Комунальний заклад Київської обласної ради
«Чорнобильський медичний фаховий коледж»

ЗАТВЕРДЖУЮ
Заступник директора
з навчальної роботи
Тетяна САЛОБУТА
“___”_____20__р.

Циклова комісія ***клінічних дисциплін***

Галузь знань: **22 Охорона здоров’я**
Спеціальність: **223 Медсестринство**
Освітньо-професійна програма: **Сестринська справа**
Освітньо-професійний ступінь: **Фаховий молодший бакалавр**
Вид освітнього компонента: **Нормативна**
Мова викладання: **Українська**

КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ З ОСВІТНЬОГО КОМПОНЕНТА

«Медсестринство в гінекології, репродуктивне здоров'я та планування сім'ї»

Викладачка медсестринства в гінекології, репродуктивного здоров'я та планування сім'ї
Тетяна Кравченко,
викладач вищої категорії, викладач-методист

СХВАЛЕНО
на засіданні ЦК клінічних дисциплін
Протокол № __ від «___» _____ 202
Голова ЦК _____ Марія ШУЛЛА

Яготин
2025

ТЕМИ ЛЕКЦІЙНИХ ЗАНЯТЬ З ОСВІТНЬОГО КОМПОНЕНТА
«Медсестринство в гінекології, репродуктивне здоров'я та планування сім'ї»

№ п/п	Назва теми	Кількість годин
	4 семестр	
	Розділ 1. **Організація гінекологічної допомоги в Україні**	
1	Організація гінекологічної допомоги в Україні. Основи законодавства України про охорону здоров'я жінки. Медична етика та деонтологія в гінекології. Охорона праці в галузі	**2**
	Розділ 2. **Методи обстеження гінекологічних хворих**	
2	Методика обстеження гінекологічних хворих. Основні та додаткові методи обстеження гінекологічних хворих.	**2**
	Розділ 3. **Основні гінекологічні захворювання**	
3	Неспецифічні та специфічні запальні захворювання жіночих статевих органів.	**2**
4	Доброякісні пухлини: класифікація, етіологія, патогенез, клініка, лікування, ускладнення, профілактика	**2**
5	Злоякісні пухлини: класифікація, етіологія, патогенез, клініка, лікування, ускладнення, профілактика	**2**
6	Циклічні та ациклічні розлади менструальної функції: етіопатогенез, класифікація, лікування, невідкладна допомога	**2**
7	Неправильні положення та аномалії розвитку жіночих статевих органів: класифікація, причини, клініка, лікування, профілактика	**2**
8	Невідкладна допомога в гінекології	**2**
	Розділ 4. **Загальні методи лікування гінекологічних хворих та догляд за ними**	
9	Консервативні методи лікування гінекологічних хворих. Передопераційна підготовка та післяопераційний догляд за гінекологічними хворими	**2**
	Розділ 5. **Основи репродуктивного здоров'я** ***Розділ 6.*** **Методи контрацепції**	
10	Репродуктивне здоров'я та планування сім'ї. Біологічні основи репродуктивної системи жінки та чоловіка. Форми природного планування сім'ї.	**2**

	Гормональна контрацепція. Пролонговані контрацептиви. Інєкційні контрацептиви. Імплантанти.	
11	Бар'єрні методи контрацепції та сперміциди. Внутрішньоматкові засоби (ВМЗ). Контрацепція для підлітків. Використання кільця "Нова Ринг". Післяпологова контрацепція. Метод лактаційної аменореї.	**2**
12	Невідкладна контрацепція. Методи стерилізації. Метод добровільної хірургічної стерилізації (ДХС) жінок. Метод добровільної хірургічної стерилізації (ДХС) чоловіків. Простагландини. Безпліддя. Основи сексології.	**2**
	Всього	**24**

Лекція № 1

Тема лекції: Організація гінекологічної допомоги в Україні. Основи законодавства України про охорону здоров'я жінки. Медична етика та деонтологія в гінекології. Охорона праці в галузі

Мета:

Навчальна:

Знати:

1. Гінекологія як наука.
2. Історію розвитку гінекології в Україні. Відомих вчених акушерів-гінекологів.
3. Сучасну організацію надання гінекологічної допомоги.
4. Лікувально-профілактичні установи, у яких надається гінекологічна допомога.
5. Роботу медичної сестри у гінекологічному відділенні.
6. Вимоги до особистої гігієни медичного персоналу.
7. Про асептику та антисептику.
8. Оброблення інструментів та матеріалу.
9. Поняття про етику та деонтологію в гінекології.
10. Основи законодавства України про охорону здоров'я жінки. Нормативно-правові документи, що забезпечують охорону праці в галузі.

Вміти:

1. Визначити поняття «гінекологія як наука».

2. Розповісти про історію розвитку гінекології в Україні та відомих вчених акушерів-гінекологів.

3. Розповісти про сучасну організацію надання гінекологічної допомоги та лікувально-профілактичні установи, у яких надається гінекологічна допомога.
4. Розповісти про роботу медичної сестри у гінекологічному відділенні.
5. Пояснити поняття асептика та антисептика.
6. Розповісти про оброблення інструментів та матеріалу.
7. Розповісти про етику та деонтологію в гінекології.
8. Розповісти про основи законодавства України про охорону здоров'я жінки. Нормативно-правові документи, що забезпечують охорону праці в галузі.

Виховна:

Формувати якості притаманні медичному працівнику:
- уважність;
- спостережливість;
- тактовність;
- виховувати зацікавленість дисципліною, прагнення отримувати нові знання самостійно;
- виховувати професійні риси, почуття відповідальності, творче мислення.

Загальні компетентності (ЗК)

ЗК. 3. Усвідомлення рівних можливостей та гендерних проблем.
ЗК. 4. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
ЗК. 8. Здатність до міжособистісної взаємодії.

Спеціальні (фахові) компетентності (СК)

СК. 1. Здатність до застосовування професійних стандартів та нормативно-правових актів у повсякденній медичній практиці.
СК. 10. Здатність до забезпечення безпеки пацієнта, дотримання принципів інфекційної та особистої безпеки, збереження здоров'я у процесі здійснення догляду, виконання маніпуляцій, процедур, при переміщенні та транспортуванні пацієнта, наданні екстреної медичної допомоги.
СК. 14. Здатність до дотримання принципів медичної етики та деонтології.

Програмні результати навчання (РН)

РН. 1. Вільно спілкуватися державною та іноземною мовами для комунікації, ведення медичної та іншої ділової документації.
РН. 5. Дотримуватися правил охорони праці та безпеки життєдіяльності.
РН. 6. Обирати тактику спілкування з пацієнтами та членами їхніх родин, колегами, дотримуючись принципів професійної етики, толерантної та неосудної поведінки при здійсненні професійної діяльності, з урахуванням соціальних, культурних, гендерних та релігійних відмінностей.
РН. 8. Вживати заходи спрямовані на створення безпечного лікарняного середовища та дотримання лікувально-охоронного режиму, в інтересах збереження власного здоров'я та зміцнення здоров'я пацієнта.

РН. 19. Здійснювати взаємозалежні професійні функції з метою забезпечення якісної медичної допомоги населенню.

План лекції

1. Гінекологія як наука.
2. Історія розвитку гінекології в Україні.
3. Відомі вчені акушери-гінекологи.
4. Сучасна організація надання гінекологічної допомоги.
5. Лікувально-профілактичні установи, у яких надається гінекологічна допомога.
6. Робота медичної сестри у гінекологічному відділенні.
7. Поняття про асептику та антисептику.
8. Оброблення інструментів та матеріалу.
9. Вимоги до особистої гігієни медичного персоналу.
10. Поняття про етику та деонтологію в гінекології.
11. Основи законодавства України про охорону здоров’я жінки. Нормативно-правові документи, що забезпечують охорону праці в галузі.

Зміст лекції

ОРГАНІЗАЦІЯ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ. ОСНОВИ ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ ПРО ОХОРОНУ ЗДОРОВ’Я ЖІНКИ. МЕДИЧНА ЕТИКА ТА ДЕОНТОЛОГІЯ В ГІНЕКОЛОГІЇ. ОХОРОНА ПРАЦІ В ГАЛУЗІ

ОРГАНІЗАЦІЯ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ.

Здоров'я жінки — це здоров'я нації. Тому перед медичними закладами України, що здійснюють лікувально-профілактичну допомогу гінекологічним хворим, стоїть відповідальне завдання — зниження кількості захворювань статевої сфери жінки та запобігання їх виникненню. Це завдання тим більш непросте, оскільки за сучасних умов виникають все нові й нові фактори ризику розвитку захворювань у жінок, пов'язані з міграцією населення, урбанізацією, зміною статевої поведінки молоді: ранній початок статевого життя, безвідповідальне ставлення окремих молодих жінок до питань шлюбу та подружньої вірності. Усе це ставить під загрозу майбутню репродуктивну функцію таких жінок, а отже відбивається на демографічних показниках і є надзвичайно важливим для держави в цілому.

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 як підрозділ поліклініки. Поряд з цим ще існують самостійні жіночі консультації. Наявність гінекологічних відділень у багатопрофільних лікарнях або медико-санітарних частинах дає можливість більш 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. Відділ акушерсько-гінекологічної допомоги здійснює організаційно-методичне керівництво роботою акушерсько-гінекологічних закладів країни шляхом видання наказів, методичних листів, рекомендацій, планує і здійснює виїзди в області та райони з метою перевірки та надання практичної допомоги в організації роботи на місцях, а також контролює роботу лікувальних закладів шляхом аналізу річних звітів. Значну допомогу в роботі відділу надають Асоціація акушерів-гінекологів та Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України. В областях методичне керівництво акушерсько-гінекологічними закладами здійснює Управління охорони здоров'я через головних спеціалістів.

Основним закладом поліклінічної акушерсько-гінекологічної допомоги є жіноча консультація. Вона обслуговує населення, яке проживає на закріпленій за нею території міста. Більшість жіночих консультацій є функціональними підрозділами пологових будинків, поліклінік, медико-саштарних частин чи інших лікувальних закладів. В основу лікувально-профілактичної роботи жіночої консультації закладений принцип диспансерного обслуговування жінок, що проживають у районі її діяльності.

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

Завдання жіночої консультації:

- надання кваліфікованої акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам, які проживають у зоні обслуговування;
- вчасне виявлення та взяття на облік вагітних жінок (до 12 тижнів);
- систематичне спостереження за вагітною, при необхідності — направлення її на лікування в стаціонар або проведення амбулаторного лікування ускладнень, що виникли;
- післяпологовий патронаж;
- 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, їх систематичне спостереження, обстеження та лікування.
- надання соціально-правової допомоги вагітним жінкам;

• проведення санітарно-освітньої роботи, забезпечення постійного зв'язку з пологовим будинком і гінекологічним стаціонаром.

У деяких великих містах організовуються так звані базові жіночі консультації, які, крім своєї основної роботи виконують ще й функції консультативного центру. У них, як правило, концентруються всі види спеціалізованої акушерсько-гінекологічної допомоги — лікування безпліддя, патологічного клімаксу, невиношування вагітності тощо.

На кожну жінку, яка звертається за гінекологічною допомогою, заводиться Медична карта амбулаторної хворої(обл.ф-ма № 0-25), куди вносяться всі дані про огляд, діагноз, перебіг захворювання. Коли вперше встановлено діагноз, лікар заповнює статистичний талон для реєстрації остаточних або уточнених діагнозів. Лікування, призначене гінекологом, може виконуватися в умовах процедурного кабінету лікарем чи акушеркою, а також вдома самою пацієнткою.

В амбулаторних умовах найчастіше проводиться консервативне лікування при запальних процесах зовнішніх статевих органів, вагіни і шийки матки. Використовують внутрішньом'язові та внутрішньовенні ін'єкції, вагінальні ванночки, тампони, змащування, промивання уретри та сечового міхура тощо. Лікар вирішує питання про необхідність госпіталізації, як планової, так і екстреної. Перевірку фактичної госпіталізації здійснює дільнична акушерка. Після виписування пацієнтки із стаціонару лікар жіночої консультації вирішує питання про методи реабілітації, у тому числі й санаторно-курортне лікування. Одним із важливих розділів роботи жіночої консультації є диспансеризація.

Диспансеризація — це активне виявлення хворих на ранніх стадіях захворювання, динамічне спостереження і проведення комплексного лікування, проведення заходів із 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 вказують 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. Практично здорових жінок на диспансерний облік не беруть. До цієї групи жінок належать пацієнтки, в яких є деякі відхилення від нормального стану статевих органів, але немає скарг. Вони не потребують систематичного лікування та спостереження, загрози їх здоров'ю немає.

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

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 онко-профоглядів. Кожна жінка повинна двічі на рік проходити профілактичний онкоогляд, який полягає в обстеженні молочних залоз, огляді шийки матки в дзеркалах, взятті мазка на онкоцитологію 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.

При жіночих консультаціях створюють «Школи материнства», в яких проводять фізіопсихопрофілактичну підготовку вагітної до пологів. Розвивається мережа спеціалізованих консультацій «Шлюб і сім'я», центрів планування сім'ї, де подружжя консультують із питань безплідності, невиношування вагітності, амбулаторне обстежують і лікують чоловіка та жінку. Одним із важливих розділів роботи жіночої консультації є надання соціально-правової допомоги на основі
чинного законодавства. Цю роботу виконують юрисконсульти, які входять до штату лікувального закладу.

У жіночій консультації можна виконувати невеликі хірургічні втручання — біопсію шийки матки, аспірацію вмісту порожнини матки для цитологічного дослідження, поліпектомію, діатермокоагуляцію, діатермоексци-зію, діатермопунктуру, введення внутрішньоматкових контрацептивів, гідротубацію.

ОРГАНІЗАЦІЯ СТАЦІОНАРНОЇ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Медична допомога жінкам із захворюваннями статевих органів надається в гінекологічних відділеннях, які є частиною акушерсько-гінекологічного об'єднання або входять до складу загально соматичних лікарень. У багатопрофільній лікарні є можливість надавати гінекологічним хворим лікувальну і консультативну допомогу лікарями інших спеціальностей. Залежно від об'єму та профілю допомоги, якої потребують хворі, гінекологічний стаціонар поділяють на два відділення: консервативної гінекології та оперативної гінекології. Гінекологічні відділення також можуть входити до складу інших спеціалізованих стаціонарів — онкологічного, ендокринологічного тощо.

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'язочну.

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:

- 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 — в кінці робочого дня (миття підлоги, вологе протирання стін, підвіконь, меблів із використанням дезінфектантів); прибирання проводять незалежно від того, були чи не були в цей
. день операції;
- 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 асистент миють руки, одягають операційний одяг, фартухи, маски. Операційна бригада заходить в операційну вже готовою до одягання стерильних халатів та початку операції.

Кімната для підготовки хворої до операції. Готувати хвору до операції найкраще в кімнаті, яка розташована поруч з операційною. Це позбавляє від появи в пацієнтки негативних емоцій при вигляді обстановки 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 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 може міститись 1-2 операційні столи. У «гнійній» операційній оперують не лише хворих із заздалегідь встановленим діагнозом гнійного процесу в статевих органах, але й тих, які підлягають оперативному втручанню за невідкладними показаннями, так як наявність гною може бути діагностована у недостатньо обстежених хворих уже під час операції, тоді операційну слід ретельно прибрати і продезінфікувати.

Операційна, передопераційна та матеріальна знаходяться 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 важливе достатнє освітлення. Слід зважити на те, що черевно-стінкові операції на внутрішніх статевих органах проводять глибоко у по-

рожнині таза, тому найбільш ефективним буде освітлення за допомогою безтіньової лампи. При вагінальних операціях краще користуватись так званими гінекологічними світильниками, що додатково до денного освітлення дозволяє 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.

АСЕПТИКА ТА АНТИСЕПТИКА

Асептика — це сукупність заходів та правил у медицині, спрямованих на запобігання проникненню мікроорганізмів (бактерій, вірусів тощо) у рану, порожнину тіла або організм загалом, створюючи стерильні умови для операцій та маніпуляцій.
На відміну від антисептики (яка знищує вже наявні мікроби), асептика зосереджена на профілактиці інфекції за допомогою стерилізації інструментів, шкіри, повітря та використання стерильних матеріалів.
Основні методи асептики:
Механічні: Миття рук, очищення інструментів перед стерилізацією.
Фізичні: Стерилізація інструментів (кип'ятіння, прожарювання, автоклавування), використання стерильних пов'язок.
Хімічні: Обробка рук та операційного поля антисептичними розчинами.
Біологічні: Використання біологічних факторів для створення стерильності.
Мета асептики:
Створення безмікробного середовища для хірургічних втручань.
Запобігання розвитку гнійних ускладнень, сепсису та інших інфекцій.

Антисептика — це комплекс заходів та засобів для знищення або пригнічення розвитку мікроорганізмів (бактерій, вірусів, грибків) у ранах, на шкірі, слизових оболонках та в організмі загалом, що запобігає інфекціям. Це система лікування та профілактики інфекційних процесів, що включає хімічні, фізичні та біологічні методи, відрізняється від асептики, яка має на меті запобігати потраплянню мікробів у рану ззовні.
Антисептика - це комплекс лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на знищення мікробів у рані або в організмі людини.

Основні аспекти антисептики

Мета: Знищення збудників інфекції вже в організмі або в місці пошкодження, щоб зупинити або попередити інфекцію.
Методи:

Фізична антисептика - профілактика і лікування ранової інфекції шляхом застосування фізичних факторів, що забезпечують загибель мікробів або значне зменшення їх числа, а також руйнування їхніх токсинів (температура, тиск).
Хімічна антисептика - вплив на мікроорганізми хімічними речовинами, що володіють бактерицидну або бактериостатическим дією. Краще, якщо ці речовини згубно впливають на мікрофлору і не надають негативної дії на клітини і тканини організму людини (спирти, йод, хлоргексидин).
Біологічна антисептика - застосування біопрепаратів, що діють як безпосередньо на мікроорганізми та їх токсини, так і діючих через макроорганізму.

Застосування:
Місцеве: Обробка ран, шкіри (спиртові серветки, зеленка).
Загальне: Введення антисептиків в організм (антибіотики).
Відмінність від асептики: Асептика запобігає потраплянню мікробів (стерилізація інструментів, чистота), а антисептика знищує їх там, де вони вже є.
Приклади антисептиків: спиртові розчини, йод, перекис водню, хлоргексидин.

ДЕЗІНФЕКЦІЯ ІНСТРУМЕНТІВ (ГІНЕКОЛОГІЧНІ КАБІНЕТИ)

Основні правила дезінфекції інструментів в гінекологічних кабінетах:
В оглядових гінекологічних кабінетах використовуються різноманітні медичні інструменти одноразового або багаторазового застосування, в тому числі гінекологічні ложки, цитощітки, дзеркала Куско, шпателі Ейра тощо. Вищевказані інструменти належать до групи «критичних», тобто таких, які перед початком використання мають бути стерильними.
Інструменти одноразового використання стерилізуються в заводських умовах і упаковуються в матеріал, який зберігає їх стерильність.
Інструменти багаторазового використання підлягають дезінфекції, передстерилізаційному очищенню і стерилізації.
У випадках, коли в медичній організації відсутні умови для проведення передстерилізаційного очищення в централізованому стерилізаційному відділенні, дезінфекцію доцільно поєднувати з процедурою передстерилізаційного очищення. Для цього використовують наступні сучасні дезінфекційні засоби: «Солізим», «Дезекон ОМ», «Новохлор-екстра», «Санікон», «ФАН», «Санімакс» та інші.

Гінекологічні інструменти одноразового використання, що були у вжитку, перед утилізацією підлягають обов'язковому знезараженню фізичним або хімічним методом, як епідеміологічно небезпечні медичні відходи (клас Б). Для знезараження медичних відходів хімічним методом застосовують засіб «Соліклор» (таблетки або гранули), «Санітаб» і «Новохлор-екстра».

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 площі території, яку обслуговують, віддаленості села від міста, стану доріг. Долікарську допомогу з питань гінекології на селі надають фельдшер та акушерка.

Центром надання кваліфікованої гінекологічної допомоги є центральна районна лікарня (ЦРЛ) або центральна міська лікарня (ЦМЛ). Там працюють лікарі різних профілів — хірурги, анестезіологи, акушери-гінекологи та інші фахівці. Це дає можливість здійснити будь-який об'єм гінекологічної допомоги як у стаціонарах, так і в жіночих консультаціях ЦРЛ (ЦМЛ). Лише у деяких випадках, коли в умовах ЦРЛ(ЦМЛ) немає можливості надати повний об'єм допомоги, хворих направляють у гінекологічні відділення обласних лікарень.

У ЦРЛ(ЦМЛ), як правило, працює декілька акушерів-гінекологів. Один з. них виконує функцію головного районного спеціаліста — керівника і організатора лікувально-профілактичної допомоги вагітним та гінекологічним хворим. Він консультує хворих, при потребі здійснює планові виїзди в усі медичні заклади району, контролює роботу акушерок.

Для надання кваліфікованої допомоги у віддалених селах на базі лікарських амбулаторій та дільничних лікарень створюють так звані виїзні жіночі консультації, які працюють за певним графіком. Досвід показує, що для. надання необхідної допомоги достатньо 2-х виїздів на місяць. Під час таких виїздів медичні працівники безпосередньо на місці надають кваліфіковану діагностичну та лікувальну допомогу як вагітним, так і гінекологічним хворим, відбирають контингент хворих для поглибленого обстеження та лікування.

ОСОБЛИВОСТІ ДЕОНТОЛОГІЇ В ГІНЕКОЛОГІЇ

Обравши за фах мистецтво медицини, людина як особистість та як фахівець ставить перед собою особливі завдання, реалізувати які можна лише за умови високих моральних якостей та певних рис характеру, набувати та вдосконалювати які медична сестра повинна протягом усього свого життя. Високі моральні норми були притаманні представникам медичної професії з давніх часів. Вони були продекларовані два тисячоліття тому безсмертними рядками присяги Гіппократа, і в усі часи, в усі історичні епохи нові покоління медиків їх неухильно дотримувалися. Особливості професійної діяльності медичної сестри вимагають надавати медичну допомогу хворим незалежно від їх національної, расової, партійної належності. Про це говорить присяга Гіппократа: «В який дім я не увійшов би, я увійду туди
для користі хворого, уникаючи всього злого, неправедного та згубного...»
Складовою частиною медичної етики є медична деонтологія — вчення про обов'язок медичного працівника, що регламентує поведінку медиків, взаємовідносини з хворими, колегами, місце у суспільстві. Вона теоретично обґрунтовує вчинки медичної сестри при виконанні своїх професійних обов'язків.

Робота в гінекології вимагає особливих професійних та душевних якостей, оскільки жінкам, а надто хворим жінкам, притаманна надмірна вразливість, тому кожне слово, яке, як відомо, може бути
водночас і ліками, і отрутою, повинно бути зважене, продумане, кожна скарга уважно вислухана, кожна проблема, що у хворої виникає, вчасно виявлена та розв'язана.

Робота в гінекології є особливою ще й зважаючи на те, що гінекологічні проблеми торкаються дуже делікатної, часто інтимної сфери. Великої майстерності потребує опитування хворої, оскільки, збираючи анамнез, медична сестра повинна з'ясувати наявність у пацієнтки та її родичів венеричних, психічних, онкологічних захворювань. Причинами гінекологічних проблем іноді бувають сімейні незгоди, нерегулярне статеве життя. Про такі речі жінці непросто говорити з незнайомою людиною, навіть якщо ця людина має медичний диплом. Вміння знайти контакт із хворою, переконати її, що не задля цікавості, а виключно з метою діагностики ви ставите їй іноді запитання, що стосуються особистого життя, — ознака професіоналізму. Таке опитування не можна проводити у багатомісній палаті в присутності інших хворих чи навіть медичного персоналу, слід створити відповідну обстановку в кабінеті, в оглядовій. Анамнез — це, висловлюючись мовою психологів, «керована розмова», проте керувати нею потрібно непомітно для хворої, спрямовуючи її розповідь у потрібному напрямку у вигляді невимушеної бесіди. Це складно, мистецтву збирання анамнезу потрібно вчитися усе життя, проте неможливо стати хорошим діагностом, не вміючи опитувати хворих. Слід пам'ятати, що якість і надійність анамнестичних даних часто визначає правильність діагнозу, а відтак і лікування.

Розмовляючи з хворою, медична сестра повинна бачити перед собою не лише хворий орган, а хвору людину, особистість з притаманними їй

переживаннями, страхами, відчуттями як фізичними, так і психологічними. Гінекологічний огляд для деяких жінок є непростим випробуванням, і до кожної хворої необхідно знайти індивідуальний підхід. Природна сором'язливість жінки не повинна бути травмована під час огляду, тому в оглядовій не місце стороннім, двері слід тримати зачиненими, краще, якщо гінекологічне крісло буде відділене ширмою. Лише за таких умов створюється атмосфера довіри між медичною сестрою та жінкою, без якої часто не можна з'ясувати причини хвороби, а отже і вчасно надати допомогу.
Для встановлення діагнозу нерідко доводиться вдаватися до додаткових методів обстеження. Їх застосування має бути виправданим, не завдавати хворій додаткових страждань, дослідження повинні бути мінімально болючими та травматичними. Усі призначення, аналізи, обстеження повинні бути обов'язково виконані. Невчасне виконання процедур, призначень, взяття аналізів розцінюється хворими як недбалість, неуважне ставлення до їхнього здоров'я і погіршує результат лікування.
Результати огляду та аналізів, зокрема дослідження вагінальної мікрофлори, може повідомляти хворій тільки лікар. Про те, що у мазку виявлені збуцники захворювань, які передаються статевим шляхом, не повинен дізнатися ніхто, крім самої хворої, за жодних умов не можна інформувати про це її родичів.
Потрібно намагатися приділити однакову увагу всім хворим, враховуючи при цьому характер та психологію кожної пацієнтки.
Часто жінку хвилює, яким чином перенесене захворювання може вплинути на її статеву та репродуктивну функції. Особливо це стосується хворих після операцій на матці та її придатках. Інформацію про об'єм операції та її наслідки має право давати хворій тільки лікар, але часом жінка намагається отримати додаткові дані від середнього медичного персоналу, інших лікарів. Цього у жодному разі не слід робити, так само як і обговорювати призначення лікаря, тактику лікування чи висловлювати сумнів у доцільності операції.
Законом роботи у гінекологічному та, врешті, у будь-якому стаціонарі повинна бути співпраця лікаря, ммолодшого медперсоналу та самої хворої у боротьбі із спільним ворогом — хворобою, і за такої умови високий професіоналізм, ретельність і точність у виконанні призначень, дотримання лікувально- охоронного режиму та принципів деонтології призведуть 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.

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 сімей з дітьми. Вагітна жінка

має право на допомогу у зв'язку з вагітністю та пологами — у терміні ЗО 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 працюючим жінкам складає 100 % їхнього заробітку (доходу); безробітним жінкам вона виплачується у розмірі мінімальної заробітної платні, студенткам — місячної стипендії. Окрім того, сім'я у разі народження живої дитини має право на одноразову допомогу. Вона надається у розмірі чотирикратної мінімальної заробітної платні. Жінкам, які стали на облік у жіночій консультації до 12 тижня вагітності, регулярно відвідували лікаря і виконували його рекомендації, надається ще додаткова допомога у розмірі двократної мінімальної заробітної платні. Незалежно від стажу роботи жінки, їй надається допомога для догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку. Вона виплачується у розмірі 100 % мінімальної заробітної платні. У разі народження двох і більше дітей кратність допомоги збільшується відповідно до кількості дітей.
Кабінет Міністрів України 13.09.1995 р. затвердив національну програму «Планування сім'ї», у зв'язку з чим наказом МОЗ України за № 180 від 11.06.97 р. регламентована організація медичних центрів «Планування сім'ї та репродукції людини».
В Україні саме жінці надано право вирішувати — народжувати їй дитину чи ні. У випадку небажаної вагітності жінка має право її перервати.
Згідно з чинним законодавством, вагітність до 12 тижня за бажанням жінки може перервати лікар- гінеколог у лікувальному закладі. У терміні від 12 до 28 тижнів вагітність переривають лише за наявності медичних показань, які підтверджують відповідним висновком лікувально-профілактичного закладу за місцем диспансерного нагляду за жінкою, чи соціальних показань, що обумовлені переліком Постанови Кабінету Міністрів України від 12.11.1993р. за №926.

Перелік соціальних показань:

- наявність трьох і більше дітей;
- розлучення під час вагітності;
- смерть чоловіка під час вагітності;
- вагітність внаслідок зґвалтування;
- перебування жінки або її чоловіка у місцях позбавлення волі;
- позбавлення жінки материнських прав;
- наявність у жінки дитини-інваліда;
- тяжке захворювання або травма чоловіка, що зумовили його інвалідність під час вагітності дружини.

Фізіологічний стан:

• стан фізіологічної незрілості організму жінки — неповнолітня до 18 років;
• стан згасання функції репродуктивної системи жінки — для жінок віком після 45 років.

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 регламентується відповідними нормативними документами.

Питання для самоконтролю:

1. Дайте визначення гінекології як науки?
2. Назвіть видатних вчених — основоположників гінекології?
3. Розкажіть історію розвитку гінекології в Україні?
4. Охарактеризуйте організацію гінекологічної допомоги в місті та сільській місцевості?
5. Охарактеризуйте лікувально-профілактичні заклади для надання амбулаторної допомоги — жіноча консультація, денні стаціонари, ФАПи, лікарські амбулаторії та стаціонарної допомоги — гінекологічні відділення лікарень?
6. Охарактеризуйте роботу молодшого медичного персоналу в гінекологічних відділеннях консервативного й оперативного методів лікування?
7. Охарактеризуйте роль медичної сестри в наданні долікарської допомоги, проведенні амбулаторного прийому та щорічних профілактичних оглядів жінок?
8. Охарактеризуйте санітарно-освітню робота та її значення?
9. Охарактеризуйте етику та деонтологію в гінекології?
10. Розкажіть про основи законодавства України про охорону здоров’я жінки?

Тести:

1. Який огляд проводять у жіночій консультації:

А) огляду не проводять, лише дають направлення до кабінету УЗД, на МРТ чи КТ;

Б) огляд в дзеркалах, бімануальний огляд, огляд зовнішніх статевих органів, кольпоскопія;

В) Огляд та пальпація лімфатичних вузлів;

2. Основні завдання денного стаціонару:

А) Щоденний нагляд за пацієнтками що підлягають стаціонарномуц лікуванню, надання невідкладної допомоги, зниження рівня захворюваності; щоденний нагляд за гінекологічними хворими;

Б) Проведення хірургічного лікування гунекологічних хворих;

В) Проведення санітарно-освітньої роботи серед населення, пропаганда здорового способу життя;

3. Роль медичної сестри в гінекології:

А) Заповнення необхідної медичної документації;
Б) Виконувати вказівки лікаря;
В) Надавати допомогу лікарю, заповнення медичної документації, надавати кваліфіковану першу долікарську допомогу;

4. Скільки разів на рік проводяться профогляди:
А) кожен місяць;
Б) 4 рази на рік;
В) двічі на рік;

5.На які два відділення поділяють гінекологічний стаціонар:
A.інормаційної і захисної гінекології
B.консервативної та оперативної гінекології
C.консультативної і інформаційної гінекології
D.консервативної і захисної гінекології
E.оперативної та інформаційної гінекології

Задачі:

Задача 1

Ви працюєте в оглядовому кабінеті. До вас звернулась жінка 25 років, яку направив терапевт для проведення профогляду.

Яке обов'язкове обстеження слід провести?

Задача 2

Жінка, 38 років, належить до групи «здорова».

Як часто вона має проходити профогляд?

Література:

Основна:

Гінекологія: підручник для мед. ВНЗ І—ІІІ рівн. акред. / О.В. Степанківська, М.О. Щербина. — К.: Медицина. — 2010.

Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Бразалій Л.П., Апшай В.Г. Медсестринський процес: Основи сестринської справи та клінічного медсестринства. —К.: Здоров'я, 2001.

Інфекційний контроль у медичних закладах: навч. посіб. / За загальною редакцією І .*Я.* Губенко./ — Черкаси, 2003.

Мороз Л.О. Гінекологія. — К.: Здоров'я, 2002.

Хміль С.В. Медсестринство в гінекології. — Тернопіль: Підручники і посібники, 2006.

С.Хміль,Л.Романчук,З.Кучма «Медсестринство в гінекології» - Т.Укрмедкнига 2000.

Медсестринство в гінекології: навч. посіб. / І.Б. Назарова, А.А. Пісарєв, О.В. Михайлов. — 2-е вид., переробл. та допов. — К.: ВСВ “Медицина”, 2010.
Хохліч Т.І. Практикум з гінекології. — К.: Здоров’я, 2000.

Додаткова:

Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Бразалій Л.П., Апшай В.Г. Медсестринський догляд за пацієнтом. — К.: Здоров’я, 2000.
Планування сім’ї. Інститут захисту життя. — Львів, 1998.
Методические рекомендации по применению дезинфицирующих средств, разрешенных к применению в Украине. — Одесса, 2005.

Домашнє завдання:

С.Хміль,Л.Романчук,З.Кучма «Медсестринство в гінекології» - Т.Укрмедкнига 2000. — 5 – 41 с.

Інформаційні ресурси

1. https://chmfc.com.ua/

Лекція № 2

Тема лекції: Методика обстеження гінекологічних хворих: основні та додаткові методи обстеження гінекологічних хворих

Мета:

Навчальна:

Знати:

1.Гінекологічний анамнез, його особливості та роль у визначенні діагнозу.
2.Етапи обстеження гінекологічних хворих.
3. Паспортні дані.
4.Скарги пацієнтки.
5. Анамнез хвороби.
6. Анамнез життя.
7.Спеціальний акушерсько-гінекологічний анамнез: статеву, менструальну, генеративну та секреторну функції жінки.
8.Способи об’єктивного обстеження.
9. Спеціальне гінекологічне обстеження (основні методи).
10.Засвоїти техніку збирання анамнезу.
11. Засвоїти техніку оформлення необхідної облікової медичної документації.
12. Сформулювати поняття про проведення огляду зовнішніх статевих органів.
13.Додаткові методи обстеження в гінекології.

14.Лабораторні методи обстеження в гінекології (бактеріоскопічне,онкоцитологічне,кольпоцитологічне,бактеріологічне обстеження).
15.Інструментальні методи обстеження в гінекології (біопсію, зондування порожнини матки, пункцію черевної порожнини через заднє склепіння піхви).
16.Апаратні методи обстеження в гінекології (рентгенологічні, ендоскопічні, УЗД).
17.Підготовку пацієнтки, інструментарію, матеріалів для проведення обстеження.
18. Інструменти для зондування матки.
19. Інструменти для роздільного вишкрібання матки.
20. Інструменти для пункції черевної порожнини через заднє склепіння піхви.
21. Інструменти для біопсії шийки матки.
22.Сформулювати поняття про збирання, зберігання та відправлення матеріалу для гістологічного дослідження.
23. Як правильно підготувати жінку до УЗД органів малого тазу.

Вміти:
1. Пояснити техніку збирання гінекологічного анамнезу, його особливості та роль у визначенні діагнозу.
2. Охарактеризувати етапи обстеження гінекологічних хворих.
3. Зібрати паспортні дані.
4. Зібрати скарги пацієнтки.
5. Зібрати анамнез хвороби.
6. Зібрати анамнез життя.
7. Пояснити техніку збирання спеціального акушерсько-гінекологічного анамнезу: статевої, менструальної, генеративної та секреторної функції жінки.
8. Охарактеризувати способи об’єктивного обстеження.
9. Охарактеризувати спеціальне гінекологічне обстеження (основні методи).
10. Правильно оформити необхідну облікову медичну документацію.
11. Охарактеризувати проведення огляду зовнішніх статевих органів.
12. Охарактеризувати додаткові методи обстеження в гінекології.
13. Охарактеризувати лабораторні методи обстеження в гінекології (бактеріоскопічне,онкоцитологічне,кольпоцитологічне,бактеріологічне обстеження).
14. Охарактеризувати інструментальні методи обстеження в гінекології (біопсію, зондування порожнини матки, пункцію черевної порожнини через заднє склепіння піхви).
15. Охарактеризувати апаратні методи обстеження в гінекології (рентгенологічні, ендоскопічні, УЗД).
16. Охарактеризувати підготовку пацієнтки, інструментарію, матеріалів для проведення обстеження.
17. Назвати набір інструментів для зондування матки.

18. Назвати набір інструментів роздільного вишкрібання матки.
19. Назвати набір інструментів для пункції черевної порожнини через заднє склепіння піхви.
20. Назвати набір інструментів для біопсії шийки матки.
21. Охарактеризувати техніку збирання, зберігання та відправлення матеріалу для гістологічного дослідження.
22. Розповісти як підготувати жінку до УЗД органів малого тазу.

Виховна:

Формувати якості притаманні медичному працівнику:

- уважність;
- спостережливість;
- тактовність;
- виховувати зацікавленість дисципліною, прагнення отримувати нові знання самостійно;
- виховувати професійні риси, почуття відповідальності, творче мислення.

Загальні компетентності (ЗК)

ЗК. 4. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
ЗК. 8. Здатність до міжособистісної взаємодії.

Спеціальні (фахові) компетентності (СК)

СК. 9. Здатність до використання сукупностей професійних навичок (умінь) при підготовці та проведенні діагностичних досліджень та застосовуванні дезінфікуючих і лікарських засобів у професійній діяльності.
СК. 10. Здатність до забезпечення безпеки пацієнта, дотримання принципів інфекційної та особистої безпеки, збереження здоров'я у процесі здійснення догляду, виконання маніпуляцій, процедур, при переміщенні та транспортуванні пацієнта, наданні екстреної медичної допомоги.
СК. 14. Здатність до дотримання принципів медичної етики та деонтології.

Програмні результати навчання (РН)

РН. 1. Вільно спілкуватися державною та іноземною мовами для комунікації, ведення медичної та іншої ділової документації.
РН. 5. Дотримуватися правил охорони праці та безпеки життєдіяльності.
РН. 6. Обирати тактику спілкування з пацієнтами та членами їхніх родин, колегами, дотримуючись принципів професійної етики, толерантної та неосудної поведінки при здійсненні професійної діяльності, з урахуванням соціальних, культурних, гендерних та релігійних відмінностей.
РН. 8. Вживати заходи спрямовані на створення безпечного лікарняного середовища та дотримання лікувально-охоронного режиму, в інтересах збереження власного здоров'я та зміцнення здоров'я пацієнта.
РН. 9. Розпізнавати й інтерпретувати ознаки здоров'я і його змін, хвороби чи інвалідності (оцінка/діагноз), обмежень можливості повноцінної життєдіяльності та визначати проблеми пацієнтів при різних захворюваннях і станах.

РН. 10. Вміти проводити підготовку пацієнта до лабораторних, інструментальних та інших досліджень, здійснювати забір біологічного матеріалу та проб, скеровувати до лабораторії.
РН. 19. Здійснювати взаємозалежні професійні функції з метою забезпечення якісної медичної допомоги населенню.

План лекції

1.Гінекологічний анамнез, його особливості та роль у визначенні діагнозу.
2.Етапи обстеження гінекологічних хворих.
3. Паспортні дані.
4.Скарги пацієнтки.
5. Анамнез хвороби.
6. Анамнез життя.
7.Спеціальний акушерсько-гінекологічний анамнез: статева, менструальна, генеративна та секреторна функції жінки.
8.Способи об'єктивного обстеження.
9. Спеціальне гінекологічне обстеження (основні методи).
10. Оформлення необхідної облікової медичної документації.
11. Проведення огляду зовнішніх статевих органів.
12.Додаткові методи обстеження в гінекології.
13.Лабораторні методи обстеження в гінекології (бактеріоскопічне, онкоцитологічне, кольпоцитологічне, бактеріологічне обстеження).
14.Інструментальні методи обстеження в гінекології (біопсія, зондування порожнини матки, пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви).
15Апаратні методи обстеження в гінекології (рентгенологічні, ендоскопічні, УЗД).
16.Підготовку пацієнтки, інструментарію, матеріалів для проведення обстеження.
17. Інструменти для зондування матки.
18. Інструменти для роздільного вишкрібання матки.
19. Інструменти для пункції черевної порожнини через заднє склепіння піхви.
20. Інструменти для біопсії шийки матки.
21.Сформулювати поняття про збирання, зберігання та відправлення матеріалу для гістологічного дослідження.
22. Як правильно підготувати жінку до УЗД органів малого тазу.

Зміст лекції

МЕТОДИКА ОБСТЕЖЕННЯ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ: ОСНОВНІ ТА ДОДАТКОВІ МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ В ГІНЕКОЛОГІЇ

Обстеження гінекологічної хворої складається з анамнезу, об'єктивного обстеження (загального та спеціального) та додаткових методів обстеження. В

гінекології анамнез має надзвичайно велике значення, оскільки нерідко він торкається інтимних сторін життя жінки, та щоб отримати повну і точну інформацію опитування необхідно проводити делікатно і спрямовувати розповідь пацієнтки в потрібне русло. Ретельно зібраний анамнез дає можливість встановити попередній діагноз. Значення спеціального гінекологічного обстеження дуже велике в діяльності медичної сестри. Своєчасна діагностика і повноцінне лікування – це запорука швидкого одужання, тому методами обстеження гінекологічних хворих медичний працівник повинен володіти досконало і вміти їх використовувати в своїй діяльності.

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 трихомо-ніазі 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 перенесених 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, ендомет-ріоз, 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 перериваються, 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 три-хомоніазі, «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.* Важливо виявити ущшьнення 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-черевно стінкове) дослідження.

До додаткових методів належать:

- бактеріоскопічне дослідження (мазки на ступінь чистоти);
- цитологічне дослідження піхвових мазків;
- 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 можуть проводити лікар акушер-гінеколог, медична сестра, 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 або двостулкове дзеркало Куско Останнім часом застосовують двостулкові дзеркала одноразового використання.

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. 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.***

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 медична сестра 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).

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 церві-кального каналу. Для цього щіточку вводять у канал шийки матки та повертають там на 360°. Отриманий матеріал наносять на предметне скельце, обертаючи щіточку;

- 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;

Па тип — запальний процес;

Пб тип — проліферація, метаплазія, гіперкератоз;

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

Шб 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 ґрунтується 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, пунктах 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.

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» 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.

4. Зміна базальної температури (БТ) ґрунтується 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

Кольпоскопія. За допомогою оптичного приладу — кольпоскопа, 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.

Спочатку роблять просту кольпоскопію. Медична сестра перевіряє справність освітлювальної системи кольпоскопа.

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.

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

Ендоскопічні методи дослідження

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 дають збільшення у 50 разів.

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 внутрішньо-маткових контрацептивів.

Лапароскопія дає можливість за допомогою лапароскопа 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. 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 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.

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 спайко-вого процесу в малому тазі, пухлини малого таза, а також екстрагенітальна патологія.

ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Біопсія — це взяття клаптика тканини для гістологічного дослідження. Найчастіше виконують біопсію шийки матки — 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.

Техніка біопсії:

- шийку матки оголюють дзеркалами, дезінфікують, захоплюють двома кульовими щипцями — по обидва боки ділянки, на якій проводять біопсію;

З. 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 на
правлення і відсилають матеріал у гістологічну лабораторію.

Пункція заднього склепіння піхви. Пункцію черевної порожнини проводять через заднє склепіння Цей метод дає можливість діагностувати (або виключити) порушену позаматкову вагітність, пельвіопери-тоніт 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.

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 ви-веденні 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.

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 вагі-нальні дзеркала.

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.

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 настільки досконалі, що використовуються для контролю за ростом фолікула, 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.

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 вагі-ни.

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.

На знімках чітко видно внутрішні контури матки, її порожнина має трикутну форму. При прохідних трубах контрастна речовина виливається в черевну порожнину

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.

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 немічешій 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.

МЕДИКО-ГЕНЕТИЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ

Цей метод включає в себе медико-генетичне консультування та цито-генетичне 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.

Питання для самоконтролю:

1. Анатомія жіночих статевих органів?
2. Функції жіночих статевих органів?
3. Циклічні зміни в організмі жінки?
4. У якому порядку проводять обстеження гінекологічних хворих?
5. Проведіть загальний огляд пацієнтки?
6. Проведіть спеціальне гінекологічне обстеження (основні методи)?
7. Які методи обстеження гінекологічних хворих відносяться до основних?
8. Збір анамнезу та типологічна оцінка гінекологічних хворих?
9. Гормональні методи діагностики. Тести функціональної діагностики?
10. Ендоскопічні методи дослідження в гінекології?
11. Діагностична лапароскопія. Покази, протипокази, методика проведення?
12. Рентгенологічні методи дослідження в гінекологічній практиці?
13. Радіонуклідне дослідження (сканування) і динамічна сцинтіграфія матки і маткових труб?
14. Комп’ютерна томографія як перспективний метод дослідження в гінекології?
15. Особливості УЗ-діагностики при гінекологічних захворюваннях?
16. Сучасні методи діагностики, які використовуються в гінекології?
17. Діагностична цінність кольпоцитології?
18. Показання, техніка проведення кольпоскопії?
19. Показання та протипоказання, техніка проведення гістероскопії, лапароскопії?
20. Діагностична цінність гістеросальпінгографії?
21. Тести функціональної діагностики?

22. Бактеріологічний та бактеріоскопічний методи дослідження?
23. Проведіть гінекологічне обстеження?
24. Підготуйте пацієнтку до кольпоскопії?
25. Візьміть мазок на флору?
26. Візьміть мазок на цитологію?
27. Оцініть результати лабораторних та інструментальних методів дослідження?

Тести:

1.Який метод обстеження застосовується для діагностики прохідності маткових труб:

A Гістеросальпінгографія
B Бімануальне дослідження
C Біопсія ендометрію
D Вимірювання базальної температури
E УЗД-обстеження

2.Пацієнтка 19р. скаржиться на нерегулярні, незначні за кількістю, короткотривалі місячні. З анамнезу: безплідний шлюб 2 роки. Призначено взяття мазка на "гормональне дзеркало". Вкажіть місце взяття матеріалу для дослідження.

A На межі переднього і бокового склепінь
B Із переднього склепіння піхви
C З уретри
D Із цервікального каналу
E Із заднього склепіння піхви

3.Фельдшер ФАПу готується до запланованого профілактичного огляду жінок, зокрема, взяття мазків для цитологічного дослідження. Звідки потрібно взяти матеріал?

A З каналу шийки матки
B З переднього склепіння піхви
C З заднього склепіння піхви
D З бокового склепіння піхви
E З уретри

4.В гінекологічний стаціонар поступила жінка, 50 років, з масивною матковою кровотечею. Менопауза 2 роки. Який метод діагностики потрібно використати для уточнення діагнозу?

A вишкрібання слизової матки
B біопсія шийки матки
C пункція заднього склепіння

D гістероскопія
E гістеросальнінгографія

5.Ви – медична сестра оглядового кабінету. До Вас з метою онкопрофогляду звернулася жінка 20 років. Що повинно бути в комплектації кабінету для проведення даного обстеження?
A Дзеркала Куско, ложечки Фолькмана
B Дзеркала Сімса, кульові затискачі
C Дзеркала Куско, матковий зонд
D Дзеркала Куско, конхотом
E Дзеркала Сімса, шприц Брауна

Задачі:

Задача 1

У гінекологічне відділення поступила пацієнтка Р., 43 років із скаргами на рясні водянисті виділення без запаху із статевих шлахів, періодичні ниючі болі внизу живота. Хворіє протягом місяця, проводилося протизапальне лікування за місцем проживання - без ефекту. При огляді в дзеркалах: шийка матки чиста, виділення світлі, рясні. При бімануальному дослідженні - матка в anteflexio, декілька збільшена, щільна, б/б. Придатки з обох боків без особливостей.

Які додаткові методи дослідження необхідно провести?

Задача 2

До лікаря звернулася мати з дівчинкою 6 років, у Якої з’явилась сверблячка промежини, зовнішніх статевих органів. Об’єктивно: загальний стан дівчинки задовільний, виявлені численні подряпини вульви, промежини, навколо анального отвору, вони гіперемовані, набряклі.
Яке обстеження слід зробити?

Задача 3

У гінекологічне відділення доставлена хвора Д., 20 років із скаргами на ниючі болі внизу живота, затримку менструації на 10 днів. При бімануальному дослідженні: матка в anteflexio, не збільшена, щільна, рухлива, безболісна. Зліва від матки пальпується утворення овоідної форми, чутливе при пальпації.
Який додатковий метод дослідження необхідно застосувати для підтвердження діагнозу?

Література:

Основна:

Гінекологія: підручник для мед. ВНЗ І—ІІІ рівн. акред. / О.В. Степанківська, М.О. Щербина. — К.: Медицина. — 2010.

Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Бразалій Л.П., Апшай В.Г. Медсестринський процес: Основи сестринської справи та клінічного медсестринства. —К.: Здоров'я, 2001.

Інфекційний контроль у медичних закладах: навч. посіб. / За загальною редакцією І .*Я.* Губенко./ — Черкаси, 2003.

Мороз Л.О. Гінекологія. — К.: Здоров'я, 2002.

Хміль С.В. Медсестринство в гінекології. — Тернопіль: Підручники і посібники, 2006.

С.Хміль,Л.Романчук,З.Кучма «Медсестринство в гінекології» - Т.Укрмедкнига 2000.

Медсестринство в гінекології: навч. посіб. / І.Б. Назарова, А.А. Пісарєв, О.В. Михайлов. — 2-е вид., переробл. та допов. — К.: ВСВ "Медицина", 2010.

Хохліч Т.І. Практикум з гінекології. — К.: Здоров'я, 2000.

Додаткова:

Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Бразалій Л.П., Апшай В.Г. Медсестринський догляд за пацієнтом. — К.: Здоров'я, 2000.

Планування сім'ї. Інститут захисту життя. — Львів, 1998.

Методические рекомендации по применению дезинфицирующих средств, разрешенных к применению в Украине. — Одесса, 2005.

Домашнє завдання:

С.Хміль,Л.Романчук,З.Кучма «Медсестринство в гінекології» - Т.Укрмедкнига 2000. — 65 – 107 с.

Інформаційні ресурси

1. https://chmfc.com.ua/

Лекція № 3

Тема лекції: Неспецифічні та специфічні запальні захворювання жіночих статевих органів

Мета:

Навчальна:

Знати:

1.Загальні відомості про запальні захворювання жіночих статевих органів.
2.Шляхи поширення інфекції в організмі.
3.Запальні захворювання неспецифічної етіології: види збудників, клінічний перебіг, діагностику, методи лікування, типи класифікацій в залежності від стадії перебігу захворювання та за локалізацію запального процесу.
4.Специфічні запальні хвороби: збудники, що їх викликають, захворювання, що передаються статевим шляхом(ЗПСШ).
5.Гонорейні захворювання у жінок: класифікацію, клініку, діагностику, принципи лікування, критерії виліковування.
6.Туберкульоз геніталій.
7.Паразитні захворювання жіночих статевих органів: характеристику збудників, принципи лікування, критерії виліковування.
8.Вірусні захворювання жіночих статевих органів.
9.Принципи профілактики захворювань, що передаються статевим шляхом.

Вміти:

1.Розповісти про запальні захворювання жіночих статевих органів.
2.Визначити шляхи поширення інфекції в організмі.
3. Розповісти про запальні захворювання неспецифічної етіології: види збудників, клінічний перебіг, діагностику, методи лікування, типи класифікацій в залежності від стадії перебігу захворювання та за локалізацію запального процесу.
4. Розповісти про специфічні запальні хвороби: збудники, що їх викликають, захворювання, що передаються статевим шляхом(ЗПСШ).
5. Розповісти про гонорейні захворювання у жінок: класифікацію, клініку, діагностику, принципи лікування, критерії виліковування.
6.Охарактеризувати туберкульоз геніталій.
7. Розповісти про паразитні захворювання жіночих статевих органів: характеристику збудників, принципи лікування, критерії виліковування.
8. Охарактеризувати вірусні захворювання жіночих статевих органів.
9.Назвати принципи профілактики захворювань, що передаються статевим шляхом.

Виховна:

Формувати якості притаманні медичному працівнику:

- уважність;
- спостережливість;
- тактовність;
- виховувати зацікавленість дисципліною, прагнення отримувати нові знання самостійно;
- виховувати професійні риси, почуття відповідальності, творче мислення.

Загальні компетентності (ЗК)

ЗК. 3. Усвідомлення рівних можливостей та гендерних проблем.

ЗК. 4. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
ЗК. 8. Здатність до міжособистісної взаємодії.

Спеціальні (фахові) компетентності (СК)

СК. 9. Здатність до використання сукупностей професійних навичок (умінь) при підготовці та проведенні діагностичних досліджень та застосовуванні дезінфікуючих і лікарських засобів у професійній діяльності.
СК. 10. Здатність до забезпечення безпеки пацієнта, дотримання принципів інфекційної та особистої безпеки, збереження здоров'я у процесі здійснення догляду, виконання маніпуляцій, процедур, при переміщенні та транспортуванні пацієнта, наданні екстреної медичної допомоги.
СК. 14. Здатність до дотримання принципів медичної етики та деонтології.

Програмні результати навчання (РН)

РН. 1. Вільно спілкуватися державною та іноземною мовами для комунікації, ведення медичної та іншої ділової документації.
РН. 5. Дотримуватися правил охорони праці та безпеки життєдіяльності.
РН. 6. Обирати тактику спілкування з пацієнтами та членами їхніх родин, колегами, дотримуючись принципів професійної етики, толерантної та неосудної поведінки при здійсненні професійної діяльності, з урахуванням соціальних, культурних, гендерних та релігійних відмінностей.
РН. 8. Вживати заходи спрямовані на створення безпечного лікарняного середовища та дотримання лікувально-охоронного режиму, в інтересах збереження власного здоров'я та зміцнення здоров'я пацієнта.
РН. 9. Розпізнавати й інтерпретувати ознаки здоров'я і його змін, хвороби чи інвалідності (оцінка/діагноз), обмежень можливості повноцінної життєдіяльності та визначати проблеми пацієнтів при різних захворюваннях і станах.
РН. 10. Вміти проводити підготовку пацієнта до лабораторних, інструментальних та інших досліджень, здійснювати забір біологічного матеріалу та проб, скеровувати до лабораторії.
РН. 11. Застосовувати лікарські препарати та медикаменти при здійсненні професійної діяльності.
РН. 14. Здійснювати заходи щодо збереження репродуктивного здоров'я населення з метою покращення демографічної ситуації.
РН. 15. Надавати консультативну допомогу та здійснювати навчання населення щодо здорового способу життя, наслідків нездорового способу життя, важливості збільшення фізичної активності та здорового харчування, вакцинації; забезпечувати реабілітацію реконвалесцентів та диспансеризацію пацієнтів.
РН. 19. Здійснювати взаємозалежні професійні функції з метою забезпечення якісної медичної допомоги населенню.

План лекції

1.Загальні відомості про запальні захворювання жіночих статевих органів.

2.Шляхи поширення інфекції в організмі.
3.Запальні захворювання неспецифічної етіології: види збудників, клінічний перебіг, діагностика, методи лікування, типи класифікацій в залежності від стадії перебігу захворювання та за локалізацію запального процесу.
4.Специфічні запальні хвороби: збудники, що їх викликають, захворювання, що передаються статевим шляхом(ЗПСШ).
5.Гонорейні захворювання жінок: класифікація, клініка, діагностика, принципи лікування, критерії виліковування.
6.Туберкульоз геніталій.
7.Паразитні захворювання жіночих статевих органів: характеристика збудників, принципи лікування, критерії виліковування.
8.Вірусні захворювання жіночих статевих органів.
9.Принципи профілактики захворювань, що передаються статевим шляхом.

Зміст лекції

ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ (55-65%)

В останні роки проблема запальних захворювань статевих органів набуває особливої актуальності, що зумовлено зростанням частоти даної патології (цьому сприяють: безладні статеві контакти, велика кількість розлучень, ранній початок статевого життя підлітків тощо), а також несприятливими соціально-економічними умовами. Важливим також є знання даної патології медичними сестрами, оскільки клінічні симптоми можуть бути схожими з іншими захворюваннями. Тому, метою даного заняття є вивчення етіопатогенезу запальних захворювань статевих органів, клінічної симптоматики, методів діагностики, лікування та профілактики.

