура тіла, з'являється озноб. При гінекологічному дослідженні виявляють серозно-гнійні виділення, деколи вони бувають сукровичними за рахунок затримки регенерації ендо-

метрія. Цервікальний канал нерідко відкритий. Матка помірно збільшена, чутлива при пальпації, особливо по боках — за ходом великих лімфатичних судин.

Захворювання триває 8-10 днів і при правильному лікуванні закінчується видужанням, зрідка гострий ендометрит переходить у хронічний. Захворювання може перебігати в легкій або абортивній формі.

Лікування ендометриту. У гострій стадії ендометриту призначають антибіотики відповідно до чутливості мікроорганізмів: напівсинтетичні пеніциліни, аміноглікозиди, доксициклін, клацид, далацин С, полімік, озерлік. Дози і тривалість введення антибіотиків визначаються важкістю захворювання. Оскільки захворювання в переважній більшості випадків спричинене асоціаціями аеробних та анаеробних мікроорганізмів, крім антибіотиків призначають оргіл 500 мг двічі на добу протягом 10 днів. Проводять також детоксикаційну, загальнозміцнювальну, десенсибілізувальну терапію.

Хронічний ендометрит

Як правило, хронічний ендометрит виникає як наслідок недостатньо лікованого післяпологового чи післяабортного ендометриту. Його виникненню можуть сприяти часті повторні вишкрібання ендометрія з приводу маткових кровотеч. Іноді причиною хронічного ендометриту може бути шовний матеріал після кесаревого розтину або тривале перебування в матці внутрішньоматкових контрацептивів. У таких випадках можливе виникнення хронічного ендометриту без гострої стадії.

При хронічному ендометриті в процес захоплюється не лише функціональний, але й базальний шар, а у важких випадках — навіть міометрій.

Роль первинного збудника при хронічному ендометриті втрачається і посилюється роль вторинного збудника, яким може бути умовнопатогенна флора вагіни (ешерихії, протей, золотистий стафілокок, мікоплазма). Велика роль відводиться вірусам. Тривала персистенція мікроорганізмів, що належать до нормальної мікрофлори людини, пояснюється тим, що вони мають антиген, подібний до антигену людини. Наявність перехресних антигенів призводить до індукції ними автоімунних реакцій в організмі, розвитку імунодефіциту, імуносупресії, що захищає мікроорганізми від імунної системи людини.

Клініка хронічного ендометриту найчастіше виявляється матковими кровотечами — пост- і передменструальними. Причинами цих кровотеч є порушення процесів десквамації та регенерації ендометрія, підвищення проникності судин ендометрія, а також порушення скоротливої діяльності матки та агрегаційних властивостей тромбоцитів. Крім кровотеч, у хворих

іноді бувають серозно-гнійні виділення із статевих органів. Постійним симптомом є біль унизу живота. Бімануальним дослідженням виявляють незначне збільшення і ущільнення матки. За наявності овуляції хронічний ендометрит не є перешкодою для зачаття, проте процес імплантації та розвитку плідного яйця порушується, виникають викидні, нерідко звичні.

Діагностика базується на анамнезі, клінічних проявах захворювання. Остаточно діагноз підтверджується гістологічним дослідженням ендометрія. Для отримання максимальної інформації, вишкрібання слід робити на 8-10 день менструального циклу. Оскільки діагностичне вишкрібання зв'язане із ризиком загострення, рекомендується робити ехографічне дослідження. При ендометриті в зоні серединного М-ехо визначаються ділянки підвищеної ехогенності. Досить часто в порожнині матки виявляють міхурці газу, а в базальному шарі ендометрія — невеликі гіперехогенні включення, які являють собою ділянки фіброзу, склерозу та кальцинозу.

Лікування. При хронічному ендометриті проводять комплексне лікування, що включає в себе засоби, спрямовані на терапію супровідних захворювань, десенсибілізуючу терапію, загальнозміцнювальну терапію, вітаміни.

Провідну роль відіграє фізіотерапія, що покращує гемодинаміку малого таза. Призначають діатермію на низ живота, електрофорез із міддю та цинком, ультразвук, індуктотермію, лазерне опромінення. Якщо під час фізіотерапії виникає загострення, рекомендують антибіотики.

Під час ремісії вживання антибіотиків недоцільне.

Фізіотерапія нерідко сприяє активації гормональних функцій яєчників. Якщо ефект фізіотерапії недостатній, то з урахуванням віку хворої, тривалості захворювання, ступеня гіпофункції яєчників проводять гормонотерапію. Ефективне також курортне лікування (пелоїдотерапія, бальнеотерапія).

Сальпінгоофорит

Розрізняють неспецифічні та специфічні сальпінгоофорити. Неспецифічні викликаються патогенними та умовнопатогенними мікроорганізмами — стафілококами, стрептококами (β-гемолітичний), ешерихіями, ентерококами, хламідіями. Нерідко збудниками є також анаероби. Найчастіше у виникненні захворювання відіграють роль мікробні асоціації.

Гострий сальпінгоофорит. Запальний процес починається зі слизової оболонки, поширюється на м'язову. Труба потовщується, подовжується, стає набряклою. Разом із вмістом маткової труби мікроорганізми проникають через абдомінальний кінець труби, уражають серозну оболонку, покривний епітелій яєчника та прилеглу очеревину. Виникають сальпінгоофорит та періофорит *(рис. 15.4)*. Якщо фімбрії труби склеюються, виникають

мішкоподібні утвори із серозним (гідросальпінкс) або гнійним (піосальпінкс) вмістом. Іноді запальні утвори яєчника склеюються з утворами труби (гідро- чи піосальпінксом) і утворюють так звану тубооваріальну пухлину. При неспецифічних процесах відмежування проходить повільно, тому нерідко виникають пельвіоперитоніти.

Клініка. Розрізняють декілька стадій розвитку сальпінгоофориту. Перша — сальпінгіт без ознак подразнення тазової очеревини, друга — з ознаками подразнення очеревини, третя — з оклюзією маткових труб і розвитком тубооваріальної пухлини, четверта — розрив тубооваріального утвору.

Захворювання розпочинається із підвищення температури тіла, появи сильного болю внизу живота, ознобу, дизуричних явищ. Можуть відзначатись напруження живота, болючість його при пальпації. При гінекологічному дослідженні контури придатків матки визначаються недостатньо чітко за рахунок набряку та перифокального запалення, дослідження посилює біль. Придатки пастозні, збільшені, рухомість їх обмежена. З'являються зміни в картині крові: лейкоцитоз із зсувом лейкоцитарної формули вліво, зниження альбуміно-глобулінового індексу, підвищення С-реактивного білка, підвищення ШОЕ. Вираженість клінічних ознак залежить від патогенності мікроорганізму, вираженості запального процесу та характеру випоту.

Діагностика. Базується на даних анамнезу, об'єктивного дослідження, лабораторних даних та даних додаткових методів дослідження.

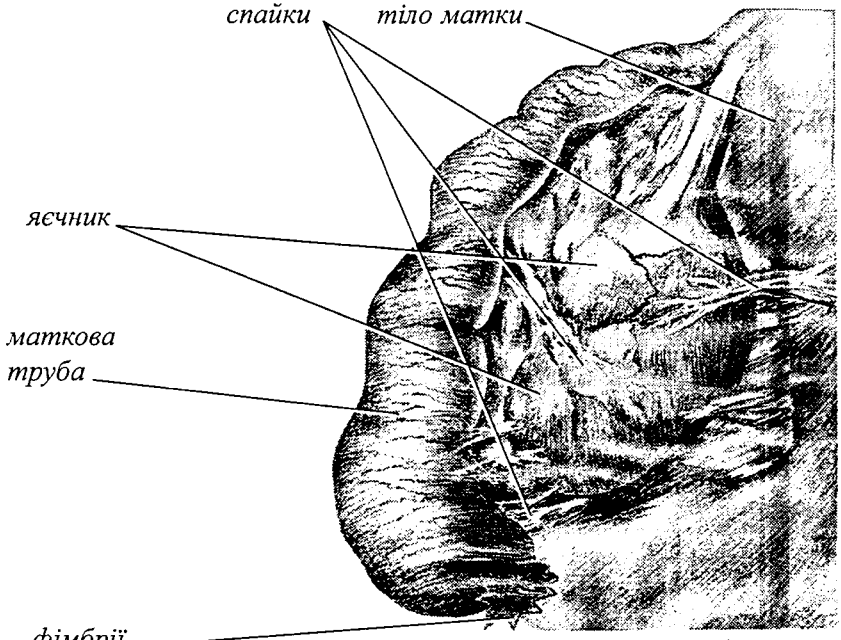


Рис. 15.4. Гострий сальпінгоофорит

Одним з важливих методів, який використовують для діагностики сальпінгоофориту, є ехоскопія. Діагностичну цінність цього методу збільшує використання вагінальних датчиків.

У молодих жінок, які планують вагітність, слід використовувати лапароскопію, тим паче, що одночасно з нею можна проводити лікувальні процедури.

Лікування гострого сальпінгоофориту проводиться виключно в стаціонарі. Створюється строгий постільний режим, призначається легка для засвоєння їжа, адекватна кількість рідини. Стежать за функцією кишечника та сечовипусканням.

Призначають антибіотики з урахуванням чутливості мікрофлори. До отримання результатів бактеріологічного дослідження призначають антибіотики широкого спектра дії. Хороший ефект дає вживання напівсинтетичних пеніцилінів. При важкому перебігу призначають комбінації антибіотиків: кліндаміцин + хлорамфенікол, гентаміцин + лінкоміцин, доксициклін, клацид, цефобід, цифран, клафоран, далацин С, уназин.

При підозрі на анаеробну флору призначають метронідазол, у важких випадках — внутрішньовенно. Після нормалізації температури і зникнення симптомів подразнення очеревини антибактеріальну терапію проводять ще протягом 5 днів. Здійснюють детоксикаційну терапію, парентерально вводять 5% розчин глюкози, поліглюкін, реополіглюкін, білкові препарати, препарати, що коригують кислотно-лужний стан — 4–5% розчин бікарбонату натрію. Бажано призначати десенсибілізувальні препарати.

З фізичних методів лікування використовують холод на низ живота. Оптимальним методом лікування гострого сальпінгоофориту у жінок репродуктивного віку є поєднання антибактеріальної терапії з лапароскопічною санацією та активним дренуванням малого таза.

За наявності тубооваріальної пухлини виправданим вважається евакуація вмісту пухлини шляхом пункції з промиванням і наступним введенням антибіотиків через ту саму голку. Якщо, незважаючи на евакуацію вмісту, стан хворої не покращується, необхідно вдаватись до оперативного втручання.

У підгострій стадії рекомендують аутогемотерапію, ін'єкції алое, ультрафіолетове опромінення, електрофорез, вібромасаж. Ці процедури проводяться на фоні антибактеріальної терапії під контролем клінічних та лабораторних показників. Раціональне використання цих заходів допомагає запобігти переходу запального процесу в хронічну стадію, виникненню незворотних змін (спайки, рубці, склероз).

Хронічний сальпінгоофорит. Найчастіше хронічний сальпінгоофорит є наслідком недолікованого гострого процесу. Хронічна стадія захворювання характеризується наявністю інфільтратів, розвитком сполучної тканини, склеротичними процесами, втратою фізіологічних функцій труби. Нерідко при тривалому перебігу процесу виникає непрохідність труб з утворенням спайкового процесу навколо яєчника *(рис. 15.5)*. Перитубарні та періоваріальні спайки перешкоджають захопленню яйцеклітини.

Клінічна картина. Основні скарги хворих на хронічний сальпінгоофорит — тупий ниючий біль внизу живота, що посилюється при переохолодженні, перед чи під час менструації. Він іррадіює у пахові ділянки, крижі, вагіну. Особливо відчутний біль за ходом тазових нервів (тазові плексити, гангліоневрити, що виникли в результаті хронічного запального процесу). Нерідко суб'єктивні відчуття не відповідають анатомічним змінам з боку органів таза (залишкові явища). У багатьох жінок з'являються розлади менструальної функції — олігоменорея, поліменорея, альгодисменорея тощо.

Зміни в маткових трубах та гіпофункція яєчників призводять до безплідності або невиношування вагітності. Спостерігаються розлади секреторної функції — виділення, які нерідко бувають проявами супровідних захворювань — ендоцервіциту, кольпіту. Частина жінок скаржиться на розлади статевої функції — зниження лібідо, болючий коїтус. Трапляються порушення функції суміжних органів (бактеріурія, цистит), гепатобіліарної системи.

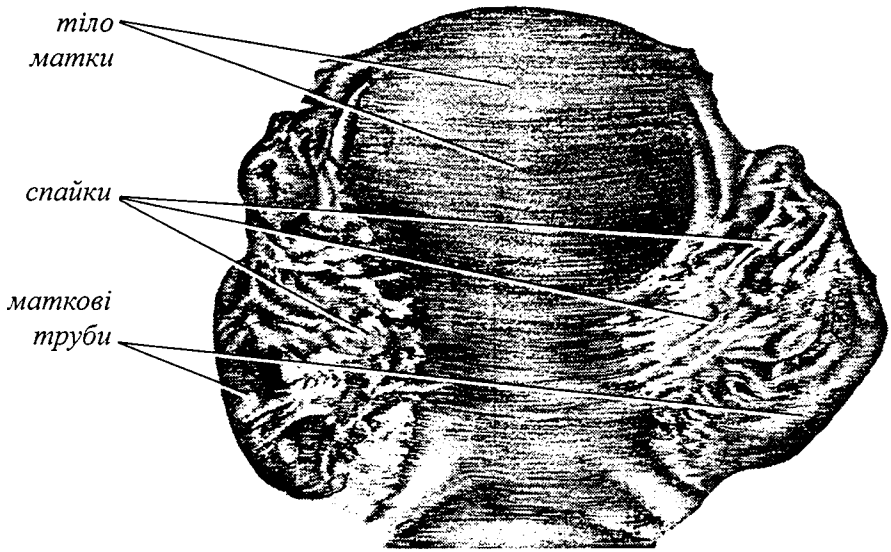


Рис.15.5. Хронічний сальпінгоофорит

Перебіг хронічних сальпінгоофоритів тривалий, із чергуванням загострень, що виникають на тлі переохолодження, перевтоми та інших факторів, з ремісіями. При такому перебігу у процес втягується нервово-ендокринна система, і захворювання набуває полісистемного характеру. Загострення захворювання може проявлятися у двох варіантах: зростає секреція — ексудативний процес у придатках, посилюється їх болючість, підвищується кількість лейкоцитів, прискорюється ШОЕ; у другому варіанті на перший план виступають загальні симптоми: посилення суб'єктивних больових відчуттів, погіршання самопочуття, зниження працездатності. Іноді спостерігаються невротичні реакції — результат порушень у нервовій системі, що виникли внаслідок тривалого запального процесу.

Діагноз. Правильно зібраний анамнез (виявлення перенесених після абортів запальних процесів, ускладнених пологів, внутрішньоматкових процедур, провокуючих факторів) дає можливість запідозрити наявність хронічного запального процесу. При цьому слід пам'ятати, що первинний хронічний перебіг сальпінгоофориту трапляється більше ніж у 60% випадків.

Гінекологічне дослідження не завжди дає чіткі дані, за якими можна судити про наявність хронічного запального процесу. Необхідно звернути увагу на стан придатків матки, крижово-маткових зв'язок, стінок таза. Іноді визначаються грубі анатомічні зміни — за наявності гідросальпінкса, перитубарних та періоваріальних спайок. Із додаткових методів обстеження використовують ультразвуковий, ендоскопічний (лапаро- та кульдоскопія) та гістеросальпінгографію. УЗД дозволяє діагностувати хронічний сальпінгоофорит у випадку наявності грубих анатомічних змін, рідини в маткових трубах. Лапароскопія повинна проводитись у хворих із безплідністю, больовим синдромом, при тривалому і безуспішному лікуванні. Лапароскопічна картина при хронічному сальпінгоофориті має такі ознаки: порушення прохідності маткових труб, їх гіперемія, перитубарні спайки, гідросальпінкси, вузлуватий сальпінгіт. Діагностична точність гістеросальпінгографії при хронічному сальпінгоофориті недостатня, проте використання її обов'язкове для початкової оцінки органів малого таза при безплідності. Використовуючи ці методи діагностики, слід виключити захворювання, що нерідко перебігають з подібною до сальпінгоофориту картиною, а саме: зовнішній ендометріоз, міома матки із запальними змінами, кісти, кістоми.

Лікування повинно спрямовуватись на досягнення протизапального та знеболювального ефекту, підвищення захисних сил організму, відновлення порушених функцій статевого апарату, нервової та ендокринної систем. Лікування антибіотиками проводиться лише в окремих випадках, а саме: у період загострення, якщо у клінічній картині переважають ознаки запальної реакції; якщо під час гострої або підгострої стадії не проводилась раціональна тера-

пія антибіотиками; під час проведення фізпроцедур чи введення препаратів, що можуть спровокувати загострення (продигіозан, тканинні препарати). Із протизапальних препаратів призначають нестероїдні — вольтарен, бутадіон. З метою підвищення захисних сил організму вживають імуномодулятори — декарис, Т-активін, тканинну терапію — ФІБС, алое, аутогемотерапію. Застосовують протефлазид, який має противірусну та імуномодулюючу дію, за такою схемою: 1-й тиждень — по 5 крапель 3 рази на добу; 2–3-й тиждень — по 10 крапель 3 рази на добу; 4-й тиждень — по 8 крапель 3 рази на добу. Загальний термін лікування протефлазидом у комплексній протизапальній терапії складає 28 днів. З першого дня прийому протефлазиду per os паралельно у піхву вводять вагінальні тампони — 3,0 мл (72-75 крапель) розводять на 20 мл фізіологічного розчину — 2 рази на добу протягом 10 днів. Велике значення має знеболювання, як медикаментозне, так і голкорефлексотерапія, психотерапія. Особливе місце в лікуванні хронічних сальпінгоофоритів посідають фізичні методи лікування, які можна використовувати як під час ремісії, так і в період загострення. Під час загострення процесу фізіотерапію проводять у стаціонарі, а під час ремісії її можна призначити в амбулаторних умовах чи умовах денного стаціонару. Призначають ультразвук, який має болезаспокійливий та фібролітичний вплив, діадинамічні, синусоїдальні та модулюючі струми високої частоти. Ефективним може бути призначення електрофорезу із цинком, міддю, йодом. Проводиться лазерна та магнітолазерна терапія. Виражений лікувальний ефект спостерігається при використанні грязьових, озокеритових чи парафінових аплікацій, тампонів, а також бальнеотерапії — ванн, вагінальних зрошень мінеральними водами. Ці процедури можна проводити як під час санаторно-курортного лікування, так і в місцевих умовах. Для усунення залишкових явищ запального процесу необхідно широко використовувати місцевий масаж, лікувальну гімнастику. Можна проводити ручний (сегментарний, точковий), вібраційний та гінекологічний масаж (при інфантилізмі, рубцях, спайках).

Профілактика хронічних сальпінгоофоритів полягає в раціональному лікуванні гострих процесів, раціональній контрацепції, зниженні кількості абортів, проведенні їх у ранні терміни із застосуванням простагландинів, антигестагенів.

Параметрит

Параметрит — запалення навколоматкової клітковини. Запалення всієї тазової клітковини називається пельвіоцелюлітом. Збудниками можуть бути стафілокок, стрептокок, кишкова паличка тощо. Захворювання буває

мономікробним або полімікробним (викликане асоціацією мікроорганізмів). Виникає найчастіше після патологічних пологів, абортів, операцій на статевих органах. Основний шлях поширення інфекції — лімфогенний.

Морфологічно параметрит характеризується класичними ознаками запалення: розширенням кровоносних та лімфатичних судин, периферичним набряком, ексудацією. У перебігу параметриту розрізняють три стадії, відповідно до стадій запалення: інфільтрації, ексудації, ущільнення. Ексудат здебільшого буває серозним, нагноєння відбувається рідко. За сприятливого перебігу настає резорбція ексудату, інфільтрат розсмоктується, але іноді розвивається фіброзна сполучна тканина, що призводить до зміщення матки в бік перенесеного запального процесу.

Спочатку інфільтрат розташовується біля матки, потім «віялоподібно» поширюється по клітковині попереду, охоплюючи навколоміхурову клітковину. Далі в процес втягується параректальна клітковина. По брижі труби процес може поширитися вгору, і тоді матка виявляється замурованою в інфільтраті. В особливо важких випадках інфільтрат піднімається заочеревинно, сягаючи параметральної клітковини.

Клініка. До ранніх проявів належать постійний тупий біль унизу живота, у крижах, попереку, який з'являється раніше, ніж об'єктивні зміни, а також підвищення температури тіла до 38–39 °С, тахікардія (причому прискорення пульсу відповідає ступеню підвищення температури), головний біль, спрага, сухість у роті, погіршання самопочуття, порушення сну, апетиту. Пальпація живота у нижніх відділах болюча, але немає симптомів м'язового захисту (відсутнє напруження передньої черевної стінки).

При піхвовому дослідженні визначають виразну болючість матки; дещо пізніше — збоку від матки, рідше ззаду або спереду від неї виникає інфільтрат. Він щільний, нерухомий. За локалізацією інфільтрату параметрити поділяють на передній, задній та бокові.

Він може розповсюджуватись від бокової поверхні матки аж до стінки таза. Консистенція інфільтрату спершу м'якувата, згодом стає щільною. Нагноєння в умовах сучасної антибактеріальної терапії виникає рідко. Якщо ж таке трапляється, стан хворої значно погіршується: температура тіла стає гектичною, зростає лейкоцитоз. Гнійник може прорвати у сечовий міхур або пряму кишку. Якщо не відбувається повного спорожнення гнійника, процес загострюється, продовжується накопичення гною, і прориви можуть повторюватися кілька разів з наступним утворенням фістул.

Лікування проводять, використовуючи антибактеріальні, десенсибілізуючі, загальнозміцнювальні препарати за тими самими принципами, що й при лікуванні запалення придатків матки.

В інфільтративній фазі захворювання жінка повинна дотримуватись постільного режиму. Їй призначають холод на низ живота, спокій. У фазі розсмоктування раціонально призначати біостимулятори, тепло на низ живота, світлові та електропроцедури. При хронічному параметриті вдаються до більш активних фізіотерапевтичних процедур, призначають тампони і «трусики» з парафіну чи озокериту, вагінальну діатермію. Сприяють розсмоктуванню інфільтрату протеолітичні ферменти (трипсин, хімотрипсин).

При підозрі на нагноєння інфільтрату проводять його пункцію через піхву. Наявність гною в пунктаті є показанням до розтину абсцесу і дренування параметрія, після чого призначають лазерну терапію. Після розтину вміст абсцесу направляють на бактеріологічне дослідження — посів для ідентифікації збудника, встановлення його чутливості до антибіотиків — та продовжують антибактеріальну терапію із врахуванням отриманих даних.

Для реабілітації хворих слід використовувати фізіотерапевтичні процедури та санаторно-курортне лікування.

Гнійні тубооваріальні пухлини

Гнійні тубооваріальні пухлини виникають як ускладнення перебігу сальпінгоофориту. При запаленні ендотелія труби в її просвіті накопичується ексудат, який у міру прогресування процесу може набувати гнійного характеру. Якщо склеюються матковий та яєчниковий кінці труби, гній не евакуюється і утворюється піосальпінкс. Вторинно може виникати періоофорит, а потім оофорит. За рахунок випадання фібрину труба склеюється з яєчником. У випадку виникнення гнійного запалення яєчника нерідко утворюється єдина з піосальпінксом порожнина — формується тубооваріальний абсцес *(рис. 15.6)*. Виникненню гнійного вогнища у придатках матки можуть сприяти наявність ВМК, характер інфекції (мікробні асоціації, супровідні генітальні та екстрагенітальні захворювання, неадекватна терапія). Гнійні вогнища в придатках можуть формуватись поступово в міру поглиблення процесу. У таких випадках зменшується тривалість ремісій і стають частішими рецидиви захворювання. Кожне наступне загострення супроводжується температурною реакцією, ознобом, інтоксикацією.

Клініка та діагностика. При піоварі, нагноєнні ексудату в трубі чи гнійній тубооваріальній пухлині стан хворої тяжкий, шкіра бліда, з ціанотичним відтінком. Температура піднімається до 39 °С, пульс частий, відповідає температурі. Як наслідок інтоксикації виникає гіповолемія, що клінічно проявляється зниженням АТ, язик вологий. Живіт м'який, бере участь у акті дихання, може бути незначне його здуття, переважно в нижніх відділах,

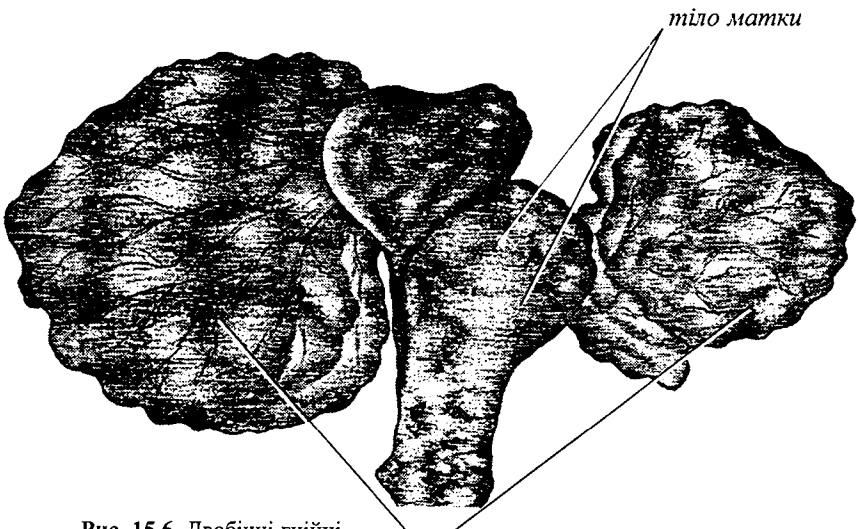


Рис. 15.6. Двобічні гнійні тубооваріальні пухлини

болючий у тих самих ділянках. Іноді можна пальпувати верхній полюс утвору, що виходить з малого таза. Поява симптомів подразнення очеревини свідчить про загрозу прориву гнійника.

При бімануальному дослідженні у випадку наявності гнійника знаходять дещо збільшену болючу матку, болючість посилюється при зміщенні. Нерідко матка спаяна в єдиний конгломерат із збільшеними придатками. При гострому перебігу захворювання придатковий утвір має нечіткі контури і нерівномірну консистенцію, він, як правило, нерухомий, різко болючий. Тканини, що оточують матку та придатки, пастозні.

У деяких випадках болючі ретортоподібні утвори пальпуються збоку і ззаду від матки, проте частіше, у зв'язку з різкою болючістю, отримати чіткі дані про стан придатків немає можливості. У стадії ремісії придатків характерні досить чіткі контури, щільна консистенція, виражена болючість.

Для наявності гнійного утвору характерні зміни в клінічному аналізі крові — лейкоцитоз 9×10^9/л, із зсувом формули вліво, ШОЕ більше 30 мм/год, позитивна реакція на С-реактивний білок, зниження альбуміно-глобулінового коефіцієнта до 0,8.

У хворих із тубооваріальними пухлинами нерідко виникає так званий ізольований сечовий синдром. Він проявляється протеїнурією, лейкоцитурією (15-25 у полі зору), мікрогематурією та появою гіалінових чи зернистих циліндрів.

Діагностика базується на особливостях клінічного перебігу, даних гінекологічного дослідження, лабораторних та апаратних методів дослідження.

Для підтвердження діагнозу використовують ультразвукове дослідження. Стінки піосальпінксу мають чіткі контури середньої ехогенності, ексудат ехонегативний. Тубооваріальний абсцес має неправильну форму, він багатокамерний, з нечіткими контурами. Точнішу оцінку утвору можна дати, використовуючи вагінальний датчик.

Застосовують також лапароскопію, проте через ризик поширення інфекції цей метод можна використовувати лише при наявності «гострого живота» із нез'ясованою етіологією.

Лікування. При тубооваріальних пухлинах проводиться антибактеріальна, десенсибілізуюча, протизапальна, детоксикаційна, імуностимулююча терапія.

Вибір антибіотиків проводиться за загальними принципами, але інтенсивність терапії має бути посилена. Найкраще комбінувати пеніциліни з аміноглікозидами, цефалоспорини з аміноглікозидами, цефалоспорини з тетрациклінами. При підозрі на анаеробну флору призначають метронідазол. Бажаними є пункції гнійників через заднє склепіння вагіни, відсмоктування гнійного вмісту та введення антибіотика.

Пункції повторюють спочатку щодня, пізніше — через день до того часу, поки не евакуйовано весь гнійний вміст.

Можна проводити трансвагінальне дренування гнійника під контролем ехографії. За наявності умов можна спорожнювати гнійник при лапароскопії, гній аспірують, промивають порожнину антисептиком та антибіотиком.

Показаннями до оперативного лікування тубооваріального гнійника є:

- відсутність ефекту від комплексного лікування з використанням пункції чи лапароскопічного дренування протягом 2–3 діб;
- підозра на перфорацію гнійника.

Об'єм оперативного втручання вирішується індивідуально і залежить від поширення процесу, наявності супровідних захворювань, віку жінки.

Пельвіоперитоніт

Пельвіоперитоніт — запалення всієї очеревини малого таза. Збудниками перитоніту найчастіше бувають мікробні асоціації — патогенна та умовнопатогенна, аеробна та анаеробна мікрофлора: гонококи, хламідії, стрептококи, стафілококи, мікоплазми, ешерихії, ентерококи, протей, бактероїди (мікроорганізми перераховано відповідно до частоти, з якою їх виділяють). Пельвіоперитоніт, зазвичай, виникає вторинно. Первинне вогнище може бути в маткових трубах, яєчнику, матці, клітковині малого таза. Прак-

тично завжди він супроводжує розвиток піосальпінксу, піовару чи гнійної тубооваріальної пухлини. Інфекція може поширюватись каналікулярним шляхом — з маткової труби при сальпінгіті (переважно при гонококовій інфекції) лімфогенним, гематогенним шляхом та за поширенням.

За характером запалення розрізняють серозно-фібринозний та гнійний пельвіоперитоніт. У гострій стадії серозно-фібринозного процесу відбуваються розлади мікроциркуляції, виникає гіперемія, набряк очеревини. З'являється серозний ексудат, до якого домішуються фібрин, лейкоцити, альбуміни. У вогнищі запалення накопичуються гістамін, кініни, змінюється pH. У міру зменшення дії інфекційного агента зменшуються розлади мікроциркуляції, ексудація, утворюються спайки, що обмежують запальний процес у межах малого таза. Якщо ж пошкоджуючий агент продовжує діяти, то посилюються дистрофічні зміни у мезотелії, підвищуються ексудація та лейкопедез, серозний пельвіоперитоніт переходить у гнійний. Іноді при гнійному пельвіоперитоніті відмежування проходить дуже повільно або не відбувається зовсім — розвивається поширений перитоніт.

Клініка. Картина пельвіоперитоніту характерна для гострого запального процесу: висока температура (особливо при гнійному процесі), сильний біль унизу живота, здуття живота, озноб. З'являється нудота, іноді — блювання. При об'єктивному дослідженні виявляють прискорення пульсу, що дещо випереджає температуру; язик вологий, може бути обкладений білими нашаруваннями. Живіт злегка здутий у нижніх відділах, там же виявляється напруження м'язів, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга. Перистальтика кишечника послаблена, але передня черевна стінка бере участь у акті дихання.

Гінекологічне дослідження у хворих на пельвіоперитоніт через різку болючість та напруження передньої черевної стінки провести важко. Відзначаються ригідність та болючість заднього склепіння. З розвитком хвороби тут може виявлятись випинання за рахунок накопичення ексудату. При спробі зміщення шийки виникає сильний біль.

Аналіз крові виявляє лейкоцитоз із зсувом уліво, прискорення ШОЕ. У біохімічному аналізі виявляють зміни вмісту білка та електролітів. Клінічний аналіз крові необхідно повторювати кілька разів на добу, а на початку захворювання навіть погодинно, що може допомогти своєчасно помітити перехід пельвіоперитоніту у перитоніт.

Діагностика базується на ретельно зібраному анамнезі, клінічній картині, лабораторних даних. Важливе значення мають пункція заднього склепіння, бактеріологічне дослідження пунктату. Проводиться ультразвукове дослідження, проте воно не дає надійних результатів. У незрозумілих ви-

падках доцільно проводити діагностичну лапароскопію і при підтвердженні діагнозу вводити мікроіригатор для місцевої антибіотикотерапії.

Лікування проводять у гінекологічному стаціонарі. Призначають суворий ліжковий режим, повний спокій, холод на низ живота. Застосовують антибактеріальну терапію з використанням напівсинтетичних пеніцилінів, уназину, цефобіду, аміноглікозидів, цефалоспоринів, метронідазолу, дезінтоксикаційні (неогемодез, реополіглюкін, розчин глюкози) і десенсибілізуючі засоби. Проводять корекцію водно-електролітного обміну, кислотно-лужного стану. Із фізіотерапевтичних методів найчастіше застосовують внутрішньовенне опромінювання крові гелієво-неоновим лазером. На вогнище ураження призначають магнітолазерну терапію (випромінювання напівпровідникових інфрачервоних лазерів).

Прогноз у більшості випадків сприятливий.

СЕПТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

У гінекологічній практиці зустрічаються септичні захворювання, які є вторинними, як наслідок ослаблення реактивних сил організму за наявності запальних процесів, спричинених високовірулентною мікрофлорою. Ці захворювання проявляються у вигляді розлитого перитоніту, бактеріально-токсичного шоку, септицемії та септикопіємії.

Перитоніт

У гінекологічній практиці перитоніт виникає найчастіше як завершальний етап гнійно-запальних процесів тазових органів — розплавлення піосальпінксу, піовару чи гнійного тубооваріального утвору, а також як ускладнення гінекологічних операцій, кримінальних абортів, у тому числі обтяжених перфорацією матки. Він може виникати і як наслідок некрозу пухлини яєчника при перекруті її ніжки.

Є декілька класифікацій перитоніту, але найбільш вживана класифікація за ступенем поширеності процесу. Відповідно до неї розрізняють: *місцевий* (обмежений та необмежений) та *поширений* (дифузний, розлитий і загальний) *перитоніт (рис. 15.7).*

Під *місцевим обмеженим перитонітом* розуміють запальний інфільтрат чи абсцес у будь-якому органі черевної порожнини. У гінекологічній практиці таким гнійником може бути піовар, піосальпінкс чи тубооваріальний абсцес.

При місцевому необмеженому перитоніті процес локалізується в одній із кишень очеревини. У гінекології — це пельвіоперитоніт.

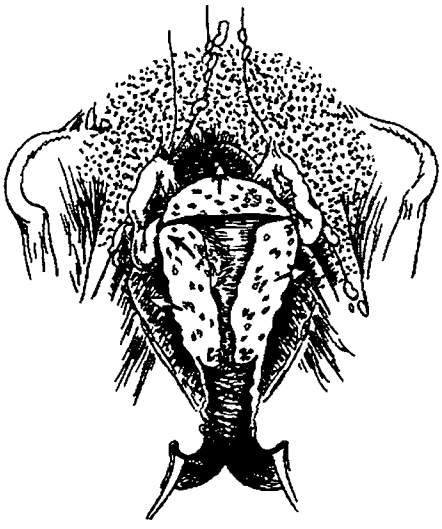


Рис. 15.7. Розлитий перитоніт (схема поширення процесу)

Поширений дифузний перитоніт захоплює до 5 анатомічних ділянок; *розлитий* — до 9, а *загальний* — уражає весь серозний покрив органів черевної порожнини. Останні два варіанти на практиці об'єднують терміном поширений розлитий перитоніт.

Ступінь поширеності ураження очеревини нерідко визначається лише при оперативному втручанні, проте місцевий від поширеного слід диференціювати чітко, оскільки існує принципова різниця у виборі лікарської тактики при тій та іншій патології.

Збудниками перитоніту є стафілококи, кишкова паличка, протей, стрептококи, іноді — анаеробна флора. Трапляються специфічні перитоніти. Найчастіше — це мікробні асоціації.

Поширений розлитий перитоніт є надзвичайно важкою патологією. Патогенетичні механізми інтоксикації, що виникає при перитоніті, остаточно не вивчені. Як наслідок дії біологічно активних речовин у хворих виникають виражені генералізовані судинні розлади, головним чином на рівні мікроциркуляторної частини судинного русла. Неадекватність постачання тканин кров'ю призводить до їх гіпоксії, порушення обмінних процесів, деструктивних змін у нирках, підшлунковій залозі, печінці, тонкому кишечнику. Порушення бар'єрної функції кишечника призводить до наростання інтоксикації.

Клініка перитоніту. У гінекологічних хворих клінічні прояви перитоніту мають деякі відмінності від подібної патології у хірургічних хворих. Насамперед це стосується відсутності яскравих проявів перитоніту — як місцевих, так і загальних.

До місцевих ознак перитоніту належать такі: біль у животі, захисне напруження м'язів передньої черевної стінки, інші симптоми подразнення очеревини, парез кишечника. Із загальних симптомів найбільш характерними є висока температура, поверхневе прискорене дихання, блювання, неспокійна поведінка чи ейфорія, тахікардія, холодний піт, а також зміни деяких лабораторних показників, а саме: лейкоцитоз зі зсувом уліво, токсична зернистість нейтрофілів, збільшення лейкоцитарного індексу інтоксикації понад 4, різке зниження кількості тромбоцитів.

Розрізняють *реактивну, токсичну* та *термінальну* фази. Реактивна фаза виявляється болем у животі, нудотою, блюванням, відрижкою. З'являються сухість у роті, спрага. Язик сухий, обкладений. Підвищується температура тіла до 38–39 °С. Пульс прискорений, відповідає температурі. Живіт здутий, в акті дихання бере обмежену участь або тип дихання стає виключно грудним. Виникає задишка. При пальпації живота виявляється позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга.

Блювання наростає. Спочатку блювотні маси є вмістом шлунка, потім з'являються домішки жовчі та вмісту тонкої кишки. Виникає зневоднення, наростають явища інтоксикації, парезу кишечника, що сприяє всмоктуванню токсинів. У цій фазі збережені компенсаторні механізми, немає порушень клітинного метаболізму, відсутні ознаки гіпоксії. Загальний стан відносно задовільний. У крові відзначається помірний лейкоцитоз із незначним зсувом формули вліво. У міру розвитку захворювання реактивна фаза перитоніту переходить у токсичну.

Токсична фаза проявляється наростанням інтоксикації. До описаної вище картини приєднуються збудження, дезорієнтація, потім — депресія, адинамія. Порушуються обмінні процеси, змінюється електролітний баланс, розвивається гіпо- і диспротеїнемія. Перистальтика кишечника відсутня, живіт здутий. Наростає лейкоцитоз із зсувом формули вліво, з'являється токсична зернистість нейтрофілів. Токсична фаза може перейти в наступну, термінальну.

Термінальна фаза перитоніту. У цій фазі наростають явища парезу кишечника, вегетативні розлади — ще більше знижується артеріальний тиск, прискорюється пульс, дихання. Організм прогресивно втрачає білки, солі, рідину. Знижується діурез. Прогноз у цій фазі надзвичайно несприятливий.

Діагностика базується на описаній клінічній картині, наростанні лейкоцитозу, появі токсичної зернистості нейтрофілів. Іноді допомогою в діагностиці може бути рентгенологічне дослідження кишечника — при парезі кишечника виявляють горизонтальні рівні рідини, що не змінюють свого

положення. У деяких випадках для підтвердження діагнозу можна вдаватися до пункції заднього склепіння.

У разі сумнівного діагнозу проводять інтенсивну терапію протягом 6–12 годин. Якщо клінічні явища, всупереч лікуванню, наростають, слід вважати, що розвинувся розлитий перитоніт.

Лікування перитоніту проводиться в 3 етапи: передопераційна підготовка, оперативне втручання та інтенсивна терапія у післяопераційному періоді.

Передопераційна підготовка триває 1,5–2 год. За цей час слід провести декомпресію шлунка через назогастральний зонд, катетеризувати підключичну вену і провести інфузійну терапію, спрямовану на ліквідацію гіповолемії, метаболічного ацидозу, корекцію водно-електролітного балансу, детоксикацію, оксигенацію. У цей же час необхідне внутрішньовенне введення антибіотиків.

Операція проводиться під адекватним знеболюванням. Методом вибору є ендотрахеальний наркоз із застосуванням міорелаксантів.

Об'єм оперативного втручання вибирається індивідуально в кожному конкретному випадку. Основна вимога — повне видалення вогнища інфекції. Черевну порожнину промивають розчином фурациліну, який відсмоктують електровідсмоктувачем. Проводять інтубацію кишечника. У брижу тонкої кишки вводять 150–200 мл 0,25% розчину новокаїну. Черевну порожнину дренують поліхлорвініловими трубками, вводячи їх під правий і лівий купол діафрагми та у здухвинні ділянки. Через ці трубки проводять перитонеальний діаліз — через усі трубки крапельно вводять 1,5–2 л діалізату, потім усі трубки перекривають на 1–2 год, після чого відкривають для відтоку. Цю процедуру повторюють 4–6 разів на добу впродовж 3 днів, дренажі видаляють на 4 день.

Завданням лікування в післяопераційному періоді є проведення антибактеріальної терапії, ліквідація інтоксикації, відновлення водно-сольового, білкового обмінів, підвищення імунітету.

Антибактеріальна терапія полягає у призначенні антибіотиків широкого спектра дії, найбільш раціонально вводити комбінації антибіотиків, один із яких доцільно вводити внутрішньовенно. Поєднують пеніциліни з аміноглікозидами, цефалоспорини із аміноглікозидами, цефалоспорини із тетрациклінами. Необхідно мати на увазі, що напівсинтетичні пеніциліни, цефалоспорини та аміноглікозиди мають широкий спектр дії на грампозитивні та грамнегативні аероби, але недостатньо активно діють на неклостридіальні анаероби, а найновіші пеніциліни (піперацилін, азлоцилін) та цефалоспорини (цефотаксим, цефокситин) ефективні проти багатьох анае-

робів. Досить ефективне поєднання внутрішньовенного крапельного введення бензилпеніциліну — 5–10 млн. ОД через 12 год, або карбеніциліну — по 2 г через 4–6 год із внутрішньом'язовим введенням аміноглікозидів (гентаміцину — по 80 мг через 8 год, канаміцину — по 0,5 через 6 год або амікацину із розрахунку 10 мг/кг/добу у 2–3 прийоми). Можна поєднувати введення аміноглікозидів із внутрішньовенним введенням цефалоспоринів — цефалоридину чи цефазоліну по 1 г через 6–8 год. Ефективним вважається також поєднання аміноглікозидів із кліндаміцином (далацин-Ц) — по 300–600 мг в/в через 8–12 год, далі — по 900 мг через 12 год. Комбінації цих антибіотиків цілком резонно доповнювати доксицикліном (по 100 мг через 12 год також внутрішньовенно). З метою впливу на анаероби вводять метрогіл — по 100 мл (500 мг) 2–3 рази на добу. Внутрішньовенне введення антибіотиків необхідно проводити не менше 4 днів, потім продовжують внутрішньом'язове та ентеральне введення. Припиняють антибіотикотерапію через 3–4 дні після нормалізації температури, але не раніше 10 днів від початку лікування.

Для детоксикації внутрішньовенно вводять поліглюкін, реополіглюкін — 400 мл, гемодез — 400 мл, глюкозо-новокаїнову суміш (200 мл 10% розчину глюкози + 200 мл 0,5% розчину новокаїну), неокомпенсан, розчин Рінгера, розчин глюкози 5–10%, ізотонічний розчин хлориду натрію, дисоль, трисоль. Кількість рідини, що вводиться, сумарно складає близько 2,5–3 л (із розрахунку 40 мл на 1 кг маси тіла). Обов'язково необхідно строго враховувати діурез, гематокрит, ЦВТ. Продовжують перитонеальний діаліз, як описано вище.

Нормалізації кислотно-лужної рівноваги досягають шляхом введення 4–5% розчину натрію гідрокарбонату 150–200 мл, лактасолу 500 мл.

Білковий обмін нормалізують, призначаючи альбумін, плазму.

З метою зниження аутосенсибілізації вводять мінерало- і глюкокортикоїди (гідрокортизон, дексаметазон тощо). Ці препарати сприяють також нормалізації гемодинаміки і зменшенню інтоксикації.

Для підвищення реактивності організму застосовують антистафілококову плазму, свіжоцитратну кров, Т-активін, тималін. Необхідно проводити також симптоматичну терапію, призначати серцеві препарати — строфантин, корглікон, курантил, вітаміни, особливо групи В, С, А; кокарбоксилазу, АТФ, рибоксин.

Обов'язковим є введення знеболювальних, десенсибілізуючих препаратів.

З метою усунення парезу кишечника призначають прозерин, галантамін, гіпертонічний розчин хлориду натрію і калію. Іноді вдаються до поперекових новокаїнових блокад, сифонних клізм.

Одне із центральних місць займає назогастроінтестинальне зондування. Добрий ефект дає тривала епідуральна блокада, внутрішньовенне введення церукалу по 2 мл тричі на добу.

Для посилення ефективності терапії можна проводити сеанси ультрафіолетового опромінення автокрові, гіпербаричну оксигенацію. Ультразвукове опромінення автокрові можна поєднувати із екстракорпоральною гемосорбцією.

Лише рання діагностика, адекватна інтенсивна терапія можуть забезпечити успіх лікування такої важкої патології, якою є перитоніт.

Септичний (бактеріально-токсичний) шок

Бактеріально-токсичний шок. У гінекологічній практиці при деяких септичних станах (септичний аборт, обмежений та розлитий перитоніт, тромбофлебіти) може виникати бактеріально-токсичний шок. Він є результатом попадання у кров бактеріальних токсинів, а також токсичних продуктів розпаду тканин. Іноді шок виникає після введення антибіотиків широкого спектра дії у великих дозах, у результаті якого гине велика кількість бактерій і в кров надходять токсичні продукти (екзо- та ендотоксини).

Септичний шок є особливою реакцією організму, що виражається у розвитку важких системних розладів, спричинених порушенням адекватної перфузії тканин у відповідь на дію мікроорганізмів або їх токсинів.

За частотою виникнення септичний шок посідає третє місце після геморагічного та кардіального, а за летальністю — перше.

Етіологія та патогенез. Септичний шок найчастіше виникає як ускладнення гнійно-інфекційних процесів, що спричинені грамнегативною флорою — кишковою паличкою, протеєм, клебсієлою. Причиною розвитку шоку може бути не лише аеробна флора, а й анаеробна, насамперед клостридії, а також рикетсії, віруси (herpes zoster), найпростіші, гриби. Одним з пускових механізмів сепсису є ліпополісахарид мембран грамнегативних бактерій, що визначається як ендотоксин. Ендотоксин запускає продукування та вивільнення прозапальних медіаторів, які відіграють провідну роль у виникненні лихоманки, артеріальної гіпотензії, пошкодження тканин і поліорганної недостатності.

Для виникнення шоку, крім наявності інфекції, необхідне поєднання ще двох факторів: зниження загальної резистентності організму та наявності можливості для масивного проникнення збудника чи його токсинів у кров. Патогенез токсичного шоку можна охарактеризувати таким чином:

токсини мікроорганізмів надходять у кров'яне русло, пошкоджують мембрану клітин, з яких звільняються лізосомальні ферменти, що активізують вазоактивні речовини — кініни, гістамін, серотонін, катехоламіни. Вони спричиняють периферичну вазоплегію, що призводить до значного зниження периферичного опору при збереженому серцевому викиді. Знижується капілярна перфузія. Компенсаторна тахікардія, а також артеріовенозне шунтування не можуть повністю забезпечити кровопостачання тканин, що призводить до тканинного ацидозу. Він поглиблюється тим, що за рахунок безпосередньої пошкоджувальної дії бактеріальних токсинів на тканини порушується засвоєння ними кисню та енергетичних речовин. Паралельно з мікроциркуляторними порушеннями відбувається гіперактивація тромбоцитарної та прокоагулянтної ланок гемостазу і розвивається ДВЗ-синдром. Виникає гіповолемія за рахунок просочування рідкої частини крові в інтерстиціальний простір у результаті підвищення проникності стінок судин. Порушується скоротлива діяльність міокарда внаслідок погіршення коронарного кровотоку, негативної дії токсинів, тканинних метаболітів, зокрема низькомолекулярних пептидів, ацидозу, зниження реакції міокарда на адренергічну стимуляцію. Настає стійке зниження артеріального тиску — гіподинамічна фаза септичного шоку. Прогресуюче погіршення тканинної перфузії призводить до поглиблення ацидозу, зниження метаболізму і йде анаеробним шляхом, розвивається лактат-ацидоз, який швидко спричиняє некротичні зміни у тканинах.

Одним з перших органів, який реагує на пошкоджувальні фактори, є легені. Патофізіологія «шокової» легені проявляється в порушенні мікроциркуляції, зниженні продукції сурфактанту, що призводить до інтраальвеолярного набряку легень, мікроателектазів, утворення гіалінових мембран. Настає глибоке порушення кисневого забезпечення організму, що також поглиблює ацидоз.

Як результат порушення перфузії тканин виникають порушення клубочкової фільтрації, змінюється осмолярність сечі — формується «шокова» нирка, розвивається гостра ниркова недостатність.

Ознакою ураження печінки є гіпербілірубінемія, а також порушення глікогеноутворюючої функції та ліпідного обміну.

Порушення мікроциркуляції в мозку призводить до виникнення крововиливів, зокрема в аденогіпофіз та діенцефальну ділянку.

З'являються зміни в судинах кишечника та шлунка, які призводять до виникнення ерозій, виразок та псевдомембранозного ентероколіту. Для септичного шоку характерні екстравазати та некротичні ураження шкіри, пов'язані з порушенням мікроциркуляції.

Таким чином, при септичному шоку виникає синдром поліорганної недостатності — формуються «шокові» легені, нирки, печінка, виникає серцева недостатність і як останній етап порушення гомеостазу може настати смерть.

Клініка та діагностика. Септичний шок має досить характерну клінічну картину. Захворювання розпочинається гостро, найчастіше після оперативних втручань чи якихось маніпуляцій в інфекційному вогнищі, що створюють умови для «прориву» мікроорганізмів у кров'яне русло. Підвищується температура до 39–40 °С і на такому рівні утримується 1–3 доби, потім спадає, характерні повторні озноби.

Головною ознакою септичного шоку є зниження АТ. Поряд зі зниженням артеріального тиску розвивається виражена тахікардія — до 120–140 уд./хв. Швидко знижується ОЦК, про що свідчить шоковий індекс (співвідношення частоти пульсу до систолічного АТ) — 1,5 при нормі 0,5. Шкіра бліда, вкрита липким потом, пізніше виникає акроціаноз. З'являються розлади дихання — тахіпное до 30–60 на хвилину, що свідчить про розвиток «шокової» легені.

Ознаками ураження центральної нервової системи є ейфорія, збудження, дезорієнтація, марення, слухові галюцинації. Потім можуть настати млявість і адинамія.

У випадку приєднання печінкової недостатності шкіра може набувати іктеричного відтінку. У багатьох пацієнток спостерігають прояви, характерні для пошкодження шлунково-кишкового тракту, — блювання, яке у разі прогресування шоку набуває характеру «кавової гущі».

Нерідко виникає біль різноманітної локалізації — у попереку, епігастрії, м'язах нижніх кінцівок, грудній клітці, головний біль. Найбільш небезпечним ускладненням септичного шоку є гостра ниркова недостатність. Вона виникає досить рано і проявляється спочатку олігурією — годинний діурез менший 30 мл. Поглиблення пошкодження ниркової тканини призводить до анурії. Наростає азотемія, порушується електролітний баланс, в основному за рахунок гіперкаліємії. Хворі стають загальмованими, з'являються порушення серцевого ритму, тахікардія змінюється брадикардією. Можуть приєднатися судоми. Найбільша небезпека в цій стадії — зупинка серця. Серйозним ускладненням може бути маткова кровотеча як прояв ДВЗ-синдрому.

Незворотні зміни в організмі відбуваються надзвичайно швидко — за 6–8, іноді за 10–12 год.

Оскільки септичний шок — смертельно небезпечне захворювання, то фактор часу для своєчасної діагностики та лікування має надзвичайно важливе значення.

Отже, діагностика базується на наявності перерахованих вище ознак, а саме:

- наявність септичного вогнища;
- зниження АТ, що не відповідає крововтраті;
- розлади з боку нервової системи;
- біль у різних ділянках тіла;
- зниження діурезу;
- висипання на шкірі.

У групі ризику розвитку септичного шоку слід дотримуватись таких правил:

- вимірювання температури через кожні 3 години;
- вимірювання АТ і підрахунок пульсу кожні 30 хв;
- визначення годинного діурезу за допомогою постійного катетера;
- бактеріоскопічне дослідження матеріалу із вогнища для виявлення грамнегативної флори;
- бактеріоскопічне дослідження для визначення чутливості флори до антибіотиків;
- клінічний аналіз крові з обов'язковим підрахунком кількості тромбоцитів;
- біохімічний аналіз крові, коагулограма.

Лікування септичного шоку — надзвичайно складне завдання, воно повинно проводитись акушером-гінекологом та реаніматологом, за необхідності до цього слід залучати нефролога, кардіолога та гематолога (коагулолога).

Основні заходи спрямовані на боротьбу із шоком та інфекцією, профілактику та терапію ускладнень шоку — гострої ниркової недостатності, гострої дихальної недостатності та кровотеч, що виникають у результаті порушень у системі згортання крові.

Боротьба з інфекцією включає в себе видалення вогнища інфекції на фоні інтенсивної антибактеріальної та протишокової терапії. Найбільш радикальним заходом є видалення матки. Проте в деяких випадках можна обмежитись спорожненням матки у ранні терміни — шляхом обережного вишкрібання, а в пізні терміни — шляхом введення тономоторних засобів: окситоцину чи простагландинів.

Якщо протягом 4–6 год інтенсивної протишокової терапії немає ефекту, то показання до видалення матки незаперечні.

Протишокова терапія спрямована на відновлення тканинного кровотоку, корекції метаболічних порушень та підтримання адекватного газообміну.

Для здійснення інфузійної терапії необхідно провести катетеризацію підключичної вени. Для поповнення ОЦК найкраще вводити похідні дек-

страну — 400–800 мл поліглюкіну чи реополіглюкіну. Ці препарати мають здатність адсорбувати токсини, виводити їх з організму, вони покращують реологічні властивості крові, усувають стаз та агрегацію формених елементів.

Для підвищення колоїдно-осмотичного тиску та ліквідації гіпопротеїнемії вводять білкові препарати — 200–400 мл 5–10% розчину альбуміну, 500 мл протеїну. Ці препарати також мають детоксикаційну дію. Корисне вливання сухої чи нативної плазми, яка теж усуває гіпопротеїнемію, добре утримує осмотичний тиск, сприяючи відновленню ОЦК.

Гемотрансфузія не є основним методом ліквідації гіповолемії при шоку. Лише за наявності кровотечі повинна проводитись гемотрансфузія, що відповідає ступеню крововтрати. Вводиться 20% глюкоза в кількості 300–500 мл з адекватними дозами інсуліну. Вона не лише служить енергетичним матеріалом, а й здійснює осмодіуретичний ефект.

Основними критеріями, що свідчать про ліквідацію гіповолемії і відновлення ОЦК, є нормалізація забарвлення шкіри, достатня кількість сечі (30 мл/год без форсування і 60–100 мл/год при форсуванні діурезу). АТ тривалий час може залишатись на низькому рівні.

На фоні відновлення ОЦК і покращання реологічних властивостей крові обов'язково необхідно застосовувати серцеві та судинні засоби. Вводяться серцеві глікозиди (строфантин, корглікон, целанід). Доцільно вводити курантил, який не лише розширює коронарні судини, але й гальмує агрегацію тромбоцитів. Вводять також допамін (дофамін), який підвищує АТ, посилює серцеві скорочення і збільшує серцевий викид.

З метою зняття спазму периферичних судин застосовують вазодилататори — еуфілін 5–10 мл 2,4% розчину, 2 мл 2% розчину папаверину, но-шпу. Призначаються кортикостероїди — одномоментно вводять 250–500 мл гідрокортизону або 60–120 мг преднізолону чи 8–16 мг дексаметазону. За добу вводять 1000–3000 мг гідрокортизону або еквівалетні дози інших гормонів. Застосовують антигістамінні препарати (димедрол, піпольфен, супрастин).