Призводять до:

- порушення менструальної функції;
- безпліддя;
- звичних викиднів;
- загальної інтоксикації організму;

Фактори, які сприяють виникненню запальних захворювань жіночих органів:

1. Травматологічні ушкодження ендометрію:
   а) менструації;
   б) пологи;
   в) аборти;

2. Тяжка фізична праця.
3. Розумові перевантаження.
4. Переохолодження.

5. Перегрівання.
6. Статеві контакти.

Захисні механізми

1. Замкнута статева щілина.
2. Дівоча пліва.
3. Кисла реакція піхвового вмісту.
4. Слизова пробка Крістелера.
5.

Шляхи розповсюдження інфекції:

1. Екзогенна:
- контактний;
- повітряно - краплинний;
- фекально - оральний;
- пиловий;
2. Ендогенна:
- гематогенний;
- лімфогенний;
- інтраканалікулярний (висхідний, нисхідний, на протязі);

За локалізацією:

1) запальні захворювання зовнішніх статевих органів:
   - вульвіт;
   - вестибюліт;
   - бартолініт;
2) запальні захворювання піхви:
   - кольпіт;
   - вагініт;
3) запальні захворювання матки:
   - ендоцервіцит;
   - ендометрит;
   - ендоміометрит;
   - панметрит (периметрит);
4) запальні захворювання придатків матки:
   - аднексит (сальпінгоофорит);
5) запальні захворювання тазової клітковини та очеревини:
   - пельвіоцелюліт;
   - параметрит;
   - пельвіоперитоніт;
6) генералізована інфекція:
   - септицемія;
   - септикопіємія;

За етіологією:

а) специфічні запальні захворювання:
- сифіліс;
- туберкульоз;
- гонорея;
- дифтерія;

б) неспецифічні запальні захворювання:
- коки (стафілокок, стрепто - , позаклітинні диплококи)
- палички (кишкова, синьогнійна)
- грибки (дріжджові)
- найпростіші (трихомонади, гарднерельоз)
- мікоплазми
- хламідії
- віруси (герпес, папілома вірус)

За перебігом:

1. Гострі **(3 доби)** процеси.
2. Підгострі **(від 3 діб до 2 тижнів)**
3. Хронічні **(від 2 тиж.)**

Ознаки гострого запалення:

1. Підвищення t тіла (38 - 40°С)
2. Озноб
3. Болі внизу живота (іррадіація у пряму кишку)
4. Порушення функції суміжних органів
5. Виділення

Загальний аналіз крові:

- лейкоцитоз
- зсув лейкоцитарної формули вліво
- підвищення ШОЕ

Ускладнення:

- хронічні запальні захворювання жіночих органів;
- злупкова хвороба;
- безплідність;
- не виношування;
- порушення менструального циклу;
- фонові, передракові, доброякісні та злоякісні захворювання жіночих органів.
-

НЕСПЕЦИФІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Етіологія (стафілококи, стрептококи, кишкова паличка, асоціації мікробів). Проникнення гнилісних мікробів можливе при порушенні епітеліального покриття (аборти, пологи, внутрішньоматкові маніпуляції).

Структура запальних захворювань. У 80% жінок вражаються маткові труби, на другому місці стоять захворювання матки. Запальні процеси призводять до порушення менструальної функції: у 70-90% хворих спостерігається недостатність обох фаз яєчника або порушення овуляції, неплідця (трубного і яєчникового генезу – у 40-50% хворих).

До неспецифічних запальних захворювань жіночих статевих органів відносяться: вульвіт, вульвовагініт, ендоцервіцит, ендометрит, аднексит, параметрит, пельвіоперитоніт, розлитий перитоніт.

Вульвіт – запалення зовнішніх статевих органів.

Розрізняють:

- **первинні;**
- **вторинні вульвіти.**

Первинний виникає в дитячому віці. Його розвитку сприяють недотримання норм особистої гігієни, гігієни статевих органів, запрілість (при ожирінні), хімічні, термічні, механічні подразнення, розчухи, садна, цукровий діабет, ентеробіоз, гнійничкові захворювання шкіри.

У дорослих жінок звичайно виникає **вторинний** вульвіт на фоні запалення внутрішніх статевих органів. У цьому випадку патологічні виділення з вищерозташованих відділів статевих шляхів порушують епітеліальний покрив вульви, що створює умови для проникнення мікроорганізмів.

Виникненню як **первинних, так і вторинних вульвітів** сприяє гіпофункція яєчників.

Гострий вульвіт – проявляється набряком тканин, гіперемією вульви, значними виділеннями. Хворі скаржаться на свербіж і печію в ділянці зовнішніх статевих органів, особливо після сечовиділення, біль при рухах, гнійні виділення.

Хронічний вульвіт – характеризується свербіжем, печією, наявністю білей, гіперемією вульви, однак ці ознаки носять періодичний характер.

Діагностика базується на описаній клінічній картині. Для встановлення збудника доцільно провести бактеріологічне та бактеріоскопічне дослідження виділень.

Лікування.

При первинному вульвіті для ліквідації патологічного процесу необхідно поряд із дотриманням правил особистої гігієни і лікуванням супутніх захворювань (цукровий діабет, ентеробіоз, гнійничкові захворювання шкіри) проводити місцеву терапію. З цією метою проводять

спринцювання піхви чи обмивають зовнішні статеві органи розчином калію перманганату (1:10000), розчином борної кислоти, ромашки чи евкаліпту.

При бактеріальних, грибкових, паразитарних - тержинан по одній піхвовій таблетці перед сном, тривалість лікування - 10 днів. Якщо є виражене свербіння, призначають препарати брому, пустирника, валеріани, місцево - анестезинову мазь

Вульвовагініт – запалення слизової оболонки піхви і вульви. Виникненню цього захворювання сприяють гіпофункція яєчників, механічні або хімічні пошкодження епітеліального покриву, гострі інфекційні захворювання. Частіше всього хворобу зумовлюють такі збудники, як стафілококи, стрептококи, кишкова паличка, клебсієлла, протей, ентеробактерії, трихомонади та ін. Основним симптомом вульвовагініту є виділення, характер яких залежить від виду збудника. Нерідко хворі скаржаться на свербіж і відчуття печії при сечовиділенні. В окремих випадках відмічається ниючий біль понизу черева.

При встановлені діагнозу основну увагу слід звернути на визначення етіології вульвовагініту, так як від цього в значній мірі залежить ефективність проведеного лікування.

Простий (серозно-гнійний) вульвовагініт. В етіології цього захворювання основну роль відіграють стафілококи, стрептококи, кишкова паличка. При огляді в дзеркалах відмічається гіперемія, набряк слизової оболонки, місцями вона вкрита серозними чи серозно-гнійними нашаруваннями. В хронічній стадії зміни слизової оболонки піхви менш виражені, кількість виділень незначна.

В гострій стадії призначають місцеві процедури в поєднанні з антибактеріальною терапією, яку проводять з врахуванням даних антибіотикограми. Обов’язково застосовують десенсибілізуючі препарати.

Місцеве лікування складається з призначення сидячих ванн з розчином калію перманганату (1:10000), шалфею чи дубової кори, проведення спринцювань і обробка вульви 1% розчином таніну, розчином натрію гідрокарбонату або 1% розчином хлорофіліпту. При гіпофункції яєчників показано призначення естрогенних гормонів у вигляді мазі чи тампонів. Після зменшення гострих явищ і при хронічному вульвовагініті показано широке використання ультразвуку, озокериту, водолікування, вітамінотерапія (А, групи В,С,Р).

В останні роки з великим успіхом для лікування як гострих, так і хронічних вульвовагінітів, використовується поліжинакс. Препарат володіє широким спектром антибактеріальної дії і завдяки його компонентам (неоміцину сульфат, поліміксину В сульфат, ністатину).

Вульвовагініт, викликаний дією хімічних речивин. Хімічний або контактний вульвовагініт розвивається внаслідок подразнюючої дії мила, детергентів, гігієнічних дезодорантів. Розвитку цього захворювання сприяють

часті спринцювання. У хворих спостерігається набряк слизової піхви і вульви, білі і срербіж. При відсутності лікування можливе вторинне інфікування. Після припинення контакту із зумовлюючим агентом, клінічні прояви звичайно зникають. В окремих випадках рекомендується призначення тавегілу.

Бактеріальний вагіноз – захворювання викликає піхвова гарднерела. При вульвовагініті, викликаному гарднерелою, виділення звичайно незначні, сірого кольору, водянисті. Хворі скаржаться на виділення з неприємним рибним запахом. В піхві і в ділянці вульви виникає свербіж і печія.

Діагноз встановлюють на основі виявлення в мазку "ключових" клітин, тобто клітин, які набувають зернистого кольору. Лікування включає обов'язкове проведення антибактеріальної терапії. Місцеве лікування у вигляді спринцювань або сидячих ванн доповнює основне.

Призначають один з наступних препаратів: кліндоміцин 0,3 мгх2 р. на день, метранідазол (по 0,5 г 2 рази на день протягом 7 днів), ампіцилін (по 0,5 г 4 рази на день протягом 7 днів). Доксіциклін (по 0,1г 2 рази на день протягом 7 днів), макмірор – комплекс (піхвовий крем або піхвові свічки протягом 10-12 днів, далацин С).

ЕНДОЦЕРВІЦИТ

Ендоцервіцит – це запалення слизової оболонки каналу шийки матки.

Збудниками можуть бути: хламідії, гонококи, трихомонади, віруси, гриби роду Candida, мікоплазми, стафілококи, кишкова паличка.

Ендоцервіциту сприяють розриви і деформації шийки матки, які виникають під час пологів і абортів. Звичайно він супроводжує вульвовагініти, ендометрити або запальні захворювання додатків матки (аднексити), часто поєднується з кондиломами .

Хворих турбують слизово-гнійні білі, іноді ниючі болі понизу черева. При огляді шийки матки відмічається гіперемія навколо маткового вічка і мутні (рідше гнійні) виділення з каналу шийки. При тривалому перебігу захворювання виникає гіпертрофія шийки матки.

Лікування ендоцервіциту таке ж, як і вульвовагініту. В гострій стадії призначають антибактеріальні препарати, спринцювання 2% розчином натрію гідрокарбонату або розчином евкаліпту, ванночки з протарголом або коларголом, електрофорез цинку. Якщо ендоцервіцит виник на фоні розриву шийки матки, то після проведеного протизапального лікування слід провести операцію Еммета.

ЕНДОМЕТРИТ

ГОСТРИЙ ЕНДОМЕТРИТ

Гострий ендометрит – запалення слизової оболонки матки.

Уражається в основному функціональний шар ендометрію, іноді в процес втягується і базальний шар.

Гострий ендометрит виникає, як правило, після різних внутрішньоматкових втручань, виконаних з діагностичною або лікувальною метою. До його появи можуть призвести, також: інфекційні захворювання, використання внутріматкових контрацептивів, недотримання правил гігієни статевого життя.

Захворювання виникає гостро. Відмічається підвищення температури тіла, порушення загальгого стану хворої, з'являються скарги на нездужання, біль понизу черева з іррадіяцією в крижі або в пахові ділянки, серозно-гнійні або кров'янисто-гнійні виділення із статевих шляхів.

Діагноз гострого ендометриту виставляють на основі даних анамнезу захворювання, результатів об'єктивного і лабораторного дослідження.

Хворій призначають ліжковий рнжим, холод на низ черева. З метою дезинтоксикаційної терапії вводять гемодез, ізотонічний розчин натрію хлориду, розчин Рінгера-Локка, 5% розчин глюкози. Антибактеріальну терапію проводять по схемі, призначають утеротоніки, імуномодулятори. Порожнину матки промивиють дезинфікуючими розчинами.

ХРОНІЧНИЙ ЕНДОМЕТРИТ

Виникає як наслідок недостатньо лікованого післяпологового чи післяабортного ендометриту.

При хронічному ендометриті в процес захоплюється не лише функціональний, але й базальний шар, а у важких випадках навіть міометрій.

Для хронічного ендометриту характерно: ниючий біль понизу черева і в попереку, наявність білей слизово-гнійного характеру.

Лікування включає застосування десенсибілізуючої терапії, біостимуляторів, імуностимулюючої терапії.

ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ МАТКОВИХ ТРУБ І ЯЄЧНИКІВ

Сальпіногоофорит - це запальний процес у трубах та яєчниках.

Це захворювання зустрічається найчастіше серед інших запальних захворювань органів малого таза.

Запалення виникає спочатку в трубі і розпочинається з слизової оболонки. Первинним запальним процесом при виникненні запальних захворювань додатків матки є сальпінгіт. Інфекція проникає висхідним шляхом, рідше нисхідним. При сальпінгіті в запальний процес швидко втягується яєчник – розвивається сальпінгоофорит. Основними збудниками є стафілококи, стрептококи, кишкова паличка, актиноміцини.

Стадії розвитку:

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.

В ***гострій стадії*** хворі скаржаться на постійний значний біль понизу черева з іррадіацією в поперекову ділянку і пряму кишку. У багатьох хворих виникає нудота, однократна блювота, помірне здуття черева, білі гнійного або слизово-гнійного характеру.

Лікування гострого запалення додатків матки в цілому таке, як при гострому ендометриті, за виключенням призначення утеротонічних препаратів і внутріматкових маніпуляцій.

В лікуванні хронічних запальних процесів використовують фізичні фактори, медикаментозну терапію, голкорефлексотерапію.

ПАРАМЕТРИТ

Параметрит – спостерігається в післяпологовому періоді або після внутрішньоматкових втручань.

Збудниками запального процесу є стафілококи, стрептококи, кишкова паличка, бактероїди.

Параметрит - це запалення навколоматкової клітковини.

Запалення всієї тазової клітковини називається **пельвіоцелюліт.**

За міжнародною статистичною класифікацією ці захворювання трактуються як **гострий параметрит і тазова флегмона.**

При нагноєнні виникає абсцес широкої зв'язки матки, прямокишково-маткового заглиблення, дугласового простору, параметрію.

Розрізняють **передній, задній і боковий** параметрит.

Клініка характеризується наявністю постійного болю понизу черева, підвищенням температури, трясовиці, головного болю. Через 3-4 дні в ураженому параметриії визначається щільне без чітких контурів утворення, яке переходить на стінки тазу. Воно нерухоме і різко болюче. При нагноїнні навколоматкової клітковини показана кольпотомія з наступним дренуванням гнійного вогнища, в якому слід встановити дренажну трубку. В подальші дні вогнище промивають дезинфікуючим розчином, через дренажну трубку вводять антибіотики.

ПЕЛЬВІОПЕРИТОНІТ

Пельвіоперитоніт - це запалення всієї очеревини малого таза.

Виникає вторинно.

Причиною є розрив піосальпінксу або абсцесу клітковини малого тазу в черевну порожнину; виникає при перфорації матки, некрозі фіброзного вузла, пухлини яєчників.

Інфекція може поширюватись каналікулярним шляхом – з маткової труби при сальпінгіті (переважно при гонококовій інфекції) лімфогенним, гематогенним шляхом та висхідним і нисхідним шляхами.

За характером запалення розрізняють **серозно-фібринозний та гнійний** пельвіоперитоніт.

В клінічній картині виділяють 2 стадії – **відкриту і закриту.**

Відкрита характеризується підвищенням температури тіла, появою трясовиці, сильними болями понизу черева, нудотою, блювотою. Язик сухий, часто обкладений. Розвиваються гіпо- або атонія кишківника, помірний метеоризм.

Захворювання поступово переходить в **закриту стадію,** після чого стан хворої значно покращується. Запальний ексудат поступово розсмоктується, виникає злунковий процес, який призводить до обмеження рухливості матки.

Лікування проводять у гінекологічному стаціонарі.

Призначають ліжковий режим, спокій.

Консервативне лікування. Показані антибактеріальна терапія з використанням цефалоспоринів, аміноглікозидів, макролідів, фторхінолонів, метронідазолу, дезінтоксикаційні і десенсибілізуючі засоби.

Проводять корекцію водно-електролітного обміну, кислотно-лужного стану.

Хірургічні методи: лікувальні пункції заднього склепіння, задня кольпотомія.

РОЗЛИТИЙ ПЕРИТОНІТ

Розлитий перитоніт. Причинами розвитку є перфорація в черевну порожнину вмісту абсцесів тазової клітковини і очеревини, піосальпінксу, нагноєння пухлин яєчників, виникає як післяопераційне ускладнення (після гінекологічних операцій або, після кесаревого розтину), іноді як наслідок проникнення інфекції з матки через труби в черевну порожнину або гематогенно чи лімфогенно.

Збудники перитоніту — стафілококи, кишкова паличка, протей, стрептококи, іноді анаеробна флора. Трапляються перитоніти, викликані специфічними збудниками (гонококи, трихомонади).

Розрізняють 3 фази: реактивну, токсичну, термінальну.

Клінічна картина залежить від причин, які призводять до перитоніту, а також від виду збудника.

Діагностика.

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.

При розлитому перитоніті показане оперативне втручання (єдиний метод ***лікування)***.

Воно буде включати видалення джерела інфекції (матка, гнійні пухлини придатків), видалення токсичних продуктів (промивання черевної порожнини дезинфікуючим розчином), дренування черевної порожнини.

Проводиться також інтубація кишечника для постійного відсмоктування кишкового вмісту.

Оперативне втручання проводиться після відповідної підготовки — детоксикаційної терапії (плазма, альбумін, реополіглюкін, 10 % розчин глюкози).

Знеболення — ендотрахеальний наркоз із застосуванням міорелаксантів.

Важливим етапом є ведення післяопераційного періоду.

Показання до хірургічного лікування: пухлиноподібні запальні захворювання додатків матки, які не піддаються консервативній терапії, особливо у жінок старше 35 років, піосальпінкси, піоваріум.

ЗАХВОРЮВАННЯ, ЯКІ ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ (ВЕНЕРИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ)

Класифікація ЗПСШ (21 хвороба):

І. Класичні венеричні хвороби:
- сифіліс;
- гонорейна інфекція та інші.

ІІ. Інші ЗПСШ з ураженням статевих органів:
- урогенітальний хламідіоз;
- урогенітальний мікоплазмоз;
- кандидоз;
- генітальний герпес;
- гострокінцеві кондиломи;
- генітальний контагіозний молюск та інші.

ІІІ. З переважним ураженням інших органів:
- інфекція зумовлена ВІЛ;
- гепатит В;
- цитомегаловірусна інфекція та інші.

Причина ЗПСШ: незахищений статевий контакт.

Спільні симптоми:
- патологічні виділення із піхви;
- часте болісне сечовипускання;
- підвищення температури тіла;
- біль у животі;
- свербіж у ділянці статевих органів;
- біль під час статевого акту;
- на ранніх стадіях - малосимптомні.

Наслідки:
- безпліддя (20-40% - чоловіків; 55 - 85% - жінок);
- хронічні запальні процеси статевих органів;

- порушення сексуальної функції;
- позаматкова вагітність;
- не виношування вагітності;
- мертвонародження;
- збільшення частоти захворювання на рак шийки матки;
- хронічний тазовий біль.

Діагностика:
- анамнез;
- об»єктивне обстеження;
- бактеріоскопічне дослідження;
- бактеріологічне дослідження;
- серологічне дослідження.

Профілактика:
- уникнення випадкових статевих стосунків;
- презервативи;
- особиста гігієна.

ГОНОРЕЯ

Гонорея - венеричне захворювання, яке визивається гонококом Нейсера, характеризується ураженням слизових оболонок сечостатевої системи. При виявленні гонореї заповнюють повідомлення ф №281, яке надсилається до венеричного диспансеру.

Шляхи передачі (тільки від людини до людини)
- статевий
- контактний
- побутовий.

Гонокок грам-негативний (червоний) внутрішньоклітинний диплокок, розмножується на циліндричному епітелії (маткові труби, пряма кишка, шийка матки, матка, уретра).

На багатошаровому плоскому епітелії (піхва, вульва, сечовий міхур) гонокок розвивається погано. Однак у дитячому і старечому віці часто бувають вульвовагініти гонорейної етіології. Останнім часом виявляють мінливі адаптаційні і мутаційні £ -форми гонокока при хронічній гонореї.

Імунітет не виробляється.
Інкубаційний період 2 - 7 днів (іноді 10 - 20 днів).

Класифікація гонореї:
1) Свіжа гонорея (до 2 міс):
   - гостра
   - підгостра
   - торпідна

2) Хронічна (більше 2 міс або з невизначеним початком)

3) Безсимптомна гонорея (гонококоносії)

За локалізацією:

1) гонорея нижнього відділу сечостатевого апарату:
- гострокінцеві кондиломи
- гонорейний уретрит
- гонорейний ендоцервіцит
- гонорейний бартолініт
- гонорейний вуль віт
- гонорейний проктит
- гонорейний скеніїт
- гонорейний вестибюліт
- гонорейний кольпіт

2) гонорея верхнього відділу сечостатевого апарату (висхідна гонорея):
- гонорейний ендометрит
- гонорейний сальпінгоофорит
- гонорейний пельвіоперитоніт

Гонорея: 1) неускладнена форма:

а) не виходить за межі підслизового шару жіночих органів

б) не залишає у них грубих органічних порушень (спайки, рубці, деформації)

в) виліковується повністю

2) ускладнена форма:

а) захворювання, які супроводжуються ускладненнями у жіночих органах (піосальпінкс, тубооваріальні абсцеси)

б) гонококові метастази:
- артрит
- перитоніт
- остеомієліт
- ендокардит
- перикардит
- плеврит
- захворювання кровоносних судин
- захворювання м’язів
- захворювання очей

в) постгонорейні процеси за відсутності гонококів під час бактеріоскопічного дослідження:

- метрит

- параметрит
- періаднексит
- піосальпінкс
- гідросальпінкс
- тубооваріальна кіста
- ДМК
- безплідність маткова
- безплідність трубна.

Діагностика

Анамнез: - випадковий статевий контакт
- наявність хвороби у чоловіка
- яскраві клінічні прояви гонореї (скарги)
- порушення менструального циклу із частими загостреннями запальних процесів у придатках матки
- **двобічне!** запалення придатків після менструації, пологів, аборту
- вторинне безпліддя

Бактеріоскопічне дослідження:

Мазки беруть:
- із уретри
- із церві кального каналу
- із заднього склепіння піхви
- із прямої кишки (60-80 мм теплого фізіологічного розчину через катетер із двійним током - промивні води - в . Досліджують осад, слиз.)

Мазки висушують на повітрі, фіксують над вогнем. Фарбують : 1% метиленовим синім (1 мазок), по Граму (« - «) (2 мазок).

Бактеріологічне дослідження (найточніший метод**!):**

Матеріал беруть стерильною петлею або пінцетом (уретра, церві кальний канал, бартолінові залози, піхва).Перед взяттям мазка просушуємо ватним тампоном. Посів у пробірки або на чашки Петрі.

Серологічний метод (кров):

реакція Борде - Жангу (не має значення)
«+» через 3-4 тижні від початку захворювання

Методи провокації (штучне збудження запальних захворювань):

1) фізіологічна (менструація, мазки беруть у перед менструальні дні)
2) біологічна (500 млн. мікробних тіл 200-400-600-800 №6-8 до підвищення температури тіла)
- підшкірне введення полівалентної гонококової вакцини; пірогенал, продійозан;
3) термічна (мазок беруть через 2 години після кожного сеансу):
- індуктотермія з електродом №4-5;

- діатермія (піхвова)
- гарячі спринцювання, ванночки (3 дні), грязеві тампони (3 дні), парафін, озокерит (3 дні)

4) хімічна (1% нітрат срібла - уретра, пряма кишка)
   - 5% розчином протарголу
   - 1% розчином Люголя на гліцерині

5) аліментарна:
   - гострі страви
   - пиво
   - оселедці

6) механічна:
   - масаж уретри
   - накладання на шийку матки на 24 год ковпачка Кафки

Іноді поєднують декілька методів провокації. Відсутність гонококів у мазку після 3 провокацій у хворих із клінікою гонореї - показання для бактеріологічного контролю. мазки беруть через 24-48-72 год після провокації або на 3-4 день менструації.

Лікування: - ліжковий режим
- дієта (багато рідини)
- лід на низ живота (2-5 дні)
- регуляція діяльності кишківника
- антибіотики з урахуванням чутливості: - бензилпеніцилін
  - біцилін - 1, 3, 5
  - доксициклін
  - рондоміцин
  - абаксал
  - максавін
  - тробіцин
  - роцефін
  - піприл
  - сумамед
  - рокситроміцин
  - аугментин
  - арициклін
  - рифампіцин
  - ципробай
  - таривід
  - цефобід
  - норфлоксацин

- сульфаніламіди (у разі непереносимості антибіотиків)
- дезінтоксикація

- вітаміни
- десенсибілізуючі
- ністатин, леворин
- гемостатики
- анальгетики
- седативні
- серцево-судинні
- пельвіоперитоніт - консервативне лікування 12 - 48 год. (при не ефективності – оперативне лікування)
- фізіотерапія: лазерне опромінення, аплікації парафіну, грязі, діатермія, індуктотермія, УВЧ.

Місцеве лікування:
- промивання уретри 1 : 10000 KMnO
- спринцювання KMnO 1 : 6000
- інстиляції в уретру - 1 - 2% протарголу (3-5 мл)
- сидячі ванночки (t 38 - 39ºС) KMnO 1 : 10000, р-н хлоргексидину 0,002%, рекутан, баліз-2

Хронічна стадія:
1) масаж уретри
2) 1% р-н Люголю або 1% нітрат срібла

Критерії виліковності - відсутність клініки та гонококів у виділеннях
- бактеріоскопія (за 2-3 дні до менструації і на 3-5 день менструації)
- бактеріологія
- протягом 3 місяців проводять дві комплексні провокації:
  через 7-10 днів після лікування антибіотиками (3 дні підряд беруть мазки на бактеріологічне та бактеріоскопічне дослідження)

  1 провокація 500мл мікробної вакцини
  + уретру 1% Люголем з гліцерином
  + канал шийки матки 5% нітратом срібла
  Мазки через 24; 72 год.

  2 провокація після наступної менструації (після закінчення на протязі 3 днів)

  3 провокація 2 і 3 менструальні цикли

- 6 місяців реакція Вассермана (кожного місяця, якщо не виявлено носія гонореї)
«Д» облік - 3 місяці, знімають з обліку тільки після триразового негативного результату (протягом 3 циклів)

Профілактика:
1) боротьба з венеричними захворюваннями:
- виявлення
- повідомлення (ф №281)
- лікування хворих

- інформування пологового будинку
- зворотнє інформування після пологів (ЖК)
- спостереження за здоров'ям породіль новонароджених

2) особиста гігієна, гігієна статевого життя
3) презерватив
4) профогляди медичних працівників та працівників дитячих установ
5) ауто профілактика після статевих контактів (0,05% хлоргексидину біглюконату, цидипол, тірамістин)
6) пункти індивідуальної профілактики у венерологічнихдиспансерах
7) санітарно-освітня робота

Клініка:

Гонорейний уретрит (на 1 місці**): -** через 3-5 днів

- біль, печія під час сечовипускання;
- часті позиви;
- набряк зовнішнього отвору уретри;
- гіперемія зовнішнього отвору уретри;
- гнійні чи слизово-гнійні виділення із уретри

Гонорейний бартолініт (вторинне захворювання)**:**

- набряк навколо зовнішнього отвору вивідною протокою;
- гіперемія зовнішнього отвору вивідною протокою;
- несправжній абсцес бартолінової залози;
- справжній абсцес;

Лікування гонорейного бартолініту:

- спокій
- сульфаніламіди
- знеболюючі супозиторії
- теплі сидячі ванни (1 ст. л. 2% калію перманганату на 1 л води) t 38-39°С)
- новокаїнова блокада з антибіотиками
- у разі абсцесу - розтин залози
- при рецидивах - видалення залоз

Підгостра хронічна стадія:

- УВЧ на ділянку залози
- аутогемотерапія (місцева) 1-2 мл крові хворої вводять у товщу великої соромітної губи через 2 дні № 2-3

Гонорейний проктит: - буває дуже рідко.

Клініка: - тенезми

- біль у задньому проході

Гонорейний кольпіт:

хворіють: - дівчатка

- після менопаузи
- вагітні

- при статевому інфантилізмі

клініка: - свербіж
- жар
- надмірні слизово-гнійні виділення
- гіперемія
- набряк
- крапчасті крововиливи
- у задніх та бічних склепіннях піхви та на шийці матки - набряклі сосочки (шагренева шкіра)

Лікування: місцеві і загальні методи:
- антибіотики
- сульфаніламіди
- спринцювання (фурацилін 1:5000, калію перманганат 1:10000) • 2 р. на добу
- тампони із синтоміциновою емульсією
- седативні

Підгостра і хронічна стадії

- піхвовий електрофорез (Ca , K , Zn, Cu, Pb) через наливний електровоз;
- грязьові тампони;
- УВЧ;
- сірководневі зрошення.

Гонорейний ендоцервіцит (на другому місці)**:**

Шийка матки - вогнище латентної форми гонореї (складки, поглиблення, залози, вивідні протоки); основна причина - поширення гонореї !!!

Клініка: ***Підгостра форма*** - скарги незначні - поява або посилення виділень.

Гострий період - гнійні або слизово-гнійні (зеленувато-жовті) виділення, які спричинюють кольпіт і вульвіт.
- набряк, гіперемія шийки матки
- ерозія вкрита гнійним нальотом
- яскраво-червоний вінчик навколо церві кального каналу і крапля гною
- іноді (рідко) незначний тягнучий або ниючий біль унизу живота та в крижах

Лікування: - ліжковий режим
- антибіотик
- сульфаніламіди
- симптоматичне лікування
- місцева терапія (піхвові ванночки з 3% протарголом, коларголом або фурациліном 1:5000)

Хронічна стадія: - гоновакцина

- аутогемотерапія (місцево)
- спринцювання (фурациліном, KMnO 1 : 6000)
- піхвові ванночки
- піхвова діатермія
- обробка каналу шийки матки 25% р-ном Люголя, 2-5% срібла нітратом, 5% протарголом через 2-3 дні (попередньо церві кальний канал обробляємо 10% розчином гідрокарбонату Na для розчинення слизової пробки) - тампони із синтоміциновою емульсією
- місцеве введення антибіотиків (у товщу або під слизову оболонку церві кального каналу)
- грязьові тампони
- електрофорез антибіотиків у слизову оболонку церві кального каналу
- електрофорез (Ca, I, Zn)

Схема введення гоновакцини:

Внутрішньом'язево через 2 дні на третій
0,2 (200 млн мікробних тіл)
0,2 + 0,2
0,2 + 0,2 + 0,2 і т.д. до 1 - 1,5 мл

В умовах стаціонару гоновакцину вводять під слизову оболонку церві кального каналу

50 млн мікробних тіл
50 млн + 50
50 + 50 + 50
50 + 50 + 50 + 50 (max доза 200 млн)
Вводять через 3 дні на 4 день.

Гонорейний ендометрит виникає (частіше після травми матки):

- після абортів
- після пологів
- після внутрішньоматкових маніпуляцій

Гонорейний ендометрит поєднується з аднекситом, пельвіоперитонітом!!!, ендоцервіцитом.

- t 38-39°C
- симптоми інтоксикації (нудота, блювання)
- різкий біль ріжучого характеру (часто переймоподібні болі) внизу живота
- збільшена та болюча матка
- надмірні, рідкого характеру виділення кров'янисто - гнійні, серозно - гнійні

- менструація з'являється раніше терміну, надмірна, затяжна (гіперполіменорея)
- лейкоцитоз, підвищення ШОЕ, але без зсуву лейкоцитарної формули вліво, еозинофілія 6 - 8 % !!!

Хронічна стадія: - виділення рідкі, каламутні з домішками крові, гною
- біль внизу живота менш інтенсивний, з'являється під час руху
- матка збільшена, болісна при пальпації
- порушення менструальної функції
- гіперполіменорея, пройоменорея

Лікування: дивись гонорейний ендоцервіцит

Гонорейний сальпінгіт

- двохсторонній !!!
- різкий біль внизу живота (під час руху)
- температура 38-39°С
- симптоми інтоксикації
- бімануальне дослідження неможливе через різкий біль, напруженість м'язів передньої черевної стінки

Гідросальпінкс $\Longrightarrow$ піосальпінкс (гнійний сальпінгіт):
- набряклі торочки труби злипаються
- порожнина наповнюється гноєм
- ампула маткової труби зростається з яєчником і маткою (спайки)
- ковбасо подібної форми
- двобічний

Ускладнення: перфорація піосальпінкса

Гонорейний оофорит

- двобічний!
- спайки з трубою, заднім листком широкої зв'язки, чепцем, нижнім відрізком товстої кишки, тазовою очеревиною
- яєчник збільшений 5-6 см, набряклий
- утворюються кісти
- порушення менструального циклу

Хронічна стадія: - склероз яєчника
- зменшується в розмірах

Гонорейна тубооваріальна кіста - поєднання гідросальпінкса з ретенційною кістою яєчника (порожнини їх сполучені !!!)

Гонорейний аднексит

- діагноз поставити важко

- глибокий розлитий тягнучий біль внизу живота з іррадіацією в пахову частину та нижні кінцівки
- виділення тимчасово припиняються
- перитонеальні явища різко виражені тільки перші дні захворювання (стихають)
- позитивний симптом Щьоткіна - Блюмберга внизу живота

Гонорейний пельвіоперитоніт

- бурхливі перитонеальні явища
- сильний біль внизу живота
- значна інтоксикація (↑t тіла)
- метеоризм
- запори
- блювання
- нудота

Лікування пельвіоперитоніту:
консервативне лікування:

- ліжковий режим
- дієта (не подразнююча, багата на вітаміни, легкозасвоювана їжа. багата на рідини)
- антибіотики з урахуванням чутливості
- сульфаніламіди
- вакцинотерапія (після зменшення гостроти процесу гоновакцина через 5-6 днів після нормалізації температури тіла)
- лактотерапія (після зменшення гостроти процесу)
- аутогемотерапія (у будь-якій стадії процесу)

хірургічне лікування:

- пункції вмісту мімкуватих пухлин через заднє склепіння піхви з наступним введенням антибіотиків;
- аднексектомія при неефективності консервативної терапії (12-48 год), у разі хронічного захворювання через 2-3 роки, якщо є порушення працездатності, менструальної, статевої, дітородної функції.

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), 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 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 паління у зовнішніх статевих органах і піхві, паління 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. Хроніч- ний трихомоніаз характеризується появою білей, свербінням, при цьому ознаки запального процесу незначні, спостерігаються часті рецидиви.

Діагностика. Діагноз підтверджують даними анамнезу, об'єктивного дослідження, мікроскопії вапнальних мазків.
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 супутніх запальних захворювань статевих органів.
Протитрихомонадними засобами є метронідазол (трихопол, кліон, метрогіл, флагіл), фазижин
(тинідазол), атрикан, наксоджин, тиберал, солкотриховак, тержинан.
Для лікування свіжого трихомоніазу призначають метронідазол за схемою: в перший день — по 0,25 г 4 рази, в наступні дні — по 0,25 г 3 рази на день. На курс лікування — 5-6 г. 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. Місцеве 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 останньогсічи 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.

ВІРУСНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Збудники: - цитомегаловірус
- вірус грипу
- вірус герпесу
- вірус гепатиту А
- вірус гепатиту В
- папіломавірус

Вірусна інфекція:
- впливає на перебіг вагітності (захворювання плода, вади розвитку, внутрішньоутробна загибель плода, загроза аборту, аборти, завмерла вагітність).
- фактор розвитку для раку жіночих статевих органів.

Форми перебігу:
- латентна;
- малосимптомна;
- клінічно виражена форми.

ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ

(50 -85 %)

Збудник: цитомегаловірус
Серед вагітних із звичним не виношуванням частота - 70%.

Цитомегаловірус:
- виділяється із слиною;
- передається під час статевих контактів.

Клініка: Основні ознаки ураження - екстрагенітальні симптоми:
- ураження ЦНС;
- тромбоцитопенія;
- ураження печінки;
- часті пневмонії;
- природжені вади розвитку плода (мікроцефалія глухота).
- дитячі захворювання (церебральний параліч, м'язова слабкість).

Проявляється симптомами (у субклінічній формі):
- цервіциту;
- ерозії шийки матки;
- кольпіту;
- вульвіту.

Профілактика:
- уникнення до і позашлюбних статевих контактів;
- презервативи;
- дотримання гігієни.

ГЕРПЕТИЧНА ІНФЕКЦІЯ

Збудник: ВПГ - 2
Дія - нейродерматропна дія (вражає шкіру, слизові оболонки, ЦНС, очі)

Джерела інфекції:
- статевим шляхом;
- орогенітальні контакти.

Герпес - пожиттєво існуюча інфекція!

Клініка:
Форма перебігу: - хронічно-рецедивуюча
в період вагітності:
- невиношування;
- інфікування плода;
- вади розвитку плода.

Екстрагенітальні симптоми:
- висока температура тіла;
- міальгія;
- головний біль;
- нудота;
- герметичні висипки на обличчя;
- порушення сну.

Генітальні прояви: (нижні геніальні відділи)
- у ділянці вульви, піхви, шийки матки, церві кального каналу
- у ділянці сечівника
- у ділянці промежини

на тлі гіпермійованої чи набряклої слизової оболонки, з»являються окремі або множинні везикули розміром 2 - 3 мм, які існують протягом 2 - 3 днів. Після чого - везикули розриваються і в їх основі утворюються виразки неправильної форми, вкриті жовтим нальотом. Виразки загоюються через 2 - 4 тижні. не утворюючи рубця у ділянці ураження.

Скарги: - біль
- свербіж
- печіння
- тяжкість у нижніх відділах живота

Часто рецидивує !!!

Діагностика: - анамнез
- скарги
- об»активне обстеження
- виявлення ВПГ - 2 (у піхві, шийці, порожнині матки, у сечівнику)
- виявлення антитіл у сироватці крові

Лікування:

1) місцеве:
- сидячі ванночки (калію перманганат, ромашка)
- спринцювання (калію перманганату, ромашка, шавлія, календула, фурацилін)
- мазі: оксолінова, мегасин 3%, бонафток 3%, алізарин 3%, ацикловір

2) ***загальне:*** - противірусні хіміопрепарати (ацикловір, вольтрекс)
- герметичні вакцини
- проти рецидивна імунотерапія

ПАПІЛОМОВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ

Збудник: вірус папіломи людини (ВПЛ).
Зустрічається у молодому віці у сексуально активних жінок.

Об»єктивно: - гострокінцеві кондиломи у шийці матки, сечівнику, на промежині ВПЛ - причина дисплазії та раку шийки матки.

Діагностика: - цитологічне дослідження біоптату та мазків.

Питання для самоконтролю:

1. Класифікація запальних захворювань жіночих статевих органів за локалізацією?
2. Які збудники найчастіше викликають запалення нижнього відділу статевих органів?
3. Які збудники найчастіше викликають запалення верхнього відділу статевих органів?
4. Шляхи поширення інфекції в жіночих статевих органах?
5. Клініка, діагностика та лікування вульвіту?
6. Клініка, діагностика та лікування бартолініту?
7. Клініка, діагностика та лікування кольпіту?
8. Клініка, діагностика та лікування ендоцервіциту?
9. Клініка, діагностика та лікування ендометриту?
10. Клініка, діагностика та лікування сальпінгоофориту?
11. Клініка, діагностика та лікування параметриту?
12. Клініка, діагностика та лікування пельвеоперитоніту?
13. Основні форми гонорейної інфекції?
14. Діагностика та лікування жіночої гонореї?
15. Клініка, діагностика, лікування кандидозу?
16. Клініка, діагностика та лікування жіночого трихомоніазу?
17. Вірусні інфекції жіночих статевих органів?
18. Клініка, діагностика та лікування бактеріального вагінозу?

Тести:

1.Укажіть основні клінічні симптоми гострого сальпінгіту:

1. болі в гіпогастральній області;
2. підвищення температури тіла;
3. активація гострофазових показників крові;
4. анемія.

2.Укажіть можливі ускладнення гострого запалення додатків матки:

1. перехід в хронічну форму;
2. генералізація інфекції з розвитком місцевого або розлитого перитоніту:
3. абсцедування;
4. формування синдрому хронічного тазового болю;
5. все перераховане вище.

3.Причиною появи білей можуть бути:

1. запальні захворювання внутрішніх статевих органів;
2. гельмінтоз;
3. кандідоз;

4. генітальні нориці.

4.Свербіння зовнішніх статевих органів може бути симптомом;

1. запальних захворювань внутрішніх статевих органів;
2. краурозу вульви;
3. цукрового діабету;
4. психоневрозу.

5.Назвіть показання до хірургічного лікування запальних захворювань придатків матки:

1. наявність гнійних тубооваріальних утворень, що не піддаються консервативній терапії;
2. рецидивуюча течія гнійної інфекції з тенденцією до утворення тубооваріальних абсцесів;
3. перфорація запальних утворень з розвитком розлитого перитоніту;
4. гострий сальпінгіт, пельвіоперитоніт.

6.Лікарська терапія гострого запалення додатків матки передбачає призначення:

1. нестероїдних протизапальних препаратів;
2. антибіотиків широкого спектра дії;
3. стабілізаторів мембран лаброцитів (огрядних кліток);
4. комплексної детоксикаційної терапії

7.Загострення хронічного сальпінгіту може бути пов'язане з:

1. переохолодженням;
2. інтеркурентними захворюваннями;
3. стресовими ситуаціями, фізичною перевтомою,
4. порушенням функції яєчників.

Задачі:

Задача 1

Хвора, 28 років, скаржиться на дискомфорт, різку болючість у ніжній третині великої статевої губи зліва. Захворіла гостро, після місячних. Температура тіла 38ºС. При огляді у ділянці лівої статевої губи мається утворення, діаметром до 3 см., з гіперемійованою поверхнею, різко болюче при торканні, з симптомами флюктуації.

Який діагноз?

Задача 2

Хвора 28 років звернулася в жіночу консультацію зі скаргами на тупий біль внизу живота, температура до 37°С. Хворіє 3 роки, при об’єктивному дослідженні тіло матки нормальних розмірів, рухоме, не болюче. Придатки помірно збільшені в розмірах, болючі при пальпації, більше зліва, склепіння піхви глибокі. Параметрії вільні.

Діагноз? Тактика?

Література:

Основна:

Гінекологія: підручник для мед. ВНЗ І—ІІІ рівн. акред. / О.В. Степанківська, М.О. Щербина. — К.: Медицина. — 2010.

Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Бразалій Л.П., Апшай В.Г. Медсестринський процес: Основи сестринської справи та клінічного медсестринства. —К.: Здоров'я, 2001.

Інфекційний контроль у медичних закладах: навч. посіб. / За загальною редакцією І .*Я.* Губенко./ — Черкаси, 2003.

Мороз Л.О. Гінекологія. — К.: Здоров'я, 2002.

Хміль С.В. Медсестринство в гінекології. — Тернопіль: Підручники і посібники, 2006.

С.Хміль,Л.Романчук,З.Кучма «Медсестринство в гінекології» - Т.Укрмедкнига 2000.

Медсестринство в гінекології: навч. посіб. / І.Б. Назарова, А.А. Пісарєв, О.В. Михайлов. — 2-е вид., переробл. та допов. — К.: ВСВ "Медицина", 2010.

Хохліч Т.І. Практикум з гінекології. — К.: Здоров'я, 2000.

Додаткова:

Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Бразалій Л.П., Апшай В.Г. Медсестринський догляд за пацієнтом. — К.: Здоров'я, 2000.

Планування сім'ї. Інститут захисту життя. — Львів, 1998.

Методические рекомендации по применению дезинфицирующих средств, разрешенных к применению в Украине. — Одесса, 2005.

Домашнє завдання:

С.Хміль,Л.Романчук,З.Кучма «Медсестринство в гінекології» - Т.Укрмедкнига 2000. — 115 – 157 с.

Інформаційні ресурси

1. https://chmfc.com.ua/

Лекція № 4

Тема лекції: Доброякісні пухлини: класифікація, етіологія, патогенез, клініка, лікування, ускладнення, профілактика

Мета:

Навчальна:

Знати:

1.Загальне уявлення про пухлиноподібні утворення та справжні пухлини жіночих статевих органів.
2.Характеристику доброякісних пухлин.
3.Доброякісні пухлини вульви та матки, частоту поширення.
4.Сучасні теорії етіопатогенезу.
5. Класифікацію доброякісних пухлин вульви та матки.
6. Клініку доброякісних пухлин вульви та матки.
7.Методи діагностики доброякісних пухлин вульви та матки.
8.Види лікування доброякісних пухлин вульви та матки: консервативне, оперативне.
9.Доброякісні пухлини яєчників.
10.Кісти та кістоми яєчників.
11. Класифікацію доброякісних пухлин яєчників.
12. Клініку доброякісних пухлин яєчників.
13. Діагностику доброякісних пухлин яєчників.
14.Принципи сестринського догляду.

Вміти:
1.Розповісти про пухлиноподібні утворення та справжні пухлини жіночих статевих органів.
2.Дати характеристику доброякісних пухлин.
3.Охарактеризувати доброякісні пухлини вульви та матки, частоту поширення.
4.Визначити сучасні теорії етіопатогенезу.
5. Дати класифікацію доброякісних пухлин вульви та матки.
6. Охарактеризувати клініку доброякісних пухлин вульви та матки.
7.Назвати методи діагностики доброякісних пухлин вульви та матки.
8.Назвати види лікування доброякісних пухлин вульви та матки: консервативне, оперативне.
9. Охарактеризувати доброякісні пухлини яєчників.
10. Розповісти про кісти та кістоми яєчників.
11. Дати класифікацію доброякісних пухлин яєчників.
12. Охарактеризувати клініку доброякісних пухлин яєчників.
13. Розповісти про методи діагностики доброякісних пухлин яєчників.
14.Назвати принципи сестринського догляду.

Виховна:
Формувати якості притаманні медичному працівнику:
- уважність;
- спостережливість;
- тактовність;
- виховувати зацікавленість дисципліною, прагнення отримувати нові знання самостійно;
- виховувати професійні риси, почуття відповідальності, творче мислення.

Загальні компетентності (ЗК)

ЗК. 4. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
ЗК. 8. Здатність до міжособистісної взаємодії.

Спеціальні (фахові) компетентності (СК)

СК. 9. Здатність до використання сукупностей професійних навичок (умінь) при підготовці та проведенні діагностичних досліджень та застосовуванні дезінфікуючих і лікарських засобів у професійній діяльності.
СК. 10. Здатність до забезпечення безпеки пацієнта, дотримання принципів інфекційної та особистої безпеки, збереження здоров'я у процесі здійснення догляду, виконання маніпуляцій, процедур, при переміщенні та транспортуванні пацієнта, наданні екстреної медичної допомоги.
СК. 14. Здатність до дотримання принципів медичної етики та деонтології.

Програмні результати навчання (РН)

РН. 1. Вільно спілкуватися державною та іноземною мовами для комунікації, ведення медичної та іншої ділової документації.
РН. 5. Дотримуватися правил охорони праці та безпеки життєдіяльності.
РН. 6. Обирати тактику спілкування з пацієнтами та членами їхніх родин, колегами, дотримуючись принципів професійної етики, толерантної та неосудної поведінки при здійсненні професійної діяльності, з урахуванням соціальних, культурних, гендерних та релігійних відмінностей.
РН. 8. Вживати заходи спрямовані на створення безпечного лікарняного середовища та дотримання лікувально-охоронного режиму, в інтересах збереження власного здоров'я та зміцнення здоров'я пацієнта.
РН. 9. Розпізнавати й інтерпретувати ознаки здоров'я і його змін, хвороби чи інвалідності (оцінка/діагноз), обмежень можливості повноцінної життєдіяльності та визначати проблеми пацієнтів при різних захворюваннях і станах.
РН. 10. Вміти проводити підготовку пацієнта до лабораторних, інструментальних та інших досліджень, здійснювати забір біологічного матеріалу та проб, скеровувати до лабораторії.
РН. 19. Здійснювати взаємозалежні професійні функції з метою забезпечення якісної медичної допомоги населенню.

План лекції

1.Загальне уявлення про пухлиноподібні утворення та справжні пухлини жіночих статевих органів.
2.Характеристика доброякісних пухлин.
3.Доброякісні пухлини вульви та матки,частота поширення.
4.Сучасні теорії етіопатогенезу.
5. Класифікація доброякісних пухлин вульви та матки.
6. Клініка доброякісних пухлин вульви та матки.
7.Методи діагностики доброякісних пухлин вульви та матки.
8.Види лікування доброякісних пухлин вульви та матки: консервативне, оперативне.
9.Доброякісні пухлини яєчників.

10.Кісти та кістоми яєчників.
11. Класифікація доброякісних пухлин яєчників.
12. Клініка доброякісних пухлин яєчників.
13. Діагностика доброякісних пухлин яєчників.
14.Принципи сестринського догляду.

Зміст лекції

ДОБРОЯКІСНІ ПУХЛИНИ: КЛАСИФІКАЦІЯ, ЕТІОЛОГІЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛІНІКА, ЛІКУВАННЯ, УСКЛАДНЕННЯ, ПРОФІЛАКТИКА

Доброякісні пухлини яєчників

Доброякісні пухлини яєчників можуть порушити всі специфічні функції жіночого організму (дітородну, менструальну, статеву, секреторну), а ускладнення, що розвинулись (перекрути ніжки, малігнізація) загрожують життю та здоров'ю жінки. Різноманітні пухлини яєчників мають подібність з пухлинами матки, вагітністю, вадами розвитку, пухлинами статевих органів, сечовидільної системи, кишечника. Таким чином знання пухлин яєчників є необхідним для медичних сестер.

Пухлини внутрішніх статевих органів у жінок досить розповсюджені. Велике місце серед них займають пухлини і пухлиноподібні утворення, які виходять з яєчників. Вони спостерігаються у різні вікові періоди життя жінки і становлять 6-8% всіх гінекологічних захворювань. Більша половина всіх пухлин і майже всі пухлиноподібні утворення мають кістозну форму, тобто є кістомами або кістами. Між ними є деяка зовнішня схожість, але патоморфологічна суть патологічного процесу глибоко відмінна.

Кіста яєчника – це пухлиноподібне утворення, яке виникає в результаті накопичення рідини в попередньо існуючій порожнині. Кісти яєчників збільшуються в розмірах пасивно за рахунок збільшення в них рідкого вмісту. Проліферація клітинних елементів відсутня.

Терміном “кістома яєчника” визначають справжню пухлину, яка росте за рахунок проліферації клітин епітелію і накопичення ексудату в кістозній пухлині.

Серед кістозних утворень яєчників справжні пухлини зустрічаються в 66% випадків, кісти – в 34%. Такий розподіл має велике практичне значення, так як обумовлює тактику лікаря у відношенні лікувальних заходів.

Етіологія і патогенез

Однією з причин виникнення пухлин репродуктивної системи жінки є порушення складного механізму нейроендокринної регуляції. Велике значення має порушення в системі гіпоталамус-гіпофіз-яєчники. Пухлини яєчників є дисгормональними захворюваннями в основі яких лежить первинне ослаблення функції яєчників і зниження рівня оваріальних естрогенів та компенсаторні підвищення рівня гонадотропінів гіпофізу, в першу чергу ФСГ. В умовах тривалого підвищення секреції ФСГ в яєчниках виникає спочатку дифузна, потім осередкова гіперплазія і проліферація клітинних елементів, яка може закінчитись утворенням пухлини. Суттєве значення відводиться змінам клітинного та гуморального імунітету. При доброякісних пухлинах яєчника відбувається пригнічення Т-клітинного

імунітету, а при злоякісних – пригнічення клітинного імунітету і зміни в гуморальній ланці імунітету.

До групи ризику розвитку доброякісних пухлин відносяться жінки з:

– несприятливим преморбідним фоном (значно більше перенесених в дитинстві, зрілому віці інфекційних хвороб);

– порушенням менструального циклу (пізнє менархе, порушення становлення менструації, рання менопауза);

– первинним безпліддям (часто розвивається на фоні серйозних гормональних порушень, аменореї);

– запальними процесами в додатках матки;

– гіперпластичними процесами ендометрію та міомами матки;

– ускладненою спадковістю онкологічного профілю (з боку матері, з боку батька).

Класифікація

Складність розробки єдиної класифікації пухлин яєчників обумовлена тим, що яєчники відносяться до складнопобудованих органів в людському організмі. В їх формуванні беруть участь всі три тканинні закладки: ендодерма, ектодерма і мезодерма. В теперішній час загальноприйнятою є класифікація розроблена акушерами ВОЗ, опублікована в 1977 році в Женеві. В її основу покладені патоморфологічні особливості будови пухлин, які відображають дійсну природу клітинних і гістологічних структур.

Міжнародна гістологічна класифікація пухлин яєчника

І. Епітеліальні пухлини.

А. Серозні пухлини.

1. Доброякісні:

а) цистаденома та папілярна цистаденома;

б) поверхнева папілома;

в) аденофіброма та цистаденофіброма.

2. Пограничні (з потенційно низькою ступенню злоякості):

а) цистаденома та папілярна цистаденома;

б) аденофіброма та цистаденофіброма.

3. Злоякісні:

а) аденокарцинома, папілярна аденокарцинома та папілярна цистаденокарцинома;

б) поверхнева папілярна карцинома;

в) злоякісна аденофіброма та цистаденофіброма.

Б. Муцинозні пухлини.

1. Доброякісні:

а) цистаденома;

б) аденофіброма та цистаденофіброма.

2. Пограничні (з потенційно низькою ступінню злоякісності):

а) цистаденома, аденофіброма і цистаденофіброма.

3. Злоякісні:

а) аденокарцинома та цистаденокарцинома;

б) злоякісна аденофіброма та цистаденофіброма.
В. Ендометріоідні пухлини.
1. Доброякісні:
а) аденома та цистаденома;
б) аденофіброма та цистаденофіброма.
2. Пограничні (з потенційно низькою ступінню злоякісності):
а) аденома та цистаденома;
б) аденофіброма та цистаденофіброма.
3. Злоякісні:
а) карцинома (аденокарцинома, аденоаконтома, злоякісна аденофіброма та цистаденофіброма);
б) ендометріальна стромальна саркома;
в) мезодермальні (мюлерові) змішані пухлини.
Г. Світлоклітинні (мезонефроїдні) пухлини.
1. Доброякісні: аденофіброма.
2. Пограничні (з потенційно низькою ступінню злоякісності).
3. Злоякісні: карцинома та аденокарцинома.
Д. Пухлини Бренера.
1. Доброякісні.
2. Пограничні (пограничної злоякісності).
3. Злоякісні.
Е. Змішані епітеліальні пухлини.
1. Доброякісні.
2. Пограничні (пограничної злоякісності).
3. Злоякісні.
Ж. Недиференційована карцинома.
З. Некласифіковані епітеліальні пухлини.
ІІ. Пухлини строми статевого тяжа:
А. Гранульозностромальні-клітинні пухлини.
1. Гранульозоклітинна пухлина.
2. Група теком-фібром:
а) ліпома;
б) фіброма;
в)некласифіковані.
Б. Андробластоми: пухлини з клітин Сертолі та Лейдига.
1. Високодиференційовані:
а) тубулярна андробластома, пухлина з клітин Сертолі;
б) тубулярна андробластома з накопичуванням ліпідів;
в) пухлина з клітин Сертолі та Лейдига;
г) пухлина з клітин Лейдига;
д) пухлина з хілюсних клітин.
2. Пухлини проміжної (перехідної) диференціровки.
3. Низькодиференційовані (саркоматозні) пухлини.
4. Пухлини з гетерологічними елементами.
В. Гінандробластома.

Г. Некласифіковані пухлини строму статевого тяжу.
III. Ліпідно-клітинні (ліпоїдно-клітинні) пухлини.
IV. Герміногенні пухлини.
А. Дисгермінома.
Б. Пухлини ендодермального синуса.
В. Ембріональна карцинома.
Г. Поліембріома.
Д. Хоріонепітеліома.
Е. Тератома.
1. Незрілі.
2. Зрілі:
а) солідні;
б) кістозні (дермоїдна кіста, дермоїдна кіста з малігнізацією).
3. Монодермальні (високоспецифічні):
а) струма яєчника;
б) карциноїд;
в) струма яєчника та карциноїд.
Ж. Змішані геміногенні пухлини.
V. Гонадобластома:
А. Чиста (з домішкою інших форм).
Б. Змішана з дисгерміномою та іншими формами герміногенних пухлин.
VI. Пухлини м'яких тканин, котрі неспецифічні для яєчників.
VII. Некласифіковані пухлини.
VIII. Вторинні (метастатичні) пухлини.
IX. Пухлиноподібні процеси:
А. Лютеома вагітності.
Б. Гіперплазія строми яєчника та гіпертекоз.
В. Масований набряк яєчника.
Г. Одиничні фолікулярні кісти, кіста жовтого тіла.
Д. Множинні фолікулярні кісти (полікістозні яєчники).
Е. Множинні лютеінізовані фолікулярні кісти та жовті тіла.
Ж. Ендометріоз.
З. Поверхневі епітеліальні кісти-включення (гермінальні кісти-включення).
І. Прості кісти.
К. Запальні процеси.
Л. Параваріальні кісти.

Епітеліальні доброякісні пухлини яєчників

Серозні пухлини

До групи "епітеліальних" новоутворень яєчників відносять пухлини, які складаються з одного чи кількох типів поверхневого епітелія, строми в різних комбінаціях. Проте гістогену циліоепітеліальних утворень до цього часу до кінця не з'ясований. Існує три основні гіпотези, які пояснюють походження цих пухлин:

1) теорія походження з покривного епітелію;

2) з рудиментів, які оточують яєчник і розташовуються в ділянці його воріт;

3) їз зміщених ділянок трубного і маткового епітелія.

Циліоепітеліальні пухлини яєчників відрізняються великою різновидністю своєї будови. Найбільшу групу доброякісних пухлин складають кістоми. Вони розділяються на серозні і муцинозні.

Серозні кістоми **(циліоепітеліальні).** Проста серозна кістома (сецернуюча) – частіше однокамерне утворення з гладенькими стінками. Вміст являє собою світлу прозору рідину солом'яного кольору. Внутрішня поверхня стінок капсули вкрита одношаровим кубічним, іноді миготливим, епітелієм. За своєю будовою миготливий епітелій нагадує епітелій, який вкриває слизову оболонку матки і маткових труб. У даних кістом секреція епітелію переважає над його проліферацією. Їх частота складає 11% всіх пухлин яєчників і 45% циліоепітеліальних пухлин. Частіше спостерігаються у віці 30-50 років як правило односторонні, рідко досягають великих розмірів. Ці кістоми звичайно мають округлу або овальну форму і глядку блискучу поверхню. Якщо є супутній запальний процес, то поверхня може бути матовою і покритою численними злуками. В більшості випадків (72%) вони є однокамерними, рідше двохкамерними (10%) та багатокамерними (18%). Під час гінекологічного дослідження пухлина визначається частіше з одного боку. Звичайно вона має невеликі розміри, гладку поверхню, тугоеластичну консистенцію, рухлива, безболісна. Клінічно проявляє себе рідко. Виявляється під час профоглядів, або коли хворі звертаються з приводу переймоподібного болю унизу живота (справа або зліва залежно від ураження яєчника) і у ділянці попереку (перекручування ніжки кістоми, розрив капсули або крововилив у неї, некроз). Гормональною активністю пухлини не володіють, менструальний цикл не порушується. Під час УЗД і лапараскопії діагностика даної пухлини яєчника не затруднена.

Лікування тільки оперативне. Операція полягає у видаленні пухлини разом з яєчником. У разі двобічного ураження яєчника, незалежно від віку, видаляють обидва яєчники.

Папілярні кістоми **(папілярна цистаденома) –** це пухлини, для яких характерна наявність сосочкових розростань. Частіше вони зустрічаються в репродуктивному віці, рідше в клімактеричному і майже не спостерігаються до статевого дозрівання. Їх частота становить 7% загальної кількості пухлин і 34% від епітеліальних. Схильна до злоякісного переродження (до 70% випадків).

Розвиток папілярних кістом характеризується частим двохстороннім ураженням яєчників та інтралігаментарним розміщенням пухлини. Досить часто вони супроводжуються асцитом.

В залежності від локалізації сосочків виділяють:

1) інвертуючу форму (сосочки знаходяться в середині кістоми);

2) евертуючу форму (сосочки знаходяться тільки зовні капсули кістоми);

3) змішану (сосочки розміщуються і всередині і на зовнішній поверхні кістоми).

Вистилає сосочки високий або плоский епітелій. Строма їх може бути щільною або рихлою. Розростання можуть заповнювати більшу частину кістоми і по вигляду нагадувати "цвітну" капусту. Епітеліальний покрив звичайно однорядний, хоча ядра клітин розміщені на різних рівнях, що створює враження багатошаровості. Інколи в папілярних кістомах зустрічаються ксаммомні тільця. Вони характеризуються

наявністю звивистої концентричності і сферичною формою. Раніше їх наявність вважалась ознакою злоякісності, хоча в теперішній час це припущення не підтвердилось.

Розростання сосочків на зовнішній поверхні кістоми нерідко супроводжується розповсюдженням їх по брюшині, але це не свідчить про злоякісний характер. Сосочки можуть розмоктуватись після видалення основної пухлини. Більшість папілярних кістом не перевищує 10 см в діаметрі. Вміст цих пухлин серозний або серозно-геморагічний, рідкий, хоча може бути в'язкий, тягучий, часто мутний, що можна пояснити процесами дистрофії і розпаду деяких сосочків, а також більш високим вмістом муцинозної маси.

Клінічні симптоми при папілярних кістомах з'являються раніше, ніж при гладкостінних. Це може бути обумовлено двохстороннім ураженням та інтралігаментарним розміщенням пухлини. Найбільш раннім симптомом є болі внизу живота, інколи вони віддають в поперек, нижні кінцівки, часто супроводжуються дизуричними явищами. Може відмічатись збільшення живота, порушення дефекації, загальна слабкість, втомлюваність, поганий сон і апетит. Має місце порушення менструальної функції, безпліддя.

Під час гінекологічного дослідження визначається пухлина з нерівною поверхнею, горбиста (внаслідок багатокапілярності), яка тісно прилягає до матки, обмежено рухлива або нерухлива (інтралігаментарне розміщення), безболісна. Внаслідок інтимного зв'язку з маткою її нерідко приймають за субсерозний фіброматозний вузол матки.

Папілярні кістоми досить часто (до 40%) поєднуються з іншими пухлиноподібними захворюваннями статевих органів: кісти яєчників, міома матки, внутрішній ендометріоз матки, злоякісні пухлини матки.

Лікування тільки оперативне. Об'єм оперативного втручання такий самий, як у випадку простої серозної кістоми.

Проліферуючі серозні пухлини

Ці кістоми по класифікації ВОЗ відносять до таких, що межують між доброякісними і злоякісними пухлинами яєчника. Вони є передраковими захворюваннями. Макроскопічно проліферуючо-серозні пухлини яєчників мають тіж особливості, що і непроліферуючі. Вони частіше бувають двохсторонніми, супроводжуються асцитом.

Відмінністю від доброякісних пухлин є виражена проліферація епітелія, яка проявляється в багатошаровості (істинній), утворення епітеліальних сосочків, що не мають строми, поява мітозів, інколи аномалій ядер, хоча атипії клітин, яка спостерігається при раці та інфільтративному рості в проліферуючих пухлинах, немає.

Муцинозні пухлини

Псевдомуцинозна кістома (муцинозна цистаденома) – це найбільш проста форма муцинозних кістом. Вони зустрічаються частіше інших форм муцинозних кістом і становлять близько 82%. Переважно бувають односторонніми, двостороннє ураження яєчників відмічається в 10% випадків. Пухлини досягають великих розмірів від 10 до 30см в діаметрі; інколи до 50см в діаметрі, їх форма округла або овальна. В більшості випадків кістоми багатокамерні. Величина камер різна, інколи пухлина

складається з одного великого утворення і мілких дочірніх кіст. Вміст камер – псевдомуцин – густа драглиста рідина різного кольору (жовтуватого, коричневого, блідо чи темно-зеленого, темно-червоного). Різниця між псевдомуцином і муцином полягає у тому, що під час дії оцтовою кислотою муцин випадає в осад, а псевдомуцин не змінюється. Стінка муцинозних кістом і перегородок жовта, щільна. Внутрішня поверхня камер гладка.

Епітелій, який вистілає стінку кістоми, однорядний, високий циліндричний, з базально-розміщеним ядром, має схожість з епітелієм цервікального каналу. Він має здатність до утворення слизу. Слиз вміщує глікопротеіни і гетероглікани. Поряд з високим циліндричним епітелієм інколи знаходиться кубічний, а в окремих випадках і миготливий епітелій.

Серед простих муцинозних кістом розрізняють гладкостінні і "гландулярні" кістоми. Останні характеризуються наявністю криптоподібних заглиблень і залозисто-подібних утворень. В епітелії деяких кістом можна виявити аргентофільні клітини, ще рідше – клітини Пенета.

Псевдопапілярні муцинозні кістоми макроскопічно майже не відрізняються від простих муцинозних кістом. Гістологічно – в результаті багаточисельних криптовидних заглиблень, розташованих одне за одним, складається враження про наявність сосочків, що надає пухлині псевдопапілярної будови. Клінічно вони частіше бувають односторонніми, багатокамерними.

Істинні папілярні псевдомуцинозні кістоми в більшості випадків бувають двохсторонніми. На внутрішній поверхні камер визначаються сосочкові розростання, які інколи нагадують "цвітну" капусту. Сосочки мають сполучно-тканинну основу, епітеліальний покрив однорядний. Висота і форма клітин можуть коливатись, поряд з високим циліндричним епітелієм спостерігаються кубічні та бокалоподібні клітини. Мітози спостерігаються рідко. Деякі клітини втрачають здатність продукувати слиз.

Псевдомуцинозні кістоми розвиваються безсимптомно, поки пухлина не стане досить великою. Інколи хворі відмічають збільшення живота і самі прощупують пухлину. При досить великих розмірах появляються ознаки здавлення сусідніх органів (сечового міхура, прямої кишки, крижово-нервового сплетіння, лімфатичних і венозних судин). Для пухлини характерна нерівна поверхня (місцями м'якої, місцями щільної консистенції), можливе утворення злук.

Лікування завжди оперативне – видалення пухлини разом з яєчником.

Проліферуючі муцинозні кістоми

Проліферуючі муцинозні кістоми розцінюються як передраковий процес. Пухлина багатокамерна, зовнішня поверхня її гладка, на внутрішній є сосочкові розростання. Клінічний перебіг захворювання мало чим відрізняється від звичайних псевдомуцинозних кістом. Гістологічно характерною ознакою є інтенсивна проліферація епітелію. Вона виражається у втраті на деяких ділянках специфічного диференціювання і функцій клітин, появою багатошарового епітелію (не більше 2-3 рядів). На відміну від злоякісних муцинозних пухлин відсутні атипії клітин, багаточисленні мітози, інфільтративний ріст. Для правильної постановки діагнозу необхідно дослідити додатково кусочки тканини з пухлини. При наявності проліферуючих пухлин прогноз для більшості хворих сприятливий, тому у молодих

жінок при ураженні одного яєчника обмежуються односторонньою сальпінгоофоректомією.

Псевдоміксома яєчника – це пухлина, що зустрічається дуже рідко, і на думку деяких авторів є різновидністю псевдомуцинозної кістоми. В результаті насичення муцином стінки кістоми можуть піддатись некрозу і руйнуванню; при цьому вміст кістоми попадає в черевну порожнину. Він не всмоктується очеревиною, а інкапсулюється в результаті вся очеревина вкривається драглистими масами, які підтримують стан хронічного запалення, супроводжується больовим синдромом. При розриві капсули з'являються симптоми гострого живота. Лікування включає проведення радикальної операції з видаленням всіх внутрішніх статевих органів, резекцію великого сальника, звільнення черевної порожнини від драглистої маси, з наступною хіміо- чи рентгенотерапією.

Пухлини Бренера – це фіброепітеліальні пухлини, які складаються із строми яєчника і гнізд багатогранних або великих епітеліальних клітин перехідного типу. Синонімами є муцинозна фіброепітеліома, мукоїдна фіброепітеліома, коллоїдна аденофіброма. Пухлина Бренера зустрічається досить рідко, її частота становить 0,4-1%, переважно у хворих старше 50 років. Гістологічно вона складається з сполучно-тканинних (типу фіброми) і епітеліальних компонентів (у вигляді епітеліальних островків, тяжів, які інколи утворюють кісти). Величина пухлини коливається від кількох міліметрів до величини голови дорослої людини, в середньому становить 6-7см в діаметрі. Пухлина, як правило, одностороння, при чому частіше зустрічається лівостороння локалізація. Форма її округла або овальна, зовнішня поверхня гладка, капсула зазвичай відсутня. По зовнішньому вигляду, щільності і волокнистій будові на поверхні нагадує фіброму. Колір її білувато-сірий, інколи з жовтуватим відтінком. В тканині пухлини можуть спостерігатись мілкі порожнини, рідше великі кісти, вміст порожнин здебільшого слизовий. Пухлини Бренера, як правило, доброякісні. Малігнізація відбувається дуже рідко.

В останні роки велика увага приділяється гормональній активності деяких пухлин Бренера, що зв'язують з наявністю в стромі текальної реакції, стромальних лютеїзованих клітин. У 50% хворих з пухлиною Бренера виявлені прояви естрогенної активності у вигляді гіперплазії ендометрія, яка супроводжувалась ановуляторними кровотечами та кровотечами в період постменопаузи. Деякі пухлини проявляються маскулінізацією, що пояснювалось її здібністю синтезувати тестостерон з прогестерона в присутності хоріального гонадотропіна. Лікування хірургічне – видалення пухлини разом з ураженим яєчником.

Пухлини строми статевого тяжа

В цю групу включені всі пухлини, які складаються із клітин, що виникли з статевого тяжа або мезенхіми ембріональних гонад. Ця група пухлин відноситься в основному до гормонально-активних, виключення становить фіброма та окремі інактивні пухлини. Слід підкреслити, що в діагностиці цих пухлин провідне місце займають морфологічні методи.

А. Гранульозостромально-клітинні пухлини

Вони складаються окремо або в різних комбінаціях з гранульозних клітин, тека-клітин і стромальних клітин.

Гранульозоклітинна пухлина (фолікулома, фемінізуюча пухлина) – розвивається з гранульозних клітин яєчника або із диференційованих залишків статевих тяжів. Її частота становить від 0,6% до 3% – по відношенню до всіх новоутворенних яєчників. Найчастіше зустрічається у віці 40-60 років. Пухлина майже завжди одностороння, овальної чи овоїдної форми. Капсула досить чітко виражена, величина в середньому до 10см в діаметрі. В залежності від будови пухлини можуть бути щільними, щільно-еластичної та м'якуватої консистенції. На розрізі мають дольчату будову і жовтий колір. Інколи наявні кістозні порожнини з серозним, слизовим чи геморагічним вмістом. У відповідності з гістологічною будовою гранульозоклітинної пухлини виділяють їх мікро- і макрофолікулярні, трабекулярні, інсулярні і дифузні варіанти.

Пухлина є гормональноактивною і продукує естрогени. При морфологічному дослідженні ендометрія виявляються гіперпластичні процеси (поліпи, залозисто-кістозна гіперплазія, аденоматоз). Супроводжується фемінізуючим синдромом (передчасне статеве дозрівання і пізнє статеве угасання).

У дівчаток з гранульозоклітинними пухлинами спостерігається передчасне статеве дозрівання, виникають маткові кровотечі, рано з'являються вторинні статеві ознаки: оволосіння на лобку і в підпахвинних впадинах, збільшення молочних залоз. Зовнішні статеві органи відповідають по своєму розвитку більш старшому віку. У молодих жінок розвиток пухлини супроводжується тимчасовою аменореєю, яка змінюється ациклічними кровотечами. При виникненні гранульозоклітинної пухлини в післяменопаузі виникають маткові кровотечі, відсутні атрофічні зміни зовнішніх статевих органів, матка дещо збільшена, в ділянці додатків визначається одностороннє тугоеластичне рухоме утворення. Поєднання фемінізуючого синдрому, порушення менструальної функції, неплідця з односторонньою пухлиною яєчника вказує на гормонопродукуючий характер пухлини.

Гранульозоклітинні пухлини досить часто перетворюються в злоякісні. За даними літератури злоякісне переродження спостерігається в 25-50%. Пухлина щільна, вузлувата, малорухома, великих розмірів, частіше двохстороння. Метастазує частіше в великий сальник, матку, труби, сечовий міхур, печінку. Діагностика основана на даних анамнеза, клінічній картині. Основним дадотковим методом обстеження є лапароскопія, під час якої проводиться біопсія. Кінцевий діагноз ставиться після патоморфологічного дослідження.

Лікування: у молодих жінок при наявності доброякісного процесу можливе видалення пухлини з яєчником з наступним наглядом за хворою. В пре- і постменопаузі показане видалення матки з додатками.

Текома **(текобластома, текоклітинна фемінізуюча пухлина)** – це сполучнотканинне утворення з добре розвинутою аргірофільною сіткою. Для них характерна наявність великої кількості ліпідів. Звичайно пухлина добре васкуляризована. Її частота складає 2,4-5% по відношенню до всіх новоутворень. Текома зустрічається в любому віці, але найбільш часто в постменопаузі (після 60 років).

Пухлина, як правило, одностороння, виключно рідко – двохстороння, розміри її коливаються від мініатюрних до величини голови дорослої людини, всередньому коло 8см. Форма пухлини округла чи овальна, поверхня гладка, при дольковій будові

– нерівна. Капсула зазвичай відсутня. По зовнішньому вигляду, щільності текому можна прийняти за фіброму. На розрізі пухлина жовтого кольору з волокнистими проміжками сіро-білого кольору.

Текома розвивається з веретеновидних клітин внутрішньої оболонки покришки фолікула, які виробляють естрогени, а при лютеінізації їх – прогестерон. В результаті можливе передчасне статеве дозрівання або пізнє закінчення менструальної функції. Перебіг захворювання мало чим відрізняється від проявів гранульозоклітинної пухлини. Характерним для цієї пухлини є асцит, який може виникнути при доброякісному і злоякісному перебігу захворювання.

Лікування – хірургічне, в молодому віці видаляється пухлина з ураженим яєчником. Після операції (при збереженому другому яєчнику) відновлюється менструальний цикл, ліквідується неплідддя.

Фіброма яєчника – доброякісна пухлина, яка розвивається з його строми. Частота фібром складає від 7 до 12%. Вони відносяться до гормонально-неактивних пухлин. Звичайно фіброма виникає у жінок у віці 40-50 років. Розміри її коливаються від кількох до 20см в діаметрі. Фіброми яєчника частіше бувають односторонніми, округлої форми, щільні, часто дерев'янистої консистенції з вузлуватою або гладкою поверхнею. Колір пухлини білий або біло-сірий. На розрізі має волокнисту будову, при некрозі може бути буро-червоний. Фіброма має ніжку, що створює умови для її перекруту. Фіброми яєчника можуть бути двох форм: відгороджена з збереженням частини тканини яєчника і дифузна – тканина яєчника при цій фібромі не виявляється, пухлина не має капсули. Фіброми дифузної форми зустрічаються частіше і бувають більших розмірів.

Гістологічно пухлини складаються з клітинних елементів веретеновидної форми і міжклітинної волокнистоі речовини в різних співвідношеннях. В більшості випадках пухлини бідні кровоносними судинами. Мітози відсутні. В фібромі на відміну від текоми ліпіди звичайно не виявляються.

Клінічні симптоми з'являються при некрозі або перекруті ніжки пухлини. Досить характерною ознакою фіброми яєчника є асцит. Інколи разом виявляється полісерозит, анемія, кахексія (тріада Мейгса), що, як правило, вказує на злоякісне переродження пухлини. Причини появи асцита і гідроторакса досі не відомі. Проте припускається, що асцит утворюється внаслідок проникнення транссудату з фіброми яєчника, так як капсули вона не має. Поява гідроторакса обумовлена проникненням асцитичної рідини через міжклітинні щілини діафрагми.

Лікування – хірургічне – видалення ураженого яєчника. Після оперативного втручання досить швидко зникає асцит і гідроторакс.

Б. Андробластоми

До андробластом (аренобластом) відносять пухлини, в яких є клітини Сертолі-Лейдига різного ступеня зрілості, а в деяких випадках – індиферентні гонадні клітини ембріонального виду.

Андробластоми розвиваються із клітин статевої залози з потенційно головним напрямком розвитку, володіють маскулінізуючими властивостями. Зустрічаються вони досить рідко. Їх частота становить 0,4% всіх новоутворень яєчника. Пухлини майже завжди односторонні в середньому 5-6см в діаметрі, добре відмежовані, мають чітко виражену капсулу. Звичайно локалізуються в області воріт яєчника і в

мезоварії. Поверхня пухлин здебільшого гладка. На розрізі вони мають жовтий, жовто-червоний, жовто-сірий колір, інколи в пухлині зустрічаються дрібні кістозні утворення, локальні крововиливи.

Маскулінізуючі пухлини зустрічаються в любому віці, але особливо часто в 20-30 років і 50-70 років. В клінічному перебізі маскулінізуючих пухлин можна виділити період дефімінізації з наступним розвитком явищ вірілізації. У жінок репродуктивного віку на початку захворювання менструації стають рідкими, незначними і переходять в аменорею. Одночасно відбувається гіпоплазія матки, яєчника, атрофія ендометрія, аменорея і атрофія молочних залоз. Будова тіла стає чоловічою, спостерігається ріст волосся на обличчі, грудях, кінцівках. Змінюється тембр голосу, він стає грубим. Появляється гіпертрофія клітора, облисіння по чоловічому типу, зникає статева функція. Явища дефімінізації обумовлені надлишковим утворенням андрогенів (тестостерона), які пригнічують фолікуло-стимулюючу функцію гіпофіза, в результаті чого кількість естрогенів знижується і тим самим створюються умови для маскулінізації. Всі ці ознаки розвиваються на протязі кількох років, рідше на протязі кількох місяців.

Слід відмітити, що інколи андробластоми мають гіперестрогенний ефект – це відбувається коли пухлина складається переважно з клітин Сертолі. В такому випадку вони проявляються гіперпластичними процесами ендометрія.

Андробластоми розділяють на високодиференційовані пухлини, проміжні та низькодиференційовані. Високодиференційовані пухлини – доброякісні, при низькій диференціації в 20-25% випадків пухлини піддаються злоякісному переродженню.

Діагностика базується на характерній пропажі жіночих рис (дефімінізація) і розвитку чоловічих (маскулінізація). В ділянці додатків матки визначається одностороннє пухлиновидне рухливе утворення щільної консистенції. З додаткових методів обстеження важливу роль відіграє ультразвукове дослідження та лапароскопія.

Лікування: в молодому віці проводять видалення пухлини. У жінок в пре- і постменопаузі проводять пангістеректомію. При підозрі на злоякісний процес операцію доповнюють резекцією великого сальника. Після видалення пухлини порушені функції жіночого організму поступово відновлюються, зникають симптоми маскулінізації, хоча грубість голосу, гіпертрофія клітору, гірсутизм можуть залишатись.

Ліпідно-клітинні пухлини яєчників

Згідно визначенню ВОЗ в цю групу новоутворень включені пухлини, що складаються з клітин, що нагадують клітини Лейдега, лютеїнові клітини і клітини кори надниркових, але які не можуть ідентифікуватись специфічно як один з цих трьох типів.

Адреналоподібні пухлини

Синонімами є дифузна арреноластома, маскуліноовобластома і гіпернефрома.

Адреналоподібна пухлина яєчника має схожість з аденомою кори надниркових як у відношенні її макроскопічної характеристики, так і морфологічних особливостей. Вона розвивається із ембріональних залишків коркового шару надниркових, які знаходяться в широкій зв’язці, воротах яєчників і корковому шарі яєчників. Пухлина, як правило, одностороння, величина її коливається в широких

межах від кількох до 20см. Пухлина має вигляд вузла округлої форми, чітко обмеженого, щільної консистенції. На розрізі солідної будови, помаранчевого, жовтого чи коричневого кольору з ділянками крововиливів.

По гістологічній картині пухлина нагадує сіткову або клубочкову зону кори наднирників. Пухлина утворена з великих (20-45 мкм) полігональних клітин з світлою або вакуолізованою цитоплазмою. Ядра їх невеликі, базофільні, розташовані центрально. Клітини містять ліпіди, мітози зустрічаються дуже рідко. До 7% пухлин можуть бути злоякісними. В цих випадках визначаються атипові клітини (поліморфізм і гіперхроматоз ядер), велика кількість ліпідів.

Більшість адреналоподібних пухлин є маскулінізуючими. Найбільш часто вони зустрічаються у жінок репродуктивного віку, у дівчаток та жінок старше 60 років. Їх частота не перевищує 10%. Ендометрій при цих пухлинах звичайно без ознак проліферації, атрофічний. Враховуючи те, що злоякісні адреналоподібні пухлини зустрічаються рідко, одностороння оваректомія є ефективним методом лікування, особливо в дитячому і репродуктивному віці.

Лютеома

Розрізняють дві пухлини які називають лютеомою: лютеома вагітності і стромальна лютеома. Перша з них не являється істиною пухлиною і згідно класифікації ВОЗ розглядається серед пухлиноподібних процесів.

Стромальна лютеома

До цієї патології відносять невеликі (не більше 2-3см) лютеоми, які локалізуються в корковому або мозковому шарі одного чи обох яєчників. Ці пухлини частіше одиночні рідше численні, не мають капсули, на розрізі жовтого, коричневого, сірого чи білого кольору.

Гістологічно стромальна лютеома складається з великих полігональних чи округлих тісно розташованих клітин у вигляді тяжів і гнізд. Ядра великі, розташовані центрально. Цитоплазма еозинофільна. Строма звичайно бідна, але інколи представлена широкими пучками гіалінізованого колагену, який ділить клітини на групи. Лютеома багата кровоносними судинами, стромальна лютеома розвивається з текалютеїнових клітин або з лютеінізованих стромальних клітин. Частіше пухлина виникає у жінок в постклімактеричному періоді, в 50-70 років. У більшості випадків розвиток пухлини супроводжується явищами гіперестрогенії. Хворі скаржаться на маткові кровотечі. Визначається залозисто-кістозна гіперплазія ендометрія. В частини хворих пухлини проявляються явищами вірілізма.

Чітко розробленої тактики лікування хворих при наявності стромальної лютеоми немає. Слід пом’ятати, що пухлина може бути двохсторонньою. Проте відсутність пухлини в другому яєчнику не виключає наявності в ньому ділянок стромальної лютеінізації, яка в майбутньому може бути джерелом розвитку стромальної лютеоми. Тому вважається, якщо стромальна лютеома характеризується естрогенною активністю, а матка видалена, другий яєчник може бути збережений. При збереженні матки або проявленні лютеомою андрогенної активності рекомендується видалити і другий яєчник.

Герміногенні пухлини

До цієї групи відносяться пухлини, в яких знаходяться незрілі, зрілі або ті і інші структури, які можуть походити з якого-небуть або із всіх трьох зародкових листків –

ектодерми, мезодерми і ендодерми. Після серозних і муцинозних кістом зрілі тератоми є найбільш частими доброякісними новоутвореннями яєчників.

Дермоїдна кіста **(дермоїд, зріла кістозна тератома, проста тератома)** відноситься до зрілих тератом і серед пухлин яєчників зустрічається у 8% хворих. Звичайно вони вислані епідермісом, хоча зустрічаються також тканини екзодермального і мезодермального походження.

Дермоїдні кісти, як правило, односторонні, причому частіше локалізуються в правому яєчнику. Чисельні дермоїди в одному або двох яєчниках явище дуже рідке. Пухлини звичайно не досягають великих розмірів. Форма округла або овальна, консистенція тістувата. На розрізі дермоїдна кіста представляє тонкостінне утворення, однокамерне, яке містить сало, волосся, складене у вигляді клубків. В стінці кіст є щільне утворення у вигляді бугра. Це утворення, яке називається головним або паренхіматозним вузлом, є головною частиною дермоїдної кісти. В ньому знаходяться зрілі тканини і рудиментарні органи: в 1/3 випадків це зуби (1-3, інколи більше), кісткова, хрящева тканина, частини кишкової трубки, щитовидна залоза. Капсула кісти сполучнотканинна, щільна, блискуча.

Пухлина може зустрічатись у жінок різного віку (навіть у новонароджених), хоча частіше у 20-40 років. Ріст дуже повільний. Вони мають досить довгу ніжку (яка може перекрутитись) внаслідок чого пухлини досить рухомі. Діагностика не представляє труднощів: при бімануальному дослідженні пальпується одностороннє, рухоме утворення твердої або тістуватої консистенції, яке розташоване попереду від матки. Діагноз підтверджується під час операції.

Лікування – хірургічне. Молодий вік жінки, рідке рецидування і злоякісне переродження дермоїдної кісти дозволяють проводити резекцію яєчника з максимальним збереженням макроскопічно незміненої тканини.

Солідні тератоми **(тератобластома, незріла тератома)** зустрічаються дуже рідко, відносяться до злоякісних пухлин. Виникають у дитячому і юнацькому віці. Тератобластома багата судинами, в зв'язку з чим часто відмічаються крововиливи під капсулу і в товщу пухлини. Поверхня щільна, вузлувата, має нерівномірну консистенцію.

Пухлини частіше зустрічаються у дівчат астенічної будови тіла. Скарг хворі не мають. Основною ознакою є визначення рухомого пухлиноподібного утворення в малому тазі. Часто ніжка пухлини перекручується, можливий розрив капсули. В пізніх стадіях з'являється асцит. Метастазування наступає швидко і відбувається в основному гематогенним шляхом.

Лікування – оперативне – надпіхвова ампутація матки з додатками, резекція великого сальника.

Гонадобластома – це пухлина, що складається з двох основних типів клітин: великих зародкових, які схожі на клітини дисгерміноми і семіоми та маленьких клітин, які нагадують клітини Сектолі. Крім того строма може вміщати клітини, які нагадують лютеїнові і клітини Лейдіга.

Гонадобластоми виникають майже виключно у хворих з дисгенетичними яєчниками або яєчниками, більшість з яких є хроматиновід'ємними і мають Y-хромасоми. Мають схильність до злоякісного переродження. Лікування оперативне.

Некласифіковані пухлини

До цієї групи відносяться такі первинні пухлини яєчників, що не можуть бути віднесені до будь-якої категорії, які описані вище.

Вторинні (метастатичні пухлини) – це злоякісні пухлини, які розглядають у відповідному розділі.

Кісти яєчників

Ретенційні кісти яєчників це собою утворення, які виникають в результаті накопичення рідини у відповідній порожнині. Збільшення розмірів кісти відбувається не за рахунок розмноження клітинних елементів, а в результаті збирання рідини, яка є трансудатом плазми крові. Цим кісти відрізняються від справжніх пухлин – кістом яєчника.

Фолікулярна кіста

Фолікулярна кіста яєчника спостерігається найбільш часто. Існує дві основні теорії про їх походження. Перша – це порушення гормонального балансу в організмі, зниження естрогенної функції яєчників,що призводить до зростання рівня гонадотропних гормонів, причому змінюється співвідношення між ЛГ і ФСГ в бік підвищення рівня останнього. Підтвердженням цьому є часте поєднання кіст з міомами матки, при яких також відбуваються гормональні порушення. Друга теорія пояснює виникнення кіст змінами, які відбуваються в яєчниках при запальних процесах додатків матки. Велике значення при цьому має застійна гіперемія тазових органів і розвиток явищ периоофорита.

Фолікулярна кіста в своєму розвитку проходить кілька стадій. Під впливом ФСГ фолікули в яєчниках починають збільшуватись в розмірах. Один з фолікулів збільшується особливо помітно. Утворена кіста росте за рахунок порожнини фолікула. Кісти можуть утворюватись із атрезованих і персистуючих фолікулів. Порожнина кісти заповнена прозорим світлим вмістом. Внутрішня поверхня вислана гранульозними клітинами. В процесі росту внутрішня оболонка кісти потовщується, клітини збільшуються, ядра набухають, зовнішня оболонка помітно не змінюється. Слідуюча стадія розвитку кісти характеризується дистрофічними і атрофічними змінами: епітелій потоншується, злущується і пропадає. Наступає вакуолізація протоплазми, пікноз і розпад ядер. Подібні зміни відбуваються і у внутрішній оболонці. В результаті цього кіста перетворюється в тонкостінне, гладкостінне утворення яєчників, порівняно невеликих розмірів. Вміст фолікулярних кіст – прозора лимонно-жовтого кольору рідина, яка не має слизу або муцину. Інколи може бути добавка крові. Вони завжди є однокамерними. Якщо є кілька камер, можна з впевненістю думати про кістому яєчника. Хоча інколи в яєчнику одночасно виникає кілька кіст, які поступово збільшуються, зливаються між собою і складають враження багатокамерного утворення. Фолікулярні кісти неактивні у відношенні продукції гормонів.

Клініка і діагностика

Неускладнена фолікулярна кіста невеликих розмірів звичайно протікає безсимптомно і виявляється при гінекологічному огляді. Під час бімануального дослідження з боку і спереду від матки знаходять утворення тугоеластичної консистенції, порівняно невеликих розмірів з гладкою поверхнею, рухоме, безболюче. Скарги виникають при перекруті ніжки кісти, здавленні суміжних органів. З’являються болі в поперековій ділянці, почуття важкості внизу живота,

дизуричні явища. В анамнезі є дані про перенесені запальні процеси, порушення менструального циклу. Для підтвердження діагнозу проводиться ультразвукове дослідження, лапароскопія.

Лікування хірургічне. Операція заключається в вилущуванні кісти із збереженням здорової тканини яєчника, що особливо важливо у жінок репродуктивного віку.

Кісти жовтого тіла зустрічаються досить рідко. Їх розвиток зв'язаной з тим, що після овуляції порожнина фолікула не спадається і не заповнюється повністю лютеїновими клітинами, а залишається існувати і розтягується серозною рідиною.

Макроскопічно кісти жовтого тіла відрізняються від фолікулярних кіст більш товстими стінками, внутрішня поверхня їх жовтого кольору і складчата. Вміст кіст – світла, прозора рідина, інколи з домішками крові. Вони мають гладку поверхню, еластичну консистенцію, невеликий розмір (в середньому до 5см в діаметрі, більші бувають надзвичайно рідко). Мікроскопічно кісти жовтого тіла характеризуються наявністю клітин жовтого тіла, які розміщуються у вигляді пласта, або окремих груп.

Виділяють 2 типи клітин: лютеїнові і тека-лютеїнові. Лютеїнові клітини великих розмірів, полігональної форми з округлими ядрами. Протоплазма їх прозора. Тека-лютеїнові клітини розміщуються ззовні від лютеїнового пласта і не мають чіткої межі з підлеглою сполучною тканиною. Вони менші за лютеїнові і мають більш темні ядра. При вивченні гістологічної будови встановлено, що лютеїнові клітини кіст жовтого тіла проходять стадію проліферації, васкуляризації, розквіту і зворотнього розвитку. В стадії проліферації клітини невеликі, активно ростуть, тека-лютеїнові клітини добре виражені. В стадії васкуляризації відбувається вростання капілярів і сполучної тканини з боку thece interne. В стадії розквіту лютеїнові клітини мають полігональну форму, цитоплазма прозора. Тека-лютеїнові клітини менше виражені і зберігаються у вигляді прослойки на периферії. В стадії зворотнього розвитку протоплазма лютеїнових клітин втрачає прозорість, ядра піддаються пікнозу, сполучна тканина розростається і поступово заміщає лютеїнові клітини. Кількість тека-лютеїнових клітин різко збільшується. Разом із зворотним розвитком лютеїнових клітин і заміною їх сполучною тканиною відбувається поступове зникнення порожнини кісти і заміщення її сполучною тканиною.

Клініка і діагностика

Характерних клінічних особливостей перебігу кісти жовтого тіла немає. У хворих може спостерігатись аменорея від 2-3 тижнів до 2-3 місяців, під час якої можуть бути ознаки типові для вагітності (нудота, різні смакові примхи, нагрубання молочних залоз). При бімануальному обстеженні визначається збільшення додатків з однієї сторони. Причому характерна поява або збільшення кісти у другій фазі менструального циклу.

Лікування: при підозрі на кісту жовтого тіла не слід поспішати з оперативним лікуванням. Така хвора підлягає диспансерному нагляду. Слід проводити спостереження на протязі трьох менструацій. За цей період кіста жовтого тіла може самостійно піддатись зворотньому розвитку. Якщо зменшення кісти не відбувається спостерігається тенденція до її збільшення, необхідне хірургічне втручання, оскільки виключити справжню пухлину яєчника буває досить важко.

Тека-лютеїнові кісти – характерні для трофобластичної хвороби (міхурового занеску чи хоріонепітеліоми). Кістозні утворення формуються під впливом стимулюючої дії хоріонічного гонадотропіна, який містить велику кількість лютеїнізуючого гормону, на тека-тканину яєчника. Тека-лютеїнові кісти являють собою двохстороннє утворення з гладкою поверхнею і бурою капсулою. Вміст їх рідкий, інколи густий, жовтого або коричнево-червоного кольору. Навіть при великих розмірах тека-лютеїнові кісти після народження міхурового занеску чи вилікування хоріонепітеліоми, поступово зменшуються в розмірах. Функція яєчників відновлюється. В подальшому можлива нормальна вагітність.

В останні роки при лікуванні міхурового занеску і хоріонепітеліоми рекомендують проводити пункцію кіст з відсмоктуванням вмісту, що прискорює процес зворотного розвитку пухлини. В тих випадках, коли кісти зберігаються на протязі кількох місяців потрібно, в першу чергу, думати про виникнення або метастазування хоріонепітеліоми.

Параоваріальна кіста

Параоваріальні кісти розвиваються із залишків коло яєчників (вольфово тіла), які являють собою канальці, які сліпо закінчуються і розташовуються між матковою трубою і яєчником в листках мезосальпінкса. В нормі ці канальці облітерують і мають вигляд рудиментарних утворень. Проте у деяких жінок вони можуть піддаватись кістозному розширенню внаслідок продукції секрету. Розташовуються вони в основному між зв'язками. Стінка параоваріальної кісти складається з сполучної тканини. Внутрішня поверхня гладка вислана однорядним циліндричним або плоским епітелієм.

Кісти однокамерні, стінки їх тонкі. Заповнені кісти прозорою рідиною, яка бідна білком не містять муцина. Розмір їх коливається в широких межах: від кількох сантиметрів до розміру голівки новонародженого.

Форма параоваріальних кіст шаровидна або овальна. Яєчник в патологічний процес, як правило, не втягується і розташовується збоку і знизу від кісти. Маткова труба розпластується на поверхні кісти.

Клініка і діагностика

Скарг при невеликих розмірах параоваріальної кісти хворі, як правило, не пред'являють, менструальна функція не змінена. При великих розмірах можуть бути болі, дизуричні явища. При бімануальному дослідженні між маткою і яєчником визначається тугоеластичне, малорухоме утворення внаслідок інтралігаментарного розташування.

Лікування – хірургічне. Операція заключається у вилущуванні кісти, стараються зберегти яєчник і маткову трубу. При параоваріальних кістах порушується топографія внутрішніх органів, тому слід бути особливо уважним при пересіченні і перев'язці судин, які кровопостачають кісту. Після видалення рецидиви, як правило, не наступають. Малігнізація відбувається виключно рідко.

Діагностика пухлин яєчника

Діагностика пухлин і пухлиноподібних утворень внутрішніх статевих органів нерідко викликає труднощі, так як досить тривалий час захворювання протікає безсимптомно. Певних скарг, характерних для даної нозологічної форми немає. Одним з найбільш постійних симптомів є пізнє з'явлення болі, яка локалізується в

ділянці пухлини або внизу живота чи попереці. Може спостерігатись збільшення живота, порушення функції суміжних органів (дизуричні явища, порушення дефекації), пізніше приєднуються загальні розлади у вигляді недомагання, швидкої втомлюваності, втрати ваги. Слід враховувати, що ці симптоми можуть спостерігатися не тільки про доброякісних, але й при злоякісних ураженнях яєчників.

При діагностиці пухлин яєчників велике значення має анамнез, огляд і пальпація живота, бімануальне дослідження. З їх допомогою можна встановити розмір, консистенцію, характер поверхні, розташування пухлини її взаємовідношення з сусідніми органами.

Кісти яєчників – це тонкостінні утворення туго-еластичної консистенції, які рідко досягають великих розмірів і розташовуються, як правило, спереду або збоку від матки. Кістозні утворення безболючі при пальпації, мають ніжку і внаслідок цього володіють достатньою рухомістю.

При папілярній кістомі матка звичайно відтіснена під лоно пухлиною, яка виходить з одного або двох яєчників. Пухлина розміщується позаду матки, має туго-еластичну, а інколи нерівномірну, з ділянками ущільнення, консистенцію. При наявності сосочкових розростань на нижньому полюсі пухлини і на очеревині прямокишково-маткового заглиблення, вдається пропальпувати ущільнення, яке складає враження мілкої бугристості. Рухомість папілярної кістоми часто обмежена внаслідок її інтралігаментарного росту.

При наявності вираженої евертуючої форми папілярної кістоми, коли крупні маси сосочкових розростань у вигляді “цвітної” капусти по величині перевершують саму кістозну пухлину при бімануальному дослідженні позаду, збоку від матки визначаються невеликі пухлини з нерівною поверхнею. На одній з ділянок вдається пальпувати “хрусткі” утворення більші за пухлину причудливої форми без чітких контурів.

Псевдомуцинозна кістома має щільну капсулу і нерівну бугристу поверхню за рахунок її багатокамерності.

При співставленні анамнестичних даних і результатів гінекологічного дослідження у багатьох хворих вдається встановити правильний діагноз. Проте часто цього буває недостатньо. Необхідно застосовувати додаткові методи обстеження: ультрасонографію, лапароскопію, кульдоскопію, рентгенорафію, біконтрастну гінекографію, біологічні реакції на вміст в сечі хоріонічного гонадотропіна, гормональні методи дослідження.

Одним із сучасних методів є ультразвукове дослідження внутрішніх статевих органів. Перед дослідженням необхідно випорожнити кишечник і сечовий міхур. Хвору вкладають на спину на горизонтальну поверхню, при необхідності надають положення Тренделенбурга, на боці. Якщо під передньою черевною стінкою знаходиться пухлиноподібне утворення, наповнене рідиною, то ультрозвукова енергія, яка пройшла через передню черевну стінку і передню стінку пухлини без перешкод поширюється далі по рідкому вмісту і відбивається від задньої стінки пухлини. В цьому випадку на ехограмі видно весь контур пухлини. При наявності двохкамерного утворення на ехограмі видно перегородку кістозної порожнини. Якщо під передньою черевною стінкою знаходиться щільна пухлина, яка сильно поглинає ультразвукову енергію, то на екрані видно лише зріз передньої черевної стінки і

ділянку пухлини, яка прилягає до неї. За цією ділянкою проходить швидке затухання сигналу.

Одним з простих додаткових методів дослідження є оглядова рентгенографія. проте на звичайній рентгенограмі видно тільки утворення, які затримують рентгенівські промені (петрифіковані вузли, дермоїди в яких є зуби, кістки). Для чіткого визначення зовнішнього контуру внутрішньотазових утворень необхідно ввести в черевну порожнину додаткове контрастне середовище (повітря, кисень, вуглекислота) і на її фоні виконати знімок.

На рентгенограмі, яка виконана в умовах пневмоперітонеуму, добре видно кісткове кільце тазу, тінь від прямої кишки, сечового міхура. Матка виділяється у вигляді щільної овальної тіні. Від контурів по обидва боки відходять тіні, що відповідають широким зв'язкам і матковим трубам. Яєчники визначаються у вигляді щільних овальних тіней біля стінок тазу. Як правило, на фоні введеного газу добре видно розміщені в малому тазі пухлини і зміщення внутрішніх статевих органів.

Пухлини, які виходять з яєчників візуалізуються у вигляді круглих або овальних тіней різної величини, з чіткими і рівними контурами. При пухлиноподібних утвореннях, що спаяні з маткою, на рентгенограмі визначається тінь з поліциклічними контурами, яку можна розцінити як міому матки. При поєднанні міоми матки і кісти яєчника видно тіні міоматозних вузлів і тінь пухлиноподібного утворення яєчника.

Діагноз параоваріальної кісти можна встановити лише в тому випадку, якщо рядом з тінню кісти чітко видно тінь незміненого яєчника. Якщо тінь яєчника відсутня, то точно вказати на походження кісти неможливо. Тубооваріальна кіста на рентгенограмі представляється у вигляді тіні неправильної овальної форми, яка відходить від вузла матки.

При наявності запального процесу на рентгенограмі видно тіні, які зливаються із стінками тазу. У випадку склерокістозних яєчників видно незбільшену матку і шаровидні тіні чи овальні яєчники з чіткими контурами які за розмірами наближаються до матки (в нормі їх величина становить 1/3 частину матки).

Протипоказаннями для проведення дослідження з діагностичною метою є серцево-судинні захворювання з декомпенсацією, серцево-легенева недостатність, гіпертонія, виражений злуковий процес у черевній порожнині, гострі і підгострі запальні процеси в черевній порожнині, наявність гострих інфекційних захворювань, старечий вік, період менструації, великі розміри пухлин.

В останні роки великого значення набули ендоскопічні методи діагностики. Сюди відносяться лапароскопія і кульдоскопія. Ендоскопічне дослідження заключається в тому, що в черевну порожнину вводять оптичний прилад і за його допомогою проводять необхідний огляд.

Ендоскопічне дослідження проводять для диференціальної діагностики між пухлинами матки і додатків, між пухлинами і запальними процесами додатків матки, для підтвердження наявності пухлини в малому тазі або склерокістозних яєчників, при підозрі на позаматкову вагітність і аномалії розвитку внутрішніх статевих органів.

Огляд органів малого тазу може проводитись двома шляхами:

1) через передню черевну стінку (лапароскопія);

2) через заднє склепіння піхви (кульдоскопія).

Питання про місце введення оптичного інструменту вирішується індивідуально і залежить від розмірів утворення, віку, загального стану жінки.

Протипоказання розділяють на дві групи: загальні і місцеві. До загальних відносяться: декомпесація серцевої діяльності, легенева недостатність, загальний важкий стан, наявність інфекційного захворювання, період менструації і вагітність. В період менструації відбувається підвищене кровонаповнення органів малого тазу і дещо знижується згортання крові. Місцеві протипоказання: злуковий процес у черевній порожнині, метеоризм (при роздутій газом кишці є можливість поранення), надмірне ожиріння. Кульдоскопію не слід проводити при розташуванні пухлини низько в прямокишково-матковому просторі, наявності злук і зрощень, а також при кольпітах, та у жінок похилого віку з різким звуженням піхви.

Перед виконанням ендоскопії хворій напередодні ввечері і зранку необхідно випорожнини кишечник за допомогою клізми. Безпосередньо перед процедурою спорожняється сечовий міхур, а за 20-30 хвилин до дослідження вводять під шкіру 1мл 2% розчину промедолу. Дослідження проводиться під місцевою інфільтраційною анестезією 0,5% розчином новокаїна, в окремих випадках можливе застосування загального знеболення.

При наявності кісти яєчника видно утворення округлої чи овальної форми сірого чи голубуватого кольору з прозорим вмістом. При кістомі яєчника вдається побачити білуваті утворення з капсулою, інколи з папілярними виростами.

Параоваріальна кіста візуалізується як кістозне утворення голубуватого кольору з розпластаною на ньому матковою трубою. Поряд видно незмінений яєчник.

Ендометріоїдні кісти представляють собою білувате утворення з синіми або коричнюватими ділянками, мають щільну капсулу, нерівну поверхню і часто оточені великою кількістю злук.

Досить характерна картина при склерокістозних яєчниках. Матка яскраво-рожевого кольору, займає серединне положення. Яєчники з обох сторін збільшенні до розмірів великої сливи або курячого яйця з білуватою блискучою поверхнею, інколи видно мілкі голубуваті кісти.

При наявності хронічного запального процеса видно злуки різного характеру у вигляді струн, широких пластів, які замуровують статеві органи в малому тазі.

Встановити справжню величину пухлини при лапароскопії не завжди можливо, бо може бути збільшення або зменшення дійсних розмірів в залежності від відстані між оптичним приладом і утворенням. Тому головна мета полягає у виясненні наявності пухлини і місці її виникнення. Часто для встановлення точного діагноза доводиться поєднувати окремі методи дослідження. Всі вони є цінним доповненням до результатів бімануального дослідження.

Лікування пухлин яєчників

В теперішній час положення про те, що хвора, у якої виявлена пухлина яєчника, підлягає обов'язковому оперативному лікуванню, вважається загальноприйнятим і правильність його підтверджена багатьма клінічними спостереженнями. Ця тактика визначається тим, що не лише злоякісні, але і доброякісні пухлини самостійно не виліковуються і очікування з їх видаленням може потягти за собою ряд ускладнень.

Лише кісти жовтого тіла, які зустрічаються дуже рідко, самостійно піддаються зворотньому розвитку, оперативного лікування не потребують. Проте відрізнити кісту жовтого тіла від других кістозних утворень дуже важко. Тому у молодих жінок необхідно провести нагляд на протязі 2-3 менструальних циклів. За цей період кіста жовтого тіла може самостійно піддатися зворотньому розвитку. Якщо кістозне утворення не зменшилось потрібно провести оперативне лікування. Об'єм і характер оперативного втручання вирішується в залежності від віку хворої і особливостей пухлини.

У молодих жінок при виявленні кісти яєчника можна видалити кісту і зберегти незмінену тканину яєчника. У жінок репродуктивного віку при наявності доброякісних пухлин і ураженні одного яєчника проводиться одностороння оваректомія або аднексектомія. При наявності даних, які свідчать про злоякісне переродження кістоми, проводять повне видалення матки з додатками, незалежно від віку хворої. У разі виявлення пухлини в період менопаузи необхідно видалити матку і додатки з обох сторін.

При пухлинах яєчників можливий розвиток вагітності. Під час вагітності досить часто спостерігається більш швидкий розвиток пухлини і частіше перекручується її "ніжка". Тому при наявності пухлини під час вагітності проводиться оперативне лікування.

При невеликих розмірах пухлин і їх доброякісності, особливо у молодих жінок, можна провести операцію за допомогою розрізу по Пффанненштилю, а у хворих з товстою передньою черевною стінкою, при великих розмірах пухлин, мало рухомих або нерухомих пухлинах найбільш раціональним є серединний поздовжній розріз черевної порожнини, який при необхідності можна продовжити вгору.

Аднексектомія – видалення додатків матки (яєчника і труби).

Ускладнення які можуть виникати при доброякісних пухлинах яєчників:

1. Перекрут ніжки пухлини, крововилив в капсулу. Некроз.
2. Розрив капсули пухлини і її судин, що супроводжується кровотечею.
3. Нагоєння пухлини з утворенням абсцеса в малому тазі, який може прорвати в черевну порожнину, сечовий міхур, пряму кишку, рідше в піхву.
4. Здавлення суміжних органів з порушенням їх функції.
5. Переродження кістоми в злоякісну форму.

Таким чином пухлини яєчників займають по частоті друге місце серед інших пухлиноподібних захворювань жіночих статевих органів. Важкість їх ранньої діагностики полягає в безсимптомному перебізі захворювання на ранніх стадіях, труднощів диференціальної діагностики з злоякісними процесами. Все це обумовило лікування пухлин оперативним методом. Така тактика сприяє оздоровленню жінки і є основою профілактики злоякісних процесів жіночих статевих органів.

Фіброміома матки

Фіброміома матки – доброякісна, гормонально-залежна пухлина, яка розвивається із м'язових та сполучнотканинних елементів. Якщо в пухлині переважає м'язова тканина то говорять про міому, сполучна тканина – фіброму матки.

В останні роки спостерігається зростання захворювання фіброміомою серед гінекологічних хворих і її частота становить 10-27%. Величина пухлини досить різна: від горошини до пухлини, яка заповнює всю черевну порожнину. Розміщуються

вузли частіше в дні і тілі матки (94-95%), рідше в шийці (4-5%), як виключення зустрічається фіброміома іншої локалізації (піхви, маткової труби, яєчника).

Міоматозні вузли проходять ряд поступових етапів розвитку:

І стадія – утворення активного зачатку росту;

ІІ стадія – швидкий ріст пухлини без ознак диференціювання (вузол який визначається мікроскопічно);

ІІІ стадія – експансивний ріст пухлини з її диференціюванням і дозріванням (вузол, який визначається макроскопічно).

М'язові волокна, що ростуть в стінці матки здавлюються, загинаються і утворюють клубок (зародок міоми) без сполучнотканинних волокон і судин, які з'являються пізніше. Спочатку зародки міоми не ізольовані від міометрія і щільно зв'язані з волокнами м'язової стінки матки. Консистенція пухлин (м'яка, щільна) залежить від кількості сполучнотканинних волокон. В процесі росту пухлини навколо неї концентрично розростаються м'язові і сполучнотканинні елементи, з яких утворюється капсула. У інтрамуральної фіброміоми капсула утворена м'язовою і сполучною тканиною, підслизової – м'язовою і слизовою, підсерозної – м'язовою і периметрієм.

Активні зони росту розміщені навколо тонкостінних судин і характеризуються високим рівнем обміну, підвищеною судинною проникністю. Особливістю м'язових клітин фіброміоми є наявність в їх цитоплазмі міофібрил. По морфологічним ознакам розрізняють просту міому, яка розвивається за типом доброякісних м'язових гіперплазій, проліферуючу міому, істину доброякісну.

Етіологія та патогенез

Основною причиною розвитку фіброміоми є гіперестрогенія. Проте останніми дослідженнями доведено, що підвищений вміст естрогенів спостерігається не у всіх хворих, а основним фактором у розвитку міоми матки є порушення метаболізму естрогенів (переважання естрона і естріола в фолікуліновій, а естріолу – в лютеїновій фазі циклу) і функції жовтого тіла. Важливу роль в розвитку фіброміоми відіграють порушення в системах гіпоталамус-гіпофіз-яєчники-матка, а також порушення функції інших залоз внутрішньої секреції (щитовидної, наднирників). У хворих з фіброміомою часто виявляють фіброзно-кістозну мастопатію, гіперфункцію щитовидної залози. Відмічається зниження активності резервних можливостей симпатико-адреналової системи, що відображається на компенсаторних можливостях організму в умовах патологічного процесу. Під час вагітності спостерігається швидкий ріс пухлини, що обумовлено підвищеним синтезом фето-плацентарним комплексом естрогенних гормонів, посиленим обміном речовин і швидким ростом міометрія.

Одним із факторів розвитку пухлин є порушення рецепторного апарату матки. Специфічні білки-рецептори вступають в зв'язок з гормонами і утворюють комплекси естроген-рецептор чи гестаген-рецептор, що може впливати на характер росту пухлини (швидкий, повільний).

В розвитку міоми матки відіграє роль зміна імунологічної реактивності організму, обумовлена супутньою патологією, тривалою наявністю пухлини.

Відомо, що печінка відіграє провідну роль в метаболізмі стероїдних гормонів, особливо, естрогенів. Фіброміома матки зустрічається в 10 разів частіше у жінок з

захворюванням печінки. Недостатня метаболічна функція печінки може привести до гіперестрогенемії і розвитку гіперпластичних і гіпертрофічних процесів в міометрії.