Для усунення ацидозу до складу терапії включають 500 мл лактасолу чи 150–200 мл натрію бікарбонату. Покращання функції печінки відбувається під впливом гепатопротекторів — есенціале, сирепару тощо.

З метою корекції електролітного балансу вводять розчини, до складу яких входять K, Na, Ca і Mg. При необхідності хвору переводять на гемодіаліз. Одночасно з усуненням гемодинамічних та метаболічних розладів необхідно забезпечити адеватну оксигенацію, при необхідності вдаючись до ШВЛ.

Поряд із протишоковими заходами проводять інтенсивну антибактеріальну терапію. При септичному шоку антибактеріальна терапія повинна

бути екстреною, часу на ідентифікацію флори немає, тому слід вдаватись до антибіотиків широкого спектра дії. Ефективними є цефалоспорини III покоління (цефтріаксон, цефотаксим, цефтазидим) і фторхінолони (ципрофлоксацин). Цефалоспорини найчастіше застосовують у комбінації з аміноглікозидами.

Використовують напівсинтетичні пеніциліни з аміноглікозидами. Із напівсинтетичних пеніцилінів зазвичай вживають метицилін — по 1–2,0 через 4 год внутрішньовенно крапельно чи внутрішньом'язово, добова доза — 12,0. У таких самих дозах призначають ампіцилін (пентрексил), карбеніцилін. Останній діє на синьогнійну паличку, стійку до інших антибіотиків пеніцилінової групи. Аміноглікозиди мають широкий спектр дії, їх можна вводити як внутрішньовенно, так і внутрішньом'язово. Найчастіше вживають гентаміцину сульфат по 80 мг через 8 год, у таких самих дозах — тобраміцину сульфат, амікацин.

З метою зменшення токсичної дії аміноглікозидів їх денну дозу можна вводити одноразово разом із цефалоспоринами тривалої дії. Ефективне внутрішньовенне введення тієнаму по 0,5–1,0 через 6–12 год.

Враховуючи поширеність анаеробної інфекції, у комплекс антибактеріальної терапії включають метронідазол.

Одним з методів профілактики бактеріального шоку при септичних станах є проведення форсованого діурезу. Цей метод передбачає попереднє водне навантаження (близько 1,5–2 л рідини внутрішньовенно) з наступним струминним уведенням діуретичних засобів (манітол, фуросемід, еуфілін). Одночасно слід проводити корекцію електролітного балансу та боротьбу з гіпопротеїнемією. За необхідності пацієнтку переводять на штучну нирку.

Сепсис

Сепсис — загальнобіологічна проблема, оскільки процеси, що лежать у його основі, підходи до лікування та профілактики мають важливе значення для розуміння загальних механізмів гомеостазу та запалення. Згідно з попередніми уявленнями, сепсис трактувався як патологічний стан, зумовлений попаданням у кров мікроорганізмів з гнійного вогнища. Клінічно неможливо диференціювати патологічний стан, зумовлений системною інфекцією, від змін, що спричинені продуктами розпаду тканин.

У 1991 році було запропоновано термін «синдром запальної відповіді», і в тому випадку, коли доведено, що ця відповідь викликана інфекцією, її слід вважати сепсисом. Наявність бактерій у крові без наявності гнійників

визначається як сепсис без метастазів (септицемія), а сепсис із метастатичними вогнищами — як септикопіємія.

Етіологія та патогенез. Провідну роль у виникненні сепсису відіграє грамнегативна флора — кишкова паличка, синьогнійна паличка, клебсієла, протей. Поряд із цими збудниками можуть бути стафілококи, стрептококи та інші мікроорганізми, часто — їх асоціації.

Менше ніж у половини хворих із клінічними проявами сепсису вдається виявити бактеріємію. Велика маса змертвілих, пошкоджених тканин може заміняти бактерії у пусковому механізмі генералізованої реакції організму. Одним із найбільш потужних пускових агентів сепсису є ліпополісахарид мембран грамнегативних бактерій, який іменують ендотоксином.

У патогенезі сепсису та його ускладнень основну роль відіграють такі фактори:

- ендогенні медіатори;
- порушення периферичної мікроциркуляції;
- пригнічення функції міокарда, зменшення транспорту та споживання кисню тканинами.

Раніше вважалось, що реакція організму виникає під впливом безпосередньої дії бактеріальних токсинів. Зараз загальновизнаним є той факт, що організм сам продукує речовини, що викликають синдром системної запальної відповіді, септичний шок та поліорганну недостатність.

Під впливом інфекції, особливо грамнегативної, чи травми виникає поширена і неконтрольована активація мононуклеарних фагоцитів, що супроводжується звільненням великої кількості медіаторів запалення, яких є близько 40. Вони надходять у загальний кровотік, спричиняючи системну відповідь. Найчастіше первинним вогнищем інфекції є матка.

Клінічний перебіг. **Септицемія** перебігає бурхливо, хоча іноді початок може бути поступовий і клінічні симптоми виражені слабо. Основним симптомом є гарячка. Температура піднімається до 39–40°С, з'являється або передує їй озноб. Однак нерідко процес може перебігати при субфебрильній або навіть нормальній температурі. При генералізованій формі інфекції уражається нервова система, що проявляється у вигляді судом, менінгеального синдрому, порушення психіки.

Легені — перший орган, функція якого декомпенсується. Клінічно це виявляється у вигляді задишки. Дуже рано з'являються зміни з боку серцево-судинної системи — зниження АТ, тахікардія, екстрасистолія. Може розвинутись септичний ендокардит. Міокард також може уражатися, але прижиттєво це діагностується рідко. Можуть відзначатись ознаки ураження печінки, зміни її консистенції, болючість, порушення її дезінтоксикацій-

ної, білковотворної функції, виникають коагулопатії. На шкірі можуть з'являтись поліморфні висипання, переважно петехії, вона жовтянично-сіруватого відтінку. Нерідко розвивається ниркова недостатність.

Описана вище картина визначається поняттям поліорганної недостатності. Особливо несприятливе для прогнозу одночасне порушення функцій печінки та нирок.

Лабораторними дослідженнями виявляють виражені зміни з боку крові. Як правило, відзначаються анемія, помірний лейкоцитоз, зсув формули вліво, анеозинофілія, лімфо- і моноцитопенія, висока ШОЕ (60–70 мм/год). Біохімічним дослідженням виявляють наявність дис- і гіпопротеїнемії, гіпокаліємії, збільшення кількості залишкового азоту, сечовини. Відзначаються зміни вуглеводного обміну у вигляді гіпоглікемії.

Септикопіємія характеризується утворенням метастатичних вогнищ і перебігає хвилеподібно — періоди покращання змінюються погіршаннями стану, що збігається з утворенням метастазів у різних органах. Уражується ендокард (септичний ендокардит), можуть виникати також абсцеси легень, нирок, печінки, селезінки та інших органів.

Клінічними проявами септикопіємії може бути серцево-судинна недостатність (тахікардія, лабільність пульсу, схильність до гіпотензії), ознаки порушення функції ЦНС, що проявляються ейфорією, пригніченістю, порушенням сну. Збільшуються печінка та селезінка. Розвивається дихальна недостатність, порушується функція нирок.

Шкірні покриви бліді, сірі або жовтяничні, іноді виникають петехії. У крові різко знижується кількість гемоглобіну та еритроцитів, розвиваються лейкоцитоз із різким зсувом вліво, лімфопенія, анеозинофілія, з'являється токсична зернистість нейтрофілів. Завжди є порушення білкового обміну, що проявляються гіпо- і диспротеїнемією; визначаються також гіповолемія та гіпоглікемія.

Лікування. При генералізованій септичній інфекції повинна проводитись комплексна інтенсивна терапія, що включає ліквідацію вогнища інфекції та змін в органах, які виникли у результаті генералізації процесу.

Якщо вогнищем інфекції є матка, її видаляють разом із трубами. Консервативна терапія повинна включати антибактеріальну — призначають антибіотики широкого спектру дії, не менше двох одночасно. Використання антибіотиків широкого спектру підвищує ймовірність дії на полірезистентні бактерії. Найраціональніше застосовувати комбінацію цефалоспоринів третьої генерації: цефтріаксон, цефотаксим, цефтазидим з аміноглікозидами — гентаміцином та амікацином, причому амікацин може бути препаратом вибору. Ефективним може бути поєднання синтетичних пеніцилінів

з аміноглікозидами. Внутрішньовенно крапельно вводять бензилпеніцилін — 5–10 млн ОД через 12 год або карбеніцилін — по 2 г через 4–6 год, поєднуючи з одночасним введенням аміноглікозидів — гентаміцину — по 80 мг через 8 год, канаміцину — по 0,5 через 6 год або амікацину із розрахунку 10 мг/кг/добу у 2–3 прийоми. Доцільно поєднувати введення аміноглікозидів із внутрішньовенним введенням цефалоридину чи цефазоліну по 1,0 через 6–8 год, із кліндаміцином (Далацин-Ц) — по 300–600 мг в/в через 8–12 год, а потім — по 900 мг через 12 год. З метою зменшення токсичності аміноглікозидів їх добову дозу можна вводити одномоментно, особливо у поєднанні із цефалоспоринами тривалої дії. Такий метод достатньо ефективний і більш безпечний при лікуванні важких бактеріальних інфекцій. Слід пам'ятати, що ці комбінації недостатньо ефективні при клостридіальній інфекції. Для впливу на анаероби необхідно використовувати найновіші пеніциліни (піперацилін, азлоцилін) та цефалоспорини (цефотаксим, цефокситин). Ефективним для лікування сепсису є іміпенем (тієнам — у дозах від 1,0 до 4,0 на добу). Його можна вводити як внутрішньовенно, так і внутрішньом'язово. Цей препарат можна використовувати для монотерапії, тим більше, що він ефективний як проти аеробів, так і анаеробів.

У випадках, коли вдалось ідентифікувати мікрофлору, вибір антибіотика повинен базуватися на її антибіотикочутливості. Що стосується шляхів уведення антибіотиків, то крім традиційних — внутрішньом'язового та внутрішньовенного — при гінекологічному сепсисі можна використовувати ендолімфатичний шлях. Вводять сульфаніламіди, нітрофуранові препарати, метронідазол, проводять імуностимулюючу та імунозамінну терапію (антистафілококова плазма, гаммаглобулін, лейкомаса, Т-активін, тималін); десенсибілізуючу терапію (супрастин, димедрол), протизапальну — стероїдну (глюкокортикоїди) і нестероїдну (аспірин, індометацин).

З метою детоксикації внутрішньовенно вводять реополіглюкін, поліглюкін, 10 % розчин глюкози, альбумін. Корекції кислотно-лужної рівноваги досягають шляхом уведення 7 % розчину бікарбонату натрію; гіпопротеїнемію усувають уведенням плазми та альбуміну. Обов'язковим є призначення солей калію (панангін), а також препаратів, спрямованих на поліпшення функцій життєво важливих органів, мікроциркуляції.

З метою запобігання кандидозним ускладненням слід призначати антимікотичні препарати (ністатин, нізорал, фуцис — 150 мг на один прийом, ізол — 200 мг на добу).

ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ СПЕЦИФІЧНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

До специфічних запальних захворювань жіночих статевих органів належать туберкульоз та хвороби, що передаються статевим шляхом. Таких захворювань, згідно із класифікацією ВООЗ, є 21 *(табл. 15.1)*. В останні роки частота цих захворювань збільшилась.

Хвороби, що передаються статевим шляхом

(класифікація ВООЗ)

Таблиця 6.15.1

Нозологія	*Збудники*
Класичні венеричні хвороби	
1. Сифіліс	Treponema pallidum
2. Гонорейна інфекція	Neisseria gonorrhoeae
3. Шанкроїд	Hemophilus ducrei
4. Лімфогранульома венерична	Chlamydia trachomatis
5. Пахова гранульома	Callimmantobacterium granulomatis
3,4,5 трапляються переважно у тропічних країнах	
Інші інфекції, що передаються статевим шляхом	
А. З переважним ураженням статевих органів	
1. Урогенітальний хламідіоз	Chlamydia trachomatis
2. Угогенітальний трихомоніаз	Trichomonas vaginalis
3. Урогенітальний мікоплазмоз	Mykoplasma hominis
4. Кандидозні вульвовагініти і баланопостити	Candida albicans
5. Генітальний герпес	Herpes simplex virus
6. Гострокінцеві бородавки	Papillomavirus hominis
7. Генітальний контагіозний молюск	Molluscovirus hominis
8. Бактеріальний вагіноз	Gardnerella vaginalis та інші збудники
9. Урогенітальний шигельоз гомосексуалістів	Shigella species
10. Фтиріаз (лобковий педикульоз)	Phthyrus pubis
11. Короста (може передаватись і іншим шляхом)	Sarcoptes scabiei
Б. З переважним ураженням інших органів	
1. Інфекція, зумовлена вірусом імунодефіциту людини	Human immunodeficiency virus
2. Гепатит В	Hepatitis B virus
3. Цитомегаловірусна інфекція	Cytomegalovirus hominis
4. Амебіаз (переважно гомосексуалістів)	Entamoeba hystolytica
5. Лямбліоз	Giardia lamblia

Гонорея (gonorrhoeae)

Гонорея — інфекційна контагіозна хвороба, яку спричиняють гонококи. Серед специфічних запальних захворювань жіночих статевих органів гонорейна інфекція займає друге місце і трапляється у 5–25% випадків.

Етіологія і патогенез. Збудником гонореї є гонокок *(рис. 15.8),* відкритий у 1879 році А. Нейссером. Він грамнегативний. Гонококи нестійкі у зовнішньому середовищі і швидко гинуть під впливом дезінфекційних розчинів, кип'ятіння, висушування, проте досить стійкі в організмі людини. За несприятливих умов гонококи трансформуються у L-форми, які у разі сприятливих умов можуть перетворюватись у звичайні гонококи. У випадках хронічної гонореї гонококи містяться, переважно, всередині лейкоцитів і позаклітинно, а при гострій формі — у лейкоцитах.

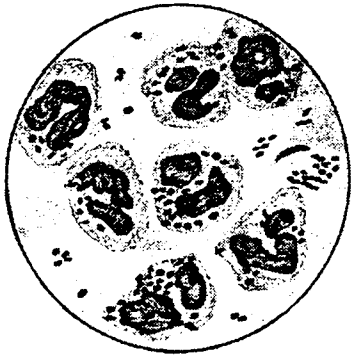


Рис. 15.8. Збудник гонореї — гонокок

Гонококи в жінок ушкоджують здебільшого ті відділи сечостатевої системи, які вистелені циліндричним епітелієм: слизову оболонку сечівника і каналу шийки матки, вивідні протоки бартолінових залоз, слизову оболонку порожнини матки, маткові труби, покривний епітелій яєчників, очеревину малого таза. Під час вагітності, у дитячому віці і в період менопаузи може виникнути також гонорейний кольпіт.

Джерело зараження — хвора на гонорею людина.

Шляхи зараження:

- захворювання передається здебільшого статевим шляхом;
- при статевих збоченнях: гомосексуальні контакти, орогенітальні контакти;
- рідше побутовим шляхом — через ванні губки, рушники, брудну білизну;
- під час пологів від хворої на гонорею матері (ураження очей, піхви у дівчаток).

Інкубаційний період при гонореї триває 3–7 діб, рідше — до 2–3 тижнів.

За ступенем поширення процесу розрізняють гонорею нижнього відділу статевих органів (гонорейний уретрит, ендоцервіцит, бартолініт, вульвовагініт) і верхніх відділів — висхідна гонорея (ендометрит, сальпінгіт, пельвіоперитоніт).

За перебігом розрізняють такі форми гонореї:

- свіжа гонорейна інфекція з гострим, підгострим, торпідним перебігом, яка триває не більше двох місяців;
- хронічна гонорейна інфекція, яка триває більше двох місяців;
- латентна гонорейна інфекція.

У жінок клінічна картина гонореї неоднорідна і залежить від локалізації процесу, вірулентності збудника, віку хворої, реактивності її організму, стадії захворювання (гостра, хронічна). Свіжа гонорея в гострій формі виявляється яскравою клінічною картиною. Підгостра форма супроводжується субфебрилітетом, нерідко спостерігаються виразні клінічні симптоми. До неї умовно відносять захворювання, що почалося не більше 2 тижнів тому. Торпідна гонорея характеризується незначними клінічними проявами або перебігає безсимптомно, проте у хворої виявляють гонококи. При латентній гонореї бактеріологічного і бактеріоскопічного підтвердження немає, симптоми захворювання практично відсутні, проте хворі є джерелом зараження. Хронічною гонореєю вважають захворювання, яке триває понад 2 місяці від моменту зараження або з невстановленим початком.

Гонорейний уретрит. Клінічна картина захворювання виявляється через 3–5 днів після зараження у вигляді болю і печії при сечовипусканні, частими покликами до нього. Спостерігаються набряк і гіперемія зовнішнього отвору сечівника, гнійні чи слизово-гнійні виділення з нього.

Гонорейний бартолініт. Виникає вторинно внаслідок попадання в бартолінову залозу виділень, що містять гонококи. Виявляється набряком, гіперемією навколо зовнішнього отвору вивідної протоки цієї залози. При закупорюванні протоки утворюється справжній або несправжній абсцес бартолінової залози, який супроводжується симптомами, характерними для гнійних процесів.

Гонорейний ендоцервіцит. Запальний процес розвивається в слизовій оболонці каналу шийки матки. При огляді визначають, що піхва, частина шийки матки набряклі, гіперемовані. Навколо зовнішнього вічка виявляється яскраво-червоний вінчик, з цервікального каналу витікають слизово-гнійні виділення.

Гонорейний проктит спостерігається дуже рідко. Ураження прямої кишки відбувається внаслідок затікання у пряму кишку інфікованих виді-

лень зі статевих органів. Клінічно виявляється тенезмами, болем у задньому проході.

Гонорейний ендометрит — це перший етап висхідної гонореї з ураженням функціонального і базального шарів ендометрія. Проявляється болем унизу живота, високою температурою тіла, іноді нудотою, блюванням. Біль часто має переймоподібний характер. Виділення кров'янисто-гнійні чи серозно-гнійні. Матка при бімануальному обстеженні болюча. Хронічний ендометрит характеризується порушенням менструальної функції.

Гонорейний сальпінгіт — ураження маткових труб, переважно двобічне. У гострій стадії захворювання хвору турбують біль унизу живота, який посилюється при рухах, нудота, підвищення температури тіла. Менструальний цикл порушується.

Гонорейний пельвіоперитоніт — специфічне запалення очеревини малого таза, яке часто є продовженням сальпінгоофориту. Початок захворювання гострий. Виявляється сильним болем унизу живота, симптомами подразнення очеревини, блюванням, метеоризмом, затримкою випорожнень, високою температурою тіла. Гонорейний запальний процес характеризується схильністю до утворення спайок, що обмежує поширення процесу за межі малого таза.

Гонорея у вагітних часто перебігає безсимптомно. Може призвести до ускладнень вагітності, пологів та післяпологового періоду, а також є фактором ризику для плода і новонародженого. Можливі ускладнення в матері (хоріоамніоніт, субінволюція матки, ендометрит), у плода (недоношеність, анофтальмія, внутрішньоутробний сепсис, смерть). Штучне переривання вагітності небезпечне з огляду на можливе інфікування матки, яєчників, труб, появу інших ускладнень.

Гонорея в дітей. Механізм зараження: у новонароджених зараження відбувається під час проходження дитини через інфіковані пологові шляхи, або внутрішньоутробно через навколоплодові води, а також від хворої матері при догляді за новонародженим. Старші діти можуть заразитися при користуванні спільним туалетом або загальним рушником, губкою, ванною. Гонорея у дівчаток перебігає гостро із значним набряком та гіперемією слизових оболонок, слизисто-гнійними виділеннями, відзначаються часте і болюче сечовипускання, печія, свербіж. Може підвищуватись температура тіла, але можливий і безсимптомний перебіг. Гонорея у дівчаток дає такі самі ускладнення, які спостерігаються в дорослих хворих жінок.

Особливості гонорейної інфекції:

- збільшення кількості капсулярних та L-форм гонококів;
- зниження чутливості гонококів до антибіотиків пеніцилінової групи;

- великий відсоток асимптомних та торпідних форм;
- часті реінфекції;
- часті рецидиви внаслідок неякісного лікування;
- урогенітальна інфекція часто змішана (гонококи, трихомонади, кандида, хламідії, мікоплазми). При призначенні терапії цей факт необхідно враховувати.

Діагностика процесу ґрунтується на даних комплексного обстеження. Характерними є такі прояви захворювання: уретрит, бартолініт, ендоцервіцит, двобічний сальпінгіт, проктит, пельвіоперитоніт. Але встановлювати діагноз гонорейної інфекції без лабораторного підтвердження не можна.

Діагноз гонореї підтверджується позитивними результатами бактеріологічного та бактеріоскопічного досліджень виділень з каналу шийки матки, піхви, сечівника. При хронічній гонореї з метою загострення процесу проводять так звану провокацію:

- змащування слизової оболонки каналу шийки матки, піхви і сечівника 0,25% розчином нітрату срібла;
- введення гоновакцини, пірогеналу, продигіозану;
- діатермія.

Мазки рекомендується брати на 2–4-й день менструації, після провокації — через 24, 48, 72 год, що дає змогу виявити гонококи.

Лікування проводять в умовах спеціалізованого стаціонару. Іноді хворого лікує в поліклініці лікар-венеролог.

З метою виявлення інших хвороб, що передаються статевим шляхом, та одночасного їх лікування необхідно здійснити всебічне клінічне та лабораторне обстеження хворої. При призначенні лікування слід врахувати клінічну форму, тяжкість процесу, наявність ускладнень. Лікування спрямовують на ліквідацію збудника, підвищення імунобіологічної реактивності організму, усунення вогнищевих проявів запальної реакції.

Основними препаратами при лікуванні гонорейної інфекції є антибіотики. При цьому потрібно врахувати, що гонорея часто поєднується з іншими захворюваннями, що передаються статевим шляхом: трихомоніаз, хламідіоз, кандидоз, мікоплазмоз. Бажано призначати антибіотики, які діють одночасно і на вказані збудники: озерлік, полімік, доксициклін, тробіцин, сумамед, цефтріаксон, офлоксацин у поєднанні з метронідазолом, тибералом, наксоджином. Дозування антибіотиків з метою лікування гонореї в жінок здійснюють згідно з методичними рекомендаціями МОЗ України, а також анотаціями до ліків.

Гоновакцину використовують після неефективної антибіотикотерапії, а також при рецидивах із млявим перебігом, свіжих торпідних і хронічних

формах захворювання (по 200–300 млн. мікробних тіл через 2–3 дні внутрішньом'язово). Для лікування вагітних жінок з гонореєю не застосовують імунотерапію та антибіотики, які негативно впливають на плід. Для туалету зовнішніх статевих органів призначають 0,002% розчини хлоргексидину, рекутану, балізу-2. Місцеве лікування проводять при хронічній гонореї після ліквідації ознак гострого запалення. У хронічній і підгострій стадіях використовують фізіотерапевтичні методи: лазерне опромінювання, аплікацію парафіну, грязі, діатермію, індуктотермію, УВЧ.

Критерії вилікування від гонореї: зникнення суб'єктивних відчуттів та збудників інфекції у виділеннях з усіх вогнищ ураження, припинення виділень. На 7–10-й день після закінчення лікування антибіотиками визначають ефективність вилікування. Це роблять за допомогою бактеріоскопічного та бактеріологічного методів. Якщо в досліджуваному матеріалі гонококи відсутні, то проводять комбіновану провокацію: ін'єкцію гоновакцини, що містить 500 млн. мікробних тіл, змащування отвору сечівника 1% розчином Люголя, а шийкового каналу — 0,5% розчином срібла нітрату. Досліджують виділення із зазначених органів протягом 3 днів. Під час менструації беруть мазки, після її закінчення проводять провокацію і через 24, 48, 72 год досліджують виділення. Такі обстеження проводять упродовж 2–3 менструальних циклів. При негативних результатах дослідження хвору знімають з обліку. Хвора на гонорею повинна перебувати під наглядом дерматовенеролога. Жінок, які мають тісний контакт з дітьми, зокрема тих, що працюють у дитячих закладах, на час лікування усувають від роботи.

Профілактика. Надійним методом профілактики гонореї є використання презерватива при випадкових статевих зносинах. У разі пошкодження останнього чи здійснення статевого акту без його застосування слід ретельно обмити зовнішні статеві органи теплою водою з милом, а потім після сечовипускання провести спринцювання 0,05% розчином хлоргексидину біглюконату.

Урогенітальний трихомоніаз

Урогенітальний трихомоніаз (trichomoniasis urogenitalis) — паразитарна хвороба, що розвивається внаслідок проникнення піхвових трихомонад у нижні відділи статевих органів і сечівника.

Етіологія. Збудником трихомоніазу є піхвова трихомонада (Trichomonas vaginalis) *(рис. 15.9, 15.10),* яка паразитує тільки в організмі людини, у зовнішньому середовищі нестійка, при обробці дезінфекційними розчинами гине через кілька секунд, у водопровідній воді — через 15–45 хв, чутлива до висихання, гине при митті рук з милом. У людському організмі

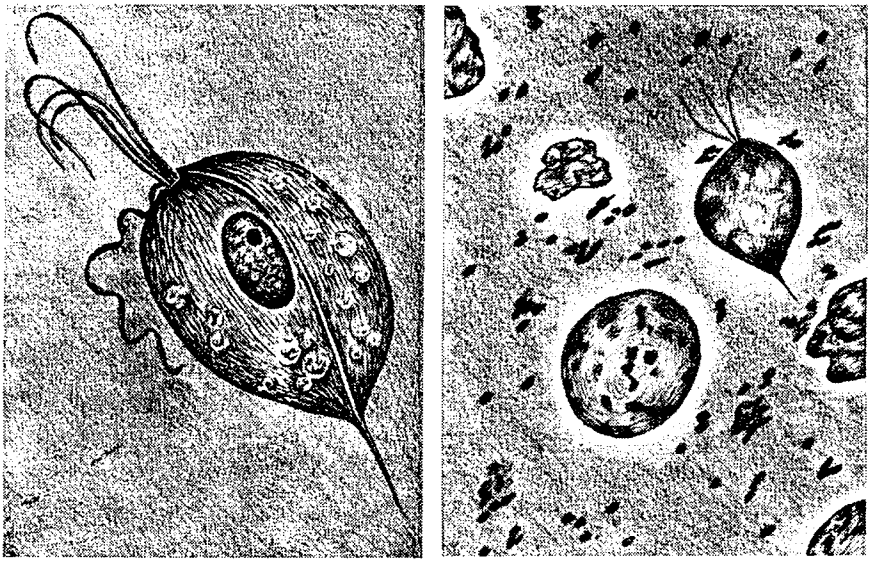


Рис. 15.9. Збудник трихомоніазу — піхвова трихомонада

піхвова трихомонада може існувати у трьох формах: звичайна (грушоподібна), у вигляді кулькових тіл (форма розмноження), амебоїдна з вираженою фагоцитарною активністю (може фагоцитувати мікоплазми, гонококи та інші мікроорганізми, які є причиною рецидивів мікоплазмозу, гонореї).

Це найпоширеніше захворювання з-поміж тих, що передаються при статевих зносинах. Серед жінок, які живуть активним статевим життям, трихомоніаз сягає 50–70%. За даними ВООЗ, на цю хворобу хворіє 10% населення. Позастатеве зараження можливе в рідкісних випадках: у лікувальних закладах — при використанні для дослідження недостатньо знезаражених рукавичок, інструментів тощо, в побуті — при користуванні чужими губками, білизною, рушниками і т. ін.

Інкубаційний період триває 5–15 днів. Основним місцем паразитування трихомонад є слизова оболонка піхви, канал шийки матки, порожнина матки, маткових труб, вивідних проток бартолінових залоз, сечівника, сечового міхура. В інфікованих слизових оболонках виникає запальний процес: набряк, гіперемія, ексудація, десквамація ушкоджених епітеліальних клітин.

Клініка. Частіше спостерігаються кольпіт, уретрит, ендоцервіцит, проктит, рідше — висхідна інфекція.

Форми генітального трихомоніазу:

- свіжий (гостра, підгостра і торпідна форми);
- хронічний трихомоніаз (з торпідним перебігом і тривалістю захворювання понад 2 міс.);

- трихомонадоносійство (характеризується відсутністю симптомів за наявності трихомонад).

При гострій і підгострій формах хворі скаржаться на появу пінистих білей з неприємним запахом, відчуття свербіння і печії у зовнішніх статевих органах і піхві, печія і болючість при сечовипусканні.

Об'єктивні дані: почервоніння, мацерація, розчухи шкіри вульви, промежини, малих і великих статевих губ, наявність ерозії на шийці матки, почервоніння і набряк слизової оболонки піхви, пінисті гнійні білі. При торпідній (малосимптомній) формі прояви захворювання незначні або відсутні. Хронічний трихомоніаз характеризується появою білей, свербінням, при цьому ознаки запального процесу незначні, спостерігаються часті рецидиви.

Діагностика. Діагноз підтверджують даними анамнезу, об'єктивного дослідження, мікроскопії вагінальних мазків.

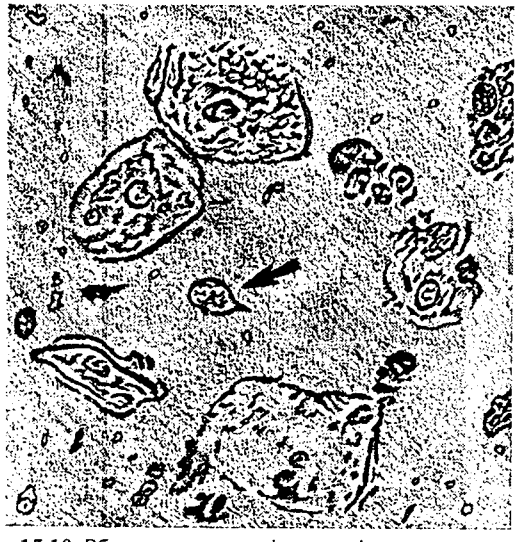


Рис. 15.10. Збудник трихомоніазу — піхвова трихомонада

Особливості змішаної трихомонадно-гонорейної інфекції: більш тривалий інкубаційний період. Лікування доцільно проводити в такій послідовності: спочатку лікують трихомоніаз, а потім — гонорею.

Лікування. Основні його засади:

- одночасне лікування хворої та її статевого партнера;
- заборона статевого життя в період лікування;
- використання протитрихомонадних засобів на тлі загальних і місцевих гігієнічних процедур: зголювання волосся на зовнішніх статевих органах, щоденна зміна білизни;
- лікування супровідних запальних захворювань статевих органів.

Протитрихомонадними засобами є метронідазол (трихопол, кліон, метрогіл, флагіл), фазижин (тинідазол), атрикан, наксоджин, тиберал, солкотриховак, тержинан. Високоефективним засобом є оргіл з доведеною біоеквівалентністю та клінічною ефективністю.

Для лікування свіжого трихомоніазу призначають оргіл за схемою 500 мг двічі на день протягом 10 днів. Тинідазол приймають після вживання їжі за однією з таких схем: а) одномоментно в дозі 2 г (4 табл. по 0,5 г); б) по 0,5 г через кожні 15 хв 4 рази; в) по 0,15 г — 2 рази на день протягом 7 днів. Курс лікування наксоджином — 500 мг 2 рази на день протягом 6 днів. Під час вагітності і грудного вигодовування дитини зазначені препарати протипоказані.

Кліон Д використовують у вигляді вагінальних таблеток по 1 табл. на ніч протягом 10 діб. Місцево можна застосовувати антисептичні розчини: баліз-2, 0,002% розчин хлоргексидину, трихомонацид.

Контроль вилікування проводять упродовж 2–3 менструальних циклів.

Профілактика. Надійним методом профілактики трихомоніазу є використання презерватива при випадкових статевих зносинах. У разі пошкодження останнього чи здійснення статевого акту без його застосування слід ретельно обмити зовнішні статеві органи теплою водою з милом, а потім після сечовипускання провести спринцювання 0,05% розчином хлоргексидину біглюконату.

Урогенітальний хламідіоз

Урогенітальний хламідіоз (chlamidiosis urogenitalis) — досить поширена інфекційна хвороба, що передається, в основному, статевим шляхом. Спостерігається в жінок (уретрит, кольпіт, бартолініт, ендоцервіцит, ерозії, ендометрит, сальпінгіт, пельвіоперитоніт, проктит тощо) і навіть у новонароджених (зараження відбувається під час пологів). Частота цього захворювання у жінок із запальними процесами складає 50%, крім того, хламідії є частою супровідною патологією у хворих на гонорею (40%) і трихомоніаз (40%). За даними ВООЗ, щорічно у світі реєструється близько 90 млн. нових випадків цієї хвороби. Причина широкого розповсюдження хламідіозу — малосимптомний перебіг, складність діагностики і лікування. Хворіють переважно жінки у віці 20–30 років.

Етіологія та патогенез. Збудником урогенітального хламідіозу є хламідії — грамнегативні бактерії (chlamidia trachomatis), які мають виражену тропність до циліндричного епітелію, розмножуються внутрішньоклітинно. Є дві основні форми хламідій — елементарні та ретикулярні тільця.

Елементарні тільця — це інфекційна форма збудника, яка забезпечує передачу інфекції, може існувати позаклітинно. У клітину може проникнути декілька елементарних тілець, які мають тенденцію до злиття, утворюючи у ній одне включення. Протягом 48–72 год відбувається руйнування інфікованих клітин з ушкодженням мембрани. Елементарні тільця, які виходять із клітин, інфікують нові клітини. *Ретикулярні тільця* — вегетативна форма хламідій, які утворюються в процесі розмноження всередині інфікованої клітини і є попередниками нового покоління елементарних тілець. Вони практично не спричиняють зараження. Мікроскопія дозволяє диференціювати обидва види тілець. Хламідії мають складну антигенну структуру.

Хламідії дуже чутливі до дезінфекційних речовин. При температурі 35–37 °С упродовж 24–26 год позаклітинні хламідії втрачають вірулентність, а при температурі 95–100 °С упродовж 5–10 хв. — гинуть. У бавовняній тканині вони можуть зберігатися до двох діб при 19–20 °С.

Джерело зараження — хвора людина.

Шляхи зараження:

- статевий (основний);
- інтранатальний (уроджений, при проходженні через пологові шляхи);
- позастатевий (забруднені інфікованим матеріалом руки, інструменти, білизна, предмети туалету, спільна постіль).

Урогенітальний штам хламідій, крім ураження сечостатевих органів, може викликати також фарингіт, кон'юнктивіт, перигепатит, отит, пневмонії та інші захворювання, зокрема синдром Рейтера.

Клініка. Інкубаційний період триває від 5 до 30 діб.

Основною первинною формою захворювання при хламідійному ураженні є ендоцервіцит, який може проходити безсимптомно або малосимптомно. У гострій стадії спостерігають гнійні (серозно-гнійні) виділення з каналу шийки матки, набряк і гіперемію її піхвової частини. У хронічній стадії виникають слизисто-гнійні виділення і псевдоерозія шийки матки. Хламідійний уретрит може перебігати безсимптомно або проявлятися дизуричними явищами. Специфічних симптомів, які б дозволили клінічно діагностувати хламідіоз, немає.

Сальпінгіт, спричинений хламідіями, характеризується такими самими симптомами, як і процес, викликаний іншими мікроорганізмами. Наслідком хламідійного сальпінгіту є безплідність.

Діагностика ґрунтується на даних анамнезу (тривало хворіють обидва партнери, безплідність). Остаточний діагноз встановлюють при виявленні хламідій у зішкрібку з каналу шийки матки, піхви. Найточнішими є імуноферментні та імунофлюоресцентні методи.

Лікування. Необхідно одночасно лікувати жінку та її статевого партнера. На час лікування забороняють статеве життя, вживання алкогольних напоїв, гострої їжі, тривалі фізичні й психічні перевантаження.

Призначають препарати тетрациклінової групи (доксициклін, рондоміцин, морфоциклін), цифран, сумамед, таривід, антибіотики — макроліди (клацид, еритроміцин). Високоефективним у лікуванні хламідіазу є фторхінолон IV покоління озерлік. Необхідно проводити також профілактику кандидозу фуцисом — 150 мг, або ізолом — 100 мг двічі на добу протягом 5 днів.

Урогенітальний мікоплазмоз

Етіологія. Збудниками є Mycoplasma hominis, Mycoplasma genitalium, Ureaplasma urealyticum.

В етіології запальних захворювань жіночих статевих органів мають значення асоціації мікоплазм із трихомонадами, гонококами, хламідіями, анаеробами. Мікоплазми передаються статевим шляхом, широко розповсюджені серед населення.

Клініка. Мікоплазмова інфекція перебігає в гострій і хронічній формах та не має симптомів, специфічних для даного збудника, а також часто виявляється в практично здорових жінок. Для неї характерний торпідний перебіг, нерідко спостерігаються латентні форми інфекції репродуктивної системи. У жінок збудники можуть активізуватись під впливом менструацій, оральних контрацептивів, вагітності, пологів. Уреаплазми виділяють у пацієнток із кольпітом, цервіцитом, уретритом, частіше в асоціації з іншими мікроорганізмами, симптоматику яких див. у підрозділі *«Запальні захворювання неспецифічної етіології»*.

Діагностика. Для виявлення уреаплазми використовують бактеріологічний метод. Матеріал отримують із гнійних виділень запальної бартолінової залози, вмісту маткових труб при сальпінгіті, тубооваріальних утворень із гнійним вмістом чи інших гнійниках малого таза. Проводять тест на уреазу (кольоровий показник), що ґрунтується на здатності уреаплазм виділяти уреазу, яка, впливаючи на реакцію середовища, змінює колір індикатора. Також використовуються серологічна діагностика (дослідження парних сироваток в РСК і РНГА), дослідження імунограми та обстеження на інші види інфекцій (хламідії, гонококи, трихомонади, вірус простого герпесу).

Лікування: етіотропне — використовуються протимікробні засоби з груп макролідів (еритроміцин, сумамед, рокситроміцин), тетрациклінів (тетрациклін, доксициклін), фторхінолони (ципрофлоксацин) тощо. Препарати цих груп застосовують не менше 10–14 днів з наступним лабораторним конт-

ролем. Іншим напрямком лікування є стимуляція імунітету (імуноглобулін, левамізол, Т-активін, настоянка женьшеню).

Профілактика. Обстеження жінок із групи ризику (повій, безплідних, із запальними процесами статевих органів), а також інші заходи, спільні для хвороб, що передаються статевим шляхом.

Кандидозний вульвовагініт

Кандидоз — поліорганне захворювання, яке викликається дріжджовими грибами, найчастіше роду кандида (Candida albicans, C. glabrata, C. tropicalis) *(рис. 15.11),* може передаватися статевим шляхом. Поширена локалізація — в ділянці піхви, вульви, але бувають кандидозні ендоцервіцити, ендометрити, сальпінгіти.

Виникненню кандидозу сприяють:

- ендогенні фактори (захворювання, які перебігають протягом тривалого часу, знижують опірність організму, як-от: цукровий діабет, авітамінози);
- екзогенні чинники, що сприяють проникненню грибків в організм жінки і знижують загальну реактивність організму (тривале лікування антибіотиками), та фактори місцевого імунітету в слизовій піхви;
- висока патогенність грибків.

Виділяють такі види кандидозного вульвовагініту:

- первинний;
- антибіотикозалежний (що розвинувся внаслідок дисбалансу мікрофлори після лікування антибіотиками);
- пов'язаний зі змінами в різних системах організму (приймання естрогенів, діабет, вагітність).

На фоні зниження захисних сил організму гриби, що раніше були сапрофітами, набувають патогенних властивостей. Унаслідок посилення адгезивності вони прикріплюються до поверхневого шару епітелію, викликаючи поверхневу запальну реакцію та десквамацію вагінальних клітин. Генітальний кандидоз переважно не викликає глибокого ураження слизової і дисемінації процесу, але при високій патогенності збудники проникають в інтра- і субепітеліальні ділянки, можливе розповсюдження і у вкрай важких випадках — дисемінація кандидозу.

Клініка. Для кандидозного вульвовагініту характерні скарги на відчуття свербіння, печії, болючості у вагіні, значні сирнисті виділення.

При огляді — слизова оболонка геніталій гіперемійована, набрякла, в складках — накопичення білих нашарувань, які являють собою псевдоміц-

целій грибка, злущені епітеліальні клітини та лейкоцити. Виникають везикули, які зливаються між собою, на їх місці утворюються ерозії, що покриваються кірочками.

Діагностика. Діагноз базується на клінічній симптоматиці, даних огляду, кольпоскопії, бактеріоскопічних та бактерологічних методів.

Рис. 15.11. Збудник кандидозу — Candida albicans

Лікування. При гострій формі захворювання лікування проводиться орунгалом — по 200 мг 2 рази на день — 3 дні; при хронічній формі — по 100 мг 2 рази на день упродовж 6–7 днів, потім протягом 3–6 менструальних циклів — по 1 капсулі у перший день циклу. Висока ефективність лікування спостерігається при використанні дифлюкану — 150 мг на 1 прийом, а також Гіно-Певарилу по одній свічці (150 мг) на ніч протягом 3-х днів, при рецидивах — по 1 свічці (50 мг) 2 рази на добу 7 днів, а також нанесення крему на голівку статевого члена статевому партнеру — 10 днів. Другим етапом лікування є нормалізація мікробіоценозу піхви.

Профілактика. Раціональне проведення антибактеріальної терапії — дотримання оптимальних доз та тривалості курсу лікування антибіотиками, вчасне застосування протигрибкових засобів із профілактичною метою. Уникнення дошлюбних та позашлюбних статевих зв'язків, використання презерватива для запобігання потраплянню грибків у статеві шляхи жінки.

Ентеробіоз (гострики)

Етіологія. Збудник ентеробіозу — гострик, двостатевий гельмінт, довжина якого — 2–12 мм. Яйця виділяє самка.

Епідеміологія. Джерелом інвазії є людина. Гострики належать до контактних гельмінтів. Шлях зараження — фекально-оральний. Паразити селяться у дистальному відділі тонкої кишки, у сліпій і проксимальній частинах ободової кишки. Запліднена самка опускається у пряму кишку, звідси виповзає назовні й відкладає яйця у періанальних складках і на шкірі промежини. Виникають сильне свербіння, печія, хворі розчухують промежину. Яйця можуть потрапляти також на постіль, у воду, харчові продукти, зараження відбувається через рот.

Клініка. Інкубаційний період триває близько 15 діб. Хворі скаржаться на свербіння і печію, частіше вночі, в періанальній ділянці. У дівчаток гострики, заповзаючи до вульви, можуть призводити до вульвовагініту. Хворі скаржаться на розлади функції кишок, головний біль, безсоння, дратівливість.

Діагностика. Діагноз підтверджують овоскопією матеріалу, отриманого з періанальних складок і піднігтьових просторів.

Лікування. Зовнішні статеві органи обробляють антисептичними розчинами. Одночасно використовують піперазин, мінтезол, вермокс, ірвіній, памоат для видалення гельмінтів з кишечника. Обов'язковою умовою є лікування всіх членів сім'ї.

Профілактика. Профілактичні заходи спрямовані на запобігання інвазії інших людей. Велике значення має санітарно-гігієнічне виховання дівчаток. У дитячих садках та яслах систематично оглядають дітей. В епідосередку проводять хіміопрофілактику, вологе прибирання, знезаражують дитячі горщики, стільчики, іграшки ошпарюванням або 5% розчином хлорного вапна.

Сифіліс

Сифіліс (syphilis) — інфекційне венеричне захворювання, що передається переважно статевим шляхом.

Етіологія. Збудником хвороби є мікроорганізм бліда трепонема (Treponema pallidum), яка при дослідженні під мікроскопом має вигляд тонесенької блідої хвилястої ниточки, що здатна до поступальних і коливальних рухів. Оптимальною для розмноження блідої трепонеми є температура 37 °С. Вона дуже чутлива до різноманітних зовнішніх впливів. Миттєво гине при кип'ятінні. Швидко гине при висиханні, під впливом різних дезінфек-

ційних речовин, а також 90% спирту. Тому при роботі із хворими на сифіліс негайно протирають руки спиртом і це оберігає від зараження під час випадкового контакту із сифілітичною висипкою, на поверхні якої можуть знаходитись збудники.

При температурі +4 °С (температура зберігання крові для переливання в холодильнику) бліда трепонема у донорській крові зберігається протягом доби, а потім гине.

Джерело зараження — хвора людина.

Можливі шляхи зараження:

- статевий — основний;
- при статевих збоченнях (орально-генітальні, гомосексуальні контакти).
- побутовий — переважно у дітей, при тісному побутовому контакті (коли дитина спить разом із хворими, користується спільними гігієнічними предметами тощо). Побутовий шлях зараження у дорослих трапляється надзвичайно рідко, наприклад при поцілунках, коли на слизовій оболонці губ рота є сифілітична висипка з вологою поверхнею, де знаходиться багато збудників;
- професійний — під час обстеження хворих на сифіліс, у яких на шкірі чи слизовій оболонці є висипка з вологою поверхнею;
- трансплацентарний (через плаценту) — у випадках, коли вагітна хвора на сифіліс, особливо вторинний. Тоді в дитини розвивається вроджений сифіліс;
- трансфузійний (надзвичайно рідко) — внаслідок переливання крові, взятої від хворого на сифіліс.

Клініка. Із часу проникнення збудника в організм і до перших проявів хвороби минає в середньому 3–4 тижні. Це так званий інкубаційний період. Збудник уже потрапив до організму, але у хворої немає жодних скарг і проявів хвороби.

Після закінчення інкубаційного періоду тільки на місці заглиблення збудника з'являються перші прояви. Це так званий твердий шанкр *(рис. 15.12)*. У самій назві підкреслюється важлива особливість — щільність в основі шанкру. Твердий шанкр — це поверхневий дефект шкіри чи слизової оболонки (ерозія), рідше — глибокий (виразка, яка при загоєнні залишає рубець). Твердий шанкр круглої або овальної форми, щільний в основі з чіткими, дещо піднятими краями і відсутністю запальних явищ навколо нього, неболючий, із гладенькою поверхнею і незначними серозними виділеннями, може нагадувати блюдце. Величина — від кількох міліметрів до кількох сантиметрів. Можливі варіанти, коли шанкр вкритий біло-жовтим нальотом кольору старого сала, рідко — кірочкою. У складках слизової оболон-

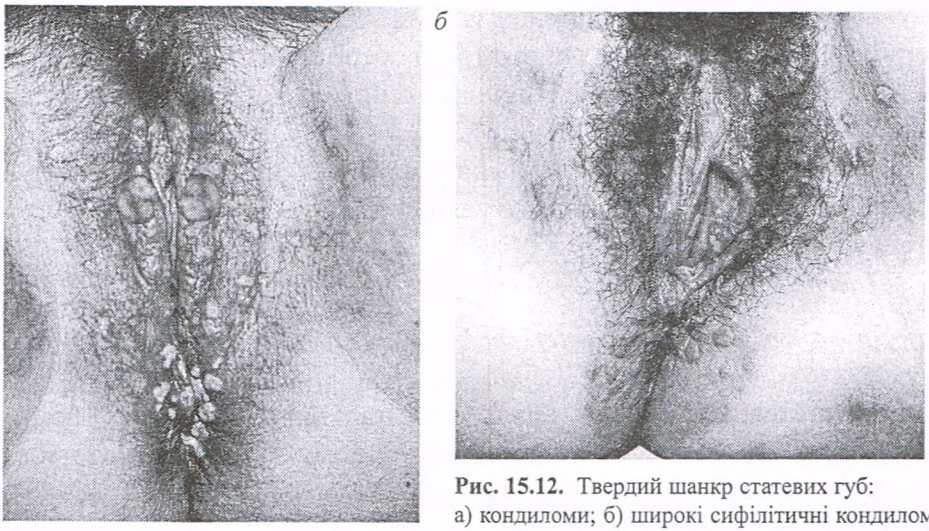


Рис. 15.12. Твердий шанкр статевих губ:
а) кондиломи; б) широкі сифілітичні кондиломи

ки статевих органів або ануса він може мати форму тріщини. У випадках, коли на поверхні шанкру утворюється чорна кірочка, яка не знімається, говорять про його ускладнення — гангренізацію (змертвіння). До атипових шанкрів відносять індуративний набряк: збільшується статева губа, вона щільна, при натискуванні ямка не залишається, суб'єктивних відчуттів немає. Рідко шанкр може розміщуватись на шийці матки, на стегнах, у ділянці лобкового горба.

Приблизно через тиждень при локалізації шанкру на статевих органах збільшуються пахові лімфатичні вузли (склероаденіт, бубон) з одного боку. Вони щільні, рухомі, неболючі, не з'єднуються із шкірою, не нагноюються. Рідше спостерігається двобічне збільшення пахових лімфовузлів. Це первинний період сифілісу, який від часу появи шанкру триває 6–8 тижнів (перші 3–4 тижні первинний серонегативний період, коли реакція Вассермана негативна, і наступні 3-4 тижні, коли реакція Вассермана позитивна). Діагностика у цьому періоді ґрунтується на анамнестичних даних (статевий контакт, наявність відповідного інкубаційного періоду, обстеження статевого партнера, виявлення блідої трепонеми на поверхні шанкру), позитивних серологічних реакціях (Вассермана, РІБТ, імунофлуоресценції). Без виявлення збудника чи позитивних серологічних реакцій встановлювати діагноз сифілісу не можна.

Через 6–8 тижнів після розвитку твердого шанкру у хворих може підвищуватися температура тіла, розвиватись нічний головний біль, біль у кістках. Це так званий продромальний період. У цей час збудники інтенсивно розмножуються, потрапляють у кров (трепонемний сепсис) і у хворих на шкірі

і слизових оболонках з'являється розсіяна висипка. Це означає, що сифіліс перейшов у вторинний період. Першою висипкою є розеоли — невеличкі (0,5–1 см) запальні червоні плями на шкірі тулуба, живота, кінцівок, які не спричиняють сверблячки, тимчасово зникають при натискуванні пальцем, не підвищуються над рівнем шкіри, не лущаться. Згодом з'являються вузлики (папули), дуже рідко — гноячки, може випадати волосся. У цей час на шкірі і слизових оболонках жіночих статевих органів можуть з'являтись ерозивні вузлики (папули). Вони негострозапальні, щільні, діаметром від кількох міліметрів до 1 см, з вологою поверхнею, на якій є багато збудників (блідих трепонем), тому вони інфекційні. Вони теж не спричиняють суб'єктивних відчуттів. У результаті тертя і подразнення ці вузлики збільшуються, ущільнюються і перетворюються у так звані гіпертрофічні папули або широкі кондиломи, діаметром 0,5–1 см і більше, щільні, які підвищуються над рівнем шкіри, негострозапальні, неболючі при пальпації, поверхня рівна або горбиста, іноді волога.

На поверхні широких кондилом також є дуже багато збудників — вони надзвичайно інфекційні. Їх треба відрізняти від вірусних гострокінцевих кондилом (м'які, на ніжці, поверхня часточкова, як цвітна капуста). У цьому періоді сифілісу діагноз підтверджується виявленням на поверхні ерозивних папул і широких кондилом блідих трепонем, а також позитивними серологічними реакціями (реакція Вассермана, РІФ, РІБТ — реакція іммобілізації блідих трепонем).

Лікування сифілісу проводять препаратами пеніциліну (біцилін, ретарпен, екстенцилін) у шкірно-венерологічних диспансерах, відповідно до інструкцій, затверджених МОЗ України.

Профілактичні заходи: уникнення випадкових дошлюбних і позашлюбних статевих зв'язків. При випадкових статевих зносинах методом профілактики сифілісу є використання презерватива. У разі пошкодження останнього чи здійснення статевого акту без його застосування слід ретельно обмити зовнішні статеві органи теплою водою з милом, а потім після сечовипускання провести в перші дві години обробку статевих органів 0,05 % розчином хлоргексидину біглюконату.

СНІД

Збудником СНІДу є вірус (ретровірус), який має здатність уражати імунну систему організму. Розрізняють два типи вірусу імунодефіциту людини, що викликають синдром набутого імунодефіциту (скорочено **СНІД**): ВІЛ-1, ВІЛ-2. **ВІЛ-1** набув розповсюдження у всіх країнах світу. ВІЛ (вірус імунодефіциту людини) дуже чутливий до нагрівання, при кип'ятінні він гине

відразу, на нього згубно діють 70% спирт, 0,2% розчин гіпохлориту натрію та інші дезінфекційні розчини. Однак цей вірус зберігає життєздатність у висушеному стані впродовж 4–6 діб за температури 22 °С, а за нижчої температури — ще довше.

Джерелом зараження ВІЛ-інфекцією є хвора на СНІД людина або вірусоносій. Хворі на СНІД заразні впродовж усього життя. Кількість інфікованих ВІЛ у багато разів перевищує кількість хворих на СНІД. Інфікована людина досить швидко стає заразною, іноді через 1–2 тижні після зараження.

Шляхи зараження:

- статевий, який забезпечує природний перехід вірусу від однієї людини до іншої, у тому числі при статевих збоченнях (гомосексуалізм);
- парентеральний шлях зараження трапляється при недотриманні санітарних умов проведення ін'єкцій, особливо внутрішньовенних, коли ін'єкції роблять одним шприцом, змінюючи тільки голку, часто це трапляється в ін'єкційних наркоманів;
- професійний шлях зараження медичних працівників, коли кров хворого на СНІД потрапляє на ушкоджену шкіру (мікротравми, тріщини тощо) чи слизові оболонки медика при внутрішньовенних маніпуляціях тощо;
- трансфузійний шлях передачі при переливанні здоровій людині крові хворого на СНІД. Це трапляється рідко;
- трансплацентарний — від хворої на СНІД вагітної її дитині.

Отже, ВІЛ може передаватись від людини до людини при прямому контакті: «кров-кров» або «сперма-кров». Передача вірусу зі слиною під час поцілунку малоймовірна. Через укуси комах вірус не передається.

Клінічні прояви СНІДу. Прихований (інкубаційний) період може тривати від 1 місяця до 10 і більше років. Клінічні прояви хвороби можуть бути різні, їх можна поділити на кілька періодів. У 30–50% інфікованих осіб через 2–4 тижні спостерігається гострий період: гарячка, ангіна, збільшення шийних лімфовузлів, печінки, селезінки, які минають через 7–10 днів і хвороба переходить у латентний (прихований) період. У цей час єдиною ознакою хвороби може бути збільшення периферичних лімфатичних вузлів. Вони рухомі, не з'єднуються із тканинами, деякі з них можуть бути болючими при пальпації. Таке збільшення лімфовузлів може вказувати на СНІД, якщо воно триває понад 1,5–2 місяці.

Надалі розвивається так званий СНІД-асоційований симптомокомплекс, або преСНІД. Він може тривати від 1–6 місяців до кількох років. У цей час у хворих розвивається багато різноманітних симптомів і хвороб (до 200), ознаки, які є неспецифічними, тобто властивими не тільки СНІДу. Це тривала гарячка з нез'ясованих причин, генералізоване (повсюдне) збільшення

периферичних лімфовузлів, періодичний пронос, втрата маси тіла (більше 10%), кандидоз ротової порожнини (пліснявка), лейкоплакія язика, фолікуліти, різні ураження шкіри. Цей період перебігає хвилеподібно з настанням значного поліпшення здоров'я аж до клінічної ремісії, коли люди вважають себе абсолютно здоровими.

Останній період — це власне СНІД. У таких хворих виникають різні інфекційні хвороби (до 170) на ґрунті імунодефіциту, що спричиняє ВІЛ-інфекція. Уражається нервова система (у 30–90% хворих), спостерігають втрату орієнтації, послаблення пам'яті, розвивається недоумкуватість. Частою є так звана пневмоцистна пневмонія (запалення легень) — близько 60% із тяжким, іноді блискавичним перебігом. У 60% спостерігають тяжкі і тривалі проноси. Часто у хворих розвивається саркома Капоші, яка швидко прогресує і призводить до смерті в молодому віці. У значної частини хворих на СНІД розвиваються злоякісні процеси у вигляді лімфом та інших злоякісних пухлин внаслідок пригнічення вірусом захисних імунних механізмів людини. У таких хворих виникають ураження шкіри і слизових оболонок дріжджовими грибками (кандидози), вірусами простого й оперізувального герпесу із впертим, рецидивним і тяжким перебігом, що не піддаються звичайним методам лікування.