Факторами, які сприяють розвитку фіброміоми є наявність хронічних запальних процесів внутрішніх статевих органів, порушення функції яєчників, порушення гемодинаміки малого тазу, функціонального стану органів репродукції. Часто ріст пухлини посилюється у жінок в преклімактеричному періоді, коли в організмі відбуваються процеси гормональної перебудови, ановуляційний менструальний цикл, що приводить до гіперестрогенії. В період менопаузи в результаті збільшення продукції андрогенів в наднирниках і яєчниках спостерігається зворотній розвиток пухлини, її зменшення і навіть зникнення.

Слід враховувати і спадковий фактор. Наявність пухлин статевої системи у родичів хворих жінок зустрічалась в 24%, міоми матки у 16%. Хоча майже у половини жінок дані про сімейну ускладненість були відсутні.

Таким чином, фіброміома матки є захворюванням, при якому в патологічний процес втягнуті багато органів і систем жіночого організму.

Класифікація

Класифікація фібромиом поводиться з урахуванням топографічно-анатомічного розміщення вузлів, їх кількості, росту, порушення функції сусідніх органів, кровотечі.

В залежності від локалізації вузлів розрізняють фіброміому:

1. Інтерстиціальну (інтрамуральну).
2. Підслизову.
3. Підсерозну.
4. Інтралігаментарну (пухлина росте в сторону параметрія між листками широкої зв'язки.

Підслизові і підсерозні вузли можуть бути на широкій основі або на ніжці, через яку проходять судини, що живлять пухлину.

По кількості вузлів визначають фіброміому:

1. Поодиноку.
2. Множинну.

В залежності від темпу росту:

– пухлину, що росте швидко (коли пухлина збільшується за рік на 4 тижні), що є несприятливою ознакою і може свідчити про злоякісне переродження;

– пухлину, яка росте повільно.

Клініка захворювання залежить від швидкості росту і величини пухлини, а також від топографічного розміщення фіброматозних вузлів. Основні симптоми: кровотеча, ознаки здавлення сусідніх органів, біль, білі, неплідля, анемія і явища недостатності кровообігу (міокардіодистрофія, гіпертрофія лівої половини серця, гіпертонічна хвороба).

Маткові кровотечі частіше спостерігаються при підслизовій та інтерстиціальній формах фіброміоми у вигляді циклічних кровотеч (менорагії) в 2/3 випадків, або рідше у вигляді ациклічних маткових кровотеч. Циклічні кровотечі спостерігаються частіше при інтерстиціальній фіброміомі, ациклічні – при підслизовій. При субсерозній формі кровотеч, як правило, не буває.

Циклічні кровотечі проявляються у вигляді затяжних менструацій. Особливо надмірні кровотечі спостерігаються при підслизових вузлах, що можуть народжуватися в порожнину піхви.

В генезі кровотеч при фіброміомі матки грають роль зниження скоротливих властивостей матки і застійні явища в органах малого тазу, а також підвищена фібринолітична активність ендометрія, яка приводить до дефібринації притікаючої до ендометрію крові.

При підслизовій фіброміомі ациклічним кровотечам сприяє разом з гіперплазією ендометрія постійне травмування слизової оболонки капсули вузла в результаті тертя його об стінку матки при її постійних скороченнях, які викликаються наявністю в її порожнині стороннього тіла (вузла). В зв'язку з кровотечею із матки у багатьох хворих розвивається вторинна анемія. Проте розвиток анемії при фіброміомах матки можливий і без маткових кровотеч. Це пояснюється розладом функції ряду ендокринних залоз, що відбивається на зниженні функції кровотворних органів.

Симптоми здавлення сусідніх органів з'являються при великих розмірах пухлини. Пухлина може здавлювати пряму кишку (виникає запор) або сечовий міхур і сечоводи (дізуричні явища, пієліт, пієлонефрит, гідронефроз). При здавленні крижових нервів спостерігається вторинний ішіас (біль в попереці з іррадіацією в нижні кінцівки).

Біль при фіброміомі матки спостерігається нерідко (до 35% випадків) і може бути різного походження. Альгодисменорея спостерігається при незначних інтерстиціальних вузлах. Постійний ниючий біль спостерігається при рості вузлів з явищами крововиливу, некрозу і дегенерації, при защемленні пухлини в малому тазу, при інтралігаментарному розвитку вузлів, при запальних захворюваннях (періметрит, аднексит). Переймоподібний біль характерний для підслизової пухлини, яка народжується в порожнину піхви, а також у випадках перекручування субсерозних вузлів.

Білі є непостійним симптомом і з'являються при розпаді (некрозі) підслизових фіброматозних або великих інтрамуральних (інтерстиціальних) вузлів, які порушують кровообіг в матці, викликають стаз крові і вихід рідкої частини її в порожнину матки. Тому білі можуть бути водянисто-слизові або рідкі бурого кольору, із неприємним запахом (гангрена підслизового вузла).

Фіброміома матки в 35-40% випадків супроводжується неплідям. Неплідя обумовлене не лише наявністю вузлів в порожнині матки, але й порушенням гормональної функції яєчників (ановуляторні цикли).

Діагностика

При діагностиці фіброміоми матки необхідно враховувати:

1) вік хворої – фіброміома матки в 60-80% випадків розвивається після 35-40 років;

2) клінічні симптоми захворювання – кровотеча, біль, білі, симптоми здавлення сусідніх органів, неплідя, вторинна анемія;

3) фіброміома найчастіше локалізується в матці;

4) при бімануальному дослідженні пальпується тіло матки, збільшене в розмірах і деформоване вузлами. Бімануальне дослідження дає можливість

розпізнати лише субсерозні та інтерстиціальні вузли. Для доказу з'єднання пухлини з маткою використовується прийом «кульових щипців» (при низведенні шийки кульовими щипцями пухлина зміщується);

5) при фіброміомі бічної стінки матки, розміщеної інтралігаментарно, матка зміщується в протилежну сторону, а придатки одноіменної сторони визначаються над пухлиною;

6) при інтрамуральній та підслизовій формах фіброміоми порожнина матки значно збільшена або деформована, що визначають при зондуванні стінок матки матковим зондом, при метрографії або гістероскопії;

7) методом вишкрібання стінок порожнини матки за допомогою кюреток можна визначити рельєф слизової оболонки і наявність підслизових вузлів;

8) при УЗД геніталій виявляють ехопозитивні утворення різної величини, які деформують матку;

9) при затрудненні в діагностиці використовують лапароскопію, кульдоскопію, ангіографію, внутрішньоматкову флебографію, рентгенотелевізійну гістеросальпінгографію.

Диференційна діагностика фіброміоми матки повинна проводитись з такими захворюваннями: саркома, рак, хоріонепітеліома, маткова і трубна вагітність, міхуровий занесок, пухлина придатків матки, специфічні (туберкульоз, гонорея) та неспецифічні запальні процеси придатків матки (сактосальпінкс), тубооваріальна гнійна пухлина, параметрит.

Ускладнення:

1. "Народження" фіброматозного вузла

Підслизова фіброміома матки може народжуватися в піхву, а іноді і за її межі. Вузол, що народився, зв'язаний з маткою за допомогою ніжки. При цьому виникають переймоподібні і тягнучі болі внизу живота, попереці і маткові кровотечі. Народження фіброматозного вузла може привести до грізного ускладнення – вивороту матки. При защемленні вузла в шийці матки і його некрозі підвищується температура тіла, прискорюється ШОЕ, з'являються білі з домішками гною, іноді з досить неприємним запахом (гангрена вузла). Діагностика труднощів не складає – народжений вузол можна побачити за допомогою піхвових дзеркал. Лікування хірургічне. Якщо вузол розміщений на довгій ніжці, відкручують пухлину за допомогою інструментів через піхву, якщо на широкій основі – показана надпіхвова ампутація матки.

2. Некроз фіброматозного вузла

Некроз вузла зумовлений порушенням живлення його тканин і представляє собою одне з найсерйозніших ускладнень фіброміоми. Вузол може некротизуватися частково або повністю. При цьому виникає різка болючість і набряк вузла. Біль постійного характеру посилюється при пальпації вузла. З'являється блювота і ознаки подразнення очеревини. Підвищується температура тіла в результаті інтоксикації організму продуктами розпаду вузла. Загальні явища ускладнюються у випадку приєднання інфекції. Встановлення діагнозу некрозу вузла є показанням до хірургічного втручання.

Об'єм втручання вирішується на операційному столі і залежить від загального стану хворої та її віку.

3. Нагноєння вузла

Найбільш тяжке ускладнення, зустрічається рідко. Нагноєння вузла, як правило, проходить на фоні некрозу вузла. Нагнояються переважно підслизові та інтрамуральні вузли. При цьому поряд з різкими болями і високою температурою тіла розвивається перитоніт, тяжкий септичний стан, який потребує невідкладного хірургічного втручання (надпіхвова ампутація або екстирпація матки).

4. Перекручування ніжки вузла

Це найчастіше ускладнення субсерозної фіброміоми матки. Характеризується різкими переймоподібними болями внизу живота і поясниці. Швидко з'являються ознаки подразнення очеревини, блювота, підвищується температура тіла, зростає лейкоцитоз, порушується функція сечового міхура і прямої кишки. Настає некроз із наступним нагноєнням вузла. Лікування, як і при некрозі вузла, лише хірургічне.

5. Розрив капсули і розрив судин вузла

Це ускладнення зустрічається рідко, супроводжується різкими болями (біль схожа на удар ножем) та ознаками внутрішньої кровотечі (шок, колапс).

Лікування – негайне оперативне втручання – енуклеація вузла або надпіхвова ампутація матки.

6. Злоякісне переродження

Злоякісне переродження фіброміоми в саркому зустрічається в 5-7% випадків.

Лікування

Існують 2 методи лікування хворих на фіброміому матки: консервативне та хірургічне. При рішенні питання лікування враховуються вік хворої, екстрагенітальні і гінекологічні захворювання, характер росту пухлини, її локалізація, розміри, наявність анемії, порушення менструального циклу і таке інше.

Показання до хірургічного лікування фіброміоми матки такі:

1) розмір пухлини, що відповідає вагітності більш ніж 14-16 тижнів;

2) субмукозне розташування вузла;

3) симптомна фіброміома матки, яка супроводжується кровотечами, болями, порушенням функції суміжних органів;

4) некроз і інфікування пухлини, перекручування ніжки вузла;

5) швидкий зріст пухлини – за рік більше ніж на 4 тижні;

6) малігнізація пухлини або підозра на неї;

7) фіброміома у молодих жінок, яка є причиною неплідді;

8) фіброміома, яка росте у жінок в постменопаузальному віці.

Види хірургічного втручання:

1) радикальні операції – екстирпація або надпіхвова ампутація матки (видалення тіла з шийкою матки або тільки тіла матки);

2) реконструктивно-пластичні операції – резекція, висока надпіхвова ампутація матки або її дефундація (видалення дна матки);

3) консервативні операції – видалення фіброматозного вузла (консервативна міомектомія); підслизовий вузол видаляють через піхву і шийку матки, підчеревний або інтрамуральний – шляхом лапаротомії.

Питання для самоконтролю:

1. Етіологія і патогенез пухлиноутворення?

2. Класифікація пухлин яєчників?
3. Клініка, діагностика, лікування пухлин епітеліального походження?
4. Клініка, діагностика, лікування пухлин сполучнотканинного походження?
5. Які пухлини належать до гормонопродукуючих?
6. Клініка, діагностика, лікування гормонопродукуючих пухлин?
7. Ліпідно-клітинні пухлини яєчників? Клініка, діагностика, лікування?
8. Герміногенні пухлини? Особливості розвитку, росту і клінічних проявів?
9. Назвати суттєві відмінності в будові і клінічному перебігу кіст і кістом яєчника?
10. Класифікація кіст яєчників?
11. Механізми утворення кіст?
12. Особливості клінічного перебігу кіст яєчників?
13. Лікування пухлин яєчників?
14. Показання та протипоказання до оперативного втручання?
15. Об'єм оперативного втручання, техніка операцій?
16. Ускладнення, які можуть виникнути при доброякісних пухлинах яєчників?
17. Що таке фіброміома матки?
18. Яка частота фіброміоми матки?
19. Назвіть класифікацію фіброміоми матки?
20. Етіологія і патогенез фіброміоми матки?
21. Які клінічні прояви пухлин матки?
22. Перерахуйте ускладнення при фіброміомах?
23. Які методи діагностики фіброміоми матки?
24. Назвіть показання до хірургічного лікування фіброміоми матки?
25. Які основні види і техніка операцій при фіброміомі матки?
26. Яка консервативна терапія при фіброміомі матки?
27. Диспансерне спостереження за хворими на фіброміому матки?

Тести:

1. Як називається доброякісна пухлина матки, що походить із гладком'язових клітин міометрія?

a. Фіброма
b. Лейоміома (міома)
c. Аденокарцинома
d. Кістома
e. Поліп

2. Яка локалізація міоматозного вузла найчастіше призводить до значних маткових кровотеч (менорагій)?

a. Субсерозна (підчеревинна)
b. Інтрамуральна (міжм'язова)
c. Субмукозна (підслизова)
d. Шийкова
e. Інтралігаментарна

3. Яке ускладнення субсерозної міоми на ніжці потребує негайного хірургічного втручання?

a. Малігнізація
b. Перекрут ніжки вузла з некрозом
c. Набряк вузла
d. Кальциноз
e. Швидкий ріст

4. Пріоритетна скарга пацієнтки при субмукозній міомі матки:

a. Різкий біль у ділянці крижів
b. Порушення сечовипускання
c. Рясні та тривалі менструації (гіперполіменорея)
d. Набряки нижніх кінцівок
e. Збільшення живота в об'ємі

5. Який гормон стимулює ріст міоми матки, роблячи її гормонозалежною пухлиною?

a. Прогестерон
b. Тестостерон
c. Естроген
d. Окситоцин
e. Пролактин

Задачі:

Задача 1

Жінка 50 р. поступила у стаціонар зі скаргою на переймоподібні болі внизу живота та кров'янисті виділення із вагіни. В анамнезі 1 пологи, 2 медаборта. Об'єктивно: шкіряні покрови бліді; при вагінальному дослідженні виявлена міома матки до 8 тижнів в вагітності. При УЗД виявлена деформація порожнини матки субмукозним вузлом, який знаходиться в її дні.

Яке лікування треба провести?

Задача 2

Хвора 42 років прийшла на профогляд. У лікаря-гінеколога не була на огляді 3 роки. Менструації регулярно.
Бімануально: матка маленька, рухлива, безболісна. Придатки праворуч не визначаються, ліворуч – пухлиноподібне утворення еластичної консистенції, рухливе, болюче, розмірами 8×9×6 см.

Які лабораторні та інструментальні методи дослідження потрібно провести?

Література:

Основна:

Гінекологія: підручник для мед. ВНЗ І—ІІІ рівн. акред. / О.В. Степанківська, М.О. Щербина. — К.: Медицина. — 2010.

Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Бразалій Л.П., Апшай В.Г. Медсестринський процес: Основи сестринської справи та клінічного медсестринства. —К.: Здоров'я, 2001.

Інфекційний контроль у медичних закладах: навч. посіб. / За загальною редакцією І .*Я.* Губенко./ — Черкаси, 2003.

Мороз Л.О. Гінекологія. — К.: Здоров'я, 2002.

Хміль С.В. Медсестринство в гінекології. — Тернопіль: Підручники і посібники, 2006.

С.Хміль,Л.Романчук,З.Кучма «Медсестринство в гінекології» - Т.Укрмедкнига 2000.

Медсестринство в гінекології: навч. посіб. / І.Б. Назарова, А.А. Пісарєв, О.В. Михайлов. — 2-е вид., переробл. та допов. — К.: ВСВ "Медицина", 2010.

Хохліч Т.І. Практикум з гінекології. — К.: Здоров'я, 2000.

Додаткова:

Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Бразалій Л.П., Апшай В.Г. Медсестринський догляд за пацієнтом. — К.: Здоров'я, 2000.

Планування сім'ї. Інститут захисту життя. — Львів, 1998.

Методические рекомендации по применению дезинфицирующих средств, разрешенных к применению в Украине. — Одесса, 2005.

Домашнє завдання:

С.Хміль,Л.Романчук,З.Кучма «Медсестринство в гінекології» - Т.Укрмедкнига 2000. — 157 – 193 с.

Інформаційні ресурси

1. https://chmfc.com.ua/

Лекція № 5

Тема лекції: Злоякісні пухлини: класифікація, етіологія, патогенез, клініка, лікування, ускладнення, профілактика

Мета:

Навчальна:

Знати:

1.Злоякісні пухлини жіночих статевих органів.

2.Фонові та передракові захворювання жіночих статевих органів.

3.Диспансеризацію хворих із фоновими та передраковими захворюваннями жіночих статевих органів.
4.Рак та саркому вульви, піхви. Клініку. Діагностику.
5.Рак шийки матки: класифікацію, клініку, діагностику, догляд за пацієнтками після променевої терапії.
6.Рак тіла матки: клініку, діагностику, види та методи лікування, профілактику.
7.Злоякісні пухлини яєчників: стадії, клініку, діагностику,види та методи лікування.
8.Оперативне та гормональне лікування, променеву та хіміотерапію при злоякісних пухлинах жіночих статевих органів.
9.Профілактику онкозахворювань та ранню діагностику злоякісних новоутворень.
10.Особливості сестринського догляду.

Вміти:
1.Охарактеризувати злоякісні пухлини жіночих статевих органів.
2.Розповісти про фонові та передракові захворювання жіночих статевих органів.
3. Розповісти про диспансеризацію хворих із фоновими та передраковими захворюваннями жіночих статевих органів.
4. Охарактеризувати рак та саркому вульви, піхви. Клініку. Діагностику.
5. Розповісти про рак шийки матки: класифікацію, клініку, діагностику, догляд за пацієнтками після променевої терапії.
6. Розповісти про рак тіла матки: клініку, діагностику, види та методи лікування, профілактику.
7. Охарактеризувати злоякісні пухлини яєчників: стадії, клініку, діагностику,види та методи лікування.
8.Назвати методи лікування при злоякісних пухлинах жіночих статевих органів.
9. Розповісти про профілактику онкозахворювань та ранню діагностику злоякісних новоутворень.
10.Назвати особливості сестринського догляду.

Виховна:
Формувати якості притаманні медичному працівнику:
- уважність;
- спостережливість;
- тактовність;
- виховувати зацікавленість дисципліною, прагнення отримувати нові знання самостійно;
- виховувати професійні риси, почуття відповідальності, творче мислення.

Загальні компетентності (ЗК)
ЗК. 4. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
ЗК. 8. Здатність до міжособистісної взаємодії.

Спеціальні (фахові) компетентності (СК)

СК. 9. Здатність до використання сукупностей професійних навичок (умінь) при підготовці та проведенні діагностичних досліджень та застосовуванні дезінфікуючих і лікарських засобів у професійній діяльності.
СК. 10. Здатність до забезпечення безпеки пацієнта, дотримання принципів інфекційної та особистої безпеки, збереження здоров'я у процесі здійснення догляду, виконання маніпуляцій, процедур, при переміщенні та транспортуванні пацієнта, наданні екстреної медичної допомоги.
СК. 14. Здатність до дотримання принципів медичної етики та деонтології.

Програмні результати навчання (РН)

РН. 1. Вільно спілкуватися державною та іноземною мовами для комунікації, ведення медичної та іншої ділової документації.
РН. 5. Дотримуватися правил охорони праці та безпеки життєдіяльності.
РН. 6. Обирати тактику спілкування з пацієнтами та членами їхніх родин, колегами, дотримуючись принципів професійної етики, толерантної та неосудної поведінки при здійсненні професійної діяльності, з урахуванням соціальних, культурних, гендерних та релігійних відмінностей.
РН. 8. Вживати заходи спрямовані на створення безпечного лікарняного середовища та дотримання лікувально-охоронного режиму, в інтересах збереження власного здоров'я та зміцнення здоров'я пацієнта.
РН. 9. Розпізнавати й інтерпретувати ознаки здоров'я і його змін, хвороби чи інвалідності (оцінка/діагноз), обмежень можливості повноцінної життєдіяльності та визначати проблеми пацієнтів при різних захворюваннях і станах.
РН. 10. Вміти проводити підготовку пацієнта до лабораторних, інструментальних та інших досліджень, здійснювати забір біологічного матеріалу та проб, скеровувати до лабораторії.
РН. 14. Здійснювати заходи щодо збереження репродуктивного здоров'я населення з метою покращення демографічної ситуації.
РН. 15. Надавати консультативну допомогу та здійснювати навчання населення щодо здорового способу життя, наслідків нездорового способу життя, важливості збільшення фізичної активності та здорового харчування, вакцинації; забезпечувати реабілітацію реконвалесцентів та диспансеризацію пацієнтів.
РН. 19. Здійснювати взаємозалежні професійні функції з метою забезпечення якісної медичної допомоги населенню.

План лекції

1.Злоякісні пухлини жіночих статевих органів.
2.Фонові та передракові захворювання жіночих статевих органів.
3.Диспансеризація хворих із фоновими та передраковими захворюваннями жіночих статевих органів.
4.Рак та саркома вульви, піхви. Клініка. Діагностика.
5.Рак шийки матки: класифікація, клініка, діагностика, догляд за пацієнтками після променевої терапії.
6.Рак тіла матки: клініка, діагностика, види та методи лікування, профілактика.
7.Злоякісні пухлини яєчників: стадії, клініка, діагностика, види та методи лікування.

8.Оперативне та гормональне лікування, променева та хіміотерапія при злоякісних пухлинах жіночих статевих органів.
9.Профілактика онкозахворювань та рання діагностика злоякісних новоутворень.
10.Особливості сестринського догляду.

Зміст лекції

ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИНИ: КЛАСИФІКАЦІЯ, ЕТІОЛОГІЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛІНІКА, ЛІКУВАННЯ, УСКЛАДНЕННЯ, ПРОФІЛАКТИКА

ФОНОВІ ТА ПЕРЕДРАКОВІ ПРОЦЕСИ ШИЙКИ МАТКИ

Причиною розвитку цих патологічних станів моуть бути хронічні запальні процеси, особливо викликані вірусом справжнього герпеса 2-го типу та папіломо вірусом; інфекційний фактор: піоспермія у партнера, гонорея, трихомоніаз, хламідіоз.

Вчення про передракові стани має велике значення, примушує медичну сестру концентрувати увагу на випадках, коли можливий перехід фонових та передракових процесів у рак. Задача медичної сестри вчасно виявити патологію на профогляді, діагностувати, скерувати на консультацію до гінеколога для подальшого обстеження та лікування.

Своєчасна діагностика, профілактика й лікування дають змогу значно знизити частоту передракових та фонових захворювань статевих органів жінки.

До доброякісних патологічних процесів шийки матки відносяться такі стани, при яких зберігається *нормоплазія епітелія,* тобто проходить правильне мітотичне ділення епітеліальних клітин, їх диференціювання, дозрівання, ексфоліація.

До передракових станів відносять дисплазії епітелія - патологічні процеси, при яких спостерігають гіперплазію, проліферацію, порушення диференціювання, дозрівання та відторгнення епітеліальних клітин.

Вроджена (фізіологічна) ектопія шийки матки може спостерігатись у жінок до 23 років. В таких випадках жінка підлягає динамічному спостереженню з контролем цитологічного обстеження і не підлягає лікуванню.

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 цервікального 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 церві-кального 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 екто-цервікса 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 недиференці-йовані 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.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 Грунтується 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, ектропі-он, 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 кріо-деструкції 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 ендоцервік-са. Вони можуть мати ніжку або широку основу. 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 достат-

ньому кровопостачанні поліп матиме рожевий чи блідо-рожевий колір. Якщо приєднуються ускладнення (крововилив, некроз, запалення) — від червоного до ціанотичного.

Клініка. Частіше поліпи виникають у жінок після 40 років. Симптоматики неускладнені поліпи не дають, виявляють їх переважно при онкопроф-оглядах. 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.

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 солко-дерм — 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 гіперменст-руального синдрому, менорагій.

Діагностика. Наявність старого розриву шийки матки, її деформацію, ерозовані краї виявляють при огляді в дзеркалах. 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.

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. 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 плоско-клітинної метаплазії можуть міститися і у цервікальному каналі, тому необхідно провести вишкрібання слизової оболонки ендоцервікса.

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, алое 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 високоінтен-сивним 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 медсестри 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 сірувато-білий 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, ерит-роплакія 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 ЗО 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 *СШ*І гіперплазія та атипія клітин базального типу займає 1/3 товщини епітелію, при CIN**II** зміни захоплюють близько половини товщини слизової, при CENT ПІ — уражений весь епітелій або не менше 2/3 його. Виражена атипія поверхневих шарів розцінюється як важкий ступінь.

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.

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.

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.

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 трапляється найчастіше серед злоякісних пухлин жіночих статевих органів. Захворювання частіше зустрічається у жінок у віці після 50 років. В останні роки відмічається тенденція до збільшення захворюваності на рак шийки матки у 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) або вірусом папіломи людини (ВП-1), які можуть довго перебувати у латентній формі. Вірус передається статевим шляхом через смегму. 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 внутрішньо епітеліальний (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 (рис. 126), набуває вигляду цвітної капусти і може виповнювати просвіт піхви. Ендофітна форма характеризується проростанням пухлини у 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. 124).

Регіонарні лімфатичні вузли розташовані навколо шийки матки (за-тульні, загальні клубові, сакральні, пресакральні). Гематогенне метастазування раку шийки матки буває рідко. Віддалені метастази в органи навіть в атональних хворих трапляються не більше ніж у 25-40 %.

Клініка. Залежить від стадії процесу. Перебіг доінвазивного та мікроі-нвазивного 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, в 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 проростати 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 не 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 із 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.

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 виставляти 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 хірургічне, застосовуючи конізацію (рис. 123) або ампутацію шийки матки. У жінок середнього або старшого віку та за наявності міоми матки, кісти яєчника доцільно здійснювати просту екстирпацію матки з додатками. Стадію раку ІБ — II лікують комбінованим (опромінення + операція) або поєднано-променевим методом (при наявності протипоказань до оперативного втручання). Оперативне лікування передбачає розширену екстирпацію матки за Вертгаймом (видалення матки з придатками, верхньої третини піхви та клітковини з регіонарними лімфатичними вузлами). Лікування раку шийки матки при III стадії проводиться поєднано-променевим методом: дистанційне опромінення первинного вогнища та параметр іїв із на- ступною внутрішньопорожнинною кюрі-терапією (рис. 127).
Хворих з IV стадією лікують індивідуально, в основному терапія симптоматична.
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. За наявності кровотечі з кратероподібної виразки або пухлини, що має вигляд цвітної капусти, слід ввести у вагіну гемостатичну губку, а за відсутності її — щільно затампонувати вагіну марлевим тампоном, попередньо просякнутим 10 % розчином хлориду кальцію, перекису водню чи ЕАКК і госпіталізувати хвору в стаціонар (транспортувати санітарним транспортом, 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.
— 55-65 %, Ш ст. — 20-30 % випадків.
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 у жіночій консультації, оглядових кабінетах, фельдшерсько- акушерських пунктах, за місцем роботи.

РАК ЯЄЧНИКІВ

Рак яєчника буває первинний (розвивається з покривного епітелію), **вторинний** (з папілярної або псевдомупинозної кістоми), метастатичний (метастази раку травного каналу, молочних залоз).

Рак яєчника перебуває на четвертому місці серед пухлин геніталій і складає 15-20%. Найчастіше він виникає у жінок 45-50 років, хоча може зустрічатись і в більш молодому 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 гор-монозалежності 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 зустрічається У групі жінок, що були оперовані з приводу різноманітних захворювань із залишенням одного чи двох яєчників. Тому існує думка, що у жінок віком понад 40 років при гінекологічних операціях необхідно вдаватися до двобіч-
ної оваріектомії, що дає можливість у декілька разів (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 у 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 зустрічається 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 (еверту-ючі) та ендофітні (інвертуючі). Зустрічаються 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 розростанням у формі бородавок. Стінки ракової кісти неоднакової товщини, як правило, на внутрішній поверхні мають розростання, що нагадують цвітну капусту (рис. 176). Неепітеліальні пухлини некістозні, м'ясисті. Вони переважно невеликих розмірів, мають гладеньку поверхню, нерідко зрощені із сусідніми органами. За консистенцією вони туго еластичні, 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 Вона стає ніби «замурованою» у раковій пухлині. Метастази можуть розростатися у матково- прямокишковому просторі, а потім проникати у стінку прямої кишки, вапну. Дисемінація раку може проходити шляхом проростання у тазову очеревину, сальник, очеревину кишечника, пристінкову очеревину. Лімфогенно ракові клітини попадають спочатку у регюнарні лімфовузли, розташовані парааортально. Звідси вони поширюються грудною лімфатичною протокою до органів грудної та у верхній відділ черевної порожнини. Нерідко виникає метастатичний раковий плеврит та пневмонія.

Клініка. Рак яєчника в початковій стадії перебігає безсимптомно. Порушення загального стану відзначається у жінок з пухлинним процесом, який прогресує. З'являється швидка втомлюваність, слабкість, схуднення, пітливість, постійний тупий ниючий біль унизу живота, збільшення розмірів живота внаслідок асциту. Наявність асциту залежить, в основному, від гістологічної 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 у 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, 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.

Класифікація за стадіями

Ст.ІА	Т1а *(пухлина обмежена одним яєчником)*	NO	MO
Ст.ІБ	Т1б *(пухлина обмежена обома яєчниками)*	NO	MO

Ст.ІВ	Т1с *(пухлина обмежена одним чи обома яєчниками з проростанням у капсулу)*	NO	MO
Ст. ІІА	Т2а *(поширення на матку і труби)*	NO	MO
Ст. ІІБ	Т2б *(те саме + поширення на інші тканини таза)*	1 NO	MO
Ст. ІІВ	Т2с *(те саме + наявність клітин у асцитичній рідині)*	NO	MO
Ст. ІІІА	Т3а *(метастази поза межами малого таза, мікроскопічні)*	NO	MO
Ст. ІІПБ Ст. ІІІВ СТ. IV	Т3б *(метастази за межами малого таза, їх величина до 2 см)* Т3с *(метастази поза межами малого таза, їх величина понад 2 см або метастази в регіонарні лімфовузли)* Будь-яке Т Будь-яке Т *(будь-яка пухлина з наявністю віддалених метастазів)*	NO NO Nl Будь-яке N	MO MO MO MI

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 у 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, змиви 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 у 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 ЗО % випадків, причому більшість їх локалізується у 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 стадії 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. Перевагу надають поліхіміотерапії: циклофосфан + фторурацил; циклофосфан + метотрексат + фторурацил; циклофосфан + адріабластин + цисплатин. Тіо-Теф та цис-платин вводять також у черевну порожнину.
Переваги комбінованої хіміотерапії незаперечні, тому що при цьому вводять препарати різного механізму дії.
Мінімальний інтервал між курсами складає 14 днів, в середньому проводять 6 курсів. Після кожного курсу та після кожного інтервалу слід проводити гінекологічний огляд.
Перед застосуванням хіміотерапії хвору ретельно обстежують — визначають функцію печінки та нирок, картину периферичної крові.
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 призначають метилтестостерон по ЗО 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 IA стадії відсоток виживання досягає 90-98; при IБ — 68; при II - 50; при ПІ ст. — 10-15.

Під час лікування всі хворі непрацездатні. Після лікування працездатність хворих обмежена. Важка фізична робота протипоказана.
При I та II стадіях після завершення лікування може бути дозволена праця, проте без фізичних навантажень. У хворих із III 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 кінці 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 ЗО років. Спостерігаються незначні місячні, які виникають рідко. Біма-нуально 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 рентгенотерапію.

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.
Гістологічне 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 у 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.

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.

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 високо-диференційовані, помірнодиференційовані, в тому числі залозисто-солідний рак, і низькодиференційовані.

Ракова пухлина виникає спочатку в ділянці дна та трубних кутів, а у 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 зустрічається 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 вражаються 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 у 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 кровотечі, зумовлені гіперпластичними процесами. Лімфогенні метастази відсутні. Гістологічно це високодиференційований рак із поверхневою інвазією в міометрій.
Несприятливий клінічний перебіг. Ендокринно-обмінні порушення у 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, цитологічне дослідження аспірату з порожнини матки, гістероскопія, пстерографія, роздільне вишкрібання слизової оболонки тіла і шийки матки з наступним гістологічним дослідженням.
В анамнезі важливо звертати увагу на тривалість репродуктивного періоду, порушення менструальної функції, особливо наявність ациклічних маткових кровотеч, особливостей 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.
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.
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.

Класифікація раку за стадіями:

Ст. 0 T1S *(преінвазивна карцинома)*	NO	MO
Ст. 1А T1a *(порожнина матки до 8 см завдовжки)*	NO	MO
Ст.ІБ T1б *(порожнина матки має понад 8 см завдовжки)*	NO	MO
Ст. II T2 *(пухлина поширюється на шийку, але не за межі матки)*	NO	MO
Ст. III T1-T3 *(пухлина поширюється за межі матки, але не виходить за межі малого таза)*	Nl *(метастази в регіонарних лімфатичних . вузлах)*	MO
Ст. IVA T4 *(пухлина поширюється на суміжні органи)*	будь-яке N	MO
Ст. IVБ Будь-яке T *(наявні віддалені метастази)*	будь-яке N	Ml

Лікування. Використовують хірургічне, комбіноване, поєднано-променеве та гормональне лікування.
Хірургічний метод лікування використовують переважно при вогнищевому рості, з локалізацією біля дна матки без глибокої інвазії, без ураження лімфовузлів, переважно при I варіанті пухлини. Щодо об'єму хірургічного втручання, найбільш доцільною є операція за Вертгаймом-Губарєвим. Однак наявність супутньої патології у деяких випадках вимагає обмеження класичного варіанта цієї операції. Тому Я.В. Бохман (1964) запропонував свою модифікацію.
Різниця між цими двома операціями полягає в тому, що автор утримується від видалення верхньої третини вагіни, широкого висікання кардинальних та крижово-маткових зв'язок і клітковини паракольпоса, що дає можливість уникати виділення сечоводів. Такий варіант операції допустимий, якщо пухлина не сягає внутрішнього маткового вічка і ймовірність проростання її у вагіну, параметри та паракольпос незначна.
Комбіноване лікування (операція + променева терапія; операція + гормонотерапія; операція + променева + гормонотерапія) рекомендують при I варіанті пухлини з вираженим дифузним ураженням матки,

Гормонотерапія як окремий метод лікування може бути методом вибору за наявності протипоказань до хірургічного та променевого лікування. Використовуючи цей метод, вводять по 2 мл (250 мг) 12,5 % розчину оксипрогестерону капронату щодня протягом 4 місяців, а надалі — по схемі.

Ефективність лікування таких хворих значно підвищується, якщо прогестинотерапія поєднується з хіміотерапією. З цією метою використовують фторурацил, адріаміцин, циклофосфан, ЦИС-платин.

Прогноз. Лише близько 70% хворих живуть понад 5 років; серед тих, хто отримував хірургічне і комбіноване лікування, виживання понад 5 років — у 84 %.

Найбільш сприятливі віддалені результати у хворих із I патогенетичним варіантом.

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 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 у суміжні органи. Міосаркоми у міомі ростуть повільно і метастазують пізніше. Для них характерно 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. 163). До операції діагноз може бути встановлений на основі дослідження фрагментів тканин, що відторглись від пухлини, зіскребка слизової оболонки матки, цитологічного дослідження вмісту порожнини матки при саркомах ендометрія, лейоміосаркомах, що проростають 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 шлунку 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.

Питання для самоконтролю:

1.Які фактори ризику передракових захворювань статевих органів жінки?
2.Яка класифікація передракових захворювань шийки матки?
3.Яке визначення поняття дисплазія?
4.Які причини і патогенез передракових та фонових захворювань статевих органів жінки?
5.Яка класифікація передракових захворювань вульви?
6.Яке визначення поняття лейкоплакія вульви?
7.Яка клініка крауроза вульви?
8.Як впливають передракові захворювання статевих органів жінки на вагітність?
9.Яка класифікація передракових станів ендометрію?
10.Основні принципи лікування передракових станів ендометрію?
11.Яка тактика діагности та лікування патологічних процесів шийки матки при вагітності?
12.Яка тактика лікування патології шийки матки?
13. Які основні заходи профілактики виникнення передракових захворювань статевих органів жінки?
14.Які чинники вливають на перебіг вагітності жінки із передраковими станами?
15.Визначення понять «справжня ерозія шийки матки», «поліпи слизової оболонки цервікального каналу», «ендометріоз», «папілома шийки матки», «ектропіон»?
16.Класифікація передракових захворювань статевих органів жінки?
17.Діагностика передракових захворювань статевих органів жінки?
18.Основні принципи лікування передракових захворювань статевих органів жінки ?
19. Диспансеризація хворих із фоновими та передраковими захворюваннями жіночих статевих органів?
20. Злоякісні пухлини жіночих статевих органів?
21.Рак та саркома вульви, піхви? Клініка? Діагностика?
22.Рак шийки матки: класифікація, клініка, діагностика, догляд за пацієнтками після променевої терапії?
23.Ранні симптоми раку шийки матки?
24.Які ускладнення виникають після променевої терапії?
25.Рак тіла матки: клініка, діагностика, види та методи лікування, профілактика?
26. Ранні симптоми раку тіла матки?
27.Злоякісні пухлини яєчників:стадії, клініка, діагностика, види та методи лікування?
28.Основний метод діагностики пухлин яєчників?
29.Методи лікування при злоякісних пухлинах жіночих статевих органів?
30.Профілактика онкозахворювань та рання діагностика злоякісних новоутворень?
31.Особливості сестринського догляду?

Тести:

1.Протягом 6 років жінка не проходила профоглядів, останні 2 роки її турбують водянисті виділення із статевих шляхів. Займається самолікуванням. Після статевого акту з'явились кров'янисті виділення. Який імовірний діагноз?

А Рак шийки матки
В Рак тіла матки

C Рак піхви
D Рак вульви
E Рак прямої кишки

2.Вкажіть об'єм долікарської допомоги пацієнтці 50 років при кровотечі із шийки матки, зумовленою злоякісною пухлиною з розпадом:
A Виконати тугу тампонаду піхви
B Ввести кровоспинні засоби
C Провести піхвову ванночку
D Покласти міхур з льодом на низ живота
E Обробити шийку матки йодонатом

3.Назвіть ранні симптоми раку яєчників:
A Загальна слабкість, втрата ваги, збільшення живота
B Порушення менструального циклу
C Біль внизу живота
D Підвищення температури тіла,інтоксикація
E Симптоми кишкової непрохідності

4.При проведенні профілактичного огляду у жінки виявили дисплазію шийки матки. До яких процесів відносять дану патологію?
A Передракові стани
B Злоякісні захворювання шийки матки
C Злоякісні захворювання тіла матки
D Трофобластична хвороба
E Доброякісні пухлини

5.Пацієнтка 64р., звернулась зі скаргами на серозно-кров'янисті (типу м'ясних помиїв) виділення з піхви. В менопаузі 12 років; 7-8 місяців тому з'явились серозно-водянисті виділення зі статевих органів. Про яку патологію йде мова?
A Рак тіла матки
B Рак яєчників
C Пухирний занесок
D Хоріонепітеліома
E Генітальний ендометріоз

6. Хвора 43 років звернулась зі скаргами на контактні кровотечі протягом останніх 6 місяців. Бімануально: шийка матки збільшена у розмірі, обмежена у рухливості. У дзеркалах – шийка матки у вигляді цвітної капусти. Проби Хробака та Шиллера – позитивні. Який найбільш імовірній діагноз?
A Рак шийки матки
B Лейкоплакія
C Шийкова вагітність
D Поліп шийки матки
E Фіброїд, що народжується

7. Жінка 25 років звернулася зі скаргами на контактні кров'яні виділення з піхви. При огляді в дзеркалах навколо зовнішнього вічка визначається

почервоніння з нечіткими контурами діаметром - 1,5 см. Проба Шиллера позитивна . Про
яке захворювання слід думати?

A Ерозія шийки матки
B Поліп церві кального каналу
C Ектропіон шийки матки
D Рак шийки матки
E Рак тіла матки

8. Вас викликали до пацієнтки з пухлиною додатків матки, у якої виник гострий біль у нижніх відділах живота. Вкажіть тактику:

A Холод на низ живота і госпіталізація в гінекологічне відділення
B Повідомити лікаря
C Заспокоїти
D Тепло на низ живота
E Ввести знеболюючий засіб

9.В гінекологічне відділення поступила пацієнтка, 34 років, з поліпом цервікального каналу. До якого методу лікування готує її медична сестра?

A поліпектомія з наступним гістологічним дослідженням
B діатермокоагуляція
C кріодеструкція
D лазеротерапія
E хіміотерапія

5. Що є передраковим станом вульви?

A Лейкоплакія
B Папілома
C Кіста Бартона
D Фіброма
E Крауроз

Задачі:

Задача 1

У жінки 43 років при профогляді знайдено односторонню пухлину яєчника розміром 5×6 см, у зв'язку з чим хвора знаходилась під наглядом лікаря 3 роки. Операцію не пропонували. При черговому відвідуванні жінка поскаржилась на слабкість, схуднення, збільшення розмірів живота. При об'єктивному обстеженні виявлено асцит і пухлину розміром 20×18 см, нерухому, щільну, що походить з малого тазу.

Визначіть тактику ведення пацієнтки.

Задача 2

Жінка 68 років звернулася зі скаргами на багатомісячний свербіж, печіння та періодичний біль у ділянці вульви. Під час огляду виявлено виразку з нерівними, ущільненими краями на великій статевій губі, що легко кровоточить при дотику.

Який найбільш імовірний діагноз?
Яке обстеження є вирішальним для підтвердження діагнозу?

Література:

Основна:

Гінекологія: підручник для мед. ВНЗ І—ІІІ рівн. акред. / О.В. Степанківська, М.О. Щербина. — К.: Медицина. — 2010.

Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Бразалій Л.П., Апшай В.Г. Медсестринський процес: Основи сестринської справи та клінічного медсестринства. —К.: Здоров'я, 2001.

Інфекційний контроль у медичних закладах: навч. посіб. / За загальною редакцією І .*Я.* Губенко./ — Черкаси, 2003.

Мороз Л.О. Гінекологія. — К.: Здоров'я, 2002.

Хміль С.В. Медсестринство в гінекології. — Тернопіль: Підручники і посібники, 2006.

С.Хміль,Л.Романчук,З.Кучма «Медсестринство в гінекології» - Т.Укрмедкнига 2000.

Медсестринство в гінекології: навч. посіб. / І.Б. Назарова, А.А. Пісарєв, О.В. Михайлов. — 2-е вид., переробл. та допов. — К.: ВСВ "Медицина", 2010.

Хохліч Т.І. Практикум з гінекології. — К.: Здоров'я, 2000.

Додаткова:

Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Бразалій Л.П., Апшай В.Г. Медсестринський догляд за пацієнтом. — К.: Здоров'я, 2000.

Планування сім'ї. Інститут захисту життя. — Львів, 1998.

Методические рекомендации по применению дезинфицирующих средств, разрешенных к применению в Украине. — Одесса, 2005.

Домашнє завдання:

С.Хміль,Л.Романчук,З.Кучма «Медсестринство в гінекології» - Т.Укрмедкнига 2000. — 193 – 211 с.

Інформаційні ресурси

1. https://chmfc.com.ua/

Лекція № 6

Тема лекції: Циклічні та ациклічні розлади менструальної функції: етіопатогенез, класифікація, лікування, невідкладна допомога

Мета:

Навчальна:

Знати:
1.Види порушень менструального циклу.
2.Аменорею: діагностику, принципи лікування.
3.Маткові кровотечі при двофазному циклі.
4.Ановулярні цикли.
4.Ювенільні кровотечі.
6. Клімактеричні кровотечі.
5.Альгодисменорею: діагностику, принципи лікування хворих з порушенням менструального циклу.

Вміти:
1.Назвати види порушень менструального циклу.
2. Розповісти про аменорею: діагностику, принципи лікування.
3. Охарактеризувати маткові кровотечі при двофазному циклі.
4. Охарактеризувати ановулярні цикли.
4. Розповісти про ювенільні кровотечі.
6. Розповісти про клімактеричні кровотечі.
5. Розповісти про альгодисменорею: діагностику, принципи лікування хворих з порушенням менструального циклу.

Виховна:
Формувати якості притаманні медичному працівнику:
- уважність;
- спостережливість;
- тактовність;
- виховувати зацікавленість дисципліною, прагнення отримувати нові знання самостійно;
- виховувати професійні риси, почуття відповідальності, творче мислення.

Загальні компетентності (ЗК)

ЗК. 4. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
ЗК. 8. Здатність до міжособистісної взаємодії.

Спеціальні (фахові) компетентності (СК)

СК. 9. Здатність до використання сукупностей професійних навичок (умінь) при підготовці та проведенні діагностичних досліджень та застосовуванні дезінфікуючих і лікарських засобів у професійній діяльності.
СК. 10. Здатність до забезпечення безпеки пацієнта, дотримання принципів інфекційної та особистої безпеки, збереження здоров'я у процесі здійснення догляду, виконання маніпуляцій, процедур, при переміщенні та транспортуванні пацієнта, наданні екстреної медичної допомоги.
СК. 14. Здатність до дотримання принципів медичної етики та деонтології.

Програмні результати навчання (РН)

РН. 1. Вільно спілкуватися державною та іноземною мовами для комунікації, ведення медичної та іншої ділової документації.
РН. 5. Дотримуватися правил охорони праці та безпеки життєдіяльності.
РН. 6. Обирати тактику спілкування з пацієнтами та членами їхніх родин, колегами, дотримуючись принципів професійної етики, толерантної та неосудної поведінки при

здійсненні професійної діяльності, з урахуванням соціальних, культурних, гендерних та релігійних відмінностей.
РН. 8. Вживати заходи спрямовані на створення безпечного лікарняного середовища та дотримання лікувально-охоронного режиму, в інтересах збереження власного здоров'я та зміцнення здоров'я пацієнта.
РН. 9. Розпізнавати й інтерпретувати ознаки здоров'я і його змін, хвороби чи інвалідності (оцінка/діагноз), обмежень можливості повноцінної життєдіяльності та визначати проблеми пацієнтів при різних захворюваннях і станах.
РН. 10. Вміти проводити підготовку пацієнта до лабораторних, інструментальних та інших досліджень, здійснювати забір біологічного матеріалу та проб, скеровувати до лабораторії.
РН. 11. Застосовувати лікарські препарати та медикаменти при здійсненні професійної діяльності.
РН. 15. Надавати консультативну допомогу та здійснювати навчання населення щодо здорового способу життя, наслідків нездорового способу життя, важливості збільшення фізичної активності та здорового харчування, вакцинації; забезпечувати реабілітацію реконвалесцентів та диспансеризацію пацієнтів.
РН. 19. Здійснювати взаємозалежні професійні функції з метою забезпечення якісної медичної допомоги населенню.

План лекції

1.Види порушень менструального циклу.
2.Аменорея: діагностика, принципи лікування.
3.Маткові кровотечі при двофазному циклі.
4.Ановулярні цикли.
4.Ювенільні кровотечі.
6. Клімактеричні кровотечі.
5.Альгодисменорея: діагностика, принципи лікування хворих з порушенням менструального циклу.

Зміст лекції

ПОРУШЕННЯ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ

За останні роки в практичній гінекології відбулися ряд змін у переусвідомленні напрямків надання допомоги гінекологічним хворим, які засновані на принципах доказової медицини, більш гуманістичному ставленні до жінки, що сприяло зниженню частоти ускладнень, більш швидкій психологічній адаптації жінки до захворювання.
Менструальний цикл це проявлення одного з найважливіших призначень організму – функції відтворення, яка забеспечує збереження людини як біологічного виду.
Комплекс: гіпоталамус-гіпофіз-яєчники-матка, який відповідає за регуляцію функції відтворення, одночасно є суттєвою ланкою загальної системи регуляції організму.
Жінки з різними порушеннями менструального циклу складають 7-10% всіх гінекологічних хворих. Наслідки цих станів дуже важливі – це як порушення фізичного стану жінки, її працездатності, так і безпліддя, неповноцінність статевої функції, що нерідко приводить до розвалу сім'ї.
Ось чому детальнє і глибоке вивчення механізмів регуляції менструального циклу, методи діагностики його порушень та способів лікування та профілактики є одним із важливих розділів гінекології і має важливе значення у підготовці медичної сестри.
Порушення менструальної функції є доволі розповсюдженою формою патології у жінок. Вона може проявлятися внаслідок дії різноманітних чинних факторів на

репродуктивну систему та органи, що її регулюють, в різні вікові періоди життя жінки. Основними ознаками цієї патології є різнобічні відхилення в характері менструальної функції.

Критерії нормального менструального циклу:

- менструальний цикл двофазний, тобто обумовлений циклічною зміною фолікулінової і лютропінової фаз в гіпоталамо-гіпофізарній системі, яєчниках, матці;
- нормальний менструальний цикл характеризується ритмічністю, що проявляється періодичними кров'янистими виділеннями, яки повторюються через певні проміжки часу (не менш 21 дня і не більше 35 днів) при умові їх регулярності;
- тривалість менструацій від 3 до 7 днів;
- кількість крововтрати незначна – від 50 до 150мл, менструальна кров має домішки слизу, для неї характерне утворення згортків;
- допускається, що менструації при непорушеному циклі супроводжуються незначними больовими відчуттями, що обмежуються областю малого тазу, не впливають на загальний стан і не призводить до втрати або зниження працездатності.

Класифікація порушень менструального циклу

I. Аменорея (відсутність менструації 6 місяців і більше) та гіпоменструальний синдром (мізерні, рідкі, короткі менструації) у статевозрілої жінки.

II. Циклічні порушення ритму менструацій:

1. Опсоменорея – рідкісні менструації, що повторюються більш ніж через 35 днів.
2. Спаніоменорея – менструації надзвичайно рідкі – 2-4 за рік.
3. Пройоменорея – скорочення менструального циклу, менструації виникають частіше, ніж через 21 день.

III. Зміни кількості крові, яка виділяється при менструації:

1. Гіперменорея – менструації з великою кількістю втраченої крові.
2. Гіпоменорея – менструація з дуже малою крововтратою.

IV. Порушення тривалості менструації:

1. Поліменорея – довготривалі менструації (7-12 днів).
2. Олігоменорея – короткі менструації (менш, ніж 2 дні).

V. Геморагічна метропатія (ановуляторні однофазні менструальні цикли).

VI. Болючі менструації:

1. Альгоменорея – біль під час менструації тільки в області геніталій.
2. Дісменорея – порушення загального стану жінки – головний біль, нудота, блювання тощо.
3. Альгодісменорея – болючі менструації в поєднанні з порушеннями загального стану жінки.

VII. Менорагія – циклічні маткові кровотечі, які пов'язані із менструальним циклом і тривають більш, ніж 10-12 днів.

Метрорагія – ациклічні маткові кровотечі, які обумовлені фіброміомою або раком матки, пухлинами яєчників і т.і. та не пов'язані із менструальним циклом.

Порушення менструального циклу іноді поєднуються. Наприклад: пройоменорея, поліменорея, гіперменорея складають гіперменструальний синдром; при одночасному виникненні опсо-, оліго-, гіпоменороеї говорять про гіпоменструальний синндром.

Маткові кровотечі розрізняють за віком жінки, в якому вони виникають: в періоді статевого дозрівання – ювенільні маткові кровотечі; у віці 40-45 – преклімактерічні; в 45-50

років – клімактерічні; після 50 років – постклімактерічні; рідше кровотечі бувають в репродуктивному періоді (18-45 років).

Механізм виникнення і розвитку порушень менструальної функції часто буває дуже складним. Враховуючи багатоступеневу регуляцію менструального циклу, для діагностики порушень нормальної функції геніталій застосовуються тести функціональної діагностики діяльності яєчників (розділ27.2.3.).

ФОРМИ ПОРУШЕНЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ

Аменорея

Аменорея – це відсутність менструацій протягом 6 місяців і більше. Ця патологія не є самостійним захворюванням, а являє собою синдром, що відображає ряд змін як місцевого, так і загального характеру, що виникають в організмі жінки з різних причин і результуються тривалими порушеннями репродуктивної і менструальної функції.

Розрізняють фізіологічну аменорею – відсутність менструацій під час вагітності і годування дитини груддю, в дитячому віці, під час менопаузи та в постменопаузі (стійка відсутність менструацій в похилому віці), а також патологічну аменорею, обумовлену патологією в організмі жінки. Аменорея буває первинною (ніколи в житті не було менструації) і вторинною (менструації були, але припинились). Розрізняють істинну (в організмі жінки відсутні процеси, які обумовлюють виникнення менструацій) та несправжню аменорею (в матці жінки проходять процеси десквамації ендометрію, але менструальна кров не виділяється назовні внаслідок існування якихось перепон, наприклад при зарощенні дівочої перетенки, атрезії піхви тощо).

По рівню ураження системи, яка відповідає за регуляцію менструального циклу, розрізняють коркову, гіпоталамічну, гіпофізарну, яєчникову, маткову аменорею, а також аменорею при захворюванні надниркової та щитовидної залоз.

Аменорея коркового походження виникає при тяжких стресах, голодуванні (наприклад, аменорея під час війни), при великому бажанні жінки мати вагітність, або, навпаки, при небажанні її виникнення (випадки уявної вагітності), при шизофренії, менінгоенцефалії і таке інше. В будь-якому випадку етіологічний фактор зумовлює виникнення корі головного мозку осередку постійної імпульсації, веде до порушення нормальних співвідношень міх корою і підкорковими структурами головного мозку та подальшого викиду в кров кортикотропних гормонів. У високих концентраціях останні здатні блокувати синтез в гіпоталамусі релізинг-факторів і закономірно призводять до обмеження виділення гіпофізарних гормонів з послідуючою відсутністю циклічних змін в яєчниках та матці.

Певне значення у виникненні аменореї стресового походження має підвищення рівня ендорфінів, що також здатні пригнічувати синтез лютропіну.

В залежності від того, в який період життя жінки має місце негативний вплив етіологічного фактору, коркова аменорея може бути як первинною, так і вторинною. Первинна коркова аменорея виникає в період статевого дозрівання і супроводжується недостатнім розвитком матки і вторинних статевих ознак.

Гіпоталамічна аменорея розвивається при ураженні підпагорбової ділянки внаслідок дії нейроінфекції, інтоксикації, психічної травми. Виділяють такі форми гіпоталамічної аменореї.

Аменорея внаслідок адіпозогенітальної дистрофії (синдром Бабінського-Фреліха). Розвивається в дитячому віці в зв’язку з пухлинним, травматичним або інфекційним ураженням гіпоталамусу. Клінічна картина характеризується гіпоталамічним ожирінням з переважним відкладанням жиру в області обличчя, живота, молочних залоз, затримкою

росту, можливим підвищенням внутрішньочерепного тиску або головними болями в разі пухлинного генезу, гіпоплазією геніталій і недостатнім розвитком вторинних статевих ознак.

Аменорея при синдромі Лоуренса-Муна-Бідля виникає при численних дефектах в генах, що наслідується за аутосомно-рецесивним типом і призводять до ураження ядер гіпоталамусу. Клінічна картина схожа з такою при адіпозогенітальної дистрофії, але на відміну від останньої у хворих має місце різка розумова відсталість і вроджені вади розвитку (слабість зору, глухота, полі-, сіндактилія, аномалії розвитку черепа або інші вади), а надмірне відкладання жирової клітковини спостерігається з перших днів життя дитини.

Аменорея при синдромі Морганьї-Стюарта-Мореля є також вродженою патологією (наслідується за аутосомно-домінантним типом), але клінічні її прояви починають розвиватися після 35-40 років. Характеризується триадою симптомів: вроджений фронтальний гіперостоз, що результується звуженням діафрагми турецького сідла з послідуючим ураженням гіпоталамо-гіпофізарної зони; ожиріння по типу адіпозогенітальної дистрофії та гіпертрихоз при нормальному вмісті 17-КС і 17-ОКС в сечі хворої жінки. Можливі головний біль, судомні припадки, зміни психічного стану.

Синдром галактореї-аменореї включає синдром Кіарі-Фроммеля (захворювання виникає як ускладнення післяпологового та післяабортного періода) і синдром Кастільо, Форбса-Олбрайта, при яких галакторея і аменорея виникають у жінок, що ненароджували, внаслідок психічної травми, розвитку пухлини або після прийому медикаментів. Патогенез і клініка цих захворювань подібні. Клінічна картина проявляється тріадою симптомів: аменорея, галакторея, атрофія зовнішніх, а пізніше і внутрішніх статевих органів в поєднанні з гіпертрофією молочних залоз. Обумовлена вона порушенням центрів гіпоталамусу, функція яких полягає в регуляції вироблення в гіпофізі пролактину. Тривала гіперфункція пролактину пригнічує синтез ФСГ і блокує його дію на яєчники.

Причиною *гіпофізарної аменореї* є переважне ушкодження гіпофізу пухлинними чи запальними процесами або при порушенні мозкового кровообігу (тромбози судин, некрози).

В результаті виникає функціональна неспроможність гіпофізу щодо синтезу усіх гормонів (пангіпопітуітаризм), тільки гонадотропінів (гіпогонадотропізм), або гормональна дискореляція (гіпогонадотропізм в поєднанні з гіперпродукцією соматотропіну і АКТГ).

Вроджений пангіпопітуітаризм обумовлює аменорею при *гіпофізарному нанізмі.* Основними ознаками цього захворювання є затримка росту дитини, помітна з 3-5-річного віку, при пропорційній будові скелету, відсутність вторинних статевих ознак і недостатній розвиток статевих органів.

Набута недостатність усіх гормонів гіпофізу характеризує *хворобу Шихана*, що виникає внаслідок крововиливів в гіпофіз або його некрозу після патологічних пологів чи септичного аборту. Після пологів з'являється головний біль, виникає агалактія, зменшується маса тіла хворої жінки. В подальшому з'являються симптоми недостатності периферичних ендокринних залоз (аменорея, мікседема), вторинна гіпоплазія статевого апарату, атрофія молочних залоз, зворотній розвиток вторинних статевих ознак). Хворі виснажені, анемічні, легко впадають в стан гіпопітуітарної коми через гостру недостатність коркової речовини наднирників.

Подібну клінічну картину має хвороба Сіммондса, пангіпопітуітаризм при якій зумовлений тотальним ураженням гіпофізу пухлинним процесом, туберкульозом, сифілісом або абсцесом.

При недостатності продукції тільки гонадотропінів і збереженні секреції інших гормонів гіпофіза розвивається *гіпофізарний євнухоїдизм*. Захворювання проявляється до часу закінчення пубертатного періоду і характеризується аменореєю та недостатнім

розвитком зовнішніх статевих органів і молочних залоз при нормальних темпах росту хворих.

При не збалансованому синтезі гіпофізарних гормонів, коли пригнічення синтезу гонадотропінів поєднується з підвищеною продукцією соматотропіну, розвивається *гігантизм* або акромегалія. Перша з цих патологій зумовлена ушкодженням гіпофізу до настання періоду статевої зрілості і характеризується високим зростом (більш 190см) при нормальних пропорціях тіла.

Акромегалія розвивається після закінчення росту, в середньому або літньому віці. Поступово збільшуються пальці кисті і стопи, порушується менструальний цикл, потім збільшуються кістки черепа (нижня щелепа, надбрівні дуги, ніс вуха).

Хвороба Іценко-Кушинга виникає внаслідок гіперпродукціїї кортікотропіну та гіперплазії кори надниркників при базофільній аденомі гіпофіза, енцефаліті, травмі черепа.

Клінічними ознаками є ожиріння за гіпофізарним типом (відкладання жирової клітковини в верхній частині тіла і на обличчі), порушення менструального циклу у вигляді аменореї або гіпоменструального синдрому, підсилення росту волосся на обличчі, тулубі і кінцівках, висипання типу acne vulgaris. В подальшому приєднується артеріальна гіпертензія, з послідуючим кардіо-, нефросклерозом, або зміни в сітківці ока. Відзначається демінералізація кісток з розвитком остеопорозу.

При гінекологічному огляді встановлюється гіперпігментація зовнішніх статевих органів. Матка гіпотрофічно змінена. Яєчники часто кистозно перероджені. Циклічні зміни в слизової оболонці матки і піхви припиняються і тривало затримуються на стадії проліферації.

Діагноз підтверджується шляхом визначення екскреції 17-КС і 17-ОКС та проведення гормональних проб з преднізолоном і дексаметазоном. Для хвороби Іценко-Кушинга характерне значне зростання екскреції 17-ОКС при нормальному або дещо збільшеному рівні 17-КС в сечі, а також позитивні результати проведених гормональних проб.

Аменорея виникає і при *синдромі "порожнього" турецького сідла*, який розвивається внаслідок хірургічного втручання на гіпофізі або його некрозу та характеризується зниженням секреції всіх тропних гормонів гіпофізу.

Яєчникова аменорея розвивається в разі повної недостатності гормональної функції яєчників в поєднані з відносно збереженою функцією гіпофіза. Частіше вона виникає при первинному ураженні яєчників внаслідок хромосомних аномалій.

Синдром Шерешевського-Тернера розвивається внутрішньоутробно при відсутності однієї Х-хромосоми і проявляється дисгенезією яєчників, недостатнім розвитком статевих органів та соматичними вадами: малий зріст, коротка шия із крилоподібними складками по боках, аномалії розвитку кісток та внутрішніх органів. При гормональному дослідженні виявляється значне підвищення рівня гонадотропінів при зниженій концентрації естрогенів. Секреція 17-КС і 17-ОКС в межах норми. Статевий хроматин у таких хворих негативний.

Виділяють чисту і змішану форму дисгенезії яєчників. Чиста форма характеризується недостатнім розвитком статевої системи без соматичних аномалій. Змішана форма зустрічається надзвичайно рідко і проявляється невизначеним фенотипом з інтерсексуальної будовою зовнішніх і внутрішніх статевих органів.

Синдром трисомії Х відрізняється присутністю трьох Х-хромосом із каріотипом 47/ХХХ і характеризується первинною аменореєю, неплідям.

Синдром тестикулярної фемінізації (синдром Моріса) – це несправжній чоловічий гермафродитизм. Характеризується появою жіночого фенотипу у осіб генетично чоловічої статі із каріотипом 46 ХУ внаслідок вродженої нечутливості до андрогенів. Найважливіші діагностичні ознаки цього синдрому – негативний статевий хроматин і відсутність матки у особи із жіночим фенотипом.

Гіпогормональна аменорея може виникнути і в пубертатному або репродуктивному віці внаслідок ураження яєчників під впливом радіації, інтоксикації, важких запальних процесів і екстрагенітальних захворювань. В разі, коли дія етіологічного чинника реалізується до закінчення періоду статевого дозрівання, крім вираженого інфантилізму з первинною аменореєю відмічається порушення соматичного розвитку по типу євнухоїдного (швидкий непропорційний ріст з перевагою повздовжніх розмірів тіла надлишкове відкладання жиру в ділянці стегон). В репродуктивному віці причиною гіпогормональних аменорей часто стають хронічні запальні процеси з постійною персистенцією в організмі інфекційних агентів, до дії яких надзвичайно чутлива тканина яєчників. Вони приводять до передчасного згасання функції фолікулярного апарату яєчників атрофії матки та ендометрію. Нерідко гіпофункція яєчників поєднується з гіпоталамо-гіпофізарними розладами, подібними до клімактеричних.

Іноді зустрічається *гіпергормональна форма яєчникової аменореї*, що зумовлена персистенцією фолікула без десквамації ендометрію. Така аменорея завжди буває вторинною і з'являється після певного періоду нормальних менструацій. За даними проведених тестів функціональної діагностики визначається стан підвищеної естрогенної насиченості організму. Гістологічне дослідження біоптату слизової оболонки свідчить про наявність залозисто-кістозної гіперплазії ендометрію.

Синдром Штейна-Левенталя характеризується порушенням стероїдогенезу в яєчниках, що призводить до гіперпродукції андрогенів і пригнічення синтезу естрогенів. При цій хворобі яєчники стають склерополікістозними, тобто вони збільшені, білкова оболонка потовшена; в тканині яєчників визначається багато кістознозмінених фолікулів, надмірно розвивається сполучна тканина та склероз судин. Клінічно це проявляється аменореєю або гіпоменструальним синдромом, ожирінням, непліддям, гірсутизмом, ростом волосся в нетипових для жінок місцях: обличчі у вигляді вусиків або "баків", по білій лінії живота, навколо ореол.

Захворювання частіше починається через декілька років після менархе. Симптоми наростають повільно. При детальному дослідженні виясняється естрогенного впливу; базальна температура однофазна. Біопсія ендометрію виявляє проліферацію без різко вираженої гіперплазії, а у випадках, коли перебіг захворювання вже тривалий – ендометрій атрофічний. Найвищу діагностичну цінність має визначення рівню 17-КС (дещо підвищений), особливо в поєднанні з гормональними пробами, результат яких свідчить про яєчникову природу гіперандрогенії.

Маткова аменорея – це відсутність менструацій при ураженні ендометрію туберкульозом, гонореєю, надмірному вискрібанні слизової оболонки матки під час аборту, після внутрішньоматкового введення йоду, внаслідок розвитку внутрішньоматкових синехій та інших патологічних процесів. При обстеженні геніталій жінки явних змін немає. Функція яєчників довгий час залишається не порушеною, але з часом розвивається вторинна гіпофізарно-надниркова недостатність.

При гормональному, не дивлячись на аменорею, діагностуються двофазні, але "німі" (приховані) менструальні цикли. Проведення прогестеронових та естроген-гестагениих проб дає негативний результат, що підтверджує неспроможність ураженого ендометрію давати відповідь на нормальну гормональну стимуляцію.

Аменорея при ураженні коркового шару наднирників (адреногенітальний синдром) виникає внаслідок його гіперплазії або пухлини. Розрізняють три клінічні форми цього захворювання: вроджений, пубертатний, постпубертатний.

Вроджений адреногенітальний синдром, викликаний недостатністю ферменту 21-гідроксилази, що призводить до зниження синтезу кортизолу та закономірної інтенсифікації

продукції АКТГ. Останнє зумовлює як компенсаторне збільшення вироблення кортизолу, так і посилення продукції андрогенів, що і зумовлює клінічну картину захворювання.

Природжений адреногенітальний синдром проявляється несправжнім жіночим гермафродитизмом. Яєчник і матка розвинені правильно, хромосомний набір 46/XX. На першому десятиріччі у дівчаток з вродженою формою адреногенітального синдрому розвивається картина передчасного статевого дозрівання по гетеросексуальному типу. Найбільш інформативним тестом для діагностики є підвищення вмісту 17-КС в сечі і/або тестостерону 17-ОНП і ДЕА в крові, які нормалізуються після проведення проби з глюкокортикоїдами.

Пубертатна форма адреногенітального синдрому проявляється раннім статевим дозріванням, чоловічою будовою тіла, ознаками вірилізації (надмірне оволосіння, збільшення клітора, огрубіння голосу, акне).

Постпубертатна форма характеризується пізнім менархе (14-16 років), вказівкою на наявність гіпертріхозу та невиношування вагітності ранніх термінах у сестер і родичів по материнській або батьківській лінії, гіпертріхозом і нерегулярними менструаціями з періоду менархе, вірільними рисами, підвищеним вмістом 17-КС в сечі, тестостерону, ДЕА і 17-ОНП в крові і зниженням цих показників до норми після прийому дексаметазону.

Аменорея при захворюваннях щитовидної залози (гіпотіреоз, тіреотоксикоз) наступає поступово і нерідко супроводжується непліддям, викиднями. Статеві порушення починаються з гіпоменструального синдрому, який по мірі прогресування основного захворювання, переходить в аменорею. Зовнішніх змін у статевому апарату при цій формі аменореї не спостерігається.

Основним завданням при обстеженні хворих на аменорею є визначення її причини. Треба ретельно обстежити пацієнтку у суміжних фахівців, особливо невропатолога, терапевта, окуліста, оториноларинголога, ендокринолога, генетика. По показанням визначають статевий хроматин і каріотип. При підозрі на ураження центральної нервової системи проводять рентгенографію черепа і, особливо, турецького сідла.

Для оцінки характеру гормональної функції яєчників, застосовують визначення гонадотропінів, статевих гормонів, 17-КС і 17-ОКС, тести функціональної діагностики (вимірювання базальної температури, оцінювання симптоми “зіниці”, кристалізації шийкового слизу, натягнення слизу, гормональні кольпоцитологічні дослідження), гістологічне дослідження біоптату слизової оболонки матки. За показаннями проводять різні гормональні проби для уточнення рівня ураження системи, що регулює менструальний цикл.

Лікування аменореї повинно бути спрямовано на усунення її причини. При всіх формах аменореї в першу чергу приділяється увага раціональному режиму дня, повноцінному відпочинку, правильному харчуванню і загальнозміцнюючій терапії. Коли причиною аменореї є запальні процеси, застосовують протизапальні речовини. При наявності пухлин здійснюють оперативне втручання, а при пухлинах головного мозку – рентгенотерапію в поєднанні з призначенням гонадотропінів, статевих гормонів, препаратів щитоподібної залози.

При аменореї центрального генезу призначають синтетичні ліберини, статини, фолікулостимулюючий і лютеїнізуючий гормони або дюфастон, кломіфен, клостільбегіт, які стимулюють овуляцію.

При гіпогенітализмі проводять курси лікування спочатку гонадотропними, (призначають хоріонічний гонадотропін), а потім статевими гормонами: фолікулін або мікрофоллін.

Застосовують лікування препаратами, що містять ФСГ і ЛГ (пергонал або пергогрін). У разі гіперпролактинової форми аменореї (синдром аменореї-галактореї) після проведення

необхідного обстеження для виключення аденоми гіпофіза, хворим проводиться пригнічення секреції молочних залоз шляхом призначення парлодела (бромкриптину).

При гіпофізарному нанізмі одним з найперших лікувальних заходів є корекція зросту за допомогою соматотропіну, гормонів щитовидної залози і глюкокортикоїдів. При вірилізації призначають статеві гормони, при статевому інфантілізмі – гонадотропні і статеві гормони. Лікування пангіпопітуітаризму (хвороба Сіммондса і синдром Шихана) проводять шляхом замісної терапії гормонами, яких не вистачає: кортикостероїдами, андрогенами, естрогенами, теріоідином.

Лікування яєчникової аменореї повинно бути спрямовано на посилення фемінізації організму. В пубертатному періоді при відставанні у рості призначаються препарати щитоподібної залози і анаболічні стероїди (нерабол, ретаболіл). Статеві гормони, особливо естрогени, дозволяється застосовувати тільки після 18 років, з огляду на їх здатність в більш ранньому віці закривати зони росту кісток.

При синдромі Штейна-Левенталя застосовується розсмоктувальна, стимулююча овуляцію терапія, пунктура яєчників при лапароскопії або клиноподібна резекція яєчників. При необхідності замісне гормональне лікування.

При тестикулярній фемінізації пропонується видалення яєчків, ампутація клітора, пластика піхви і естрогенотерапія з метою стимуляції розвитку молочних залоз.

Лікування маткової аменореї повинно бути етіологічним. При синехіях порожнини матки проводять вишкрібання порожнини матки з послідуючою естрогенотерапією і введенням внутрішньоматкового контрацептива 2-3 місяці.

При тотальній облітерації лікування часто виявляється безперспективним.

При лікуванні адреногенітального синдрому застосовуються глюкокортикоїди, з метою компенсації недостатку кортизолу і пригнічення надмірного синтезу кортикотропіну.

При розвитку аменореї внаслідок захворювань щитовидної залози проводять необхідну корегуючу терапію препаратами тиреоідних гормонів гормонів або тиреостатичними засобами в залежності від форми захворювання. Часто після лікування основного захворювання менструальний цикл у таких хворих досить швидко відновляється.

АЛЬГОДИСМЕНОРЕЯ

Альгодисменорея є однією з найбільш розповсюджених видів гінекологічної патології. Слід пам’ятати, що болі супроводжують іноді менструацію і у здорових жінок, і це не є патологія. В такому разі больові відчуття обмежуються областю статевих органів, на супроводжуються додатковими симптомами і не призводять до зміни працездатності жінки. Альгодисменорея, як одна з форм патологічно порушеного менструального циклу характеризується різкими, гострими або тупими, ниючими болями внизу живота і в попереку під час менструації, головним болем, тахікардією, нудотою і блюванням, розладом кишечної функції, набряком повік, швидкою стомлюваністю, періодичною тимчасовою втратою свідомості.

Розрізняють первинну, або нейропсихогенну, альгодисменорею, яка не пов’язана із захворюваннями геніталій, і вторинну, яка обумовлена патологічними змінами статевих органів (пухлини, запалення, інфантилізм, аномалії положення матки, гіперестрогенія). Первинна альгодисменорея спостерігається у жінок з перших менструацій і частіше зустрічається серед тих, які не народжували.

Причиною болючих відчуттів, що турбують жінку під час менструації, є спастичні скорочення матки, що викликають ішемію міометрію. Основним чинником, який обумовлює такі скорочення, є порушення синтезу простагландинів, особливо ПГ $F_2\alpha$. Саме гіперпростагландинемією пояснюються і інші симптоми альгодисменореї (головний біль,

нудота, блювання, діарея та ін.), а також той факт, що ця патологія здебільшого супроводжує овуляторні цикли (пргестерон сприяє синтезу простагландинів в секреторному ендометрії). Певну роль також мають ендогенні опіати (ендорфін, енкуфалін), які блокують больові рецептори в тканинах центральної нервової системи і таким чином визначають ступінь сприйняття хворою больового відчуття.

Для лікування первинної альгоменореї в основному застосовують препарати, які пригнічують синтез простагландинів: напросін по 250мг 2-3 рази на добу, індометацин (метіндол) по 25мг 3 рази на добу, бруфен по 250мг 3 рази, бутадіон, ацетилсаліцилова кислота по 200мг 4 рази на добу (препарати перелічені за ступенем інтенсивності пригнічення синтезу простагландинів). Прийом ліків рекомендовано починати за 2-3 дні до початку менструації і в перший день циклу. Як доповнення застосовують електрофорез новокаїну на ділянку сонячного сплетіння (8-10 процедур через день на протязі менструального циклу); тепло (38-40°С) на низ живота і до ніг за 3-4 дні до менструації, що сприяє зменшенню спастичних скорочень гладкої мускулатури; голкорефлексотерапію. Призначають вітамін Е по 300мг на день в перші 3 дні болючих менструацій, спазмолітичні, седативні засоби та слабкі транквілізатори (валеріана, реланіум, триоксазин) у другій фазі менструального циклу на ніч, комбіновані естроген-гестагенові препарати з значним вмістом гестагенів (нориніл, овідон, нон-овлон) в циклічному режимі з 5 по 25 день менструального циклу по 1 таблетці на протязі не менш ніж трьох місяців.

Лікування вторинної альгодисменореї повинно бути направлене на усунення основного захворювання: при запальному генезі призначається протизапальна терапія, при генітальному ендометріозі – гормональне лікування, при інфантилізмі – циклічна гормональна терапія, гінекологічний масаж, курортотерапія. При наявності вад розвитку необхідне оперативне втручання.

ДИСФУНКЦІОНАЛЬНІ МАТКОВІ КРОВОТЕЧІ (ДМК)

Дисфункціональними звуться такі кровотечі, які виникають внаслідок порушення циклічного виділення гормонів, що регулюють менструальний цикл, при відсутності виражених анатомічних змін в статевому апараті. ДМК спостерігаються у дівчаток (ювенільні кровотечі), у жінок в період статевої зрілості та в клімактеричному періоді. Вони виникають в зв’язку з нервовими перевантаженнями, психічними травмами, екстрагенітальними захворюваннями, особливо інфекційними, порушеннями обміну речовин, інфантилізмом, захворюваннями залоз внутрішньої секреції, нераціональним харчуванням, інтоксикацією, гіповітамінозом С та К, при порушеннях коагуляційних властивостей крові або в наслідок перенесених хвороб жіночих статевих органів (запалення, аномалії положення матки) тощо.

За патогенезом розрізняють овуляторні (при наявності овуляції, коли скорочується або подовжується одна із фаз циклу) та ановуляторні маткові кровотечі (при відсутності овуляції).

Овуляторні маткові кровотечі

Для цієї форми ДМК характерна наявність овуляції, однак ритмічність секреції гормонів яєчника порушена.

Виділяють 3 основні варіанти цієї патології:

1. Скорочення фолікулінової фази циклу.
2. Скорочення лютеїнової фази циклу.
3. Подовження лютеїнової фази циклу.

Крім того, до цієї групи порушень менструального циклу відносяться овуляторні міжменструальні кровотечі.

Скорочення фолікулінової фази при збереженні лютеїнової обумовлено порушенням функції гіпофіза. Частіше подібні порушення виникають в період статевого дозрівання при ще невстановленій менструальній функції. Фолікулінова фаза при цьому триває 7-8 днів внаслідок прискореного дозрівання фолікула і ранньої овуляції, а весь цикл зменшується до 14-21 днів. У цієї групи жінок менструації відбуваються частіше, ніж в нормі (пройоменорея); вони тривалі і рясні (гіперполіменорея), що пояснюється тим, що ендометрій в першій фазі циклу виявляється недостатньо підготовлений до дії прогестерону, тому в лютеінову фазу не досягає необхідного ступеня секреторної трансформації і десквамується великими пластами. Характерними діагностичними є раннє (на 7-9 день циклу) підвищення базальної температури та поява симптому "зіниці". При гістологічному дослідженні біоптату слизової оболонки матки. зробленого на 18-20 день циклу, знаходять зміни, характерні для повноцінної фази секреції.

Звичайно гормональну терапію таким хворим не проводять. Обмежуються симптоматичними засобами (скорочуючі матку препарати при гіперменореї, вітамінотерапія, засоби, що підвищують коагуляційну здатність крові, антианемічна терапія). Якщо ця патологія поєднується з неплідям, можливе призначення середніх доз естрогенів (2-5 мг на добу) на 2, 4 та 6 дні або з 2 по10 день щоденно. Введені естрогени сприяють тимчасовому пригніченню вироблення ФСГ, послаблюючи його вплив на яєчники, що викликає уповільнення дозрівання фолікула і настання овуляції. Синтетичні прогестини призначають на протязі 2-3 циклів.

Скорочення лютеїнової фази пов'язане з атрезією жовтого тіла і є найчастішим видом овуляторних кровотеч. Лютеїнова недостатність частіше пов'язана з порушенням лютеінізуючої і лютеотропної функції при хронічних запальних процесах. Внаслідок зниження продукції прогестерону жовтим тілом яєчника секреторна фаза виявляється неповноцінною і короткою.

Клінічно ця патологія характеризується скороченням менструального циклу і підвищеною інтенсивністю менструальної крововтрати (пройоменорея, гіперполіменорея). Нерідко такі жінки страждають функціональним неплідям.

Для діагностики скорочення лютеїнової фази циклу аналізують криву базальної температури (вона підвищена протягом 4-6 днів і різниця температури в обидві фази циклу складає менше 0,6°С). Рівень прогестерону знижений (починають дослідження не раніше 4-5 дня від початку підвищення ректальної температури). Але навіть коли він виявляється нормальним, це ще не є гарантією повноцінної фази секреції, бо можливі порушення рецепції на рівні ендометрію. Тому при неплідді показане проведення за 2-3 дні до початку менструації біопсії ендометрію, при якій виявляється недостатня секреторна трансформація ендометрію.

Лікування недостатності лютеїнової фази починають із замісної терапії прогестероном за 10 днів до початку менструального циклу, що дозволяє подовжити II фазу менструального циклу. Слід мати на увазі, що норстероіди (норколут, примолют-нор) мають лютеолітичний ефект. Подовження лютиїнової фази досягається також дією хоріонічного гонадотропіну. Вводять хоріогонін. Введення ХГ можливо поєднувати із призначенням кломіфену або пергоналу, але під контролем рівня естрадіолу крові або УЗД з метою попередження розвитку синдрому гіперстимуляції яєчників. Комбіновані естроген-гестагенні препарати призначають з метою ребауд-ефекту 2-3 курси. При супутній гіперпролактинемії застосовують лікування парлоделом по 2,5-7,5мг/добу впродовж 4-6 циклів, при гіперандрогенії – дексаметазон по 0,25-0,5мг/добу.

Подовження лютеінової фази менструального циклу обумовлено персистенцією зрілого або незрілого жовтого тіла при повноцінній I, фолікуліновій, фазі менструального циклу. При персистенції зрілого жовтого тіла відмічається гіперпродукція прогестерону,

тому слизова оболонка матки дуже розростається до появи кровотечі. Кровотеча наступає в строк або після деякої затримки. З кожним разом вони стають все тривалішими, рясніші; іноді продовжуються до 1-1,5 місяці.

При дослідженні тестів функціональної діагностики визначається своєчасне виникнення симптому "зіниці", після чого – тривале значне підвищення базальної температури до 37,3-37,5°С. В мазках з піхви в II фазу визначається велика кількість скручених проміжних клітин. При гістологічному дослідженні біоптату слизової оболонки матки виявляється повноцінна фаза секреції.

При персистенції незрілого жовтого тіла внаслідок незначної продукції прогестерону відмічається незначне підвищення базальної температури до 37-37,3°С, в мазках з піхви – скручені проміжні клітини в невеликій кількості (++) впродовж усієї II фази, при гістологічному дослідженні – ендометрій в стані секреції. При дослідженні екскреції прогестерону визначається його достатня або підвищена кількість. Лікування жінок з подовженням II фази менструального циклу починається з гемостазу шляхом вискрібання порожнини матки і подальшої регуляції функції яєчників естроген-гестагенними препаратами типу оральних контрацептивів.

Овуляторна міжменструальна кровотеча регулярно з'являється на 10-12 день після закінчення менструації і співпадає за часом з овуляцією.

Її виникнення пов'язано з різким зниженням в цей час рівня естрогенів в організмі і зміненням до них чутливості рецепторів ендометрію. Кров'яні виділення частіше бувають незначні, неболючі, тривають 1-2 дні, можуть супроводжуватися легким стомленням. Базальна температура двофазна, без відхилень від норми.

Лікування при овуляторних міжменструальних кровотечах проводиться тільки при значних крововтратах шляхом призначення комбінованих оральних контрацептивів по 1 таблетці з 5-го по 25-й день менструального циклу протягом 3-4 місяців.

Ановуляторні (однофазні) маткові кровотечі

Виникають ациклічно з інтервалами 1,5-6 місяців, тривають звичайно більше 10 днів. Ациклічні кровотечі зумовлені персистенцією фолікула або його атрезією; циклічні – короткочасною ритмічною персистенцією фолікула. Розрізняють ациклічні кровотечі за віком, в якому вони виникають.

Для ювенільних кровотеч характерний особливий тип ановуляції, при якому відбувається атрезія фолікула, який не досяг овуляторної стадії зрілості. Це пояснюється незрілістю в пубертатному віці гіпоталамо-гіпофізарних структур і нездатністю їх до ритмічного виділення РГЛГ і гонадотропінів, що в свою чергу зумовлює порушення фолікулогенезу в яєчниках і виникає ановуляція. Продукція естрогенів має відносно монотонний, але тривалий характер, прогестерон утворюється в незначній кількості. Стимулююча дія $ПГЕ_2$ викликає проліферацію ендометрію; при дефіциті прогестерону ендометрій гіперплазується і в ньому відбувається залозисто-кістозні зміни. Маткові кровотечі виникають внаслідок застійного повнокрів'я, розширення капілярів, розвитку ділянок некрозу і нерівномірного відторгнення ендометрія. Сприяє довготривалій кровотечі, зниженню скоротливої активності матки при її гіпоплазії.

ДМК репродуктивного віку частіше всього виникають внаслідок персистенції зрілих фолікулів із надмірною продукцією естрогенів. Овуляція не відбувається, жовте тіло не утворюється, виникає прогестерондефіцитний стан і абсолютна гіперестрогенія (а не відносна, як при ювенільних кровотечах). В результаті подовжується час проліферації ендометрію і інтенсивність цього процесу. Розвиваються гіперпластичні зміни (залозно-кістозна гіперплазія). При рецидивуючій ановуляції в сполученні з гіперестрогенією виникає підвищений ризик розвитку аденоматозу з атипічними змінами в гіперплазованому ендометрії. Джерелом кровотеч є ділянки гіперплазованого ендометрію з вогнищами

дистрофії, некрозу і послідуючого відторгнення. Надмірна інтенсивність і довготривалість їх спричинені підвищеним вмістом $ПГЕ_2$ і простоцикліну, які перешкоджують агрегації тромбоцитів і розширяють судини.

Маткові кровотечі в предменопаузальному віці (клімактеричні) виникають внаслідок вікового порушення циклічного виділення гонадотропінів, поцесу дозрівання фолікулів і їх гормональної функції. Формується лютеїнова недостатність з неповноцінністю жовтого тіла, яка переходить в ановуляторну дисфункцію яєчників. Характерна відносна гіперестрогенія на фоні абсолютної гіпопрогестеронемії. Кровотечі відбуваються із гіперплазованого ендометрію з вогнищами некрозу.

Геморагічна метропатія (довготривала персистенція фолікула, хвороба Шредера) розвивається внаслідок тривалої (2-6 тижнів) персистенції зрілого фолікула. Овуляція не відбувається, жовте тіло не утворюється, а фолікул постійно зазнає зворотного розвитку. Тривале існування фолікула супроводжується надмірним вмістом естрогенів, що викликає патологічну проліферацію із залозисто-кістозною гіперплазією ендометрію, поліпозним його розростанням і порушенням живлення в ньому, що спричиняє дистрофічні зміни, некроз і безладну десквамацію. Кровотеча звичайно значна, тривала і виникає після 2-6-тижневої затримки менструації. Жінки страждають на неплідність, порушення функції інших органів і систем, а разі тривалих кровотеч можливий розвиток гіпохромної анемії.

Захворювання може розвиватися в різні вікові періоди. Найчастіше воно спостерігається у молодих дівчат та в період клімаксу.

Діагностика ДМК

При збиранні анамнезу завжди необхідно звертати особливу увагу на ряд факторів, які можуть сприяти виникненню порушень менструального циклу: перенесені дитячі інфекції, екстрагенітальні захворювання, ендокринні розлади, порушення функції нервової системи, інфантилізм, неблагоприємні умови праці і побуту.

Диференційний діагноз ювенільних кровотеч проводять із захворюваннями крові, які супроводжуються підвищеною кровоточивістю (тромбоцитопенічна пурпура), гормонально-активною пухлиною яєчника, міомою, саркомою матки, раком шийки матки, порушеною вагітністю. Для проведення диференціального діагнозу використовують детальний аналіз згортальної системи крові, УЗД, кольпоскопію з застосуванням піхвових дзеркал для дівчаток. Визначають в сечі рівень естрогенів, пригнандіолу, 17-КС. Проводяться кольпоцитологічні дослідження та гормональні внутрішньошкірні проби: в одне передпліччя вводять 2 мл фолікуліну, а в інше – 1,2 мл 0,5% розчин прогестерону. Через 2 години оцінюють результат. За переваженням розмірів тій чи іншої папули або ділянки гіперемії судять про гормональну насиченість організму.

Диференційний діагноз ДМК репродуктивного віку проводять з порушеною матковою вагітністю, плацентарним поліпом, міомою матки із підслизовим та міжм'язовим розташуванням вузла, поліпами ендометрію, аденоміозом, раком ендометрію, позаматковою вагітністю та ін. Певне значення для встановлення правильного діагнозу має ретельно зібраний анамнез. Кровотечі в юному віці або звичне невиношування вагітності може стати непрямою вказівкою на порушення функцій яєчників з недостатністю лютеїнової фази. Основний етап діагностики – роздільне діагностичне вишкрібання слизової оболонки каналу шийки матки і порожнини тіла, та її гістологічне дослідження. Проводять також гістероскопію, УЗД.

Клімактеричні ДМК диференціюють з аденокарциномою ендометрію, міомою, поліпами, аденоміозом, гормонально-активними пухлинами яєчників та ін. Роздільне вишкрібання слизової оболонки цервікального каналу та тіла матки з послідуючим гістологічним дослідженням одержаного матеріалу є обов'язковим лікувально-

діагностичним етапом. Провидиться воно найретельнішим чином з урахуванням онкологічної настороженості. При клімактеричних кровотечах застосовують також гістероскопію, гістерографію, УЗД.

При порушеннях менструального циклу обов'язкове проведення тестів функціональної діагностики діяльності яєчників. При персистенції зрілого фолікула базальна температура монофазна і завжди нижче 37°С, феномени "зіниці" та папороті позитивні (+++), показники КІ та ЕІ в межах 60-100%. Спостерігається висока секреція естрогенів (більше 50мкмоль/добу) та низька екскреція прегнадіолу (менше 6мг/добу).

При атрезії фолікула постійна низька базальна температура поєднується зі слабко вираженими феноменами "зіниці" та папороті (+), КІ та ЕІ не перевищують 10-20%. Екскреція естрогенів помірна (не вище 40нмоль/добу), а прегнадіолу знижена.

Лікування ДМК

При лікуванні ставляться дві задачі:

1. Зупинити кровотечу.
2. Відвернути її рецидив.

При ювенільних кровотечах гемостаз можливий за допомогою гормональних препаратів і шляхом вишкрібання порожнини матки. Вибір методу гемостазу залежить від загального самопочуття хворої і ступеню крововтрати. Хворим, які не мають ефекту від консервативного лікування та тим, які мають довготривалу значну кровотечу із скаргами на слабкість, запаморочення, зниження артеріального тиску, тахікардію, при рівні гемоглобіну нижче 70г/л та гематокріті 20%, слід виконати вишкрібання порожнини матки. Для попередження розладу дівочої пліви обколюють її 0,25% розчином новокаіну з 64ОД лідази. В інших випадках проводять гормональний гемостаз.

Для швидкого гемостазу вводять естрогени (сінестрол або фолікулін) внутрішньом'язово кожні дві години до зупинки кровотечі, яка звичайно відбувається на першу добу лікування за рахунок проліферації ендометрію. Послідуючі дні поступово (не менше ніж на 1/3) знижують добову дозу препарату, потім переходять на гестагени (прогестерон, норколут або турінал).

В останні роки найкращий ефект при гормональному гемостазі досягається при використанні комбінованих естроген-гестагенних препаратів, які містять естрадіол в дозі 0,03-0,05мг (нон-овлон, рігевідон, мінізістон, марвелон, силест). Їх призначають 3-4 рази на день по 1 таблетці. При досягненні гемостазу поступово знижують дозу до 1 таблетки на день. Курс лікування становить 21 день. Через 1-2 дні після його закінчення починається менструальноподібна кровотеча. З 5-го дня нового менструального циклу проводять прийом тих же препаратів у дозі 1/2-1 таблетка на день на протязі 21 дня. Рекомендовано провести 3 курси підтримуючої терапії.

Гемостаз гонадотропінами показаний при ановуляторній кровотечі (гіперестрогенія, недостатність лютеїнової фази) у молодих жінок та дівчат за схемою Шмідта: 1000-2000 ОД хоріогоніна щоденно до зупинки кровотечі, потім – через день по 500 ОД, на курс лікування 6000-8000 ОД.

У разі незначної кровотечі (прирівні гемоглобіну вище 100г/л) можливе проведення негормональної гемостатичної терапії:

а) скорочуючі матку засоби – оксітоцин, пітуітрин, розчин ергометрину малеату (0,02%), розчин ерготаміну тартрату (0,05%), розчин ерготала 0,05% або розчин метілергометрина (0,02%) – 1мл внутрішньом'язово або підшкірно 1-2 рази на добу або по 1мл внутрішньовенно крапельно на 400мл розчину глюкози 5%;

б) кровоспинні засоби – кальцію хлорид або глюконат 10%–10мл внутрішньовенно; розчин вікасолу 1%–1мл внутрішньом'язово 2 рази на добу; розчин ∑-амінокапронової

кислоти 5%–100мл внутрішньовенно крапельно або всередину по 2-3г 3 рази на добу 7-8 днів; ПАМБА по 0,25г всередину 2-4 рази на добу; розчин етамзілату (діцинону) 12,5% по 2мл 2-4 рази на добу внутрішньом'язово або внутрішньовенно 4-6 разів на добу до зупинення кровотечі з послідуючим прийомом таблеток (1-2 таблетки 3-4 рази на добу); АТФ по 1мл внутрішньом'язово (на курс 20-30 ін'єкцій – він покращує агрегаційну функцію тромбоцитів і скоротливу діяльність м'язів матки). Застосовується фібриноген (2-3г внутрішньовенно), а також суха або свіжозаморожена плазма. Сприяє лікуванню прийом гемостатичних рослин у вигляді відвару кропиви, водяного перцю, калини, деревію, кровохльобки, грициків.

Одночасно з хірургічним або гормональним гемостазом проводять активну протианемічну та загальнозміцнюючу терапію, що включає в себе:

– переливання крові, еритроцитарної маси та плазми при наявності показань;

– переливання реополіглюкіну із розрахунку 8-10мл/кг, внутрішньом'язові ін'єкції 1% розчину АТФ по 2мл кожного дня протягом 10 днів;

– препарати заліза: ферковен, ферроплекс, фемотек, фероградумент, ферум-лек; як стимулятор кровотворіння і гемостатичний засіб використовують гемостимулін по 0,5г тричі на добу;

– вітамін B_{12} внутрішньом'язово по 200мкг на день з фолієвою кислотою по 0,01г 2-3 рази в день;

– розчин глюкози 40% 20мл внутрішньовенно із аскорбіновою кислотою 5% – 3-5мл, вітаміни B_1 почергово із вітаміном B_6 по 1мл внутрішньом'язово 10 ін'єкцій;

– вітаміни Е (по 50 мг) і А (по 33000 МО) щоденно 50мг всередину протягом 1 місяць з метою стимуляції функції яєчників і регенерації ендометрію, з невеликою перервою курси повторюють 2 рази.

– при наявності інфекційно-алергічних захворювань призначають антигістамінні засоби та препарати, що підвищують імунологічну резистентність організму: метілурацил, декаріс, апілак, спленін, краплі Береша, тимолін, Т-активін, ехінацея;

– мексалін по 0,05г 3 рази на добу протягм 5-7 днів для стимуляції функції гіпофізі та нормалізації обміну серетоніну;

– фізіотерапевтичні методи лікування: 2% розчин сірчанокислої міді в І фазу циклу і 2% розчин сірчанокислого цинку в ІІ фазу у вигляді іонофорезу на нижню частину живота; шийно-лицева гальванізація з 1% розчином сірчанокислого цинку або із 10% розчином сірчанокислої міді, 10% розчином хлориду кальцію, 2-3% розчином сульфату магнію або 2-3% розчином натрію броміда; ендоназальна іоногальванізація з 2% розчином вітаміну B_1 при ановуляторних гіпоестрогенних кровотечах, або із 0,25-0,5% розчином новокаїну при гіперестрогенних кровотечах. На курс лікування пропонується 12-15 процедур щоденно або через день. В період затримки менструації для профілактики рецидивів рекомендований вібраційний масаж на паравертебральні зони попереково-крижового відділу хребта. Для лікування ДМК застосовують також голкорефлексотерапію, акупунктуру, лазеропунктуру, холодове подразнення рецепторів шийки матки, електростимуляцію шийки матки.

Другим етапом лікування ювенільних кровотеч є профілактика рецидиву кровотечі. Для цього призначають естроген-гестагенні препарати із 16-го по 25 день сформованого менструального циклу на протязі 3-4 місяців. Можливе використання чистих гестагенів: норколут по 5мг з 16-го по 25-й день циклу або 12,5% розчин 17-ОПК в дозі 125мг (1мл) на 17-й та 21-й день циклу протягом 3-4 місяців.

Лікування ДМК у жінок репродуктивного віку розпочинають з лікувально-діагностичного вискрібання стінок порожнини матки. Із хірургічних методів лікування ДМК використовують також вакуум-аспірацію ендометрію, руйнування ендометрію

замороженням (кріодеструкція), електрокоагуляцію, лазерну вапоризацію, видалення матки, оментооваріопексію та ін.

При повторних кровотечах коли вишкрібання порожнини матки провидилось менше ніж 6 місяців тому, за умови сприятливих результатів гістологічного дослідження виникає необхідність в гормональному гемостазі, якщо хвора не отримувала протирецидивної терапії. Застосовують синтетичні естроген-гестагенні препарати (рігевідон, овідон, ановлар, нон-овлон) до 6-8 таблеток на день, щоденно на 1 таблетку знижуючи дозу до 1 таблетки. Курс лікування 21 день. Можливе проведення гемостазу за допомогою чистих гестагенів (прегнін по 60мг на добу або прогестерон по 10мг на добу) або естрогенний гемостаз (спочатку призначають 5 мг естрадіолу діпропіонату 50000 ОД одноразово внутрішньом'язово, потім діетілстільбестрол в таблетках по 5мг кожні 4 години до припинення кровотечі). Останній є менш сприйнятливим, бо менструальноподібна реакція, що виникає після його відміни, при недостатньої трансформації епітелію може супроводжуватись грубою десквамацією і масивною кровотечею. Тому після здійснення гемостазу естрогенними препаратами слід обов'язково призначити гестагени.

Після припинення кровотечі циклічна регулююча терапія синтетичними прогестинами, естрогенами і прогестероном або хоріонічним гонадотропіном і прогестероном.

Місцевий гемостаз можливо здійснювати тромбіновою губкою, ΣАКК, 1% розчином адреналіну. Тампон змочують одним з цих розчинів і вводять до шийки матки на 8 годин.

Метод Грамматікаті використовують в двох варіантах:

1. Введення в порожнину матки 5% розчин йоду за допомогою шприця Брауна. Починають з 0,2мл і кожного дня добавляють по 0,1мл, доводячи до 1 мл (2-3мл максимально). Курс лікування 20-30 днів кожного дня або через день.

2. Тампонада матки тампоном, добре змоченим 5-10% розчином йоду. Експозиція 20-30 хвилин. Курс лікування 1-3 процедури. Обов'язкова гістологічна верифікація діагнозу перед лікуванням.

Після кюретажу матки хворі підлягають диспансерному нагляду і контролю за станом менструального циклу по тестам функціональної діагностики. При відновлені фазності менструального циклу лікування не потрібне. Поява ановуляції є показанням до гормональної регуляції циклу з урахуванням патоморфології матки та яєчників (враховуючи тести функціональної діагностики). Симптоматична терапія проводиться за тим же принципом, як і при ювенільних кровотечах.

При виникненні кровотечі у жінок в клімактеричному періоді для виключення наявності передракових станів і пухлин лікування слід починати з діагностичного фракційного вишкрібання цервікального каналу та слизової оболонки порожнини матки. Жінкам до 48 років при залозисто-кістозній гіперплазії призначають 17-ОПК по 125-250мг на 14-й, 17-й, 21-й день після вискрібання і потім продовжують його введення в тій же дозі ті ж самі дні циклу на протязі 4-6 місяців. Норколут призначають по 5-10мг з 16 по 25 день циклу також 4-6 місяців. Жінкам після 48 років, особливо при рецидивуючій гіперплазії рекомендується терапія, спрямована на пригнічення менструальної функції. Їм призначають 17-ОПК по 250мг в безперервному режимі 2 рази на тиждень на протязі 6 місяців. Краще застосовувати даназол по 400мг кожного дня або гестрінон по 5мг 2 рази на тиждень протягом 4-6 місяців, які усувають гіперплазію ендометрію завдяки своїй антигонадотропній активності.

Лікування андрогенами рекомендоване при повторних кровотечах жінкам у віці старше 50 років.

Обов'язковою є корекція обмінно-ендокринних порушень: ожиріння, гіперглікемії та гіпертензії.

Хірургічне втручання (надпіхвову ампутацію або екстирпацію матки) виконують по слідуючим показанням:

1. Абсолютні:
   - аденокарцинома ендометрію;
   - атипова гіперплазія ендометрію в поєднанні з аденоматозом;
   - міома матки різноманітної локалізації;
   - збільшення розміру яєчників;
   - підслизове розташування вузлів міоми матки;
   - вузлова форма аденоміозу;
   - сполучення аденоміозу з міомою матки при відсутності гіперпластичних процесів ендометрію.
2. Відносні:
   - рецидивуюча залозно-кістозна гіперплазія;
   - рецидивуючі поліпи у жінок з обмінно-ендокринними захворюваннями.

Питання для самоконтролю:

1.Нормальний менструальний цикл?
2.Зміни в яєчниках і матці під час менструального циклу?
3.Взаємозв'язок між функцією яєчників і гіпоталамо-гіпофізарною ділянкою?
4.Визначення поняття «порушення менструальної функції»?
5.Класифікація порушень менструальної функції?
6.Форми порушення менструальної функції?
7.Принципи лікування різних форм порушень менструального циклу?
8.Клініка, діагностика і лікування гіпоменструального синдрому?
9 Клініка, діагностика і лікування аменореї?
10.Диференційна діагностика різних форм порушень менструального циклу?
11. Принципи лікування порушень менструального циклу?
14.Які маткові кровотечі називають дисфункціональними?
15.Як діагностувати відсутність овуляції?
16.Лікування хворих з матковими кровотечами у різному віці?

Тести:

1. Клімактеричні кровотечі — це:
а) регулярні менструації у пременопаузі
б) кровотечі під час вагітності
в) кровотечі при міомі матки
г) кровотечі після менопаузи
д) ациклічні маткові кровотечі в період клімаксу

2. Основною причиною клімактеричних кровотеч є:
а) запальні захворювання матки
б) дефіцит прогестерону при збереженій овуляції
в) пухлини яєчників
г) гормональні порушення з ановуляцією
д) захворювання згортальної системи крові

3. Найбільш небезпечним ускладненням клімактеричних кровотеч є:
а) безпліддя

б) гіповітаміноз
в) залізодефіцитна анемія
г) ендометрит
д) ожиріння

4. Яке захворювання найчастіше спричиняє вторинну альгодисменорею?
А. Ендометріоз
Б. Грип
В. Анемія
Г. Цукровий діабет

5. Який метод обстеження допомагає виявити причину вторинної альгодисменореї?
А. Флюорографія
Б. УЗД органів малого таза
В. ЕКГ
Г. Спірометрія

6. Яка група препаратів найчастіше використовується для зменшення болю?
А. Антибіотики
Б. Нестероїдні протизапальні засоби
В. Вітаміни
Г. Пробіотики

7. Який основний симптом альгодисменореї?
А. Підвищення температури тіла
Б. Біль унизу живота під час менструації
В. Свербіж статевих органів
Г. Кров'янисті виділення поза менструацією

8.Ви медсестра гінекологічного відділення. У хворої 36 років раптово виникла маткова кровотеча. Об`єктивно: шкіра бліда, Ps- 86/хв., АТ- 100/60 мм.рт.ст. Назвіть першочергові дії медичної сестри.
A Міхур з льодом на низ живота, викликати лікаря
B Ввести кровозупинні засоби
C Підключити крапельницю
D Ввести утеротоніки

9.В гінекологічне відділення поступила хвора 52 років з матковою кровотечею. Під час надання невідкладної допомоги медична сестра готує інструменти для:
A Діагностичного роздільного вишкрібання слизової оболонки матки
B Пункції заднього склепіння піхви
C Біопсії шийки матки
D Гістероскопії
E Зондування порожнини матки

10.У дівчинки 12 років ювенільна кровотеча. Складіть план медсестринських втручань.
A Викликати лікаря, холод на низ живота
B Холод на низ живота, ввести спазмолітики

C Ввести кровозупинні засоби, викликати лікаря
D Забезпечити суворий ліжковий режим, викликати лікаря
E Визначити групу крові, виміряти АТ, холод на низ живота

Задачі:

Задача 1

Пацієнтка 48 років. Кровотечі супроводжуються слабкістю, задишкою. Hb — 85 г/л.

Ускладнення кровотечі?
Принципи лікування?

Задача 2

Жінка 47 років скаржиться на рясні кров'янисті виділення зі статевих шляхів, що тривають 14 днів. Менструальний цикл нерегулярний протягом року. Hb — 96 г/л.

Попередній діагноз?
Тактика ведення?

Задача 3

Дівчина 14 років звернулася зі скаргами на сильний переймоподібний біль унизу живота, що з'являється в перший день менструації та триває 1–2 дні. Менструальний цикл регулярний, менархе з 12 років. Під час обстеження органічної патології не виявлено.

Який попередній діагноз?

Обґрунтуйте відповідь.

Література:

Основна:

Гінекологія: підручник для мед. ВНЗ І—ІІІ рівн. акред. / О.В. Степанківська, М.О. Щербина. — К.: Медицина. — 2010.

Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Бразалій Л.П., Апшай В.Г. Медсестринський процес: Основи сестринської справи та клінічного медсестринства. —К.: Здоров'я, 2001.

Інфекційний контроль у медичних закладах: навч. посіб. / За загальною редакцією І .*Я.* Губенко./ — Черкаси, 2003.

Мороз Л.О. Гінекологія. — К.: Здоров'я, 2002.

Хміль С.В. Медсестринство в гінекології. — Тернопіль: Підручники і посібники, 2006.

С.Хміль,Л.Романчук,З.Кучма «Медсестринство в гінекології» - Т.Укрмедкнига 2000.

Медсестринство в гінекології: навч. посіб. / І.Б. Назарова, А.А. Пісарєв, О.В. Михайлов. — 2-е вид., переробл. та допов. — К.: ВСВ "Медицина", 2010.

Хохліч Т.І. Практикум з гінекології. — К.: Здоров'я, 2000.

Додаткова:

Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Бразалій Л.П., Апшай В.Г. Медсестринський догляд за пацієнтом. — К.: Здоров'я, 2000.

Планування сім'ї. Інститут захисту життя. — Львів, 1998.

Методические рекомендации по применению дезинфицирующих средств, разрешенных к применению в Украине. — Одесса, 2005.

Домашнє завдання:

С.Хміль,Л.Романчук,З.Кучма «Медсестринство в гінекології» - Т.Укрмедкнига 2000. — 60 – 65 с.

Інформаційні ресурси

1. https://chmfc.com.ua/

Лекція № 7

Тема лекції: Неправильні положення та аномалії розвитку жіночих статевих органів: класифікація, причини, клініка, лікування, профілактика

Мета:
Навчальна:

Знати:
1.Аномалії будови жіночих статевих органів.
2.Класифікацію аномалій будови жіночих статевих органів.
3.Причини аномалій розвитку жіночих статевих органів.
3.Атрезію дівочої пліви і піхви.
4.Подвоєння матки.
5.Синдром склерокистозних яєчників (Штейна-Левенталя).
6.Неправильне положення матки.
7.Класифікацію неправильних положень матки.
8.Причини неправильних положень матки.
9.Опущення стінок піхви та матки.
10.Клінічні прояви опущення стінок піхви та матки.
11.Лікування (консервативне та оперативне) опущень стінок піхви та матки.
12.Догляд у післяопераційний період.
13.Профілактику опущень матки.

Вміти:
1.Розповісти про аномалії будови жіночих статевих органів.
2.Дати класифікацію аномалій будови жіночих статевих органів.
3.Назвати причини аномалій розвитку жіночих статевих органів.
3.Охарактеризувати атрезію дівочої пліви і піхви.
4. Розповісти про подвоєння матки.
5. Охарактеризувати синдром склерокистозних яєчників (Штейна-Левенталя).

6. Охарактеризувати неправильне положення матки.
7.Дати класифікацію неправильних положень матки.
8.Назвати причини неправильних положень матки.
9. Охарактеризувати опущення стінок піхви та матки.
10. Розповісти про клінічні прояви опущення стінок піхви та матки.
11. Розповісти про лікування (консервативне та оперативне) опущень стінок піхви та матки.
12.Визначити особливості догляду у післяопераційний період.
13.Назвати методи профілактики опущень матки.

Виховна:
Формувати якості притаманні медичному працівнику:
- уважність;
- спостережливість;
- тактовність;
- виховувати зацікавленість дисципліною, прагнення отримувати нові знання самостійно;
- виховувати професійні риси, почуття відповідальності, творче мислення.

Загальні компетентності (ЗК)

ЗК. 4. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
ЗК. 8. Здатність до міжособистісної взаємодії.

Спеціальні (фахові) компетентності (СК)

СК. 9. Здатність до використання сукупностей професійних навичок (умінь) при підготовці та проведенні діагностичних досліджень та застосовуванні дезінфікуючих і лікарських засобів у професійній діяльності.
СК. 10. Здатність до забезпечення безпеки пацієнта, дотримання принципів інфекційної та особистої безпеки, збереження здоров'я у процесі здійснення догляду, виконання маніпуляцій, процедур, при переміщенні та транспортуванні пацієнта, наданні екстреної медичної допомоги.
СК. 14. Здатність до дотримання принципів медичної етики та деонтології.

Програмні результати навчання (РН)

РН. 1. Вільно спілкуватися державною та іноземною мовами для комунікації, ведення медичної та іншої ділової документації.
РН. 5. Дотримуватися правил охорони праці та безпеки життєдіяльності.
РН. 6. Обирати тактику спілкування з пацієнтами та членами їхніх родин, колегами, дотримуючись принципів професійної етики, толерантної та неосудної поведінки при здійсненні професійної діяльності, з урахуванням соціальних, культурних, гендерних та релігійних відмінностей.
РН. 8. Вживати заходи спрямовані на створення безпечного лікарняного середовища та дотримання лікувально-охоронного режиму, в інтересах збереження власного здоров'я та зміцнення здоров'я пацієнта.
РН. 9. Розпізнавати й інтерпретувати ознаки здоров'я і його змін, хвороби чи інвалідності (оцінка/діагноз), обмежень можливості повноцінної життєдіяльності та визначати проблеми пацієнтів при різних захворюваннях і станах.
РН. 10. Вміти проводити підготовку пацієнта до лабораторних, інструментальних та інших досліджень, здійснювати забір біологічного матеріалу та проб, скеровувати до лабораторії.

РН. 15. Надавати консультативну допомогу та здійснювати навчання населення щодо здорового способу життя, наслідків нездорового способу життя, важливості збільшення фізичної активності та здорового харчування, вакцинації; забезпечувати реабілітацію реконвалесцентів та диспансеризацію пацієнтів.
РН. 19. Здійснювати взаємозалежні професійні функції з метою забезпечення якісної медичної допомоги населенню.

План лекції

1.Аномалії будови жіночих статевих органів.
2.Класифікація аномалій будови жіночих статевих органів.
3.Причини аномалій розвитку жіночих статевих органів.
3.Атрезія дівочої пліви і піхви.
4.Подвоєння матки.
5.Синдром склерокістозних яєчників (Штейна-Левенталя).
6.Неправильне положення матки.
7.Класифікація неправильних положень матки.
8.Причини неправильних положень матки.
9.Опущення стінок піхви та матки.
10.Клінічні прояви опущення стінок піхви та матки.
11.Лікування (консервативне та оперативне) опущень стінок піхви та матки.
12.Догляд у післяопераційний період.
13.Профілактика опущень матки.

Зміст лекції

НЕПРАВИЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ ТА АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ: КЛАСИФІКАЦІЯ, ПРИЧИНИ, КЛІНІКА, ЛІКУВАННЯ, ПРОФІЛАКТИКА

Аномалії розвитку жіночих статевих органів

Вроджені вади розвитку зустрічаються у 0,23 – 0,9% жінок. По відношенню до всіх вад розвитку аномалії жіночих статевих органів складають близько 4%. В основному аномалії розвитку статевих органів пов’язані з порушенням умов внутрішньоутробного середовища, в яких розвивається ембріон і плід. Це може бути обумовлене спадковими, екзогенними факторами, шкідливими професійними умовами, лікарськими препаратами, екстрагенітальними захворюваннями матері, патологічним перебігом вагітності.

В основі вад розвитку лежить порушення диференціювання, злиття, реканалізації парамезонефральних проток, відхилення у формуванні урогенітального синуса, а також порушення формування гонад. Своєчасна діагностика та лікування даної патології дозволить при досягненні репродуктивного віку завагітніти та народити дітей. Основним завданням медичної сестри 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.