Діагностика. У діагностиці СНІДу враховують:

- епідеміологічний анамнез (гомосексуалізм, наркоманія, проституція, внутішньовенні маніпуляції тощо);
- наявність тривалого збільшення периферичних лімфовузлів, втрату маси тіла, тривалі проноси і гарячку;
- виявлення в крові антитіл до вірусу СНІДу шляхом імунодефіцитного аналізу та інших. Для дослідження беруть 5 мл крові з вени у стерильну пробірку, закорковують її і ставлять у холодильник при температурі 2–4 °С. Після утворення згустка відсмоктують сироватку в стерильну пробірку і направляють не пізніше ніж через 1–3 доби у лабораторію.

Лікування. На сьогодні немає засобів, які вилікували б хворих на СНІД. Проте, застосовують препарати, які гальмують розвиток хвороби і продовжують тривалість життя. Нині ефективним препаратом для терапії ВІЛ-інфекції та СНІДу є Криксиван — інгібітор протеази. Хворим призначають потрійну терапію на основі Криксивану (криксиван + АЗТ + ЗТС), яка має високу ефективність, зменшує вміст вірусу в крові до рівня нижче порога визначення. Застосовують також імуностимулятори, імуномодулятори, симптоматичне лікування, залежно від виявленої патології. Одним із компонентів при комплексному лікуванні хворих на СНІД є протефлазид.

Профілактичні заходи:

- широка санітарно-освітня робота серед населення;
- уникнення дошлюбних і позашлюбних статевих зв'язків, гомосексуальних зв'язків;
- використання презервативів (знижує ймовірність зараження у 200-500 разів);
- профілактика наркоманії, зокрема парентерального (підшкірного чи внутрішньовенного) введення наркотиків, особливо при груповому користуванні одним шприцом;
- правильна стерилізація медичного інструментарію, колючих і ріжучих предметів, широке застосування шприців і голок одноразового використання;
- використання медичними працівниками, лаборантами, які контактують із кров'ю та іншими біологічними рідинами пацієнтів, індивідуальних засобів захисту (спецодяг, пластмасові фартухи, подвійні рукавички, захисні окуляри, маски тощо);
- ретельний контроль донорської крові.

ВІРУСНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Останнім часом значно зросла кількість захворювань статевих органів, спричинених вірусами, особливо серед молоді. Вірусні інфекції можуть проходити в латентній, малосимптомній та клінічно маловираженій формі, тому їх нелегко діагностувати. Захворювання особливо несприятливо впливають на перебіг вагітності — існує ризик передачі вірусу плодові. У плода виникають захворювання або вади розвитку, які призводять до його загибелі та переривання вагітності. Кожна вагітна, у якої стався викидень (завмерла вагітність), повинна бути обстежена щодо інфікування, оскільки в значної частини таких жінок виявляють цитомегаловірус, вірус грипу, вірус гепатиту А і В, папіломавірус. Окрім впливу на плід, вірусна інфекція, як показали дослідження останніх років, є фактором ризику розвитку раку жіночих статевих органів.

Герпетична інфекція

Герпетичні захворювання статевих органів викликаються вірусом простого герпесу, головним чином другого типу — ВПГ-2. Джерелом інфекції є хворі та носії. Збудник частіше трапляється у молодих жінок, які живуть статевим життям, можливе інфікування вірусом простого герпесу при орогенітальних контактах. Вірус локалізується переважно у слизових оболон-

ках сечостатевого тракту — у чоловіків, та каналу шийки матки — у жінок, а також у нервових гангліях поперекового і сакрального відділів симпатичної нервової системи. Генітальний герпес передається статевим шляхом. Під час вагітності ВПГ-2 може викликати її невиношування та вади розвитку плода.

Герпетичний вірус відносять до пожиттєво персистуючих інфекцій, тому захворювання має схильність до рецидивів.

Клініка. За клінікою виділяють типовий, атиповий та безсимптомний перебіг інфекції (вірусоносійство).

Для типового перебігу захворювання характерні генітальні та екстрагенітальні ознаки. Екстрагенітальні симптоми: підвищення температури тіла, міалгія, головний біль, нудота, герпетичні висипання на обличчі, порушення сну. Генітальні прояви: у ділянці нижніх відділів статевої системи — вульви, піхви, шийки матки, біля уретри чи промежини — на тлі гіперемованої чи набряклої слизової з'являються окремі або множинні везикули розміром 2–3 мм, які існують упродовж 2–3 днів. Тоді везикули розриваються і в їх основі утворюються виразки неправильної форми, вкриті жовтим нальотом. Виразки загоюються за 2–4 тижні, не утворюючи рубця. При цьому хворі скаржаться на відчуття болю, свербіння, печіння в ураженій ділянці, тяжкість у нижніх відділах живота.

Клінічні прояви перебігають у трьох формах:

- I — гостра первинна;
- II — хронічна рецидивна;
- III — атипова.

Залежно від локалізації, розрізняють три стадії герпетичного процесу:

- I стадія — ураження герпесом зовнішніх статевих органів;
- II стадія — ураження піхви, шийки матки, уретри;
- III стадія — ураження матки, придатків, сечового міхура.

Діагностика грунтується на даних анамнезу, скарг, об'єктивного дослідження, виявленні ВПГ-2 чи його антитіл у сироватці крові хворої. Найбільш достовірним вважається метод знаходження збудника у виділеннях з піхви, шийки чи порожнини матки та уретри. Для експрес-діагностики застосовують метод флуоресціюючих антитіл та імунопероксидазний метод. Існує електронно-мікроскопічний шлях розпізнавання ВПГ-2 та метод вирощування вірусів у культурі тканин з наступним вивченням його властивостей.

Лікування викликає труднощі у зв'язку з частими рецидивами захворювання та можливістю реінфекції.

Противірусні препарати за механізмом дії належать до трьох основних груп:

- інгібітори реплікації вірусної нуклеїнової кислоти;
- інтерферон і сполуки, що мають інтерфероніндукуючу активність;
- сполуки з іншим механізмом противірусної дії.

Складність лікування зумовлена специфікою вірусів як класу облігатних внутрішньоклітинних паразитів. У результаті розкриття природи вірусів на молекулярному рівні, що дозволило цілеспрямовано втручатися в цикл репродукції вірусів, створено нові препарати, що мають вплив на ріст і розвиток вірусів, зокрема зовіракс (ацикловір, віролекс). Застосовують ацикловір по 600–1200 мг на добу всередину чи внутрішньовенно, а також алпізарин, фоскарнет, вальтрекс, герпевір. Високоефективним препаратом є протефлазид, який застосовують за такою схемою: 1-й тиждень — по 5 крапель 3 рази на добу; 2–3-й тиждень — по 10 крапель 3 рази на добу; 4-й тиждень — по 8 крапель 3 рази на добу. Через 1 місяць після останнього прийому повторюють курс.

Місцева терапія: сидячі ванни, спринцювання розчинами перманганату калію, відваром ромашки тощо. Місцево застосовують мазі: мегасин-3%, бонафтон-3%, алпізарин-3%, вагінальні тампони з протефлазидом — 3,0 мл (72–75 крапель) розводять на 10 мл фізіологічного розчину. Тампон вводять у піхву 2 рази на добу протягом 14 днів.

Для лікування рецидивів використовуються противірусні хіміопрепарати, герпетичні вакцини, протирецидивну імунотерапію.

Папіломавірусна інфекція

Етіологія. Збудником гострокінцевих кондилом (condylomata acuminata) є папіломавіруси 6/11, 16/18, 31/33, 35 типів, які передаються статевим шляхом. Ці надзвичайно стійкі до дезінфекційних речовин віруси знищує висока температура при автоклавуванні. Інкубаційний період гострокінцевих кондилом триває від 1 до 9 місяців. Захворювання часто трапляються в осіб, які ведуть активне статеве життя з багатьма сексуальними партнерами. Папіломавіруси є причиною генітального раку. Ці пацієнтки ризикують у 1–2 тисячі разів більше захворіти на рак, ніж здорові. Гострокінцеві кондиломи можуть перероджуватись у рак у 6–26 %.

Клініка. На початку захворювання над поверхнею шкіри великих статевих губ, пахових та міжсідничних складок, періанальної ділянки та слизової оболонки уретри, ануса, піхви, шийки матки з'являються поодинокі, рожеві, іноді із сірим відтінком утвори, які мають тонку ніжку, рідше — широку основу. Гострокінцеві кондиломи можуть розростатися, зливатися

між собою *(рис.15.13)*. Ці утворення нагадують цвітну капусту з дрібночасточковою поверхнею, характеризуються тривалим перебігом. У хворих із задавненим процесом кондиломи можуть бути настільки великими, що нагадують пухлину. Вони можуть ускладнюватися приєднанням вторинної бактеріальної інфекції, при цьому з'являються значні виділення з неприємним запахом, біль, свербіння. Кондиломи зумовлюють труднощі при ходінні, статевих зносинах. При вагітності й під час пологів кондиломи можуть спричинювати кровотечу. У 15–17% хворих спостерігається регрес кондилом, особливо тих, які виникли під час вагітності.

Діагностика клінічна. Враховують часточкову поверхню, м'яку консистенцію, розміщення на тонкій ніжці. Диференційний діагноз в основному проводять із широкими сифілітичними кондиломами *(рис. 15.14, 15.15, 15.16)*, які щільно розміщуються на широкій основі, бурого, іноді мідно-червоного кольору, немають часточкової структури.

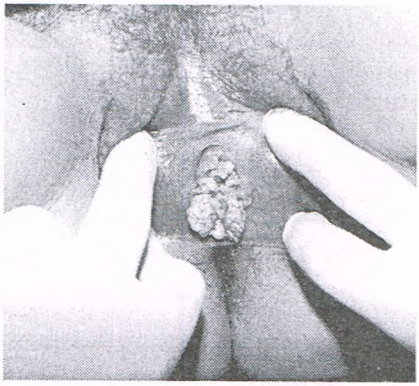


Рис. 15.13. Гострокінцеві кондиломи (Condylomata acuminata)

Рис.15.14. Широкі сифілітичні кондиломи (Condylomata lata)

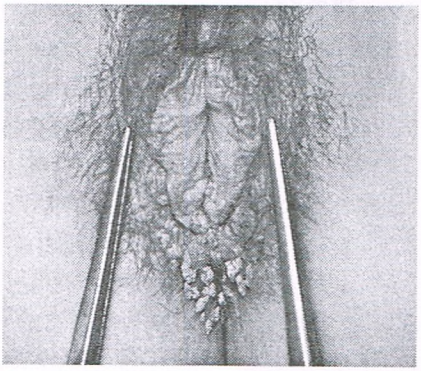


Рис. 15.15. Широкі сифілітичні кондиломи (Condylomata lata)

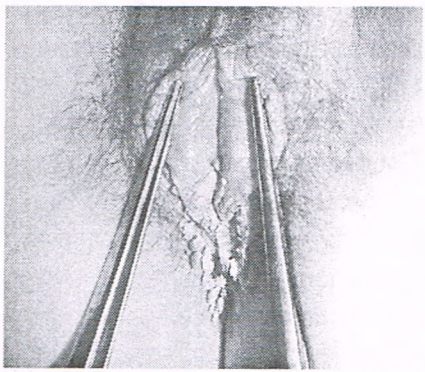


Рис. 15.16. Широкі сифілітичні кондиломи (Condylomata lata)

Лікування. При великих кондиломах проводять лазерокоагуляцію. Вона набагато ефективніша, ніж кріодеструкція і діатермокоагуляція. Для лікування невеликих кондилом можна застосовувати солкодерм, який наносять на уражену ділянку аплікатором або скляною трубочкою, а потім пенетрують пластмасовим аплікатором до повного всмоктування розчину. Високоефективним противірусним імуномодулювальним препаратом є протефлазид, який застосовують за такою схемою: 1-й тиждень — по 5 крапель 3 рази на добу; 2–3-й тиждень — по 10 крапель 3 рази на добу; 4-й тиждень — по 8 крапель 3 рази на добу. Через 1 місяць після останнього прийому повторюють курс. Місцево застосовують вагінальні тампони з протефлазидом — 3,0 мл (72–75 крапель) розводять на 10 мл фізіологічного розчину. Тампон вводять у піхву 2 рази на добу протягом 14 днів.

Контагіозний молюск

Етіологія. Збудником захворювання (molluscum contagiosum) є вірус, який передається при безпосередньому контакті із хворим або при користуванні предметами, що були у хворих. У дорослих основний шлях зараження — статевий. Діти хворіють частіше. Інкубаційний період — від 2 тижнів до 1–9 місяців.

Клініка. На шкірі утворюються маленькі напівсферичні, щільні вузлики діаметром 5–7 мм, які можуть зливатися, утворюючи конгломерати діаметром 1–3 см. Поверхня вузликів може бути напівпрозора або тілесного кольору з восковим відтінком *(рис. 15.17)*. Місця локалізації: зовнішні ста-

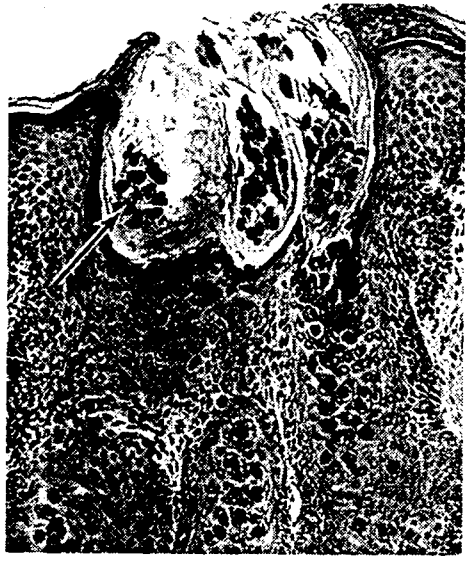


Рис. 15.17. Контагіозний молюск (гістологічна картина)

теві органи, промежина, лобок, стегна, обличчя. Контагіозний молюск може існувати тривалий час.

Діагностика клінічна. При стискуванні пінцетом з вузлика виділяється біла сироподібна маса.

Лікування. Елементи видавлюють пінцетом, змащують розчином йоду, 10 % бетадином, соком часнику, використовують кріотерапію.

Цитомегаловірусна інфекція

Збудником є цитомегаловірус. Відсоток інфікування жінок, за даними світової літератури, дуже високий. У Західній Європі він становить від 50 до 85 %. Серед вагітних із звичним невиношуванням інфікованих 70 %.

Цитомегаловірус, який проник в організм, персистує в ньому тривалий час, виділяючись при цьому зі слиною, передається при статевих контактах.

Клініка. Основними ознаками інфікування є екстрагенітальні симптоми: ураження ЦНС, тромбоцитопенія, ураження печінки, часті пневмонії. Інфікування плода під час вагітності призводить до вроджених вад розвитку плода (мікроцефалія, глухота), захворювань, що виявляються в новонароджених та в дитячому віці (церебральний параліч, м'язова слабкість).

Виявляється у вигляді цервіциту й ерозій шийки матки, кольпіту, вульвіту й інших запальних захворювань, які перебігають у субклінічній формі.

Діагностика: проводять вірусологічне дослідження крові, сечі. Цитоскопічний аналіз осаду слини, сечі ґрунтується на властивості цитомегаловірусу проникати в клітину і утворювати великі внутрішньоядерні включення. Розміри інфікованої клітини значно збільшуються, утворюється так звана цитомегалічна клітина, яку образно називають «совине око».

Серологічні методи: дослідження компонентів зв'язуючих антитіл до ЦМВ (позитивним вважається титр 1:8 і вище). Використовують метод непрямої імунофлуоресценції, ДНК-діагностики (полімеразна ланцюгова реакція).

Лікування. Основною метою є корекція порушень імунного статусу організму. Застосовують препарати для стимуляції імунітету (левамізол, Т-активін, імуноглобулін, настоянка женьшеню). Можна проводити мазеві аплікації та ін'єкції в шийку матки лейкоцитарного інтерферону, імуноглобуліну з підвищеним титром антицитомегаловірусних антитіл — препарат «Цитотект». Специфічні противірусні препарати широкого спектра дії (вальтрекс, ацикловір, рибавірин, ганцикловір, бонафтон) малоефективні. При лікуванні цитомегаловірусної інфекції високоефективним препаратом є протефлазид, особливо у жінок з обтяженим акушерським анамнезом (часті

невиношування вагітності та інші прояви цитомегаловірусної інфекції) за такою схемою: 1-й тиждень — по 5 крапель 3 рази на добу; 2–3-й тиждень — по 10 крапель 3 рази на добу; 4-й тиждень — по 8 крапель 3 рази на добу. Через 1 місяць після останнього прийому повторюють курс.

Профілактичні заходи: уникнення випадкових дошлюбних і позашлюбних статевих зв'язків, використання презервативів, дотримання правил особистої та загальної гігієни.

Туберкульоз статевих органів

Туберкульоз статевих органів є захворюванням вторинним. Первинне вогнище локалізується найчастіше в легенях. Захворювання спричиняють мікобактерії туберкульозу, які заносяться у статеві органи з легень або кишечника переважно гематогенним шляхом. Хворіють здебільшого жінки віком 20–40 років. Туберкульозне ураження виявляють у 5–8 % хворих, які лікуються з приводу запальних захворювань статевих органів, і у 1–3 % хворих на сальпінгоофорит. Мікобактерії туберкульозу потрапляють у статеві шляхи найчастіше в дитячому віці, а клінічні ознаки захворювання з'являються в період статевого дозрівання, з початком статевого життя, після переохолодження, захворювань, що призводять до зниження імунітету тощо.

Туберкульоз уражає насамперед маткові труби (85–90 %), рідше — матку та яєчники *(рис. 15.18, 15.19),* іще рідше — шийку матки, вагіну, зовнішні статеві органи.

Згідно із класифікацією Е. Абуреля, В. Петреску (1975) виділяють 4 основні форми специфічного процесу в статевих органах жінки:

- туберкульоз статевих органів з мікроураженнями, переважно продуктивного характеру, що мають латентний перебіг;
- туберкульоз статевих органів з макроураженнями, переважно ексудативно-проліферативного або казеозного характеру, що проходять у вигляді ендосальпінгіту та ендометриту, супроводжуються асцитом або спайковим перитонітом;
- поєднаний туберкульоз статевих органів та туберкульозний процес у інших органах (легенях, нирках) або поєднання туберкульозу статевих органів з іншими гінекологічними захворюваннями (ендометріозом, склерополікістозом яєчників, міомою матки тощо);
- клінічно вилікуваний туберкульоз статевих органів з формуванням післятуберкульозних змін (петрифікатів, спайок, дегенеративних змін).

При патоморфологічних дослідженнях виявляють запальні зміни, морфологічна специфічність яких виявляється утворенням туберкульозної гра-

нульоми в продуктивній фазі запалення або вогнищ казеозного розпаду, пов'язаного з ексудативною фазою процесу. При застосуванні протитуберкульозних засобів у фазі ексудативного запалення відбувається розсмоктування ексудату з повним або майже повним відновленням структури тканини органа. У фазі продуктивного процесу відбувається заміщення деструкції тканини рубцем. При казеозному ураженні відбувається розсмоктування перифокальних інфільтратів та фіброзне перетворення зони розпаду з утворенням капсули та відмежуванням вогнищ від здорових тканин. У таких вогнищах мікобактерії можуть знаходитися тривалий час і при несприятливих умовах викликати рецидив захворювання.

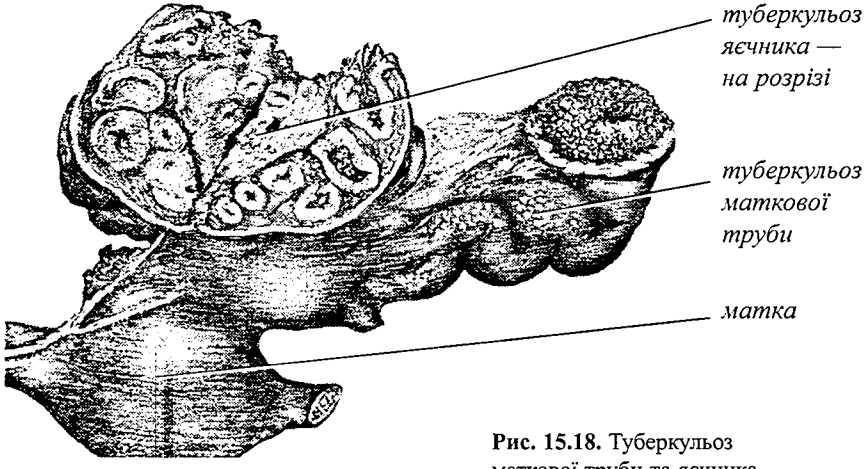


Рис. 15.18. Туберкульоз маткової труби та яєчника

Клініка. При малих формах туберкульозу больовий синдром спершу відсутній. Домінуючою ознакою бувають розлади менструального циклу у вигляді гіпоменструального синдрому та альгодисменореї. При макроуураженнях виникає біль. Майже усі хворі на туберкульоз статевих органів страждають на розлади репродуктивної функції, серед яких переважають первинна та вторинна безплідність, невиношування вагітності, позаматкова вагітність. При виражених змінах в ендометрії у хворих розвивається аменорея (маткова форма).

Загальні зміни в організмі хворих виявляються ознаками туберкульозної інтоксикації: порушенням загального стану, швидкою втомлюваністю, підвищеною пітливістю, субфебрилітетом.

Діагностика. Діагноз встановлюють на підставі даних анамнезу (контакт із хворими на туберкульоз, перенесені раніше туберкульоз кісток, легень, часті бронхіти, пневмонії, тривалий субфебрилітет), об'єктивного об-

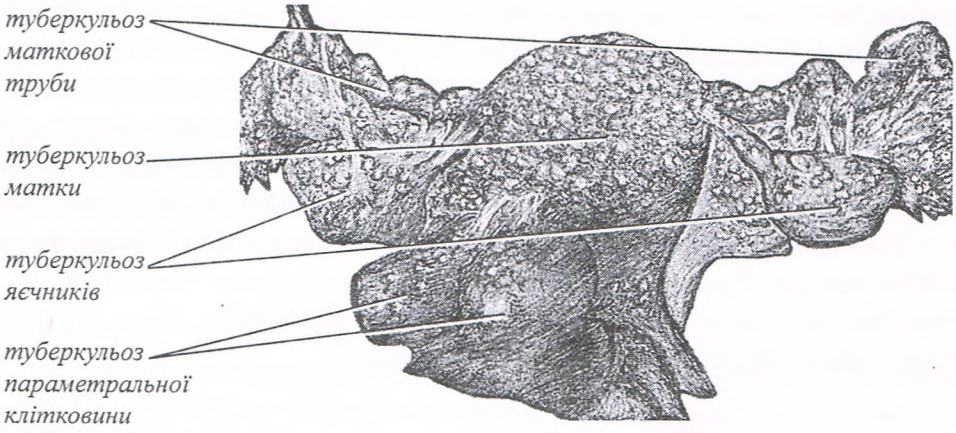


Рис. 15.19. Туберкульоз матки, маткових труб, яєчників, параметральної клітковини

стеження (туберкульозні зміни в органах або їх наслідки), бактеріологічного дослідження, додаткових методів дослідження, включаючи гістологічні.

Для уточнення туберкульозної природи захворювання використовують туберкулінові проби (Манту і Коха). Проба Манту свідчить лише про специфічну сенсибілізацію хворої і самостійного діагностичного значення не має. Діагностичне значення має проба Коха, яка полягає у введенні під шкіру 20 ТО туберкуліну. У відповідь на це у хворих на туберкульоз виникають загальна, місцева та вогнищева реакції. Загальна виявляється підвищенням температури, головним болем, нездужанням. Вогнищева реакція проявляється через 48–72 год у вигляді збільшення інфільтратів у ділянці придатків, підвищенням болючості тощо. Об'єктивно пробу Коха можна підтвердити характерними змінами гемограми (підвищення кількості лейкоцитів за рахунок моноцитів та еозинофілів, зниження кількості лімфоцитів), протеїнограми (зменшення кількості альбумінів та збільшення кількості глобулінів), імунограми. У крові з'являється С-реактивний білок, збільшується вміст сіалових кислот.

Надзвичайно важливим є бактеріологічний метод, що полягає у виявленні мікобактерій туберкульозу в тканинах матки і придатків. Матеріалом для посіву є виділення з матки та піхви, вміст, отриманий при пункції пухлин яєчників чи при лапароскопії, тканина видалених органів.

Цінним методом є лапароскопія, яка дозволяє провести візуальний огляд органів черевної порожнини та взяти для бактеріологічного та гістологічного дослідження частинки патологічно зміненої тканини.

Обов'язковим для хворих на туберкульоз є рентгенологічне дослідження як статевих органів, так і органів грудної порожнини, особливо у хворих,

у яких клінічно першим маніфестує вогнище у матці чи придатках *(рис. 15.20)*. Гістеросальпінгографія дозволяє оцінити стан порожнини матки, стан маткових труб, їх прохідність та інші зміни, притаманні туберкульозному процесу.

Важливе також гістологічне дослідження ендометрія, отриманого при вишкрібанні порожнини матки. Використовують ультразвукову ехографію, що дозволяє неінвазивним шляхом оцінити ступінь морфологічних змін у матці та придатках.

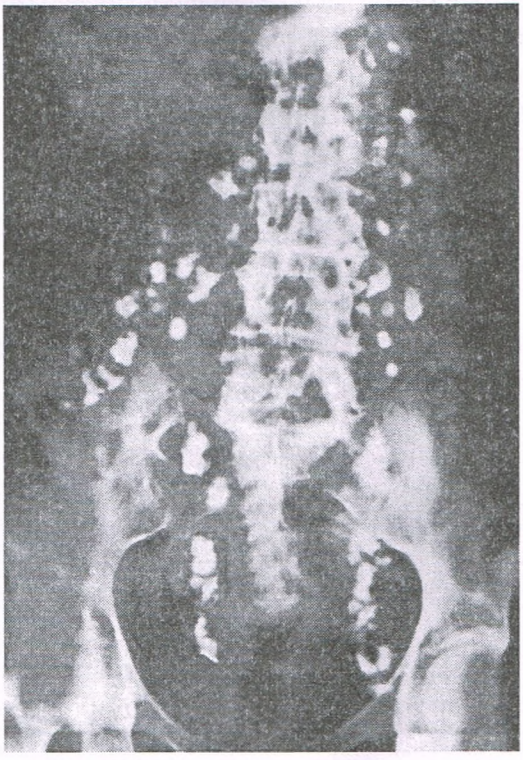


Рис. 15.20. Кальцифікати при туберкульозі

Лікування туберкульозу статевих органів повинно бути комплексним і включати відповідний режим, повноцінне харчування, вітаміни, симптоматичне та санаторно-курортне лікування. Лікування проводять у спеціалізованих стаціонарах.

Основним є проведення антибактеріальної терапії. Призначають протитуберкульозні засоби (рифампіцин, ПАСК, етамбутол, препарати ізонікотинової кислоти). Для запобігання виникненню стійкості мікобактерій до препаратів використовують їх комбінації (ізоніазид + рифампіцин). Якщо процес уперше виявлено або він має гострий чи підгострий перебіг, при-

значають три препарати — антибіотик, один із похідних ізонікотинової кислоти (ізоніазид, салюзид) і ПАСК. Останній засіб не лише має виражену бактеріостатичну дію, але і попереджує виникнення стійкості мікробактерій до антибіотиків та похідних ізонікотинової кислоти, за рахунок чого їх можна вживати протягом більш тривалого часу. Лікування проводять протягом 1,5–2 років — спочатку 3–6 місяців застосовують комбінації трьох, потім 6–8 місяців — двох препаратів. Після цього підтримується терапія до двох років.

Внутрішньом'язове та пероральне введення препаратів поєднують із введенням певної дози безпосередньо у вогнище ураження. З цією метою можна використовувати лідазу у поєднанні з антибіотиками та гідрокортизоном. Їх вводять через заднє склепіння, підводячи безпосередньо до вогнища. Ці ж ліки можна вводити шляхом гідротубацій. Застосовують також 1 % розчин хімотрипсину — як у заднє склепіння так і у вигляді електрофорезу. У деяких випадках вдаються до хірургічного лікування. Щороку навесні і восени проводять протирецидивне лікування.

Реабілітацію хворих проводять у спеціалізованих санаторіях (Одеса, Алупка). Для розсмоктування залишкових явищ після перенесеного туберкульозу застосовують фізіотерапевтичні методи та пелоїдотерапію.

Площиці

Площиці (лобкова вошивість). Лобкові воші паразитують на волоссі лобкової ділянки нижньої частини живота, стегон, можуть переповзати на волосся під пахвами, брови. Зараження відбувається переважно при статевих контактах. У дітей вони можуть розміщуватись на бровах, потилиці, в ділянці вух. Площиці прикріплюються до коренів волосків і заглиблюються у вічка фолікулів. Основним симптомом є помірна сверблячка. На місці укусів площиць з'являються блакитні або сірі плями діаметром до 1 см.

Діагностика лобкової вошивості базується на результатах паразитологічного обстеження та оцінці клінічної картини захворювання.

Лікування. Ефективним методом лікування є одноразове використання аерозолю СПРЕЙ-ПАКСА, який наносять на 30 хв і змивають теплою водою з милом. Для лікування застосовують також шампунь «СІД», аерозоль «Пара-плюс», 20% водно-мильну емульсію бензилбензоату, нітифор, дезоцид, педилін.

Профілактика передбачає проведення дезінфекції одягу, білизни, приміщень, огляду контактних осіб, санітарно-протиепідемічних заходів, профоглядів в організованих колективах.

РОЛЬ СЕРЕДНІХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У ПРОФІЛАКТИЦІ ТА ДОГЛЯДІ ЗА ХВОРИМИ НА ЗАПАЛЬНІ ПРОЦЕСИ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Велика роль у профілактиці запальних захворювань жіночих статевих органів належить середнім медичним працівникам. Особливо це стосується захворювань специфічної етіології.

Проводячи санітарно-освітню роботу, фельдшер, акушерка повинні включати до тематики питання профілактики транссексуальних інфекцій, наголошуючи на роз'ясненні можливих шляхів зараження. Фельдшер, акушерка повинні роз'яснювати пацієнтам значення упорядкованого сексуального життя, небезпеку випадкових статевих стосунків, частої зміни сексуальних партнерів.

Проводячи лікування, призначене лікарем, необхідно у хвору вселити впевненість у тому, що хвороба обов'язково буде вилікувана, але за умови ретельного виконання всіх рекомендацій лікаря. Однією з таких умов є обстеження та лікування сексуальних партнерів.

Крім того, обслуговуючи хворих з деякими захворюваннями (сифіліс, СНІД), середні медичні працівники повинні пам'ятати про необхідність дотримання певних правил з метою запобігання професійному зараженню.

Важливо пам'ятати про деякі деонтологічні аспекти роботи із хворими на захворювання специфічної етіології. У жодному разі не можна повідомляти про результати лабораторних досліджень родичам хворої.

Не можна забувати також, що перенесені запальні процеси, як специфічні, так і неспецифічні, впливають на репродуктивну функцію жінки, що не може її не хвилювати. Обов'язок фельдшера, акушерки переконати жінку, що лише чітке виконання всіх рекомендацій лікаря приведе до нормалізації всіх її функцій, у тому числі і репродуктивної.

Перелік контрольних питань:

- запальні захворювання неспецифічної етіології;
- септичні захворювання;
- запальні захворювання специфічної етіології;
- вірусні захворювання;
- виконання місцевих лікувальних процедур при запальних захворюваннях геніталій;
- роль середніх медичних працівників у профілактиці та догляді за хворими на запальні процеси жіночих статевих органів

КОНСЕРВАТИВНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

ЛІКУВАЛЬНО-ОХОРОННИЙ РЕЖИМ ТА ХАРЧУВАННЯ ХВОРИХ

Для досягнення ефекту в лікуванні хворих необхідне дотримання лікувального режиму, особливості якого визначає лікар для кожної хворої індивідуально, а реалізацію забезпечує середній медичний персонал.

Постільного режиму повинні дотримуватись хворі із гострими запальними процесами статевих органів та загостреннями хронічних процесів. Після ліквідації гострих явищ постійне перебування у ліжку не є обов'язковим, хвора переводиться на загальний (палатний) режим. Хворим з усіма гінекологічними захворюваннями впродовж гострої стадії рекомендоване утримання від статевого життя. Фізична праця, навіть домашня робота, підняття вантажів також протипоказані.

Гінекологічні хворі не потребують якоїсь особливої дієти. Але часто хвороби статевої сфери супроводжуються розладами функції сусідніх органів. Пацієнтки гінекологічного відділення іноді скаржаться на розлади з боку кишечника, частіше запори, тому функцію товстої кишки слід регулювати, зокрема відповідною дієтою: їжа повинна бути багата на клітковину, містити достатню кількість овочів та фруктів, варто вживати сухофрукти, курагу, інжир, чорнослив. Якщо таке харчування не сприяє впорядкуванню діяльності шлунково-кишкового тракту, вдаються до застосування проносних засобів (сена, крушина) або до очисних клізм.

Якщо захворювання супроводжується анемією, для відновлення запасів заліза в організмі необхідно вживати продукти з високим вмістом вітамінів та мікроелементів: фруктові та ягідні соки (зокрема з моркви, буряка), гранати, чорну смородину, м'ясо та печінку.

Акушерки та фельдшери, які працюють у відділенні консервативної гінекології, повинні стежити за функцією сечового міхура хворої. При запальних процесах, пухлинах, що тиснуть на матку, сечовипускання буде прискореним. Випадання матки часто супроводжується затримкою сечовипускання, спорожнення сечового міхура можливе лише за умови вправ-

лення матки. Медичний персонал повинен враховувати ці особливості, стежити за частотою сечовипускання в таких хворих та при необхідності застосовувати катетеризацію сечового міхура. За показаннями кількість випитої та виділеної рідини вимірюють та зазначають на спеціальній картці в медичній карті.

ЛІКУВАННЯ ХОЛОДОМ І ТЕПЛОМ

Лікування холодом використовують при необхідності створення локальної гіпотермії тканин. Дія холоду викликає звуження судин і забезпечує протизапальний, болезаспокійливий та гемостатичний ефект. Найчастіше холод застосовують з метою рефлекторного скорочення матки при маткових кровотечах, після вишкрібання стінок порожнини матки.

Міхур з льодом обгортають рушником і прикладають до нижньої частини живота на 15–20 хв, за потреби дію холоду повторюють через 30–40 хв. Інколи вдаються до введення льоду у вагіну або пряму кишку. Для цього наповнюють льодом пробірку, вміщують її в новий презерватив і вводять у піхву на 15–20 хв. Такий спосіб кріотерапії сповільнює циркуляцію крові в зоні охолодження, забезпечує місцевий гемостатичний ефект, зупиняє розвиток гематом при травмах, зменшує післяопераційний набряк.

При захворюваннях нирок, сечового міхура та кишечника використання холоду протипоказане.

У гінекологічній практиці застосовують і термотерапію — лікування теплом. Дія тепла знижує тонус гладенької мускулатури матки, маткових труб і цим сприяє зменшенню больових відчуттів.

Найпростіший спосіб термотерапії — грілка. Грілку наповнюють водою, що має температуру 40–50 °С, у жодному разі не окропом, особливо коли йдеться про зігрівання хворих при ознобі, після значної крововтрати, хворих після операції, це важливо для запобігання опікам. Протипоказані теплові процедури при гострих запальних процесах, кровотечах зі статевих шляхів, що тривають, пухлинах статевих органів.

Для місцевої розсмоктувальної та болезаспокійливої дії використовують зігріваючі компреси. До хворого місця прикладають серветку з кількох шарів марлі, змочену спиртом, розведеним водою 1:1, далі — шар компресного паперу або церати, поверх якого для збереження тепла прикладають вату або махровий рушник. Компрес фіксують бинтом.

СПРИНЦЮВАННЯ ПІХВИ

Одним з найбільш розповсюджених методів лікування запальних процесів піхви та шийки матки є спринцювання та зрошення піхви. Лікувальний ефект дає механічна, хімічна та термічна дія води чи лікувального розчину на стінки піхви. При спринцюванні використовують меншу кількість розчину, час процедури менший та менший тиск, що створюється на стінки органа, ніж при зрошенні. Необхідно пам'ятати, що спринцювання — лікувальна, а не гігієнічна процедура, її проводять лише за певними показаннями.

Зрошення, або іригація, — процедура, що полягає у промиванні піхви великою кількістю рідини (10–12 л). Здійснюється з обтурацією виходу з піхви спеціальним пристроєм з двома отворами, через один з яких вода надходить у вагіну, а через інший витікає, тому створюється певний тиск на її стінки. Це рефлекторним шляхом впливає на метаболічні процеси в органах малого таза. Для зрошення використовується мінеральна вода. Цей метод переважно призначають при санаторно-курортному лікуванні. Проводять його на гінекологічному кріслі *(рис. 16.1)*, обладнаному пристроєм для зрошення.

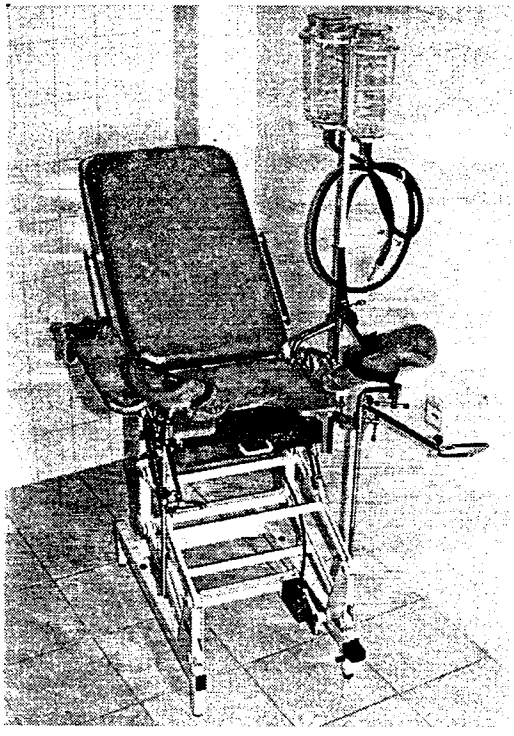


Рис. 16.1. Гінекологічне крісло з пристроєм для зрошення піхви

Мета вагінального спринцювання — розчинення та механічне вимивання з піхви патологічного вмісту, місцевий вплив лікарських речовин на стінки піхви та шийку матки, чим досягається санація піхви. Теплова дія розчину на шийку матки сприяє розсмоктуванню запальних інфільтратів у малому тазі. Показаннями до проведення процедури є запальні захворювання піхви та шийки матки (кольпіт, ендоцервіцит), ерозія шийки матки, запальні процеси придатків матки, хронічний пельвіоперитоніт з наявністю спайок, параметрит у стадії розсмоктування.

Спринцювання протипоказані при маткових кровотечах, гострих запальних процесах, при вагітності, особливо при загрозі її переривання, а також під час менструації.

Техніка спринцювання. Процедуру проводять на гінекологічному кріслі або на кушетці, вдома — в ліжку при горизонтальному положенні хворої. Під таз хворої підкладають судно. Використовують кухоль Есмарха місткістю 2 л. Перед використанням кухоль та трубку ополіскують окропом. Наконечник стерилізують кип'ятінням. У кухоль наливають лікувальний розчин (фурацилін, розчин перманганату калію, хлоргексидину біглюконату, ротокану, рекутану, ромазулану, настій ромашки, нагідок, шавлії, кори дуба, розчин питної соди або морської солі). Його температура повинна бути 37–38 °С при теплих спринцюваннях і 40–45 °С при гарячих. Перевіривши температуру розчину, спускають із трубки невелику кількість розчину, обмивають зовнішні статеві органи жінки, великим і вказівним пальцями лівої руки розводять статеві губи та вводять наконечник у піхву на глибину 8–10 см *(рис. 16.2)*. Тривалість процедури не менш 10 хв. Лікування проводять щоденно, на курс — 5–20 процедур.

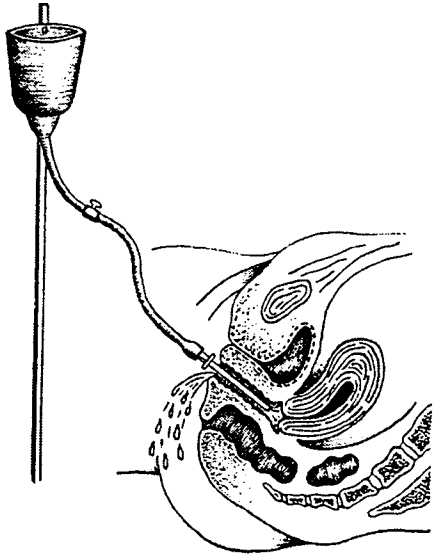


Рис. 16.2. Проведення спринцювання

Для лікування вульвітів у дівчаток та у хворих літнього віку, особливо при діабеті, кольпіті в гострій стадії, використовують сидячі ванночки з настоями лікарських рослин: ромашки, шавлії, календули — або з розчином перманганату калію чи фурациліну. Температура ванночки не повинна перевищувати 38–40 °С.

Основні препарати, що використовуються для спринцювань

#
Rp.: Sol. Kalii permanganatis 0,1 % 100 ml
D.S. По 1 чайній ложці на 1 л води для спринцювання.
#
Rp.: Romasulani 100 ml
D.S. По 1 столовій ложці на 1 л води для спринцювання.
#
Rp.: Microcidi 100 ml
D.S. Для спринцювання розвести в 200 мл води.
#
Rp.: Sol. Acidi lactici 3 % 1000 ml
D.S. Вагінальні інстиляції по 100 мл 2 рази на день протягом 10–15 хв.
#
Rp.: Sol. Chinosoli 5 % 100 ml
D.S. По 2 столові ложки на 1 л води для спринцювання.
#
Rp.: Vagotili 250 ml
D.S. По 1 чайній ложці на 1 л води для спринцювання.
#
Rp.: Sol. Chlorophyllipti spirituosae 1 % 100 ml
D.S. По 1 столовій ложці на 1 л води для спринцювання.

ВАГІНАЛЬНІ ВАННОЧКИ

Вагінальні ванночки застосовують, якщо необхідно створити умови для тривалого впливу невеликої кількості лікувального розчину на шийку матки та стінки піхви. Вони показані при кольпіті, ендоцервіциті, ерозії шийки матки.

Техніка вагінальної ванночки. У піхву вводять двостулкове дзеркало Куско, розкривають його і фіксують у розкритому стані. Наливають лікувальний розчин. Першу порцію одразу зливають, наливають наступну. Хвора

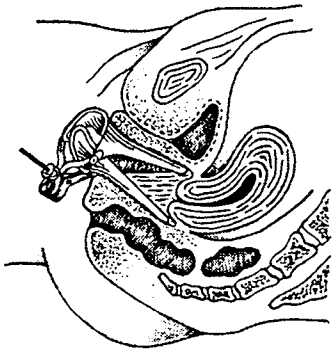


Рис. 16.3. Проведення вагінальної ванночки

притримує дзеркало так, щоб розчин не виливався *(рис. 16.3)*. Тривалість процедури — 10–15 хвилин. Розчин виливають. Після ванночки вводять тампон з лікувальною маззю або лініментом.

ВАГІНАЛЬНІ ТАМПОНИ

Тампони використовують для тривалої дії на шийку матки лікарських речовин, переважно на жировій основі. Показаннями є наявність ерозії шийки матки, ендоцервіциту, кольпіту, трофічної виразки шийки матки або піхви при випаданні матки. Основні речовини, які застосовують для лікування тампонами: емульсія синтоміцину, масло шипшини, мазь Вишневського, тетраборат натрію з гліцерином, риб'ячий жир, мазь із солкосерилом. В умовах санаторно-курортного лікування використовують тампони з лікувальними грязями.

Тампони виготовляють з вати, перев'язують марлевою смужкою довжиною 10 см, щоб можна було без труднощів витягти тампон за вільний кінець. Можна використати тампакс. Тампон просочують великою кількістю лікарської речовини, призначеної лікарем.

Перед введенням тампона доцільно провести вагінальну ванночку або спринцювання для видалення патологічного вмісту вагіни, щоб мазь чи лінімент, яким просякнутий тампон, впливали безпосередньо на слизову піхви. Після ванночки, не виводячи з піхви дзеркал, її слизову висушують стерильною ватою, а потім вводять лікувальний тампон *(рис. 16.4)*. Дзеркала виймають з піхви так, щоб його не змістити *(рис. 16.5)*. Тампон залишають у піхві на 12–24 год, після чого хвора сама, потягнувши за марлеву смужку, виймає його. Введення тампонів проводять щоденно або через день.

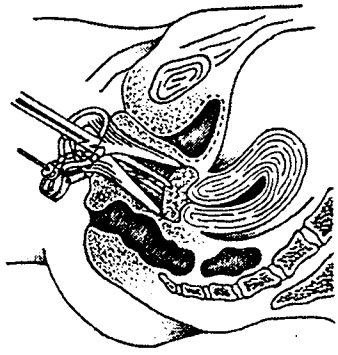


Рис. 16.4. Введення тампона у піхву

Рис. 16.5. Правильне розміщення тампона в піхві

Основні препарати, що використовуються для тампонів

#
Rp.: Sol. Kalii permanganatis 0,1 % 100 ml
D.S. По 1 чайній ложці на 1 л води для спринцювання.
#
Rp.: Romasulani 100 ml
D.S. По 1 столовій ложці на 1 л води для спринцювання.
#
Rp.: Microcidi 100 ml
D.S. Для спринцювання розвести в 200 мл води.
#
Rp.: Sol. Acidi lactici 3 % 1000 ml
D.S. Вагінальні інстиляції по 100 мл 2 рази на день протягом 10–15 хв.
#
Rp.: Sol. Chinosoli 5 % 100 ml
D.S. По 2 столові ложки на 1 л води для спринцювання.
#
Rp.: Vagotili 250 ml
D.S. По 1 чайній ложці на 1 л води для спринцювання.
#
Rp.: Sol. Chlorophyllipti spirituosae 1 % 100 ml
D.S. По 1 столовій ложці на 1 л води для спринцювання.
#
Rp.: Sol Chlorhexedine 0,5 % — 100 ml
D.S. Інстиляції в уретру 1–2 рази на добу.
#
Rp.: Sol Chlorhexedine 0,002 % — 200 ml
D.S. Для спринцювань 2 рази на добу.
#
Rp.: Sol Miramistini 0,01 % — 100 ml
D.S. Для спринцювань і обробки зовнішніх статевих органів.

МЕДИКАМЕНТОЗНЕ ЛІКУВАННЯ

Антибактеріальна терапія

Антибіотики використовують для лікування запальних захворювань у гострій стадії, у складних випадках вони є визначальним чинником для

врятування життя хворої. Ефективність антибактеріальної терапії визначається правильністю її застосування.

Принципи антибактеріальної терапії:

1. До початку антибактеріальної терапії потрібно зробити посіви з вогнищ інфекції для визначення виду збудника та його чутливості до антибіотиків.

2. До отримання результату бактеріологічного дослідження призначають антибіотики широкого спектра дії, після визначення виду збудника можлива зміна препарату з урахуванням чутливості даного штаму до того чи іншого антибіотика.

3. Перед введенням антибіотиків обов'язковим є проведення проби на індивідуальну чутливість організму хворої до даного антибіотика.

4. Антибіотики необхідно вводити, суворо дотримуючись призначень лікаря щодо дози та часу введення для підтримання стабільної концентрації препарату в організмі протягом усього курсу лікування.

5. Дуже важливим є дотримання оптимальних доз і тривалості курсу антибактеріальної терапії, оскільки недостатнє дозування або передчасне припинення введення препарату може призвести до переходу гострого запального процесу в хронічний або до рецидиву захворювання.

6. При поєднанні антибіотиків необхідно враховувати їх сумісність.

7. Тривалість лікування одним антибіотиком не повинна перевищувати 7–10 днів.

8. При тривалому вживанні антибіотиків можуть виникати порушення нормальних співвідношень у мікробіоценозі статевих шляхів, що призводить до активізації грибкової флори, тому разом з антибіотиками призначають протигрибкові препарати.

9. При застосуванні антибіотиків можливі алергічні реакції. У такому випадку введення препарату потрібно негайно припинити, викликати лікаря-гінеколога та анестезіолога для надання відповідної допомоги.

10. Під час призначення антибіотиків необхідно звертати увагу на функціональний стан нирок та печінки.

У гінекологічній практиці найчастіше використовуються препарати пеніцилінового ряду (оксацилін, ампіцилін, ампіокс, клоксацилін, флемоксин солютаб), цефалоспорини (I покоління — цефалотин, цефазолін; II покоління — цефуроксим, цефметазол, цефокситин; III покоління — цефотаксим, цефтизоксим; IV покоління — цефпірам, цифепім; оральні цефалоспорини — цефалексин), тетрацикліни (тетрациклін, доксициклін), аміноглікозиди (гентаміцин, тобраміцин, амікацин), макроліди (еритроміцин, клацид), фторхінолони (ципрофлоксацин, офлоксацин, норфлоксацин), карбапенеми (тіє-

нам), нітроімідазоли (метронідазол), протигрибкові препарати (ністатин, клотримазол, міконазол).

Терапевтичні дози та способи введення антибактеріальних препаратів

Група пеніцилінів:

#
Rp.: Benzylpenicillini-natrii 500 000 ОД
D.t.d. N. 12
S. Внутрішньом'язово по 500 000 ОД через 4–6 год.
Безпосередньо перед введенням розчинити у 2 мл 0,5 % розчину новокаїну.

#
Rp.: Amoxycillini trihydrati 0,5
D.t.d. N. 20 in tabul.
S. По 1 таблетці 2 рази на день.

#
Rp.: Oxacillini-natrii 0,25
D.t.d. N. 50 in tabul.
S. По 2 таблетки 4 рази на день.

#
Rp.: Ampicillini-natrii 0,5
D.t.d. N. 10
S. Внутрішньом'язово по 0,5 г через 4–6 год.
Безпосередньо перед введенням розчинити в 2 мл води для ін'єкцій.

#
Rp.: Tab. Flemoxini solutab 0,5 N 20
D.S. По 0,5 г 2–3 рази на добу.

#
Rp.: Tab. Amoxiclav 0,625 N 20
D.S. Всередину 1,875 г на добу на 3 прийоми.

#
Rp.: Amoxiclav 1,2
D.S. Внутрішньовенно 3,6–4,8 разів на добу на 3–4 введення.

#
Rp.: Ampioxi 0,25
D.t.d. N 20 in caps.
S. Всередину 2,0–4,0 г на добу на 4–6 прийомів після їжі.

S. Внутрішньом'язово, внутрішньовенно 2,0–4,0 г на добу на 3–4 введення при важких інфекціях 4,0–8,0 на добу.

#
Rp.: Azlocillini 2,0
D.t.d. N 10
S. Внутрішньовенно 0,2–0,35/кг на добу на 4–6 введеннь.

#
Rp.: Pipracil 4,0
D.t.d. N 10
S. Внутрішньовенно 0,2–0,3/кг на добу на 4–6 введеннь.

#
Rp.: Tazocin 2,25
D.t.d. N 10
S. Внутрішньовенно 6,75–18,0 на добу на 3–4 введення.

#
Rp.: Carbenicillini 1,0
D.t.d. N 10
S. Внутрішньовенно 0,4–0,6/кг на добу на 6–8 введеннь.

#
Rp.: Timentin (Ticarcillini Clavulanate) 3,1
D.t.d. N 10
S. Внутрішньовенноо 12,4–18,6 на добу на 4–6 введеннь.

Група цефалоспоринів:

#
Rp.: Cefalexini 0,25
D.t.d. N. 50 in caps.
S. По 1 капсулі 4 рази на добу.

#
Rp.: Cefalexini 0,5
D.t.d. N. 10
S. Внутрішньом'язово по 1,0 г через 6 год.
Перед введенням розчинити у 2 мл води для ін'єкцій.

#
Rp.: Cefalotini-natrii 1,0
D.t.d. N. 10
S. Внутрішньом'язово по 0,5–1,0 г через 4–6 год.
Перед введенням розчинити у 2 мл води для ін'єкцій.

#
Rp.: Cephazolini 1,0
D.t.d. N. 10
S. Внутрішньом'язово по 1,0 г через 8 год.
Перед введенням розчинити у 2 мл води для ін'єкцій.
#
Rp.: Cefuroximi 0,75
D.t.d. N. 10
S. Внутрішньовенно по 0,75 г через 8–12 год.
Перед введенням розчинити у 2 мл води для ін'єкцій,
вводити протягом 3–5 хв.
#
Rp.: Cefaloridini 1,0
D.t.d. N. 10
S. Внутрішньом'язово по 1,0 г через 6 год.
Перед введенням розчинити у 2 мл води для ін'єкцій.
#
Rp.: Cefotaximi 1,0
D.t.d. N. 10
S. Внутрішньом'язово або внутрішньовенно повільно
по 1,0 г через 6 год. Перед введенням розчинити
у 2 мл води для ін'єкцій.
#
Rp.: Cefadroxili 0,5
D.t.d. N. 10
S. Всередину 1,0–2,0 г на добу на 2 прийоми.
#
Rp.: Sulperazon (Sulbactam/Cefoperazone) 2,0
D.t.d. N. 10
S. Внутрішньовенно 4,0 на добу на 2 введення.
#
Rp.: Ceftriaxone (Rocephin/Torocef /Oframax) 1,0
D.t.d. N. 10
S. Внутрішньом'язово, внутрішньовенно 1,0–2,0 на добу
на 2 введення. При важких інфекціях до 4,0 г на добу.
#
Rp.: Zinacef 1,5
D.t.d. N. 10
S. Внутрішньом'язово, внутрішньовенно 3–4,5 г на добу
на 2–3 введення.

#
Rp.: Cefepime (Maxipime) 1,0
D.t.d. N. 10
S. Внутрішньом'язово, внутрішньовенно 2,0–4,0 на добу на 2 введення. При важких інфекціях до 6,0 г на добу.

Група карбапенемів:

#
Rp.: Tienami 0,5
D.t.d. N. 5
S. Внутрішньом'язово або внутрішньовенно по 1,0–4,0 г на добу.
#
Rp.: Meronemi 1,0
D.t.d.N. 10
S. Внутрішньом'язово або внутрішньовенно по 2,0–3,0 г на добу на 3 введення. При важких інфекціях до 6,0 на добу.

Група монобактамів:

#
Rp.: Azactami 1,0
D.t.d.N. 10
S. Внутрішньом'язово або внутрішньовенно по 1,5–6,0 г на добу.

Група аміноглікозидів:

#
Rp.: Kanamycini sulfatis 0,5
D.t.d. N. 6
S. Внутрішньом'язово по 0,5 г через 6 год.
Перед введенням розчинити в 3 мл води для ін'єкцій.
#
Rp.: Gentamycini 0,08
D.t.d. N. 10
S. Внутрішньом'язово через 8–12 год.
Перед введенням розчинити в 3 мл води для ін'єкцій.
#
Rp.: Tobramycini 0,04
D.t.d. N. 10
S. Внутрішньом'язово через 8 год.
Перед введенням розчинити в 3 мл води для ін'єкцій.

#
Rp.: Amikacini 12,5% — 2 мл
D.t.d. N. 10
S. Внутрішньом'язово, внутрішньовенно через 8–12 год.

Група макролідів:

#
Rp.: Erythromycini 0,25
D.t.d. N. 30 in tabul.
S. По 1 таблетці 4 рази на добу.
#
Rp.: Tab. Oleandomycini phosphatis 0,125 N. 25
D. S. По 2 таблетки 3–4 рази на добу.
#
Rp.: Tab. Rulidi obd. 0,15 N. 20
S. По 1 таблетці 2 рази на добу.
#
Rp.: Tab. Klacidi (Clarithromycini/ Klabax/ Fromilid) 0,25 N. 14
S. По 2 таблетки 2 рази на добу.
#
Rp.: Tab. Sumamed (Azitromycini) 0,5 N. 10
S. По 1 таблетці 2 рази на добу.
#
Rp.: Tab. Wilprafen (Josamycini) 0,5 N. 10
S. По 1 таблетці 2–3 рази на добу.
#
Rp.: Tab. Macropen (Midecamycini) 0,4 N. 10
S. По 1–2 таблетки 2–3 рази на добу.
#
Rp.: Tab. Rovamycini (Spyramycini)) 3 000 000 ME N. 10
S. Всередину по 3–9 млн МО на 2–3 прийоми.

Група тетрациклінів:

#
Rp.: Tab. Tetracyclini hydrochloridi 0,1 N. 30
S. По 2 таблетки 3–4 рази на добу.
#
Rp.: Doxycyclini hydrochloridi (Unidox solutab) 0,1
D.t.d. N. 10 in caps.

S. 3 капсули на перший прийом, потім по 1 капсулі через 6 год. Курсова доза — 0,5 г.

Група глікопептидів:

#
Rp.: Edicin (Vancomycini) 1,0
D.t.d. N. 10
S. Внутрішньовенно 2,0 на добу на 2 введення.

Хіміотерапевтичні протимікробні засоби

Група фторхінолонів:

#
Rp.: Ciprofloxacini 0,25
D.t.d. N. 10 in tab.
S. По 1 таблетці 2 рази на добу.
#
Rp.: Ofloxacini (Zanocini/Tarividi) 0,2
D.t.d. N. 10 in tab.
S. По 1 таблетці 2 рази на добу.
#
Rp.: Norfloxacini 0,4
D.t.d. N. 10 in tab.
S. По 1 таблетці 2 рази на добу.
#
Rp.: Lomefloxacini (Maxaquini) 0,4
D.t.d. N. 10 in tab.
S. По 1–2 таблетки 2 рази на добу.
#
Rp.: Abactali 0,4
D.t.d. N. 10 in tab.
S. По 1 таблетці 2 рази на добу.
#
Rp.: Abactali 5 ml (0,4)
D.t.d. N. 10 in amp.
S. Внутрішньовенно крапельно 0,4 1–2 рази на добу.
#
Rp.: Ciprinoli (Ciprofloxacini) 0,25
D.t.d. N. 10 in tab.
S. По 2 таблетки 2–3 рази на добу.

#
Rp.: Ciprinoli (Ciprofloxacini/ Ciprobay) 1% 10 ml
D.t.d. N. 10 in amp.
S. Внутрішньовенно крапельно 0,4–0,8 на 2 введення.

Протигрибкові та протипаразитарні препарати

#
Rp.: Metronidazoli (Klion/ Flagyl/ Trichopol) 0,25
D.t.d. N. 10 in tab.
S. По 1 таблетці 3 рази на добу.
#
Rp.: Tinidazoli (Fasigin) 0,5
D.t.d. N. 4 in tab.
S. По 4 таблетки на один прийом.
#
Rp.: Atrican 0,25
D.t.d. N. 8 in caps.
S. По 2 капсули на день протягом 4 днів.
#
Rp.: Tab. «Nimorazol» N.6
D.S. По 1 таблетці 2 рази на добу
всередину протягом 6 днів.
#
Rp.: Naxogin 0,5
D.t.d. N. 4 in tab.
S. По 4 таблетки на один прийом 1–2 дні, або 1,0 на добу протягом 6 днів.
#
Rp.: Meratini 0,5
D.t.d. N. 4 in tab.
S. По 1 таблетці 3–6 разів на день.
#
Rp.: Secnidazole 2,0
D.t.d. N. 3
S. По 1 пакетику на один прийом.
#
Rp.: Tiberali Roche 0,5
D.t.d. N. 10 in tab.
S. Всередину 1,0 г на добу після їжі протягом 5 днів.

#
Rp.: Ornidazoli 0,5
D.t.d. N. 10 in tab.
S. Всердину 1,0 г на добу після їжі протягом 5 днів.
#
Rp.: Metrogyl 0,5% 100 ml
D.t.d. N. 10
S. Внутрівенно крапельно 2–3 рази на добу.
#
Rp.: Meratini 100 ml
D.t.d. N. 10
S. Внутрівенно крапельно 2–3 рази на добу.
#
Rp.: Fasigyn 0,2% 400 ml
D.t.d. N. 10
S. Внутрівенно крапельно 2–3 рази на добу.
#
Rp.: Tricanix 100 ml
D.S. Внутрішньовенно 2–3 рази на добу.
#
Rp.:Tergynani in tabul. N. 10
D.S. По 1 таблетці у вагіну на ніч
(попередньо змочивши таблетку водою)
#
Rp.: Gyno-Dactarini 0,1
D.t.d. N. 15 in ovul. vaginalis
S. По 1 вагінальній таблетці 1 раз на добу в піхву
протягом 14–15 днів.
#
Rp.: Gyno-Travogen 0,6
D.t.d. N. 10 in ovul. vaginalis
S. По 1 вагінальній таблетці 1 раз на добу в піхву
протягом 14–15 днів.
#
Rp.: Supp. Gyno-Pevarili 0,15
D.t.d. N. 3
S. По 1 вагінальній свічці 1 раз на добу в піхву протягом 6 днів.
#
Rp.: Pimafucini 0,025
D.t.d. N. 20 in tab. vaginalis

S. По 1 вагінальній таблетці 2 рази на добу в піхву протягом 3 днів.

#

Rp.: Clotrimazoli 0,1

D.t.d. N. 6 in tab. vaginalis

S. По 1 вагінальній таблетці 1 раз на добу в піхву протягом 10 днів.

#

Rp.: Poligynax

D.t.d. N. 12 in ovul. vaginalis

S. По 1 вагінальній таблетці 1 раз на добу в піхву протягом 12 днів.

#

Rp.: Tab. «Gynalgin» N.10

D.S. По 1 вагінальній таблетці на ніч в піхву протягом 10 днів.

#

Rp.: Tab. «Clion-D» N.10

D.S. По 1 вагінальній таблетці на ніч в піхву протягом 10 днів.

#

Rp.: Supp. Betadine 0,2 N. 14

D.S. Свічки вводити інтравагінально 10–14 днів перд сном по 1 свічці.

#

Rp.: Diflucani 0,15

D.t.d. N. 1 in caps.

S. 1 капсулу 1 раз на добу всередину.

#

Rp.: Orungali (Itrakonazol) 0,1

D.t.d. N. 2 in caps.

S. По 1 капсулі 2 рази на добу всередину.

#

Rp.: Tab. Nizorali 0,2 N. 30

D. S. Всередину по 1–2 капсули на добу після прийому їжі.

#

Rp.: Tab. Lamizili (Terbinafin) 0,25 N. 30

D. S. Всередину по 1–2 капсули на добу після прийому їжі.

#

Rp.: Amphotericini B 0,05

D.t. d. N. 10

S. Внутрішньовенно крапельно.

Після клінічного та лабораторного одужання хворої з метою відновлення нормальної мікрофлори піхви та запобігання дисбактеріозу рекомендують:

Rp.: Lactobacterini sicci 3 doses
D.t.d. N. 10 in ampull.
S. У піхву по 3 дози, розвести в 15 мл теплої води.
На ватно-марлевому тампоні вводити на 4 години зранку
та на 7 годин ввечері.
Курс лікування — 7–10 днів.

Призначають також біфідумбактерин, біфікол, ацилакт, солкотриховак, солкоуровак, вагілак.

Противірусні препарати

Гальмування реплікації вірусу папіломатозу:

#
Rp.: Collomac фл. 10 мл.
D.S. Наносити на уражені ділянки.
#
Rp.: Solcovagin 0,5 ml.
D.t.d. N. 2 in amp.
S. Наносити на патологічне вогнище шийки матки спеціальною паличкою з ватним тампоном. При необхідності через 6–9 днів проводиться повторна аплікація.
#
Rp.: Ung. Bonaftoni 0,5% 25,0
D.S. Наносити на уражені ділянки.
#
Rp.: Roferon-A 18 000 000 МО
D.S. Підшкірно, внутрім'язево, локально 1–3 млн на добу за схемою.
#
Rp.: Intron-A 3 000 000 МО
D.S. Підшкірно, внутрішньом'язово, локально 1–3 млн на добу 3 рази на тиждень.
#
Rp.: Laferoni 1 000 000 МО
D.S. Підшкірно, внутрішньом'язово, локально 1 млн на добу за схемою.
#
Rp.: Cycloferoni 1 000 000 МО
D.S. Підшкірно, внутрішньом'язово, локально 1 млн на добу за схемою.

Протигерпетичні, антицитомегаловірусні, антиретровірусні препарати

#
Rp.: Tab. Aciclovir 0, 4 N.10
D.S. Всередину 1,2 г на 3 прийоми.
#
Rp.: Aciclovir 0, 2 N.10
D.S. Внутрішньовенно крапельно з розрахунку 0,01 /кг кожні 8 год.
#
Rp.: Tab. Zovirax 0, 4 N.10
D.S. Всередину 1,2 г на 3 прийоми.
#
Rp.: Zovirax 0, 25
D.t.d in amp. N.10
D.S. Внутрішньовенно крапельно з розрахунку 0,01 /кг кожні 8 год.
#
Rp.: Valtrex 0,5 N.10
D.S. По 1 таб. 2 рази на день.
#
Rp.: Cymevene (Ganciclovir) 0, 5
D.t.d. N. 10
D.S. Внутрішньовенно крапельно з розрахунку 0,01 /кг
на добу 14–21 день.
#
Rp.: Tab.Famvir (Famciclovir) 0, 25 N. 20
D.S. Всередину 0,75 г на добу на 3 прийоми протягом 7 днів.
#
Rp.: Retrovir (Zidovudine) 0,25
D.t.d. N. 100 in caps.
S. Всередину 1,25 г на добу на 5 прийомів.
#
Rp.: Megosin 3% — 10,0
D.S. Наносити на уражені ділянки 3–4 рази на добу.
#
Rp.: Gossipol 3% — 20,0
D.S. Наносити на уражені ділянки 3–4 рази на добу.

ІМУНОТЕРАПІЯ

Метою цього методу лікування є усунення вторинного імунодефіциту, що має місце у багатьох хворих із запальними процесами. Хворим з тяжкими формами гострих запальних захворювань проводять специфічну імунокоригувальну терапію шляхом введення гіперімунної стафілококової плазми (вводять внутрішньовенно краплинно по 4–8 мл/кг від 3 до 10 разів і більше щоденно чи через день); стафілококового гаммаглобуліну (вводять 2–3 рази на тиждень, на курс — 3–10 доз); стафілококового анатоксину (вводять 1 раз на 3 дні у зростаючій дозі: по 0,1–0,3–0,5–0,7–0,9–1,2–1,5 мл при підгострому перебігу або після стихання гострих явищ).

Корекція імунного статусу при Т-клітинних імунодефіцитних станах проводиться призначенням тимозину, левамізолу, тималіну, вітамінів Е, А, С, ультразвуку, магнітотерапії, лазерного опромінювання.

Корекція В-клітинних імунодефіцитів та фагоцитарних імунодефіцитних станів досягається призначенням елеутерококу, спленіну, лізоциму.

Основні препарати для імунокорекції

Rp.: Tab. Decarisi 0,05 N. 2
D.S. 3 розрахунку 0,0025 г/кг всередину протягом 3 днів.
Повторно в цій самій дозі через 7 днів.
#
Rp.: Sol. Prodigiosani 0,005% — 1 ml
D.t.d. N. 6 in amp.
S. Внутрішньом'язово по 0,5–1 мл 1 раз на 6–7 днів.
Курс — 3–6 ін'єкцій.
#
Rp.: Sol. Tactivini 0,01% — 1 ml
D.t.d. N. 10 in amp.
S. Підшкірно по 1 мл 1 раз на день перед сном.
Курс — 5–14 ін'єкцій.
#
Rp.: Thymalini 0,01
D.t.d. N. 5
S. Внутрішньом'язово по 0,01 (розчинити в 1–2 мл 0,9% розчину натрію хлориду) 1 раз на день.
Курс — 3–6 ін'єкцій.

#
Rp.: Thymoptini 0,0001
D.t.d. N. 5
S. Внутрішньом'язово по 0,0001
(розчинити в 1–2 мл 0,9% розчину натрію хлориду)
1 раз на день. Курс — до 3 ін'єкцій.
#
Rp.: Splenini 1 ml
D.t.d. N. 10 in amp.
S. Внутрішньом'язово по 1 мл 1 раз на день.
Курс 10 ін'єкцій.
#
Rp.: Extr. Placentae pro injectionibus 1 ml
D.t.d. N. 10 in amp.
S. Підшкірно по 2 мл 1 раз на день.
Курс — 2–4 ін'єкції.
#
Rp.: Extr. Eleuterococci fluidi 50 ml
D.S. По 20–30 крапель 2–3 рази на день.
#
Rp.: Ginsengi 1,0
D.t.d. N. 10 in caps.
S. По 1 капсулі 1 раз на добу.
#
Rp.: Pantocrini 30 ml
D.S. По 20–30 крапель 3 рази на день.
#
Rp.: Tinct. Verona 0,5
D.t.d. N. 20 in caps.
S. По 2 капсули 2 рази на добу.
#
Rp.: Proteflazidi 30,0
D.S. Всередину по 5–30 крапель за схемою.
#
Rp.: Tab. Pentoxyl obd. 0,2 N.10
D.S. Всередину 1,2 г на добу на 3 прийоми.
#
Rp.: Tab. Methyluracil. 0,2 N.50
D.S. Всередину 1,5 г на добу на 3 прийоми.

ГОРМОНОТЕРАПІЯ

Для лікування розладів менструального циклу, ендометріозу, передракових та злоякісних захворювань статевих органів використовують природні гормони та їх синтетичні аналоги.

Принципи раціональної гормонотерапії

1. Лікування гормонами має право призначати тільки лікар.

2. Перед призначенням гормонів проводять тести функціональної діагностики та визначення рівня ендогенних гормонів у крові та сечі хворої.

3. Під час лікування контролюють його ефективність за допомогою оцінки тестів функціонального стану яєчників у динаміці.

4. Великі дози гормонів пригнічують функцію ендокринних залоз, малі, навпаки, стимулюють. Тому дозу препаратів обирають залежно від мети призначення гормонів.

5. При лікуванні гормонами слід суворо дотримуватись схеми та дозування. Різка відміна препарату може дати небажаний ефект.

6. Для посилення ефекту під час лікування гормонами потрібно призначати вітаміни: фолієва кислота посилює дію естрогенів, аскорбінова кислота і токоферолу ацетат посилюють дію прогестерону.

Залежно від мети лікування призначають: замісну гормонотерапію — для поповнення кількості гормонів при їх недостатності в організмі; стимулювальну — для посилення функції власних ендокринних залоз організму; гальмівну — для пригнічення виділення того чи іншого гормону при його гіперпродукції.

Основні препарати статевих гормонів

Естрогенні гормони:

Rp.: Sol. Folliculini oleosae 0,05% 1 ml
D.t.d. N. 10 in amp.
S. По 2 мл внутрішньом'язово.
#
Rp.: Sol. Synoestroli oleosae 0,1% 1 ml
D.t.d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл внутрішньом'язово.
#
Rp.: Sol. Oestradioli dipropionatis oleosae 0,1% 1 ml
D.t.d. N. 6 in amp.
S. По 1 мл внутрішньом'язово.

#
Rp.: Octoestroli 0,001
D.t.d. N. 10 in tab.
S. По 1 таблетці 1 раз на день.
#
Rp.: Tab. «Microfollin-forte» N.20
D.S. По 1–2 таблетки 1–2 рази на день.
#
Rp.: Synoestroli 0,001
D.t.d. N. 10 in tab.
S. По 1–2 таблетки 1–2 рази на день.

Гестагенні препарати:

#
Rp.: Sol. Progesteroni oleosae 1% 1 ml
D.t.d. N. 10 in amp.
S. По 1 мл внутрішньом'язово з 15 по 25 день циклу.
#
Rp.: Sol. Oxyprogesteroni capronici oleosae 12,5% 1 ml
D.t.d. N. 10 in amp.
S. По 0,5–2 мл внутрішньом'язово 1 раз на тиждень.
#
Rp.: Tab. «Orgametril» 5 mg. N. 30
D.S. По 1–2 таблетки на добу з 15-го по 25-й день циклу.
#
Rp.: Tab. «Exluton» 0,5 mg. N. 28
D.S. По 1 таблетці на добу з 1-го по 28-й день циклу.
#
Rp.: Tab. Praegnini 0,01 N.20
D.S. По 1–2 таблетки 1–3 рази на день під язик.
#
Rp.: Tab. Dufastoni 0,005 N.20
D.S. По 1–2 таблетки 2 рази на день.
#
Rp.: Tab. Utrogestani 0,1 N.10
D.t.d. N. 30 in caps.
S. Всередину 1–3 капсули на добу на 3 прийоми, інтравагінально по 1–3 капсули 2 рази на добу до 12 тижнів вагітності.

#
Rp.: Tab. Turinal 0,005 N.20
D.S. Всередину 1,2 г на добу на 3 прийоми.

#
Rp.: Dragee Microlut (Levonorgestrel) 0,005 N.20
D.S. Всередину по 1 драже на добу в один і той же час.

#
Rp.: Dragee Norcolut (Norethisterone) 0,00003 N.35
D.S. Всередину по 1 драже на добу в один і той же час.

#
Rp.: Tab. Postinor 0,00075 N.2
D.S. Всередину після незахищеного статевого акту по 1 таб. з інтервалом 12 год.

#
Rp. Susp. Depo-Provera 15% — 1 ml.
D.t.d. N. 3
S. Внутрішньом'язово по 1 мл кожні 3 місяці.

#
Rp.: Norplant 0,036 N. 1
S. Капсула імплантується в клітковину передпліччя або плеча.

#
Rp.: Progestogel 1% 80,0
D.S. Одна доза аплікатора чи 2,5 г гелю наноситься на поверхню кожної молочної залози 1–2 рази на добу.

Стимулятори продукції статевих гормонів:

#
Rp.: Tab. Clomiphen citratis 0,05 N.20
D.S. По 1 таблетці перед сном з 5-го по 10-й день циклу.

Комбіновані естроген-гестагенні засоби:

#
Rp.: Tab. Marvelon N.21
D.S. По 1 таблетці на день, починаючи з 1-го дня
від початку менструації, упродовж 21 дня.
Після 7-денної перерви розпочати наступний курс.

#
Rp.: Dragee Non-ovlon N.21
D.S. По 1 драже на день, починаючи з 5-го дня
від початку менструації, упродовж 21 дня.
Після 7-денної перерви розпочати наступний курс.

#
Rp.: Tab. Mercilon N.21
D.S. По 1 таблетці на день, починаючи з 1-го дня
від початку менструації, упродовж 21 дня.
Після 7-денної перерви розпочати наступний курс.

#
Rp.: Tab. Ovidon N.21
D.S. По 1 таблетці на день, починаючи з 5-го дня
від початку менструації, упродовж 21 дня.
Після 7-денної перерви розпочати наступний курс.

#
Rp.: Tab. Tri-Merci N.21
D.S. По 1 таблетці на день, починаючи з 1-го дня
від початку менструації, упродовж 21 дня.
Після 7-денної перерви розпочати наступний курс.

#
Rp.: Dragee Minisiston N.21
D.S. По 1 драже на день, починаючи з 5-го дня
від початку менструації, упродовж 21 дня.
Після 7-денної перерви розпочати наступний курс.

#
Rp.: Dragee Femoden N.21
D.S. По 1 драже на день, починаючи з 1-го дня
від початку менструації упродовж 21 дня.
Після 7-денної перерви розпочати наступний курс.

#
Rp.: Dragee Microgynon N.28
D.S. По 1 драже на день, починаючи з 1-го дня циклу.

#
Rp.: Dragee Diane-35 N.21
D.S. По 1 драже на день, починаючи з 1-го дня
від початку менструації, упродовж 21 дня.
Після 7-денної перерви розпочати наступний курс.

#
Rp.: Tab. Silest N.21
D.S. По 1 таблетці на день, починаючи з 1-го дня
від початку менструації, упродовж 21 дня.
Після 7-денної перерви розпочати наступний курс.
#
Rp.: Tab. Rigevidon N.21
D.S. По 1 таблетці на день, починаючи з 5-го дня
від початку менструації, упродовж 21 дня.
Після 7-денної перерви розпочати наступний курс.
#
Rp.: Tab. Logest N.21
D.S. По 1 таблетці на день, починаючи з 1-го дня
від початку менструації, упродовж 21 дня.
Після 7-денної перерви розпочати наступний курс.
#
Rp.: Tab. Anteovin N21
D.S. По 1 таблетці на день, починаючи з 5-го дня
від початку менструації, упродовж 21 дня.
Після 7-денної перерви розпочати наступний курс.
#
Rp.: Tab. Novinet N.21
D.S. По 1 таблетці на день, починаючи з 1-го тижня
від початку менструації, упродовж 21 дня.
Після 7-денної перерви розпочати наступний курс.
#
Rp.: Tab. Lindinet N.21
D.S. По 1 таблетці на день, починаючи з 1-го тижня
від початку менструації, упродовж 21 дня.
Після 7-денної перерви розпочати наступний курс.
#
Rp.: Dragee Tricvuilar N.21
D.S. По 1 драже на день, починаючи з 1-го дня циклу
упродовж 21 дня. Після 7-денної перерви
розпочати наступний курс.
#
Rp.: Tab. Tri-Regol N.21
D.S. По 1 таблетці на день, починаючи з 5-го дня
від початку менструації, впродовж 21 дня.
Після 7-денної перерви розпочати наступний курс.

#
Rp.: Dragee Trisiston N.21
D.S. По 1 драже на день, починаючи з 1-го дня
від початку менструації, упродовж 21 дня.
Після 7-денної перерви розпочати наступний курс.

#
Rp.: Tab. Synphasic N.21
D.S. По 1 таблетці на день, починаючи з 5-го дня
від початку менструації, упродовж 21 дня.
Після 7-денної перерви розпочати наступний курс.

Андрогенні препарати:

#
Rp.: Sol. Testosteroni propionatis oleosae 1% 1 ml
D.t.d. N. 10 in amp.
S. По 1 мл внутрішньом'язово.

#
Rp.: Tab. Methylandrostendioli 0,01 N.20
D.S. По 1–2 таблетки 1–2 рази на день під язик.

#
Rp.: Tab. Methyltestosteroni 0,005 N.20
D.S. По 1–2 таблетки 1–2 рази на день під язик.

#
Rp.: Tab. Methandrostenoloni 0,001 N.20
D.S. По 1–2 таблетки 1–2 рази на день.

#
Rp.: Sustanon 250 — 1 ml
D.t.d. N. 2 in amp.
S. По 1 мл внутрішньом'язово.

#
Rp.: Tab. Andriol 40 mg. N.30
D.S. По 40–120 мг на день.

КРОВОЗУПИННІ ЗАСОБИ

Механізм зупинки маткових кровотеч полягає в нормалізації згортання крові та в стимуляції скорочень матки.

Серед засобів, що покращують згортання крові, найбільш вживаними є препарати кальцію, вітаміни (вікасол), амінокапронова кислота, фібриноген.

#
Rp.: Tab. Vicasoli 0,015 N.30
D.S. По 1 таблетці 2 рази на день.

#
Rp.: Tab. Calcii gluconatis 0,5 N.20
D.S. По 1 таблетці 3 рази на день.

#
Rp.: Sol. Acidi aminocapronici 5% 100 ml
D.S. Внутрішньовенно крапельно.

#
Rp.: Sol. Etamsylati 12,5% 2 ml
D.t.d. N. 10 in amp.
S. По 2–4 мл внутрішньом'язово.

Для стимуляції скорочення матки вводять препарати гормонального походження (окситоцин, пітуїтрин, гіфотоцин, мамофізин), препарати маткових ріжків (метилергометрин, ергометрин), широко використовують фітопрепарати (настойки арніки, водяного перцю, кропиви, грициків звичайних, настої барвінку, звіробою, золототисячника, деревію).

#
Rp.: Sol. Methylergometrini 0,02% 1 ml
D.t.d. N. 10 in amp.
S. По 1 мл внутрішньом'язово.

#
Rp.: Oxytocini 1 ml (5 ОД)
D.t.d. N. 5 in amp.
S. По 1 мл внутрішньом'язово.

#
Rp.: Tab. Dinoprostoni 0,0005 N.10
D.S. По 1 таблетці 2 рази на день.

#
Rp. Sol. Prostenoni 0,1% — 1 ml
D.t.d. N 10 in amp.
S. Внутрівенно крапельно (в 400 мл ізотонічного розчину) 1 мл.

Корекція естрогенного, гестагенного і андрогенного гомеостазу

#
Rp.: Sol. Mastodynon 50 ml
D.S. Всередину по 30 крапель 2 рази на добу протягом 3 місяців.
#
Rp.: Sol. Klimadynon 100 ml
D.S. Всередину по 30 крапель 2 рази на добу протягом 3 місяців.
#
Rp.: Tab. Kliogest N.28
D.S. Всередину по 1 таблетці на добу в постійному режимі.
#
Rp.: Tab. Indivina N.28
D.S. Всередину по 1 таблетці на добу в постійному режимі.
#
Rp.: Tab. Livial (Tibolone) N.28
D.S. Всередину по 1 таблетці на добу в постійному режимі.
#
Rp.: Tab. Femoston 1/5 N.28
D.S. Всередину по 1 таблетці на добу в постійному режимі.
#
Rp.: Tab. Divina N.21
D.S. Всередину по 1 таблетці на добу 21 на курс.

Інгібітори пролактину.

#
Rp.: Tab. Dostinex (Cabergoline) 0,0005 N.2
D.S. Всередину 0,0005 на два прийоми за добу.
#
Rp.: Tab. Parlodel (Bromocriptine) 0,0025 N.30
D.S. Всередину 0,0025 на два прийоми за добу.

Аналоги лютеїнізуючого релізинг-гормону (агоністи ЛГ-РГ)

#
Rp.: Zoladex (Gozerelin) 0,0036
D.S. Підшкірно в передню черевну стінку кожні 28 днів.

#
Rp.:*Danol (Danoval) 0,2*
D.t.d. N. 100 in caps.
S. Всередину 0,2–0,8 на 2–4 прийоми за добу.
#
Rp.: Napharelin 10 ml
D. S. Інтраназально по 1 дозі (0,0002) вранці і ввечері.
#
Rp.: Buserelin 100 d
D. S. Інтраназально за схемою.

Селективні модулятори естрогенових рецепторів:
#
Rp.: Tab. Tamoxifeni 0,01 N.100
D.S. Всередину по 1–2 таб. на 2–4 прийоми за схемою.

Нестероїдні протизапальні препарати:
#
Rp.: Sol. Diclofenaci Natrii 2,5% 3 ml.
D.S. Внутрішньом'язово 1 раз на день.
#
Rp.: Voltareni 2,5% 3 ml.
D.S. Внутрішньом'язово 1 раз на день.
#
Rp.: Tab. Diclofenaci Natrii 0,1 N.10
D.S. Всередину 1–3 рази на день після їжі.
#
Rp.: Tab. Voltareni 0,5 N.10
D.S. Всередину 1 раз на день після їжі.
#
Rp.: Caps. «Dicloberl-retard» 0,1 N.10
D.S. Всередину 1 раз на день після їжі.
#
Rp.: Dragee. Indometacini 0,025 N.10
D.S. Всередину 3 рази на день після їжі.
#
Rp.: Tab. Piroxocami 0,02 N.10
D.S. Всередину 1 раз на день після їжі.

ФІТОТЕРАПІЯ В ГІНЕКОЛОГІЇ

У процесі лікування та реабілітації хворих із захворюваннями жіночих статевих органів широко застосовуються препарати, виготовлені з природної сировини — відвари, настої, настоянки лікарських рослин.

Найчастіше препарати лікарських рослин призначають для лікування розладів менструальної функції, запальних захворювань статевих органів, а також як симптоматичну терапію при розладах функції сусідніх органів, що часто супроводжують гінекологічну патологію, або при ускладненнях маткових кровотеч — анеміях.

Розлади менструальної функції

Альгоменорея

Для зняття спазму гладенької мускулатури матки і пов'язаного з ним больового синдрому використовують такі лікарські рослини:

Аніс. 20 г анісу заливають 100 мл 40 % етилового спирту, настоюють, призначають по 20–30 крапель 2–3 рази на день.

Нагідки лікарські. 20 г квітів заливають 1 склянкою окропу, охолоджують, проціджують, вживають по 1/3 склянки 3 рази на день за 5–7 діб до початку менструації.

Рута. Свіжий сік з листя рути приймають по 10–20 крапель 2–3 рази на день.

Кмин. 1–2 чайні ложки товчених плодів заливають склянкою окропу, настоюють 20 хв, п'ють по 1/4 склянки 3 рази на день.

Фенхель. Олію фенхелю по 3–5 крапель на грудочці цукру.

Аменорея

Деякі рослини містять гормоноподібні речовини, що стимулюють функцію яєчників:

Хміль звичайний. 10 г сухих подрібнених суплідь хмелю заливають склянкою води, кип'ятять 15–20 хв, випивають за 3 приймання після їди.

Аїр тростинний. 20 г кореня заливають склянкою окропу, настоюють 20 хв, п'ють по 1/2 склянки 2 рази на день за півгодини до приймання їжі.

Пижмо звичайне. 1 столову ложку суцвіть заливають склянкою окропу, кип'ятять 1–2 хв, охолоджують, проціджують, приймають по 2 столові ложки тричі на день перед їдою.

Полин звичайний. 2 столові ложки подрібненої трави заливають склянкою окропу, кип'ятять 1–2 хв, охолоджують, проціджують, приймають по 1 столовій ложці тричі на день перед їдою.

Фенхель. Олію фенхелю призначають по 3–5 крапель на грудочці цукру. Насіння фенхелю — по 1 чайній ложці всередину, запивати 1/2 склянки води.

Рута запашна. 1–2 столові ложки подрібненого листя заливають склянкою окропу, кип'ятять 3–5 хв, охолоджують, проціджують, приймають по 1/3 склянки тричі на день.

Дисфункційні маткові кровотечі

Арніка. Настоянку арніки (галеновий препарат) по 30–40 крапель 3 рази на день. *Відвар:* 6 г подрібнених квітів заливають склянкою окропу, кип'ятять 10 хв, охолоджують, проціджують, вживають по 1 столовій ложці тричі на день після їди.

Барбарис. *Настій:* 1 чайну ложку подрібненого листя, кори та квітів заливають склянкою окропу, охолоджують, проціджують, п'ють по 1 склянці двічі на день після їди. *Настоянка барбарису* (галеновий препарат) по 30–40 крапель 3 рази на день.

Барвінок малий. 1 столову ложку подрібненого листя заливають склянкою окропу, кип'ятять 20 хв, охолоджують, проціджують, випивають протягом доби.

Водяний перець. Екстракт водяного перцю (галеновий препарат) призначають по 30–40 крапель 3 рази на день. Протипоказаний при гломерулонефритах.

Золототисячник. Настій: 20 г подрібненої трави заливають склянкою окропу, охолоджують, проціджують, вживають протягом дня.

Калина. Настоянку калини (галеновий препарат) призначають по 20–30 крапель 3–4 рази на день.

Кропива дводомна. *Настій:* 1 столову ложку подрібненого листя заливають склянкою окропу, настоюють 2 години, охолоджують, проціджують, вживають по 2–3 столових ложки 3 рази на день.

Деревій. 1–2 чайні ложки подрібненої трави заливають склянкою окропу, кип'ятять 3–5 хв, охолоджують, проціджують, вживають по 1/3 склянки тричі на день.

Грицики звичайні. Екстракт грициків (галеновий препарат) призначають по 30–40 крапель 3 рази на день.

Хвощ польовий. 1 столову ложку подрібненого листя заливають склянкою окропу, охолоджують, проціджують, вживають по 1/3 склянки тричі на день.

Постгеморагічна анемія

Гранат. Плоди граната або гранатовий сік по 1/4 склянки 3 рази на день

***Абрикос** (курага)* як продукт з високим вмістом калію та заліза.

Женьшень. У вигляді спиртового настою чи екстракту по 15 крапель на приймання.

Морква (сік) по 1/2 склянки 2 рази на добу.

Смородина чорна. Ягоди у свіжому, сушеному вигляді та як варення. *Настій:* 1 столову ложку подрібненого листя заливають 2 склянками окропу, настоюють упродовж ночі, проціджують, вживають по 1/2 склянки 4 рази на день.

ФІЗІОТЕРАПІЯ В ГІНЕКОЛОГІЇ

Одним із важливих компонентів комплексу лікувальних, профілактичних та реабілітаційних заходів при гінекологічних захворюваннях є фізичні методи впливу на організм — фізіотерапія. Різноманітні лікувальні фактори, що застосовують для лікування хворих, поділяють на природні: кліматотерапія, лікування світлом, теплом та холодом, лікування водними факторами (гідротерапія), грязями, мінеральними водами та штучні, отримані шляхом перетворення одного виду енергії в інший: масаж, лікування за допомогою спеціальних апаратів.

Призначати фізіотерапевтичні процедури потрібно дотримуючись певних вимог, а саме:

- патогенетичне обґрунтування застосування того чи іншого лікувального чинника;
- максимально ранній початок використання фізіотерапії і послідовне її застосування на всіх етапах лікування, профілактики та реабілітації;
- послідовність у призначенні одного чи різних фізичних факторів;
- систематичний лікарський контроль за реакцією організму хворої і вчасна корекція фізіотерапевтичних процедур;
- чіткий контроль за протипоказаннями до фізіотерапії з урахуванням онкологічної настороженості;
- врахування віку хворої та наявності патології внутрішніх органів для запобігання надмірному навантаженню на організм;
- призначати фізпроцедури бажано в перші дні після менструації, на час місячних лікування припиняють;
- доцільно призначати одночасно різні за дією процедури: місцевої, рефлекторної та загальної дії;
- неприпустиме одночасне призначення теплових та охолоджувальних процедур;
- на час отримання фізіотерапевтичного лікування хворій слід рекомендувати контрацепцію для запобігання позаматковій вагітності.

Штучні фізичні фактори

Електротерапія включає методи лікування електромагнітним полем та його складниками. В основі дії цих чинників лежить поглинання енергії тканинами з подальшим розвитком фізико-хімічних процесів, що визначають кінцевий терапевтичний ефект. Методи електролікування поділяють на контактні та дистантні.

До методів лікування за допомогою постійного електричного струму належать: дія безперервного електричного струму — *гальванізація* (має спазмолітичний, міорелаксаційний, протизапальний, седативний та трофічний ефекти); *електрофорез із медпрепаратами* (визначається дією речовин, які вводять); дія імпульсного струму — *електростимуляція* (міонейростимулювальний ефект), *електросон* (седативний, знеболювальний, спазмолітичний, трофічний ефекти), *діадинамотерапія* (міонейростимулювальний, знеболювальний, судинорозширювальний ефекти); дія змінного струму: *ампліпульстерапія* (міонейростимулювальний, трофічний, знеболювальний, судинорозширювальний ефекти), *місцева дарсонвалізація* (місцевий вазореактивний, протизапальний, трофічний ефекти).

Вплив електромагнітних полів: *НВЧ-терапія* (міорелаксаційний, протизапальний, імунокоригувальний ефекти); *КВЧ-терапія* (нейростимулювальний, секреторний ефекти). Дія змінного електричного поля — *УВЧ-терапія* (міорелаксуючий, протизапальний, судинорозширювальний ефекти), *магнітотерапія* (гіпокоагулювальний, седативний, імунокоригувальний ефекти), *індуктотермія* (міорелаксаційний, протизапальний, знеболювальний ефекти).

Світлотерапія — використання з лікувальною метою світла оптичного діапазону, до якого належать видиме, інфрачервоне та ультрафіолетове випромінювання. Лікувальна дія світлової енергії визначається довжиною хвилі та інтенсивністю випромінювання. Видиме випромінювання через зоровий аналізатор діє на нервову систему, активує мікроциркуляцію та покращує трофіку тканин, які опромінюють.

Інфрачервоне випромінювання має теплову дію, викликає терморегуляторну реакцію поверхневої судинної сітки. Виділення тепла посилює тканинний обмін, що призводить до зміни проникності судин, зниження м'язового тонусу, розсмоктування запального вогнища, активації імунітету. Основними ефектами є протизапальний, трофічний та спазмолітичний.

Дія ультрафіолетового випромінювання визначається довжиною хвилі. УФ-випромінювання з довжиною хвилі 320–400 нм викликає утворення меланіну в базальному шарі епідермісу, стимулює клітинний імунітет. Середня довжина хвилі (275–320 нм) викликає зниження збудливості та провідності

нервових волокон. Випромінювання з цією довжиною стимулює утворення вітаміну D_3, має аналгезивний, протизапальний та вітаміноутворюючий ефекти. Випромінювання з довжиною хвилі 180–240 нм має бактерицидний та мікоцидний ефекти.

Лазерне випромінювання має високу монохроматичність, когерентність і направленість, а також величезну щільність енергії в промені.

Лазерне випромінювання видимого та інфрачервоного діапазонів, проникаючи в тканини, поглинається, викликаючи низку біологічних ефектів, які також залежать від довжини хвилі випромінювання, його інтенсивності та експозиції. Взаємодія лазерного променя з будь-якою біологічною тканиною починається з поглинання однієї його частини та відбивання іншої частини. Промінь відбивається від поверхні поділу між середовищами, які мають різні оптичні характеристики. У результаті в тканинах змінюється напрям електричних та магнітних полів. Фотон квантового випромінювання лазера поглинається молекулою, спричиняючи ланцюг складних реакцій.

Лазерне випромінювання має протизапальну (регенераторну) дію, при місцевому впливі прискорюється зміна фаз запального процесу: редукується дегенеративно-запальна фаза, прискорюється перебіг інших фаз, краще відновлюється органоспецифічність тканини. Тому застосування лазера є високоефективним при лікуванні ран промежини, ерозій шийки матки, післяопераційних ран *(рис. 16.6–16.8)*. Випромінювання лазера поліпшує мікроциркуляцію тканин, є потужним імуномодулювальним, мембраностабілізу-

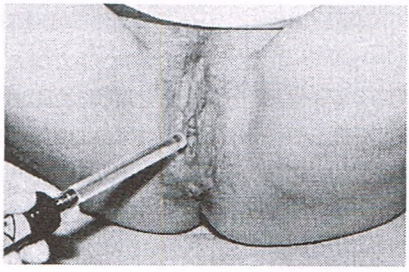


Рис. 16.6. Лазерне опромінення зовнішніх статевих органів

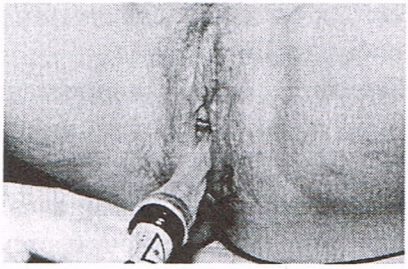


Рис. 16.7. Внутрішньовагінальне лазерне опромінення

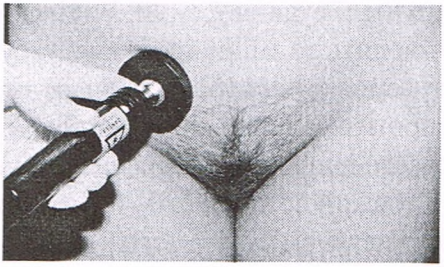


Рис.16.8. Магнітно-лазерне опромінення ділянки придатків матки

вальним та біостимулювальним засобом. Істотне підвищення ефективності терапевтичної дії лазера досягається його поєднанням з постійним магнітним полем.

Механотерапія включає в себе різні види масажу, використання зміни атмосферного тиску (баротерапія) та ультразвуку.

Масаж — метод дозованої механічної дії на тіло людини та її внутрішні органи за допомогою спеціальних прийомів, які виконує людина, яка володіє цим методом. При проведенні масажу виникає подразнення механорецепторів, що призводить до формування відповіді організму у вигляді місцевих та загальних реакцій. У зоні дії поліпшується кровопостачання тканин, видалення продуктів аутолізу клітин, посилюється кровообіг та циркуляція лімфи. Також прискорюється процес розсмоктування інфільтратів, стимулюються трофічні процеси у внутрішніх органах, які перебувають в зоні масажу. Посилюються реакції неспецифічного імунітету.

Масаж можна робити за допомогою спеціальних апаратів, що генерують механічні коливання. Такі процедури поліпшують кровообіг, активують функцію внутрішніх органів у відповідній зоні.

Для лікування хворих із патологією статевих органів застосовують також гінекологічний масаж, який повинен виконувати тільки фахівець, який досконало володіє цим методом. Метод полягає у безпосередній механічній дії на матку та її придатки, що сприяє відновленню рухомості, підвищенню м'язового тонусу матки, покращанню гемолімфоциркуляції та зміцненню зв'язкового апарату статевих органів.

Баротерапія — використання атмосферного тиску з лікувальною метою. Можна використовувати гіпербаричний режим (підвищення тиску) та гіпобаричний режим (зниження тиску). Підвищення атмосферного тиску приводить до розширення артеріол, посилення кровообігу, сприяє поліпшенню оксигенації тканин та нормалізує їх трофіку. Гіпербарична оксигенація стимулює активність дихального центру та органів кровотворення, підвищує інтенсивність тканинного дихання.

Ультразвукова терапія — це використання з лікувальною метою коливань частотою 800 кГц–3 МГц. Ультразвукові коливання активують метаболічні реакції, викликають нагрівання тканин, що проявляється на межі тканин з різними властивостями. Механічна дія ультразвуку є своєрідним мікромасажем тканин.

САНАТОРНО-КУРОРТНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ

Кліматотерапія. Клімат — це багатолітній погодний режим певної місцевості. До поняття «кліматотерапія» входить лікувально-профілактичний вплив на організм повітря, морської води, сонячних променів.

Аеротерапія. Лікування повітрям використовують у вигляді прогулянок, загальних повітряних ванн. Лікувальними чинниками є підвищення оксигенації організму, стимуляція функції дихальної, серцево-судинної, центральної нервової систем, опорно-рухового апарату, що важливо для жінок, умови праці яких пов'язані з гіподинамією, яка призводить до застійних явищ в органах малого таза.

Купання в морі *(талассотерапія)* має загальнозміцнювальний та тонізуючий вплив на організм жінки завдяки дії трьох основних факторів морської води: термічного, механічного (гідромасаж), хімічного (в морській воді містяться іони калію, натрію, магнію, кальцію, фтору, брому, йоду). Позитивний вплив також має фізичне навантаження під час плавання.

Геліотерапія — дія прямих сонячних променів підвищує опірність організму до несприятливих факторів зовнішнього середовища, має знеболювальний та фібролітичний вплив, позитивно діє на менструальну та секреторну функції жінки. Основна біологічна роль належить ультрафіолетовому випромінюванню, яке викликає фотохімічні реакції, що мають як місцевий (еритема з наступною пігментацією даної ділянки), так і загальний вплив на організм.

Протипоказана кліматотерапія, зокрема, сонячні ванни, хворим із пухлинами статевих органів, схильним до маткових кровотеч, із порушенням функції кори надниркових залоз та щитоподібної залози, при органічних захворюваннях серця та нервової системи.

Лікування кліматичними факторами показане жінкам із хронічними запальними захворюваннями статевих органів поза стадією загострення, при безплідності, генітальному інфантилізмі, аменореї та гіпоменструальному синдромі, виснаженні та недокрів'ї, після перенесених операцій на статевих органах як останній етап реабілітації.

Бальнеотерапія — лікування ваннами. Основний ефект забезпечують фізико-хімічні та біологічні властивості мінеральних вод, зокрема їх хімічний, термічний та механічний ефекти. Для лікування хворих на гінекологічні захворювання найчастіше використовують хлоридно-натрієві, йодобромні, сірководневі та радонові води.

Сірководневі води показані при хронічних запальних процесах жіночих статевих органів, інфантилізмі, гіпофункції яєчників, деяких формах безплідності. Протипоказаннями до бальнеотерапії є гострі та підгострі процеси геніталій, туберкульоз статевих органів. Лікування сірководневими ваннами проводять в санаторіях «Медобори» (с.Конопківка, Тернопільська обл.), Немирів та Синяк.

Радонові ванни мають аналгезивну та протизапальну дію, знижують рівень естрогенів, нормалізують функцію щитоподібної залози. Протипока-

зані вони за наявності спайкового процесу в малому тазі, фіброміомі матки, генітальному ендометріозі. Радонові ванни застосовують на курортах Хмельник, Миронівка, Знам'янка, Біла Церква.

Грязелікування — один з основних методів санаторно-курортного лікування, який широко використовується в гінекології. Хімічні та фізичні властивості лікувальних грязей мають десенсибілізуючу, розсмоктувальну та протизапальну дію, поліпшують функцію яєчників, реологічні властивості крові та енергетичне забезпечення організму. Основними курортами України, де застосовують грязелікування, є Бердянськ, Євпаторія, Саки, Сергіївка, Слов'янськ, а також санаторій «Медобори» (с.Конопківка, Тернопільська обл.).

Показаннями до застосування грязей є: хронічний вульвіт, бартолініт, кольпіт, ендоцервіцит, ендометрит, сальпінгіт та сальпінгоофорит, периметрит, параметрит, аменорея, пов'язана з гіпофункцією яєчників, інфантилізм, трубна безплідність, стан після пластичних операцій на статевих органах.

Протипоказання: гострі запальні процеси геніталій, доброякісні та злоякісні новоутворення статевих органів, порушення менструальної функції з гіперестрогенією, ендометріоз, передракові та фонові захворювання статевих органів.

Грязі використовують у вигляді тампонів, компресів, аплікацій, загальних і місцевих грязьових та грязе-мінеральних ванн.

У гінекологічній практиці часто застосовують як теплоносії озокерит та парафін. *Озокерит* — мінерал, що є похідним нафти і містить церезин, парафін та інші смоли, мінеральні масла. Є дані про наявність у його складі естрогенних гормонів. Застосування озокериту стимулює регенеративні процеси в сполучній тканині, має протизапальну, десенсибілізувальну, імунокоригувальну дію. *Парафін* — суміш природних вуглеводнів, отримана в результаті перегонки нафти. Подразнюючи механорецептори шкіри, він покращує мікроциркуляцію, посилює фагоцитоз, активує регенеративні процеси.

Перелік контрольних питань:

- лікувально-охоронний режим та харчування хворих;
- лікування холодом і теплом;
- спринцювання піхви;
- вагінальні ванночки, вагінальні тампони;
- медикаментозне лікування;
- імунотерапія;
- гормонотерапія;
- кровоспинні засоби;
- фітотерапія в гінекології;
- фізіотерапія в гінекології;
- санаторно-курортні методи лікування.

ОПЕРАТИВНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ В ГІНЕКОЛОГІЇ

До оперативних втручань у гінекологічній практиці вдаються лише за умови, що консервативні методи лікування випробувані, є певність, що вони не принесуть користі і єдиним шляхом до видужання хворої, а часом і до врятування її життя є операція.

Кожна операція виконується за певними показаннями.

Показання *— це сукупність причин, що зумовлюють необхідність проведення певного оперативного втручання.*

Показання до операції повинні бути ретельно продумані лікарем та записані в медичну карту. Необхідно враховувати також наявність протипоказань, і лише після аналізу усіх даних вирішувати питання про вид та об'єм операції, беручи до уваги вік жінки, наявність у неї дітей, бажання мати дітей у майбутньому чи, навпаки, протипоказання до вагітності за станом здоров'я. Операція, за можливістю, повинна не тільки усувати причину захворювання, але й не позбавляти жінку притаманних її організму функцій — менструальної, статевої, репродуктивної. «Не знищення хворого органа, не усунення його, а відновлення його цілості та усіх його функцій — ось кінцева мета усякої операції», — писав А.П. Губарєв.

Надзвичайно важлива правильна діагностика. Необхідно максимально використати усі можливості клініки чи іншого гінекологічного стаціонару, щоб виявити усі захворювання статевих органів чи супровідні хвороби, які можуть бути протипоказаннями до проведення наркозу чи й самої операції, відповідним чином підготувати жінку і уникнути прикрих несподіванок під час оперативного втручання, які іноді змушують змінювати заздалегідь визначений план та об'єм операції. Встановивши, що оперативне лікування цій хворій безумовно рекомендоване, хірург повинен обрати методику операції, найбільш доцільну саме для цієї пацієнтки.

Величезна роль у підготовці хворої до операції, у післяопераційному догляді за нею, забезпеченні технічного боку операції — підготовці інструментарію, білизни, операційного блоку з повним дотриманням правил асептики та антисептики — належить середньому медичному персоналу.

Урахування особливостей психіки хворої, що готується до операції, та захист її від травмування та стресу є першочерговим завданням усього персоналу відділення оперативної гінекології. Недостатня чуйність у ставленні до хворої, байдужість може погіршити результати навіть бездоганно в технічному плані виконаної операції. Необхідно пам'ятати, що хворій дуже важко психологічно налаштуватись на необхідність оперативного втручання і навіть жінки із сильним типом нервової системи бояться операції. Тому поведінка лікаря і усіх, хто спілкується з хворою, повинна бути впевненою, настрій оптимістичним. Жодних сумнівів у необхідності саме цієї операції та її позитивних наслідках для здоров'я у хворої виникати не повинно. Хворих, яких приймають у стаціонар у плановому порядку, варто розміщувати в одній палаті із тими, хто видужує після операції, і, навпаки, ізольовувати від щойно прооперованих хворих. Затишна обстановка у відділенні, уважне ставлення медичного персоналу, чіткість виконання призначень створюють сприятливий психологічний клімат і полегшують хворій тривожний час очікування операції.

Проте не можна покладатися лише на психотерапевтичний ефект слова, необхідно проводити медикаментозну терапію для забезпечення повноцінного денного та особливо нічного відпочинку. З цією метою рекомендують ново-пассит, екстракт валеріани, седуксен, сибазон, реланіум, транксен впродовж дня та особливо на ніч.

І нарешті, величезну роль у видужанні хворої відіграє післяопераційний догляд. Акушерка упродовж усієї доби перебуває біля ліжка прооперованої хворої. Отже, вона повинна знати основи догляду за хворими, перші ознаки ускладнень, що можуть виникати в післяопераційному періоді, та невідкладну допомогу при них.

ОПЕРАЦІЙНИЙ БЛОК

Операційний блок гінекологічної клініки складається з таких приміщень: передопераційної, кімнати для підготовки хворої, матеріальної, операційної.

Передопераційна кімната. У цій кімнаті хірург та його помічники миють руки, одягають операційний одяг, фартухи, маски. В операційну хірургічна бригада заходить уже готовою до одягання стерильних халатів та початку операції.

Кімната для підготовки хворої до операції. Готувати хвору до операції доцільно в кімнаті, що знаходиться поруч з операційною. Це позбавляє її від негативних емоцій при вигляді обстановки операційної, крім того, в операційній не порушуються чистота і порядок.

Матеріальна кімната призначена для зберігання операційної білизни, марлі, вати, інструментів. Ця кімната повинна бути ізольована від інших приміщень. Матеріали в операційну подаються через спеціальне вікно.

Операційна кімната. Операційних у відділенні оперативної гінекології повинно бути щонайменше дві: «чиста» і «гнійна», оскільки на практиці доводиться надавати допомогу як неінфікованим, так й інфікованим хворим.

«Чиста» операційна повинна бути більшою, у ній можуть міститись 1-2 операційні столи. У «гнійній» операційній оперують не лише хворих із заздалегідь встановленим діагнозом гнійного процесу у статевих органах, але й тих, які підлягають оперативному втручанню за невідкладними показаннями, позаяк наявність гною може бути діагностована в недостатньо обстежених хворих уже під час операції; тоді операційну слід ретельно прибрати і продезінфікувати.

Операційна, передопераційна та матеріальна перебувають у зоні стерильного санітарно-гігієнічного режиму. Зона стерильного режиму потребує дотримання особливих вимог щодо прибирання:

- попереднє прибирання — видалення пилу на меблях, приладах та підлозі перед початком кожного робочого дня;
- поточне прибирання — дотримання чистоти і порядку в операційній. Під час операцій прибираються марлеві кульки, серветки, інструменти, що випадково впали на підлогу; якщо на підлогу потрапить рідина, її негайно треба витерти;
- післяопераційне прибирання — у перервах між операціями;
- завершальне прибирання — наприкінці робочого дня: миття підлоги, вологе протирання стін, підвіконь, меблів з використанням дезінфекційних засобів. Прибирання проводиться незалежно від того, були в цей день операції чи їх не було;
- генеральне прибирання (дезінфекція операційного блоку) — 1 раз на тиждень.

Після прибирання операційну знезаражують за допомогою кварцової лампи протягом години.

Дуже важливо, щоб було достатнє освітлення. Слід мати на увазі, що черевностінкові операції на внутрішніх статевих органах проводяться глибоко в порожнині таза, тому найбільш ефективним буде освітлення за допомогою безтіньової лампи. При вагінальних операціях доцільніше користуватись так званими гінекологічними світильниками, що додатково до денного освітлення дозволяють сфокусувати світло в горизонтальному напрямі і добре освітити операційне поле.

Температура в операційній повинна підтримуватись у межах 20–25 °С. Необхідна достатня вентиляція або кондиціонування повітря.

СТЕРИЛІЗАЦІЯ ІНСТРУМЕНТАРІЮ

Основним видом стерилізації є термічне знезаражування. Основна кількість мікроорганізмів може існувати лише в певних температурних межах, причому верхня межа температури для більшості вегетуючих мікробів становить 50 °С. Спори, захищені термостійкою оболонкою, можуть переносити і вищу температуру. Високочутливі мікроорганізми (неспороутворюючі бактерії, віруси, гриби) гинуть за температури 100 °С через 2 хвилини, за температури 121–132 °С (пара під тиском) — через 1 хв, при дії сухого жару, за температури 160–180 °С — через 3–1 хв. Слабкорезистентна флора (вірус гепатиту, збудник газової гангрени) гинуть відповідно через 5, 1–2, 1–4 хвилини. Клостридії, палички сибірки при кип'ятінні гинуть через 10 хв, при дії більш високої температури — через 1–4 хв. Високорезистентна спороутворююча флора (клостридії правця, ботулізму) при кип'ятінні гине через 300–500 хвилин, при дії пари під тиском — через 12–25 хвилин, при дії сухого жару — через 30–60 хв.

Обпалювання. У полум'ї палаючого спирту (600 °С) гинуть усі мікроорганізми, що містяться на гладенькій поверхні скальпелів, ножиць, лотків тощо. Однак щоб досягти знезараження інших металевих інструментів, особливо складної форми, із зубчиками, необхідно довести їх до температури червоного розжарювання, після чого матеріал стає крихким і непридатним до вжитку. Крім того, висока температура досягається лише на поверхні полум'я, а інструменти, залиті спиртом, під полум'ям не прогріваються до необхідної для стерилізації температури. Тому для використання в стаціонарі метод недоцільний. Він може застосовуватись лише в екстремальних ситуаціях, коли існує загроза життю хворої, а інші способи стерилізації недоступні.

Стерилізація сухим жаром. Апарати для сухожарової стерилізації використовують для знезараження лабораторного посуду: чашок Петрі, колб, пробірок: інструментів з металу: дзеркал, шпателів, кюреток, корнцангів, металевих катетерів тощо. Стерилізація проходить за температури 180–200 °С. Процес стерилізації триває близько 2 годин, з яких близько 1 години потрібно на прогрівання шафи до 180 °С, 40 хвилин — на власне стерилізацію, 20 хвилин на охолодження до температури 80–90 °С.

Недоліком методу є довготривалість робочого циклу, придатність тільки для знезараження термостійких матеріалів.

Кип'ятіння. Використовується для стерилізації хірургічного інструментарію. У стерилізатор наливають дистильовану воду, додають 2 г гідрокарбонату натрію на кожні 100 мл води. Кип'ятіння триває 30 хвилин.

У сучасних умовах цей метод використовується нечасто, але в деяких ситуаціях він необхідний.

Стерилізація парою під тиском. Метод підвищеного тиску пари дозволяє досягти більш високої температури, за якої гинуть спори мікроорганізмів. При тиску в 1 кГс/см^2 температура досягає 120 °С, час стерилізації 45 хвилин; тиск у 2 кГс/см^2 забезпечує температуру пари 133 °С, час стерилізації — 20 хвилин.