До аномалій розвитку жіночих статевих органів відносяться вроджені порушення анатомічної будови геніталій у вигляді незавершеного органогенеза, відхилення величини, форми, пропорцій, симетрії, топографії, наявність утворень, які не характерні для жіночого організму в постнатальному періоді. Саме складністю розвитку піхви, матки, маткових труб та яєчників і обумовлена різноманітність аномалій статевих органів.

Характеризуючи аномалії розвитку статевих органів, або їх окремих частин, доцільно користуватися загально прийнятими термінами і поняттями. Агенезія – відсутність органа. Аплазія – відсутність частини органа. Гіпоплазія – недостатній розвиток органа. Дизрафія – відсутність зрощення або закриття частин органа. Мультиплікація – збільшення числа органів або їх частин. Гетеротопія (ектопія) – розвиток органів або тканин в тих місцях, де вони в нормі відсутні. Атрезія – недорозвинення, яке виникло вторинно. Гінатрезія – зарощення окремого відділу жіночого статевого апарату в нижній (дівоча перетинка, піхва) або середній (канал шийки матки, рідше порожнина матки) третині. Ця аномалія найчастіше виникає в місцях фізіологічних анатомічних звужень (дівоча перетинка, зовнішнє та внутрішнє вічка матки, устя маткових труб).

Кожна аномалія розвитку відповідає певному періоду розвитку зародка. Thomas (1913) запропонував схему, згідно з якою аномалії розвитку жіночих статевих органів виникають:

- до злиття мюллерових проток;
- під час злиття їх;
- по завершенні злиття.

У першому випадку можлива відсутність обох, або однієї маткової труби. У другому – спостерігається неповний розвиток подвійних матки та піхви; неповний розвиток однієї сторони при нормальному розвитку другої; одинична піхва при подвійній матці. В третьому випадку можлива атрезія, припинення розвитку порожнини матки, піхви, зарощення дівочої перетинки і вже сформованої піхви.

Аномалії дівочої перетинки та вульви. Наявність суцільної дівочої перетинки є одним з частих порушень будови зовнішніх статевих органів. Така патологія може бути проявленням атрезії входу в піхву або аплазії піхви. Клінічні ознаки атрезії дівочої перетинки проявляються при досягненні періоду статевого дозрівання. Під час менструації кров не одержує природного відтоку, поступово заповнює піхву, матку і маткові труби. Розвивається гематокольпос, гематометра, гематосальпінкс. З'являються скарги на болі, може бути порушення сечовиділення, відчуття розпирання в ділянці малого тазу. Лікування хірургічне: в центрі дівочої перетинки проводять хрестоподібний розріз і після випорожнення гематокольпосу окремими кетгутовими швами формують краї гіменального отвору.

Практичну зацікавленість викликають деформації вульви, які викликані гіпо- і епіспадією (при гермафродитизмі) та протиприродним відкриттям в піхву або в присінок піхви просвіту прямої кишки.

Аномалії піхви. Піхва починає формуватись на 8-му тижні внутрішньоутробного періоду і є похідним непарним відділом парамезонефральних проток. Вона утворюється в результаті злиття їх каудальних кінців. В утворенні нижньої треті піхви бере участь і сечогенітальний синус.

Агенезія піхви – це первинна повня відсутність піхви. У таких хворих між великими статевими губами зберігається незначне заглиблення, яке не перевищує 2 – 3 см.

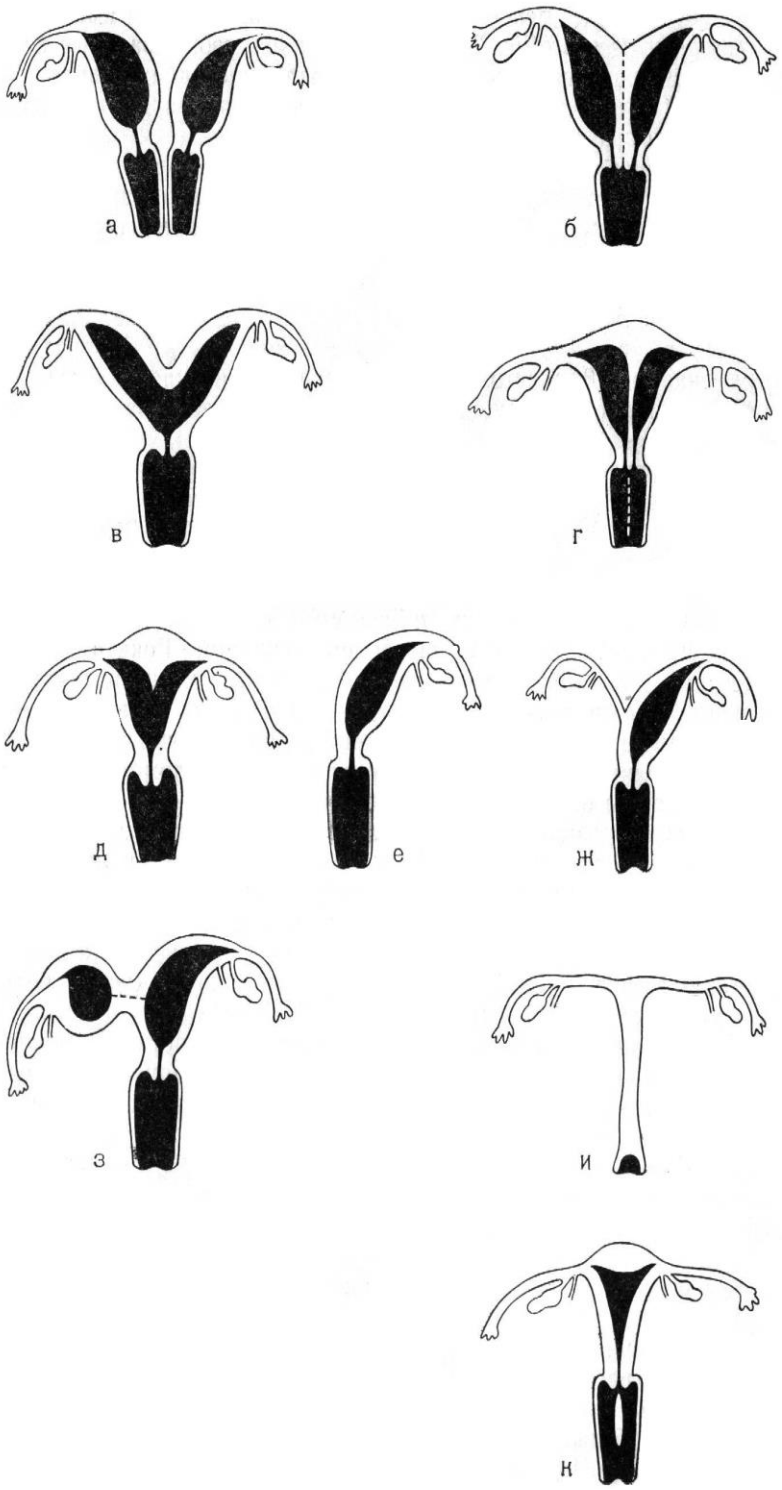
Аплазія піхви – це первинна відсутність частини піхви. Така патологія обумовлена припиненням каналізації піхвової трубки, яка вже почала формуватись. В нормі цей процес завершується до 18 тижня внутрішньоутробного розвитку.

Атрезія піхви – це повне або часткове зрощення піхви внаслідок запального процесу, перенесеного в анте- або постнатальному періодах. Інколи піхва має перегородку, яка може простиратися від склепінь до дівочої перетинки. Ця аномалія може поєднуватися з дворогою маткою. Крім поздовжньої перетинки, інколи буває і поперечна.

Лікування хірургічне. При частковій атрезії проводиться тупе розщеплення ділянки піхви, яка зрослася з наступним застосуванням мазевих тампонів. При значній або повній атрезії піхви застосовується пластична операція, під час якої формується штучна піхва з окремих ділянок тонкого чи товстого кишечника, шкірного клаптика чи алопластичних матеріалів. Операції складні, потребують обережності. Створена штучна піхва не тільки забезпечує можливість статевого життя, а і виконує роль каналу, який веде до вивільнення піхвової частини шийки матки.

Аномалії матки. Подвоєння матки і піхви при їх окремому розташуванні (uterus didelphus), при цьому обидва статевих апарати розділені поперечною складкою очеревини. Така патологія виникає при відсутності злиття правильно розвинутих парамезонефральних проток, причому з кожної сторони є лише одна труба і один яєчник. Обидві матки добре функціонують і з настанням статевої зрілості вагітність може виникати послідовно то в одній, то в іншій. Ця патологія зустрічається дуже рідко. Дещо частіше зустрічається подвоєння матки і піхви, при якому обидві половини з'єднуються на обмеженому просторі за допомогою фіброзно-м'язової перетинки (uterus duplex et vagina duplex). Одна з маток нерідко є меншою за величиною і за функцією, причому на стороні недорозвиненої матки може спостерігатися атрезія дівочої перетинки або маткового вічка. При неповному злитті лише верхніх відділів мюллерових проток утворюється дворога (uterus bicornis) або сідлоподібна (uterus arcuatus) матки з однією шийкою. Якщо не відбувається злиття парамезонефральних проток в середніх відділах, то спостерігається і подвоєння шийки матки. Нерідко при наявності однієї матки і однієї піхви виявляються перетинки, які можуть розміщуватися біля дна чи шийки матки (uterus subseptus) або на передній чи задній стінках піхви (vagina subsepta). При нерівномірному розвитку однієї з парамезонефральних проток у матці утворюються односторонні асиметричні аномалії, зокрема рудиментарний ріг, порожнина якого не з'єднується з порожниною матки. Під час менструації в закритій порожнині збирається менструальна кров. Інколи порожнина рудиментарного рогу з'єднується з порожниною матки. Наявність функціонуючого рудиментарного рогу супроводжується поліменореєю, альгодисменореєю, інфікуванням. Там може розвинутися ектопічна вагітність. Вона перебігає по типу позаматкової і потребує хірургічного лікування. При відсутності однієї з парамезонефральних проток виникає uterus unicornis – рідка патологія, яка супроводжується відсутністю однієї нирки та одного яєчника. Крім того може виникати uterus bicornis rudimentarius solidus – аномалія розвитку, відома під назвою „синдром Майера – Рокитанського – Кюстера – Мюллера – Хаусера". При цій патології піхва і матка представлені тонкими сполучно-тканними зачатками. Інколи в цих зачатках є просвіт, який вистелений одношаровим циліндричним епітелієм з тонким шаром ендометріальноподібної строми без залозистих елементів.

Клінічні симптоми залежать від ступеня вираженості пороку розвитку. Подвоєння матки і піхви нерідко перебігає безсимптомно. при достатньому розвитку обох, або навіть однієї матки менструальна і статева функції можуть перебігати нормально, проте частіше відмічаються мимовільні аборти та передчасні пологи. При сідловидній та двурогій матках часто зустрічаються неправильні положення плоду. При поєднанні подвоєння матки і піхви з їх недорозвитком, часто спостерігаються симптоми характерні для гіпофункції яєчників (пізні менструації, порушення менструального циклу, альгодисменорея, неплідність та ін.). При атрезії матки основним симптомом є відсутність менструації. Менструальна кров збирається в порожнині матки, може проникати через маткові труби у черевну порожнину. Це призводить до розвитку больового синдрому. Небезпечним ускладненням є розрив стінки матки або маткової труби.



а) uterus didelphus ,б) uterus duplex et vagina duplex, в) uterus bicornis unicollis, г) uterus subseptus, д) uterus arcuatus, е) uterus unicornis, ж) uterus bicornis з рудиментарним рогом, не з'єднаним з порожниною матки, з) uterus bicornis з рудиментарним рогом, з'єднаним з порожниною матки, и) uterus bicornis rudimentarius solidus, к) hematocolpos, hematometra.

Виявлення аномалій розвитку матки часто припадає на пубертатний період і встановлюється за допомогою огляду в дзеркалах, бімануального дослідження, зондування порожнини матки, УЗД, гістеросальпінгографії, біконтрастної гінекографії, лапароскопії.

Подвоєння матки і піхви, яке не викликає порушень менструальної, статевої і дітородної функцій, лікування не потребує. Проте знання виду аномалії необхідне для правильного ведення вагітності, пологів, а також для виконання різних

внутрішньоматкових маніпуляцій. При наявності рудиментарного рогу часто застосовують хірургічне лікування. Перетинки в піхві, які перешкоджають статевому життю чи народженню плода в пологах, розсікають. При синдромі Майера – Рокитанського – Кюстера – Мюллера – Хаусера лікування зводиться в основному до забезпечення статевої функції шляхом створення штучної піхви.

Аномалії розвитку маткових труб. Під час нормального розвитку плода формується фізіологічна асиметрія, коли довжина правої маткової труби перевищує довжину лівої не більше, ніж на 5 мм. Якщо вагітність має патологічний перебіг, різниця між довжиною лівої і правої маткових труб може досягати 35 – 47 мм. Така закономірність зберігається і в подальшому житті жінки. Цим можна пояснити більш частіше виникнення правосторонньої трубної вагітності. При порушенні внутрішньоутробного розвитку плода може виникати неповний розвиток труби чи її відсутність, що нерідко поєднується з аномаліями розвитку матки. Дуже рідко можливе подвоєння маткових труб з однієї або обох сторін.

Аномалії розвитку яєчників. У антенатальному періоді у плода виникає асиметрія розвитку яєчників, що проявляється анатомічною і функціональною перевагою правого яєчника. Ця закономірність зберігається і в репродуктивному віці. Клінічне значення цього явища проявляється тим, що після видалення правого яєчника у жінок значно частіше виникають порушення менструальної функції і нейроендокринні розлади.

Відсутність яєчників (aplasia ovariorum) зустрічається дуже рідко і лише у нежиттєздатних плодів, які мають інші пороки розвитку несумісні з життям.

Відсутність одного яєчника зустрічається при однорогій матці, причому з того боку де не утворилась половина матки. Хоча можуть бути і два яєчники.

Додаткові яєчники розвиваються шляхом відшнурування частини зачатка яєчника на ранніх стадіях ембріонального розвитку. Додатковий яєчник з'єднується з основним ніжкою. Практичного значення він не має, проте може виникнути перекрути ніжки, некроз, що зумовлює оперативне втручання.

Гіпоплазія яєчника – зменшення або недостатній розвиток строми яєчника. Часто поєднується з недорозвитком матки, тонкими, звивистими, подовженими матковими трубами. Вторинні статеві ознаки виражені слабо. Менструальний цикл порушений – аменорея, або гіпоменструальний синдром.

Гіперплазія яєчників – гіпертрофія строми яєчника. Зустрічається рідко, функція статевих органів, як правило, не порушена. При відсутності клінічних ознак, лікування не потребує.

Дисгенезія яєчників – аномалія розвитку зачатка яєчника на ранніх стадія ембріогенезу. Яєчники складаються із сполучнотканинної строми, всередині якої крім судин, нервів закладені фолікули різного ступеня розвитку. Матка рудиментарна, зовнішні статеві органи недорозвинуті.

НЕПРАВИЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ МАТКИ

Фізіологічним положенням матки вважається розміщення її у центрі малого таза на однаковій віддалі від симфіза, крижів та бокових стінок таза, дно матки розміщується нижче площини входу в малий таз, зовнішнє вічко шийки матки — на рівні сідничних остей (linea interspinalis).

Це положення забезпечується підвішуючим, 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, антепозиція — при повній прямій кишці.
Патологічне зміщення матки виникає при наявності пухлин або скупчень гною. 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.
Нахилення матки (versio uteri) — це відношення вертикальної осі матки до горизонтальної площини. Розрізняють нахилення матки наперед (anteversio), убік (lateroversio), а також назад (retroversio).
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). 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.
Поєднання retroversio і retroflexio називається ретродевіацією матки. 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 сечопуску — сечопуск частий та болючий, можуть бути затримка випорожнень та біль при дефекації. Ці явища іноді вдається ліквідувати шляхом репозиції матки. У похилому віці у жінок із ретро-девіацією **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. 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);

II ступінь — зовнішнє вічко шийки матки виходить за межі статевої щілини, знаходиться нижче входу в піхву, а тіло матки — вище (неповне випадіння матки);
III ступінь — вся матка і стінки піхви знаходяться поза межами статевої щілини (повне випадіння).

Етіологія та патогенез. Зміщенню матки донизу сприяють чинники, що призводять до послаблення або порушення структури підвішувально-го, 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 із 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 навантаженнях — 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). Опущення та 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 потов.шується, висихає, можуть розвиватися вторинні трофічні зміни — трофічні (декубітальні) виразки на шийці матки та стінках піхви, поліпи біля зовнішнього вічка. Гістологічно виявляють порушення мікроциркуляції, гіпер- і паракератоз, запальні інфільтрати, склеротичні зміни.

Настають зміни у сечовидільній системі. Хворі скаржаться на частий сечопуск, нетримання сечі, іноді наступає 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.

Оглядають промежину, щоб виявити наявність на ній рубців та оцінити функціональний стан м'язів тазового дна.

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 виймати 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 середниками, 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, 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) — проводиться пластика тазового дна та промежини;
- вкорочення круглих зв'язок матки (використовується у жінок репродуктивного віку);
- вентрофіксація — матка фіксується до передньої черевної стінки (поєднується з передньою та задньою пластикою вагіни);
- при наявності патології шийки матки додатково проводять ампутацію шийки матки за Штурмдорфом. У старечому віці при повному випадінні матки у поєднанні із супутньою патологією (пухлини матки тощо) проводять екстирпацію матки через піхву. Цю операцію поєднують з 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, щоб протягом життя жінка виконувала посильне фізичне навантаження, займалася спортом, тренувала м'язи черевного пресу 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, слідкувати за режимом та поведінкою жінки у

післяпологовому періоді, не дозволяти жінці із розривами промежини передчасно вставати з ліжка та сідати.

ВИВОРІТ МАТКИ

Виворотом називається стан, коли з певної причини дно матки вдавлюється всередину порожнини, 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 народженням субмукозного (підслизового) фіброматозного вузла, розміщеного на короткій ніжці.

Клінічно онкогенетичний виворот матки супроводжується наростаючими сильними болями 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 дозволяє йому 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.

Питання для самоконтролю:

1.Анатомія і фізіологія зовнішніх жіночих статевих органів?
2. Анатомія і фізіологія внутрішніх жіночих статевих органів?
3.Нормальний менструальний цикл?
4.Біологічні ефекти статевих та гонадотропних гормонів?
5.Анатомо-фізіологічні особливості статевих органів у різні вікові періоди?
6.Анатомо-фізіологічні особливості статевого апарату дівчинки?
7.Аномалії розвитку статевих органів у дівчаток?
8. Формування і функціонування статевих органів в дитячому, підлітковому та дорослому віці.
9. На якому етапі ембріонального розвитку виникають аномалії статевих органів?
10. Методи діагностики, які застосовуються для виявлення даної патології?
11. Методи лікування аномалій статевих органів жінки?
12.Яке фізіологічне положення матки у порожнині малого тазу?
13.Класифікація неправильних положень матки?
14.Причини неправильних положень матки?
15.Опущення стінок піхви?
16. Опущення стінок матки?
17.Клінічні прояви опущення стінок піхви та матки?
18.Лікування (консервативне та оперативне) опущень стінок піхви та матки?
19. Як підготувати хвору до черезпіхвової операції?
20.Догляд у післяопераційний період?
21.Профілактика опущень матки?

Тести:

1.Яке положення матки вважається фізіологічною нормою?
a. Retroversio-retroflexio
b. Anteversio-anteflexio
c. Lateroversio
d. Prolapsus uteri
e. Descensus uteri

2.Що означає термін retroflexio uteri ?
a. Загин матки назад
b. Опущення матки
c. Загин матки вперед
d. Бокове зміщення матки
e. Випадіння матки

3.Яке з перелічених не належить до неправильних положень матки?
a. Retroversio
b. Lateroversio
c. Elevatio
d. Anteflexio
e. Prolapsus

4.Основною причиною розвитку неправильних положень матки є:
a. Вроджені аномалії піхви
b. Часті вірусні інфекції
c. Ослаблення м'язів тазового дна
d. Порушення функції щитоподібної залози
e. Гіповітаміноз

5.Який симптом найчастіше спостерігається при retroflexio матки?
a. Кашель
b. Головний біль
c. Біль унизу живота
d. Жовтяниця
e. Свербіж шкіри

6.Основний метод первинної діагностики неправильного положення матки:
a. Бімануальне гінекологічне дослідження
b. УЗД органів малого таза
c. Лапароскопія
d. КТ малого таза
e. Гістероскопія

7.Який метод лікування застосовується при незначному опущенні матки?
a. Радикальна операція
b. Хіміотерапія
c. Лікувальна фізкультура
d. Променева терапія

e. Антибіотикотерапія

8.Що таке descensus uteri?
a. Загин матки назад
b. Підняття матки
c. Поворот матки навколо осі
d. Повне випадіння матки
e. Часткове опущення матки

9.Яке ускладнення можливе при неправильному положенні матки?
a. Артеріальна гіпертензія
b. Цукровий діабет
c. Безпліддя
d. Бронхіальна астма
e. Гастрит

10.Основне завдання медичної сестри при догляді за пацієнткою з опущенням матки:
a. Призначення гормональних препаратів
b. Навчання вправам для м'язів тазового дна
c. Проведення хірургічного лікування
d. Самостійна постановка діагнозу
e. Відміна лікування

11.На прийом звернулася дівчина 17 років, зі скаргами на неможливість статевого життя, відсутність менструації. При обстеженні виявлено, що зовнішні статеві органи розвинуті правильно, пальцем вдається проникнути на 1см. за задню спайку, піхва відсутня. Під час ректального обстеження матка не пальпується, визначається невеликий тяж. Для якої патології характерні такі дані?
A Аплазія піхви та матки
B Атрезія дівочої перетинки
C Атрезія піхви
D Гіпоплазія піхви та матки
E Аплазія піхви

12. Звернулася жінка 25 років. Скаржиться на відсутність менструації протягом 4-х місяців, збільшення маси тіла, посилений ріст волосся в ділянці стегон, живота. Менструація з 16-ти років, нерегулярна, з невеликими кров'янистими виділеннями. При огляді: піхва і матка без особливостей, яєчники збільшені в розмірах, щільні. Які додаткові методи дослідження може провести медична сестра?
A Тести функціональної діагностики
B Бактеріологічне та бактеріоскопічне дослідження
C Визначення рівня гормонів щітоподібної залози
D Ультразвукове дослідження
E Лапароскопію

13.Вкажіть найбільш вірогідний діагноз у жінки 33 років яка звернулась за допомогою з приводу безпліддя. Під час огляду: матка маленька, менструації скудні, в шлюбі 10 років,вагітності не було.

A Інфантилізм
B Ендометріоз
C Бартолініт
D Киста яєчника
E Фіброміома матки

Задачі:

Задача 1

У гінекологічне відділення поступила Жінка 62 років. Матка повністю випадає зі статевої щілини. Під час огляду виявлено: Повне випадіння матки, слизова суха, травмована.

Попередній діагноз?
Які додаткові обстеження?
Лікування?

Література:

Основна:

Гінекологія: підручник для мед. ВНЗ І—ІІІ рівн. акред. / О.В. Степанківська, М.О. Щербина. — К.: Медицина. — 2010.

Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Бразалій Л.П., Апшай В.Г. Медсестринський процес: Основи сестринської справи та клінічного медсестринства. —К.: Здоров'я, 2001.

Інфекційний контроль у медичних закладах: навч. посіб. / За загальною редакцією І .*Я.* Губенко./ — Черкаси, 2003.

Мороз Л.О. Гінекологія. — К.: Здоров'я, 2002.

Хміль С.В. Медсестринство в гінекології. — Тернопіль: Підручники і посібники, 2006.

С.Хміль,Л.Романчук,З.Кучма «Медсестринство в гінекології» - Т.Укрмедкнига 2000.

Медсестринство в гінекології: навч. посіб. / І.Б. Назарова, А.А. Пісарєв, О.В. Михайлов. — 2-е вид., переробл. та допов. — К.: ВСВ "Медицина", 2010.

Хохліч Т.І. Практикум з гінекології. — К.: Здоров'я, 2000.

Додаткова:

Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Бразалій Л.П., Апшай В.Г. Медсестринський догляд за пацієнтом. — К.: Здоров'я, 2000.

Планування сім'ї. Інститут захисту життя. — Львів, 1998.

Методические рекомендации по применению дезинфицирующих средств, разрешенных к применению в Украине. — Одесса, 2005.

Домашнє завдання:

С.Хміль,Л.Романчук,З.Кучма «Медсестринство в гінекології» - Т.Укрмедкнига 2000. — 41 – 60 с.

Інформаційні ресурси

1. https://chmfc.com.ua/

Лекція № 8

Тема лекції: Невідкладна допомога в гінекології

Мета:

Навчальна:

Знати:

1.Основні види гінекологічних захворювань, які потребують невідкладної допомоги.
2.Позаматкову вагітність: класифікацію, етіологію, діагностику, клініку, долікарську невідкладну допомогу.
3.Апоплексію яєчника: класифікацію, етіологію, діагностику, клініку, долікарську невідкладну допомогу.
4.Перекручування ніжки кістоми яєчника: етіологію, діагностику, клініку, долікарську невідкладну допомогу.
5.Травми зовнішніх статевих органів.
6.Першу медичну допомогу при ушкодженні зовнішніх статевих органів, вагіни, матки.
7.Показання та протипоказання до транспортування хворих, які потребують невідкладної допомоги.

Вміти:

1.Назвати основні види гінекологічних захворювань, які потребують невідкладної допомоги.
2. Розповісти про позаматкову вагітність: класифікацію, етіологію, діагностику, клініку, долікарську невідкладну допомогу.
3. Розповісти про апоплексію яєчника: класифікацію, етіологію, діагностику, клініку, долікарську невідкладну допомогу.
4. Розповісти про перекручування ніжки кістоми яєчника: етіологію, діагностику, клініку, долікарську невідкладну допомогу.
5.Охарактеризувати травми зовнішніх статевих органів.
6. Розповісти про першу медичну допомогу при ушкодженні зовнішніх статевих органів, вагіни, матки.
7.Визначити показання та протипоказання до транспортування хворих, які потребують невідкладної допомоги.

Виховна:

Формувати якості притаманні медичному працівнику:

- уважність;
- спостережливість;
- тактовність;
- виховувати зацікавленість дисципліною, прагнення отримувати нові знання самостійно;
- виховувати професійні риси, почуття відповідальності, творче мислення.

Загальні компетентності (ЗК)

ЗК. 4. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
ЗК. 8. Здатність до міжособистісної взаємодії.

Спеціальні (фахові) компетентності (СК)

СК. 7. Здатність до вміння обирати обґрунтовані рішення в стандартних клінічних ситуаціях, спираючись на здобуті компетентності та нести відповідальність відповідно до законодавства.
СК. 9. Здатність до використання сукупностей професійних навичок (умінь) при підготовці та проведенні діагностичних досліджень та застосовуванні дезінфікуючих і лікарських засобів у професійній діяльності.
СК. 10. Здатність до забезпечення безпеки пацієнта, дотримання принципів інфекційної та особистої безпеки, збереження здоров'я у процесі здійснення догляду, виконання маніпуляцій, процедур, при переміщенні та транспортуванні пацієнта, наданні екстреної медичної допомоги.
СК. 14. Здатність до дотримання принципів медичної етики та деонтології.

Програмні результати навчання (РН)

РН. 1. Вільно спілкуватися державною та іноземною мовами для комунікації, ведення медичної та іншої ділової документації.
РН. 5. Дотримуватися правил охорони праці та безпеки життєдіяльності.
РН. 6. Обирати тактику спілкування з пацієнтами та членами їхніх родин, колегами, дотримуючись принципів професійної етики, толерантної та неосудної поведінки при здійсненні професійної діяльності, з урахуванням соціальних, культурних, гендерних та релігійних відмінностей.
РН. 8. Вживати заходи спрямовані на створення безпечного лікарняного середовища та дотримання лікувально-охоронного режиму, в інтересах збереження власного здоров'я та зміцнення здоров'я пацієнта.
РН. 9. Розпізнавати й інтерпретувати ознаки здоров'я і його змін, хвороби чи інвалідності (оцінка/діагноз), обмежень можливості повноцінної життєдіяльності та визначати проблеми пацієнтів при різних захворюваннях і станах.
РН. 10. Вміти проводити підготовку пацієнта до лабораторних, інструментальних та інших досліджень, здійснювати забір біологічного матеріалу та проб, скеровувати до лабораторії.
РН. 11. Застосовувати лікарські препарати та медикаменти при здійсненні професійної діяльності.
РН. 12. Виконувати медичні маніпуляції та процедури відповідно до фахових протоколів, алгоритмів, включаючи надання послуг з первинної медичної допомоги в складі команди первинної медичної допомоги.
РН. 13. Надавати екстрену та невідкладну долікарську медичну допомогу.
РН. 19. Здійснювати взаємозалежні професійні функції з метою забезпечення якісної медичної допомоги населенню.

План лекції

1.Основні види гінекологічних захворювань, які потребують невідкладної допомоги.
2.Позаматкова вагітність: класифікація, етіологія, діагностика,
клініка, долікарська невідкладна допомога.
3.Апоплексія яєчника: класифікація, етіологія, діагностика,
клініка, долікарська невідкладна допомога.
4.Перекручування ніжки кістоми яєчника: етіологія, діагностика,
клініка, долікарська невідкладна допомога.
5.Травми зовнішніх статевих органів.
6.Перша медична допомога при ушкодженні зовнішніх статевих органів, вагіни, матки.
7.Показання та протипоказання до транспортування хворих, які потребують
невідкладної допомоги.

Зміст лекції

НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА В ГІНЕКОЛОГІЇ

«Гострий живіт» являє собою загальне поняття, яке включає в себе захворювання, що характеризуються гострим початком у вигляді болю в животі, симптомами подразнення очеревини і напруженням м'язів передньої черевної стінки.

У гінекологічній практиці причини виникнення «гострого живота» об'єднують в 3 групи. В першу групу входять внутрішньочеревні кровотечі, які зумовлені порушенням позаматкової вагітності, апоплексією яєчників або травматичним ушкодженням матки ятрогенного чи кримінального походження. В другу – стани, пов'язані із порушенням живлення пухлин внутрішніх статевих органів – перекрут ніжки пухлини яєчника та некроз фіброматозного вузла матки. В третю групу входять гострі гнійні запальні захворювання внутрішніх статевих органів.

Матеріали цієї лекції допоможуть медичній сестрі диференціювати, вчасно діагностувати гострі патологічні стани та своєчасно надати невідкладну допомогу, цим самим врятувати життя жінки.

Позаматкова вагітність

В нормальних умовах запліднена яйцеклітина переміщується по трубі в матку, де вкорінюється в її слизову оболонку. Якщо умови просунення яйцеклітини порушені, вона імплантується поза маткою, виникає позаматкова вагітність (graviditas extrauterinae). Місцем імплантації може бути труба (трубна вагітність), яєчник (яєчникова вагітність), рудиментарний ріг матки, органи черевної порожнини (черевна вагітність), перешийково-шийкова частина матки (перешийково-шийкова вагітність) та шийка матки (шийкова вагітність).

Серед всіх випадків трубної вагітності відповідно до анатомічного ділення маткової труби виділяють ампулярну, істмічну та інтерстиціальну вагітність. Яєчникова вагітність може розвивається на поверхні яєчника та у самому фолікулі. Черевна вагітність поділяється на первинну (імплантація спочатку відбувається на парієтальній очеревині, сальнику або будь-якому органі черевної порожнини) і вторинну (прикріплення плідного яйця в черевній порожнині після трубного аборту).

За клінічним перебігом розрізняють прогресуючу позаматкову вагітність та її порушені форми. Порушення вагітності відбувається за типом зовнішнього розриву плідовмістилища: розрив матковкої труби, яєчника, рудиментарного рогу матки. Другий варіант переривання вагітності – внутрішній розрив плідовмістилища, або трубний аборт. За таким типом частіше переривається вагітність, розташована в ампулярному відділі труби. В останні роки у зв'язку з покращенням діагностичних можливостей почали виділяти регресуючу форму позаматкової вагітності.

Етіологія і патогенез

Найчастіше причиною виникнення позаматкової вагітності є порушення функції труби, яке в багатьох випадках пов'язано з загальними процесами будь-якої етіології. Головну роль відіграє неспеціфічна інфекція, росповсюдженні якої сприяють внутрішньоматкові маніпуляції. Крім того, певне значення має наявність хламідійної, туберкульозної, гонорейної інфекції. Внаслідок цього у трубі виникають перегини, звуження, зрощення складок слизової оболонки та функціональні зміни, що відображаються у зниженні рівня РНК, глікогену, глікопротеїдів у секреті маткових труб.

Як наслідок, порушується рух яйця в матку; яйце осідає в трубі і прикріпляється до її стінки. Запальний процес змінює перистальтику труби, що також погіршує умови просування яйця і сприяє виникненню позаматкової вагітності.

Позаматковій вагітності сприяють аномалії розвитку труб (дивертикули, додаткові труби і отвори, сліпі ходи роздвоєння просвіту труб). Нерідко позаматкова вагітність виникає на ґрунті інфантилізму – недорозвинення статевих органів. При інфантилізмі труби довгі, звивисті, просвіт їх вузький, перистальтика слабка. Запліднена яйцеклітина робить досить довгий шлях, просунення її через слабку перистальтику повільне. За час тривалого пересування по вузькій і довгій трубі запліднене яйце розвивається, набуває трофобластичних властивостей і здатності до імплантації. Тому воно осідає в трубі і заглиблюється в її стінку.

Надто тривале годування дитини груддю призводить до зниження скоротливої діяльності труб. Якщо в цей час відбувається запліднення, то яйце пересуватиметься повільно і може затриматися у трубі.

Часто позаматкова вагітність виникає на тлі порушення менструального циклу, порушення циклічного виділення гіпофізарних гормонів, естрогенів і прогестерона, ендокринних розладів в організмі жінки, розвитку ендометріозу. Це пов’язано з порушенням під впливом гормонального дисбалансу нервово-м’язового апарату труб. Нейрогуморальна дисфункція сприяє зниженню скоротливої активності труби і виникненню антиперистальтичних скорочень.

Патологічна імплантація може бути пов’язана із занадто підвищеною біологічною активністю плідного яйця, внаслідок токсичного впливу на нього продуктів, які утворюються в процесі запальної реакції, алкоголю, наркотичних речовин, що сприяє прискореному відпадання блискучої оболонки, утворенню трофобласту і передчасній нідації.

Причинами позаматкової вагітності також можуть бути післяопераційні злукові процеси в органах малого тазу, пертубації в анамнезі, пухлиноподібні розростання в просвіті труб та порожнині малого тазу, що можуть призвести до механічного здавлення маткової труби. Певне значення мають психічні фактори.

Якщо плідне яйце розвивається в істмічному відділі труби, де висота складок слизової оболонки невелика, то відбувається базотропний ріст ворсинок хоріона, які виділяють протеолітичний фермент, що швидко порушує слизовий, м’язовий, серозний шари труби. Вже через 4-6 тижнів це призводить до перфорації стінки з деструкцією судин. Проходить переривання вагітногсті по типу зовнішнього розриву плодовмістилища. Механічний фактор, пов’язаний з розтягуванням труби яйцем, що розвивається, суттєвої ролі у розриві труби не відіграє.

Однак, у зв’язку з масивним розвитком м’язового шару, що оточує даний відрізок труби, тривалість існування вагітності може бути і більшою (до 10-12 тижнів). При розриві труби виникає велика кровотеча у черевну порожнину, що призводить до різкого недокрів’я.

При трубному аборті ампулярної локалізації плідне яйце відшаровується від стінки труби, гине, просочується кров’ю і поступово розпадається. Труба починає посилено виконувати антиперестальтичні рухи, внаслідок чого відшароване плідне яйце зганяється з труби в черевну порожнину. Відшарування плідного яйця супроводжується кровотечею; кров збирається навколо труби або в її порожнині. При значній крововтраті кров надходить у черевну порожнину і звичайно збирається у дугласевому просторі, утворюючи позаматкову гематому. У дуже рідких випадках відшароване плідне яйце не гине, а приживається в черевній порожнині – виникає черевна вагітність. Як правило, позаматкова вагітність переривається на 5-6 тижні, рідше в кінці другого або на початку третього місяця.

Яєчникова вагітність характеризується формуванням плодовмістилища у самому яєчнику; при цьому у матковій трубі змін, як правило, немає. Капсула плодовмістилища слабка, легко розвивається з виникненням внутрішньочеревної кровотечі.

Клініка і діагностика

Клінічна картина залежить від стадії розвитку позаматкової вагітності, типу порушення її (розрив чи аборт), загальної крововтрати і реакції організму на неї. Поки позаматкова вагітність прогресує, спостерігаються звичайні ознаки вагітності ранніх термінів (як суб'єктивні, так і об'єктивні). Шийка матки щільна, а в ділянці перешийку – розм'якшена, хоча і не в такій мірі, як при матковій вагітності. Матка розм'якшена, поступово збільшується, але розміри не відповідають необхідним для даного терміну вагітності. Форма її залишається грушеподібною, не відмічається асиметричного випинання одного з кугів, як це буває при матковій вагітності.

Поза маткою або дещо збоку вдається пропальпувати потовщену нещільну вагітну трубу. Такі зміни іноді можуть трактуватися лікарем як результат запальних процесів у додатках. Та в разі останніх, консистенція додатків більш щільна, різко виражена болючість, процес частіше двосторонній і рідко коли протікає ізольовано, без втягнення сусідніх органів і утворення злук. При виникненні труднощів у виборі правильного діагнозу (запалення придатків чи прогресуюча трубна вагітність) жінці призначають повне обстеження, нагляд впродовж 1-2 днів і легку протизапальну терапію (холод на низ живота, аутогемотерапію, хлорид кальцію). Нормальна температурна реакція, стабільна кількість лейкоцитів у динаміці та відсутність об'єктивних змін від проведеної терапії свідчить на користь позаматкової вагітності.

У постановці діагнозу важливе значення мають позитивні тести на вагітність, ультразвукова діагностика, лапароскопія.

Тести діагностики вагітності засновані на виявленні хоріонічного гонадотропіну (ХГ) в сироватці крові та сечі жінки. Сьогодні біологічні способи визначення ХГ вже не мають провідної ролі. Поширеним є використання імунологічних тестів (платівочні, капілярні) та серологічних методів (реакція гальмування аглютинації еритроцитів або осадження частин латексу). Високу специфічність має радіоімунологічний метод кількісного визначення β-ХГ в сироватці крові.

При УЗД виявляється дещо збільшена матка з лінійними або окремими ехоструктурами в порожнині, виникнення яких зумовлено гіперплазією ендометрію і розвитком децидуальної тканини. Плідного яйця в порожнині немає. Воно виявляється в області додатків матки у вигляді округлого утворення і розміри його відповідають терміну вагітності. Можлива реєстрація пульсацій серця ембріону.

Високі діагностичні можливості має лапароскопія, але у зв'язку з інвазивністю, її використання обмежене і проводиться переважно як заключний етап обстеження у складних діагностичних ситуаціях. Інколи суттєву допомогу в остаточній діагностиці надає результат гістологічного дослідження тканин, отриманих при вискрібанні стінок порожнини матки. Відсутність тканин хоріона при наявності децидуальних перетворень слизової оболонки матки свідчать на користь присутності ектопічної вагітності.

Для діагностики часто використовують пункцію черевної порожнини, яку виконують через заднє склепіння піхви. При цьому кров темна, не згортається, має маленькі згустки. Отримання такого пунктату підтверджує наявність внутрішньочеревної кровотечі. Але якщо крові у пунктаті немає, то це не виключає трубну вагітність. Так як кров може не досягти прямокишечно-маткового заглиблення із-за злук.

Характерні симптоми позаматкової вагітності виявляються, коли наступає трубний аборт або розрив труби. При розриві труби симптоми набагато яскравіші, ніж при трубному аборті.

Порушення позаматкової вагітності за типом розриву труби характеризується раптовим, гострим початком. У жінки виникає приступ болю внизу живота, що супроводжується непритомністю або напівнепритомністю. Біль іррадіює у задній прохід, плече, надключичну ділянку (френікус-симптом). У зв'язку з наростаючою кровотечею з'являється блідість шкіри і видимих слизових оболонок, прискорюється пульс, знижується артеріальний тиск, тобто виявляються ознаки геморагічного шоку. Дихання прискорюється, у важких випадках виникає блювота, шкіра вкривається потом, температура тіла падає. Живіт здутий, болючий при пальпації, позитивні симптоми подразнення очеревини. При перкусії живота визначається притуплення в ділянці скупчення крові, яка вилилась. При перекладанні хворої на бік, зони приглушення перкуторного звуку змінюються в зв'язку з тим, що кров, яка вилилась, стікає до того боку, на якому лежить хвора.

Проведення внутрішнього гінекологічного обстеження значно ускладнюється у зв'язку з його різкою болючістю. При огляді за допомогою дзеркал можна виявити різну ступінь ціанозу та блідості слизової оболонки піхви та шийки матки. Кров'яні виділення з цервікального каналу відсутні. Їх поява, яка пов'язана з відшаруванням децидуальної оболонки, частіше відбувається вже в післяопераційному періоді. Обережне бімануальне дослідження виявляє сплощення або випячування заднього та одного з бокових склепінь піхви. Матка легко зсувається. Складається враження, що матка та збільшені з однієї із сторін додатки, ніби "плавають" у вільній рідині. Відмічається різна болючість при зміщенні шийки матки вперед і різка болючість заднього склепіння піхви ("крик Дугласа").

У деяких випадках, коли у лікаря є сумніви у правильності діагнозу, а стан хворої залишається відповідно задовільним, можна зробити пункцію черевної порожнини через заднє склепіння піхви. Отримання темної крові, яка не згортається, підтверджує попередній діагноз. У ситуаціях, коли хвора знаходиться в стані геморагічного шоку, проведення діагностичної пункції черевної порожнини через заднє склепіння матки вважається недоцільним.

При трубному аборті загрозлива клінічна картина буває рідше. Спостерігається незначне збліднення шкіри і слизових оболонок, але пульс і артеріальний тиск значно не змінюються. Спостерігається переймоподібний біль, який супроводжується млявістю або напівнепритомністю. Біль так само, як і при розриві труби, іррадіює у задній прохід, лопатку та шию. При порушенні позаматкової вагітності після приступу болю спостерігаються невеликі темні кров'яні виділення з матки, що пов'язані з відторгненням децидуальної оболонки в результаті зниження рівня статевих гормонів; до виділень інколи домішуються частинки слизової оболонки матки, яка при позаматковій вагітності перетворюється на децидуальну оболонку; іноді децидуальна оболонка виходить з матки цілком.

Клінічна картина трубного аборту характеризується періодичністю симптомів. У момент приступу у хворої спостерігається блідість шкіри та слизових оболонок, незначна тахікардія при нормальних або дещо знижених показниках артеріального тиску. Живіт м'який, болючий в нижніх відділах (більше на боці пошкодженої труби). Напруження м'язів черевної стінки відсутнє. Симптоми подразнення очеревини незначно виражені. Притуплення перкуторного звука визначається чітко. Після проходження приступу вагітна почуває себе майже здоровою, клінічні ознаки патології практично відсутні. Живіт м'який, неболючий. Немає ознак подразнення очеревини.

При гінекологічному огляді відмічається ціаноз слизової оболонки піхви та шийки матки. Матка збільшена, але менша, ніж на відповідний термін вагітності. З однієї із сторін пальпуються збільшені додатки, часто без чітких контурів. Якщо виникає позаматкова гематома, то вона буде пальпуватися у одному болісному та обмежено рухомому конґломераті з додатками та маткою. Незначна внутрішньочеревна кровотеча не

супроводжується сплощенням склепінь піхви. Тому діагностика порушення позаматкової вагітності за типом трубного аборту потребує пункції черевної порожнини через заднє склепіння піхви.

У зв'язку з тим, що інколи перебіг патології не має чітких клінічних ознак, трубний аборт необхідно диференціювати з апоплексією яєчника, гострим запаленням додатків матки, матковим абортом ранніх термінів, пельвіоперитонітом при некрозах фіброматозних вузлів матки та перекрутом ніжки пухлини яєчника.

На користь позаматкової вагітності свідчать позитивні результати проведених тестів на діагностику вагітності. При проведенні ультразвукового дослідження при перериванні трубної вагітності виявляються численні аморфні ехо-компоненти в позаматковому просторі, що вказує на накопичення крові.

При появі темно-кров'яних виділень з піхви можливе застосування діагностичного вискрібання стінок порожнини матки з послідуючим гістологічним дослідженням отриманого матеріалу (при позаматковій вагітності виявляють децидуальну тканину без ворсин хоріону).

Яєчникова і черевна ектопічна вагітність та вагітність у рудиментарному розі матки бувають рідко. Клінічна картина яєчникової вагітності схожа на картину трубної. Черевна вагітність у дуже рідких випадках досягає пізніх термінів; описані випадки доношення черевної вагітності. У таких випадках плід, вкритий оболонками, міститься між внутрішніми органами, плацента прикріпляється до труби, очеревини або внутрішніх органів. Перебіг черевної вагітності тяжкий, плід частіше гине. Загиблий плід зазнає мацерації і асептичного розпаду або муміфікується. У зв'язку з відшаруванням плаценти можливі значні внутрішньочеревні кровотечі.

Клінічними проявами шиїчної та перешийково-шиїчної вагітності є кровотеча із піхви на тлі затримки менструації при відсутності больового синдрому. При гінекологічному огляді звертає на себе увагу ексцентричне розташування зовнішнього вічка та розширення судин шийки матки. Бімануальне дослідження виявляє м'яку шароподібну збільшену шийку і невеликих розмірів щільну матку. Після проведення дослідження кровотеча посилюється.

Лікування

Лікування хворих з ектопічною вагітністю хірургічне. Характер операції залежить від локалізації плідного яйця, ступеню крововтрати, загального стану жінки та виразності патологічних змін в ураженій і протилежній трубі, від віку хворої та бажання в наступному мати дітей. Можливе виконання тубектомії та мікрохірургічних методик (сальпінготомія в ампулярному або в істмічному відділі труби, сегментарна резекція істмічного відділу з накладанням аностомозу "кінець в кінець").

Тубектомія

Тубектомію виконують при наявності у хворої великої кровотечі, значних патологічних змін маткової труби, що обумовлені порушеною вагітністю або запальними процесами.

Розріз можна проводити за бажанням хірурга. Нижній серединний поздовжній розріз виконується швидше і менше, дає кращу можливість огляду органів черевної порожнини.Якщо під час операції виникають технічні ускладнення, то цей розріз легко можна продовжити вверх. Однак деякі хірурги проводять поперечно-надлобковий розріз черевної стінки по Пфаненштилю. При цьому проходить краще заживлення і відновлюється функція черевного пресу, але він технічно складніший.

Після розрізу черевної порожнини, у рану виводиться матка і труба, що містить плідне яйце, накладаємо зажими на мезосальпінгс та матковий кут труби. Кровотеча зупиняється, хірург спокійно орієнтується у черевній порожнині, видаляються згустки

крові, проводиться огляд додатків та апендикса. Потім трубу і трубний кут відсікають перетонізують круглою зв'язкою

Якщо з'ясувалось, що уражений і яєчник, то виконують або його резекцію, або додатки видаляють повністю.

При малих термінах прогресуючої позаматкової вагітності або при порушеній із незначним пошкодженням труби можливо проводити сальпінготомію із застосуванням лапароскопічної техніки.

Консервативна операція при трубній вагітності (сальпінготомія)

У великої кількості жінок при трубній вагітності можна виконати консервативну пластичну операцію, тобто видалення плідного яйця з послідуючою пластикою маткової труби (сальпінготомія). Таку операцію проводять у бездітних жінок, при повторній трубній вагітності, при бажанні жінки зберегти маткову трубу.

Протипоказанням до проведення консервативної операції є:

– велика крововтрата;

– значний розрив труби;

– трубна вагітність, що давно перервалася.

При цьому виникають незворотні зміни у самій стінці маткової труби, з'являються щільні зрощення, які роблять неможливою консервативну операцію.

Характер операції залежить від локалізації плідного яйця. При імплантації його в ампулярному відділі труби можливо виконати обережне видавлювання.

При локалізації плідного яйця в інтерстиціальному відділі можна провести операцію двома шляхами: вирізати ділянку труби та відновити її прохідність або розсікти трубу, видалити плідне яйце і потім відновити цілісність труби. Тоді прохідність маткової труби зберігається, але порушується її епітелій, що потім стає неможливим відновити репродуктивну функцію.

Віддалені результати залежать від особливостей клінічного перебігу ектопічної вагітності, об'єму і техніки оперативного втручання, виникнення післяопераційних ускладнень. 25-50% прооперованих жінок залишається неплідними. Ризик виникнення позаматкової вагітності вдруге становить 30-48%.

Для профілактики розвитку неплідності в післяопераційному періоді показане проведення поетапної реабілітації менструальної та репродуктивної функції, особливо у молодих жінок. Вона включає в себе ретроградне введення лікарських речовин в просвіт неушкодженої труби під час проведення операції (I етап); використання в післяопераційному періоді антибіотикотерапії, проведення гідротубації з лідазою, гідрокортизоном, новокаїном, пеніциліном, та електрофорезу з солями цинку і йоду (II етап). Бажано проводити повторні курси реабілітаційної терапії через 3, 6, 9 місяців. Через 1 рік після операції рекомендують санаторно-курортне лікування (III етап).

Апоплексія яєчника

Апоплексія яєчника може бути однією з причин виникнення "гострого живота" у гінекологічних хворих. Під цим терміном розуміють раптовий крововилив у яєчник, що супроводжується порушенням його цілісності і кровотечею в черевну порожнину.

Етіологія та патогенез

Протягом менструального циклу формуються умови, сприятливі для виникнення апоплексії. До факторів, які обумовлюють схильність до патології відносять запальні процеси органів малого тазу, склеротичні зміни в тканинах яєчників і судин, варикозне розширення вен яєчників, застійні процеси в малому тазі, фізичні навантаження в середині менструального циклу.

Традиційно найбільш ймовірним часом виникнення апоплексії вважався період овуляції. Зараз вважається, що в більшості випадків розрив яєчника відбувається в другу фазу менструального цикла, тому в сучасній літературі така патологія визначається терміном “розрив жовтого тіла”. Найчастіше джерелом кровотечі може бути жовте тіло або його кіста. Предменструальна гіперемія яєчника, значна васкуляризація ламких тканин жовтого тіла обумовлюють виникнення гематоми яєчника, при розриві якої виникає внутрішньочеревна кровотеча. Розрив жовтого тіла може відбуватись як при матковій, так і при позаматковій вагітності.

Клініка і діагностика

За клінічним перебігом виділяють три форми апоплексії яєчників: анемічну, больову та змішану.

При анемічній формі на перший план виходять симптоми внутрішньочеревної кровотечі. У середині менструального циклу або в другій його половині частіше після фізичного напруження, травми, статевого акту, а іноді без суттєвої причини виникає гострий біль в животі. Біль локалізується над лоном або у здухвинних ділянках та іррадіює в задній прохід, крижі, зовнішні статеві органи. При значних крововтратах спостерігається френікус-симптом.

Хворі скаржаться на нудоту, блювоту, млявість. Під час загального огляду відмічається блідість шкіри, тахікардія, зниження артеріального тиску. При пальпації живіт болісний, особливо в нижніх відділах. Визначаються симптоми подразнення очеревини. При гінекологічному дослідженні відмічається блідість слизової оболонки піхви, матка звичайних розмірів, один з яєчників збільшених розмірів, болючий. У разі значної крововтрати має місце сплощення склепінь піхви. При дослідженні крові відмічається анемія. Взагалі клініка анемічної форми апоплексії яєчника нагадує клініку позаматкової вагітності, порушеній за типом трубного аборту. На користь апоплексії яєчника свідчить відсутність затримки менструації та ознак вагітності.

При больовій формі апоплексії яєчника відбуваються крововиливи в тканину яєчника (у фолікул або в жовте тіло) з незначною кровотечею в черевну порожнину або без неї.

Головним симптомом больової форми є приступ різкого болю, який супроводжується нудотою та блювотою. Шкіра хворої звичайного кольору, артеріальний тиск та пульс практично не змінюються. Живіт м’який, болючий під час пальпації в нижніх відділах, де відмічаються нерізко виражені симптоми подразнення очеревини. Дані внутрішнього гінекологічного дослідження аналогічні даним при анемічній формі, за винятком відсутності нависання склепінь піхви. Клінічний аналіз крові без суттєвих відхилень від норми.

У сумнівних випадках проводять пункцію порожнини через заднє склепіння піхви (при апоплексії яєчників пунктат являє собою кров, яка не згортається або серозно-кров’яну рідину).

Змішана форма апоплексії яєчника представляє собою поєднання двох описаних клінічних варіантів.

Лікування

Тактика ведення хворої залежить від форми апоплексії та виразності крововтрати. При анемічній формі показане оперативне втручання. Проводять клиноподібну резекцію яєчника в межах здорових тканин або зшивання розриву Z-подібним гемостатичним швом. Слід зауважити, що у випадках розриву жовтого тіла, резекція яєчника небажана. Рекомендується зшивання розриву з метою попередження переривання вагітності малого терміну, яке відбувається внаслідок резекції.

У зв'язку із впровадженням у гінекологічну практику лапароскопії, зараз існує можливість проведення коагуляції частини яєчника, яка кровоточить, та санації черевної порожнини через лапароскоп.

Консервативне ведення можливе при больовій формі апоплексії яєчника без ознак внутрішньочеревної кровотечі. При цьому хвора госпіталізується, призначаються абдомінальна гіпотермія та гемостатичні препарати: вікасол – 1% розчин – 1мл 1-2 рази на добу, внутрішньом'язово; дицинон 2мл (250мг) або 12,5% розчин етамзілату 2мл 2 рази на добу, внутрішньовенно або внутрішньом'язово; 10% розчин хлориду кальцію по 10мл внутрішньовенно. Після ліквідації симптомів розриву яєчника проводять курс протизапальної терапії. По закінченню наступної менструації рекомендується призначення комбінованих естроген-гестогенних контрацептивів.

Порушення живлення пухлин внутрішніх статевих органів, як причина "гострого живота"

Перекрут ніжки пухлини яєчника

Перекрут ніжки пухлини яєчника становить до 20% всіх причин "гострого живота" в гінекології. Частіше він має місце при рухомих пухлинах додатків.

Етіологія і патогенез

Перекрут ніжки пухлини яєчника виникає внаслідок значного фізичного напруження, різкої зміни положення тіла, посилення перистальтики кишечника, переповнення сечового міхура.

Анатомічною ніжкою пухлини називають утворення, що фіксують яєчник у малому тазі: зв'язка, яка підвішує яєчник, власна зв'язка яєчника, мезоварій. Під хірургічною ніжкою пухлини розуміють ті утворення, які пересікаються під час видалення пухлини. У хірургічну ніжку входять всі стуктури анатомічної ніжки, а також маткова труба.

Перекрут буває гострим або поступовим, повним чи частковим. Під час перекруту виникає венозний застій і пухлина збільшується у розмірах; можливі крововиливи в її порожнину та розрив з кровотечею в черевну порожнину. У разі порушення притоку артеріальної крові можливий некроз пухлини.

Клініка

Виразність клініки визначається ступенем перекруту пухлини та швидкістю його здійснення і не залежить від характеру пухлинного процесу. Характерно різкий біль, який починається після фізичного навантаження, та супроводжується нудотою і блювотою. Потім підвищується температура тіла та з'являється лейкоцитоз із зсувом лейкоцитарної формули вліво.

При частковому перекруті симптоми невиразні. При повному перекруті у хворої відмічається блідість шкіри та слизових оболонок, холодний піт. Пульс частий, температура тіла підвищена, язик сухий, обкладений білим нальотом. Живіт напружений і болючий в нижніх відділах, де спостерігаються позитивні симптоми подразнення очеревини. Під час бімануального обстеження знаходять болючу пухлину в області придатків матки. Пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви без інформативна. Суттєву допомогу в постановці діагнозу може надавати встановлення факту наявності у жінки пухлини яєчника в анамнезі, а також застосування ультразвукової діагностики.