У парових стерилізаторах — автоклавах — стерилізують перев'язувальний матеріал, операційну білизну, серветки, інструменти. Стерилізацію проводять у біксах, у які закладають матеріал, а потім вміщують у стерилізаційну камеру. У бікс кладуть також індикатор стерильності, який дозволяє перевірити, чи була досягнута під час обробки температура, необхідна для знищення мікрофлори. Отвори у біксах повинні бути відкриті. Під час процесу стерилізації контролюють за приладами тиск та температуру в камері. Після закінчення часу стерилізації автоклав вимикають, коли тиск впаде до атмосферного — бікси виймають з камери і одразу закривають отвори, інакше при охолодженні пара-конденсат осяде на білизні і вона стане вологою.

Стерилізація в автоклавах потребує складної апаратури, тому проводиться централізовано в спеціальних приміщеннях. Цей спосіб в сучасних умовах є найбільш ефективним і основним у хірургічних стаціонарах.

Автоклав, як і кожен апарат, що працює під тиском, є потенційним джерелом небезпеки з огляду на можливість вибуху. До роботи з автоклавами допускається лише спеціально навчений персонал, який суворо дотримується правил техніки безпеки.

Контроль стерилізації проводиться бактеріологічними, технічними та термічними методами.

Бактеріологічний метод є найточнішим контролем, але він має лише ретроспективне значення, бо результати можна отримати лише через 1–2 доби.

Технічні методи. Упродовж стерилізації проводиться контроль показників манометрів та термометрів у стерилізаційній камері.

Термічний контроль ґрунтується на здатності деяких речовин змінювати колір або плавитися під дією певної температури. Дуже давньою, але ще досить поширеною є проба Микуліча, яка полягає в тому, що на смужці паперу пишуть слово «Стерильно», змащують смужку 10 % розчином крохмалю, коли крохмаль просохне, змащують розчином Люголя. Папір темніє, слово «Стерильно» стає невидимим. При температурі 100 °С сполука крохмалю та розчину Люголя руйнується і напис стає видимим. Проба за сучасних умов непереконлива, оскільки в автоклавах застосовується значно вища температура.

Більш ефективні проби з порошкоподібними речовинами, які за певної температури плавляться і перетворюються в компактну масу. Найчастіше використовується: сірка (температура плавлення 111–120 °С), антипірин (113 °С), резорцин (110–119 °С), бензойна кислота (121 °С), сечовина (132 °С), фенацетин (134–135 °С). Для контролю сухожарової стерилізації використовують тіосечовину (температура плавлення 111–120 °С), бурштинову кислоту (180–184 °С), аскорбінову кислоту (187–192 °С).

Дуже зручний метод — застосування кольорових стрічок, що змінюють свій колір залежно від температури.

Якщо термоіндикатор не змінив свій колір чи не розплавився після закінчення часу стерилізації, матеріал вважається нестерильним і не придатним для використання.

ПІДГОТОВКА ХВОРОЇ ДО ОПЕРАЦІЇ

Готуючи хвору до ***планової операції,*** їй проводять ретельне клініколабораторне обстеження, що включає клінічний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, дослідження крові на сифіліс та СНІД, визначення групи крові та резус-фактора, загальний аналіз сечі, дослідження піхвової мікрофлори, мазків із зовнішньої поверхні шийки матки та цервікального каналу на наявність атипових клітин, ЕКГ, рентгенографію органів грудної порожнини.

Хвору оглядають стоматолог (за необхідності санує ротову порожнину), терапевт, анестезіолог. За показаннями хвору консультують фахівці (окуліст, невропатолог, за наявності варикозного розширення вен або тромбофлебіту — судинний хірург). При виявленні відхилень від норми проводять корекцію — лікування анемії, санацію піхви. Проводять посіви виділень з піхви для дослідження мікрофлори та чутливості до антибіотиків.

Особливо важлива підготовка до операції хворих літнього віку, хворих із серцево-судинною патологією, із злоякісними пухлинами. Відповідна підготовка, що полягає у призначенні судинорозширювальних, гіпотензивних, сечогінних препаратів, серцевих глікозидів, кокарбоксилази, вітамінів, дозволяє запобігти ускладненням з боку серцево-судинної системи та забезпечити сприятливий перебіг операції та післяопераційного періоду.

Напередодні операції жінка не вечеряє, можна випити лише склянку солодкого чаю, ставлять очисну клізму, зранку не снідає. Їй проводиться санобробка: зголюють волосся з лобка та зовнішніх статевих органів, проводять гігієнічний душ. Безпосередньо перед операцією жінка спорожнює сечовий міхур, вводиться постійний катетер на час операції.

Підготовка хворих до піхвових операцій або до операцій з доступом через передню черевну стінку, коли розтинається піхва (екстирпація матки),

має певні особливості. Попередньо таким хворим проводиться санація піхви до досягнення I ступеня чистоти піхвового вмісту: спринцювання піхви розчинами антисептиків. Препаратом вибору для санації піхви є кліндаміцин (мілагін) 100 мг. Застосовують по 1 супозиторію 1 раз на добу на ніч 3 дні підряд. При наявності декубітальних виразок на шийці матки у хворих з випаданням матки необхідно досягти їх загоєння. Відсутність інфекції у піхві значно зменшує ризик розвитку післяопераційних гнійно-септичних ускладнень.

Увечері напередодні операції хворій призначають снодійні препарати (люмінал 0,1–0,2 г, діазепам 0,005–0,01 г), транквілізатори (сибазон — по 0,01 г, нозепам — по 0,01 г, еленіум — по 0,005 г). Хворим із збудливою нервовою системою транквілізатори призначають повторно за 2 год до операції.

За 30–40 хв до операції проводять *премедикацію:* вводять атропін або метацин по 0,5–0,8 мг, наркотичні аналгетики (промедол — по 20 мг, фентаніл — по 0,1 мг, таламонал — по 2 мл), антигістамінні препарати (димедрол — по 0,02 г).

Якщо премедикація проводиться безпосередньо в операційній, перелічені вище препарати вводять внутрішньовенно.

Підготовка хворої до ***ургентної операції*** у більшості випадків дуже обмежена за часом (інколи до кількох хвилин). Якщо дозволяють обставини, проводиться спорожнення кишечника за допомогою очисної клізми (у випадку кровотечі клізма протипоказана). Перед операцією, що проводиться під ендотрахеальним наркозом, якщо хвора нещодавно приймала їжу, слід провести промивання шлунка або аспірацію шлункового вмісту товстим шлунковим зондом з метою профілактики синдрому Мендельсона (під час операції може статися регургітація і кислий вміст шлунка потрапить у трахею і легені). За необхідності зголюють волосся на лобку. Якщо можливо, хвора приймає душ. Обов'язково проводиться спорожнення сечового міхура або введення постійного катетера.

ЗНЕБОЛЮВАННЯ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ

Невеликі за об'ємом та короткочасні гінекологічні втручання також вимагають адекватного знеболювання з огляду на інтенсивність больових імпульсів, що виникають внаслідок подразнення високочутливих рефлексогенних зон матки. Із метою анестезії використовується внутрішньовенне знеболювання тіопенталом-натрієм, кетаміном, рекофолом, атаралгезія, нейролептаналгезія.

Місцеву анестезію застосовують лише за наявності протипоказань до загальної: гострі запальні процеси у верхніх дихальних шляхах, повний шлунок, а також за відсутності умов для проведення наркозу або відмові хворої від загального знеболювання. Основним методом місцевого знеболювання при вишкрібаннях стінок порожнини матки, пункціях є парацервікальна анестезія, яка досягається введенням анестетика (новокаїн 0,25–0,5 % або лідокаїн 1 %) у параметральну клітковину, де знаходяться нервові сплетення. Для проведення парацервікальної анестезії необхідно підготувати лідокаїн або інший анестетик, шприц місткістю 20 мл і довгу голку.

Для знеболювання великих гінекологічних операцій найчастіше застосовують комбінований ендотрахеальний наркоз у поєднанні з міорелаксантами, штучною вентиляцією легень (ШВЛ) та відповідним знеболенням. Цей метод дозволяє підтримувати достатню прохідність дихальних шляхів у будь-якому положенні хворої, забезпечує максимальне розслаблення м'язів і відсутність больової чутливості при мінімальних кількостях анестетиків, проводити ефективний нагляд за діяльністю серцево-судинної та дихальної систем.

Виділяють такі етапи у проведенні загального наркозу:

1. *Премедикація.*

2. *Вступний наркоз* (внутрішньовенне введення тіопентал-натрію або гексеналу у дозі 6–8 мг/кг; при крововтраті, алергії, бронхіальній астмі — кетаміну у дозі 2 мг/кг).

Введення деполяризувальних міорелаксантів (дитилін, лістенон — 2 мг/кг).

3. *Маскова ШВЛ та інтубація трахеї.*

Підтримання основного наркозу (ШВЛ закисом азоту та киснем; внутрішньовенне введення наркотичних аналгетиків, нейролептиків та транквілізаторів; тотальна м'язова релаксація; підтримання адекватного газообміну та гемодинаміки, корекція ОЦК).

4. *Виведення з наркозу* (припинення подачі інгаляційних анестетиків, вдихання кисню; введення антидотів міорелаксантів; при необхідності контроль за відновленням свідомості, появою захисних рефлексів).

5. *Екстубація.*

6. *Підтримання стабільного дихання та кровообігу.*

Акушерка-анестезистка повинна заздалегідь приготуватися до проведення знеболювання: перевірити готовність наркозної апаратури, наявність відповідних медикаментозних препаратів та кисню в балонах. На стерильному столику повинно бути все необхідне: ларингоскоп, інтубаційні трубки, стерильні одноразові шприци, маска, медикаментозні препарати. Необхідно постійно стежити за станом хворої, вчасно виконувати розпорядження лікаря та вести наркозну карту.

ОБОВ'ЯЗКИ ОПЕРАЦІЙНОЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ

До обов'язків операційної медичної сестри входить підготовка та стерилізація операційного інструментарію та білизни, шовного та перев'язувального матеріалу. У великих стаціонарах інструментарій стерилізують централізовано. Операційна медсестра проводить контроль стерилізації шляхом бакпосівів. Дату і результат дослідження заносить у спеціальний журнал.

Перед початком робочого дня операційна медсестра перевіряє стан операційного столу і надійність фіксації рухомих його частин, оглядає безтіньові лампи, переконується в їх справності. Операційна має бути обладнана бактерицидними лампами — настінними або пересувними. Перед початком роботи, у перервах та після закінчення операційного дня проводиться опромінення приміщень упродовж щонайменше години. У цей час в операційній не повинно бути нікого, щоб уникнути негативного впливу на організм людини ультрафіолетових променів.

Обов'язком операційної медсестри є систематичне спостереження та бактеріологічний контроль за якістю дотримання санітарно-епідеміологічного стану приміщень, твердого інвентарю, білизни, інструментарію, тому регулярно проводять бакпосіви змивів із поверхонь усіх предметів, що містяться в операційній.

Ретельне дотримання правил асептики та антисептики є основною умовою зменшення ризику післяопераційних інфекційних ускладнень.

Підготовка рук персоналу

Спосіб обробки рук первомуром. Руки миють з милом під проточною водою протягом 3–5 хв, потім занурюють у миску з розчином, приготованим з 10 л дистильованої води, 17 мл пергідролю та 69 мл мурашиної кислоти і протягом 3 хв обробляють з допомогою стерильної серветки.

Спосіб обробки рук дегміцидом. Руки миють щіткою з милом під проточною водою 5 хв, витирають насухо і обробляють двома стерильними серветками, змоченими 1 % розчином дегміциду, протягом 3 хв кожною серветкою.

Спосіб обробки рук хлоргексидином. Руки миють з милом під проточною водою, витирають насухо, потім наносять 0,5 % розчин хлоргексидину в 70 % етиловому спирті в кількості 5–8 мл і протягом 2 хв втирають в шкіру.

Жоден зі способів обробки рук не гарантує їх абсолютної стерильності, тому всі операції виконують у стерильних хірургічних рукавичках.

Одягання стерильного халата

Після обробки рук операційна медична сестра першою заходить в операційну і з допомогою санітарки або іншої сестри приступає до одягання стерильного халата. Санітарка відкриває бікс із простерилізованими халатами. Операційна медична сестра за індикатором стерильності перевіряє придатність халатів до використання, виймає халат, складений у вигляді рулона, розгортає його і одягає. Санітарка чи інша сестра зав'язують ззаду зав'язки халата і пояс.

Хірурги одягаються самостійно. Халат їм у розгорнутому вигляді подає сестра, санітарка зав'язує пояс. Якщо є потреба, операційна сестра може допомогти хірургам зав'язати поворозки на рукавах.

Одягання стерильних рукавичок

Санітарка відкриває бікс з рукавичками, за індикатором перевіряє їх стерильність. Операційна сестра одягає рукавички сама, а хірургу подає таким чином, щоб він одним швидким рухом ввів руку в рукавичку якомога глибше. Одягнуті рукавички протирають 96% спиртом, щоб видалити залишки тальку. На зовнішній поверхні рукавичок тальку бути не повинно, оскільки, потрапляючи на очеревину, він викликає асептичне запалення, що призводить до формування спайок у черевній порожнині. Якщо під час операції випадково стався прокол рукавички, її слід негайно замінити.

Накривання інструментального столу

Під час операції використовується велика кількість інструментів *(рис. 17.1)*. Скільки та яких буде необхідно, не завжди можна передбачити, тому операційна сестра повинна мати на інструментальному столі запас інструментарію, щоб у ході операції не виникало труднощів чи затримок.

Великий інструментальний стіл має бути прямокутним, площею 800× 1500 мм, металевим або з дерева, пофарбованим білою олійною фарбою. Стіл накривають розгорнутим простирадлом. Поверх нього вкладають ще два, щоб стіл загалом був накритим трьома шарами тканини. При цьому надзвичайно важливо, щоб операційна білизна не мала навіть маленької дірочки, бо це є грубим порушенням правил асептики і може звести нанівець усі зусилля щодо підтримання стерильності.

На великому інструментальному столі медсестра розміщує інструменти групами, залежно від частоти та послідовності їх використання. Частина столу використовується для стерильного перев'язувального матеріалу. Стіл

накривають стерильним простирадлом, яке піднімають затискачами, укріпленими по краях простирадла.

До великого інструментального столу має доступ тільки операційна сестра, вона ж відповідає за стерильність інструментів на ньому та їхню кількість. Хірург або його асистенти не можуть самостійно брати з цього столу будь-що.

Окрім великого інструментального столу, операційна медична сестра накриває ще маленький пересувний столик. Поверх простирадла вкладають рушник, на якому розміщують інструменти, необхідні для даного етапу операції: невелику кількість кровозупинних затискачів, скальпель, ножиці, серветки, шовний матеріал. Інструменти на малому інструментальному столі змінюються залежно від потреби впродовж операції. Якщо оперують хвору з гнійним процесом у черевній порожнині, при переході від «брудного» (гнійного) етапу операції до «чистого» весь інструментарій, що використовувався, змінюють на малому інструментальному столі разом із верхнім рушником. Хірурги та операційна сестра миють руки, а за необхідності і змінюють халати.

ЧЕРЕВНОСТІНКОВІ ГІНЕКОЛОГІЧНІ ОПЕРАЦІЇ

До основних черевностінкових операцій належать надпіхвова ампутація матки, екстирпація матки, консервативна міомектомія та операції на придатках: видалення маткової труби (тубектомія), видалення придатків матки (аднексектомія), резекція яєчника та інші. Для виконання черевностінкових гінекологічних операцій найчастіше використовують доступ за Пфанненштілем та нижню серединну лапаротомію.

Видалення маткової труби, придатків матки

До видалення маткової труби вдаються при позаматковій вагітності, гнійних процесах у трубі. Придатки видаляють при пухлинах яєчника, оскільки труба входить до складу його хірургічної ніжки, та при тубоовариальних пухлинах, коли внаслідок запального процесу яєчник і труба з'єднуються між собою і видалити тільки трубу або тільки яєчник технічно неможливо. Основними показаннями до видалення яєчника є його пухлини.

Пухлини яєчника мають так звану «ніжку». До складу анатомічної ніжки входять власна і підвішуюча зв'язка яєчника, частина широкої маткової

зв'язки, судини та нерви, що у них проходять. До складу хірургічної ніжки пухлини входить іще маткова труба. Хірургічну ніжку пересікають при видаленні пухлини.

Операційна сестра повинна знати основні етапи проведення операцій, щоб правильно підготувати інструментарій та вчасно подавати хірургу інструменти, необхідні саме на цьому етапі операції.

Етапи операції:

- дезінфекція шкіри;
- поздовжній чи поперечний розріз передньої черевної стінки;
- введення ранорозширювача і відмежування кишкових петель;
- захоплення рукою і виведення маткової труби;
- накладання затискачів Кохера на брижу маткової труби і її матковий кінець (при видаленні придатків матки затискачі накладають на підвішуючу зв'язку яєчника, матковий кінець труби і власну зв'язку яєчника);
- видалення маткової труби (придатків), прошивання і перев'язування кукс;
- перитонізація кукс;
- туалет черевної порожнини;
- звіт операційної сестри про наявність інструментів і серветок;
- зашивання черевної рани;
- катетеризація сечового міхура.

Резекція яєчника

Операцію проводять при склерополікістозі яєчників з метою корекції менструальної та відновлення генеративної функцій жінки.

Етапи операції:

- дезінфекція шкіри;
- поздовжній чи поперечний розріз передньої черевної стінки;
- введення ранорозширювача й огляд статевих органів;
- відмежування кишкових петель;
- фіксація яєчника вікончастим затискачем;
- висічення патологічно зміненої тканини яєчника скальпелем;
- накладання вузлових швів на тканину яєчника (операційна сестра подає колючу голку і кетгут);
- туалет черевної порожнини;
- звіт операційної сестри про наявність інструментів і серветок;
- зашивання черевної рани;
- катетеризація сечового міхура.

Операції для відновлення прохідності маткових труб

До цих операцій відносять сальпінголізис, сальпінгостомію, операцію імплантації маткової труби в матку.

Сальпінголізис — операція, яка полягає у звільненні маткової труби від спайок, які створюють перешкоди на шляху міграції яйцеклітини. При огляді органів малого таза виявляють спайки та обережно, намагаючись не пошкодити очеревину труби, розтинають їх.

Сальпінгостомія. Мета операції — відновлення прохідності ампулярного кінця маткової труби. Запаяний непрохідний кінець труби розтинають

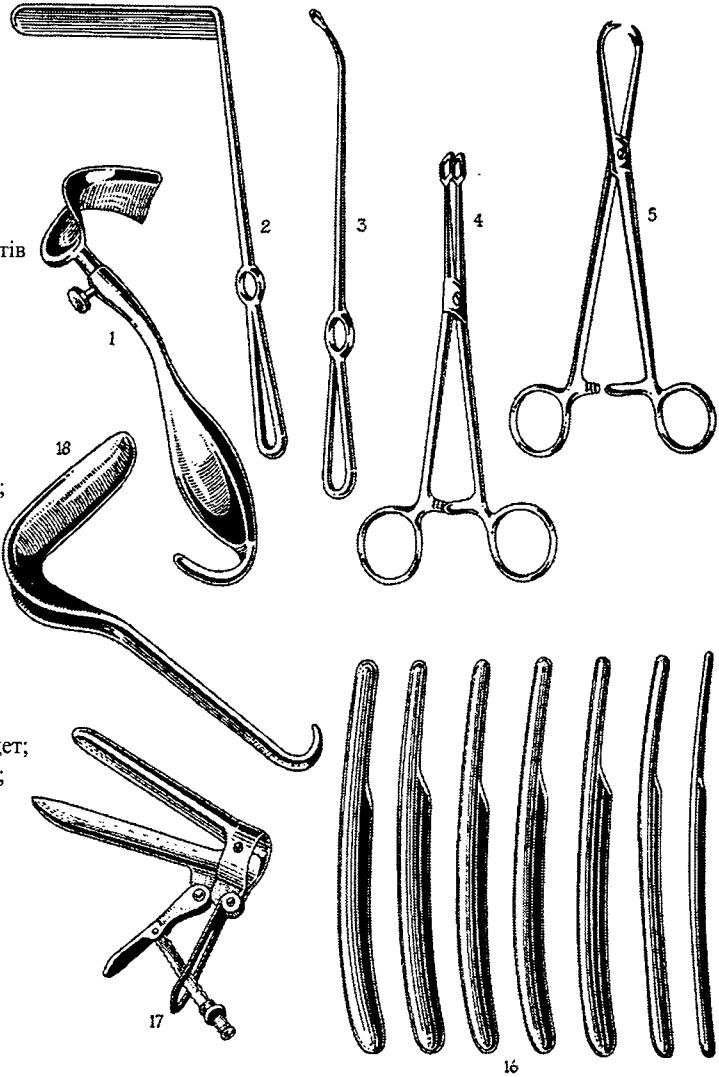


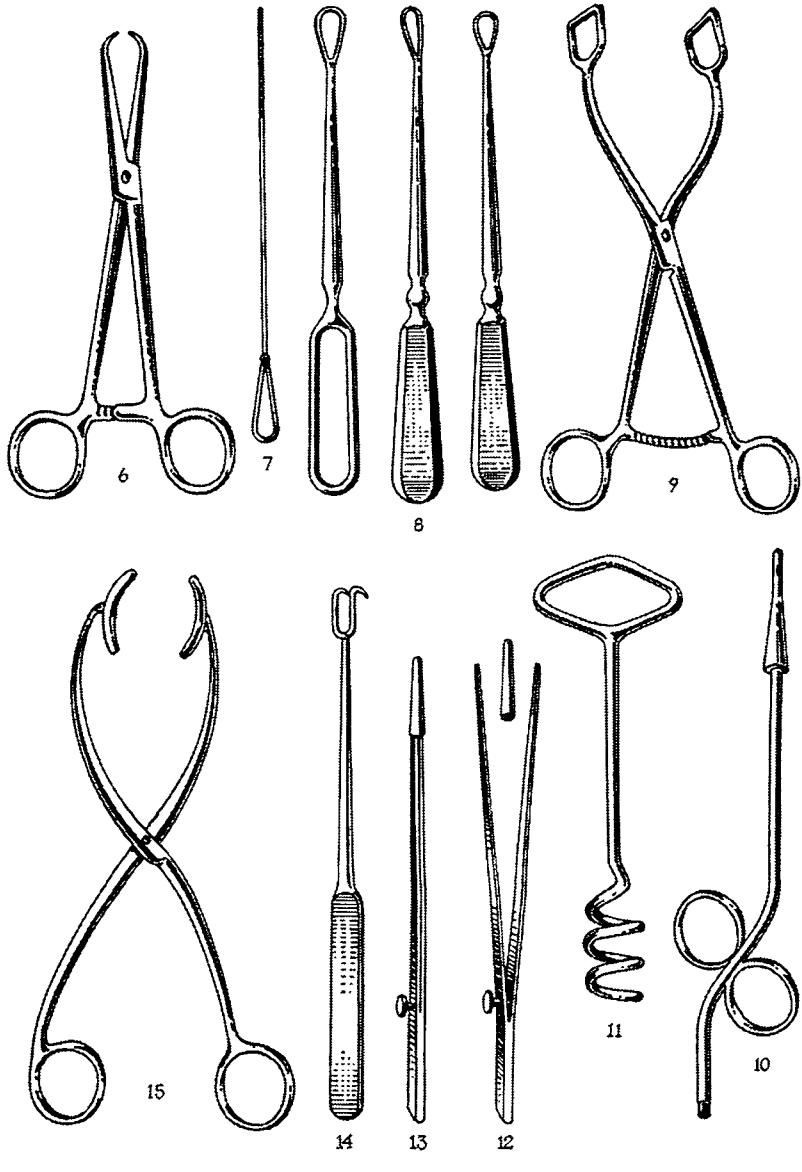
Рис. 17.1. Набір інструментів для гінекологічного обстеження й операцій на статевих органах:

1 — дзеркало Фрича;
2 — підіймач вагінальний;
3 — зонд матковий;
4 — абортцанг;
5 — щипці (двозубі) Мюзо;
6 — щипці кульові;
7 — зонд Плейфера;
8 — кюретки;
9 — щипці маткові вікончасті;
10 — наконечник для гістерографії;
11 — штопор матковий;
12 — розібраний зонд-пінцет;
13 — зібраний зонд-пінцет;
14 — гачок гострий;
15 — щипці маткові для перетискання ділянки внутрішнього вічка;
16 — розширювачі Гегара;
17 — дзеркало вагінальне двостулкове (Куско);
18 — дзеркало вагінальне ложкоподібне

або видаляють і зшивають найтоншим кетгутом слизову оболонку труби із серозною оболонкою, ніби вивертаючи її. У такий спосіб відновлюється прохідність труби і створюються умови для просування яйцеклітини в порожнину матки.

Імплантацію маткової труби в матку проводять за непрохідності якоїсь її ділянки. У такому випадку непрохідну частину труби видаляють, а прохідну пересаджують у матку, попередньо створивши в її стінці отвір.

Слід зауважити, що ці операції малоефективні і рідко приводять до відновлення репродуктивної функції жінки.



Надпіхвова ампутація матки

Операцію надпіхвової (суправагінальної) ампутації матки проводять найчастіше при доброякісних пухлинах матки (фіброміомі). Операція полягає у видаленні тіла матки на рівні внутрішнього вічка. Шийка матки при цьому залишається.

Етапи операції:

- дезінфекція шкіри;
- поздовжній чи поперечний розріз передньої черевної стінки;
- введення ранорозширювача й огляд органів малого таза;
- відмежування кишечника;
- накладання на матку кульових щипців та виведення її в рану;
- накладання затискачів, розтин, прошивання та перев'язування круглих зв'язок матки, власних зв'язок яєчника, маткових труб (при видаленні матки з придатками перетинають круглу зв'язку та підвішуючу зв'язку яєчника);
- розтин міхурово-маткової складки очеревини та відшаровування сечового міхура донизу тупфером;
- накладання затискачів, пересікання та перев'язування з прошиванням судинних пучків з обох боків;
- від'єднання тіла матки від шийки матки (сестра подає хірургу тампон, змочений розчином йоду, для обробки ділянки каналу шийки матки, після обробки тампон разом з корнцангом відкидають);
- накладання швів на куксу шийки матки;
- перитонізація;
- туалет черевної порожнини;
- звіт операційної сестри про кількість інструментів і серветок;
- зашивання черевної рани;
- катетеризація сечового міхура.

Екстирпація матки

При екстирпації матки видаляють матку разом із шийкою. Цю операцію проводять у хворих з пухлинами матки при патологічних змінах у шийці матки. Матку видаляють з придатками або без придатків.

Етапи операції:

- дезінфекція піхви, введення тампона, просоченого спиртом, у піхву;
- дезінфекція шкіри черевної стінки;
- розріз передньої черевної стінки;
- введення ранорозширювача й огляд органів малого таза;

- відмежування кишечника;
- накладання на матку кульових щипців та виведення її в рану;
- накладання затискачів, розтин, прошивання та перев'язування круглих зв'язок матки, власних зв'язок яєчника, маткових труб (при видаленні матки з придатками пересікають круглі зв'язки та підвішуючі зв'язки яєчника);
- розтин міхурово-маткової складки очеревини та відшаровування сечового міхура донизу тупфером;
- накладання затискачів, пересікання та перев'язування з прошиванням судинних пучків з обох боків;
- накладання затискачів, пересікання та перев'язування крижово-маткових зв'язок;
- додаткове відсепарування сечового міхура;
- перетинання та перев'язка вагінальних гілочок маткових судин (операційна сестра подає довгі затискачі Кохера);
- відокремлення матки від вагінальних склепінь (як тільки розтято порожнину піхви, операційна сестра подає хірургу вузьку марлеву стрічку завдовжки 30 см, змочену 70 % спиртовим розчином, яку хірург вводить у піхву за допомогою довгого корнцанга, який після використання одразу відкидають);
- обшивання кукси вагіни. ***Весь інструментарій, що використовувався на цьому етапі операції, відразу відкидають;***
- перитонізація;
- туалет черевної порожнини;
- звіт операційної сестри про кількість інструментів і серветок;
- зашивання черевної рани;
- виведення сечі катетером;
- видалення тампона та обробка піхви.

Консервативна міомектомія

Операція полягає у видаленні фіброматозного вузла без видалення матки.

Етапи операції:

- дезінфекція шкіри;
- поздовжній чи поперечний розріз передньої черевної стінки;
- введення ранорозширювача й огляд органів малого таза;
- відмежування черевної порожнини;
- прошивання матки кетгутом та виведення її в рану;
- розтин стінки матки над міоматозним вузлом (скальпелем), гемостаз за допомогою затискачів Кохера;

- вилущування вузла ножицями та тупфером, гемостаз;
- зашивання стінки матки (ложа вузла);
- перитонізація безперервним кетгутовим швом;
- введення в матку скорочувальних засобів (операційна сестра заздалегідь готує шприц з окситоцином, метилергометрином);
- туалет черевної порожнини;
- звіт операційної сестри про кількість інструментів і серветок;
- зашивання черевної рани;
- катетеризація сечового міхура.

ВАГІНАЛЬНІ ОПЕРАЦІЇ

У гінекологічній практиці частину операцій проводять через вагіну. Це, передусім, операції з приводу опущення та випадання статевих органів — пластичні операції та екстирпація матки через піхву при повному її випаданні, а також операції на шийці матки з приводу старих розривів, ектропіону та іншої патології шийки матки, при якій консервативні методи не дають ефекту, а видалення усієї матки недоцільне.

Положення хворої на операційному столі під час виконання вагінальних операцій таке саме, як на гінекологічному кріслі: до столу прикріплюють ноготримачі, вкладають жінку на спину із зігнутими у кульшових та колінних суглобах ногами, ноги фіксують до ноготримачів.

Хірург та перший асистент сидять на табуретках, другий асистент стоїть праворуч від хворої. Обробка операційного поля: спочатку обробляють піхву тампоном, змоченим 70 % етиловим спиртом, потім іншим тампоном із спиртом обробляють лобок, великі статеві губи, промежину, низ живота, внутрішню та задню поверхні стегон до середини стегна.

Конусоподібна ампутація шийки матки за Штурмдорфом

Операція рекомендована при залозисто-м'язовій гіперплазії шийки матки, що розвивається в результаті хронічного цервіциту, при елонгації шийки матки у хворих з опущенням та випаданням матки.

Етапи операції:

- дезінфекція зовнішніх статевих органів та піхви;
- виведення шийки матки у дзеркалах;
- фіксація передньої та задньої губи шийки матки кульовими щипцями;
- розширення цервікального каналу розширювачами Гегара до №8;
- циркулярний розтин слизової оболонки шийки матки (скальпелем);

- накладання на шийку двох кетгутових швів для фіксації шийки;
- конусоподібне видалення шийки матки, гемостаз;
- накладання основних кетгутових швів на шийку матки (кетгут №6, довжина ниток 25–30 см);
- накладання додаткових кетгутових швів на шийку матки (кетгут №4);
- обробка шийки йодом та видалення піхвових дзеркал.

Клиноподібна ампутація шийки матки за Шредером

Операція рекомендована при деформації шийки матки старими рубцями і значній її гіпертрофії, а також є одним з видів лікування передракових станів шийки матки.

Етапи операції:

- дезінфекція зовнішніх статевих органів та піхви;
- виведення шийки матки у дзеркалах;
- фіксація передньої та задньої губи шийки матки окремо кульовими щипцями;
- розширення цервікального каналу розширювачами Гегара до №10;
- симетричний розтин шийки матки ножицями з правого та лівого боку так, щоб розрізи не доходили до склепінь піхви;
- клиноподібне висічення передньої губи шийки матки та її формування;
- клиноподібне висічення задньої губи шийки матки та її формування;
- накладання на шийку кетгутових швів для з'єднання передньої та задньої губи;
- обробка шийки йодом та видалення піхвових дзеркал.

Пластика передньої стінки піхви (передня кольпорафія)

Операція виконується при опущенні або випаданні матки для відновлення анатомо-функціональних співвідношень органів малого таза. Майже завжди поєднується з операцією відновлення цілості промежини.

Етапи операції:

- дезінфекція зовнішніх статевих органів та піхви;
- виведення шийки матки у дзеркалах та фіксація її кульовими щипцями;
- інфільтрація тканин 0,25 % розчином новокаїну (для полегшення відсепарування тканин);
- розтин передньої стінки піхви та відсепарування країв вагінального шматка скальпелем;

- відсепарування сечового міхура від шийки матки (ножицями і тупфером);
- накладання кетгутових швів на фасцію сечового міхура (кетгут №3-4);
- накладання безперервного кетгутового шва на стінку піхви;
- катетеризація сечового міхура;
- обробка шва розчином йоду та виведення інструментів.

Пластика задньої стінки піхви і м'язів тазового дна (кольпоперінеорафія)

Етапи операції:

- дезінфекція зовнішніх статевих органів та піхви;
- накладання затискачів Кохера на межі шматка, який передбачається сформувати;
- інфільтрація тканин 0,2 5 % розчином новокаїну (для полегшення відсепарування тканин);
- розтин стінки піхви та шкіри промежини;
- відсепарування шматка;
- розтин ножицями рубців та фасції в бокових кутах рани та оголення леваторів;
- накладання швів на леватори (операційна сестра подає кетгут №6);
- накладання безперервного кетгутового шва на стінку піхви (кетгут №4);
- зав'язування швів на леваторах;
- накладання швів на поверхневі м'язи (кетгут №3);
- накладання шовкових швів на шкіру промежини;
- обробка швів розчином йоду.

МАЛІ ГІНЕКОЛОГІЧНІ ОПЕРАЦІЇ

Операції штучного переривання вагітності

Переривання вагітності у ранні терміни

Штучним абортом називається переривання вагітності в акушерському стаціонарі. Переривання вагітності в ранні терміни здійснюється за бажанням жінки ***до 12 тижнів*** за умови відсутності протипоказань. Протипоказаннями є гострі та підгострі запальні захворювання жіночої статевої сфери, гострі інфекційні захворювання чи запальні процеси будь-якої локалізації. Операція може бути виконана тільки після ліквідації патологічних явищ,

оскільки наявність вогнищ інфекції в організмі створює високий ризик ускладнень після оперативного втручання.

З 13 до 28 тижнів вагітність переривають тільки за медичними показаннями за наявності у вагітної важких захворювань, коли прогресування вагітності та пологи можуть становити загрозу життю жінки, а також за соціальними показаннями — вік до 18 років, наявність 3 і більше дітей, дитини-інваліда, смерть чоловіка під час вагітності, розлучення, ув'язнення, позбавлення материнських прав.

Обстеження: мазок на ступінь чистоти вагінального вмісту та на гонорею, аналіз крові на RW та СНІД, гінекологічний огляд.

Операція проводиться лише лікарем акушером-гінекологом. За проведення втручань, спрямованих на переривання вагітності, іншими особами, зокрема середніми медичними працівниками, чинним законодавством передбачена кримінальна відповідальність.

Необхідний інструментарій: дзеркала Сімса і підіймач, кульові щипці або щипці Мюзо, розширювачі Гегара, матковий зонд, довгі пінцети (2), абортцанг, кюретки № 2, 4, 6, вакуум-апарат, наконечники для вакуум-апарата *(рис. 17.1–17.3).*

Знеболювання: внутрішньовенний наркоз або місцева анестезія.

Техніка операції *(рис. 17.4).* Зовнішні статеві органи обробляють йодонатом. Вводять дзеркала Сімса. Піхву та шийку матки обробляють 5 % розчином йоду. Оголюють шийку матки в дзеркалах та захоплюють її кульовими щипцями за передню губу. Видаляють підіймач. Лікар утримує шийку матки кульовими щипцями, нижнє дзеркало передають медичній сестрі, що асистує під час операції. Проводять зондування порожнини матки з метою встановлення прохідності та напряму цервікального каналу, довжини та форми порожнини матки. Далі проводять розширення цервікального каналу розширювачами Гегара від № 4-6 до 12-13 *(рис. 17.2)*

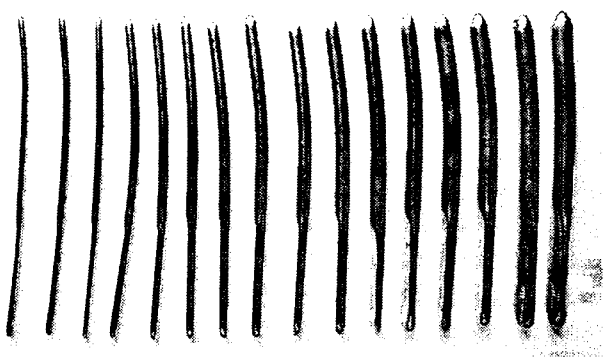


Рис. 17.2. Розширювачі Гегара

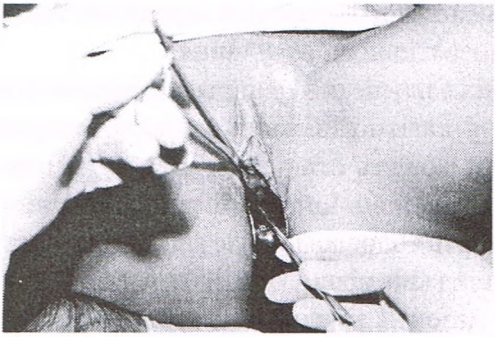


Рис. 17.3. Розширення каналу шийки матки розширювачами Гегара

(номер розширювача дорівнює його діаметру в міліметрах). Після розширення здійснюють руйнування і видалення плідного яйця кюреткою №6, абортцангом або шляхом вакуум-аспірації. Видаливши плідне яйце, проводять контрольне вишкрібання стінок порожнини матки і трубних кутів кюретками № 4 і 2. Переконавшись у тому, що плідне яйце і децидуальна оболонка видалені повністю, матка скоротилася добре, кровотечі немає, кульові щипці з шийки матки знімають, шийку обробляють 5 % йодом, дзеркало виводять з піхви.

Догляд за хворою після операції. Жінку перевозять на каталці в палату. На низ живота кладуть міхур з льодом. Вводять скорочувальні засоби — 1 мл окситоцину або метилергометрину внутрішньом'язово. Протягом першої доби періодично контролюють стан хворої: самопочуття, скарги, пульс, артеріальний тиск, температуру тіла, кількість та характер виділень із статевих шляхів. При відсутності ускладнень жінку виписують додому на другу добу після аборту.

Ускладнення. Штучний аборт, навіть проведений досвідченим лікарем з дотриманням усіх правил асептики та антисептики, завжди є небезпечною операцією з огляду на можливі ускладнення, що виникають як під час втручання, так і пізніше, і мають серйозні наслідки для здоров'я та репродуктивної функції жінки.

Перфорація стінки матки може статися на будь-якому етапі операції матковим зондом, розширювачами, кюреткою. Особливу небезпеку при цьому становить можливість пошкодження внутрішніх органів. Важливо вчасно діагностувати перфорацію, припинити операцію аборту і провести лапаротомію з метою зашивання перфораційного отвору (за умови свіжого та невеликого пошкодження) або надпіхвової ампутації чи екстирпації матки при значних інфікованих травмах.

Неповне видалення плідного яйця та *плацентарний поліп* (виникає при затримці залишків ворсистої оболонки) супроводжуються значними кров'я-

нистими виділеннями. Діагностують ці ускладнення при бімануальному та ультразвуковому дослідженні. Лікування полягає у видаленні вмісту матки шляхом вишкрібання її стінок *(рис. 17.4)*. Тривале перебування частин плідного яйця у матці може призвести до приєднання інфекційних ускладнень.

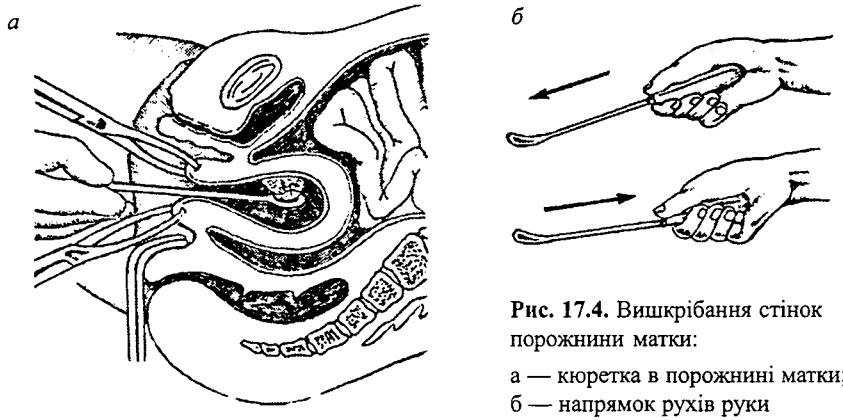


Рис. 17.4. Вишкрібання стінок порожнини матки:
а — кюретка в порожнині матки;
б — напрямок рухів руки

Основні післяабортні ускладнення запального характеру — *ендометрит, параметрит, пельвіоперитоніт, сепсис.*

Віддаленими наслідками штучних абортів є розлади менструальної функції, ендометріоз, хронічні запальні захворювання жіночих статевих органів, безплідність. У жінок з резус-негативною кров'ю можлива сенсибілізація вагітної антитілами плода, тому після аборту такій пацієнтці слід ввести антирезусний гаммаглобулін.

Переривання вагітності у пізні терміни (від 13 до 28 тижнів)

Основним шляхом переривання вагітності пізніх термінів у сучасному акушерстві є інтраамніальне (внутрішньооболонкове) введення гіпертонічних розчинів. Застосовується трансабдомінальна (через передню черевну стінку) та трансцервікальна методика, за якою в канал шийки матки вводиться стерильна трубка з довгою голкою, якою проколюють плодовий міхур і виводять частину навколоплодових вод. Потім у порожнину амніона вводиться така ж кількість гіпертонічного розчину хлориду натрію або, за наявності протипоказань, 20 % розчину глюкози. Для того, щоб рідина не витікала, проводять тугу тампонаду піхви стерильним бинтом. Тампон виймають через 6 годин.

Переривання вагітності можна прискорити внутрішньовенним введенням окситоцину або простагландинів груп Е і F_{2a}. Використання для пере-

ривання вагітності у другому триместрі простагландинів значною мірою полегшує це непросте завдання.

Догляд за хворою полягає в ретельному спостереженні за станом скорочення матки. Фельдшер, акушерка слідкують за виділеннями із статевих шляхів, вимірює температуру тіла жінки з метою вчасного виявлення ускладнень запального характеру.

Біопсія шийки матки

Необхідний інструментарій: дзеркала Сімса, кульові щипці, скальпель (або конхотом), голкотримач, голка, кетгут №3, корнцанг, пінцет.

Етапи операції:

- дезінфекція зовнішніх статевих органів та піхви;
- виведення шийки матки у дзеркалах та фіксація її кульовими щипцями;
- скальпелем беруть для дослідження частину патологічно зміненої тканини шийки матки на межі із здоровою тканиною;
- накладання швів на шийку матки (кетгут №3);
- обробка шийки матки розчином йоду;
- фіксація матеріалу, заповнення направлення та відправлення його в лабораторію.

Пункція черевної порожнини через заднє склепіння вагіни

Необхідний інструментарій: дзеркала Сімса, кульові щипці, довга пункційна голка, шприц, корнцанг, пінцет.

Етапи операції:

- дезінфекція зовнішніх статевих органів та піхви;
- виведення шийки матки у дзеркалах та фіксація її кульовими щипцями за задню губу;
- проведення місцевої анестезії;
- прокол заднього склепіння піхви довгою голкою та виведення через голку або за допомогою шприца вмісту черевної порожнини;
- виведення голки, обробка місця проколу йодом, зняття кульових щипців, виведення дзеркал.

Зондування порожнини матки

Необхідний інструментарій: дзеркала Сімса, кульові щипці, матковий зонд, корнцанг, пінцет.

Етапи операції:

- дезінфекція зовнішніх статевих органів та піхви;
- виведення шийки матки у дзеркалах та фіксація її кульовими щипцями;
- введення маткового зонда у матку та проведення обстеження рельєфу її порожнини;
- виведення зонда з порожнини матки;
- обробка шийки матки йодом та виведення інструментів.

Роздільне вишкрібання порожнини матки

Необхідний інструментарій: дзеркала Сімса, кульові щипці, матковий зонд, розширювачі Гегара, кюретки №2, 4, корнцанг, пінцет.

Етапи операції:

- дезінфекція зовнішніх статевих органів та піхви;
- виведення шийки матки у дзеркалах та фіксація її кульовими щипцями;
- вишкрібання слизової оболонки цервікального каналу маленькою кюреткою;
- зондування порожнини матки;
- розширення цервікального каналу розширювачами Гегара (якщо необхідно);
- вишкрібання слизової оболонки порожнини матки;
- обробка шийки матки йодом та виведення інструментів;
- фіксація матеріалу окремо з цервікального каналу та порожнини матки, заповнення направлень, відправлення в лабораторію.

ЕНДОСКОПІЧНІ ОПЕРАЦІЇ

Упровадження в гінекологічну практику ендоскопії відкриває широкі можливості для мікроінвазивних втручань, дозволяє проводити операції та лікувально-діагностичні маніпуляції в черевній порожнині без розтину передньої черевної стінки. Сучасний інструментарій дозволяє фіксувати орган у черевній порожнині, мобілізувати його, пунктувати, взяти тканину органа для гістологічного дослідження, видалити частину органа, розсікти спайки, здійснити гемостаз, накласти лігатуру.

Анестезія: внутрішньовенний наркоз або місцеве знеболювання 0,25 % розчином новокаїну.

Інструментарій:

- хірургічні інструменти для розтину шкіри та накладання швів після операції;

- ендоскопічне обладнання: джерело світла, світловоди, оптичні трубки, у тому числі з біопсійним каналом;
- спеціальне обладнання для виконання діагностичних та лікувальних маніпуляцій — щипці, затискачі, електрокоагулятор, голки та інші інструменти залежно від виду операції.

Основні ендоскопічні операції та маніпуляції

Дренування порожнини малого таза. *Показання:* гострі запальні процеси малого таза, пельвіоперитоніт. Операція полягає в огляді органів малого таза та введенні дренажів-мікроіригаторів (гумових, поліетиленових трубок діаметром від 2 до 7 мм). Після введення мікроіригатор фіксують до шкіри передньої черевної стінки шовковою лігатурою, кілька разів на день у нього вводять медикаменти, найчастіше антибіотики. Кожного разу після введення накладають стерильну пов'язку.

Біопсія яєчників. *Показання:* безплідність внаслідок функціональної неповноцінності яєчників, склерополікістозні зміни яєчників, підозра на злоякісні пухлини яєчників. Яєчник виводять в поле зору за допомогою маніпулятора, біопсійними щипцями захоплюють тканину яєчника та відділяють її і виводять назовні. Проводять діатермокоагуляцію місця біопсії. Отриманий матеріал фіксують у розчині формаліну та направляють на гістологічне дослідження.

Видалення яєчників. *Показання до операції*: полікістоз яєчників, підозра на злоякісне переродження. Лігатуру у вигляді петлі підводять до яєчника, протягують яєчник крізь неї, петлю затягують. У такий спосіб перев'язують зв'язковий апарат яєчника. Яєчник видаляють із черевної порожнини при невеликих розмірах цілком, при потребі — фрагментують.

Видалення міоматозних вузлів. Операція рекомендована за наявності субсерозних міоматозних вузлів невеликого розміру. Вузли на тонкій ніжці захоплюють маніпулятором, пересікають ніжку, коагулюють її.

Стерилізація жінок. Завдяки своїй 100% ефективності та незначній травматичності, операція стала дуже поширеною в багатьох країнах світу. Способи стерилізації різні: непрохідності маткових труб досягають шляхом накладання лігатур або металевих скоб; проводять електрокоагуляцію маткових труб, потім у зоні коагуляції трубу пересікають.

Серед інших операцій при пельвіоскопії слід відмітити розтин синехій, відновлення прохідності маткових труб; при гістероскопії — видалення поліпів та субмукозних міоматозних вузлів, розтин спайок в порожнині матки, видалення внутрішньоматкових контрацептивів, електрокоагуляцію ендометріоїдних ходів.

ДОГЛЯД ЗА ХВОРОЮ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Вдало виконана операція та адекватне знеболювання є важливими чинниками, що визначають термін видужання хворої, проте інколи в післяопераційному періоді виникають ускладнення, які зводять нанівець зусилля хірургів, надовго відкладають повернення пацієнтки до активного життя, а часом, як не прикро, призводять до трагічних наслідків. Тому надзвичайно важливо правильно вести післяопераційний період, правильно доглядати хвору, вчасно виявляти ускладнення та боротися з ними, ефективно проводити їх профілактику. Величезна роль у цьому належить середньому медичному персоналу.

Одразу після операції хвору переводять у спеціальну палату для щойно прооперованих хворих. Палати повинні бути невеликими, щоб забезпечити пацієнткам максимальний комфорт і спокій. Для обслуговування цих палат виділяється спеціальний медперсонал — медична сестра та молодша медична сестра з догляду за хворими. Палати для прооперованих хворих повинні знаходитися недалеко від операційної, щоб хвору з операційної можна було швидко перевезти на каталці в палату і покласти у заздалегідь приготоване зігріте ліжко. З каталки хвору перекладають на ліжко і прикладають до її ніг грілки. Із метою запобігання опікам температура води для грілок повинна бути не вища 40 °С, прикладати їх потрібно поверх ковдри.

На живіт хворої для зменшення болю в операційній рані кладуть міхур із льодом. Холод слід прикладати через пелюшку, через кожну годину міхур знімають на 30 хв, щоб запобігти переохолодженню хворої та порушенню функції сечового міхура.

Лікар, який курує прооперованих хворих, та акушерка, яка їх доглядає, повинні стежити за пульсом, артеріальним тиском, диханням, забарвленням шкіри, станом пов'язки на післяопераційній рані, сечовипусканням, температурою тіла. Важливо контролювати кількість, колір та інші характеристики виділень із дренажних трубок та катетерів. У хворих після вагінальних операцій слід періодично оглядати підкладні пелюшки біля статевих органів, щоб не пропустити можливих ускладнень. Усі порушення стану хворої: розлади дихання, зміна частоти пульсу чи його наповнення, поява зовнішньої кровотечі чи ознаки внутрішньої — потребують негайного вжиття відповідних заходів.

У палаті для післяопераційних хворих повинні бути всі необхідні предмети для догляду за ними: ниркоподібні лотки, індивідуальні підкладні судна, грілки, міхури для льоду, газовідвідні трубки, все необхідне для клізми та для промивання шлунка, металеві та гумові катетери, роторозширювач,

язикотримач, шприци, голки, системи одноразового використання, штатив для систем, гумові рукавички, стерильний матеріал, у достатній кількості стерильні пелюшки, чисті простирадла. У спеціальній шафі повинні зберігатися медикаменти на випадок виникнення ускладнень або термінальних станів, вони повинні бути напоготові, щоб у будь-яку хвилину можна було їх одержати і ввести хворій.

У післяопераційному періоді хворих часто турбує ***біль,*** для зменшення якого треба вводити 1 % розчин промедолу по 2 мл, розчин димедролу по 1–2 мл через 4–6 годин. Із 3–4-ї доби замість промедолу вводять анальгін.

У перші 6–8 годин після операції хворій не дозволяють пити, тільки змочують їй губи та слизову оболонку рота вологим тампоном. Згодом дають пити воду невеликими порціями. З другої доби рідину дозволяють пити в кількості 1–1,5 л, а також бульйон, кефір. На 3-тю добу можна вживати протерті супи, до 7–8-ї доби хвора поступово переходить на загальний стіл. Хворим після вагінальних операцій до 6–8-ї доби рекомендують рідку легкозасвоювану їжу, щоб відкласти дефекацію до загоєння швів.

У більшості хворих вже на кінець першої доби після операції починають відходити гази, з'являється ***перистальтика кишечника.*** Для стимуляції перистальтики з першої доби післяопераційного періоду вводять прозерин, церукал. Якщо перистальтика відсутня, на 2-гу добу роблять гіпертонічну клізму, а на 3-тю — у разі необхідності — очисну.

Дуже важливою в післяопераційному періоді є ***функція сечового міхура.*** Необхідно пильно стежити за частотою сечовипускання, і в разі виникнення проблем допомогти хворій спорожнити сечовий міхур. Утруднення сечовипускання може бути пов'язане з горизонтальним положенням хворої, а також з тим, що хвора не відчуває наповнення сечового міхура. Це може бути викликане рефлекторним нервовим впливом, бо під час гінекологічних операцій сечовий міхур безпосередньої операційної травми не зазнає. Для полегшення сечовипускання потрібно передусім використати місцеву дію теплом (грілка на ділянку сечового міхура) та рефлекторні способи — поливання статевих органів теплою водою, звук води, що тече з крана. У деяких хворих спазм сфінктера сечового міхура виникає у відповідь на контакт з холодним металевим предметом, тому підкладне судно перед використанням обов'язково потрібно облити теплою водою, щоб зігріти його. У разі неефективності цих заходів можна ввести 0,5-1 мл пітуїтрину 2-3 рази на добу. Лише за умови використання всіх можливих засобів вдаються до катетеризації сечового міхура, дотримуючись при цьому всіх правил асептики та антисептики. Катетеризація проводиться не частіше як через 8–12 годин. У більшості хворих функція сечового міхура відновлюється, як тільки їм дозволяють вставати.

Відсутність сечі чи поява в ній крові свідчить про можливу травму сечового міхура або сечоводів під час операції, тому медичній сестрі слід негайно повідомити про це лікаря, щоб вжити термінових заходів.

Активне ведення післяопераційного періоду передбачає для хворих раннє вставання (при неускладненому перебігові вони можуть вставати через 1 добу після операції), використання лікувальної фізкультури, зокрема дихальної гімнастики. Після вагінальних операцій, особливо пластичних, хворі повинні дотримуватись постільного режиму до 1–2 діб.

Особливо пильної уваги потребує ***післяопераційна пов'язка.*** Першу перев'язку роблять на 2-гу добу. Далі, якщо післяопераційний період проходить без ускладнень, перев'язки роблять в міру необхідності. Шви знімають на 5–7-му добу після операції, спочатку через один, наступного дня — решту.

Двічі на день хворим проводять ***туалет зовнішніх статевих органів,*** обмиваючи їх дезінфекційними розчинами. Особливо ретельно проводять туалет хворим після вагінальних операцій. Після обмивання ділянки швів просушують марлевим тампоном і обробляють розчином діамантового зеленого. Прикладають стерильну підкладну пелюшку.

Хворим у післяопераційному періоді проводиться ***інтенсивна інфузійна та трансфузійна терапія,*** спрямована на відновлення дефіциту еритроцитів, плазми та її компонентів, корекцію порушень обміну електролітів, кислотно-лужного стану організму, реологічних властивостей крові. З метою запобігання ускладнень гнійно-запального характеру, проводять ***антибактеріальну профілактику.***

Зі стаціонару жінку виписують на 8–10-ту добу післяопераційного періоду за умови загоєння післяопераційної рани, при стабільних гемодинамічних показниках, нормалізації функцій усіх органів та систем організму.

УСКЛАДНЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ

У післяопераційному періоді можуть виникати ранні — у перші години — та пізні — на 2–6-ту добу — ускладнення.

Одразу після операції, виходячи з наркозу, хвора може скаржитися на нудоту, тому напоготові повинен бути лоток, щоб підставити хворій у випадку блювання, та рушник. Голову хворої слід повернути набік і не залишати жінку без нагляду на жодну хвилину, бо можлива аспірація блювотних мас та асфіксія.

Часто у хворих спостерігається у тій чи іншій мірі ***дихальна недостатність,*** зумовлена залишковою дією м'язових релаксантів, анестетиків та

наркотичних аналгетиків, що проявляється гіпоксією та метаболічним ацидозом. Для лікування цих явищ застосовують кисневу терапію у перші години після операції, перкусійний та вібраційний масаж грудної клітки, використання бронхолітиків (бронхолітин, бромгексин, еуфілін), інгаляційну терапію. З метою лікування застійних явищ у легенях та профілактики пневмонії, застосовують дихальну гімнастику.

Особливо ретельної уваги потребують хворі з екстрагенітальною патологією, зокрема дихальної та серцево-судинної систем. Крім описаного, їм необхідно створювати положення з піднесеним головним кінцем, застосовувати серцеві глікозиди.

Дуже серйозними ускладненнями післяопераційного періоду є ***тромбофлебіти*** та ***тромбоемболії.*** Вони виникають у хворих з варикозним розширенням вен, тромбоемболічними ускладненнями в анамнезі, злоякісними новоутвореннями, захворюваннями серцево-судинної системи, ожирінням, у жінок літнього віку. *Профілактика* післяопераційних тромбоемболій включає: туге бинтування кінцівки з варикозно розширеними венами, раннє вставання хворої після операції, лікувальну гімнастику, введення реополіглюкіну у поєднанні з курантилом, тренталом, гепаринотерапію (по 5000 ОД у шкірну складку бокової поверхні живота двічі на добу), використання антикоагулянтів непрямої дії (пелентан, фенілін), аспірину по 125 мг щоденно або по 250 мг через день.

Післяопераційні кровотечі, передусім, проявляються зміною гемодинамічних показників: різке зниження артеріального тиску та центрального венозного тиску, прискорення пульсу, блідість шкіри, зниження рівня гемоглобіну, поява крові з дренажних трубок або з піхви. Діагностиці може допомогти УЗД та лапароскопія чи кульдоцентез.

Основні лікувальні заходи при кровотечі у черевній порожнині:

1. Негайна релапаротомія і зупинка кровотечі.

2. Паралельно з підготовкою хворої до повторного оперативного втручання проводять інтенсивну інфузійну терапію (поліглюкін, желатиноль, розчин Рінгера, плазма, ізотонічний розчин натрію хлориду). Інфузію проводити у дві-три вени.

3. Стабілізація артеріального тиску. Вводять великі дози глюкокортикоїдів (гідрокортизон, преднізолон, дексазон).

4. Поліпшення мікроциркуляції та реологічних властивостей крові (реополіглюкін). Після зупинки кровотечі та поповнення ОЦК вводять трентал, дроперидол.

5. Проводять корекцію метаболічного ацидозу шляхом введення натрію гідрокарбонату (під контролем показників КОС).

6. Проводять інгаляції кисню через катетер або маску.

До пізніх ускладнень післяопераційного періоду належать ***гнійно-запальні ускладнення.*** На 3–5-ту добу можуть з'явитися ознаки нагноєння післяопераційної рани: біль пульсуючого характеру в ділянці рубця, підвищення температури тіла. При огляді у ділянці запалення спостерігають гіперемія, набряк, гнійні виділення з рани. Одразу після того як діагностоване таке ускладнення, треба зняти шви в ділянці нагноєння, промити рану перекисом водню, потім прикласти серветку з гіпертонічним розчином. Обов'язковим є призначення антибіотиків. Надалі перев'язки проводять щоденно аж до повного очищення рани.

Небезпечним ускладненням є ***післяопераційний перитоніт.***

Перелік контрольних питань:

- малі гінекологічні операції; передопераційна підготовка та післяопераційний догляд;
- великі гінекологічні операції; передопераційна підготовка;
- малі гінекологічні операції (артифіціальний аборт, зондування матки, діагностичне вишкрібання цервікального каналу та стінок матки, поліпектомія); інструментарій для цих операцій;
- підготовка пацієнток до малих гінекологічних операцій; асистування при малих гінекологічних операціях;
- великі гінекологічні операції (черевностінкові), післяопераційний догляд за хворими;
- великі гінекологічні операції (піхвові), особливості післяопераційного догляду при різних видах операцій;
- профілактика тромбоемболічних ускладнень;
- особливості післяопераційного догляду за гінекологічними хворими з екстрагенітальною патологією.

НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ ПРИНЦИПИ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ПРИ РАННІХ ТЕРМІНАХ ВАГІТНОСТІ

Невиношування вагітності — це мимовільне її переривання від початку до 37 тижнів.

Аборт *(викидень)* — це переривання вагітності протягом перших 28 тижнів. Переривання вагітності між 28 і 37 тижнем — це передчасні пологи. Аборт до 12 тижнів вагітності називається раннім, після цього терміну — пізнім. Плід, який народився до 28-го тижня, має масу тіла меншу ніж 1000 г, зріст — до 35 см.

Аборти поділяють на *мимовільні* й *штучні*. Мимовільний аборт виникає без стороннього втручання. Викидень, який повторюється більше ніж 2 рази поспіль, називають звичним. Штучний аборт виконують за бажанням жінки в умовах стаціонару при дотриманні всіх вимог асептики й антисептики. Чинним законодавством дозволяється штучно переривати вагітність терміном до 12 тижнів.

МИМОВІЛЬНИЙ АБОРТ

Частота його становить 2–8 % від загальної кількості вагітностей. Невиношуванню вагітності сприяють: нейроендокринні розлади (інфантилізм, патологічні зміни функції яєчників і надниркових залоз, гіпо- або гіпертиреоз, цукровий діабет), попереднє штучне переривання вагітності, внутрішньоматкові зрощення (синехії), хромосомні й генні аномалії, порушення нормальної будови яйцеклітин і сперматозоїдів, гострі та хронічні інфекційні хвороби, ізоантигенна несумісність крові матері й плода за резус-фактором та системою АВО, захворювання та вади розвитку статевих органів, а також інтоксикації, особливо хронічні (свинцем, ртуттю, бензином, алкоголем, нікотином, аніліновими сполуками), іонізуюча радіація, розлади харчування. Безпосередніми причинами переривання вагітності можуть бути фізичні

та психогенні травми. Однією з важливих причин невиношування, особливо звичного, є істміко-цервікальна недостатність.

Істміко-цервікальна недостатність — це стан, коли внаслідок органічних та пов'язаних з ними функціональних змін у перешийку та шийці матки порушується замикальна функція цього відділу матки, плідне яйце втрачає опору, нижній його полюс вклинюється у цервікальний канал, плодові оболонки інфікуються, відбувається їх розрив і вагітність переривається. Це трапляється переважно в жінок, в анамнезі в яких були численні аборти або патологічні пологи, що супроводжувалися травмами шийки матки. Переривання вагітності настає здебільшого у другому триместрі вагітності.

Патогенез. При мимовільному аборті, що виник внаслідок вищевказаних різноманітних факторів, у кінцевому результаті відбувається однаковий процес — посилення скоротливої діяльності матки. Плідне яйце поступово відшаровується від слизової оболонки матки і виштовхується з її порожнини, внаслідок чого виникає переймоподібний біль унизу живота і маткова кровотеча різного ступеня інтенсивності. Пізній аборт нагадує пологи (відбувається згладження і розкриття шийки матки, відходять навколоплідні води, народжується плід, а потім послід).

У клінічному перебігу мимовільного викидня розрізняють такі стадії *(рис. 18.1)* : а) загроза аборту; б) аборт, що розпочався; в) аборт у ході; г) неповний аборт; д) повний аборт.

Загроза аборту. Плідне яйце з'єднане із слизовою оболонкою матки або відшарувалось на невеликій ділянці. З'являється незначний тягнучий біль унизу живота, крижах, кров'янисті виділення відсутні, шийка матки сформована, зовнішнє вічко закрите. Розміри матки відповідають терміну вагітності, тонус її підвищений. У цій стадії при дотриманні вагітною правильного режиму і проведенні цілеспрямованого лікування вагітність у більшості випадків можна зберегти.

Аборт, що розпочався. Виникає переймоподібний біль унизу живота, з'являються незначні кров'янисті виділення. Плідне яйце відшаровується від слизової оболонки матки на невеликій ділянці. Величина матки відповідає терміну вагітності. Зовнішнє вічко шийки матки закрите або трохи відкрите. Застосовується терапія, спрямована на збереження вагітності, але ймовірність її успіху нижча, ніж при загрозі аборту.

Аборт у ході. Відшароване плідне яйце виштовхується з порожнини матки через розширений шийковий канал. Переймоподібний біль унизу живота інтенсивний. Аборт може супроводжуватися значною кровотечею. При вагінальному дослідженні виявляють розкритий канал шийки матки, в ньому визначається плідне яйце, нижній полюс якого виходить у піхву.

Рис. 18.1. Стадії викидня:
а — загроза аборту;
б — аборт, що розпочався;
в — аборт у ході;
г — неповний аборт

Неповний аборт. Виходить не все плідне яйце, частина його залишається в порожнині матки. Спостерігають переймоподібний біль і кровотечу різного ступеня вираженості — від невеликої до значної, яка може призвести до розвитку геморагічного шоку. При цьому канал шийки матки пропускає палець. Консистенція матки м'яка, розміри її не відповідають терміну вагітності. Порожнину матки треба негайно звільнити від залишків плідного яйця і тим самим зупинити кровотечу та запобігти інфікуванню.

Повний аборт. Плідне яйце повністю виходить з матки. Матка скорочується, канал її шийки закривається, кровотеча припиняється. У ранні тер-

міни вагітності повний аборт спостерігається значно рідше, ніж у пізні. Навіть при відсутності кровотечі потрібно зробити вишкрібання стінок порожнини матки, щоб запобігти її інфікуванню й утворенню плацентарного поліпа.

Клінічна картина мимовільного викидня залежить від терміну вагітності, стадії, причини, яка викликала переривання вагітності.

Для аборту в I триместрі характерне поєднання болю та кров'янистих виділень, у II триместрі раннім проявом викидня є больовий синдром, кровотеча приєднується після народження плода.

У випадку тривалого перебігу мимовільного викидня нерідко з піхви в матку проникають патогенні мікроорганізми, які спричиняють розвиток *інфікованого (гарячкового) аборту.*

При *неускладненому гарячковому викидні* матка й придатки під час пальпації неболючі, лейкоцитоз невисокий, ШОЕ збільшена, температура тіла підвищена, пульс відповідає температурі. Загальний стан жінки задовільний.

При *ускладненому аборті* інфекція поширюється за межі матки, ушкоджуються придатки (аднексит), тазова очеревина (пельвіоперитоніт), навколоматкова клітковина (параметрит). Загальний стан хворої при гнійному процесі тяжкий. Спостерігаються висока температура тіла, озноб, порушення функції нервової системи, обміну речовин, картини крові, значно посилюється біль.

Септичний аборт характеризується дуже тяжким загальним станом хворої. Температура тіла висока, пульс прискорений і не відповідає температурі, з'являється озноб. Шкіра бліда з жовтуватим або сіруватим відтінком, язик сухий, сон порушений і апетит відсутній. Нерідко виникають тромбофлебіти і метастатичні абсцеси в легенях, нирках та інших органах. Можливий розвиток інфекційно-токсичного шоку і гострої ниркової недостатності.

Аборт, що не відбувся. Так називають викидень у тому разі, коли плідне яйце гине у порожнині матки і з неї не зганяється. Плідне яйце може перебувати у матці декілька місяців. При цьому відбувається його аутоліз, нерідко мацерація, а іноді муміфікація і навіть петрифікація. Припиняється ріст матки, зникають інші ознаки вагітності; загальний стан хворої погіршується (біль голови, неприємний смак у роті, кволість, дратівливість). За допомогою ультразвукового сканування визначають деформацію зародка і всього плідного яйця. У ранні терміни вагітності видаляють плідне яйце хірургічним шляхом, як при звичайному аборті. У випадках пізнього аборту, що не відбувся, проводять медикаментозне збудження пологової діяльності. Після народження плода здійснюють інструментальну ревізію порожнини матки.

Лікування та догляд за хворою

Акушерська тактика при самовільних абортах: при загрозливому і початковому абортах проводиться консервативна терапія, спрямована на збереження вагітності; в інших випадках — інструментальне видалення плідного яйця або його залишків.

При аборті в ході, неповному і повному викидні в умовах стаціонару інструментальним шляхом видаляють плідне яйце і його залишки. Підготовка хворої повинна бути спрощена до мінімуму, оскільки ці стадії викидня супроводжуються значною кровотечею. Хвора спорожнює сечовий міхур, медсестра проводить туалет зовнішніх статевих органів. Операцію вишкрібання стінок порожнини матки проводить лікар, середній медичний працівник готує інструментарій та асистує під час операції.

Особливості догляду. Після вишкрібання стінок порожнини матки хворій призначають ліжковий режим, холод на низ живота, антибактеріальну терапію, скорочувальні засоби. Необхідно стежити за кількістю виділень із статевих шляхів, у випадку кровотечі негайно повідомити лікаря.

При загрозі аборту й аборті, що розпочався, хвору госпіталізують. При появі ознак загрози переривання вагітності жінка госпіталізується у стаціонар. Амбулаторне лікування загрози викидня не проводиться. Пацієнтка дотримується ліжкового режиму.

У лікарні проводять комплексне лікування. Медикаментозне лікування вагітним призначає тільки лікар з урахуванням терміну вагітності та можливого шкідливого впливу препаратів на плід, особливо у її перші місяці.

До комплексу лікувальних заходів входять:

1. *Госпіталізація при явищах загрози аборту, а також жінок групи ризику в критичні періоди вагітності (8–12, 16–22, 26–28, 28–32 тижнів) та перед термінами, в які відбулося переривання попередніх вагітностей.* Звичним називають викидень, якщо вагітність у жінки переривається двічі і більше разів.

2. *Нормалізація нервово-психічного статусу вагітної:* седативні засоби: настій валеріани, собачої кропиви, півонії по 20 крап 2 рази на день, препарати типу «Пасит», «Персен». У II триместрі, при необхідності — тазепам, седуксен по 1 табл. 1–2 рази на день. Актуальна психотерапія, особливо у пацієнток з ускладненим акушерським анамнезом, у яких формується «синдром нереалізованого материнства», що характеризується невротичними розладами, наявністю депресії.

Слід звернути увагу на повноцінне харчування хворої, достатній вміст у ньому вітамінів (вітаміни групи В, ретинол, аскорбінова кислота, токоферол), а також вживання свіжих фруктів, ягід, овочів.

3. *Усунення або ослаблення причин невиношування вагітності.*

4. *Забезпечення життєдіяльності ембріона (плода).*

5. *Спазмолітична терапія для усунення гіпертонусу матки:* но-шпа по 2,0 мл в/м 2–3 рази на день або по 1–2 таблетки тричі на день; папаверину гідрохлорид по 2,0 мл в/м або у вигляді ректальних свічок (по 0,02 г) 2–3 рази на день; вібуркол у свічах ректально 2–3 рази на день, спазмалгон (за схемою но-шпи). Після 16 тижнів вагітності, особливо при вираженому больовому синдромі, з цією ж метою застосовуються препарати типу баралгіну (5,0 мл), тригану (2,0 мл), як в/м, так і всередину 2–3 рази на добу.

6. *Токолітична терапія* (після 16 тижнів вагітності): сірчанокислий магній в/в крапельно (40,0 мл 25% розчину на 400,0 мл 5% розчину глюкози або ізотонічного розчину натрію хлориду в/в, або в/м – по 10,0 мл 25% розчину 1–2 рази на день); Магне B_6 по 1 табл 4–6 разів на добу (200–300 мг магнію на добу), або 2–3 ампули на добу — залежно від ступеня загрози викидня і тонусу матки; бета-адреноміметики (партусистен, гініпрал, алупент, та їх аналоги). Для усунення побічної дії бета-адреноміметиків одночасно з ними необхідно приймати препарати — антагоністи кальцію: ізоптин (верапаміл); фенігідин).

Токолітична терапія може проводитись блокаторами кальцієвих каналів. Для гострого токолізу призначається коринфар (ніфедипін) по 10 мг через 20 хвилин до зникнення симптомів загрози передчасних пологів. Лікування проводиться під контролем артеріального тиску.

7. *Терапія, спрямована на нормалізацію гормональних взаємовідносин у системі мати-плацента-плід (під контролем вмісту гормонів у сироватці крові, сечі вагітної і гормональної кольпоцитограми).*

Принципи гормональної терапії:

- обгрунтованість застосування гормональних препаратів;
- індивідуальний підбір дози;
- віддається перевага призначенню гормональних засобів після 8 тижнів вагітності. Виняток для вагітних з вилікуваним безпліддям після застосування допоміжних репродуктивних технологій. Гормональна корекція у цих пацієнток проводиться відразу після перенесення ембріону. Застосування естрогенів для гормонального гемостазу на ранніх термінах вагітності без попереднього гемостазіологічного обстеження сумнівне, оскільки вони мають активуючий вплив на агрегаційні властивості тромбоцитів.

Гестагенні препарати: прогестерон по 10–25 мг на добу; утрожестан по 100 мг всередину або вагінально 2 рази на день (до 27 тижнів); дуфастон — 40 мг всередину одномоментно, потім по 1 табл. (10 мг) 2–3 рази на добу.

Доза гормональних препаратів збільшується при збільшенні терміну вагітності. Вказана гормональна терапія проводиться до 12–16 тижнів вагітності (до становлення функції плаценти), після чого потреба у введенні гормонів відпадає. Виключенням є гестагенні препарати: дуфастон та утрожестан можуть застосовуватися і в більш пізні терміни під контролем гормонів у сироватці крові. Відміняються поступово, різка відміна може спровокувати переривання вагітності.

При гіперандрогенії надниркового генезу лікування кортикостероїдами: преднізолон — по 1,25–5 мг, дексаметазон по 0,125–0,5 мг на добу всередину. Мета призначення кортикостероїдів — пригнічення секреції АКТГ, що сприяє зниженню синтезу андрогенів у надниркових залозах матері. Така терапія проводиться до 32 тижнів вагітності, потім відміняється, аби не пригнічувати функцію наднирникових залоз плода. Критичні строки гестації при цій патології — 13, 24, 28 тижнів, коли проявляється гормональна активність плода.

При гіперандрогенії яєчникового генезу кортикостероїди призначаються до 20–24 тижнів.

8. *Вітамінотерапія:* вітамін Е по 200 мг на день всередину у вигляді капсул, таблеток або масляного розчину; може призначатися ізольовано або у складі інших препаратів, полівітамінів (прегнавіт, пренатал, гендевіт, матерна).

9. *Призначення фолієвої кислоти* в дозі 0,4 мг на добу до 12 тижнів позитивно впливає на формування нервової трубки в умовах загрози переривання вагітності. Жінкам, у яких в анамнезі було діагностовано таку ваду розвитку плода як дефект нервової трубки, фолієва кислота призначається в дозі 4 мг/добу.

10. *Інгібітори простагландинів* призначаються з метою пригнічення надлишкової продукції простагландинів, які спричиняють скорочення матки (препарати типу індометацин, диклофенак у вигляді ректальних свічок по 50 мг двічі на добу) після 16 тижнів вагітності і не пізніше 34 тижнів. Курс лікування — 7 днів.

11. З метою зниження продукції ендогенних простагландинів та для запобігання гормонального впливу на плід, за наявності антифосфоліпідного синдрому призначається дексаметазон перервами, аспірин, плазмаферез. Також застосовується реокорегуюча терапія: реополіглюкін та курантил; антикоагулянтна терапія: фраксипарин під контролем гемостазіограми; лікування ФПН.

12. *Використання немедикаментозних методів:* електроаналгезії, електрорелаксації, голкорефлексотерапії, а також фізіотерапії — електрофорез магнію синусоїдальним модульованим струмом, баротерапія.

13. При звичному викидні через істміко-цервікальну недостатність *(рис. 18.2)* використовують *оперативні методи лікування (рис. 18.3).* Лікування полягає у накладанні циркулярного шва на шийку матки на рівні її внутрішнього вічка для звуження цервікального каналу (операції Макдональда, Любимової, Мамедалієвої, Широдкара, Сценді та ін.)

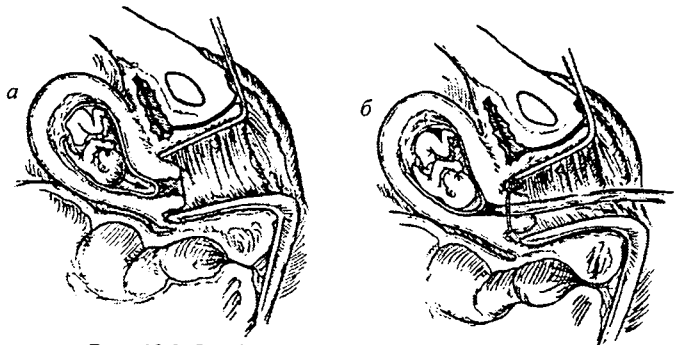


Рис. 18.2. Істміко-цервікальна недостатність:
а — до корекції; б — після корекції

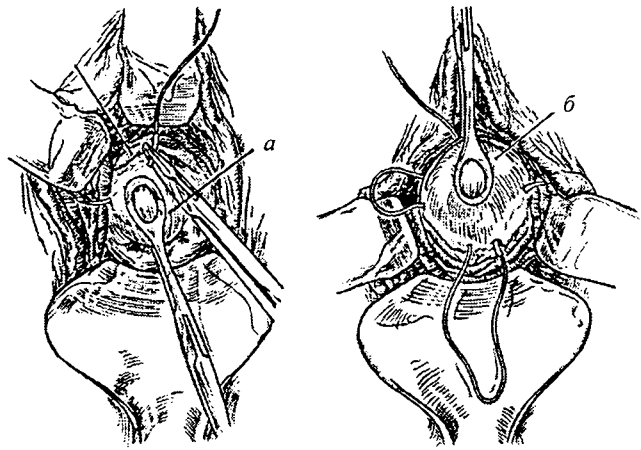


Рис. 18.3. Накладання шва за Макдональдом:
а — передня губа шийки матки;
б — задня губа шийки матки

Використовують шовний матеріал, що не розсмоктується. Оптимальні терміни операції 12–16 тижнів, хоча можливе накладання шва і в більш пізні терміни. При діагностування ІЦН до вагітності шов накладається і в більш ранні терміни — у 8–10 тижнів;

Підготовка хворої до корекції істміко-цервікальної недостатності.

1. Ліквідація явищ загрози переривання вагітності і нормалізація тонусу матки.

2. Проведення, якщо необхідно, санації піхви шляхом вагінальних ванночок та введення свічок чи піхвових таблеток, залежно від збудника, що викликав патологічний процес у вагіні.

3. Перед операцією зголюють волосся з лобка та зовнішніх статевих органів, напередодні увечері роблять очисну клізму, безпосередньо перед операцією хвора спорожнює сечовий міхур.

Після операції хвора потребує особливого догляду: вона повинна дотримуватись ліжкового режиму протягом 1–2 діб, слід виключити фізичні навантаження, стреси. Необхідно стежити за виділеннями зі статевих шляхів щорб вчасно надати допомогу при появі кров'янистих виділень. При підвищенні тонусу матки або при появі болю внизу живота необхідно ввести спазмолітики (но-шпа, папаверин), токолітики.

Шов знімається в 37–38 тижнів, при відходженні навколоплідних вод або на початку передчасних пологів.

14. Якщо причиною невиношування вагітності є інфекція, виявляють її вогнище і проводять його санацію.

15. Для забезпечення життєдіяльності і розвитку плідного яйця, плода при виявленні плацентарної недостатності застосовуються засоби, що поліпшують матково-плацентарний кровообіг, реокоагуляційні властивості крові, функцію плаценти, стан плода. Додатково проводиться метаболічна терапія, яка включає застосування препаратів-синергістів, субстратів і кофакторів циклу Кребса, системна ензимотерапія, яка при необхідності може поєднуватись із гормонотерапією.

Профілактика невиношування вагітності полягає в своєчасному (поза вагітністю) виявленні, взятті на облік та обстеженні жінок груп ризику невиношування вагітності. За результатами обстеження проводиться лікування відповідно до виявлених розладів у жінки та її чоловіка (партнера) з подальшим спостереженням до та під час вагітності.

ПРИНЦИПИ ФАРМАКОТЕРАПІЇ У РАННІ ТЕРМІНИ ВАГІТНОСТІ

У ранні терміни вагітності плід є надзвичайно вразливим до дії шкідливих факторів, зокрема медикаментозних препаратів.

Деякі препарати здатні викликати хромосомні аберації та мутації генів ще на стадії формування чоловічих та жіночих статевих клітин. Це стосується цитостатиків, антибіотиків, що гальмують синтез білків (левоміцетин, тетрацикліни, макроліди, аміноглікозиди), мутагенну дію мають фенобарбітал, тіопроперазин, дифенін, гексамідин та ін. Тому майбутні батьки, пла-

нуючи народження дитини, повинні враховувати стан свого здоров'я і під час лікування цими препаратами та протягом 6–12 місяців після їх відміни користуватися протизаплідними засобами.

Якщо вагітна жінка вживає лікарські засоби, вони можуть чинити на плід, залежно від терміну вагітності, такі основні види шкідливого впливу:

- *ембріотоксичний* — виникає у перші два тижні ембріогенезу, на стадії бластогенезу та імплантації. У цей період найбільшу небезпеку становлять гормони (естрогени, прогестини, кортикостероїди), антиметаболіти (меркаптопурин, фторурацил), саліцилати, барбітурати, сульфаніламіди;
- тератогенний ефект мають препарати, що вживає вагітна з 15 до 75-го дня внутрішньоутробного розвитку (до формування плаценти). Це період активного органогенезу. Наслідками є вади розвитку окремих органів та систем у плода. Іноді вони призводять до його внутрішньоутробної загибелі.

За ступенем небезпеки препарати, що вживає вагітна в цей період, можна розподілити таким чином: абсолютно протипоказані під час вагітності, до яких належать антифолієві засоби (метотрексат, триметоприм та ін.), андрогени, діетилстильбестрол, комбіновані естрогенгестагенні препарати; протипухлинні засоби (сарколізин), пероральні антиглікемічні препарати, етиловий спирт; саліцилати, левоміцетин, тетрациклін, протитуберкульозні засоби, препарати для наркозу, нейролептики, глюкокортикоїди, кофеїн у великих дозах. Фетотоксичний ефект розвивається з 76 дня гестації до народження дитини. Дія окремих препаратів у цей період призводить до порушення функціонального дозрівання систем плода.

Потенційний фетотоксичний ефект мають: наркотичні анальгетики, високі дози саліцилатів, барбітурати, місцеві анестетики, аміназин, транквілізатори, антикоагулянти, антибіотики (тетрацикліни, аміноглікозиди), препарати йоду, фурадонін, трихопол, теофілін, тіоурацил.

Про особливості дії цих речовин фельдшер, акушерка повинні знати і в жодному разі не вводити їх вагітній жінці без спеціальної вказівки лікаря.

Перелік контрольних питань:

- мимовільний аборт;
- особливості обстеження, лікування та догляду за хворими з різними стадіями самовільного викидня;
- істміко-цервікальна недостатність, підготовка вагітної до хірургічної корекції істміко-цервікальної недостатності, особливості догляду;
- принципи фармакотерапії у ранні терміни вагітності.

ОСНОВИ УРОГІНЕКОЛОГІЇ

Статеві органи та органи сечовидільної системи в процесі ембріогенезу розвиваються з єдиного зародкового листка (мезодерми), вони мають тісний анатомо-фізіологічний зв'язок, спільне кровопостачання та лімфатичну систему. Тому захворювання однієї системи нерідко призводить до патологічних змін в органах іншої, аномалії розвитку статевих органів можуть поєднуватись з аномаліями розвитку сечовидільної системи. Досить часто при злоякісних захворюваннях жіночих статевих органів уражаються органи сечової системи. Вони уражаються також при променевій терапії злоякісних захворювань. Сечівник, сечовий міхур та сечоводи є органами-мішенями для дії статевих гормонів. За наявності дефіциту естрогенів відбуваються атрофічні зміни в епітелії слизової оболонки цих органів.

При запальних захворюваннях геніталій можливість виникнення патологічного процесу в органах сечовидільної системи сягає 35–60%.

Досить часто у зв'язку з анатомічними особливостями під час гінекологічних операцій травмуються сечовий міхур, сечоводи, що вимагає відповідного оперативного лікування.

Отже, для правильної діагностики, лікування, а також для усунення ускладнень, що виникають при лікуванні, слід знати основи урогінекології.

ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ

Уретрит

При запальних процесах у вагіні нерідко виникає запалення уретри, що може мати як гострий, так і хронічний перебіг. Збудниками його є та сама патогенна мікрофлора, що викликає кольпіт (трихомонади, хламідії, грибки, іноді — гонококи). Клінічні симптоми уретриту — біль, частіше наприкінці акту сечовипускання, різь під час сечовипускання, часті позиви до сечовипускання, нерідко — гематурія. Іноді можуть спостерігатись гнійні виділення з уретри.

Діагностика базується на скаргах хворої та даних огляду: наявність гіперемії та набряку в ділянці зовнішнього вічка уретри.

Іноді уретрит набуває хронічного перебігу. Частіше це трапляється в жінок із хронічними запальними процесами придатків матки, хронічними кольпітами, ендоцервіцитами. Хронічний уретрит має подібні до гострого симптоми, проте вони виражені значно слабше, періоди загострення змінюються ремісіями. Необхідно обов'язково проводити цистоскопію.

У жінок у постменопаузі нерідко виникає *сенільний уретрит,* який супроводжує *сенільний кольпіт.* В основі цих захворювань лежить дефіцит естрогенів, у результаті якого виникають атрофічні зміни у слизовій оболонці уретри та вагіни. Вони мають надзвичайно стійкий перебіг, хворих турбує часте сечовипускання, воно стає болючим, іноді відмічається нетримання сечі. Деколи при огляді знаходять вивернену слизову оболонку уретри, яку можуть помилково прийняти за поліп.

Лікування має бути етіопатогенетичним. Враховуючи поєднану патологію, призначають ті ж антибактеріальні препарати, що й для лікування кольпіту. Крім того, проводять місцеву терапію, що включає в себе теплі сидячі ванни з відварів трав; при хронічних процесах вдаються до інстиляцій уретри 1% розчином протарголу, 0,02% коларголу, шипшинової чи обліпихової олії.

У випадку наявності сенільних уретритів доцільно використовувати естрогени. Їх можна додавати у вигляді масляних розчинів до мазевих основ чи емульсій і вводити у вагіну та одночасно змащувати зовнішній отвір уретри. Курс лікування — 10–14 днів. Повторюють курс лікування через 2–3 місяці. Одночасно можна проводити загальну гормонотерапію.

Цистит

Запалення сечового міхура трапляється при запальних процесах геніталій досить часто. Сечовий міхур може втягуватись у запальний процес при гострих аднекситах, особливо при формуванні тубоовариальних пухлин. Гострі цистити при запальних захворюваннях геніталій перебігають, як правило, в легкій формі. Хворі скаржаться на часті поклики до сечовипускання, різь та біль при ньому, особливо наприкінці акту сечовипускання. Іноді виникає гематурія. В аналізах сечі знаходять мікрогематурію, піурію, протеїнурію, бактеріурію. При хронічних запальних процесах жіночих статевих органів кожне захворювання може супроводжуватися циститом, він набуває хронічного перебігу. Нерідко відмічається загострення циститу під час менструацій.

Діагностика базується на клінічних даних. Можна проводити цистоскопію (за умови відсутності загострення), при якій знаходять набряк та гіперемію стінок сечового міхура, що має дифузний характер. Вогнищева гіперемія буває на боці запального процесу (тубооваріальної пухлини) як симптом втягнення в процес стінки сечового міхура.

Лікування циститу як супутнього захворювання полягає у призначенні тих самих антибактеріальних препаратів, що використовуються для лікування основного процесу. Ефективними є нітрофуранові препарати, фторхінолони (норбактин, офлоксацин, ципрофлоксацин). Призначають також уролесан, цистенал, особливо за наявності дизуричних явищ. Якщо в процесі лікування продовжують турбувати дизуричні явища, гематурія, необхідна консультація уролога. При хронічних циститах, крім уросептиків, призначають інстиляції в сечовий міхур 0,02% розчину коларголу або 1% розчину протарголу, фізметоди (УВЧ, іонофорез, фонофорез, парафінові аплікації над лобком). Тривалість терапії контролює уролог. У постменопаузі до лікування слід додавати естрогени — вводити у вагіну естрогель, а також проводити загальну гормонотерапію (естріол, мікрофолін).

Цисталгія

У результаті гіпофункції яєчників, гемодинамічних розладів, що виникають при запальних процесах, різноманітних нейроендокринних порушеннях, у жінок може виникати цисталгія — захворювання, що не має в своїй основі морфологічних змін.

Симптоматика захворювання подібна до циститу, проте немає змін у аналізах сечі. Не знаходять змін у сечовому міхурі при цистоскопії. Частіше ця патологія зустрічається в жінок у постменопаузі.

Клінічний перебіг характеризується кризами та ремісіями, тривалим перебігом. Основні скарги — почастішання сечовипускання, імперативні поклики та біль при акті сечовипускання. Можливий біль у ділянці промежини, уретри.

Діагноз базується на даних анамнезу, особливостях клінічного перебігу, аналізах сечі, цистоскопії. Необхідне ретельне обстеження для встановлення причини цисталгії.

Лікування проводить уролог. Воно повинно бути етіопатогенетичним, включати лікування гінекологічних захворювань, що призводять до порушення гемодинаміки в малому тазі. Проводять загальнозміцнюючу терапію, призначають седативні препарати, анальгетики, пресакральні новокаїнові блокади.

З урахуванням віку хворої, слід проводити гормонотерапію — у репродуктивному віці призначають циклічну гормонотерапію за загальноприйнятими схемами, у літньому віці — естрогени, зокрема естріол по 1–2 таб. на день протягом 3 тижнів. Можна призначати клімен у безперервному режимі.

Досить ефективним методом є голкорефлексотерапія, яка здійснює знеболювальний ефект та зменшує дизуричні явища.

Можна призначати терапію синусоїдними модульованими струмами за допомогою вагінального електрода (2–3 курси з перервами у 2–3 місяці).

Нетримання сечі

Нетримання сечі — мимовільне виділення сечі без покликів до сечовипускання. Воно буває справжнім та несправжнім. При справжньому нетриманні сечі немає порушення анатомічної цілісності сечових шляхів. При несправжньому — сеча мимовільно виділяється назовні внаслідок вроджених або набутих дефектів сечовода, сечового міхура або сечівника. До вроджених дефектів можна віднести екстрофію сечового міхура, епіспадію, ектопію вічка сечовода в уретру або піхву. Як правило, набуті дефекти пов'язані з травмою; при цьому порушується цілісність сечових шляхів, утворюються нориці (сечовідно-піхвова, міхурово-піхвова, міхурово-ректальна, уретро-ректальна). Справжнє нетримання виникає як результат порушення функції сфінктерів та фіксуючого апарата сечового міхура. Виявляється переважно при підвищенні внутрішньочеревного тиску — піднятті тягарів, кашлі, чханні.

Причиною цього розладу можуть бути перенесені пологові травми, опущення та випадіння жіночих статевих органів, ендокринні порушення, вроджена недостатність мускулатури сечового міхура.

Розрізняють повне та часткове нетримання сечі.

Нетримання сечі призводить до цілого ряду незручностей як фізичного, так і психологічного характеру: виникає мацерація шкіри, неприємний запах, затруднення при здійсненні статевого акту. Через ці обставини жінці доводиться залишати або змінювати роботу. Це впливає на психіку жінки, викликаючи у неї депресивний стан.

Розрізняють три ступені нетримання сечі:

- I ступінь — мимовільне виділення сечі відбувається при відносно важкому фізичному навантаженні (підняття тягарів, біг, сильний кашель).
- II ступінь — нетримання сечі виникає при незначному фізичному навантаженні (ходіння, сміх), акт сечовипускання частково збережений.

- III ступінь — сеча виділяється у стані спокою, при зміні положення тіла, уві сні. Акт сечовипускання відсутній.

Обстеження розпочинають з ретельного гінекологічного та урологічного дослідження. Про наявність нетримання сечі жінка, зазвичай, повідомляє лікарю сама. Проте за допомогою деяких прийомів можна виявити початкові прояви захворювання. Для цього під час огляду на гінекологічному кріслі жінці слід запропонувати покашляти чи натужитись. Якщо при цьому з'являються краплі сечі, можна діагностувати порушення функції сечовипускання. Відкритий і розгорнутий зовнішній отвір сечовипускного каналу може свідчити про наявність нефункціонуючої уретри. Проводять цистоскопію, яка дає можливість виявити наявність запальних процесів у шийці, неповне змикання шийки. З'ясувавши причини нетримання сечі, визначають методику лікування.

При I та II ступенях проводять консервативне лікування, що полягає в застосуванні електростимуляції м'язів діафрагми тазу та уретри синусовими модульованими струмами (за допомогою апарата «Ампліпульс»), вібраційного масажу попереково-крижової ділянки.

Електропроцедури проводять одночасно з лікувальною фізкультурою за спеціально розробленою методикою. Гладку мускулатуру сечового міхура і проксимальної частини уретри стимулюють α–адреноміметиками. Для лікувального контролю за справжнім нетриманням сечі використовують вагінальні песарії та діафрагми. Вони забезпечують підтримку основи сечового міхура і запобігають підвищеній рухомості його шийки та уретри при раптовому підвищенні внутрішньочеревного тиску.

У випадку II та III ступенів важкості проводять різноманітні хірургічні втручання — пластику сфінктера, зміцнення фасціальних тканин, транспозицію дна сечового міхура, колагеновий імплантант уретри тощо. Операції проводять урологи.

У менопаузі при нетриманні сечі призначають гормонотерапію — октестрол 0,001, фолікулін по 10000 ОД в/м'язово. За наявності протипоказань до застосування естрогенів призначають андрогени.

ЗАХВОРЮВАННЯ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ ПРИ ОПУЩЕННІ ТА ВИПАДІННІ ВАГІНИ ТА МАТКИ

У результаті змін тазового дна, що виникають внаслідок пологової травми, відбуваються опущення та випадіння стінок вагіни та матки. Частіше вони виникають у жінок, що багато разів народжували або мали дітей з великою масою. У жінок літнього віку цьому сприяють атрофічні зміни в тазовому дні.

При опущенні чи випадінні стінок вагіни чи матки виникає цистоцеле — провисання стінки сечового міхура, що спричиняє випинання передньої стінки вагіни. При виражених цистоцеле порушується відтік сечі — спостерігається нетримання сечі, разом з тим у сечовому міхурі залишається залишкова сеча, що сприяє розвиткові інфекції. Надалі це може призвести до порушення функції нирок. Випадіння матки може супроводжуватись гідроуретером чи гідронефрозом або поєднанням цих патологічних процесів. Іноді на фоні гідронефрозу може розвиватись ниркова недостатність.

Лікування в основному хірургічне. Вибір об'єму оперативного втручання залежить від ступеня опущення чи випадіння стінок вагіни та матки. У випадку наявності протипоказань жінкам літнього віку рекомендують носити песарії, що коригують положення вагіни та матки.

ПІЄЛОНЕФРИТ

При гострих аднекситах, параметритах у процес може втягуватись не лише сечовий міхур, а й нирки. Це буває порівняно рідко, тому що для виникнення запального процесу в нирках необхідно 7-10 днів, а при застосуванні сучасної антибіотикотерапії гострий запальний процес вдається купірувати протягом 2-3 днів.

Клініка гострого пієлонефриту проявляється підвищенням температури до 39°С, ознобом, головним болем, нездужанням. Ці ж ознаки характерні і для гострого запалення придатків матки, але при пієлонефриті з'являється сильний біль у попереку, що іррадіює за ходом сечовода, в стегно. Симптом Пастернацького позитивний на стороні ураження. В аналізі сечі виявляється піурія.

Лікування проводять спільно з урологом. При порушенні пасажу сечі з нирки (визначається при екскреторній урографії) останній відновлюють шляхом катетеризації нирки. Проводять інтенсивну антибактеріальну терапію з використанням цефалоспоринів (цефобід, клафоран, кефзол, цефтріаксон), фортум, зінацеф; хінолонів (офлоксацин, таривід, заноцин, норбактін); нітрофуранів (фурагін, фуразолідон), невіграмону, 5-НОК, уросульфану, бісептолу. При гнійних формах пієлонефриту (апостематозний нефрит, карбункул нирки, абсцес нирки) — лікування тільки оперативне з наступною антибактеріальною і дезінтоксикаційною терапією.

Хронічний пієлонефрит може бути при хронічних, з тривалим перебігом запальних процесах придатків матки. Захворювання частіше перебігає латентно і діагноз можна встановити лише завдяки додатковим методам дослідження: в аналізі сечі — сліди білка, лейкоцитурія, бактеріурія,

порушується концентраційна здатність нирок, знижується щільність сечі. Це захворювання у разі відсутності адекватного лікування може вести до розвитку нефрогенної гіпертензії, хронічної ниркової недостатності.

Лікування полягає в санації всіх вогнищ інфекції, особливо в геніталіях. З метою антибактеріальної терапії призначають ті самі препарати, що й при лікуванні гострого процесу, з урахуванням чутливості мікрофлори сечі до антибактеріальних середників. Широко використовують фізіотерапевтичні методи, санаторно-курортне лікування (Трускавець, Гусятин).

ПОШКОДЖЕННЯ СЕЧОВИДІЛЬНИХ ОРГАНІВ ПІД ЧАС ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ

Пошкодження сечового міхура

Під час гінекологічних операцій (ампутація матки, екстирпація матки) можуть траплятися пошкодження задньої стінки сечового міхура. Іноді в результаті тупої травми його під час відділення може настати порушення васкуляризації та іннервації. В обох випадках виникають міхурово-вагінальні нориці. Їх клінічним проявом є виділення сечі через вагіну.

Поранення сечового міхура, як правило, лишається непоміченим, тому що під час операції він спорожнений. У такому разі виділення сечі через вагіну починається вже через декілька годин після операції, може виникати інфільтрація сечею клітковини таза. У випадку виникнення нориці сеча з'являється у вагіні через 2-3 тижні.

Діагностика проводиться на основі огляду, а також цистоскопії та «кольорових» проб. Одна з таких проб полягає в тому, що вагіну туго тампонують марлевим тампоном, а в сечовий міхур вводять забарвлену рідину (індигокармін, метиленовий синій чи коларгол). Забарвлення тампону свідчить про наявність фістули. Цистоскопія дає змогу виявити норицю, її локалізацію, розміри отвору, ступінь зміни слизової навколо неї.

Лікування. Якщо під час операції поранено сечовий міхур, його необхідно зашити кетгутом. Сеча повинна виводитись через постійний катетер, а при великих пошкодженнях — через цистостому.

При великих норицях діаметром понад 5 мм проводять оперативне лікування. Невеликі «точкові» фістули закриваються самостійно. Можна проводити ендовезикальну діатермокоагуляцію. У випадку наявності вторинних нориць, а також при сечовій інфільтрації тканин, що оточують їх, оперативне лікування можна проводити не раніше 3–4 місяців після операції, що призвела до цих ускладнень.

З метою профілактики операційних травм сечового міхура рекомендують наповнювати його в ході операції на етапі відділення від нижнього сегмента шийки та вагіни.

Пошкодження сечоводів

Пошкодження сечоводів може трапитись під час операції розширеної екстирпації матки з приводу раку шийки матки, видалення інтралігаментарних кістом чи фіброматозних вузлів. Двобічне пошкодження сечоводів буває рідко.

При пошкодженні одного сечовода виникає тупий біль у ділянці нирки та у надлобковій ділянці на боці травми. Розвивається клінічна картина пієлонефриту. Інколи через 2-3 тижні з вагіни починає виділятися сеча — формується уретеровагінальна нориця. Більш чітко виражена картина при пошкодженні обох сечоводів: після операції відсутня сеча, виникає біль у животі, поперековій ділянці, симптом Пастернацького позитивний з обох сторін. Пальпація живота над лобком болюча через інфільтрацію тканин сечею. Розвивається картина висхідного пієлонефриту.

Діагностика базується на спеціальних методах дослідження — хромоцистоскопії (індигокармін не надходить з травмованого сечовода), екскреторній урографії (можна виявити витікання контрастної речовини в оточуючі тканини) та катетеризації сечоводів. Для виявлення наявності нориці використовують вагінографію. Через вмонтований у кольпейринтер катетер вводять контрастну речовину, яка попадає через норицю у сечовід, заповнює чашечково-мискову систему. На рентгенівських знімках видно ту саму картину, яку можна одержати при ретроградній уретеропієлографії.

Якщо пошкодження сечоводу помічено під час операції, слід негайно зшити його «кінець в кінець» або «бік у бік» з катетеризацією сечовода на 8-10 днів. При утворенні нориці слід спочатку накласти нефростому, ліквідувати ускладнення (сечова інфільтрація, запалення, нагноєння), а потім, через 2-3 місяці, провести пластику сечовода. Операції виконує уролог.

У випадку перев'язки сечоводів з обох боків у перші дні після операції виникають надзвичайно сильні, приступоподібні болі в ділянці нирок. Розвивається картина постренальної анурії та пієлонефриту, явища гострої ниркової недостатності, метаболічного ацидозу.

У разі однобічної перев'язки сечовода гостра ниркова недостатність не розвивається, але хворих турбує виражений біль, як під час ниркової коліки. Може розвинутись гідронефроз та пієлонефрит.

При підозрі на перев'язку сечоводів необхідно провести екскреторну урографію. Коли ускладнення однобічне, спостерігається розширення се-

човодів над місцем перев'язки та чашково-мисочкового комплексу на стороні ураження, при двобічному — така картина спостерігається з обох боків. У такому випадку при хромоцистоскопії виявляється, що сечовий міхур порожній, вічка сечоводів швидко скорочуються, не виділяючи сечі. Спроба провести катетеризацію сечоводів дає можливість відчути перепону з однієї чи з обох сторін.

Лікування. Тактика лікаря залежить від того, через який проміжок часу виявлена перев'язка сечоводів. У випадку, якщо після перев'язки пройшло не більше 48 годин, роблять позаочеревинний доступ до сечовода, розв'язують сечоводи, відновлюють пасаж сечі, звертають увагу на стан сечоводів. Якщо після перев'язки пройшло більше часу, проводять резекцію зміненої ділянки сечовода і анастомоз його «кінець в кінець» на тубажі з уретеростомією.

Для профілактики травм сечовода рекомендують перед оперативним втручанням проводити його катетеризацію.

ЗМІНИ В СЕЧОВИДІЛЬНІЙ СИСТЕМІ, СПРИЧИНЕНІ НОВОУТВОРАМИ ТА ПРОМЕНЕВОЮ ТЕРАПІЄЮ

За наявності злоякісних захворювань, залежно від їх стадії та локалізації, можуть виникати ті чи інші патологічні зміни в сечовидільній системі. Ці зміни можуть бути пов'язані з перетисканням сечоводів пухлиною і порушенням пасажу сечі та проростанням пухлини в нижні відділи сечовивідних шляхів. Патологічні зміни в сечовивідних шляхах, як правило, спостерігаються при III–IV стадіях патологічного процесу. Вони відбуваються передусім у нирках. Порушення уродинаміки і застій сечі сприяє розвитку мікрофлори, що призводить до виникнення пієлонефриту. Може розвиватися гідронефроз, страждає паренхіма нирки. Якщо процес двобічний, розвивається ниркова недостатність.

Ниркова недостатність — одна з причин смерті при ракових захворюваннях жіночих статевих органів.

У зв'язку з тим, що захворювання сечовидільної системи в жінок, хворих на рак, перебігає приховано, їм необхідно проводити ретельне урологічне обстеження: біохімічний аналіз крові, екскреторна урографія, УЗД, ретроградна уретеропієлографія, хромоцистоскопія. Оскільки ураження нирок і верхніх відділів сечоводів спричинені обструкцією та змінами внаслідок уростазу, виникає необхідність у дренуванні нирок із залишенням катетера з одного чи обох боків. Нерідко доводиться накладати нефростому чи уретеростому.

У складних випадках, коли є задавнена форма ракового процесу, з норицями і нетриманням сечі, доводиться обмежуватись консервативним лікуванням і променевою терапією.

Реакція тканин сечового міхура, сечоводів на променеву терапію може бути найрізноманітнішою. У результаті дії радіоактивного випромінювання виникають променеві цистити, фіброз клітковини, стріктури сечоводів з розвитком гідронефротичних змін. Іноді виникають променеві виразки сечового міхура, утворюються міхурово-вагінальні і сечовідно-вагінальні нориці. Найбільш грізне ускладнення променевої терапії — хронічна ниркова недостатність, що розвивається як результат обструкції сечоводу, гідронефрозу.

Лікування. Прояви первинних променевих циститів можна усунути, застосовуючи інстиляції, — коларголу, фурациліну, вітамінів. Однак пізні променеві цистити піддаються лікуванню надзвичайно важко. Дещо зменшуються прояви його при інстиляціях коларголу, новокаїну, риб'ячого жиру, соку каланхое, метилурацилу.

Стеноз сечоводів вимагає оперативного лікування — пересадки сечоводів у кишечник, накладання уретеро-уретероанастомозу, у задавнених випадках накладання уретерокутанеостоми. При стенозі, що супроводиться гідронефротичними змінами у нирках, і неможливості оперативного втручання проводять дренування нирок — одно- чи двобічне.

У випадку виникнення пострадіаційних нориць сечового міхура та сечоводів проводять хірургічне лікування. Проте ефективність його досить низька.

Запобігти розвитку променевих ускладнень чи зменшити ризик їх розвитку можна, використовуючи засоби захисту. Усі хворі, що отримують променеву терапію, повинні проходити урологічне обстеження до і після проведення променевої терапії.

Перелік контрольних питань:

- запальні захворювання сечовидільної системи;
- пошкодження сечовидільних органів під час гінекологічних операцій;
- зміни в сечовидільній системі, спричинені новоутворами та променевою терапією.

РОЛЬ КОНТРАЦЕПЦІЇ В ПЛАНУВАННІ СІМ'Ї ТА ОХОРОНІ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ

Планування сім'ї є важливим етапом у житті жінки, який передбачає народження лише бажаних дітей. Планування сім'ї, за визначенням ВООЗ, являє собою види діяльності, які допомагають окремим особам та подружнім парам досягти певних репродуктивних результатів: запобігти небажаній вагітності, народити бажаних дітей, регулювати перерви між вагітностями, контролювати вибір часу народження дитини залежно від віку батьків та інших факторів, визначати кількість дітей в сім'ї.

У нашій країні висока частота штучних абортів, що протягом багатьох років традиційно є головним методом планування сім'ї. Виходячи з ускладнень, які виникають після штучних абортів (запальні процеси органів малого таза, безплідність, невиношування вагітності, кровотечі, аномалії пологової діяльності, третина причин материнської смертності), зниження кількості абортів може суттєво вплинути на акушерську та гінекологічну захворюваність і знизити рівень материнської смертності.

Один із шляхів зменшення кількості абортів — широке впровадження засобів контрацепції. Питаннями контрацепції повинні займатись не лише центри планування сім'ї, які останнім часом широко відкриваються в Україні, але й фельдшери, акушерки, які зобов'язані проводити санітарно-просвітницьку роботу з цього питання самостійно або під керівництвом лікаря акушера-гінеколога. Застосування контрацептивних засобів має важливе значення для охорони здоров'я жінки репродуктивного віку ще й тому, що використання деяких з них (презервативи, піхвові контрацептиви) дає можливість запобігти виникненню захворювань, що передаються статевим шляхом, — гонореї, хламідіозу, мікоплазмозу, трихомонозу, гарднерельозу, герпетичної і цитомегаловірусної інфекції, у розвитку яких має значення інфекційний фактор. Пропагуючи контрацептиви, медпрацівники повинні пояснювати, що негативного впливу на народжуваність вони не мають, а лише запобігають абортам.

Вибір методів контрацепції проводиться з урахуванням багатьох факторів: неконтрацептивних властивостей, які можна використати для покращання здоров'я жінки і профілактики низки захворювань, ефективності методу, його безпеки, а також індивідуального ставлення жінки до протизаплідного засобу. Жінку слід детально проінформувати про переваги того чи іншого контрацептиву, про показання та протипоказання до застосування тих чи інших контрацептивів. Знання жінки і можливість власного вибору підвищують ефективність методу. Ефективність будь-якого контрацептиву виражають індексом Перля, який визначається кількістю вагітностей у 100 жінок, що використовували цей метод протягом року.

Перед початком використання будь-якого контрацептивного методу здійснюються заходи щодо виключення вагітності.

Принципи призначення контрацепції:

- надання вичерпної інформації щодо методів та засобів контрацепції;
- поінформоване бажання жінки застосовувати метод контрацепції;
- вибір контрацептиву відповідно до стану здоров'я жінки;
- вибір контрацептиву відповідно до віку жінки;
- вибір контрацептиву з урахуванням можливостей жінки.

Серед контрацептивів розрізняють гормональні, внутрішньоматкові, бар'єрні, хірургічні.

ГОРМОНАЛЬНА КОНТРАЦЕПЦІЯ

З метою гормональної контрацепції використовують такі засоби:

- комбіновані (естроген-гестагенні) оральні контрацептиви;
- гестагенні оральні контрацептиви (міні-пілі);
- пролонговані ін'єкційні контрацептиви;
- імплантаційні контрацептиви.

За даними ВООЗ, оральною гормональною контрацепцією користуються від 100 до 120 млн жінок світу щорічно. Одним із найстаріших виробників оральних контрацептивів є угорський фармацевтичний завод «Гедеон-Ріхтер», якому в 2001 році виповнилося 100 років.

Існують однокомпонентні, які містять лише прогестин та комбіновані оральні контрацептиви. **Комбіновані оральні контрацептиви** (КОК) — високоефективні засоби, які містять естрогенний та гестагенний компоненти. У даний час синтезовано близько 500 різновидностей КОК, які відрізняються фазністю, дозуванням і типом гестагену.

У монофазних препаратах (мерсілон, мікрогінон, мінізистон, силест, фемоден, логест) усі таблетки мають однаковий склад. Низькодозованим оральним контрацептивом є мерсілон (20 мкг етинілестрадіолу, 150 мкг

дезогестрелу), який має високу надійність контрацепції, хорошу переносимість, підтримує стабільність ваги тіла. До цієї групи препаратів також належить марвелон (0,15 мг дезогестрелу, 0,03 мг етинілестрадіолу) — монофазний, комбінований оральний контрацептив.

Комбіновані двофазні (антеовін, регевідон) **контрацептиви** мають постійну дозу естрогенів і різну дозу гестагенного компонента в різні фази циклу.

Трифазні препарати (три-мерсі, триквілар, три-регол) містять таблетки трьох різних складів, що відрізняються дозуванням естрогенного та гестагенного компонентів.

Механізм дії всіх КОК однаковий і не залежить від фазності препарату, дозування й типу прогестагену, який входить до складу препарату:

- гальмування синтезу ФСГ і ЛГ гіпофізом та пригніченні овуляторного піку ЛГ. На фоні прийому КОК протягом 21 дня підйому рівня ендогенних естрогенів та прогестерону, ФСГ, ЛГ немає;
- прогестагенний компонент робить вміст цервікального каналу більш в'язким і непрохідним для сперми;
- мозаїчні зміни в ендометрії роблять малоймовірною імплантацію запліднені яйцеклітини. Це, загалом, обумовлено дією прогестагенового компонента КОК, хоча такий контрацептивний ефект потенціюється однаковою дозою естрогену, який міститься в таблетці. Лише протягом 7-денної перерви після 3-тижневого вживання КОК може зростати активність яєчника та гіпофіза;
- крім того, КОК сприяють зменшенню менструальної кровотечі (за тривалістю і кількістю втраченої крові), менструального болю, знижують ризик розвитку деяких запальних захворювань органів малого таза;
- до недоліків можна віднести патологічні стани, які іноді супроводжують прийом КОК. Насамперед це незначна нудота, зміна маси тіла, психоемоційної сфери (біль голови, запаморочення, погіршення настрою, лібідо). Слід пам'ятати, що ефективність КОК може знижуватися при одночасному прийомі деяких медикаментів (протисудомні, протитуберкульозні);
- КОК призначають відразу після аборту (або протягом 7 днів) та через три тижні після пологів, якщо жінка не годує грудним молоком. Як правило, гормональні оральні контрацептиви використовують в тих випадках, коли дія естрогенного компонента гормонального контрацептиву є небажаною (наприклад, жінкам, які курять, мають порушення згортальних властивостей крові). Слід пам'ятати, що пацієнтки, які недавно перенесли інсульт, не повинні користуватися чисто прогестиновими таблетками, за винятком тих випадків, коли більш оптимальні методи контрацепції недоступні чи неприйнятні.

Перевагами методу є: висока ефективність, простота застосування, оборотність, наявність сприятливої дії на репродуктивну функцію й організм жінки в цілому. Регулярний і тривалий (не менше 2 років) прийом КОК значно знижує частоту злоякісних захворювань матки та її придатків, ймовірність виникнення мастопатій та постменопаузального остеопорозу.

Протипоказаннями до вживання КОК є вагітність, судинні порушення (гіпертензія, тромбофлебіти, ІХС), куріння у віці понад 35 років, захворювання печінки з порушенням її функції, гормонозалежні пухлини, наявність кровотеч невизначеної етіології, виражене ожиріння.