Через 2 години після припинення кровопостачання в пухлині яєчників починаються некротичні процеси, що призводять до загибелі нервових клітин і припинення болю. Стан хворої суб'єктивн покращується – "мнимое благополучие", та не слід забувати, що вже через 4-6 годин можливий розвиток розлитого перитоніту.

Лікування

Хворі з перекрутом ніжки пухлини яєчника потребують негайного оперативного лікування: проводиться аднексектомія.

Видалення пухлини яєчника при перекручуванні її ніжки

Розріз черевної стінки можна провести по Пфаненштилю або серединну лапаротомію.

Особливості цієї операції полягають у тому, що можуть бути злуки, зрощення пухлини з черевною стінкою та сусідніми внутрішніми органами.

Після розтину черевної порожнини потрібно добре розібратись в особливостях утворених злук між пухлиною та сусідніми органами. Найкраще почати видалення сальника, а якщо це не вдається, то сальник можна резецирувати. Злуки з кишками краще роз'єднувати за допомогою ножиць, поступово розрізуючи натягнуті зрощення. Не допускається розріз тих злук, які погано видно, так як при цьому можна пошкодити інші органи (матка, сечовий міхур).

Після видалення із злук пухлину виводять з черевної порожнини і видаляють. Видаляти потрібно дуже обережно, так як у результаті перекруту ніжки та здавлення судин відбувається набряк та некроз пухлини, особливо, її капсули, що легко може привести до її розриву. Розкручувати ніжку пухлини яєчника до накладання на неї лігатури небезпечно, тому що у судинах перекрученої ніжки можуть бути тромби. А під час розкручування відрив тромба або його частини і потраплення їх у кровоток може викликати емболію гілок легеневої артерії. Отже, нерозкручуючи ніжку, накладають лігатуру нижче місця перекруту, а потім її розкручують, накладають зажими і відсікають.

Потім проводять перитонізацію, туалет черевної порожнини та пошарове зашивання рани черевної стінки.

Порушення живлення міоматозних вузлів матки

Фіброміома матки – являє собою дисгормональну естрогенозалежну пухлин з порушеннями у системі гіпоталамус-гіпофіз-кора наднирників-яєчник, яка внаслідок слабкого кровозабезпечення може некротизуватись. Порушення кровообігу в міоматозних вузлах частіше обумовлене механічними факторами – перекрут ніжки субсерозно розташованої пухлини, здавлення пухлини, порушення гемодинаміки в матці (особливо під час вагітності).

Патогенез

Некроз фіброматозного вузла буває сухий та вологий. Сухий некроз характеризується поступовим зморщуванням частин некротизованої тканини з утворюванням печероподібних порожнин. У разі вологого некрозу, внаслідок розм'якшення некротизованих тканин, утворюються кистоподібні порожнини. Під час вагітності або в післяродовому періоді частіше відмічається червоний некроз, пов'язаний із виразним венозним застоєм та тромбозом вен.

Асептичний некроз гематогенним або лімфогенним шляхом інфікується, утворюючи можливість виникнення розлитого перитоніту або сепсису.

Клініка

Клінічні прояви порушення живлення фіброматозного вузла залежать від ступеню порушення кровообігу в пухлині.

При невиразній ішемії вузла хворі скаржаться на постійний локальний біль над лоном без іррадіації і змін загального стану. Температура і частота пульсу нормальні. Живіт м'який, приймає участь у диханні, симптоми подразнення очеревини відсутні. Показники крові без змін. При гінекологічному огляді визначається щільна, збільшена, чутлива до пальпації матка з вузлами. Рухи за шийку матки безболісні. Склепіння піхви глибокі.

При некрозі вузла виникає гострий біль у животі. Під час пальпації живіт болючий, напружений, з'являються симптоми подразнення очеревини. На тлі підвищення

температури тіла в клінічному аналізі крові визначаються підвищення кількості лейкоцитів і зсув лейкоцитарної формули вліво під час динамічного погодинного нагляду. Бімануальне дослідження визначає щільну збільшену матку з фіброматозними вузлами, один з яких різко болючий. При УЗД у фіброматозних вузлах виявляються осередки розм'якшення, що свідчить про некротичні процеси в них.

Лікування

Некроз фіброматозного вузла потребує термінового хірургічного втручання. Проводять надпіхвову ампутацію або екстирпацію матки. Вважається доцільним видалення матки з трубами, які можуть бути в наступному джерелом інфікування. Міомектомія проводиться тільки при субсерозній локалізації вузла.

Консервативна міомектомія проводиться при незначній ішемізації вузла у молодих жінок, що не мають дітей. Призначають спазмолітики та препарати, які покращують реологічні властивості крові (реополіглюкін, трентал, курантіл). При відсутності ефекту від консервативної терапії та погіршенні показників крові показане хірургічне лікування. В разі проведення консервативної міомектомії у вагітних жінок у післяопераційному періоді проводять, зберігаючу вагітність, терапію на тлі призначення антибіотиків і дезінтоксикаційного інфузійного лікування.

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 у цих місцях проходять вагінальні гілочки маткових артерій.

Клінічна 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 у статеві органи сторонніх предметів. Особливо часто таке буває у дівчаток віком до 10 років. Дорослі жінки можуть вводити у 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 у дорослих можна за допомогою огляду у дзеркалах, у дітей слід використати обережне ректальне дослідження та вагіноскопію.

Діагностика грунтується на огляді. Якщо є підозра на травму сусідніх органів, проводять катетеризацію сечового міхура, цистоскопію. Допомогти у діагностиці сторонніх тіл у вапні 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.

Питання для самоконтролю:

1. Що являє собою поняття «гострий живіт»?

2. Причини, що зумовлюють «гострій живіт?
3. Групи яких захворювань являють собою причину «гострого живота»?
4. Фактори ризику внутрішньочеревної кровотечі?
5. Визначення терміну «гострій живіт в гінекології»?
6. Тактика ведення жінок при «гострому животі»?
7. Методи обстеження жінок з «гострим животом»?
8. Складіть плани ведення жінок з «гострим животом»?
9. Патогенез порушення живлення пухлин жіночіх органів?
10. Назвіть клінічні форми позаматкової вагітності?
11. Які операції виконуються при лікуванні позаматкової вагітності?
12. Що таке апоплексія яєчника і які її причини?
13. На підставі яких даних проводиться диференційна діагностика позаматкової вагітності і апоплексії яєчника?
14. Які методи лікування апоплексії яєчника Ви знаєте?
15. Методи профілактики апоплексії яєчника?
16. У чому полягає різниця між тубектомією та сальпінготомією?
17. Патогенез порушення живлення пухлин жіночих органів?
18. На підставі яких даних ставиться діагноз некрозу фіброматозного вузла?
19. Які оперативні втручання проводять при некрозі фіброматозного вузла?
20. Які запальні захворювання стають причинами «гострого живота» в гінекології?
21. Тактика при гематомі зовнішніх статевих органів?
22. Невідкладна допомога при внутрішньочеревній кровотечі?
23. Невідкладна допомога при ушкодженні зовнішніх статевих органів?
24. Невідкладна допомога при ушкодженні піхви?
25. Невідкладна допомога при ушкодженні матки?

Тести:

1. Позаматкова вагітність — це:
A. Вагітність у порожнині матки
B. Завмерла вагітність
C. Вагітність після ЕКЗ
D. Вагітність, при якій плодове яйце розташоване поза порожниною матки
E. Багатоплідна вагітність

2. Найчастіша локалізація позаматкової вагітності:
A. Яєчник
B. Маткова труба
C. Шийка матки
D. Черевна порожнина
E. Рудиментарний ріг матки

3. Основна причина розвитку позаматкової вагітності:
A. Порушення прохідності маткових труб
B. Гіповітаміноз
C. Анемія
D. Захворювання щитоподібної залози
E. Артеріальна гіпертензія

4. Провідний симптом розриву маткової труби:
A. Поступовий біль унизу живота
B. Підвищення температури тіла
C. Раптовий різкий біль у животі та непритомність
D. Свербіж статевих органів
E. Часте сечовипускання

5. Ознака внутрішньочеревної кровотечі:
A. Брадикардія
B. Підвищення артеріального тиску
C. Гіперемія обличчя
D. Поліурія
E. Блідість, тахікардія, зниження АТ

6.Метод діагностики вибору при підозрі на позаматкову вагітність:
A. Рентгенографія
B. ФГДС
C. УЗД органів малого таза
D. Цистоскопія
E. КТ

7. Перекрут ніжки пухлини яєчника найчастіше виникає при:
A. Короткій ніжці пухлини
B. Атрофії яєчника
C. Відсутності ніжки
D. Довгій рухомій ніжці
E. Запаленні піхви

8. Характер болю при перекруті ніжки пухлини:
A. Тупий, ниючий
B. Поступовий
C. Раптовий, різкий
D. Відсутній
E. Лише при пальпації

9. Заборонена дія при гострій гінекологічній патології:
A. Контроль артеріального тиску
B. Внутрішньовенний доступ
C. Виклик лікаря
D. Холод на низ живота
E. Тепло на низ живота

10. Основний метод лікування перекруту ніжки пухлини:
A. Медикаментозний
B. Консервативний
C. Фізіотерапевтичний
D. Хірургічний
E. Гормональний

Задачі:

Задача 1

До гінекологічного відділення машиною швидкої допомоги доставлена хвора з підозрою на внутрішньочеревну кровотечу.

Вкажіть першочергові дії медсестри?

Задача 2

Ви медична сестра гінекологічного відділення. У жінки після штучного аборту виникла маткова кровотеча.

Ваші дії?

Література:

Основна:

Гінекологія: підручник для мед. ВНЗ І—ІІІ рівн. акред. / О.В. Степанківська, М.О. Щербина. — К.: Медицина. — 2010.

Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Бразалій Л.П., Апшай В.Г. Медсестринський процес: Основи сестринської справи та клінічного медсестринства. —К.: Здоров'я, 2001.

Інфекційний контроль у медичних закладах: навч. посіб. / За загальною редакцією І .*Я.* Губенко./ — Черкаси, 2003.

Мороз Л.О. Гінекологія. — К.: Здоров'я, 2002.

Хміль С.В. Медсестринство в гінекології. — Тернопіль: Підручники і посібники, 2006.

С.Хміль,Л.Романчук,З.Кучма «Медсестринство в гінекології» - Т.Укрмедкнига 2000.

Медсестринство в гінекології: навч. посіб. / І.Б. Назарова, А.А. Пісарєв, О.В. Михайлов. — 2-е вид., переробл. та допов. — К.: ВСВ "Медицина", 2010.

Хохліч Т.І. Практикум з гінекології. — К.: Здоров'я, 2000.

Додаткова:

Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Бразалій Л.П., Апшай В.Г. Медсестринський догляд за пацієнтом. — К.: Здоров'я, 2000.

Планування сім'ї. Інститут захисту життя. — Львів, 1998.

Методические рекомендации по применению дезинфицирующих средств, разрешенных к применению в Украине. — Одесса, 2005.

Домашнє завдання:

С.Хміль,Л.Романчук,З.Кучма «Медсестринство в гінекології» - Т.Укрмедкнига 2000. — 237 – 250, 256 - 257 с.

Інформаційні ресурси

1. https://chmfc.com.ua/

Лекція № 9

Тема лекції: Консервативні методи лікування гінекологічних хворих. Передопераційна підготовка та післяопераційний догляд за гінекологічними хворими

Мета:

Навчальна:

Знати:

1.Види допомоги хворим на гінекологічну патологію (амбулаторну, стаціонарну, санатарно-курортну).
2.Характер лікування (консервативне та хірургічне).
3.Консервативне лікування:загальне та місцеве (ванночки, спринцювання, тампони): показання, протипоказання, техніку виконання.
4.Загальні принципи медикаментозного лікування в гінекології.
5.Основні види фізіотерапевтичних процедур.
6.Санаторно-курортне лікування хворих на гінекологічну патологію.
7.Оперативне лікування гінекологічних хворих.
8.Передопераційну підготовку.
9.Підготовку операційної, інструментів, перев'язувального матеріалу.
10. Післяопераційний догляд за гінекологічними хворими.

Вміти:

1.Назвати види допомоги хворим на гінекологічну патологію (амбулаторну, стаціонарну, санатарно-курортну).
2.Розповісти про характер лікування (консервативне та хірургічне).
3. Розповісти про консервативне лікування: загальне та місцеве (ванночки, спринцювання, тампони): показання, протипоказання, техніку виконання.
4.Визначити загальні принципи медикаментозного лікування в гінекології.
5.Назвати основні види фізіотерапевтичних процедур.
6. Розповісти про санаторно-курортне лікування хворих на гінекологічну патологію.
7. Розповісти про оперативне лікування гінекологічних хворих.
8. Розповісти про передопераційну підготовку.
9. Розповісти про підготовку операційної, інструментів, перев'язувального матеріалу.
10. Розповісти про післяопераційний догляд за гінекологічними хворими.

Виховна:

Формувати якості притаманні медичному працівнику:

- уважність;
- спостережливість;
- тактовність;
- виховувати зацікавленість дисципліною, прагнення отримувати нові знання самостійно;
- виховувати професійні риси, почуття відповідальності, творче мислення.

Загальні компетентності (ЗК)

ЗК. 4. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
ЗК. 8. Здатність до міжособистісної взаємодії.

Спеціальні (фахові) компетентності (СК)

СК. 9. Здатність до використання сукупностей професійних навичок (умінь) при підготовці та проведенні діагностичних досліджень та застосовуванні дезінфікуючих і лікарських засобів у професійній діяльності.
СК. 10. Здатність до забезпечення безпеки пацієнта, дотримання принципів інфекційної та особистої безпеки, збереження здоров'я у процесі здійснення догляду, виконання маніпуляцій, процедур, при переміщенні та транспортуванні пацієнта, наданні екстреної медичної допомоги.
СК. 14. Здатність до дотримання принципів медичної етики та деонтології.

Програмні результати навчання (РН)

РН. 1. Вільно спілкуватися державною та іноземною мовами для комунікації, ведення медичної та іншої ділової документації.
РН. 5. Дотримуватися правил охорони праці та безпеки життєдіяльності.
РН. 6. Обирати тактику спілкування з пацієнтами та членами їхніх родин, колегами, дотримуючись принципів професійної етики, толерантної та неосудної поведінки при здійсненні професійної діяльності, з урахуванням соціальних, культурних, гендерних та релігійних відмінностей.
РН. 8. Вживати заходи спрямовані на створення безпечного лікарняного середовища та дотримання лікувально-охоронного режиму, в інтересах збереження власного здоров'я та зміцнення здоров'я пацієнта.
РН. 9. Розпізнавати й інтерпретувати ознаки здоров'я і його змін, хвороби чи інвалідності (оцінка/діагноз), обмежень можливості повноцінної життєдіяльності та визначати проблеми пацієнтів при різних захворюваннях і станах.
РН. 10. Вміти проводити підготовку пацієнта до лабораторних, інструментальних та інших досліджень, здійснювати забір біологічного матеріалу та проб, скеровувати до лабораторії.
РН. 11. Застосовувати лікарські препарати та медикаменти при здійсненні професійної діяльності.
РН. 12. Виконувати медичні маніпуляції та процедури відповідно до фахових протоколів, алгоритмів, включаючи надання послуг з первинної медичної допомоги в складі команди первинної медичної допомоги .
РН. 19. Здійснювати взаємозалежні професійні функції з метою забезпечення якісної медичної допомоги населенню.

План лекції

1.Види допомоги хворим на гінекологічну патологію (амбулаторна, стаціонарна, санатарно-курортна).
2.Характер лікування (консервативне та хірургічне).
3.Консервативне лікування: загальне та місцеве (ванночки, спринцювання, тампони): показання, протипоказання, техніка виконання.
4.Загальні принципи медикаментозного лікування в гінекології.
5.Основні види фізіотерапевтичних процедур.
6.Санаторно-курортне лікування хворих на гінекологічну патологію.
7.Оперативне лікування гінекологічних хворих.
8.Передопераційна підготовка.
9.Підготовка операційної, інструментів, перев'язувального матеріалу.
10. Післяопераційний догляд за гінекологічними хворими.

Зміст лекції

Актуальність консервативного лікування в гінекології полягає у збереженні органів та репродуктивної функції жінки, уникненні ризиків операцій, швидкій реабілітації та ефективному лікуванні запальних, інфекційних та гормональних порушень, включаючи використання сучасної медикаментозної терапії.

КОНСЕРВАТИВНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ В ГІНЕКОЛОГІЇ

Відділення консервативної гінекології призначене для надання спеціалізованої лікувальної допомогихворим із патологією жіночих статевих органів, яка не потребує оперативних втручань. Основними завданнями персоналу відділення консервативної гінекології, є створення для хворих лікувально-охоронного режиму з позитивним психотерапевтичним впливом, проведення медикаментозної терапії, виконання лікувальних процедур.

ЛІКУВАЛЬНО-ОХОРОННИЙ РЕЖИМ ТА ХАРЧУВАННЯ ХВОРИХ

Для досягнення ефекту в лікуванні хворих необхідно дотримуватись лікувального режиму, особливості якого визначає лікар для кожної хворої індивідуально, а реалізацію забезпечує середній медичнийперсонал.

Хворим майже з усіма гінекологічними захворюваннями впродовж гострої стадії рекомендоване утримання від статевого життя. Фізична праця, навіть домашня робота, підняття вантажів також протипоказані.

Ліжкового режиму повинні дотримуватись хворі з 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.

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 потрібно регулювати, зокрема відповідною дієтою: їжа повинна бути багатою на клітковину, містити достатню кількість овочів та фруктів, варто вживати сухофрукти, курагу, інжир, чорнослив. Якщо таке харчування не приводить до нормалізації діяльності шлунково-кишкового тракту, вдаються до застосування проносних засобів (сени, крушини) або до очисних клізм.

Якщо захворювання супроводжується анемією, для відновлення запасів заліза в організмі слід вживати продукти з високим вмістом вітамінів та мікроелементів: фруктові та ягідні соки (зокрема, з моркви, буряка, яблука), гранат, чорну смородину, м'ясо та печінку.

Необхідно стежити за функцією сечового міхура хворої. При запальних процесах, пухлинах, що тиснуть на матку, сечовипускання буде частішим. Випадіння матки часто супроводжується затримкою сечовипускання, спорожнення сечового міхура можливе лише за умови вправлення 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 відмічають на спеціальній картці в історії хвороби.

ЛІКУВАННЯ ТЕПЛОМ ТА ХОЛОДОМ

Лікування холодом використовують при необхідності створити локальну гіпотермію 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, при потребі 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 тим 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, у хворих після операції. Це важливо для запобігання опікам. Протипоказані теплові процедури при гострих запальних процесах, кровотечах із 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.

МІСЦЕВЕ ЛІКУВАННЯ

Спринцювання та зрошення

Одним із 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, менший час процедури та менший тиск, що створюється на стінки органа, ніж при зрошенні. Слід пам'ятати, що спринцювання — це 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 *(рис. 182).* Це рефлекторним шляхом впливає на метаболічні процеси в органах малого таза. Для зрошення використовують мінеральну воду. Цей метод переважно призначають при санаторно-курортному лікуванні.

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 тазу. 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 у 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 (фураци-

лін, розчини перманганату калію, хлоргексидину біглюконату, ротокану, ре-кутану, 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 з 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. Тривалість процедури не менше 10 хв. Лікування проводять щоденно, на курс — 5-20 процедур.

агінальні ванночки застосовують, коли необхідно створити умови для тривалого впливу невеликої кількості лікувального розчину на шийку матки та стінки піхви. Їх рекомендують при кольпіті, ендоцервіциті, ерозії шийки матки.

Техніка вагінальної ванночки. У піхву вводять двостулкове дзеркало Куско, розкривають його і фіксують у розкритому положенні. Наливають лікувальний розчин. Першу порцію одразу зливають, наливають наступну. Хвора притримує дзеркало так, щоб розчин не виливався. Тривалість процедури

— 10-15 хвилин. Розчин виливають. Після ванночки вводять тампон з лікувальною маззю або лініментом.

Для лікування вульвітів у дівчаток та у хворих літнього віку, особливо при діабеті, кольпітів у гострій стадії використовують сидячі ванночки з настоями лікарських рослин: ромашки, шавлії, календули або з розчином перманганату калію чи фурациліну. Температура ванночки не повинна пе- ревищувати 38-40°С.

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 випадінні матки. Основні речовини, які застосовують для лікування тампонами: емульсія синтоміцину, шипшинова олія, лінімент бальзамічний (за Вишневським), 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 затруднень витягти його за вільний кінець. Можна використати «Тампакс». Тампон просочують великою кількістю лікарської речовини, відповідно до призначень.

Перед введенням тампона доцільно провести вагінальну ванночку або спринцювання для видалення патологічного вмісту вапни, 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. Дзеркала виймають з піхви так, щоб його не змістити. Тампон залишається у піхві на 12-24 год., після чого хвора сама, потягнувши за марлеву смужку, виймає його. Введення тампонів проводять щоденно або через день.

МЕДИКАМЕНТОЗНА ТЕРАПІЯ

Антибактеріальна терапія

Антибіотики використовують для лікування запальних захворювань у гострій стадії, у важких випадках вони є визначальним фактором для врятування життя хворої. Ефективність антибактеріальної терапії визначається правильністю її застосування.

Принципи антибактеріальної терапії:

- перед початком антибактеріальної терапії слід зробити посіви з вогнищ інфекції для визначення виду збудника та його чутливості до антибіотиків;
- 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;
- перед введенням антибіотиків обов'язковим є проведення проби на індивідуальну чутливість організмухворої до даного антибіотика;
- антибіотики слід вводити, суворо дотримуючись дози та часу введення для підтримання стабільної концентрації препарату в організмі протягом усього курсу лікування;
- 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;
- при поєднанні антибіотиків необхідно враховувати їхню сумісність;
- тривалість лікування одним антибіотиком не повинна перевищувати 7-10 днів;
- при тривалому вживанні антибіотиків можуть виникати порушення нормальних співвідношень у мікробіоценозі статевих шляхів, що призводить до активізації грибкової флори, тому разом з антибіотиками слід призначати протигрибкові препарати;
- при застосуванні антибіотиків можливі важкі алергічні реакції. У такому випадку введення препарату слід негайно припинити і надати відповідну допомогу;
- при призначенні антибіотиків необхідно звертати увагу на функціональний стан нирок та

печінки.

У гінекологічній практиці найчастіше використовуються препарати пеніцилінового ряду (оксацилін, ампіцилін, ампіокс, клоксацилін, флемок-син Солютаб), цефалоспорини (/ *покоління* — цефалотин, цефазолін; *II покоління* — цефуроксим, цефметазол, цефокситин; *III покоління* — цефотак-сим, цефтизоксим; *IV покоління* — цефпірам, цифепім; оральні цефалоспорини — цефалексин), тетрацикліни (тетрациклін, доксициклін), аміноглі-козиди (гентаміцин, тобраміцин, амікацин), макроліди (еритроміцин, клацид), фторхінолони (ципрофлоксацин, офлоксацин, норфлоксацин), карба-пенеми (тієнам), нітроімідазоли (метронідазол), протигрибкові препарати (ністатин, клотримазол, міконазол).

ІМУНОТЕРАПІЯ

Метою цього методу лікування є усунення вторинного імунодефіциту, що наявний у багатьох хворих із запальними процесами. Хворим із тяжкими формами гострих запальних захворювань проводять специфічну імуно-коригуюючу терапію шляхом введення гіперімунної стафілококової плаз- ми (вводять внутрішньовенне крапельне по 4-8 мл/кг від 3 до 10 разів і більше щоденно чи через день); стафілококового гамма-глобуліну (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, магнітного поля, лазерного опромінювання.

Корекція В-клітинних імунодефіцитів та фагоцитарних імунодефіцитних станів досягається призначенням елеутерокока, спленіну, лізоциму.

ГОРМОНОТЕРАПІЯ

Для лікування розладів менструального циклу, ендометріозу, передракових та злоякіснихзахворювань статевих органів використовують природні гормони та їх синтетичні аналоги.

Принципи раціональної гормонотерапії:

- перед призначенням гормонів проводять тести функціональної діагностики та визначення рівняендогенних гормонів у крові та сечі хворої;

під час лікування контролюють його ефективність за допомогою оцінки тестів функціонального стануяєчників у динаміці;

великі дози гормонів пригнічують функцію ендокринних залоз, малі, навпаки, стимулюють. Тому дозупрепаратів обирають залежно від мети призначення гормонів;

при лікуванні гормонами слід суворо дотримуватись схеми та дозування. Різка відміна препарату можедати небажаний ефект;

для посилення ефекту під час лікування гормонами потрібно призначати вітаміни: фолієва кислотапосилює дію естрогенів, аскорбінова кислота і токоферолу ацетат посилюють дію прогестерону; залежно від мети лікування призначають замісну гормонотерапію — для поповнення кількості гормонівпри їх недостатності в організмі; стимулюючу — для посилення функції власних ендокринних залоз організму; гальмівну — дляпригнічення виділення того чи іншого гормону при його гіперпродукції.

Основні препарати статевих гормонів

Для стимуляції скорочення матки вводять препарати гормонального походження (окситоцин, пітуїтрин, пфотоцин, мамофізин), препарати маткових ріжків (метилергометрин, ергометрин), широко використовують фітопрепарати (настойки арніки, водяного перцю, кропиви, грициків звичайних, настої барвінку, звіробою, золототисячника, деревію).

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, мінеральною водою — та штучні, отримані шляхом перетворення одного виду енергії в інший — масаж, лікування за допомогою спеціальних апаратів.

Призначати фізіотерапевтичні процедури слід, дотримуючись певних вимог, а саме:

- патогенетичне обгрунтування застосування того чи іншого лікувального чинника;
- максимально ранній початок використання фізіотерапії і послідовне її застосування на всіх етапахлікування, профілактики та реабілітації;
- послідовність у призначенні одного чи різних фізичних факторів;
- систематичнийлікарський контроль за реакцією організму хворої і вчасна корекціяфізіотерапевтичних процедур;
- чіткий контроль за протипоказаннями до фізіотерапії з урахуванням онкологічної настороженості;
- врахування віку хворої та наявності патології внутрішніх органів для запобігання надмірномунавантаженню на організм;
- призначати фізпроцедури бажано в перші дні після менструації, на час місячних лікуванняприпиняють;
- 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.

Штучні фізичні фактори

Електротерапія включає методи лікування електромагнітним полем та його складовими. В основі дії цих чинників лежить поглинання енергії тканинами з наступним 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, міорелаксуючий, протизапальний, седативний та трофічний ефекти); *електрофорез із медпрепаратами* (визначається дією речовин, які вводять); дія імпульсного струму — *електростимуляція* (міонейростиму-люючий ефект), *електросон* (седативний, знеболюючий, спазмолітичний, трофічний ефекти), *діадинамотерапія* (міонейростимулюючий, знеболюючий, судинорозширюючий ефекти), дія змінного струму: *ампліпульсте-рапія* (міонейростимулюючий, трофічний, знеболюючий, судинорозширюючий ефекти), *місцева дарсонвалізація* (місцевий вазореактивний, протизапальний, трофічний ефекти).

Вплив електромагнітних полів: *НВЧ-терапія* (міорелаксуючий, протизапальний, імунокоригуючий ефекти); *КВЧ-терапія* (нейростимулюючий, секреторний ефекти). Дія змінного електричного поля — *УВЧ-терапія* (міорелаксуючий, протизапальний, судинорозширюючий ефекти), *магнітотера-пія* (гіпокоагулюючий, седативний, імунокоригуючий ефекти), *індуктотермія* (міорелаксуючий, протизапальний, знеболюючий ефекти).

Світлотерапія — використання з лікувальною метою світла оптичного діапазону, до якого належить 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, це призводить до зміни проникності судин, зниження м'язового тонусу, розсмоктування запального вогнища, активації імунітету. Основними ефектами є протизапальний, трофічний та спазмолітичний.

Діяультрафіолетового 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 , має анальгезуючий та протизапальний ефекти. Вип- ромінювання з довжиною хвилі 180-240 нм має бактерицидний та мікоцид-ний ефекти.

Лазерне випромінювання, на відміну від інших випромінювань оптичного діапазону, має ряд переваг: 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. Промінь відбивається від поверхні, яка розділяє середовища з різними оптичними характеристиками. 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. Випромінювання лазера покращує мікроциркуляцію тканин, є потужним імуномодулюючим, мембрано стабілізуючим та біостиму-люючим 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, що володіє цим методом. Під час проведення масажу виникає подразнення механоре-цепторів, що призводить до формування відповіді організму у вигляді місцевих та загальних реакцій. У зоні дії відбувається покращання кровопостачання тканин, видалення продуктів аутолізу клітин, посилення кровообігу та циркуляції лімфи. Прискорюється процес розсмоктування інфільтратів, стимулюються трофічні процеси у внутрішніх органах, які знаходяться в зоні масажу. Посилюються реакції неспецифічного імунітету.

Масаж можна робити за допомогою спеціальних апаратів, що генерують механічні коливання. Такі процедури покращують кровообіг, активують функцію внутрішніх органів у відповідній зоні.

Для лікування хворих із патологією статевих органів застосовують також гінекологічний масаж, який повинен виконувати тільки фахівець, що 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 покращанню оксигенації тканин та нормалізує їх трофіку. Гіпербарична оксиге-нація 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 багаторічний погодний режим певної місцевості. До поняття
«кліматотерапія» входить лікувально-профілактичний вплив на організм повітря, морської води, сонячних променів.

Аеротерапія. Лікування повітрям проводять у вигляді прогулянок, загальних повітряних ванн. Лікувальними чинниками є підвищення оксигенації організму, стимуляція функції дихальної, серцево- судинної, центральної нервової системи, опорно-рухового апарату, що важливо для жінок, умови праці яких пов'язані з гіподинамією, яка призводить до виникнення застійних явищ в органах малого таза.

Купання в морі *(талассотерапія)* — має загальнозміцнюючий 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 впливає на менструальну та секреторну функції жінки. Основна біологічна роль у дії на організм належить ультрафіолетовому випромінюванню, яке викликає фотохімічні реакції, що мають як місцевий (еритема з наступною пігментацією даної ділянки), так і загальний вплив.

Протипоказана геліотерапія хворим із пухлинами статевих органів, схильністю до маткових кровотеч, порушенням функції кори надниркових залоз та щитовидної залози, при органічних захворюваннях серця та нервової системи.

Лікування кліматичними факторами *рекомендують* жінкам із хронічними запальними захворюваннями статевих органів поза стадією загострення, при безплідності, генітальному інфантилізмі, аменореї та гіпомен-струальному 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.

При лікуванні хворих на гінекологічні захворювання найчастіше використовують хлоридно-натрієві, йодобромні, сірководневі та радонові води.

Сірководневі води застосовують при хронічних запальних процесах жіночих статевих органів, інфантилізмі, гіпофункції яєчників, деяких формах безплідності. *Протипоказаннями* до бальнеотерапії є гострі та підгострі запальні процеси геніталій, туберкульоз статевих органів. Лікування сірководневими ваннами проводять на курортах Немирів та Синяк (Україна), Мацеста, Сочі (Росія).

Радонові ванни мають аналгезуючу та протизапальну дію, знижують рівень естрогенів, нормалізують функцію щитовидної залози. *Протипоказані* вони при наявності спайкового процесу в малому тазу. Радонові ванни застосовують на курортах Хмельник, Миронів.ка, Знам'янка, Біла Церква (Україна), П'ятигорськ (Росія).

Грязелікування — один з основних методів санаторно-курортного лікування, який широко використовується в гінекології. Хімічні та фізичні властивості лікувальних грязей мають десенсибілізуючу, розсмоктуючу та протизапальну дію, покращують функцію яєчників, реологічні властивості крові та енергетичне забезпечення організму. Основними курортами України, де застосовують грязелікування, є Бердянськ, Євпаторія, Саки, Слов'янськ, Сергіївка.

Показання до застосування грязей: 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, десенсибілізуючу, імунокори-гуючу дію. ***Парафін*** — суміш природних вуглеводнів, отримана в результаті перегонки нафти. Подразнюючи механорецептори шкіри, він покращує мікро-циркуляцію, посилює фагоцитоз, активує регенеративні процеси.

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, ізольо-вувати 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.

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 І ступеня чистоти піхвового вмісту: спринцювання піхви розчинами антисептиків. Препаратом вибору для санації піхви є клінда-міцин (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 анальгетики (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.

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.

ДОГЛЯД ЗА ХВОРОЮ У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Вдало виконана операція та адекватне знеболення є важливими чинниками, що визначають термін видужання хворої, проте інколи у 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.

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 виділяють 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. З 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 з льодом. Холод слід прикладати через пелюшку, через кожну годину міхур знімають на ЗО хв.,

щоб запобігти переохолодженню хворої та порушенню функції сечового міхура.
Медична сестра спостерігає за пульсом, артеріальним тиском, диханням, забарвленням шкіри, станом пов'язки на післяопераційній рані, сечовипусканням, температурою тіла. Важливо контролювати кількість, колір та інші характеристики виділень з дренажних трубок та катетерів. У хворих після вагінальних операцій треба 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 промивання шлунка, металеві та гумові катетери, роторозширювач, язикотримач, мішок Амбу, 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 турбують болі, для зменшення яких треба вводити 1% розчин промедолу по 2 мл, 1% розчин димедролу по 1-2 мл через 4-6 годин. З 3-4-ї доби замість промедолу вводять анальгін.
У перші години після операції хворій змочують губи та слизову оболонку рота вологим тампоном. Згодом дають пити воду невеликими порціями. З другої доби дозволяють пити рідину у 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 затримати дефекацію до загоєння швів.
У більшості хворих вже на кінець першої доби після операції починають відходити гази, з'являється перистальтика кишечника. Для стимуляції перистальтики вводять поляризуючу суміш, прозерин, церукал. Якщо перистальтика відсутня, на 2-гу добу роблять гіпертонічну клізму, а на 3-тю — у разі необхідності — очисну.
Дуже важливою у післяопераційному періоді є функція сечового міхура. Слід пильно стежити за частотою сечовипускання, і, у разі виникнення проблем, допомогти хворій спорожнити сечовий міхур. Утруднення сечопускання може бути пов'язане з горизонтальним положенням хворої, а також з тим, що вона 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 слід у першу чергу використати місцеву дію тепла (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 усіх можливих засобів вдаються до катетеризації сечового міхура, дотримуючись при цьому всіх правил асептики та антисептики. Катетеризацію проводять не частіше як через 8-12 годин. У більшості хворих функція сечового міхура відновлюється, як тільки їм дозволяють вставати. Відсутність сечі чи поява у ній крові свідчить про можливу травму сечового міхура або сечоводів під час операції, тому слід 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 пластич- них, хворі повинні дотримуватись ліжкового режиму до 3-5 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 у міру необхідності. Шви знімають на 5-7 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 зовнішніх статевих органів ділянку швів просушують марлевим тампоном і обробляють 1% розчином брильянтового зеленого. Прикладають стерильну підкладну пелюшку.

Хворим у післяопераційному періоді проводять інтенсивну інфузійну та трансфузійну терапію, спрямовану на відновлення дефіциту еритроцитів, плазми та її компонентів, корекцію порушень обміну електролітів, кислотно-лужного стану організму, реологічних властивостей крові.

З метою запобігання ускладненням гнійно-запального характеру проводять антибактеріальну профілактику.

Із стаціонару жінку виписують на 10-12 добу післяопераційного періоду за умови загоєння післяопераційної рани, стабільних гемодинамічних показників, нормалізації функції усіх органів та систем організму.

УСКЛАДНЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ

У післяопераційному періоді можуть виникати ***ранні***— у перші години — та ***пізні*** — на 2-6 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 анальгетиків, що проявляється гіпоксією та метаболічним ацидозом. Для лікування цих явищ застосовують кисневу терапію у перші години після операції, перкусійний та вібраційний масаж грудної клітки, бронхолітики (бронхолітин, бромгексин, еуфілін), інгаляційну терапію. З метою лікування застійних явищ у легенях та профілактики пневмонії застосовують дихальну гімнастику.

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 старшого віку. Профілактика післяопераційних тромбоемболій включає: туге бинтування кінцівки з варикозно розширеними венами, раннє вставання хворої після операції, лікувальну гімнастику, введення реополі-глюкіну у поєднанні з курантилом, тренталом, гепаринотерапію (по 2500 ОД у шкірну складку бокової поверхні живота чотири рази на добу), використання антикоагулянтів непрямої дії (пелентан, фенілін), аспірину по 60-100 мг щоденно.

Післяопераційні кровотечі у першу чергу 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:

- негайна релапаротомія і зупинка кровотечі;
- 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 (бажано катетеризувати підключичну вену);
- стабілізація артеріального тиску, на фоні поповнення ОЦК вводять великі дози глюкокортикоїдів (гідрокортизон, преднізолон, дексазон);
- після зупинки кровотечі для покращення мікроциркуляції та реологічних властивостей крові вводять реополіглюкін, а також трентал, дропе-ридол;
- проводять корекцію метаболічного ацидозу шляхом введення натрію гідрокарбонату (під контролем показників КЛС);
- проводять інгаляції кисню через катетер або маску, при необхідності ШВЛ.

До пізніх ускладнень післяопераційного періоду належать гнійно-запальні ускладнення. На 3-5 добу можуть з'явитися ознаки нагноєння післяопераційної рани: біль пульсуючого характеру в ділянці рубця, підвищення температури тіла. При огляді у ділянці запалення відмічається гіперемія, набряк, гнійні виділення з рани. Одразу після того як

діагностоване таке ускладнення, слід зняти шви в ділянці нагноєння, промити рану перекисом водню, потім прикласти серветку з гіпертонічним розчином. Обо- в'язковим є призначення антибіотиків. Надалі перев'язки проводять щоденно аж до повного очищення рани.

Небезпечним ускладненням є післяопераційний перитоніт. Його початкові симптоми можна виявити при ретельному спостереженні за хворою: температура підвищується до 39-40°С, пульс стає частим, слабкого наповнення, знижується артеріальний тиск, дихання стає поверхневим, з'являється нудота, блювання, перистальтика кишечника сповільнена, гази не відходять.

Першим етапом лікування післяопераційного перитоніту найчастіше є повторна лапаротомія, з'ясування джерела інфікування черевної порожнини, санація вогнища інфекції, введення дренажів. Подальше лікування післяопераційного перитоніту напередовсім спрямоване на боротьбу з інфекційним чинником

— антибактеріальна терапія. Проводиться детоксикаційна терапія, корекція кислотно-лужного стану організму. Призначають засоби, що усувають парез кишечника — прозерин, сорбітол. Для усунення гіпопротеїнемії вливають плазму, альбумін. Проводять стимуляцію імунітету.

Питання для самоконтролю:

1.Які види допомоги хворим на гінекологічну патологію Ви знаєте?
2. Які методи лікування хворих на гінекологічну патологію Ви знаєте?
3. Які консервативні методи лікування хворих на гінекологічну патологію Ви знаєте?
4. Які оперативні методи лікування хворих на гінекологічну патологію Ви знаєте?
5. Консервативне лікування: показання, протипоказання?
6. Які консервативні методи загального лікування хворих на гінекологічну патологію Ви знаєте?
7.Які консервативні методи місцевого лікування хворих на гінекологічну патологію Ви знаєте?
8. Піхвові тампони: показання, протипоказання, техніка виконання?
9. Піхвові ванночки: показання, протипоказання, техніка виконання?
10. Піхвові спринцювання: показання, протипоказання, техніка виконання?
11.Лікарські речовини, які використовують для піхвових тампонів?
12. Лікарські речовини, які використовують для піхвових ванночок?
13. Лікарські речовини, які використовують для піхвових спринцювань?
14. Загальні принципи медикаментозного лікування в гінекології?
15. Загальні принципи антибіотикотерапії?
16. Основні види фізіотерапевтичних процедур?
17. Показання,протипоказання до виконання фізіотерапевтичних процедур?
18. Основні види санаторно-курортного лікування хворих на гінекологічну патологію?

19. Показання,протипоказання до санаторно-курортного лікування хворих на гінекологічну патологію?
20. Показання та протипоказання до оперативного втручання в гінекології?
21. Об'єм оперативного втручання, назви операцій?
22. Підготувати хвору до операції?
23. Повна санітарна обробка хворих?
24. Часткова санітарна обробка хворих?
25. Як підготувати хвору до черезпіхвової операції?
26. Що таке премедикація?
27. Який об'єм обстеження необхідно провести перед оперативним втручанням?
28. Які лабораторні методи дослідження необхідні перед оперативним втручанням?
29. Назвіть показання до хірургічного лікування фіброміоми матки?
30. Які основні види операцій при фіброміомі матки?
33. Назвіть показання до хірургічного лікування при апоплексії яєчників?
34. Які основні види операцій при апоплексії яєчників?
35. Назвіть показання до хірургічного лікування при позаматковій вагітності?
36. Які основні види операцій при позаматковій вагітності?
37. Назвіть показання до хірургічного лікування при перекруті пухлин жіночих статевих органів на ніжці?
38. Які основні види операцій при перекруті пухлин жіночих статевих органів на ніжці?
39. Назвіть показання до хірургічного лікування при травмах жіночих статевих органів?
40. Які основні види операцій при травмах жіночих статевих органів?
41.Ведення післяопераційного періоду?
42. Догляд за післяопераційними хворими?
43.Які ускладнення найчастіше виникають у післяопераційному періоді?
44.Як проводять профілактику злункової хвороби?
45. Як проводять профілактику застійної пневмонії?
46. Як проводять профілактику парезу кишківника?
47. Як проводять профілактику пролежнів?
48. Як проводять профілактику маткової кровотечі?
49. Як проводять профілактику внутрішньочеревної кровотечі?
50.Які методи боротьби використовують при відсутності самостійного сечовипускання?
51.Для профілактики якого ускладнення використовують раннє вставання післяопераційних хворих?
52.На яку добу необхідно підняти хвору після клиноподібної резекції яєчника?
53. На яку добу необхідно підняти хвору після екстирпації матки?
54.Харчування хворих у післяопераційному періоді?
55.Догляд за післяопераційною раною?

56.На яку добу знімають асептичну пов’язку?
57. На яку добу знімають шви?
58. На яку добу ставлять очисну клізму?

Тести:

1. Першим етапом будь-якої гінекологічної операції є:
A. Накладання швів
B. Обробка операційного поля
C. Розтин тканин
D. Зупинка кровотечі

2. До якого етапу операції належить розсічення шкіри та підлеглих тканин?
A. Передопераційний
B. Основний (оперативний доступ)
C. Завершальний
D. Післяопераційний

3. Зупинка кровотечі під час операції називається:
A. Дренування
B. Гемостаз
C. Антисептика
D. Регенерація

4. Накладання швів на тканини проводять на етапі:
A. Основному
B. Підготовчому
C. Завершальному
D. Післяопераційному

5. До завершального етапу операції НЕ належить:
A. Контроль гемостазу
B. Ушивання тканин
C. Видалення патологічного утворення
D. Накладання асептичної пов’язки

6. До післяопераційного етапу належить:
A. Розтин тканин
B. Накладання швів
C. Спостереження за станом пацієнтки
D. Видалення органа

7. Яка послідовність етапів гінекологічної операції є правильною?

A. Основний → завершальний → підготовчий
B. Підготовчий → основний → завершальний
C. Завершальний → підготовчий → основний
D. Післяопераційний → основний → підготовчий

8. Основною метою підготовчого етапу є:
A. Видалення патологічного вогнища
B. Профілактика інфекційних ускладнень
C. Відновлення тканин
D. Контроль больового синдрому

9. Контроль гемостазу проводять з метою:
A. Запобігання інфекції
B. Запобігання крововтраті
C. Полегшення загоєння
D. Зменшення болю

Задачі:

Задача 1

Перед початком операції медична сестра перевіряє прізвище пацієнтки, діагноз, наявність інформованої згоди.

До якого етапу це належить?
Чому ці дії є обов'язковими?

Задача 2

У післяопераційному періоді пацієнтка скаржиться на різкий біль у ділянці рани та запаморочення.

На що повинна звернути увагу медична сестра?
Які її першочергові дії?

Задача 3

Пацієнтка отримує цефтріаксон внгутрішньом'язово.

Правила введення антибіотика?

Література:

Основна:

Гінекологія: підручник для мед. ВНЗ І—ІІІ рівн. акред. / О.В. Степанківська, М.О. Щербина. — К.: Медицина. — 2010.

Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Бразалій Л.П., Апшай В.Г. Медсестринський

процес: Основи сестринської справи та клінічного медсестринства. —К.: Здоров'я, 2001.
Інфекційний контроль у медичних закладах: навч. посіб. / За загальною редакцією І .*Я.* Губенко./ — Черкаси, 2003.
Мороз Л.О. Гінекологія. — К.: Здоров'я, 2002.
Хміль С.В. Медсестринство в гінекології. — Тернопіль: Підручники і посібники, 2006.
С.Хміль,Л.Романчук,З.Кучма «Медсестринство в гінекології» - Т.Укрмедкнига 2000.
Медсестринство в гінекології: навч. посіб. / І.Б. Назарова, А.А. Пісарєв, О.В. Михайлов. — 2-е вид., переробл. та допов. — К.: ВСВ "Медицина", 2010.
Хохліч Т.І. Практикум з гінекології. — К.: Здоров'я, 2000.
Додаткова:

Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Бразалій Л.П., Апшай В.Г. Медсестринський догляд за пацієнтом. — К.: Здоров'я, 2000.
Планування сім'ї. Інститут захисту життя. — Львів, 1998.
Методические рекомендации по применению дезинфицирующих средств, разрешенных к применению в Украине. — Одесса, 2005.

Домашнє завдання:

С.Хміль,Л.Романчук,З.Кучма «Медсестринство в гінекології» - Т.Укрмедкнига 2000. — 259 – 337 с.

Інформаційні ресурси

1. https://chmfc.com.ua/

Лекція № 10

Тема лекції: Репродуктивне здоров'я. Біологічні основи репродуктивної системи жінки та чоловіка.

Планування сім'ї. Форми природного планування сім'ї. Гормональна контрацепція. Пролонговані контрацептиви. Інєкційні контрацептиви. Імплантанти.

Мета:

Навчальна:

Знати:

1. Поняття про репродуктивне здоров'я нації.

2. Демографічні показники: народжуваність, смертність, природний приріст населення.
3. Медичні показники: материнська та перинатальна смертність, кількість захворювань, що передаються статевим шляхом; частота безпліддя: жіночого, чоловічого.
4. Біологічні основи репродуктивної системи жінки.
5. Біологічні основи репродуктивної системи чоловіка.
6. Структуру, організацію, завдання служби планування сім'ї в Україні.
7. Інформацію, навчання, комунікацію (ІНК) у роботі служб планування сім'ї.
8. Форми та впровадження ІНК у роботі планування сім'їЕтапи консультування з планування сім'ї.
9. Принцип "ДОВІРА".
10. Медсестринське обстеження при формах природного планування сім'ї.
11. Значення скарг та анамнезу.
12. Значення медсестринського об'єктивного обстеження.
13. Визначення проблем пацієнтів .
14. Методи функціональної діагностики.
15. Медсестринське обстеження з метою застосування гормональної контрацепції.
16. Класифікацію контрацептивів: монофазні, двофазні, трифазні. Механізм дії. Показання і протипоказання до застосування. Правила приймання.
17. Пролонговані контрацептиви.
18. Ін'єкційні контрацептиви (ІК). Механізм його дії, ефективність.
19. Імплантанти. Механізм його дії, ефективність.

Вміти:

1. Визначити поняття репродуктивне здоров'я нації.
2. Розповісти про демографічні показники: народжуваність, смертність, природний приріст населення.
3. Розповісти про едичні показники: материнська та перинатальна смертність, кількість захворювань, що передаються статевим шляхом; частота безпліддя: жіночого, чоловічого.
4. Розповісти про біологічні основи репродуктивної системи жінки.
5. Розповісти про біологічні основи репродуктивної системи чоловіка.
6. Розповісти про структуру, організацію, завдання служби планування сім'ї в Україні.
7. Розповісти про нформацію, навчання, комунікацію (ІНК) у роботі служб планування сім'ї.
8. Назвати етапи консультування з планування сім'ї.
9. Розповісти про принцип "ДОВІРА".
10. Назвати медсестринське обстеження при формах природного планування сім'ї.
11. Розповісти про значення скарг та анамнезу.

12. Розповісти про значення медсестринського об’єктивного обстеження.
13. Визначити проблеми пацієнтів .
14. Назвати методи функціональної діагностики.
15. Визначити медсестринське обстеження з метою застосування гормональної контрацепції.
16. Дати класифікацію контрацептивів: монофазні, двофазні, трифазні. Розповісти про механізм дії, показання і протипоказання до застосування, правила приймання.
17. Розповісти про пролонговані контрацептиви.
18. Розповісти про ін’єкційні контрацептиви (ІК): механізм дії, ефективність.
19. Розповісти про імплантати: механізм дії, ефективність.

Виховна:

Формувати якості притаманні медичному працівнику:

- уважність;
- спостережливість;
- тактовність;
- виховувати зацікавленість дисципліною, прагнення отримувати нові знання самостійно;
- виховувати професійні риси, почуття відповідальності, творче мислення.

Загальні компетентності (ЗК)

ЗК. 3. Усвідомлення рівних можливостей та гендерних проблем.
ЗК. 4. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
ЗК. 8. Здатність до міжособистісної взаємодії.

Спеціальні (фахові) компетентності (СК)

СК. 9. Здатність до використання сукупностей професійних навичок (умінь) при підготовці та проведенні діагностичних досліджень та застосовуванні дезінфікуючих і лікарських засобів у професійній діяльності.
СК. 10. Здатність до забезпечення безпеки пацієнта, дотримання принципів інфекційної та особистої безпеки, збереження здоров’я у процесі здійснення догляду, виконання маніпуляцій, процедур, при переміщенні та транспортуванні пацієнта, наданні екстреної медичної допомоги.
СК. 14. Здатність до дотримання принципів медичної етики та деонтології.

Програмні результати навчання (РН)

РН. 1. Вільно спілкуватися державною та іноземною мовами для комунікації, ведення медичної та іншої ділової документації.
РН. 5. Дотримуватися правил охорони праці та безпеки життєдіяльності.

РН. 6. Обирати тактику спілкування з пацієнтами та членами їхніх родин, колегами, дотримуючись принципів професійної етики, толерантної та неосудної поведінки при здійсненні професійної діяльності, з урахуванням соціальних, культурних, гендерних та релігійних відмінностей.
РН. 8. Вживати заходи спрямовані на створення безпечного лікарняного середовища та дотримання лікувально-охоронного режиму, в інтересах збереження власного здоров'я та зміцнення здоров'я пацієнта.
РН. 9. Розпізнавати й інтерпретувати ознаки здоров'я і його змін, хвороби чи інвалідності (оцінка/діагноз), обмежень можливості повноцінної життєдіяльності та визначати проблеми пацієнтів при різних захворюваннях і станах.
РН. 14. Здійснювати заходи щодо збереження репродуктивного здоров'я населення з метою покращення демографічної ситуації.
РН. 15. Надавати консультативну допомогу та здійснювати навчання населення щодо здорового способу життя, наслідків нездорового способу життя, важливості збільшення фізичної активності та здорового харчування, вакцинації; забезпечувати реабілітацію реконвалесцентів та диспансеризацію пацієнтів.
РН. 19. Здійснювати взаємозалежні професійні функції з метою забезпечення якісної медичної допомоги населенню.

План лекції

1. Поняття про репродуктивне здоров'я нації.
2. Демографічні показники: народжуваність, смертність, природний приріст населення .
3. Медичні показники: материнська та перинатальна смертність, кількість захворювань, що передаються статевим шляхом; частота безпліддя: жіночого, чоловічого.
4. Біологічні основи репродуктивної системи жінки.
5. Біологічні основи репродуктивної системи чоловіка.
6. Структура, організація, завдання служби планування сім'ї в Україні.
7. Інформація, навчання, комунікація (ІНК) у роботі служб планування сім'ї.
8. Етапи консультування з планування сім'ї.
9. Принцип "ДОВІРА".
10. Медсестринське обстеження при формах природного планування сім'ї.
11. Значення скарг та анамнезу.
12. Значення медсестринського об'єктивного обстеження.
13. Визначення проблем пацієнтів .
14. Методи функціональної діагностики.
15. Медсестринське обстеження з метою застосування гормональної контрацепції.

16. Класифікація контрацептивів: монофазні, двофазні, трифазні. Механізм дії. Показання і протипоказання до застосування. Правила приймання.
17. Пролонговані контрацептиви.
18. Ін'єкційні контрацептиви (ІК).
19. Імплантанти.

Зміст лекції

РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я. БІОЛОГІЧНІ ОСНОВИ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ ЖІНКИ ТА ЧОЛОВІКА. ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї. ФОРМИ ПРИРОДНОГО ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї. ГОРМОНАЛЬНА КОНТРАЦЕПЦІЯ. ПРОЛОНГОВАНІ КОНТРАЦЕПТИВИ. ІНЄКЦІЙНІ КОНТРАЦЕПТИВИ. ІМПЛАНТАНТИ.

Репродуктивне здоров"я нації залежить від репродуктивного здоров"я кожної людини, кожної сім"ї. Питання контрацепції та планування сім"ї є одним з найважливіших у житті подружжя.

За відсутності системи сексуальної освіти, достатньої інформації про методи контрацепції й службу планування сім"ї аборт донедавна залишався найбільш доступним методом регулювання народжуваності .

За даними вітчизняних та зарубіжних авторів, кількість абортів істотно знижується, якщо 25-30% дітородного віку використовують внутрішньоматкові спіралі. В Україні ж тільки 16 % жінок користуються ними. Недостатньо застосовуються в Україні й гормональні контрацептиви. Лише 6% жінок користуються пероральними контрацептивами. Аборт в Україні й нині залишається основним методом регулювання народжуваності. Знання основ цієї проблеми дає можливість майбутнім медичним сестрам проводити ефективну просвітницьку діяльність з метою збереження здоров'я жінок і майбутнього потомства.

Отже, репродуктивне здоров"я населення України характеризується такими особливостями:

- постійним погіршенням стану здоров"я вагітних, що зумовлює високий рівень материнської та дитячої смертності порівняно з економічно розвиненими країнами;
- збільшенням частоти хронічних захворювань у дітей та підлітків;
- значним рівнем загальних репродуктивних втрат, особливо тих, що зумовлені материнською та дитячою смертністю;
- великою кількістю абортів;
- збільшенням частоти захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ).

Поняття здоров"я людини включає:

- фізичне здоров"я;
- емоційне здоров"я;

- соціальне здоров”я;
- психологічне здоров”я
- сексуальне здоров”я;
- репродуктивне здоров”я.

Репродуктивне здоров”я – це найважливіша складова загального здоров”я.

У березні 2001 р. Указом Президента України за № 203/2001 від 26.03.2001 р. затверджено Національну програму “Репродуктивне здоров”я”. Мета цієї програми – поліпшити демографічну ситуацію в країні, зберегти репродуктивне здоров”я населення, удосконалити систему охорони материнства й дитинства.

Процес репродукції – найскладніший біологічний процес.

Репродуктивна медицина – наука про становлення, реалізацію, регулювання й збереження репродуктивної функції людини, збереження генофонду.

Репродуктивне здоров”я нації характеризують такі показники:

1)Демографічні показники:
- кількість населення;
- кількість жінок репродуктивного віку (15-49 років);
- кількість дітей (0-14 років);
- народжуваність;
- загальна смертність;
- природний приріст населення.

2) Медичні показники:
- материнська смертність;
- перинатальна смертність;
- кількість жінок репродуктивного віку з екстрагенітальною патологією;
- кількість абортів;
- співвідношення кількості абортів та кількості пологів.

3) Частота ЗПСШ.

4) Частота безплідності:
- частота жіночої безплідності;
- частота чоловічої безплідності;
- частота поєднаної безплідності.