Схеми вживання: по одній таблетці щоденно в один і той самий час. Починають вживання наступної упаковки без перерви, якщо в упаковці 28 таблеток. Якщо в упаковці 21 таблетка, то робиться перерва на 7 днів перед початком прийому з нової упаковки.

Монофазними препаратами, якщо їх приймати без перерви, можна відстрочити менструацію на 3 тижні. Аналогічну ситуацію викликають трифазними препаратами, якщо вживають з наступної упаковки (після завершення приймання попередньої) таблетки третьої фази. У цьому випадку кровотеча буде відстрочена на 7–8 днів, якщо необхідно ще продовжити відстрочку менструації на більший термін, то після приймання трифазного препарата можна одразу перейти до приймання монофазних препаратів — і відстрочка кровотечі продовжиться на 21 день. При порушенні правил приймання таблеток знижується гарантія дії контрацептиву. Слід пам'ятати, що коли пропущено приймання таблетки менше ніж на 12 год, треба відразу ж прийняти пропущену таблетку.

Дії за умови пропуску прийому таблеток:

- *пропущена 1 активна таблетка:* приймається пропущена таблетка, як тільки пацієнтка згадає, а наступна — у відповідний час;
- *пропущені 2 і більше активних таблеток:* приймається по 2 таблетки на день, поки не досягається графік і застосовується додатковий метод протягом 7 днів;
- *пропущені неактивні таблетки:* викидаються пропущені таблетки та закінчується упаковка по графіку.

Оглядати жінку, що приймає КОК, слід через 3 місяці, потім — через півроку, надалі — 1 раз на рік.

Гестагенні оральні контрацептиви. До складу цих таблеток не входять естрогени, а лише прогестини в кількості 1 мг або менше у вигляді похідних нортестостерону — норетистерон, екслютон, етинодіол-діацетат, левоноргестрел, чарозетта.

Ефективність гестагенних оральних контрацептивів вища в жінок старшого віку. Як і при вживанні комбінованих контрацептивів, надзвичайно важливе значення має дотримання режиму приймання препаратів.

Ці препарати дають позитивний ефект при болючих і надмірних менструаціях, масталгії, передменструальному синдромі.

Однією з найважливіших обставин є те, що гестагенні контрацептиви можна вживати при лактації.

Механізм дії:

- ановуляція за рахунок пригнічення вироблення лютеїнізуючого гормону;
- зміна цервікального слизу, що перешкоджає проникненню сперматозоїдів у матку;
- зміни в ендометрії, що не створюють оптимальних умов для імплантації;
- зміна скоротливої діяльності маткових труб, що перешкоджає процесові
- запліднення;
- вплив на сперматозоїди та їх життєдіяльність.

Показання: непереносимість естрогенів або наявність побічних ефектів, вік понад 35 років, куріння, період лактації, гіпертензія, цукровий діабет.

Протипоказання: вагітність, тяжкі захворювання серцево-судинної системи у цей час або в анамнезі, порушення менструального циклу нез'ясованої етіології, стан після міхурового занеску.

Правила приймання: таблетки приймають з 1-го дня менструального циклу строго в один і той самий час у безперервному режимі.

При запізненні з прийняттям таблетки більше ніж на 3 год, пропуску прийому чергової таблетки, наявності блювання або діареї при прийманні таблетки необхідні додаткові запобіжні заходи.

Таким чином, гестагенні контрацептиви мають обмежене застосування, проте в деяких випадках можуть бути препаратами вибору.

Пролонговані контрацептиви для ін'єкцій. Розрізняють комбіновані естроген-гестагенні ін'єкційні контрацептиви (КІК) Cyclofem, Mesigyna і однокомпонентні, до складу яких входять прогестагени пролонгованої дії — депо-медроксипрогестерону ацетат. У цій групі препаратів найбільш поширеним є депо-провера.

Механізм дії:

- запобігає овуляції за рахунок пригнічення секреції гонадотропних гормонів;
- спричиняє зміни в цервікальному слизі;
- спричиняє зміни в ендометрії, що перешкоджають імплантації яйцеклітини.

Переваги пролонгованих контрацептивів: висока ефективність, відсутність естрогензалежних побічних ефектів, швидкий і тривалий контрацептивний ефект, можливість вживання під час лактації.

Під час вживання цього препарату спостерігаються позитивні неконтрацептивні впливи — зменшення втрати крові під час менструації, зменшення болючості менструації, а також профілактика раку ендометрія та яєчників. Водночас слід пам'ятати і про недоліки препарату — неможливість швидко припинити дію, затримка відновлення фертильності до 6–12 місяців, часті порушення менструального циклу.

Протипоказаннями є вагітність, порушення менструального циклу нез'ясованої етіології, непереносимість препарату.

Відносними протипоказаннями є захворювання печінки з порушенням її функції, тромбоемболічні стани, цукровий діабет.

Правила вживання. Депо-провера вводять кожні 3 місяці. Першу ін'єкцію роблять у перші 5 днів менструального циклу або через 6 тижнів після пологів. Якщо використовують КІК, то наступну ін'єкцію роблять через кожен місяць. Коли використовують чисто прогестинові ІК — через кожних 2–3 місяці. При появі кров'янистих виділень протягом 1–2 циклів можна додатково використовувати КОК. При продовженні кровотеч слід обстежити пацієнтку на наявність органічної патології.

Віднедавна використовують гестагенний імплантаційний препарат «Норпласт», активною речовиною якого є левоноргестрел. Цей препарат у вигляді капсул імплантують під шкіру. Це забезпечує контрацептивний ефект протягом 5 років.

Переваги цього методу: безперервність і тривалість контрацепції, швидке відновлення фертильності після видалення капсул; позитивна неконтрацептивна дія на організм, характерна для гестагенів. Спільні побічні ефекти зустрічаються, як правило, у перші місяці контрацепції: галакторея, незначне збільшення ваги, зниження лібідо, втома, дратівливість. ***Протипоказання:*** вагітність, рак молочної залози, кровотечі нез'ясованої етіології.

Трансдермальний гормональний пластир. Одним із ефективних методів контрацепції є контрацептивний пластир (Евра — Янссен-Сілаг (Джонсон і Джонсон), призначений для використання один раз в тиждень. Ключовою структурою, яка забезпечує безперервне поступлення діючих речовин в кровообіг, є середній активний медикаментозний шар, що складається із клейкої речовини і нетканого поліефірного матриксу, що містить етинілестрадіол і норелгестромін. Обидві речовини, завдяки біологічному градієнту між пластирем і шкірою, рівномірно і безперервно поступають через шкіру в кровообіг, створюючи постійну добову концентрацію гормонів у крові — 20 мкг етинілестрадіолу і 150 мкг норелгестроміну.

Спосіб використання: перший пластир кріпиться в перший день менструації, додаткових засобів контрацепції не треба, заміна пластира проводиться через 1 тиждень, в один і той же день тижня, 4 тиждень — вільний.

Ефективність не залежить від місця прикріплення (живіт, лопатка, плече, сідниця). Щоденна активність, заняття спортом, плавання і гігієнічні процедури (душ) не впливають на адгезивні здатності пластирів.

Переваги: постійна концентрація без піків і спадів, мінімальний ризик побічних ефектів, зручність в порівнянні з пероральним режимом, неінвазивність, нашкірне використання, більш висока прийнятність, порівняно з пероральним режимом, концентрація в плазмі не залежить від проблем з ШКТ (блювання, діарея), відсутність первинного метаболізму в печінці, мінімальний ризик взаємодії з іншими ліками. В невеликої кількості (1–2%) жінок трапляються побічні ефекти: місцеві шкірні реакції, емоційна лабільність, головний біль, дискомфорт молочних залоз.

Гормональне кільце НоваРінг (NovaRing) — це гнучке контрацептивне кільце (діаметр — 54 мм, товщина оболонки кільця — 4 мм). Оболонка кільця зроблена з гіпоалергенного матеріалу і складається зі складної системи мембран, які дозволяють щодня виділятися певній кількості гормонів. Незалежно від будь-яких індивідуальних особливостей жінки доза гормонів, що виділяється за добу, завжди однакова (15 мкг естрогену і 120 мкг прогестагену). Через слизову оболонку піхви вони потрапляють в кров. При цьому відсутнє первинне проходження через печінку і шлунково-кишковий тракт. Це дозволяє досягти високої ефективності (більше 99%). Здатність до зачаття повністю відновлюється вже протягом місяця після припинення використовування НоваРінга. Основні переваги НоваРінга в тому, що не відмічається коливань маси тіла, вплив на згортальну здатність крові і роботу печінки мінімальний, гормони при вагінальному введенні не знижують рівень тканинного тестостерону.

Спосіб використання: одне гормональне кільце розраховано на один менструальний цикл. Жінка вводить його в піхву з 1-го по 5-й день менструального циклу. НоваРінг зручно розміщується всередині на шийці матки і залишається на 21 день (3 тижні), на 22 день кільце витягується. Через тиждень, на 8 день, вводиться нове. Перше введення виконує лікар після гінекологічного огляду, повторне введення жінка виконує самостійно. Гормональне кільце не захищає від захворювань, що передаються статевим шляхом. Тому обов'язковою умовою для його застосування є наявність одного постійного статевого партнера і відсутність у пари статевих інфекцій.

ВНУТРІШНЬОМАТКОВА КОНТРАЦЕПЦІЯ (ВМК)

Механізм дії ВМК: зменшує активність і життєздатність сперматозоїдів, посилює сперміцидний ефект ендометрія, зменшує термін життєздатності яйцеклітини, призводить до антиперистальтики маткових труб. Розрізняють

виділяючі мідьвмісні (Copper T 380 A, Nova T, Multiload 375) та виділяючі прогестини (Progestasert, Levo Nova). ВМК Гайне-Т 380 Сімналайн має високу контрацептивну надійність. Індекс Перля складає 0,31 на 100.

У випадку, якщо запліднення відбулось, настанню вагітності перешкоджають: зміна перистальтики труб і скоротливої активності матки, зміна метаболічних процесів у ендометрії, порушення секреторних перетворень у ендометрії. Гормоновмісні ВМК, крім того, викликають гормонообумовлені контрацептивні ефекти *(рис. 20.1)*.

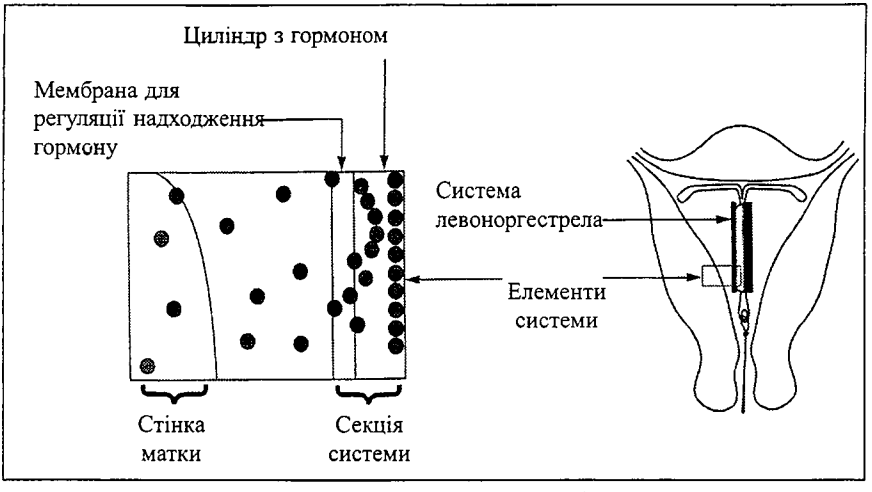


Рис. 20.1. Внутрішньоматкова система «Мірена» (схема)

Протипоказання до ВМК. *Абсолютні:* вагітність, онкологічна патологія матки чи шийки матки, маткові кровотечі нез'ясованого генезу, інфекції статевого тракту. *Відносні:* позаматкова вагітність в анамнезі, наявність кількох сексуальних партнерів. За наявності фіброміоми матки гормоновмісні ВМК можуть бути методом вибору.

БАР'ЄРНІ МЕТОДИ КОНТРАЦЕПЦІЇ

До них належать: чоловічі презервативи, вагінальні діафрагми і цервікальні ковпачки, сперміциди. Презерватив — єдиний метод, який в достатній мірі захищає від інфекцій, що передаються статевим шляхом. Належить до бар'єрних методів контрацепції. Може використовуватись при застосуванні інших контрацептивів як допоміжний метод для захисту від інфекцій, що передаються статевим шляхом.

Механізм дії бар'єрних контрацептивів: створюють механічні перепони на шляху попадання сперми у вагіну (презерватив) та шийку матки (ковпачок), інактивують сперму.

Позитивним у використанні бар'єрних методів є те, що вони до певної міри запобігають розповсюдженню статевих інфекцій. Презервативи, виготовлені з латексу, мають високу ефективність щодо запобігання інфікуванню ВІЛ і вірусом гепатиту В. Віднедавна з'явились нові види бар'єрних контрацептивів, які містять гормони.

Сперміциди — хімічні поверхнево-активні речовини, які інактивують сперматозоїди у піхві до попадання у верхні відділи статевого тракту та до певної міри, захищають від інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). Особливо виражена сперміцидна та бактерицидна дія у хлориду бензалконію.

Сперміциди належать до бар'єрних методів. Випускаються у формі таблеток, супозиторіїв, кремів, аерозолів, тампонів, плівок. Можуть використовуватись практично всіма жінками як самостійний метод та допоміжний при застосуванні інших контрацептивів. Сперміциди існують у різних формах — креми, желе, піноутворювальні таблетки, губки, плівка-жінофільм. Фельдшер чи акушерка повинні пояснити правила застосування сперміцидів, адже ефективність їх залежить від правильності користування.

Перевагою методу є те, що він контролюється жінкою і може використовуватись лише за необхідності. Слід підібрати оптимальну форму сперміциду, враховуючи, що крем має виражену зволожувальну дію, свічки — помірну, а вагінальні таблетки не зволожують взагалі. Будь-який сперміцид вводиться глибоко у піхву не раніше, ніж за 1 годину до статевого контакту. Таблетки, супозиторії, плівки вводяться не пізніше як за 10 хвилин до початку статевого контакту. Спринцювання не проводиться мінімум 6 годин після контакту; сперміцид необхідно вводити перед кожним статевим актом.

ПРИРОДНІ МЕТОДИ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї

Природні методи можуть мати місце, якщо жінка може визначити початок та кінець фертильного періоду у своєму менструальному циклі. Фертильний період — це час, коли в жінки може настати вагітність.

Ефективність природних методів середня (9–20 вагітностей на 100 жінок протягом першого року користування).

Календарний метод. Підраховуються дні для визначення початку і кінця фертильного періоду. Для цього треба знати тривалість попередніх менструальних циклів:

- жінці належить записувати тривалість кожного менструального циклу, щонайменше протягом 6 місяців та запобігати вагітності негормональними методами або утримуватись від статевих контактів;

- перший день менструальної кровотечі вважається першим днем менструації;
- відраховують 18 днів із найкоротшого менструального циклу — це і буде перший день фертильного (небезпечного) періоду; потім відраховують 11 днів із найдовшого менструального циклу — це визначить останній день фертильного (небезпечного) періоду для цієї жінки.

Наприклад: у жінки найдовший цикл складає 30 днів, а найкоротший — 26 днів. Проводиться розрахунок: короткий цикл — 26 днів – 18 днів = 8 днів, довгий цикл — 30 днів – 11 днів = 19 днів. Отже, фертильним є період з 8 по 19 день менструального циклу. Для запобігання вагітності жінці необхідно утримуватись від статевих контактів у цей час.

Метод базальної температури. Визначаючи фертильний період, вимірюють температуру в прямій кишці: вимірюється температура вранці, не встаючи з ліжка, в один і той самий час окремим термометром протягом 7–10 хвилин; відмічається температура на графіку; базальна температура піднімається на 0,2–0,5°С протягом періоду овуляції. Якщо підвищення температури не відбулося, припускається, що овуляція не відбулася. Фертильним періодом вважається час від початку менструального циклу до тих пір, коли базальна температура не підвищиться протягом 3-х наступних днів. Якщо в жінки є захворювання з підвищенням температури тіла, метод у цей час застосовувати не доцільно.

Метод цервікального слизу (використовується за умови відсутності запальних процесів статевих органів).

Жінка визначає фертильну фазу, спостерігаючи за слизовими виділеннями із піхви. В той час, коли є виділення прозорого тягучого слизу, жінка може бути фертильною. Останній день прозорого тягучого слизу називається «днем пік»; це означає, що овуляція вже близька або тільки що відбулася. Після закінчення менструальної кровотечі в більшості жінок спостерігається відсутність виділень із піхви протягом декількох днів – «сухі дні». Для спостереження за слизом та визначення методу слід утримуватись від статевих контактів щонайменше під час1 циклу. Спостереження за слизом ведуть протягом дня, оскільки слиз може змінюватись; ведеться запис спостережень з використанням умовних позначок: кровотеча — червоний колір, сухі дні —літера «С», фертильні дні — літера «Ф», непрозорий, нефертильний слиз — літера «Н». При появі слизу або відчуття вологості у піхві — утримуються від статевих контактів. Останній день прозорого тягучого слизу — «пік» фертильного періоду, тому утримуються від статевих контактів ще протягом 3-х днів.

Симптомотермальний метод. Цей метод є комбінацією методів цервікального слизу та базальної температури.

Перерваний статевий контакт. Це метод планування сім'ї, за якого чоловік повністю виводить статевий член із піхви жінки до еякуляції: перед статевим контактом пара домовляється про узгодження дій, перед повторним статевим контактом чоловік опорожняє сечовий міхур та витирає головку статевого органа для видалення сперми від попередньої еякуляції. Перед еякуляцією чоловік виводить статевий орган із піхви, щоб сперма не потрапила на геніталії жінки.

МЕТОД ЛАКТАЦІЙНОЇ АМЕНОРЕЇ

Метод лактаційної аменореї (МЛА) — контрацептивний метод, який базується на годуванні груддю. Використовується як тимчасовий метод контрацепції. Він дає природний захист від вагітності, ефективний у перші 6 місяців після пологів при дотриманні зазначених нижче критеріїв використання.

Метод ефективний тільки у випадку збереження всіх правил його використання, а саме: якщо після пологів минуло не більше 6 місяців, наявність аменореї у жінки, жінка годує виключно груддю, вона годує дитину по вимозі, щонайменше 6 разів на день (включаючи нічне годування), дитині не дають іншої їжі, крім материнського молока, інтервал між годуваннями складає не більше 4 годин вдень та 6 годин вночі, інша їжа або пиття повинні складати менше 15% всього годування.

Якщо жінка не хоче покладатися лише на МЛА, використовуються інші методи: презервативи, сперміциди, чисто прогестинові оральні контрацептиви, депо-медроксипрогестерон ацетат (так званий «Депо-Провера»), ВМС.

ХІРУРГІЧНА КОНТРАЦЕПЦІЯ

У багатьох країнах світу в наш час це поширений метод контрацепції. При цьому виді ефективність контрацепції сягає 100%.

Жіночу стерилізацію проводять шляхом оклюзії маткових труб при лапароскопії, а чоловічу — шляхом перев'язування сім'явивідного протоку.

Недоліком цього методу є його необоротність.

НЕВІДКЛАДНА КОНТРАЦЕПЦІЯ

Використовується тоді, коли статевий акт був незахищений іншими методами контрацепції.

Невідкладна контрацепція не повинна використовуватися часто.

Після проведення невідкладної контрацепції допомагають жінці зробити правильний вибір регулярного контрацептивного методу.

Невідкладна контрацепція рекомендується у випадках незахищеного статевого контакту, порушення цілісності, зісковзування презерватива, сексуального насильства, статевого контакту у фертильні дні при використанні природних методів ПС (також при помилковому підрахунку фертильних днів).

Для невідкладної контрацепції можна використовувати однофазні низькодозовані КОК, чисто прогестинові таблетки, а також ВМС, які містять у собі мідь. Чисто прогестинові таблетки, які містять левоноргестрел, мають таку ж саму ефективність, як і КОК, проте останні спричиняють меншу кількість побічних ефектів. Низькодозовані КОК містять 30 мкг етинілестрадіолу в якості естрогена та 150 мкг левоноргестрелу або 150 мкг дезогестрелу, або 75 мкг гестодену у якості гестагена.

Методика прийому: перша доза (4 таблетки) приймається якомога раніше, проте не пізніше 72 годин після незахищеного статевого контакту, друга доза (4 таблетки) приймається через 12 годин після першої дози.

Можна використовувати чисто прогестинові таблетки, які містять 750 мкг левоноргестрелу.

Методика прийому: 1 таблетку приймають якомога раніше, проте не пізніше ніж 72 години після незахищеного статевого контакту, приймають ще 1 таблетку через 12 годин.

Даназол вживають у перші 72 години по 600 мг двічі через 12 годин.

ВМС, які мають у своєму складі мідь, можуть бути застосовані для невідкладної контрацепції протягом 5 днів після незахищеного статевого контакту лише за відсутності протипоказань. При цьому можуть виникати побічні ефекти (нудота, блювання). Якщо в жінки було блювання протягом 2 годин після приймання їжі, їй належить прийняти дозу повторно; якщо блювання повторюється, ввести таблетки у піхву.

Слід зауважити, що у випадку, коли жінка приймала таблетки невідкладної контрацепції на тлі вагітності, переривання вагітності не рекомендується, оскільки це не має шкідливих впливів на внутрішньоутробний розвиток плода. Однак рішення про виношування вагітності залишається за жінкою. Якщо менструація не почалася протягом трьох тижнів після проведення невідкладної контрацепції, проводиться тест на вагітність.

Перелік контрольних питань:

- гормональна контрацепція;
- внутрішньоматкова контрацепція;
- бар'єрні методи контрацепції;
- природні методи планування сім'ї;
- метод лактаційної аменореї;
- хірургічна контрацепція;
- невідкладна контрацепція.

АЛГОРИТМИ ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК

Перед виконанням кожної маніпуляції акушерка повинна:

- привітатись із хворою;
- назвати себе;
- запитати хвору, як до неї звертатись;
- пояснити мету маніпуляції;
- отримати згоду на її проведення.

Алгоритм 1
Заповнення паспортної частини медичної карти

Кров на RW взята *26.09*
Кров на ВІЛ взята *26.09*
Група крові
Резус-фактор
Дата і час прийняття *25.09*
Дата і час виписування (смерті)

Педикульоз *не виявлено*
Короста *не виявлено*
Вірусний гепатит *хворіла у 1996 р.*
Проведено ліжко-днів

МЕДИЧНА КАРТА № *2192* **стаціонарної (гінекологічної) хворої**

1. Прізвище, ім'я, по батькові *Коваленко Наталія Іванівна*
2. Вік *22* (повних років)
3. Постійне місце проживання: місто, село (підкреслити)
м. Тернопіль, вул. Руська, 8, кв. 4
(вписати адресу, вказати для приїжджих — область, район, населений пункт)
адреса родичів і № телефону
4. Місце роботи, професія або посада
студентка IV курсу Тернопільського медичного університету
для тих, хто вчиться — місце навчання; для інвалідів — вид і група інвалідності, так, ні (підкреслити)
5. Ким направлена хвора *лікарем жіночої консультації*
6. Прийнята в стаціонар за екстреними показаннями: так, ні, через _____ годин після початку захворювання, одержання травми, госпіталізована в плановому порядку (підкреслити)
7. Діагноз на час направлення *гострий двобічний аднексит*

Алгоритм 2
Оформлення направлень для лабораторного обстеження

Відділення стаціонару *(адреса хворої або номер дільниці, якщо дослідження проводять у жіночій консультації)*	Відділення консервативної гінекології
Прізвище, ім'я та по батькові жінки	Козаченко Наталія Петрівна
Вид обстеження	Мазок з вагіни на ступінь чистоти
Дата	10.01.99 р.

Алгоритм 3
Збирання анамнезу

Гінекологічний анамнез збирають у такій послідовності:

I. Менструальна функція.

1. У якому віці почалися менструації?
2. Чи одразу вони стали регулярними?
3. Скільки днів триває менструація?
4. Через скільки днів повторюється?
5. Яку кількість крові Ви втрачаєте під час менструації?
6. Чи регулярні менструації?
7. Чи супроводжується менструація неприємними відчуттями?
8. Коли була остання менструація?
9. Чи змінився характер менструальної функції під час цього захворювання?

II. Статева функція.

1. В якому віці почали статеве життя?
2. Чи використовуєте протизаплідні засоби? Які саме? Яка їхня ефективність?
3. Чи змінився характер статевої функції під час цього захворювання?

III. Генеративна функція.

1. Скільки було вагітностей?
2. Як проходила кожна з них, чи були ускладнення? Чим закінчилася кожна вагітність?
3. Скільки було пологів? Як вони проходили? Чи були ускладнення?
4. Як проходили післяпологові періоди?
5. Скільки було викиднів? У якому терміні вагітності вони наставали?
6. Скільки було штучних абортів? Чи були ускладнення після абортів?

IV. Секреторна функція.

1. Чи є виділення із статевих шляхів?
2. Який характер виділень? Колір? Запах?
3. Чи змінюється характер виділень упродовж менструального циклу?
4. Чи змінилась секреторна функція під час даного захворювання?

Алгоритм 4
Гоління зовнішніх статевих органів

Необхідний інструментарій	Корнцанг або пінцет, ватний тампон, рідке мило, одноразовий станок з лезом, судно, кухоль Есмарха з теплим дезінфекційним розчином, 96 % етиловий спирт	
Техніка виконання	1. Хвора лежить на кушетці або на гінекологічному кріслі, ноги зігнуті у колінних і кульшових суглобах і розведені. 2. Ділянку лобка і статевих губ намилюють рідким милом за допомогою стерильного ватного тампона, захопленого корнцангом. 3. Одноразовим станком зголюють волосся спочатку з ділянки лобка, потім із статевих губ, в останню чергу з промежини. 4. Після використання станок викидають. 5. Статеві органи обмивають теплим дезрозчином з кухля Есмарха. 6. Ділянки, з яких зголено волосся, обробляють 96 % спиртом	*Якщо хвору кладуть на кушетку, під таз підставляють судно. Перед зголюванням слід переконатись, що у цих ділянках немає родимок, кондилом тощо. Можна використати розчини фурациліну, перманганату калію, хлоргексидину*

Алгоритм 5
Вимірювання зросту

Необхідний інструментарій	Ростомір	
Техніка виконання	1. Станьте збоку від ростоміра. 2. Підніміть планку ростоміра вище зросту хворої. 3. Попросіть хвору стати на майданчик ростоміра, торкаючись його вертикальної планки лопатками, сідницями і п'ятами. 4. Опустіть планку ростоміра на тім'яну ділянку хворої. 5. Відзначте поділку під планкою ростоміра. 6. Запишіть отримані дані у карту вагітної і породіллі або в медичну карту	*Голова хворої повинна перебувати у такому положенні, щоб лінія, що проходить через зовнішній кут ока і козелок вуха, була паралельною до горизонтальної площини*

Необхідний інструментарій

Алгоритм 6
Визначення маси тіла

Необхідний інструментарій	Вага, церата, 0,5 % розчин хлораміну
Підготовка пацієнтки	Перед зважуванням пацієнтка повинна спорожнити сечовий міхур і пряму кишку, зняти одяг і взуття

Підготовка ваги	1. Відкрийте фіксатор. 2. Зрівноважте вагу. 3. Закрийте фіксатор. 4. Покладіть на майданчик ваги церату, оброблену дезрозчином	*Церату після кожного зважування потрібно обробити розчином хлораміну*
Послідовність дій	1. Попросіть хвору стати на майданчик ваги. 2. Відкрийте фіксатор. 3. Пересуваючи тягарці, зрівноважте вагу. 4. Закрийте фіксатор. 5. Запишіть дані зважування в карту вагітної і породіллі або в медичну карту	*Ставати на вагу і сходити з неї пацієнтка повинна при закритому фіксаторі, інакше вага швидко вийде з ладу*

Алгоритм 7
Вимірювання температури тіла

Необхідний інструментарій	Термометр, лоток, дезрозчин, температурний листок	
Підготовка	Струсіть термометр так, щоб ртуть опустилася нижче поділки 35 °С	
Послідовність дій	1. Сухою серветкою протріть пахвову западину хворої 2. Помістіть у пахвову западину термометр. 3. Тривалість вимірювання — 10 хвилин. 4. Занесіть покази термометра у температурний листок. 5. Крива запису температури на температурному листку наноситься олівцем синього кольору	*Слідкуйте за правильністю розміщення термометра — він повинен з усіх боків дотикатися до шкіри*

Алгоритм 8
Підрахунок частоти дихання

Необхідний інструментарій	Секундомір або годинник	
Положення хворої	Хвора лежить у ліжку в зручному для неї положенні	*Підрахунок дихальних рухів слід робити непомітно для хворої. Можна імітувати підрахунок пульсу, поклавши пальці на ділянку променево-зап'ясткового суглоба*
Послідовність дій	1. Увімкніть секундомір або відмітьте на годиннику час. 2. Стежачи за рухами грудної клітки або черевної стінки хворої, підрахуйте кількість дихальних рухів за 1 хвилину. 3. Зробіть відповідний запис у температурному листку	

Алгоритм 9
Підрахунок частоти пульсу

Необхідний інструментарій	*Годинник або секундомір*	
Положення хворої	Хвора лежить у ліжку або сидить на стільці в зручному положенні	
Послідовність дій	1. Увімкніть секундомір або відзначте на годиннику час. 2. Охопіть ліву руку пацієнтки правою рукою в ділянці променево-зап'ясткового суглоба. Великий палець розмістіть на зовнішній поверхні суглоба, а вказівний, середній та безіменний — на внутрішній. 3. Пропальпуйте артерію. 4. Підрахуйте частоту пульсу за 1 хв. 5. Зробіть відповідний запис у температурному листку	*Зверніть увагу на наповнення, напруження, ритм пульсу. Запис кривої пульсу в температурному листку робіть червоним олівцем*

Алгоритм 10
Постановка очисної та лікувальної клізми

Необхідний інструментарій	Кухоль Есмарха, гумова трубка завдовжки 1,5 м, наконечник (для лікувальної клізми — балон місткістю 50 мл), церата, судно, вазелін, 1,5-2 л теплої води (температура 25–35 °С), штатив	
Положення хворої	Хвора лежить на кушетці на лівому боці. Ноги зігнуті в колінах і підтягнуті до живота	
Підготовка до процедури	1. Під сідниці хворої покладіть церату. 2. У кухоль Есмарха налийте 1,5 л води (температура 25–35 °С). 3. Приєднайте до трубки наконечник. 4. Відкрутивши кран на гумовій трубці, заповніть її водою. 5. Закрутіть кран. 6. Підвісьте кухоль на висоті 1,5 м. 7. Для лікувальної клізми наберіть у балон лікувальну речовину	*Якщо на гумовій трубці немає крана, можна перетиснути її затискачем.*
Послідовність дій	1. Змастіть наконечник вазеліном. 2. Розведіть двома пальцями лівої руки сідниці хворої. 3. Легкими обертальними рухами введіть наконечник у задній прохід хворої, спрямовуючи його спочатку в напрямку пупка на	*Якщо введення води затримується — трохи змістіть наконечник.*

	глибину 4 см, а потім паралельно до куприка на глибину 10–12 см. 4. Відкрутіть кран і повільно влийте до 1,5 л води. 5. Закрутіть кран і виведіть наконечник з прямої кишки. 6. Попросіть хворого затримати воду протягом 10 хв. 7. Зніміть з гумової трубки наконечник, помийте його з милом, продезінфікуйте в 1% розчині хлораміну протягом 30 хв	*Для лікувальної клізми наконечник вводять неглибоко, речовину (відвар ромашки, антипірин) необхідно підігріти. Лікувальну речовину слід утримувати 20–30 хв*

Алгоритм 11
Постановка гірчичників

Необхідний інструментарій	Гірчичники, лоток з водою (температура 40-45 °С), рушник	
Положення хворої	Хвора займає зручне положення у ліжку, звільняє від одягу ту ділянку тіла, на яку, згідно із призначенням лікаря, необхідно поставити гірчичники.	*На ділянці шкіри, куди призначено поставити гірчичники, не повинно бути висипань чи інших дефектів.* *Придатні гірчичники мають різкий запах гірчичної олії. Стежте, щоб на шкірі не залишилося часточок гірчичної маси, бо це може призвести до опіків*
Послідовність дій	1. Переконайтеся у придатності гірчичників. 2. Опустіть гірчичник у лоток з водою на 2–3 с. 3. Злегка струсіть і прикладіть гірчичною масою донизу на призначене місце. 4. Прикрийте гірчичники рушником, а поверх — ковдрою. 5. Тривалість процедури — 10–15 хв. 6. Зніміть гірчичники, витріть шкіру рушником, змоченим теплою водою, а потім — сухим рушником. 7. Після закінчення процедури хвора повинна вкритись теплою ковдрою і полежати деякий час у ліжку.	

Алгоритм 12
Постановка банок

Необхідний інструментарій	Медичні банки (10–20 штук), 96% етиловий спирт, вазелін, металевий стержень або корнцанг з ватним тампоном, намотаним на його кінці, сірники, рушник, лоток	
Положення хворої	Хвора займає зручне положення у ліжку, звільняє від одягу ту ділянку тіла, на яку, згідно із призначенням лікаря, необхідно поставити банки. Здебільшого банки ставлять на спину	*На шкірі не повинно бути висипань чи інших дефектів*

Послідовність дій	1. Переконайтеся у відсутності на краях банок пошкоджень, тріщин. 2. Протріть шкіру теплою водою, витріть насухо, змастіть вазеліном. 3. Поставте лоток з усім необхідним біля ліжка хворої. 4. Змочіть ватний тампон спиртом, відтисніть зайву рідину. 5. Підпаліть тампон. 6. Візьміть банку в ліву руку, тримайте її близько від тіла хворої. 7. Правою рукою швидким рухом внесіть запалений факел всередину банки на 2–3 с, не торкаючись її країв. 8. Швидко прикладіть банку до тіла. 9. Перевірте, чи вона добре тримається на шкірі. 10. Накладіть усі банки таким чином. 11. Прикрийте банки рушником, а поверх — ковдрою. 12. Тривалість процедури — 15–20 хв. 13. Зніміть банки. Для цього однією рукою відхиліть банку убік, а біля її краю натисніть на шкіру пальцем іншої руки. 14. Витріть шкіру сухим рушником. 15. Після закінчення процедури хвора повинна вкритись теплою ковдрою і полежати деякий час у ліжку	*У жодному разі не використовуйте пошкоджені банки!* *Не тримайте запалений факел над тілом хворої чи над ліжком*

Алгоритм 13
Постановка зігрівального компресу

Необхідний інструментарій	Марля, згорнута у 6-8 разів, парафінований папір, вата, бинт, вода або рідина для компресів, рушник, лоток	
Положення хворої	Хвора займає зручне положення у ліжку, звільняє від одягу ділянку тіла, на яку, згідно із призначенням лікаря, необхідно поставити компрес	*На шкірі не повинно бути висипань чи інших дефектів*
Послідовність дій	1. Змочіть шматок марлі або полотна теплою водою, або рідиною, з якої призначено зробити компрес, і відтисніть. 2. Накладіть його на тіло. 3. Поверх полотна покладіть парафінований папір, щоб його краї повністю прикривали краї полотна. 4. Поверх паперу покладіть шар вати.	

	5. Зафіксуйте компрес бинтом. 6. Через 2 години перевірте правильність накладання компресу. Якщо шар марлі теплий і вологий, компрес накладено правильно. 7. Залиште компрес на 8–10 год. 8. Зніміть компрес. 9. Витріть шкіру сухим рушником. 10. Після закінчення процедури хвора повинна вкритись теплою ковдрою і полежати деякий час у ліжку	*Кожен наступний шар компресу повинен бути ширшим за попередній на 2-3 см*

Алгоритм 14
Визначення групи крові

Необхідний інструментарій	Біла емальована тарілочка, набір стандартних сироваток, скельце або 3 скляні палички	
Послідовність дій	1. На білу емальовану тарілочку наносять по одній краплі стандартних сироваток двох серій у заглибини з відповідними позначками — 0 (I), A (II), B (III). 2. В окрему заглибину наносять кілька крапель крові хворої. 3. До кожної краплі сироватки додають по одній краплі крові хворої і перемішують окремою скляною паличкою або краєм скельця. 4. Читають результат. Якщо аглютинації немає в жодній краплині, група крові хворої — перша; якщо аглютинація відсутня в другій краплині — група крові друга; якщо у третій — група крові хворої третя. При належності крові пацієнтки до четвертої групи аглютинація з'являється в усіх краплинах	*При перемішуванні крові важливо для кожної краплі користуватись іншим краєм скельця*

Алгоритм 15
Вимірювання артеріального тиску

Необхідний інструментарій	Тонометр, фонендоскоп	
Положення хворої	Хвора лежить у ліжку або сидить на стільці біля столу, поклавши руку, оголену вище ліктьового згину, на стіл	
Послідовність дій	1. Накладіть на плече хворої манжетку так, щоб її нижній край був на 2-3 см вище ліктьового згину.	*Під манжеткою повинен проходити лише один палець*

	2. З'єднайте манжетку з балоном тонометра. 3. Пропальпуйте в ділянці ліктьового згину місце пульсації ліктьової артерії. Прикладіть до цього місця фонендоскоп. 4. Закрийте вентиль. 5. Натискаючи грушу, нагнітайте повітря в манжетку. 6. Після зникнення звуку пульсових ударів нагнітайте повітря ще на 2–3 поділки. 7. Припиніть нагнітати повітря, відкрийте вентиль і повільно випускайте повітря. 8. Відмітьте на шкалі позначку, коли з'явиться перший пульсовий удар. Це величина систолічного тиску. 9. Продовжуючи випускати повітря, відмітьте на шкалі позначку, на якій пульсові удари зникають. Це величина діастолічного тиску	

Алгоритм 16
Обов'язки фельдшера, акушерки процедурного кабінету

1. Виконання маніпуляцій згідно з листком призначень.
2. Взяття крові з вени для дослідження.
3. Визначення групи крові. Акушерка виконує технічний бік роботи і показує результат лікареві, який визначає групу крові.
4. Під контролем лікаря проводить гемотрансфузію.
5. Проведення проб на чутливість до антибіотиків.
6. Допомога лікарю у проведенні тих маніпуляцій, які входять у його компетенцію.
7. При виникненні ускладнень під час виконання призначень акушерка негайно повинна повідомити про це лікаря.
8. Ведення журналу обліку проведених маніпуляцій.
9. Вчасна заміна обладнання, яке стало непридатним до подальшого вжитку.
10. У маніпуляційній постійно повинен бути список хворих, які перехворіли на вірусний гепатит, медсестра повинна вести профілактику сироваткового гепатиту і запобігати можливості професійного інфікування вірусним гепатитом і СНІДом.
11. Фельдшер, акушерка маніпуляційного кабінету повинні неухильно дотримуватись правил асептики та виконувати вимоги санітарно-гігієнічного режиму.
12. Фельдшер, акушерка несуть відповідальність за вчасне і якісне виконання призначень лікаря, санітарний стан кабінету, збереження обладнання кабінету, виконання персоналом правил техніки безпеки, охорони праці і дотримання хворими призначеного режиму.

Алгоритм 17
Дезінфекція шприців та інструментів кип'ятінням

Необхідний інструментарій	Стерилізатор, гачки, марля, пінцет, розібрані шприци, дистильована вода

Послідовність дій	1. Застеліть сітку стерилізатора марлею відповідного розміру. 2. Покладіть циліндри, поршні, голки і накрийте їх марлею. 3. Покладіть на марлю пінцет і гачки. 4. Залийте холодною дистильованою водою, щільно накрийте кришкою і кип'ятіть 45 хв з моменту закипання води

Алгоритм 18
Підготовка до стерилізації біксів з перев'язувальним матеріалом

Необхідний інструментарій	Бікс, перев'язувальний матеріал	
Підготовка бікса	1. Протріть бікс зсередини і ззовні дезінфекційним розчином. 2. Відкрийте бокові отвори.	
Послідовність дій	1. Вистеліть бікс зсередини великою серветкою або простирадлом. 2. У центральну частину бікса помістіть пробірку з індикатором стерильності. 3. Закладіть білизну чи перев'язувальний матеріал у вертикальному положенні в певному порядку. 4. Після заповнення бікса загорніть краї простирадла чи серветки, якою він був вистелений. 5. Закрийте бікс. 6. Зафіксуйте кришку. 7. Прикріпіть етикетку з церати, на якій вкажіть вміст бікса, дату стерилізації та прізвище медсестри, яка готувала бікс. 8. Перевірте, чи відкриті бокові отвори і відправте в автоклавну	*Матеріал закладають нещільно. Якщо бікс готується для операційної, в один з них поверх простирадла кладуть халат для операційної медсестри*

Алгоритм 19
Одягання стерильного халата та рукавиць

Необхідний інструментарій	Бікс, халат, рукавиці, розчин хлоргексидину 0,5 %
Послідовність дій	1. Санітарка відкриває стерильний бікс. Акушерка оцінює якість стерильної білизни за кольором індикатора і виймає халат. 2. Розгортає халат, не торкаючись ним оточуючих предметів. Бере його за комірець і одягає на себе. Зав'язує зав'язки на рукавах. 3. Виймає стерильні рукавички і перевіряє їх цілісність. 4. Одягає рукавички і обробляє їх розчином хлоргексидину 0,5 %

Алгоритм 20
Накривання стерильного стола

Необхідний інструментарій	Стерильні простирадла, інструменти.
Послідовність дій	1. Операційна сестра, вдягнута в стерильний халат, маску, рукавички накриває стерильний стіл, пересвідчившись перед цим в якості стерилізації по кольору. 2. Розкладає інструменти, зверху накриває двома шарами стерильного простирадла так, щоб краї звисали на 15–20 см і зафіксовує їх цапками.

Алгоритм 21
Техніка миття рук

Необхідний інструментарій	Вода, мило
Послідовність дій	1. Терти долонею по долоні. 2. Права долоня по тильній стороні лівої руки і навпаки. 3. Терти внутрішні поверхні пальців рухами вверх і вниз. 4. Терти внутрішньою стороною пальців по долоні другої руки. 5. Терти пальці круговими рухами. 6. Почергово, круговими рухами терти долоні. 7. Кожен рух повторити не менше 5-ти разів

Алгоритм 22
Техніка обробки рук відповідно до Наказу №59 МОЗ України

Необхідний інструментарій	Суміш 70° етилового спирту з 1% вмістом гліцерину, 0,5% водний розчин хлоргексидину, 1% розчин йодопірону	
Послідовність дій	1. Помийте руки з милом під теплою проточною водою. 2. Сполощіть руки теплою проточною водою. 3. Просушіть руки стерильним рушником. 4. Протирайте руки до середини передпліччя протягом 3 хв вищевказаним розчином	*Щітку використовувати не потрібно*

Алгоритм 23
Проведення підшкірних ін'єкцій

Необхідний інструментарій	Стерильні шприц і голки, ампули з ліками, стерильні ватні кульки, 96% етиловий спирт, мило, рушник
Послідовність дій	1. Помийте руки під проточною водою двічі з милом, висушіть рушником і обробіть спиртом.

	2. Підготуйте шприц до виконання ін'єкцій. 3. Протріть місце ін'єкції ватною кулькою, змоченою спиртом. 4. Тримаючи шприц голкою вертикально вгору, легко натисніть на поршень і видаліть з нього пухирці повітря. 5. Захопіть вказівним та великим пальцем лівої руки шкіру з підшкірною основою у відповідній ділянці і відтягніть її догори. 6. Введіть в основу утвореної складки швидким рухом під гострим кутом (30–40 °С) голку на 2/3 її довжини. 7. Відпустіть складку і повільно введіть ліки, натиснувши на поршень правою рукою. 8. Прикладіть лівою рукою змочену в спирті ватну кульку до місця уколу. 9. Витягніть швидким рухом голку

Алгоритм 24
Проведення внутрішньом'язових ін'єкцій

Необхідний інструментарій	Стерильні шприци (5 або 10 мл), голки довжиною 6 см, просвітом 0,8–1,0 мм, стерильні ватні кульки, медикаменти, рушник, мило, 96 % етиловий спирт
Послідовність дій	1. Помийте руки 2 рази під проточною водою з милом, висушіть рушником і обробіть спиртом. 2. Підготуйте шприц до виконання ін'єкції. 3. Покладіть хвору на живіт або на бік. 4. Шкіру верхнього зовнішнього квадранта сідниці протріть почергово двома ватними кульками, змоченими в 96% спирті. 5. У правій руці тримайте приготовлений шприц з голкою (2-м пальцем притисніть поршень, 5-м муфту голки, а іншими пальцями підтримуйте циліндр шприца). 6. Першим та другим пальцями лівої руки розтягніть шкіру на місці ін'єкції. 7. Перпендикулярно до поверхні шкіри різким рухом введіть голку, залишивши 1 см її над шкірою. 8. Дещо відтягніть поршень до себе і переконайтесь, що голка не потрапила в просвіт судини. 9. Повільно введіть ліки, натискуючи на поршень лівою рукою. 10. Притисніть до шкіри кульку з спиртом, швидким рухом витягніть голку

Алгоритм 25
Проведення внутрішньовенних ін'єкцій

Необхідний інструментарій	Стерильні шприци, голки для в/в ін'єкцій, ампули з ліками, стерильні ватні кульки, 96 % етиловий спирт, джгут, тверда подушка, рушник, мило

Послідовність дій	1. Помийте руки під проточною водою з милом, просушіть рушником і обробіть спиртом. 2. Підготуйте шприц до виконання ін'єкції. 3. Покладіть хвору на спину. 4. Під лікоть хворої підкладіть тверду подушку. 5. Накладіть на плече вище ліктьового суглоба гумовий джгут (на сорочку, рушник або серветку) так, щоб вільні кінці були спрямовані вгору. 6. Попросіть хвору кілька разів стиснути і розтиснути кулак. 7. Протріть внутрішню поверхню ліктьового згину двома ватними кульками почергово, змочивши їх у спирті, в напрямку від центру до периферії. 8. Візьміть шприц у праву руку так, щоб вказівний палець фіксував муфту голки, а інші обхоплювали циліндр шприца. 9. Перевірте прохідність голки і відсутність повітря в шприці. 10. Відтягніть шкіру вниз за напрямком вени і зафіксуйте її. **Виконання ін'єкції** 1. Тримайте шприц паралельно до шкіри, зрізом голки доверху, проведіть венопункцію. 2. Відчувши «провал», легенько відтягніть поршень до себе до появи крові в шприці. 3. Зніміть лівою рукою джгут. 4. Не змінюючи положення шприца, лівою рукою затисніть циліндр між 2-м та 3-м пальцями, а першим пальцем натисніть на поршень. 5. Введіть повільно ліки, залишіть в шприці 1 мл рідини. 6. Притисніть до місця ін'єкції ватну кульку, змочену в спирті. 7. Різким рухом витягніть голку. 8. Попросіть хвору зігнути руку в ліктьовому суглобі на 3–5 хв, залишивши ватку із спиртом на місці ін'єкції

Алгоритм 26
Катетеризація сечового міхура

Необхідний інструментарій	Стерильний лоток, гумовий катетер, два пінцети, стерильні марлеві серветки, змочені розчином фурациліну, вазелін, посудина для збирання сечі, судно, сечоприймач, клейонка, стерильні гумові рукавички, стерильний вазелін
Послідовність дій	1. Відгородіть хвору ширмою, підмийте або протріть зовнішні статеві органи дезрозчином. 2. Обробіть руки і надягніть стерильні рукавички. 3. Покладіть хвору на спину, її ноги зігніть в колінах і розведіть. 4. Підкладіть під сідниці клейонку і судно. 5. Поставте поряд лоток. Станьте праворуч від хворої. 6. Лівою рукою розведіть статеві губи, а правою візьміть пінцет з марлевим тампоном, змоченим розчином фурациліну (1:5000), протріть зовнішні статеві органи і вічко сечівника.

	7. Візьміть другим пінцетом катетер на відстані 5 см від кінця та полийте його стерильним гліцерином. Введіть катетер у сечівник на глибину 4–5 см. 8. Опустіть другий кінець катетера у сечоприймач. 9. Після зупинки самостійного виділення сечі із катетера, злегка натисніть на передню стінку над лобком, щоб видалити із сечового міхура залишки сечі і витягніть катетер

Алгоритм 27
Введення рідини краплинним способом

Необхідний інструментарій	Пакет із стерильною пластиковою системою для одноразового використання, ватні стерильні кульки і серветки, 96% етиловий спирт, джгут, бинт або пластир для фіксації голки, рушник, мило, корнцанг
Послідовність дій	1. Помийте руки двічі під проточною водою з милом, просушіть рушником і обробіть спиртом. 2. Звірте напис на флаконі з призначенням лікаря, перевірте термін придатності, герметичність упаковки, прозорість рідини. 3. Нестерильним пінцетом зніміть із флакона центральну частину металевої кришки, гумовий корок обітріть ватною кулькою, змоченою в спирті і залишіть її на корку. 4. Обробіть руки спиртом. 5. Розкрийте пакет і вийміть систему. 6. Зніміть ковпачок з голки повітроводу. 7. Введіть голку перпендикулярно через гумовий корок у флаконі. 8. Трубку повітроводу закріпіть уздовж флакона так, щоб її вільний кінець був на рівні дна флакона. 9. Закрийте гвинтовий затискач. 10. Зніміть ковпачок з голки, яка знаходиться ближче до крапельниці, і введіть її до упору через гумовий корок у флаконі. 11. Флакон переверніть догори дном і закріпіть на штативі. 12. Ін'єкційну голку разом з ковпачком зніміть і покладіть у підготовлений стерильний лоток. 13. Поверніть крапельницю в горизонтальне положення. Повільно відкрийте гвинтовий затискач, заповніть її до половини об'єму, затискач закрийте. 14. Поверніть крапельницю у вертикальне положення. 15. Відкрутіть гвинтовий затискач, повільно заповніть довгу трубку системи до повного витіснення бульбашок повітря і появи краплі рідини в канюлі для насадки голки. 16. Гвинтовий затискач закрийте. 17. Перевірте відсутність бульбашок повітря в системі. 18. Канюлю для насадки ін'єкційної голки обгорніть стерильною серветкою, яку прикріпіть до перехідної гумової трубки за допомогою затискача або корнцанга.

	19. Підвісьте затискач або корнцанг за бранші на штатив. 20. Покладіть у стерильний лоток, де знаходиться ін'єкційна голка, закрита ковпачком, три ватні кульки, змочені в спирті, і три стерильні серветки. 21. Підготуйте дві стрічки вузького (1 см) липкого пластиру довжиною 4-5 см, рушник, джгут. **Виконання венопункції** 1. Накладіть джгут у нижній третині плеча. 2. Обробіть місце венопункції почергово двома ватними кульками, змоченими в спирті. 3. Візьміть ін'єкційну голку за муфту, під муфту голки підкладіть стерильну серветку. 4. Зніміть ковпачок з ін'єкційної голки і зафіксуйте вену, проведіть венопункцію (кулак хворої при цьому має бути стиснутий). 5. При появі крові з муфти голки попросіть хвору розтиснути кулак. 6. Зніміть джгут. 7. Відкрийте гвинтовий затискач і під'єднайте систему до голки. 8. Регулюйте затискачем швидкість інфузії в крапельниці (40–60 крапель/хв). 9. Частину трубки і голку зафіксуйте стерильною серветкою.

Алгоритм 28
Складання вимоги-накладної для одержання лікарських препаратів

Зміст і матеріальне забезпечення	Згідно з листками призначень і наявністю медикаментів на акушерському посту і в процедурному кабінеті складають вимогу-накладну відповідно до вказаної форми:

Штамп лікувального закладу

Аптека № _____

Вимога № _____

Від «___»_____200_ р.

Кому_____

Форма № 16А-П

Накладна № _____

від «___»_____200_ р.

Через кого _____

Довіреність _____

№ за/п	Найменування товару	Одиниця виміру	Кількість	Ціна	Сума

Всього: _____

Сума _____

(прописом)

Видав _____

Зав. відділення _____

Ст. акушерка _____

Зав. аптеки _____

Заповнюється вимога-накладна в 2 примірниках. Вимогу на отруйні, наркотичні препарати та етиловий спирт виписують латинською мовою на окремому бланку зі штампом лікувального закладу за підписом керівника лікувального закладу або його заступника з лікувальної роботи, завідувача відділення та старшої медичної сестри. Вимоги на отруйні, наркотичні речовини, спирт виписуються в 4 примірниках.

Отримання ліків з аптеки

Для одержання ліків з аптеки старша медсестра перевіряє наявність усіх виданих медикаментів і розписується про отримання.

Товар на суму _____
прописом

Видав (підпис) _____

Отримав (підпис) _____

Категорично забороняється отримувати ліки з аптеки допоміжному персоналу (санітаркам, водіям).

Алгоритм 29
Виписування вимоги на кров та кровозамінники

1. У вимозі вкажіть:
- прізвище, ім'я та по батькові хворої;
- назву необхідного трансфузійного середовища;
- кількість флаконів.

2. Якщо замовляєте кров, вкажіть групу крові та резус-фактор.

3. У кінці вимоги акушерка ставить підпис і дату.

Алгоритм 30
Правила приготування дезінфекційних хлоровмісних робочих розчинів

Необхідний матеріал	1 кг сухого хлорного вапна, вода, 10-літрове емальоване відро, дерев'яна паличка, пляшка з темного скла з корком, порошок хлораміну
Послідовність дій	**І. Приготування вихідного освітленого 10 % розчину хлорного вапна** 1. Візьміть 1 кг сухого хлорного вапна і розведіть у 9 л води. 2. Розмішайте дерев'яною паличкою. 3. Дайте відстоятися протягом доби у темному місці. 4. Процідіть і розлийте в пляшки з темного скла, закрийте корками. **ІІ. Приготування робочого розчину хлорного вапна** 0,1 % — візьміть 0,1 л 10 % р-ну хлорного вапна на 9,9 л води; 0,2 % — візьміть 0,2 л 10 % р-ну хлорного вапна на 9,8 л води; 0,3 % — візьміть 0,3 л 10 % р-ну хлорного вапна на 9,7 л води; 0,4 % — візьміть 0,4 л 10 % р-ну хлорного вапна на 9,6 л води; 0,5 % — візьміть 0,5 л 10 % р-ну хлорного вапна на 9,5 л води; 1 % — візьміть 1 л 10 % р-ну хлорного вапна на 9,0 л води;

	3 % — візьміть 3 л 10 % р-ну хлорного вапна на 7,0 л води; 5 % — візьміть 5 л 10 % р-ну хлорного вапна на 5,0 л води.
	III. Приготування робочого розчину хлораміну 0,2 % — візьміть 2 г хлораміну на 1000 мл води; 1 % — візьміть 10 г хлораміну на 990 мл води; 2 % — візьміть 20 г хлораміну на 980 мл води; 3 % — візьміть 30 г хлораміну на 970 мл води; 4 % — візьміть 40 г хлораміну на 960 мл води; 5 % — візьміть 50 г хлораміну на 950 мл води.
	IV. Маркування розчинів На посудини з дезінфікційними розчинами наклейте етикетки із зазначенням назви розчину, його концентрації, дати приготування

Алгоритм 31
Огляд шийки матки у дзеркалах

Необхідний інструментарій	Дзеркала Куско або Сімса, стерильні рукавички.
Положення хворої	Гінекологічне обстеження проводять на гінекологічному кріслі. Жінка лежить на спині з напівзігнутими в колінних та кульшових суглобах ногами.
Підготовка хворої	Спорожнити сечовий міхур та пряму кишку, при необхідності зробити очисну клізму.
Послідовність дій	**Огляд шийки матки за допомогою двостулкового дзеркала** 1. Одягають стерильні рукавички. 2. Великим та вказівним пальцями лівої руки розводять великі статеві губи у нижній третині. 3. Вводять дзеркало у вагіну, розміщуючи зімкнуті стулки паралельно до статевої щілини. 4. Після введення дзеркало повертають на 90°, розкривають стулки так, щоб вагінальна частина шийки містилася між стулками. 5. При необхідності дзеркало фіксують за допомогою замка. 6. Після огляду шийки матки чи виконання необхідних процедур стулки закривають і дзеркало виводять з піхви. **Огляд шийки матки за допомогою ложкоподібних дзеркал** 1. Великим та вказівним пальцями лівої руки розводять статеві губи. 2. Правою рукою дзеркало вводять у піхву, повернувши його косо відносно статевої щілини. 3. Дзеркало розміщують на задній стінці піхви, злегка натискаючи на промежину. 4. Паралельно введеному дзеркалу вводять плоске переднє дзеркало (підіймач) і піднімають передню стінку вагіни. 5. Після огляду дзеркала виводять з піхви у зворотному порядку: спочатку підіймач, потім дзеркало

Алгоритм 32
Взяття матеріалу з цервікального каналу для цитологічного дослідження

Необхідний інструментарій	Дзеркала Куско або Сімса, ложечка Фолькмана, шпатель Ейра або щіточка для взяття мазків, пінцет, ватна кулька, предметне скельце, стерильні рукавички
Положення хворої	Жінка лежить на спині з напівзігнутими в колінних та кульшових суглобах ногами
Підготовка хворої	1. Покласти хвору на гінекологічне крісло (перед дослідженням жінка повинна спорожнити сечовий міхур та пряму кишку). 2. Провести туалет зовнішніх статевих органів (обробити статеві органи розчином антисептика за допомогою ватної кульки, затиснутої пінцетом або корнцангом). 3. Ввести гінекологічне дзеркало в піхву, вивести шийку матки в дзеркалах
Послідовність дій	1. Обережно ватною кулькою, затиснутою в пінцеті, знімають залишки слизу з шийки матки. 2. Якщо шийка матки на вигляд здорова, матеріал для дослідження беруть із передньобокового склепіння вагіни гінекологічним шпателем, жолобуватим зондом або спеціальною щіточкою. Роблять зшкрібок і наносять матеріал на скельце. 3. Іншим інструментом (найкраще щіточкою) беруть матеріал із цервікального каналу. Для цього щіточку вводять у канал шийки матки та повертають там на 360°. Отриманий матеріал наносять на предметне скельце, обертаючи щіточку. 4. Якщо на шийці матки є якісь зміни, то беруть також мазок з патологічно змінених ділянок, виявлених під час кольпоскопії. 5. Виводять дзеркало. 6. Пишуть на скельцях прізвище жінки або номер відповідно до запису у журналі, заповнюють направлення у лабораторію

Алгоритм 33
Взяття матеріалу з піхви та цервікального каналу для бактеріоскопічного дослідження

Необхідний інструментарій	Дзеркала Куско або Сімса, ложечка Фолькмана, шпатель Ейра або щіточка для взяття мазків, пінцет, ватна кулька, предметне скельце, стерильні рукавички
Положення хворої	Жінка лежить на спині з напівзігнутими в колінних та кульшових суглобах ногами
Підготовка хворої	1. Покласти хвору на гінекологічне крісло (перед дослідженням жінка повинна спорожнити сечовий міхур та пряму кишку).

	2. Провести туалет зовнішніх статевих органів. 3. Ввести гінекологічне дзеркало в піхву, вивести шийку матки в дзеркалах
Послідовність дій	1. Мазок беруть із заднього склепіння вагіни гінекологічним шпателем, жолобкуватим зондом або спеціальною щіточкою. Матеріал наносять на скельце. 3. Іншим інструментом (найкраще щіточкою) беруть матеріал із цер-вікального каналу. Для цього щіточку вводять у канал шийки матки та повертають там на 360 °. Отриманий матеріал наносять на предметне скельце, обертаючи щіточку. 4. Виводять дзеркало. 5. Пишуть на скельцях прізвище жінки або номер відповідно до запису у журналі, заповнюють направлення у лабораторію

Алгоритм 34
Взяття матеріалу з піхви та цервікального каналу для бактеріологічного дослідження

Необхідний інструментарій	Дзеркала Куско або Сімса, стерильна пробірка з ватною пробкою, петля, пінцет, спиртівка, сірники, стерильні рукавички
Положення хворої	Жінка лежить на спині з напівзігнутими в колінних та кульшових суглобах ногами
Підготовка хворої	1. Покласти хвору на гінекологічне крісло (перед дослідженням жінка повинна спорожнити сечовий міхур та пряму кишку). 2. Провести туалет зовнішніх статевих органів. 3. Ввести гінекологічне дзеркало в піхву, вивести шийку матки в дзеркалах
Послідовність дій	1. Одягнути стерильні рукавички. 2. Запалити спиртівку. 3. Вийняти петлю з ватною пробкою із стерильної пробірки. 4. Петлею взяти матеріал із шийки матки (чи з іншого місця, згідно з призначеннями лікаря). 5. Обпалити краї пробірки над полум'ям. 6. Петлю з матеріалом внести до пробірки так, щоб пробка щільно закривала пробірку. 5. Заповнити направлення у лабораторію, вказати на ньому прізвище, ім'я, по батькові жінки, відділення, № медичної карти, дату взяття посіву, місце взяття матеріалу, прізвище лікаря. 6. Прикріпити до пробірки етикетку з прізвищем жінки

Алгоритм 35
Взяття матеріалу з піхви для гормональної кольпоцитодіагностики

Необхідний інструментарій	Дзеркала Куско або Сімса, ложечка Фолькмана, пінцет, ватна кулька, предметне скельце, стерильні рукавички	
Положення хворої	Жінка лежить на спині з напівзігнутими в колінних та кульшових суглобах ногами.	
Підготовка хворої	1. Покласти хвору на гінекологічне крісло (перед дослідженням жінка повинна спорожнити сечовий міхур та пряму кишку). 2. Провести туалет зовнішніх статевих органів. 3. Ввести гінекологічне дзеркало в піхву, вивести шийку матки в дзеркалах.	
Послідовність дій	1. Ватною кулькою, затиснутою в пінцеті, знімають залишки слизу з шийки матки. 2. Матеріал для дослідження беруть з передньобокового склепіння вагіни гінекологічним шпателем. 3. Наносять матеріал на скельце. 5. Виводять дзеркало. 6. Пишуть на скельці прізвище жінки або номер відповідно до запису у журналі, заповнюють направлення у лабораторію	*Не можна зішкрібати епітелій, необхідно брати матеріал обережно, лише ті клітини, що відділилися самі.*

Алгоритм 36
Проведення бімануального дослідження

Необхідний інструментарій	Жінка лежить на спині з напівзігнутими в колінних та кульшових суглобах ногами
Положення хворої	1. Покласти хвору на гінекологічне крісло (перед дослідженням жінка повинна спорожнити сечовий міхур та пряму кишку). 2. Провести туалет зовнішніх статевих органів
Послідовність дій	1. Великим та вказівним пальцями лівої руки розводять малі та великі статеві губи. 2. Праву руку складають таким способом: безіменний палець та мізинець притиснуті до долоні, вказівний та середній — складені докупи та випростані, великий — відігнутий під прямим кутом до долоні. Середній та вказівний пальці правої руки вводять у піхву. Безіменний та мізинний пальці впираються в промежину, а великий — відхилений до лобка. 3. Пальці розміщують у передньому склепінні, шийку матки відтискають назад.

	4. Зовнішньою рукою обережно натискають на передню черевну стінку в напрямку до пальців, що введені у вагіну. Якщо матка розміщена у положенні anteversio-anteflexio, вона буде знаходитись між пальцями зовнішньої та внутрішньої рук. 5. Пальці внутрішньої та зовнішньої рук переміщують праворуч від матки. Пальпують праві придатки. 6. Пальці внутрішньої та зовнішньої рук переміщують ліворуч від матки. Пальпують ліві придатки. 7. Пальці правої руки виводять з вагіни

Алгоритм 37
Проведення спринцювання піхви

Необхідний інструментарій	Гумові рукавички, кухоль Есмарха, гумова трубка, стерильний наконечник	
Положення хворої	Жінка лежить на спині з напівзігнутими в колінних та кульшових суглобах ногами	
Підготовка розчину	1. Ретельно вимити кухоль Есмарха. 2. З'єднати гумову трубку з наконечником. 3. Закрутити кран на гумовій трубці. 4. Наповнити кухоль розчином відповідно до призначення лікаря	*Спринцювання проводять на кушетці або гінекологічному кріслі*
Підготовка хворої	Покласти хвору на гінекологічне крісло (перед процедурою жінка повинна спорожнити сечовий міхур та пряму кишку).	*Акушерка одягає гумові рукавички*
Послідовність дій	1. Перевіряють температуру розчину за допомогою термометра. 2. Випускають з трубки невелику кількість розчину, обмивають зовнішні статеві органи жінки. 3. Великим і вказівним пальцями лівої руки розводять статеві губи та обмивають присінок піхви невеликою кількістю розчину. 4. Вводять наконечник у піхву на глибину 8–10 см і проводять спринцювання круговими рухами. Тривалість процедури — 10 хв	*Наконечник треба вводити по задній стінці піхви*

Алгоритм 38
Проведення вагінальної ванночки

Необхідний інструментарій	Гумові рукавички, дзеркало Куско, лікувальний розчин, пінцет, корнцанг, ватні кульки
Положення хворої	Жінка лежить на спині з напівзігнутими в колінних та кульшових суглобах ногами

Підготовка хворої	Покласти хвору на гінекологічне крісло (перед процедурою жінка повинна спорожнити сечовий міхур та пряму кишку)	*Процедуру проводять на гінекологічному кріслі*
Послідовність дій	1. У піхву вводять двостулкове дзеркало Куско, розкривають його і фіксують. 2. Протирають шийку матки ватним тампоном, видаляючи слиз. 3. Наливають лікувальний розчин. 4. Першу порцію одразу зливають, наливають наступну. Тривалість процедури — 10–15 хв. 5. Розчин виливають. 6. Дзеркало закривають і виводять з піхви	*Акушерка одягає гумові рукавички* *Акушерка притримує дзеркало так, щоб розчин не виливався*

Алгоритм 39
Проведення непрямого масажу серця

Положення хворої	Хвора лежить на спині на ліжку, кушетці або на підлозі	*При раптовій зупинці серця у хворої акушерка повинна негайно викликати спеціалізовану бригаду! Одночасно проводять штучне дихання. Серцево-легеневу реанімацію краще проводити вдвох, але за відсутності помічника акушерка виконує всі заходи сама*
Підготовка хворої	Покласти хвору на тверду поверхню. Під плечі підкласти валик, голову максимально відвести назад. Оголити грудну клітку	
Послідовність дій	1. Ліву долоню покласти на ділянку нижньої третини груднини, праву — поверх лівої. 2. Енергійними різкими рухами натискати на груднину, зміщуючи її на 4–5 см до хребта. Частота натискань — 60 разів на хв	

Алгоритм 40
Надання невідкладної допомоги при маткових кровотечах

1. Холод на низ живота.
2. Ввести один із скорочувальних препаратів (1 мл окситоцину або 1 мл метилергометрину).
3. Ввести кровоспинні засоби — вікасол, дицинон, хлорид кальцію.
4. Якщо кровотеча призвела до значної анемії, потрібно негайно розпочати переливання кровозамінників.
5. Визначити групу крові хворої, резус-фактор і перелити під контролем лікаря одногрупну кров відповідно до об'єму крововтрати.

Алгоритм 41
Надання невідкладної допомоги при гострому животі в гінекології

1. Негайно госпіталізувати хвору.
2. До встановлення остаточного діагнозу не можна вводити знеболювальні засоби, використовувати грілки, компреси тощо.
3. Після прийняття хворої у стаціонар потрібно негайно взяти кров для визначення групи та резус-фактора, зробити загальний аналіз крові.
4. Санобробку хворої проводити з урахуванням можливості невідкладного оперативного втручання: зголити волосся на лобку і зовнішніх статевих органах, обробити ці ділянки 1% розчином йодонату, прослідкувати
за спорожненням сечового міхура (при необхідності спорожнити сечовий міхур катетером). Очисну клізму роблять лише після огляду хворої лікарем та за його розпорядженням.
5. Якщо стан хворої тяжкий, слід пунктувати вену і розпочати інфузійну терапію.
6. Підготувати все необхідне для переливання крові.

Алгоритм 42
Надання невідкладної допомоги при травмах жіночих статевих органів

1. Підготувати хвору до огляду лікаря та проведення лікувальних маніпуляцій чи, у разі необхідності, операції.
2. Обмити зовнішні статеві органи розчином антисептика (фурациліну, хлоргексидину), видалити бруд, кров, обережно зголити волосся.
3. До приходу лікаря на травмоване місце необхідно покласти
міхур з льодом для зменшення кровотечі або гематоми.
4. За наявності сторонніх тіл медсестра не повинна самостійно
видаляти їх з рани чи вагіни.
5. Визначити групу крові хворої, резус-фактор та підготувати
все необхідне для гемотрансфузії.
6. Підготувати інструментарій для накладання швів (при необхідності).

Алгоритм 43
Надання невідкладної допомоги при анафілактичному шокові

1. При виникненні реакції на внутрішньовенне введення ліків негайно накласти джгут на основу відповідної кінцівки.
2. Негайно ввести антигістамінні препарати (димедрол, піпольфен),
а також адреналін, гідрокортизон, еуфілін, преднізолон.
3. Забезпечити інгаляцію зволоженого кисню.
4. Пунктувати вену і налагодити переливання реополіглюкіну.
5. При явищах бронхоспазму вводять 10 мл 2,4% розчину еуфіліну разом
з 10–20 мл 40% розчину глюкози.

6. У важких випадках, особливо при набряку гортані, — інтубація та штучна вентиляція легень, якщо необхідно — трахеостомія.
7. При зупинці серцевої діяльності проводять комплекс серцево-легеневої реанімації.

Алгоритм 44
Проведення туалету післяопераційних хворих, догляд за швами на промежині після пластичних операцій

Необхідний інструментарій	Кухоль Есмарха, 1-2 л розчину фурациліну або перманганату калію (1:5000), підігрітого до температури 37–38 °С, корнцанг, стерильні ватні кульки, судно, цератова підкладна, 1 % розчин діамантового зеленого, стерильна пелюшка, гумові рукавички.
Положення хворої	Жінка лежить у ліжку на спині з напівзігнутими в колінних та кульшових суглобах ногами
Підготовка хворої	1. Попросіть хвору лягти на спину, напівзігнути ноги в колінних та кульшових суглобах і підняти таз. 2. Підкладіть під таз хворої цератову підкладну, на неї поставте судно
Послідовність дій	1. Одягнути гумові рукавички. 2. У ліву руку взяти кухоль з розчином, у праву — корнцанг із затиснутою в ньому ватною кулькою. 3. Поливаючи з кухля, за допомогою корнцанга та ватної кульки обмити зовнішні статеві органи в такій послідовності: лобок, великі та малі статеві губи, внутрішня поверхня стегон, промежина, анус. У міру забруднення кульки змінюють. 4. Узяти суху ватну або марлеву кульку. 5. Просушити зовнішні статеві органи. 6. Ділянку швів на промежині змастити ватною кулькою, змоченою в 1% розчині діамантового зеленого. 7. Забрати судно та цератову підкладну. 8. Підстелити стерильну пелюшку

Алгоритм 45
Проведення підготовки хворої до піхвового дослідження та малих гінекологічних операцій

Необхідний інструментарій	Дзеркала Куско або Сімса, стерильні рукавички, корнцанг, пінцет, набір відповідного інструментарію для проведення малої гінекологічної операції
Положення хворої	Жінка лежить на спині з напівзігнутими в колінних та кульшових суглобах ногами
Підготовка акушерки	1. Провести хірургічну обробку рук. 2. Одягнути стерильні рукавички. 3. Підготувати стерильний інструментарій до малої гінекологічної операції

Підготовка хворої	1. Хвора спорожнює сечовий міхур і пряму кишку. Якщо вона не спроможна самостійно спорожнити сечовий міхур, акушерка вдається до катетеризації. При запорах напередодні дослідження роблять очисну клізму. 2. Покладіть на гінекологічне крісло індивідуальну підкладну. 3. Запропонуйте хворій роздягтися і лягти на гінекологічне крісло, попередньо пояснивши, яким чином це робиться. 4. Проведіть туалет зовнішніх статевих органів

Алгоритм 46
Асистування під час проведення малих гінекологічних операцій

Необхідний інструментарій	Дзеркала Куско або Сімса, стерильні рукавички, корнцанг, пінцет, набір відповідного інструментарію для проведення малої гінекологічної операції
Положення хворої	Жінка лежить на спині з напівзігнутими в колінних та кульшових суглобах ногами
Підготовка акушерки	1. Провести хірургічну обробку рук. 2. Одягнути стерильні рукавички. 3. Підготувати стерильний інструментарій для малої гінекологічної операції
Послідовність дій	1. Покладіть на гінекологічне крісло індивідуальну підкладну. 2. Запропонуйте хворій роздягтися і лягти на гінекологічне крісло, попередньо пояснивши, яким чином це робиться. 3. Проведіть туалет зовнішніх статевих органів. 4. Під час проведення операції утримуйте у вагіні дзеркало Сімса і виконуйте всі розпорядження лікаря. 5. Після операції акушерка заповнює направлення в патогістологічну лабораторію на дослідження отриманого під час операції матеріалу

Алгоритм 47
Профілактика пролежнів

Необхідне обладнання	Поролон в чохлі, корнцанг, підкладна церата, розчин фурациліну, відвар трав, ватні кульки, зволожувальний крем, розчин камфори спиртовий, гумові рукавички.	
Послідовність дій	1. Одягніть рукавички. 2. Змініть положення хворої, огляньте місця, на які припадає найбільший тиск (лопатки, сідниці, крижі, п'ятки). 3. Простеліть підкладну церату.	*Не рідше 1 разу на день.*

	4. За допомогою ватної кульки, затиснутої в корнцанг, обмийте фурациліном чи відваром з трав місця, де є найбільший ризик появи пролежнів. 5. Сухою ватною кулькою, затиснутою корнцангом, просушіть шкіру. 6. Обробіть шкіру спиртовим розчином камфори і змастіть зволожувальним кремом. 7. Заберіть підкладну церату. 8. Розправте простирадло або замініть його, простежте, щоб не було складок. 9. Під простирадло покладіть поролон у чохлі. 10. Покладіть хвору у зручне положення. 11. Міняйте положення хворої кожних 2 години (навіть уночі) (на лівому боці — на спину — на правий бік). 12. При необхідності використовуйте пеленки, що не промокають	*Рукавички, церату, інструменти після догляду за хворою занурте у дезрозчин.*

Алгоритм 48
Накладання пов'язок

Необхідний інструментарій та обладнання	Гумові рукавички, стерильні пінцети, корнцанг, лейкопластир, стерильні серветки різних розмірів.	
Послідовність дій	1. Із бікса за допомогою корнцанга на стерильний лоток покладіть перев'язувальний матеріал: серветки різних розмірів. 2. Одягніть стерильні рукавички. 3. За допомогою пінцета накладіть на рану 2–3 стерильні серветки так, щоб вони виходили за межі рани. 4. Накрийте серветки розгорнутою серветкою, більшою за розмірами від попередніх. 5. Закріпіть пов'язку лейкопластирем. 6. Інструменти та рукавички занурте у дезрозчин	*Пов'язка накладається після відповідної обробки рани чи швів. Якщо є виділення з рани, кількість серветок повинна бути більшою. Перед накладанням пов'язки потрібно одягнути маску*

Алгоритм 49
Допомога під час проведення гемотрансфузії

Необхідний інструментарій та обладнання	1. Флакони з кров'ю чи еритроцитарною масою. 2. Стерильний 0,9 % розчин хлориду натрію. 3. Біла емальована чи фарфорова тарілочка, скляні палички (4), набір стандартних сироваток для визначення груп крові. 4. Пакет із стерильною системою одноразового використання, ватні стерильні кульки, 96 % етиловий спирт, джгут, пластир

Послідовність дій	1. Підготуйте флакон з кров'ю, перевірений лікарем, зніміть центральну частину металевої кришки, протріть гумовий корок флакона ватною кулькою, змоченою в спирті. 2. За вказівкою лікаря визначте групу крові у хворої та у флаконі, як указано в алгоритмі 14. 3. Зафіксуйте флакон з кров'ю у вертикальному положенні догори дном. 4. Заповніть систему 0,9 % розчином NaCl (див. алгоритм 29), перевірте відсутність повітря в системі. 5. Зробіть венопункцію і під'єднайте систему, відрегулюйте швидкість інфузії, зафіксуйте голку. 6. Перенесіть голки із флакона з фізрозчином у флакон з кров'ю. 7. Повторно відрегулюйте швидкість трансфузії	*Оцінює групу крові лікар! Слідкуйте за самопочуттям хворої. Після трансфузії у флаконі необхідно залишити близько 5 мл крові. Флакони зберігати впродовж доби*

Алгоритм 50
Підготовка гінекологічного крісла до огляду хворих

Необхідне обладнання	Гінекологічне крісло, джерело освітлення, дезінфекційні розчини	*Крісло обробляє санітарка. Використовують 1 % розчин хлораміну Б, сульфохлорантин 0,2 %, хлоргексидину біглюконат 1 %.*
Послідовність дій	1. Перевірити справність крісла. 2. Перевірити справність джерела світла. 3. Проконтролювати обробку крісла дезінфекційним розчином	

Алгоритм 51
Підготовка процедурного кабінету до роботи

Перш ніж розпочинати роботу, необхідно:
1. Зробити попереднє прибирання з обробкою дезінфекційними розчинами усіх поверхонь (виконує санітарка, акушерка контролює).
2. Покварцувати приміщення.
3. Перевірити справність обладнання.
4. Перевірити наявність медикаментів, необхідних для надання допомоги при невідкладних станах.
5. Перевірити наявність необхідних для роботи матеріалів.

Алгоритм 52
Проведення санітарно-освітньої роботи

1. Підберіть тематику бесід для вагітних та гінекологічних хворих.
2. Підготуйте тексти бесід.
3. Підготуйте унаочнення — брошури, таблиці, буклети.
4. Поясніть пацієнтці доцільність проведення санітарно-освітньої роботи.
5. Проведіть бесіду.
6. Після закінчення бесіди з'ясуйте, які запитання виникли у пацієнтки і дайте на них відповідь.

МІЖНАРОДНА СТАТИСТИЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ ХВОРОБ МКХ-10

(Короткий адаптований варіант для використання в Україні)

КЛАС I
ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ ПЕРЕВАЖНО СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ
(A50 — A64)

A51 Ранній сифіліс
A51.0 Первинний сифіліс статевих органів
A51.1 Первинний сифіліс анальної ділянки
A52 **Пізній сифіліс**
A53 **Інші та неуточнені форми сифілісу**
A54 Гонококова інфекція
A54.0 Гонококова інфекція нижнього відділу сечостатевого тракту без абсцедування періуретральних або придаткових залоз
A56 Інші хвороби, спричинені хламідіями, що передаються статевим шляхом
A56.0 Хламідійні інфекції нижнього відділу сечостатевого тракту
A56.1 Хламідійні інфекції тазових та інших сечостатевих органів
A56.2 Хламідійна інфекція сечостатевого тракту, неуточнена
A56.8 Хламідійна інфекція, що передається статевим шляхом іншої локалізації
A57 Шанкроїд
A59 Трихомоніаз
A59.8 Трихомоніаз інших локалізацій
A59.9 Трихомоніаз, неуточнений
A63 Інші хвороби, що передаються переважно статевим шляхом, не класифіковані в інших рубриках
A63.0 Аногенітальні бородавки (венеричні)
A63.8 Інші уточнені хвороби, що передаються переважно статевим шляхом
A64 Неуточнені хвороби, що передаються статевим шляхом

ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ
(C51-C58)

C51 Злоякісні новоутворення вульви
C51.0 Великої соромітної губи
C51.1 Малої соромітної губи
C51.2 Клітора
C51.8 Ураження вульви, які виходять за межі однієї і більше вищевказаних локалізацій
C51.9 Вульви, неуточнене
C52 Злоякісне новоутворення піхви
C53 Злоякісне новоутворення шийки матки
C53.0 Внутрішньої частини каналу шийки матки
C53.1 Зовнішньої частини каналу шийки матки
C53.8 Ураження шийки матки, які виходять за межі однієї і більше вищезгаданих локалізацій
C53.9 Шийки матки, неуточнена
C54 Злоякісне новоутворення тіла матки
C54.0 Перешийка матки
C54.1 Ендометрію
C54.2 Міометрію
C54.3 Дна матки

С54.8 Ураження тіла матки, які виходять за межі однієї і більше вище згаданих локалізацій
С54.9 Тіла матки, неуточнене
С55 Злоякісне новоутворення матки, неуточненої локалізації
С56 Злоякісне новоутворення яєчника
С57 Злоякісне новоутворення інших та неуточнених жіночих статевих органів
С57.0 Фаллопієвої труби
С57.1 Широкої зв'язки
С57.2 Круглої зв'язки
С57.3 Параметрію
С57.4 Придатків матки, неуточнене
С57.7 Інших уточнених жіночих статевих органів
С57.8 Ураження жіночих статевих органів, які виходять за межі однієї і більше вищезазначених локалізацій
С57.9 Жіночих статевих органів, неуточнене

ДОБРОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

(Д25-Е30)

Д25 Лейоміома матки
Включені: *доброякісні новоутворення матки з морфологічним кодом М889 та кодом характеру новоутворення / 0 фіброміома матки*
Д25.0 Підслизова лейоміома матки
Д25.1 Інтрамуральна лейоміома матки
Д25.2 Субсерозна лейоміома матки
Д25.9 Лейоміома матки, неуточнена
Д26 Інші доброякісні новоутворення матки
Д26.0 Шийки матки
Д26.1 Тіла матки
Д26.7 Інших частин матки
Д26.9 Матки, неуточнені
Д27 Доброякісне новоутворення яєчника
Д28 Доброякісне новоутворення інших та неуточнених жіночих статевих органів
Включені: *аденоматозний поліп шкіри жіночих статевих органів*
Д28.0 Вульви
Д28.1 Піхви
Д28.2 Маткових труб та зв'язок
Д28.7 Інших уточнених жіночих статевих органів
Д28.9 Жіночого статевого органа, неуточнене
Д39 Новоутворення невизначеного або невідомого характеру жіночих статевих органів
Д39.0 Матки
Д39.1 Яєчника
Д39.2 Плаценти
Д39.7 Інших жіночих статевих органів
Д39.9 Жіночого статевого органа, неуточнене
Е28. Дисфункція яєчників
Е28.0 Гіперестрогенізм
Е28.1 Гіперандрогенізм
Е28.2 Синдром полікістозу яєчників
Е28.3 Первинна недостатність яєчників
Е28.8 Інші види дисфункції яєчників
Е28.9 Дисфункція яєчників, неуточнена
Е30 Порушення статевого дозрівання, не класифіковані в інших рубриках
Е30.0 Затримка статевого дозрівання
Е30.1 Передчасне статеве дозрівання
Е30.8 Інші порушення статевого дозрівання
Е30.9 Порушення статевого дозрівання, неуточнене

ЗАПАЛЬНІ ХВОРОБИ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗА У ЖІНОК

(N70-N77)

N 70 Сальпінгіт і оофорит
Включені: *абсцес: фаллопієвої труби, яєчника, тубооваріальний піосальпінкс, сальпінгоофорит, тубооваріальне запальне захворювання.*
N70.0 Гострий сальпінгіт та оофорит
70.1 Хронічний сальпінгіт та оофорит
70.9 Сальпінгіт та оофорит, неуточнений
N 71 Запальна хвороба матки, за винятком шийки матки
Включені: *ендо(міо)метрит, метрит, міометрит, піометра, абсцес матки.*
71.0 Гостре запальне захворювання матки
71.1 Хронічне запальне захворювання матки

71.9 Запальне захворювання матки, неуточнене

N72 Запальна хвороба шийки матки

N73 Інші запальні хвороби жіночих тазових органів

73.0 Гострий параметрит та тазовий целюліт

73.1 Хронічний параметрит та тазовий целюліт

73.2 Неуточнений параметрит та тазовий целюліт

73.3 Гострий тазовий перитоніт у жінок

73.4 Хронічний тазовий перитоніт у жінок

73.5 Тазовий перитоніт у жінок, неуточнений

73.6 Тазові перитонеальні спайки у жінок

N74 Запальні хвороби органів малого таза у жінок при хворобах, класифікованих в інших рубриках

N74.0 Туберкульозна інфекція шийки матки

N74.1 Запальні хвороби органів малого таза жінок туберкульозної етіології

N74.2 Запальні хвороби органів малого таза жінок, зумовлені сифілісом

N74.3 Гонококові запальні хвороби органів малого таза у жінок

N74.4 Запальні хвороби органів малого таза жінок, зумовлені хламідіями

N74.8 Запальні хвороби органів малого таза у жінок при інших хворобах, класифікованих в інших рубриках

N75 Хвороби бартолінової залози

N75.0 Кіста бартолінової залози

N75.1 Абсцес бартолінової залози

N75.8 Інші хвороби бартолінової залози

N75.9 Хвороба бартолінової залози, неуточнена

N76 Інші запальні хвороби піхви і вульви

N76.0 Гострий вагініт

N76.1 Підгострий і хронічний вагініт

N76.2 Гострий вульвіт

N76.3 Підгострий і хронічний вульвіт

N76.4 Абсцес вульви

N76.5 Виразка піхви

N76.6 Виразка вульви

N76.8 Інші уточнені запальні хвороби піхви і вульви

НЕЗАПАЛЬНІ ХВОРОБИ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

(N80-N98), (O00-O08)

N80 Ендометріоз

N80.0 Ендометріоз матки

N80.1 Ендометріоз яєчника

N80.2 Ендометріоз фаллопієвої труби

N80.3 Ендометріоз тазової очеревини

N80.4 Ендометріоз ректовагінальної перетинки та піхви

N80.5 Ендометріоз тонкого кишечника

N80.6 Ендометріоз шкірного рубця

N80.8 Інший ендометріоз

N80.9 Ендометріоз, неуточнений

N81 Випадання статевих органів у жінок

N81.0 Уретроцеле у жінок

N81.1 Грижа сечового міхура (цистоцеле)

N81.2 Неповне випадання матки і піхви

N81.3 Повне випадання матки і піхви

N81.4 Випадання матки і піхви, неуточнене

N81.5 Ентероцеле піхви

N81.6 Ректоцеле

N81.8 Інші форми випадання жіночих статевих органів

N81.9 Випадання жіночих статевих органів, неуточнене

N82 Свищ (нориця) із залученням жіночих статевих органів

N82.0 Міхурово-вагінальний свищ

N82.1 Інші свищі жіночих сечостатевих шляхів

N82.2 Свищ піхвово-тонкокишковий

N82.3 Свищ піхвово-тонкокишковий

N82.4 Інші кишково-генітальні свищі у жінок

N82.5 Свищі генітально-шкірні у жінок

N82.8 Інші свищі жіночих статевих шляхів

N82.9 Свищ жіночих статевих шляхів, неуточнений.

N83 Незапальні хвороби яєчника, фаллопієвої труби та широкої зв'язки матки

N83.0 Фолікулярна кіста яєчника

N83.1 Кіста жовтого тіла

N83.2 Інші і неуточнені кісти яєчників

N83.3 Набута атрофія яєчника і фаллопієвої труби

N83.4 Випадання та грижа яєчника і фаллопієвої труби
N83.5 Перекручування яєчника, ніжки яєчника та фаллопієвої труби
N83.6 Гематосальпінкс
N83.7 Гематома широкої зв'язки матки
N83.8 Інші незапальні хвороби яєчника, фаллопієвої труби та широкої зв'язки матки
N83.9 Незапальні хвороби яєчника, фаллопієвої труби та широкої зв'язки, неуточнені
N84 Поліп жіночих статевих органів
N84.0 Поліп тіла матки
N84.1 Поліп шийки матки
N84.2 Поліп піхви
N84.4 Поліп вульви
N84.8 Поліп інших відділів жіночих статевих органів
N84.9 Поліп жіночих статевих органів, неуточнений
N85 Інші незапальні хвороби матки, за винятком шийки матки
N85.0 Залозиста гіперплазія ендометрію
N85.1 Аденоматозна гіперплазія ендометрію
N85.2 Гіпертрофія матки
N85.3 Субінволюція матки
N85.4 Неправильне положення матки
N85.5 Інверсія матки (виворіт)
N85.6 Внутрішньоматкові синехії
N85.7 Гематометра
N85.8 Інші уточнені незапальні хвороби матки
N85.9 Незапальні хвороби матки, неуточнені
N86 Ерозія та ектропіон шийки матки
N87 Дисплазія шийки матки
N87.0 Слаковиражена дисплазія шийки матки
N87.1 Помірна дисплазія шийки матки
N87.2 Різко виражена дисплазія шийки матки, не класифікована в інш. рубриках
N87.9 Дисплазія шийки матки, неуточнена
N88 Інші незапальні хвороби шийки матки
N88.0 Лейкоплакія шийки матки
N88.1 Старий розрив шийки матки
N88.2 Стриктура і стеноз шийки матки
N88.3 Недостатність шийки матки
N88.4 Гіпертрофічне видовження шийки матки
N88.8 Інші уточнені незапальні хвороби шийки матки
N88.9 Незапальні хвороби шийки матки, неуточнені
N89 Інші незапальні хвороби піхви
N89.0 Слаковиражена дисплазія
N89.1 Помірна дисплазія піхви
N89.2 Різко виражена дисплазія піхви, не класифікована в інших рубриках
N89.3 Дисплазія піхви, неуточнена
N89.4 Лейкоплакія піхви
N89.5 Стриктура та атрезія піхви
N89.6 Щільна дівоча пліва
N89.7 Гематокольпос
N89.8 Інші уточнені незапальні хвороби піхви
N89.9 Незапальні хвороби піхви, неуточнені
N90 Інші незапальні ураження вульви та промежини
N90.0 Слабовиражена дисплазія вульви
N90.1 Помірна дисплазія вульви
N90.2 Різко виражена дисплазія вульви, не класифікована в інших рубриках
N90.3 Дисплазія вульви, неуточнена
N90.4 Лейкоплакія вульви
N90.5 Атрофія вульви
N90.6 Гіпертрофія вульви
N90.7 Кіста вульви
N90.8 Інші уточнені незапальні хвороби вульви та промежини
N90.9 Незапальні хвороби вульви та промежини, неуточнені
N91 Відсутність менструацій, мізерні та нечасті менструації
N91.0 Первинна аменорея
N91.1 Вторинна аменорея
N91.2 Аменорея, неуточнена
N91.3 Первинна олігоменорея
N91.4 Вторинна олігоменорея
N91.5 Олігоменорея, неуточнена
N92 Надмірна, часта та нерегулярна менструація
N92.0 Надмірна і часта менструація з регулярним циклом
N92.1 Надмірна і часта менструація з нерегулярним циклом
N92.2 Надмірна менструація в період статевого дозрівання

N92.3 Овуляційна кровотеча
N92.4 Надмірна кровотеча в передменопаузальний період
N92.5 Інші уточнені форми нерегулярних менструацій
N92.6 Нерегулярна менструація, неуточнена
N93 Інші патологічні кровотечі із матки та піхви
N93.0 Післякоїтальна або контактна кровотеча
N93.8 Інші уточнені кровотечі з матки і піхви
N93.9 Патологічні маткові та піхвові кровотечі, неуточнені
N94 Біль та інші стани, пов'язані з жіночими статевими органами та менструальним циклом
N94.0 Біль в середині менструального циклу
N94.1 Відсутність лібідо (диспареунія)
N94.2 Вагінізм
N94.3 Синдром передменструального напруження
N94.4 Первинна дисменорея
N94.5 Вторинна дисменорея
N94.6 Дисменорея, неуточнена
N94.8 Інші уточнені стани, пов'язані з жіночими статевими органами і менструальним циклом
N94.9 Стани, пов'язані з жіночими статевими органами і менструальним циклом, неуточнені
N95 Порушення менопаузи та інші розлади в період перед менопаузою
N95.0 Післяменопаузна кровотеча
N95.1 Менопауза і клімактеричний стан у жінок
N95.2 Атрофічний вагініт в період після менопаузи
N95.3 Стани, пов'язані із штучною менопаузою
N95.8 Інші уточнені порушення в період менопаузи та після менопаузи
N95.9 Порушення в період менопаузи та після менопаузи, неуточнені
N96 Звичний викидень
N97 Жіноча безплідність
N97.0 Жіноча безплідність, пов'язана з відсутністю овуляції
N97.1 Жіноча безплідність трубного походження
N97.2 Жіноча безплідність маткового походження
N97.3 Жіноча безплідність шийкового походження
N97.4 Жіноча безплідність, пов'язана з чоловічими факторами
N97.8 Інші форми жіночої безплідності
N97.9 Жіноча безплідність, неуточнена
N98 Ускладнення, пов'язані зі штучним заплідненням
N98.0 Інфекції, пов'язані із штучним заплідненням
N98.1 Гіперстимуляція яєчників
N98.2 Ускладнення внаслідок спроби імплантації заплідненої яйцеклітини, після екстракорпорального запліднення.
N98.3 Ускладнення після спроби імплантації ембріона
N98.8 Інші ускладнення, пов'язані із штучним заплідненням
N98.9 Ускладнення, пов'язані із штучним заплідненням, неуточнені
O00 Позаматкова вагітність
O00.0 Абдомінальна (черевна) вагітність
O00.1 Трубна вагітність
O00.2 Яєчникова вагітність
O00.8 Інші форми позаматкової вагітності
O00.9 Позаматкова вагітність, неуточнена
O01 Міхуровий занесок
O01.0 Класичний міхуровий занесок
O01.1 Неповний та частковий міхуровий занесок
O01.9 Міхуровий занесок, неуточнений
O03 Спонтанний аборт
Включено: викидень
O04 Медичний аборт
Включені: переривання вагітності
легальне
за медичними показаннями
аборт за медичними показаннями
O05 Інші види аборту
O06 Неуточнений аборт
Включено: штучний аборт БДВ
O07 Невдала спроба аборту
Включено: невдала спроба штучного аборту

O07.0 Невдалий медичний аборт, ускладнений інфекцією статевих шляхів та тазових органів
O07.1 Невдалий медичний аборт, ускладнений тривалою чи надмірною кровотечею
O07.2 Невдалий медичний аборт, ускладнений емболією
O07.3 Невдалий медичний аборт з іншими і неуточненими ускладненнями.
O07.4 Невдалий медичний аборт, без ускладнень
O07.5 Інші та неуточнені невдалі спроби аборту, ускладнені інфекцією статевих шляхів і тазових органів
O07.6 Інші та неуточнені невдалі спроби аборту, ускладнені тривалою або надмірною кровотечею
O07.7 Інші та неуточнені невдалі спроби аборту, ускладнені емболією
O07.8 Інші та неуточнені невдалі спроби аборту з іншими та неуточненими ускладненнями
O07.9 Інші та неуточнені невдалі спроби аборту без ускладнень

O08 Ускладнення внаслідок аборту, позаматкової та молярної вагітності
O08.0 Інфекція статевих шляхів і тазових органів внаслідок аборту, позаматкової та молярної вагітності
O08.1 Тривала або масивна кровотеча внаслідок аборту, позаматкової та молярної вагітності
O08.2 Емболія внаслідок аборту, позаматкової та молярної вагітності
O08.3 Шок внаслідок аборту, позаматкової та молярної вагітності
O08.4 Ниркова недостатність внаслідок аборту, позаматкової та молярної вагітності
O08.5 Метаболічні порушення внаслідок аборту, позаматкової та молярної вагітності
O08.6 Ушкодження органів та тканин малого таза внаслідок аборту, позаматкової та молярної вагітності
O08.7 Інші венозні ускладнення внаслідок аборту, позаматкової та молярної вагітності
O08.8 Інші ускладнення внаслідок аборту, позаматкової та молярної вагітності
O08.9 Ускладнення внаслідок аборту, позаматкової та молярної вагітності, неуточнені

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бодяжина В.И., Жмакин К.Н. Гинекология. — М.: Медицина, 1977. — 115 с.
2. Бодяжина В.И., Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. — М.: Медицина, 1990. — 264.с.
3. Бохман Я.П. Руководство по онкогинекологии. — Л.: Медицина, 1989. — 464 с.
4. Гинекологическая эндокринология/Под ред. К.Н. Жмакина. — М.: Медицина, 1980. — 240 с.
5. Грязнова И.Н. Внематочная беременность. — М.: Медицина, 1980. — 144 с.
6. Жарких А.В. Акушерство и гинекология. — К.: Здоров'я, 1994. — 313 с.
7. Жиляев Н.И. Неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов. — Тернопіль, 1977. — 198 с.
8. Загребина В.А., Торчинов А.М. Гинекология. — М.: Медицина, 1991. — 272 с.
9. Запорожан В.Н., Цегельський М.Р. Акушерство і гінекологія. — К: Здоров'я, 1996. — 412 с.
10. Кретова Н.Ю., Смирнова Л.М. Акушерство и гинекология. —М.: Медицина, 1985. — 320 с.
11. Малевич К.И., Русакевич П.С. Лечение и реабилитация при гинекологических заболеваниях. — Минск: Вишэйшая школа, 1994. —368 с.
12. Михайленко Е.Т., Бублик-Дорняк Г.Н. Гинекология. — К: Вища школа, 1979. — 432 с.
13. Михайленко О.Т., Степанківська Г.К. Гінекологія. — К: Здоров'я, 1999. — 432 с.
14. Пасєчко Н.В. Основи сестринської справи. — Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. — 496 с.
15. Практическая гинекология/Под ред. Тимошенко Л.В. — К.: Здоров'я, 1988. — 520 с.
16. Рембез И.Н. Оперативная гинекология. — К: Здоров'я, 1976. — 256 с.
17. Селезнева Н.Д. Неотложная помощь в гинекологии. — М.: Медицина, 1986. — 176 с.
18. Стругацкий В.М. Физические факторы в акушерстве и гинекологии. — М.: Медицина, 1981. — 208 с.
19. Тимофеев Н.С., Тимофеев Н.Н. Асептика и антисептика. — М.: Медицина, 1977. — 176 с.
20. Травянко Т.Д., Сольский Я.П. Справочник по акушерско-гинекологической эндокринологии. — К.: Здоров'я, 1985. — 208 с.
21. Хміль С.В., Кучма З.М., Романчук Л.І. Гінекологія. — Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. — 329 с.
22. Хміль С.В., Кучма З.М., Романчук Л.І. Гінекологія. — Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. — 544 с.
23. Хміль С.В., Романчук Л.І., Кучма З.М. Медсестринство в гінекології. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. — 400 с.
24. Хміль С.В., Романчук Л.І., Кучма З.М. Медсестринство в гінекології. Друге видання. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2006. — 380 с.

25. Howard W. Jones III, Anne Colston Wentz, Lonnie S. Burnett. Novak's Textbook of Gynecology. — Baltimore, 1985. — p. 919
26. Blanc Bernard, Boubli Leon, Gynecologia. — Wroclaw, 1995. — s. 612
27. Pschyrembla W., Strauss G., Petrie E. Ginekologia praktyczna. — Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1994. s. 844.
28. Brewer I. John, De Costa J. Edwin. Textbook of Gynecology. — Baltimore, Md., 1967. p. 918.
29. Dryan D. Cowan, David B. Seiter. Clinical Reproductive Medicine. — Philadelphia — New York: Lippincott — Raven, 1997. p. 292.
30. Richard L. Berman. Clinical symposia. Current Perspectives in Gynecology. — New Jersey, 1985. p. 32.
31. Наказ № 59 від 10.02.2003 «Про удосконалення заходів щодо профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в пологових будинках (акушерських стаціонарах)». Київ. — 112 с.
32. Наказ № 620 від 29.12.2003 «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні». Київ. — 285 с.
33. Наказ № 676 від 31.12.2004. «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги». Київ. — 162 с.
34. Наказ № 582 від 15.12.2003. «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги». Київ. — 150 с.

Передмова 3

РОЗДІЛ І

ПОНЯТТЯ ПРО ГІНЕКОЛОГІЮ.
ОСНОВНІ ЕТАПИ РОЗВИТКУ ГІНЕКОЛОГІЇ.
МЕДИЧНА ДЕОНТОЛОГІЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ СПІЛКУВАННЯ
З ХВОРИМИ В ГІНЕКОЛОГІЇ 5

РОЗДІЛ ІІ

ОРГАНІЗАЦІЯ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ.
САНІТАРНО-ПРОТИЕПІДЕМІЧНИЙ РЕЖИМ
ГІНЕКОЛОГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ.
АСЕПТИКА ТА АНТИСЕПТИКА В ГІНЕКОЛОГІЇ 21

Організація амбулаторної гінекологічної допомоги 24
Організація гінекологічної допомоги в сільській місцевості 32
Організація стаціонарної гінекологічної допомоги 35
Принципи асептики та антисептики в гінекології 44
Санітарно-протиепідемічний режим гінекологічного стаціонару 44
Особливості професійної профілактики інфікування
вірусним гепатитом та СНІДом 52
Основи законодавства України про охорону здоров'я жінки 54

РОЗДІЛ ІІІ

КЛІНІЧНА АНАТОМІЯ ТА ФІЗІОЛОГІЯ
ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ 57

Зовнішні жіночі статеві органи 57
Внутрішні статеві органи 59
Фізіологія жіночих статевих органів 68
Біологічні ефекти статевих та гонадотропних гормонів 79
Анатомо-функціональні особливості жіночої статевої сфери
у різні вікові періоди життя жінки 84

РОЗДІЛ ІV

МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ 89
Об'єктивне обстеження 93
Основні методи гінекологічного обстеження 95
Додаткові методи гінекологічного обстеження 99

Методи функціональної діагностики ... 104
Ендоскопічні методи дослідження ... 106
Інструментальні методи дослідження ... 110
Ультразвукове дослідження ... 116
Рентгенологічні методи дослідження ... 117
Радіоімунологічні методи ... 119
Медико-генетичне обстеження ... 120

РОЗДІЛ V

ПОРУШЕННЯ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ ... 122

Класифікація порушень менструальної функції ... 122
Аменорея ... 123
Гіпоталамічна аменорея ... 124
Гіпофізарна аменорея ... 127
Яєчникова аменорея ... 128
Маткова форма аменореї ... 129
Дисфункційні маткові кровотечі ... 130
Овуляторні маткові кровотечі ... 131
Ановуляторні маткові кровотечі ... 133
Ювенільні маткові кровотечі ... 137
Принципи консервативного лікування дисфункційних маткових кровотеч ... 142
Нейроендокринні синдроми ... 145
Вірильний синдром ... 154
Дисгормональні захворювання молочних залоз ... 155
Роль фельдшера, акушерки в роботі з пацієнтками з порушеннями менструального циклу ... 158

РОЗДІЛ VI

АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ ТА НЕПРАВИЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ ... 160

Розвиток жіночих статевих органів у ембріональному періоді ... 160
Аномалії розвитку зовнішніх статевих органів ... 163
Аномалії розвитку матки та піхви ... 163
Аномалії розвитку яєчників ... 167
Затримка статевого розвитку ... 171
Неправильні положення матки ... 173
Опущення та випадіння матки ... 175
Виворот матки ... 180
Перекрут матки ... 180

РОЗДІЛ VII

ДИТЯЧА ГІНЕКОЛОГІЯ ... 181

Організація гінекологічної допомоги дітям ... 181
Анатомо-фізіологічні особливості статевого апарату дівчинки ... 181
Обстеження дівчаток із гінекологічними захворюваннями ... 183

Аномалії розвитку статевих органів у дівчаток 185
Порушення статевого розвитку у дівчаток 188
Передчасне статеве дозрівання 189
Затримка статевого розвитку 190
Запальні захворювання статевих органів у дівчаток 192
Пухлини статевих органів у дівчаток 194
Травми статевих органів у дівчаток 195
Гігієна дівчаток 195

РОЗДІЛ VIII

БЕЗПЛІДНИЙ ШЛЮБ 197

Чоловіча безплідність 197
Жіноча безплідність 199
Ендокринна безплідність 199
Трубна та перитонеальна безплідність 200
Безплідність, викликана матковими та цервікальними факторами 202
Імунологічні фактори безплідності 203
Деонтологічні аспекти безплідності 204
Допоміжні репродуктивні технології 205
Основи жіночої сексології 207
Гігієна дорослої жінки 211

РОЗДІЛ IX

НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА В ГІНЕКОЛОГІЇ 213

Позаматкова вагітність 213
Рідкісні форми позаматкової вагітності 223
Лікування позаматкової вагітності 226
Апоплексія яєчника 227
Розрив піосальпінкса 229
Перекрут ніжки пухлини 230
Маткові кровотечі 231
Травми жіночих статевих органів 233

РОЗДІЛ X

ЕНДОМЕТРІОЗ. ТРОФОБЛАСТИЧНА ХВОРОБА 235

Ендометріоз 235
Трофобластична хвороба 239
Міхуровий занесок 239
Хоріонепітеліома 242

РОЗДІЛ XI

ЗАХВОРЮВАННЯ ШИЙКИ МАТКИ 245

Особливості будови шийки матки 247
Фонові захворювання шийки матки 248

Справжня ерозія шийки матки ... 248
Несправжня ерозія шийки матки ... 249
Поліпи слизової оболонки цервікального каналу ... 252
Ендометріоз ... 253
Папілома шийки матки ... 253
Ектропіон ... 254
Лейкоплакія шийки матки ... 255
Передракові захворювання шийки матки ... 257
Дисплазія ... 257
Лейкоплакія з атипією ... 260
Еритроплакія ... 260
Аденоматоз шийки матки ... 260
Рак шийки матки ... 261

РОЗДІЛ XII

ЗАХВОРЮВАННЯ МАТКИ.
ДОБРОЯКІСНІ ТА ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ТІЛА МАТКИ ... 269

Міома матки ... 269
Фіброміома матки і вагітність ... 278
Синехії внутрішньоматкові ... 280
Передракові стани ендометрія ... 281
Рак тіла матки ... 284
Саркома матки ... 289

РОЗДІЛ XIII

ДОБРОЯКІСНІ ТА ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ЯЄЧНИКІВ ... 291

Класифікація пухлин яєчників ... 291
Небластоматозні непроліферативні пухлини яєчників (кісти яєчників) ... 292
Кіста яєчника фолікулярна ... 292
Кіста жовтого тіла ... 293
Текалютеїнові кісти ... 294
Параоваріальна кіста ... 294
Бластоматозні проліферативні пухлини яєчників (кістоми яєчників) ... 295
Кістома яєчника серозна (циліоепітеліальна) ... 295
Кістоми яєчника папілярні ... 296
Кістома яєчника муцинозна (псевдомуцинозна) ... 297
Псевдоміксома ... 298
Фіброма яєчника ... 298
Особливі форми пухлин яєчників ... 299
Андробластома (аренобластома) ... 299
Текома (текаклітинна пухлина) ... 299
Фолікулома ... 300
Кіста дермоїдна ... 300
Пухлина Бреннера ... 301
Діагностика доброякісних пухлин яєчників ... 301

Ускладнення кіст і кістом яєчників ... 302
Рак яєчників ... 303
Дисгермінома ... 309
Тератобластома яєчника ... 309
Рак маткової труби ... 310

РОЗДІЛ XIV

ДОБРОЯКІСНІ ТА ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ЗОВНІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ ТА ПІХВИ ... 311

Кіста великої залози присінка піхви ... 312
Кіста гартнерового ходу ... 312
Передракові захворювання вульви ... 312
Лейкоплакія вульви ... 312
Крауроз вульви ... 313
Хвороба Боуена ... 313
Хвороба Педжета ... 314
Рак зовнішніх статевих органів (вульви) ... 314
Рак піхви ... 315
Догляд за хворими на рак ... 316

РОЗДІЛ XV

ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ ... 319

Запальні захворювання неспецифічної етіології ... 320
Бартолініт ... 320
Вульвіт ... 321
Вагінізм ... 322
Кольпіт ... 323
Бактеріальний вагіноз ... 324
Ендоцервіцит ... 326
Гострий ендометрит ... 327
Хронічний ендометрит ... 329
Сальпінгоофорит ... 330
Параметрит ... 335
Гнійні тубооваріальні пухлини ... 337
Пельвіоперитоніт ... 339
Септичні захворювання ... 341
Перитоніт ... 341
Септичний (бактеріально-токсичний) шок ... 346
Сепсис ... 351
Запальні захворювання специфічної етіології ... 355
Хвороби, що передаються статевим шляхом (класифікація ВООЗ) ... 355
Гонорея ... 356
Урогенітальний трихомоніаз ... 360
Урогенітальний хламідіоз ... 363
Урогенітальний мікоплазмоз ... 365

Кандидозний вульвовагініт ... 366
Ентеробіоз (гострики) ... 368
Сифіліс ... 368
СНІД ... 371
Вірусні захворювання ... 374
Герпетична інфекція ... 374
Папіломавірусна інфекція ... 376
Контагіозний молюск ... 378
Цитомегаловірусна інфекція ... 379
Туберкульоз статевих органів ... 380
Площиці ... 384
Роль середніх медичних працівників у профілактиці та догляді за хворими на запальні процеси жіночих статевих органів ... 385

РОЗДІЛ XVI

КОНСЕРВАТИВНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ... 386

Лікувально-охоронний режим та харчування хворих ... 386
Лікування холодом і теплом ... 387
Спринцювання піхви ... 388
Вагінальні ванночки ... 390
Вагінальні тампони ... 391
Медикаментозне лікування ... 392
Антибактеріальна терапія ... 392
Імунотерапія ... 405
Гормонотерапія ... 407
Кровозупинні засоби ... 412
Фітотерапія в гінекології ... 416
Фізіотерапія в гінекології ... 418
Санаторно-курортні методи лікування ... 421

РОЗДІЛ XVII

ОПЕРАТИВНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ В ГІНЕКОЛОГІЇ ... 424

Операційний блок ... 425
Стерилізація інструментарію ... 427
Підготовка хворої до операції ... 429
Знеболювання гінекологічних операцій ... 430
Обов'язки операційної медичної сестри ... 432
Черевностінкові гінекологічні операції ... 434
Вагінальні операції ... 440
Малі гінекологічні операції ... 442
Ендоскопічні операції ... 447
Догляд за хворою в післяопераційному періоді ... 449
Ускладнення післяопераційного періоду ... 451

РОЗДІЛ XVIII

НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ.
ПРИНЦИПИ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ПРИ РАННІХ ТЕРМІНАХ ВАГІТНОСТІ .. 454

Мимовільний аборт 454
Лікування та догляд за хворою 458
Принципи фармакотерапії у ранні терміни вагітності 462

РОЗДІЛ XIX

ОСНОВИ УРОГІНЕКОЛОГІЇ 464

Запальні захворювання сечовидільної системи 464
Захворювання сечостатевої системи при опущенні та випадінні
вагіни та матки 468
Пієлонефрит 469
Пошкодження сечовидільних органів під час гінекологічних операцій 470
Зміни в сечовидільній системі, спричинені новоутворами
та променевою терапією 472

РОЗДІЛ XX

РОЛЬ КОНТРАЦЕПЦІЇ В ПЛАНУВАННІ СІМ'Ї
ТА ОХОРОНІ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ 474

Гормональна контрацепція 475
Внутрішньоматкова контрацепція (ВМК) 480
Бар'єрні методи контрацепції 481
Природні методи планування сім'ї 482
Метод лактаційної аменореї 484
Хірургічна контрацепція 484
Невідкладна контрацепція 484

ДОДАТОК I

АЛГОРИТМИ ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК 486

ДОДАТОК II

МІЖНАРОДНА СТАТИСТИЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ ХВОРОБ МКХ-10 513

НАВЧАЛЬНЕ ВИДАННЯ

Стефан Хміль, Зінаїда Кучма, Леся Романчук

ГІНЕКОЛОГІЯ

Художник *Віталій Савчук*
Фотограф *Любов Луковецька*
Комп'ютерна верстка *Олена Березовська*
Редактор *Людмила Вальчук*

Підписано до друку 20.09.06. Формат 70x100/16. Папір офсетний.
Гарнітура Times. Друк офсетний. 42,70 ум. др. арк., 37,80 обл.-вид. арк.
Тираж 5000. Замовлення №06-196.
Редакція газети «Підручники і посібники». Свідоцтво ТР №189 від 10.01.96.
46010, м. Тернопіль, вул. Поліська, 6а
Тел. 8-(0352)-43-15-15; 43-10-21. E-mail: pp@pp.utel.net.ua
www.pp.utel.net.ua