Відомо, що стан здоров”я населення на 50% залежить від індивідуального способу життя, на 25% - від впливу навколишнього середовища, на 15% - від спадковості й на 10% - від медицини.

Здоров”я людини залежить від екзогенних чи ендогенних факторів. Екзогенні фактори значною мірою регулюються суспільством. До них належать насамперед соціальні фактори.

Більшість ендогенних факторів (стать, вік, етнічна належність, спадковість, конституціональні особливості будови й функціонування окремих органів й систем, їхня взаємодія) не залежить від людини, її волі.

До ендогенних факторів відносять індивідуальний генофонд, який детермінує психологічні можливості людини з моменту народження. Для адекватної оцінки можливостей та розвитку індивіда, профілактики захворювань необхідний генетичний моніторинг населення, який слід проводити від народження людини й на всіх етапах її розвитку. Тобто кожна людина повинна мати генетичний паспорт.

На стан репродуктивного здоров"я впливають:

1. **Генетична сумісність партнерів.**
2. **Фізична й фізіологічна сумісність.**
3. **Сексуальна сумісність.**

Фізіологія репродуктивної системи. Основними ланками репродуктивної системи жінки є яєчники, матка, маткові труби й піхва. Регуляцію репродуктивної функції забезпечує гіпоталамо-гіпофізарна система.

Гіпоталамус – відділ проміжного мозку. Ядра гіпоталамуса утворюють специфічні нейросекрети (рилізинг-фактори), які разом із кров"ю надходять у передню частину гіпофіза, де стимулюють чи гальмують виділення гормонів. У регуляції репродуктивної функції беруть участь 3 гормони гіпофіза, які називаються гонадотропними (ФСГ, ЛГ, СГУ). Усі гонадотропні гормони впливають на функціонування яєчників.

Яєчник – парний орган, розташований у малому тазі. Він складається з кори, в якій містяться зародкові клітини різного ступеня зрілості, і мозкової речовини.

Основною морфофункціональною одиницею яєчників є фолікул. Примордіальні фолікули утворюються на 5-му місяці антенатального розвитку плода. До моменту народження в обох яєчниках міститься 300 000 – 500 000 примордіальних фолікулів, потім їхня кількість прогресивно зменшується. У жінок віком 40 років вона становить близько 40 000 – 50 000.

Під дією гіпоталамо-гіпофізарної системи відбуваються ріст і розвиток фолікулів. Усередині фолікула міститься яйцеклітина . Процес дозрівання фолікула триває 10 – 14 діб.

Овуляція – це вихід зрілої яйцеклітини з фолікула в черевну порожнину. Потім вона потрапляє в ампулу маткової труби.

Після овуляції відбувається лютеїнізація – перетворення фолікула на жовте тіло. Якщо запліднення не відбулося, жовте тіло через 10-14 діб перетворюється на біле тіло, що поступово розсмоктується.

В яєчниках відбувається біосинтез стероїдних гормонів – естрогенів; - гестагенів; - андрогенів.

Естрогени стимулюють розвиток вторинних статевих ознак.

Гестагени є секретом лютеїнових клітин жовтого тіла. Окрім того, вони синтезуються кірковою речовиною надниркових залоз.

У разі запліднення яйцеклітини гестагени пригнічують овуляцію. Вони

сповільнюють скорочення матки.

Андрогени утворюються у внутрішній оболонці фолікулів (у невеликій кількості) та в надниркових залозах. Вони стимулюють ріст клітора, спричинюють атрофію малих статевих губ і гіпертрофію великих. Андрогени пригнічують утворення грудного молока у матерів, які годують новонароджених груддю.

Статеве дозрівання жіночого організму триває з 8 до 18 років. У дівчаток

віком 10 років, як правило, починають розвиватися молочні залози. Потім спостерігається оволосіння зовнішніх статевих органів, а у віці 11-14 років починається перша менструація (менархе).

Репродуктивний період триває від завершення статевого дозрівання й встановлення повноцінного (двофазного) менструального циклу до згасання менструальної функції (тобто від 18 до 45-49 років).

Менструальним циклом називають проміжок між двома менструаціями – (від

1-го дня попередньої кровотечі до 1-го для наступної).

У менструальному циклі жінки розрізняють такі 3 фази:

1) відносно безплідну (ранню), що починається одночасно з менструацією;
2) фертильну, котра включає день овуляції й дні безпосередньо перед

овуляцією і після неї, під час яких статеві зносини можуть призвести до вагітності;

3) постовулярну (пізню), що починається після завершення фертильної фази й триває до початку наступної менструації.

Чоловіча репродуктивна система складається з таких органів:

- двох статевих залоз, чи яєчок, в яких утворюються чоловічі статеві клітини

(сперматозоїди) та відбувається синтез статевих гормонів (андрогенів);

- статевого члена, за допомогою якого статеві клітини вводяться в піхву

жінки;

- парного трубчастого каналу, який з”єднує кожне яєчко зі статевим членом;
- додаткових чоловічих статевих залоз, які виділяють сперму.

Статеве дозрівання чоловічого організму відбувається у віці 12-18 років (в Україні – 14-16 років). Спочатку розвивається оволосіння зовнішніх статевих органів, потім – пахвових ямок (у віці 12-16,5 року). З”являються полюції. Репродуктивну активність чоловіка оцінюють за результатами дослідження стану еякулятору (спермограмою):

- сперматозоїдів – 60 – 120 млн
- рухливі – 70 – 90%
- морфологічно незмінні – 75 – 80%
- незрілі – 2 – 4%

- лейкоцити – 1- 2 в полі зору
- епітеліальні клітини – поодинокі
- клітини Сертолі.

Процеси, що відбуваються в жіночому й чоловічому організмах, формують
єдину парну функцію людини – статеву.

Саме ця функція забезпечує репродукцію.

ФІЗІОЛОГІЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ.

Організм жінки в біологічному відношенні істотно відрізняється від організму чоловіка. Ця відмінність зумовлена комплексом особливостей, пов”язаних із репродуктивною функцією жінки. Такі фізіологічні процеси, як менструація, зачаття, вагітність, пологи, годування дитини груддю накладають відбиток на всю життєдіяльність організму жінки.

Головна відмінність жіночого організму від чоловічого полягає в будові і функції її статевих органів. У яєчниках дозріває яйцеклітина, виробляються статеві гормони (естрогени, прогестерон), які зумовлюють вторинні статеві ознаки, діяльність статевих органів, а також накладають відбиток на стан усього організму жінки та її психіку.

Однією із важливих відмінностей жіночого організму є материнство. В основі його лежить природжений безумовний рефлекс, що формується в процесі філогенетичного розвитку людини. Особливо виражене почуття материнства у жінок дітородного віку.

Згідно із анатомо-фізіологічними особливостями у житті жінки розрізняють шість періодів: дитинства, статевого дозрівання, статевої зрілості, клімактеричний, менопаузи і старості.

Період дитинства триває 12-14 років. У цей період статеві органи недорозвинені, матка маленька (2-3 см), шийка матки довга, піхва вузька. Первинні (примордіальні) фолікули в яєчнику перебувають у початкових стадіях розвитку. Статевого почуття в дівчаток ще не має.

Період статевого дозрівання охоплює вік 12-16 років. У цей період починають функціонувати яєчники, з”являється перша менструація (менархе). Відбуваються зміни в усьому організмі. Під впливом гормонів яєчника (естрогенів, прогестерону) посилено розвиваються статеві органи (матка, маткові труби, піхва), з”являються вторинні статеві ознаки. Форми тіла округлюються, збільшуються молочні залози, з”являється волосся на лобку та в пахових западинах. Змінюється психіка, з”являється статеве почуття. Фізіологічний розвиток жіночого організму завершується в 21-23 роки.

Період статевої зрілості триває від 16 до 40-45 років. Встановлюється регулярний менструальний цикл. Дівчина у 18 років може без шкоди для здоров”я виходити заміж, вагітніти й народжувати дитину.

Клімактеричний період настає в 45-49 років і триває 2-4 роки. У цей період функція яєчників поступово згасає, фолікули не дозрівають, овуляція

не настає, жовте тіло не розвивається. Менструації стають тривалішими, частими, або, навпаки, з”являються із запізненнями.
Потім по кілька місяців їх не буває, нарешті припиняються зовсім. При фізіологічному перебігу клімаксу особливих порушень не спостерігається. При патологічному ж перебігу його з”являється нервово-судинні розлади (серцебиття, раптове збліднення або почервоніння шкіри обличчя, припливи, підвищення артеріального тиску), головний біль, послаблення гостроти зору, свербіж зовнішніх статевих органів.

Менопауза настає в 50-60 років, характеризується припиненням менструальної функції.

Старість – понад 60 років. У цей період повільно згасають функції і всього організму, в тому числі й статевих органів.

МЕНСТРУАЛЬНИЙ ЦИКЛ

Під менструальним циклом розуміють період часу від першої доби попередньої до першої доби наступної менструації. Залежно від тривалості періоду розрізняють 21-, 28- та 31- чи 32- добовий менструальний цикл.

Протягом менструального циклу в організмі жінки відбуваються циклічні зміни, зокрема в яєчниках (яєчниковий цикл), в матці (матковий цикл) і в цілому в організмі. Всі ці зміни підпорядковані менструальній функції, яка органічно пов”язана з дітородною. Менструальна функція спрямована на підготовку яйцеклітини до запліднення, а також створення умов для розвитку заплідненої яйцеклітини в матці протягом усього періоду за період вагітності. Тому без менструальної функції не можлива дітородна функція.

Яєчниковий (оваріальний) цикл. У новонародженої дівчинки в кірковій речовині яєчників міститься до 400 000 первинних (примордіальних) фолікулів. У кожному фолікулі є незріла яйцеклітина, оточена сполучнотканинною оболонкою. Протягом усього дітородного періоду жінки дозрівають лише 360 – 400 фолікулів (за один менструальний цикл – 1 фолікул). Решта фолікулів зупиняється у своєму розвитку і гине внаслідок фізіологічної атрезії.

Яєчниковий цикл складається з двох фаз: фолікулінової та лютеїнової. Тривалість фолікулінової фази становить 14 діб. За цей період під впливом фолікуліностимулюючого гормона (ФСГ) передньої частки гіпофіза дозріває примордіальний фолікул.

При цьому навколо яйцеклітини створюються дві оболонки: одна – із сполучної тканини яєчника (theca folliculi), друга - зерниста (membrana granulosa folliculi) – із фолікулярного епітелію, що оточує яйцеклітину.

Внутрішня поверхні сполучнотканинної оболонки і зерниста оболонка продукують фолікулярну рідину (liquor folliculi), яка містить жіночий статевий гормон фолікулін (естрогени). У зернистій оболонці утворюється щілина, яка заповнюється фолікулярною рідиною, що відсуває епітелій і яйцеклітину до периферії і фолікула.

На яйцеклітині оточеній фолікулярним епітелієм, утворюється яйценосний горбик (comulus ovigerus). Фолікулярний епітелій стає циліндричним, оточує яйцеклітину правильними радіальними рядами, утворюючи променистий вінець (corona radiata). На периферії фолікула клітини епітелію розташовуються в один – два ряди. Фолікул, заповнений фолікулярною рідиною, називається граафовим міхурцем. У процесі росту фолікул переходить від середини до поверхні яєчника і поступово випинає її.

Разом із тим змінюється й власне яйцеклітина. Вона збільшується в об"ємі, протоплазма її стає зернистою, навколо неї утворюється склоподібна оболонка (zona pellucida). Остаточно дозріває яйцеклітина перед овуляцією. При цьому вона зазнає подвійного поділу (мітоз і мейоз). Мітоз відбувається без зміни числа хромосом (диплоїдний набір – 46 хромосом), мейоз же супроводжується зменшенням числа хромосом у два рази (гаплоїдний набір – 23 хромосоми) у дочірніх клітинах. Таким чином, дозрілі статеві клітини мають половинний (гаплоїдний) набір хромосом. При заплідненні яйцеклітини число хромосом знову стає диплоїдним, тобто досягає 46.

Тепер яйцеклітина готова до запліднення. На 14-16 добу менструального циклу під впливом гонадотропних гормонів гіпофіза граафів міхурець розривається, тобто відбувається овуляція з виходом у порожнину малого таза зрілої яйцеклітини. Завдяки перистальтичним рухам маткової труби і її фімбріям яйцеклітина заноситься в ампулярну частину, де може бути запліднена сперматозооном.

Протягом фолікулінової фази виділяється фолікуліновий (естрогенний) гормон, який зумовлює проліферацію (розмноження) клітин слизової оболонки матки. Підвищує тонус і збудливість матки, посилює її чутливість до речовин, що сприяють її скороченню. Під впливом фолікуліну (естрогенів) починають розвиватись і функціонувати молочні залози, посилюється статеве почуття.

Лютеїнова фаза. Під час цієї фази розвивається жовте тіло, яке продукує гормон прогестерон. Під його впливом матка збільшується відповідно до росту плода. Тому прогестерон називають протектором вагітності. Тривалість фази становить 12 діб (при двадцятивосьми добовому циклі).

Жовте тіло розвивається в чотири фази : проліферації, васкуляризації, розквіту і зворотного розвитку.

У фазу проліферації порожнина фолікула, що лопнув, спадається, заповнюється згустками крові.

Фолікулярний епітелій, який залишився навколо внутрішньої оболонки граафового міхурця, починає розмножуватись. На клітинах відкладається значна кількість пігменту жовтого кольору – лютеїну. Тому утворення назвали жовтим тілом (corpus luteum). Це ендокринна залоза, яка виробляє гормон прогестерон, котрий має велике значення розвитку вагітності. Під його впливом відбувається фаза секреції в слизовій оболонці матки, знижується збудливість і скоротливість м"язів матки, а також здійснюється підготовка молочних залоз до секреції молока. Якщо яйцеклітина

запліднилась, то жовте тіло розвивається (фаза розквіту) до чотиримісячного строку вагітності і називається жовтим тілом вагітності (corpus luteum gravititatis). Якщо запліднення не сталось, то жовте тіло після розквіту розвивається в зворотньому напрямку і перетворюється в біле тіло (corpus albicans) – рубцеву тканину (фаза зворотнього розвитку). У фазі зворотнього розвитку жовтого тіла починає дозрівати наступний примордіальний фолікул, циклічні зміни в яєчнику повторюються.

Таким чином, під час яєчникового циклу відбувається дозрівання фолікула, овуляція, утворення, ріст і зворотний розвиток жовтого тіла.

Матковий цикл.

Характеризується циклічними змінами в слизовій оболонці, які відбуваються під впливом гормонів яєчника-естрогенів і прогестерону.

Розрізняють відповідно до яєчникового циклу такі фази: проліферації, секреції, десквамації і регенерації.

Фаза проліферації починається з 4-5 доби менструації і триває до 14-15 доби після неї. Вона відповідає за часом фолікуліновій фазі яєчникового циклу, тобто дозріванню фолікула. Завдяки гормону фолікуліну відбувається проліферація (розростання) слизової оболонки матки. Вона товщає в 4-5 разів штопороподібно ростуть залози, які секрету ще не мають.

Фаза секреції настає з моменту овуляції (14-16 доба) і триває до кінця циклу (28 діб). Під впливом прогестерону залози слизової оболонки матки посилено виробляють секрет. Слизова оболонка товщає, стає соковитою пухкою. У клітинах строми накопичується глікоген, фосфор, кальцій, які конче потрібні для розвитку зародка.

Фаза десквамації (відшарування) слизової оболонки настає тоді, коли яйцеклітина не запліднилась і жовте тіло регресує. Функціональний шар слизової оболонки відшаровується, дрібні судини розриваються, що супроводжується крововиділенням із матки через піхву назовні. Цей процес називається менструацією, або місячними (menstruatio, menses). Загальна крововтрата при менструації коливається від 50 до 100 грам.

Фаза регенерації, або відновлення слизової оболонки матки, розпочинається в період десквамації і закінчується на 5-6 добу від початку менструації. За цей час розростається епітелій. За рахунок залишків залоз базального шару і проліферації строми відновлюється функціональний шар слизової оболонки матки. У секреторну фазу в слизовій оболонці матки виробляються простогландини. Ці гормони підвищують скоротливість матки. Перша менструація з”являється у 12-14 років.

Після короткої фази спокою (1-2 доби) під впливом дозрівання нового фолікула знову починається проліферативна фаза слизової оболонки. Повторюється матковий цикл. І так протягом усього репродуктивного періоду.

Оваріально-менструальний цикл регулюється центральними вегетативно-нервовими механізмами, які здійснюються за рахунок

гіпотоламо-гіпофізарної системи. У його перебігу виділяють два цикли – гіпоталомічний і гіпофізарний .

Гіпофізарний цикл. У передній частці гіпофіза продукуються гонадотропні гормони: 1) фолікуліностимуюючий, який стимулює фолікулінову фазу яєчникового циклу;

2) лютеостимулюючий (ЛСГ), який стимулює лютеїнову фазу яєчникового циклу, і лютеотропний гормон (ЛТГ), що стимулює продукцію прогестерону жовтим тілом.

У післяпологовий період ЛТГ стимулює секрецію молока молочними залозами, тому він називається лактогенним гормоном (пролактин). Таким чином перша (фолікулінова) фаза в яєчнику обумовлюється ФСГ, а друга (лютеїнова) – відповідно ЛСГ і ЛТГ.

Гіпоталамічний цикл. У гіпоталамусі містяться ядра, які регулюють усі вегетативні процеси в організмі, в тому числі й оваріально-менструальну та дітородну функції. Регуляція здійснюється за допомогою нейрогормонів (рилізінг-гормонів для регуляції оваріально-менструального циклу).Гіпоталамус перебуває у прямому і зворотному зв”язку з гіпофізом.

Циклічні зміни в цілому організмі. Регуляція менструальної функції досить складна. Немає такого органа або системи, які б не брали участі у змінах, що відбуваються протягом оваріально-менструального циклу. Цей цикл регулюється гіпотоламо-гіпофізарною системою й корою великого мозку. В свою чергу циклічні зміни в яєчнику і матці нервово-рефлекторним шляхом і безпосередньо за допомогою гормонів яєчника впливають на функціональний стан центральної нервової системи.

У основі регуляції менструальної функції лежить принцип зворотного зв”язку.

ФСГ гіпофіза стимулює продукцію естрогенів (фолікуліну в яєчнику). Естрогени в надмірній кількості гальмують екскрецію ФСГ і стимулюють продукцію ЛТГ у гіпофізі. ЛТГ гіпофіза стимулює секрецію прогестерону в яєчнику. Як тільки створюється надлишок прогестерону, за законом зворотного зв”язку гальмується секреція ЛТГ і стимулюється секреція ФСГ у гіпофізі. Таким чином процес саморегуляції повторюється протягом усього репродуктивного періоду. Тому протягом менструального циклу спостерігаються відповідні періодичні коливання в функціональній діяльності всіх органів і систем організму, зокрема нервової.

Ці періодичні зміни не завжди бувають фізіологічними. Іноді перед менструацією спостерігаються деяка втома, сонливість, дратівливість, підвищується температура тіла, кров”яний тиск, сухожильні рефлекси, прискорюється пульс, знижується проникність судин, змінюється склад крові, набрякають молочні залози, дещо збільшується щитовидна залоза. Змінюється функція вегетативної нервової системи. Підвищується вміст адреналіну в крові, спостерігається дермографізм, З”являються головний біль, відчуття неспокою, переповнення шлунку, нудота, запор або пронос.

Місцеві розлади перед менструацією проявляються болем внизу живота і в крижах, частими позивами до сечовипускання. Ці розлади зумовлюються припливом крові до органів тазу.

Відповідно до фаз менструального циклу під впливом гормонів (фолікуліну і прогестерону) змінюється епітелій слизової оболонки не тільки матки, а й маткових труб, піхви. Тому. Досліджуючи піхвові мазки під мікроскопом, за характером епітелію слизової оболонки можна визначити фазу оваріально-менструального циклу. На стан організму, зокрема нервову систему, менструальну функцію, дуже впливає зовнішнє середовище – клімат, умови життя, побуту, праці, харчування тощо.

Відомо, що під впливом нервових струсів, голодування, недостачі вітамінів в організмі, а також при тяжких захворюваннях нерідко припиняється менструація на тривалий час.

Таким чином, менструальна функція жінки здійснюється під впливом статевих і гіпоталамо-гіпофізарних гормонів.

ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї.

Планування сім'ї - комплекс медико-соціальних заходів для забезпечення раціонального регулювання репродуктивної функції жінки. Знання основ цієї проблеми дає можливість майбутнім медичним сестрам проводити ефективну просвітницьку діяльність з метою збереження здоров'я жінок і майбутнього потомства. Раціональна контрацепція є заставою зменшення кількості абортів.

Планування сім"ї, за визначенням ВООЗ (1970), допомагає уникнути небажаної вагітності, народити бажаних дітей, регулювати інтервали між вагітностями, спланувати кількість дітей у сім"ї.

Програми планування сім"ї сприяють її зміцненню й народженню тільки бажаних дітей.

В Україні створено 30 обласних та міських центрів планування сім"ї, 585 кабінетів планування сім"ї, 20 кабінетів та відділень дитячої та підліткової гінекології. Створені центри із статевого виховання підлітків 14 областях України та 3 підліткових центри планування сім"" (м.Київ-2, м.Львів-1), які працюють як дружні для підлітків клініки.

Структура служби планування сім"ї в Україні:

I рівень : - **ФАП;**

II рівень : - **ЦРЛ, ЦМЛ;**

- **Міські кабінети контрацепції;**

III рівень : - **Обласний центр планування сім"ї:**

- Навчальний центр;
- Інформаційно-аналітичний відділ;
- Консультативно-діагностичне відділення;
- Стаціонарне відділення;

IV рівень: - **Український державний центр планування сім"ї:**

- Навчальний центр;
- Інформаційно-аналітичний відділ;
- Консультативно-діагностичне відділення;
- Стаціонарне відділення.

Робота служби планування сім"ї забезпечує:

- значний економічний ефект унаслідок зменшення витрат, пов"язаних з перериванням незапланованих вагітностей;
- поліпшення демографічної ситуації;
- поліпшення здоров"я населення;
- зниження частоти захворювань, що передаються статевим шляхом, зокрема

Стан репродуктивного здоров"я населення залежить від таких чинників:

- роботи служби планування сім"ї;
- пренатального догляду;
- догляду під час пологів;
- профілактики ЗПСШ і ВІЛ – інфекції.

СНІДу.

Робота служби планування сім"ї має такі аспекти:

1. У сфері планування сім"ї:

- профілактика ЗПСШ і ВІЛ – інфекції;
- лікування інших урогенітальних інфекцій;
- консультація щодо контрацепції;
- онкологічний скринінг.

2. У сфері надання послуг у період вагітності та пологів:

- безпечний аборт;
- спостереження за вагітними перед пологами;
- догляд під час пологів;
- догляд після пологів.

Інформація, навчання, комунікація у роботі служби ПС:

Під ***інформацією*** ми розуміємо обмін відомостями між людьми.

З інформаційних засобів засвоюється 10 – 15 % інформації

Навчання – це процес здобування знань і оволодіння вміннями й навичками. Засвоюється 25 - 40% інформації

Комунікація – це передача інформації від людини до людини. Таке навчання найефективніше.

Засвоюється 50 – 60% інформації.

Принципи консультування:

Д – доброзичливість. Медпрацівник повинен чемно привітати пацієнта й уважно його вислухати.

О – опитування. Медпрацівник повинен зібрати короткий анамнез.

В – все про методи контрацепції. Медпрацівник повинен назвати всі методи контрацепції та чітко описати ті з них, які зацікавили пацієнта.

І – інформація – основа вибору. Деякі пацієнтки, можливо вже вирішили, який метод вони будуть використовувати. Інші прийшли за порадою. У будь-якому випадку медпрацівник повинен допомогти пацієнтці вибрати безпечний для неї метод контрацепції, який відповідає її потребам і репродуктивним планам.

Р – ретельність у виконанні рекомендацій. Коли жінка вибрала метод контрацепції, медпрацівник повинен: Пояснити пацієнтці коли і як вона може почати користуватися методом, розповісти про основні побічні ефекти та можливі ускладнення.

А – активне спілкування з медичним працівником . Пацієнтка повинна знати, що вона завжди

Принципи консультування:

З – зустрінь
Р – розпитай
А - адаптуй інформацію
Д – допоможи
І – інструктуй
Й – йдіть до нас знову

Принципи вибору контрацепції

1. Надання вичерпної інформації щодо методів та засобів контрацепції.
2. Поінформоване бажання жінки/ партнерів застосовувати метод контрацепції.
3. Вибір контрацептиву відповідно до стану здоров'я жінки/ партнерів.
4. Вибір контрацептиву відповідно до віку жінки/ партнерів.
5. Вибір контрацептиву з урахуванням можливостей жінки/ партнерів.

Обстеження, яке проводиться перед застосуванням будь-якого методу контрацепції. У цьому випадку мається на увазі обстеження, що застосовується до осіб, які вважаються здоровими та пройшли профілактичний огляд протягом року.

Гінекологічний огляд не є обов'язковим для рекомендації і використання гормональних контрацептивів, але рекомендується з профілактичною метою не рідше одного разу на рік. Однак, детально збираються анамнестичні дані. Профілактичний огляд включає вимірювання АТ; клінічне обстеження молочних залоз; пальпація живота; гінекологічний огляд; мазок на онкоцитологію. Наявність будь-яких захворювань чи інших станів

специфічного характеру може вимагати проведення додаткового обстеження перед тим, як рекомендувати пацієнтам той чи інший метод контрацепції.
Для **оцінки ефективності методу контрацепції** застосовують *індекс Перля*, що показує, скільки жінок із 100 завагітніли, використовуючи той,або інший метод контрацепції на протязі одного року.

Основні методи контрацепції. Індекс Перля:

1. Комбіновані оральні контрацептиви (КОК) – 0,1- 0,9
2. Контрацептиви прогестеронового ряду (КПР) – 0,08-0,09
3. Прогестагенові ін,єкційні контрацептиви (ПІК) – 0,3-1,4
4. Гормональні пластирі – 0,4-0,9
5. Комбіновані вагінальні кільця – 0,4-0,65
6. Метод лактаційної аменореї – 2-3
7. Внутрішньоматкови контрацептиви - 0,9-3
8. Внутрішньоматкова система з левоноргестрелом – 0,1-0,5
9. Невідкладна контрацепція – 1-2
10. Бар,єрні методи та сперміциди – 2- 14
11. Природні методи контрацепції - 3- 18

ПРИРОДНІ МЕТОДИ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї (ППС) (МЕТОДИ РЕГУЛЮВАННЯ ФЕРТИЛЬНОСТІ)

Природні методи можуть мати місце, якщо жінка може визначити початок та кінець фертильного періоду у своєму менструальному циклі. Фертильний період – це час, коли у жінки може наступити вагітність.
Ефективність природних методів середня (9-20 вагітностей на 100 жінок протягом першого року користування).

Методи ППС

Існує кілька різних методів природного планування сім'ї. Деякі з них залежать від використання лише одного з індикаторів фертильності. Інші методи природного планування сім'ї базуються на двох або більше індикаторах фертильності.
Основні характеристики фертильності (цервікальний слиз, базальна температура тіла, тривалість циклу і т.ін.) доповнюються іншими індивідуальними ознаками (чутливість молочних залоз, біль у нижній частині живота, менструальна кровотеча).
У даний період застосовуються такі методи контролю фертильності:

- календарний (або ритмічний);
- метод базальної температури тіла;
- метод цервікального слизу;
- симптотермальний.

Календарний метод
Календарний, або ритмічний, метод контрацепції є найбільш давнім засобом запобігання вагітності. Він базується на визначенні фертильних днів розрахунковим методом по спеціальній таблиці, при цьому береться до уваги знання про настання овуляції за 14 днів до передбачуваної менструації при 28-денному менструальному циклі. Тривалість життєздатності сперматозоїдів в жіночому організмі приблизно 8 днів і яйцеклітини після овуляції (24 години). В даний час майже не використовується через невисоку ефективність.

Метод базальної температури тіла
Метод базується на зміні температури тіла одразу після овуляції. Підвищення базальної температури тіла вказує на розвиток овуляції, але не дозволяє сказати, коли відбудеться наступна овуляція. Базальна температура знижується за 12-24 години до овуляції, після якої підвищується на 0,2-0,5° С. Таким чином, фертильним вважається період від початку овуляції до того часу, доки базальна температура буде підвищеною протягом 3 днів підряд. Температурний метод надійний у разі його використання для уникнення зачаття, але вимагає досить довгого часу утримання від статевого життя до періоду неможливості зачаття після овуляції.
Після овуляції основна температура тіла утримується на більш високому рівні приблизно 14 днів, потім знижується, і з першим днем менструації починається новий цикл. Якщо ж базальна температура тіла утримується на високому рівні 20 і більше днів, жінка може запідозрити першу ознаку вагітності.
Для уникнення будь-яких неточностей і для виявлення навіть незначного підвищення температури жінка повинна користуватись точним термометром. Оскільки на зміну базальної температури впливають різноманітні фактори (захворювання, стреси, порушення сну та ін.), інтерпретація результатів вимірів вимагає особливої уваги.
Як і календарний, цей метод також майже не використовується самостійного з контрацептивною метою.

Метод цервікального слизу
Цей метод можна використовувати, якщо в статевих органах немає запальних процесів.
Жінка визначає фертильну фазу, спостерігаючи за слизовими виділеннями із піхви. В той час, коли 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 у більшості жінок спостерігається відсутність виділень з піхви протягом декількох днів – “сухі дні”. Для спостереження за слизом та визначення методу слід утримуватись від статевих контактів щонайменше під час 1 циклу. Спостереження за слизом ведеться протягом дня, оскільки слиз може змінюватись, ведеться запис

спостережень, для цього використовуються умовні позначки: кровотеча – червоний колір, сухі дні – літера “С”, фертильні дні – літера “Ф”, непрозорий не фертильний 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.

Симптотермальний метод
Цей метод є комбінацією методів цервікального слизу та базальної температури.

Пари, які можуть використовувати ППС
З метою контрацепції:

- жінки в усі періоди репродуктивного віку;
- жінки з будь-якою кількістю пологів в анамнезі, в т. ч. ті, які не народжували.
- пари, релігійні чи філософські переконання яких не дозволяють використовувати інші методи;
- жінки, які не можуть користуватися іншими методами;
- пари, які здатні уникати статевих зносин протягом більше одного тижня в кожному циклі;
- пари, які здатні і бажають щоденно спостерігати, записувати, інтерпретувати ознаки фертильної фази.

Жінки, які не повинні користуватись ППС

- жінки, вік, кількість пологів в анамнезі або стан здоров'я яких роблять вагітність надзвичайно небезпечною;
- жінки без досвіду ефективного користування ППС;
- жінки, партнери яких не бажають утримуватись від статевих відносин у певні дні циклу;
- жінки, які не бажають використовувати цей метод з особистих мотивів;
- жінки з нерегулярним менструальним циклом.

Стани, які вимагають обережності

Стан	Рекомендації
Нерегулярні менструації	Якщо використовується календарний метод, проконсультуйте пацієнтку і допоможіть обрати інший
Постійні вагінальні виділення	Поясніть пацієнтці, що їй буде важко передбачити фертильну фазу, використовуючи метод цервікального слизу. Якщо жінка хоче, допоможіть їй вибрати інший

Грудне вигодовування	метод.

КОМБІНОВАНІ ОРАЛЬНІ КОНТРАЦЕПТИВИ (КОК)

Класифікація

Сучасні КОК можна розділити на 2 групи: комбіновані та однокомпонентні (міні-пілі). У свою чергу, серед комбінованих КОК розрізняють одно-, дво- і трифазні. На сьогоднішній день немає доказів щодо переваг трифазних КОК.

Типи оральних контрацептивів

Монофазні: 21 активна таблетка містить однакову кількість естрогену та прогестину (Е/П).

Двофазні: 21 активна таблетка містить 2 різні комбінації Е/П (наприклад, 10/11).

Трифазні: 21 активна таблетка містить 3 різні комбінації Е/П (наприклад, 6/5/10).

Існують 2 види упаковок таблеток. В одних упаковках по 28 таблеток: 21 активна таблетка, яка містить гормони і 7 таблеток іншого кольору, які не містять гормонів - плацебо. В упаковках іншого виду – тільки 21 активна таблетка.

ПЕРЕЛІК ТА СКЛАД СУЧАСНИХ ОК

I. Монофазні КОК			
Мерсілон	21 табл.	0,02 мг 0,15 мг	етинілестрадіол дезогестрел
Логест	21 табл.	0,02 мг 0,075 мг	етинілестрадіол гестоден
Ліндинет-20	21 табл.	0,02 мг 0,075 мг	етинілестрадіол гестоден
Джаз 24+4	28 табл.	0,02 мг 3 мг	етинілестрадіол дроспіренон
Марвелон	21 табл.	0,03 мг 0,15 мг	етинілестрадіол дезогестрел
Ярина	21 табл.	0,03 мг 3 мг	етинілестрадіол дроспіренон
Фемоден	21 табл.	0,03 мг 0,075 мг	етинілестрадіол гестоден
Жанін	21 табл.	0,03 мг 2 мг	етинілестрадіол дієногест

Ліндинет-30	21 табл.	0,03 мг 0,075 мг	етинілестрадіол гестоден
Новінет	21 табл.	0,02 мг 0,15 мг	етинілестрадіол дезогестрел
Регулон	21 табл.	0,03 мг 0,15 мг	етинілестрадіол дезогестрел
Ригевідон	21 табл.	0,03 мг 0,15 мг	етинілестрадіол левоноргестрел
Ригевідон 21+7	28 табл.	0,03 мг 0,15 мг	етинілестрадіол левоноргестрел фумарат заліза
Мікрогінон	21 табл.	0,03 мг 0,15 мг	етинілестрадіол левоноргестрел
Мінізистон	21 табл.	0,03 мг 0,125 мг	етинілестрадіол левоноргестрел
Сілест		0,035 мг 0,15 мг	етинілестрадіол левоноргестрел

III. Трифазні КОК			
Три-мерсі	7 табл. 7 табл. 7 табл.	0,035 мг 0,05 мг 0,03 мг 0,1 мг 0,03 мг 0,15 мг	Етинілестрадіол дезогестрел етинілестрадіол дезогестрелу етинілестрадіол дезогестрел
Триквілар	6 табл. 5 табл. 10 табл.	0,03 мг 0,05 мг 0,04 мг 0,075 мг 0,03 мг 0,125 мг	етинілестрадіол левоноргестрел етинілестрадіол левоноргестрел етинілестрадіол левоноргестрел
Три-Регол	6 табл. 5 табл. 10 табл.	0,03 мг 0,05 мг 0,04 мг 0,075 мг 0,03 мг 0,125 мг	етинілестрадіол левоноргестрел етинілестрадіол левоноргестрел етинілестрадіол левоноргестрел
Три-Регол 21+7	6 табл. 5 табл. 10 табл. 7 табл.	0,03 мг 0,05 мг 0,04 мг 0,075 мг 0,03 мг 0,125 мг	етинілестрадіол левоноргестрел етинілестрадіол левоноргестрел етинілестрадіол левоноргестрел з фумаратом заліза
IV. Міні-пілі			
Екслютон	28 табл.	0,5 мг	Лінестренол

Жінки, які можуть використовувати КОК:

- жінки репродуктивного віку;
- жінки, які мають будь-яку кількість пологів в анамнезі, включаючи жінок, які ще не народжували;
- жінки, які потребують або бажають використовувати високоефективний метод попередження небажаної вагітності;
- жінки після пологів, які не годують груддю;
- жінки після аборту;
- жінки, які страждають на анемію;
- жінки з дисменореєю та хронічними тазовими болями;
- жінки з нерегулярним менструальним циклом;
- жінки з ектопічною вагітністю в анамнезі;
- жінки з передменструальними симптомами;
- жінки з такими гіперандрогенними станами як акне, себорея, гірсутизм легкого ступеню;
- жінки з варикозною хворобою;
- жінки з депресивними розладами;
- жінки з порушеннями функції щитоподібної залози;
- жінки з доброякісними захворюваннями молочних залоз;
- жінки з доброякісними захворюваннями яєчників, ендометріозом, міомою.

Правила прийому: по одній таблетці щоденно в один і той самий час. Почати наступну упаковку без перерви, якщо в упаковці 28 таблеток. Якщо в упаковці 21 таблетка, то зробити перерву на 7 днів перед початком нової упаковки.
Початок прийому: в перші 5 днів менструального циклу, в будь-який день менструального циклу, якщо вагітність відсутня (якщо прийом почати після 5 дня, рекомендується допоміжний метод протягом 7 днів).

Дії за умови пропуску таблеток:

Пропущена 1 активна таблетка	Приймається пропущена таблетка, а потім наступну – у відповідний звичний для пацієнтки час
Пропущені 2 і більше активних таблеток	Приймається по 2 таблетки на день, поки не досягається визначений інструкцією контрацептиву графік і застосовується додатковий метод протягом 7 днів
Пропущені неактивні таблетки	Викидаються пропущені таблетки та закінчується прийом за графіком

Жінки, які не повинні використовувати КОК:

- вагітні жінки (встановлена чи підозрювана вагітність);
- жінки, які годують груддю;
- жінки з вагінальною кровотечею, причина якої нез'ясована (до встановлення причини);
- жінки з тяжкими захворюванням печінки або жовтяницею;
- жінки, що мають доброякісну чи злоякісну пухлину печінки у даний час або в анамнезі;
- жінки з порушеннями кровообігу на даний час або в анамнезі, особливо якщо вони пов'язані з тромбозом (тромбоз глибоких вен, легенів, ішемічна хвороба серця, інсульт і т.д.);
- жінки з систолічним тиском більше 160 мм.рт.ст. та діастолічним – більше 100 мм.рт.ст.;
- жінки, які мають порушення згортання крові або ускладнення перебігу діабету в анамнезі;
- жінки, які хворіють на рак молочної залози чи статевих органів або мають його в анамнезі;
- жінки з мігренями та осередковими неврологічними симптомами;
- жінки, які схильні забувати про щоденне використання таблеток;
- жінки, що мають алергію на будь-які компоненти КОК;
- жінки старше 35 років, які палять.

Пацієнтці необхідно звернутися до спеціаліста з ПС або жіночу консультацію, якщо немає менструальноподібної реакції:

- під час прийому неактивних таблеток (упаковка 28 таблеток);
- протягом тижня без таблеток (упаковка 21 таблетка).

Побічні ефекти

Побічний ефект	Рекомендації
Нудота	Прийом таблетки здійснюється перед сном або після вечері
Діарея або блювання	Застосування допоміжного методу протягом 7 днів
Кров'янисті виділення або кровотеча	Див. алгоритм „Кровотеча/мажучі кров'янисті виділення при використанні КОК"
Жовтяниця	Припиняється прийом КОК, консультація спеціаліста
Масталгія	Припиняється прийом КОК через 3 місяці у разі зберігання симптому
Аменорея	Обстеження на наявність вагітності. За умови відсутності вагітності можливе продовження прийому КОК в залежності від репродуктивних планів жінки

Стани, що вимагають обережності

СТАН	РЕКОМЕНДАЦІЇ
Підвищений АТ	Призначається та продовжується використання КОК тільки після ретельної оцінки стану. Жінки з АТ <160/100 можуть використовувати КОК.
Діабет	КОК можуть бути використані у випадку неускладненого діабету при можливості корекції дози інсуліну.
Мігрені	Якщо головні болі не пов'язані з опосередкованими неврологічними симптомами та не є гормонально залежними, КОК можна використовувати.
Тютюнопаління	При застосуванні КОК варто рекомендувати припинити паління, особливо якщо вік жінки перевищує 35 років.

НАСТОРОЖУЮЧІ ОЗНАКИ ДЛЯ КОРИСТУВАЧІВ КОК

- Сильний біль у грудях або задишка.
- Сильні головні болі або порушення зору, які почались або посилились після початку прийому комбінованих оральних контрацептивів.
- Сильні болі в нижніх кінцівках.
- Повна відсутність будь-яких кровотеч або виділень протягом тижня без таблеток (упаковка з 21 таблетки) чи під час використання 7 неактивних таблеток (із 28-денної упаковки), що може бути ознакою вагітності.

Необхідно терміново звернутись до лікаря, якщо виникло будь-яке з перерахованих вище ускладнень.

Мажучі кров'янисті виділення при використанні КОК
Мажучі кров'янисті виділення та кровотечі „прориву" звичайно спостерігаються у перші 3 місяці використання комбінованих оральних контрацептивів (КОК).
Якщо застосування КОК почалося протягом останніх трьох місяців, інформують пацієнтку, що може виникнути кровотеча „прориву", що найчастіше не шкодить здоров'ю. Якщо кровотеча продовжується довгий час і стає проблемою для пацієнтки, допомагають їй вибрати інший метод.

КОНТРАЦЕПТИВИ ПРОГЕСТОГЕНОВОГО РЯДУ (КПР)

ПТП = протизаплідні таблетки прогестогенового ряду
ПІК = прогестогенові ін'єкційні контрацептиви

ПРОТИЗАПЛІДНІ ТАБЛЕТКИ ПРОГЕСТОГЕНОВОГО РЯДУ (ПТП)

ПТП – таблетки, що містять тільки гестогенний компонент (лінестренол). Упаковка з 28 таблеток:0,5 мкг лінестренолу. Всі таблетки в упаковці активні (гормональні).

Жінки, які можуть використовувати ПТП:

- жінки будь-якого репродуктивного віку;
- жінки з будь-якою кількістю пологів у анамнезі, а також жінки, які не народжували;
- жінки, які бажають мати ефективний захист від вагітності;
- годуючі матері, що потребують контрацепції;
- жінки після пологів, які не годують груддю;
- жінки після аборту;
- жінки, які палять (будь-якого віку, що викурюють будь-яку кількість сигарет у день);
- жінки з анемією;
- жінки, які не хочуть використовувати або яким не рекомендуються контрацептиви, що містять естроген;
- жінки, які мають надлишкову масу тіла;
- жінки з захворюваннями серця та щитоподібної залози;
- жінки з доброякісними захворюваннями яєчників, молочної залози, ендометріозом, міомою.

Правила прийому: по одній таблетці кожний день. Якщо жінка не годує грудьми, необхідно приймати таблетки в один і той же час: в цьому випадку затримка у прийомі чергової таблетки всього на декілька годин підвищує ризик небажаної вагітності.

Пропуск таблеток: якщо жінка забула прийняти одну чи більше таблеток, вона повинна негайно прийняти одну таблетку, як тільки про це згадала, а потім продовжити звичайний графік використання методу.

У випадку, коли жінка після пологів з невідновленим менструальним циклом незалежно від лактації запізнилась з прийомом чергової таблетки більше, ніж на 3 години, необхідно протягом наступних 48 годин утримуватись від статевих стосунків або використовувати бар'єрні засоби.

Показання / мови прийому	**Коли починати**
Грудне годування	Через 6 тижнів після пологів
Після пологів, якщо жінка не годує груддю	В будь-який час впродовж 4 тижнів після пологів або пізніше, якщо є впевненість, що жінка не вагітна.
Після викидня або аборту	Впродовж перших 7 днів або пізніше, якщо є впевненість, що жінка не вагітна.
Після припинення використання іншого методу контрацепції	Відразу.
Менструальний цикл	В будь-який день менструального циклу, якщо

	остаточно відомо, що жінка не вагітна: • якщо перша таблетка вжита в один з перших 5 днів менструального циклу, додаткових методів використовувати непотрібно; • якщо жінка почала приймати таблетки пізніше, необхідно, як мінімум, впродовж 48 годин використовувати бар'єрні засоби або уникати статевих стосунків.

Жінки, які не повинні використовувати ПТП:

- вагітні жінки (встановлена або підозрювана вагітність);
- жінки з вагінальними кровотечами (до встановлення їхньої причини);
- жінки, які не бажають змін менструального циклу;
- жінки, які вживають протисудомні (фенітоїн і барбітурати) чи протитубер-кульозні (рифампіцин) препарати;
- жінки, які хворіють на рак молочної залози або мають його в анамнезі;
- жінки, які схильні забувати про щоденне використання таблеток в один і той же час;
- жінки, які мають алергію на компоненти методу

НАДАННЯ ДОПОМОГИ У РАЗІ ТИПОВИХ ПОБІЧНИХ ЕФЕКТІВ ТА ВИНИКНЕННЯ ІНШИХ ПРОБЛЕМ

ПОБІЧНИЙ ЕФЕКТ	РЕКОМЕНДАЦІЇ
Аменорея (відсутність менструальних виділень)	Обстеження на предмет наявності вагітності. У разі відсутності вагітності – консультування щодо виниклих проблем. У випадку маткової вагітності визначають подальшу тактику в залежності від репродуктивних планів жінки. Якщо вагітність буде виношуватись, рекомендується припинити використання таблеток (невелика доза прогестину (ЛНГ) не нашкодить плоду). При підозрі на ектопічну вагітність – направляється для повного обстеження та лікування.
Вагінальні кров'янисті виділення	Якщо причина кров'янистих виділень обумовлена прийомом ПТП (вагітність відсутня) і не є проблемою для пацієнтки – лікування не проводиться. Якщо стурбованість пацієнтки не проходить після консультування, їй допомагають вибрати інший метод.

Стани, що вимагають обережності за умови прийому контрацептивів

СТАН	РЕКОМЕНДАЦІЇ
Інсульт	Уникати використання ПТП, за винятком тих випадків, коли більш оптимальні методи недоступні чи неприйнятні.
Захворювання печінки	Використання можливе після детального обстеження та за умови неможливості підібрати інший метод контрацепції.

Насторожуючі ознаки для користувачів протизаплідних таблеток прогестогенового ряду (ПТП)

- Затримка менструації після кількох місяців регулярних циклів (може бути ознакою вагітності).
- Сильні болі в нижній частині живота (можуть бути ознакою ектопічної вагітності).
- Надмірна (в 2 рази довша чи в 2 рази більша за об'ємом від нормальної) або тривала (>8 днів) менструація.
- Мігрені (судинні головні болі), повторні надзвичайно сильні головні болі або помутніння зору.

Необхідно терміново звернутись до лікаря, якщо виникло будь-яке з перерахованих вище ускладнень.

ПРОГЕСТОГЕНОВІ ІН'ЄКЦІЙНІ КОНТРАЦЕПТИВИ (ПІК)

Типи

Депо-Провера:	150 мг депо-медроксипрогестерон ацетату (ДМПА), ін'єкційні кожні 3 місяці. Ін'єкція може бути зроблена до 2-4 тижнів (28 днів) раніше або до 2-4 тижнів (28 днів) пізніше визначеного строку.
Нористерат:	200 мг норетистерон енантату (НЕТ-ЕН), ін'єкційні кожні 2 місяці. Ін'єкція може бути зроблена за 2 тижні (14 днів) раніше або на 2 тижні (14 днів) пізніше визначеного строку.

Жінки, які можуть використовувати ПІК:

- жінки будь-якого репродуктивного віку;
- жінки з будь-якою кількістю пологів у анамнезі, а також жінки, які не народжували;
- жінки, які бажають мати високоефективний захист від вагітності;
- годуючі матері (6 або більше тижнів після пологів), що потребують контрацепції;
- жінки після пологів, які не годують груддю;
- жінки після аборту;
- жінки, які мають бажану кількість дітей, але не хочуть скористатися добровільною стерилізацією;

- жінки з ектопічною вагітністю в анамнезі;
- жінки, які палять (незалежно від віку і кількості сигарет, що випалюють на день);
- жінки з АТ < 160/100, порушеннями згортання крові чи серповидно-клітинною анемією;
- жінки з захворюваннями серця та щитоподібної залози;
- жінки з доброякісними захворюваннями яєчників, молочної залози, ендометріозом, міомою;
- жінки, які приймають протисудомні або протитуберкульозні препарати;
- жінки, які не бажають використовувати або яким не рекомендуються КОК;
- жінки, які схильні забувати про щоденне використання таблеток.

Правила використання ПІК

- Протягом 7 днів від початку менструації. При цьому немає необхідності у використанні будь-якого додаткового засобу контрацепції.
- У будь-який день менструального циклу, якщо є цілковита впевненість, що пацієнтка не вагітна. Якщо введення ПІК проводиться після 7 днів від початку менструації, то рекомендується утримуватись від статевих відносин або використовувати додатковий метод контрацепції протягом наступних 7 днів.
- Після пологів:

- через 6 місяців, якщо жінка використовує МЛА;
- через 6 тижнів, якщо вона годує груддю, але не використовує МЛА;
- через 3 і більше тижнів, якщо не годує груддю.

- Після аборту (відразу або протягом 7 днів).
- При переході з будь-якого іншого гормонального протизаплідного засобу на ПІК, першу ін'єкцію можна робити без будь-якої проміжної паузи за умови, що жінка не вагітна. При цьому немає необхідності чекати початку наступного менструального циклу.
- Якщо попередній гормональний контрацептив вводився ін'єкційним шляхом, то введення ПІК необхідно здійснити в день планованої наступної ін'єкції. При цьому немає необхідності у додатковому використанні будь-якого іншого контрацептивного методу.
- При відмові від використання негормональних методів контрацепції (виключаючи ВМК) першу ін'єкцію ПІК можна зробити негайно за умови, що жінка не вагітна.
- При відмові від ВМК (включаючи ВМС, що містить левоноргестрел) введення ПІК можна починати протягом 7

днів після початку менструації. Необхідності у додатковому використанні будь-якого іншого контрацептивного методу немає. ВМК може бути видалена протягом цього періоду.

- Якщо використання ПІК починається в будь-який інший час:

- жінка протягом даного менструального циклу мала статеві відносини і від початку менструації пройшло більше 7 днів, то в цьому випадку рекомендується видалити ВМК під час наступного менструального циклу;
- жінка протягом даного менструального циклу не мала статевих відносин і від початку менструації пройшло більше 7 днів, то в цьому випадку їй рекомендується протягом наступних 7 днів уникати статевих контактів або використовувати додаткові методи контрацепції. Якщо в якості додаткового засобу служить вищезгадана ВМК, то її слід видалити під час наступного менструального циклу.

Повторне введення ДМПА

Повторні ін'єкції ДМПА рекомендується робити кожні 3 місяці.
Повторні ін'єкції НЕТ-ЕН рекомендується робити кожні 2 місяці.
Якщо за будь-яких обставин дотримання рекомендованого інтервалу між повторними ін'єкціями ДМПА і НЕТ-ЕН є неможливим, допускається проведення ін'єкції на 2 тижні раніше або пізніше встановленого графіку. При цьому немає необхідності у використанні будь-якого додаткового засобу контрацепції.
Якщо термін введення перевищує 2 тижні, повторна ін'єкція може бути проведена за умови впевненості, що жінка не вагітна. У цьому випадку рекомендується протягом наступних 7 днів уникати статевих контактів або використовувати додаткові методи контрацепції.
Чергування використання ДМПА і НЕТ-ЕН не рекомендується.

Жінки, які не повинні використовувати ПІК

- вагітні жінки (встановлена або підозрювана вагітність);
- жінки з вагінальними кровотечами (до встановлення їх причини);
- жінки, які не можуть переносити змін менструального циклу;
- жінки, які хворіють на рак молочної залози або мають його в анамнезі.

Надання допомоги у разі типових побічних ефектів та інших проблем

ПОБІЧНИЙ ЕФЕКТ	РЕКОМЕНДАЦІЇ
Аменорея (відсутність менструальних виділень)	Пацієнтка перевіряється на вагітність. Якщо вона не вагітна, лікування не проводиться, лише консультування. У разі маткової вагітності визначають подальшу тактику в залежності від репродуктивних планів жінки. Якщо

	вагітність буде виношуватись, ін'єкції припиняються (невелика доза прогестогену (ЛНГ) не завдасть шкоди плоду). При підозрі на ектопічну вагітність – направляється на повне обстеження та лікування.
Вагінальна кровотеча / мажучі виділення	Якщо причина не встановлена і вагітність відсутня, жінці пояснюють, що кров'янисті/мажучі виділення не є серйозною проблемою і, як правило, не потребують лікування. У більшості жінок змінений характер кровотеч стає регулярнішим через 6-12 місяців. Якщо і після консультування занепокоєння пацієнтки не проходить, однак вона хоче продовжувати використовувати ПІК, рекомендується два варіанти лікування (за умови відсутності протипоказань до використання естрогенів): цикл КОК (30-35 мкг ЕЕ) або нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), але не аспірин. Менструація повинна початись протягом тижня після завершення курсу КОК (у випадку використання 21-денної упаковки) або під час використання останніх 7 таблеток з 28-денної упаковки. У випадку значної кровотечі призначаються низькодозовані КОК по 2 таблетки протягом 3-7 днів, а потім по 1 таблетці щоденно до 21 дня. Пацієнтка попереджається, що після закінчення прийому КОК можуть бути кров'янисті виділення протягом тижня.
Збільшення або втрата маси тіла (зміна апетиту)	Жінці пояснюється, що коливання маси тіла на 1-2 кг є звичайним явищем під час використання ПІК. Дізнаються, як харчується жінка, якщо зміна її маси тіла > 2 кг. Якщо навіть після консультування збільшення чи втрата маси тіла для жінки недопустимі, припиняють ін'єкції та допомагають пацієнтці обрати інший метод.

Особливі вказівки

- Пацієнтки, в анамнезі яких є інформація щодо терапії з приводу депресивних станів, у період застосування препарату потребують детального нагляду.
- У деяких пацієнток, які застосовують ДМПА, можливе зниження толерантності до глюкози. Це потрібно враховувати у випадку призначення препарату пацієнткам з діабетом.
- Застосування ДМПА може впливати на результати наступних лабораторних досліджень:

- визначення рівня гонадотропінів;
- визначення рівня прогестерону, кортизону, естрогенів у плазмі крові;
- визначення рівня прегнандіолу в сечі;
- тест толерантності до глюкози.

ДМПА не впливає на лактацію, концентрація препарату в грудному молоці незначна. До цього часу будь-якої негативної дії на розвиток дітей не встановлено. Явищ передозування препарату не спостерігали.

Стани, що вимагають обережності

СТАН	РЕКОМЕНДАЦІЇ
Гостре захворювання печінки (вірусний гепатит)	Уникати використання ПІК, за винятком тих випадків, коли більш прийняттні методи недоступні або не можуть використовуватись.
Підвищений артеріальний тиск (≥ 160/100)	Уникати використання ПІК, за винятком тих випадків, коли більш прийняттні методи недоступні або протипоказані.
Діабет	Уникати використання ПІК у жінок з тривалим перебігом чи прогресуючим цукровим діабетом, за винятком тих випадків, коли більш прийняттні методи недоступні або протипоказані.

Насторожуючі ознаки
для користувачів прогестогенових ін'єкційних контрацептивів (ПІК)

- Затримка менструації після кількох місяців регулярних циклів (може бути ознакою вагітності).
- Сильні болі в нижній частині живота (можуть бути ознакою ектопічної вагітності).
- Надмірна (в 2 рази перевищує тривалість звичайної або в 2 рази перевищує об'єм крововтрати, ніж звичайна) або тривала (> 8 днів) кровотеча.
- Виділення гною або кровотеча з місця ін'єкції.
- Мігрені (судинні головні болі), повторні надзвичайно сильні головні болі або помутніння зору.

Необхідно терміново звернутись до лікаря, якщо виникло будь-яке з перерахованих вище ускладнень.

ГОРМОНАЛЬНІ ПЛАСТИРІ

Пластир – трансдермальна терапевтична система (ТТС), гормональний контрацептив для системного застосування.

Євра:	6 мг норелгестроміну та 0,6 мг етинілестрадіолу; кожний пластир протягом 24 годин вивільняє 150 мкг норелгестроміну та 20 мкг етинілестрадіолу (обидві дози наближуються до добового ритму вивільнення гормонів).

Жінки, які можуть використовувати ТТС:

- жінки будь-якого репродуктивного віку;
- жінки, які мають будь-яку кількість пологів в анамнезі, включаючи жінок, що не народжували;
- жінки після пологів, які не годують груддю;

- жінки після аборту;
- жінки, які страждають на анемію;
- жінки, які мають болючі менструації.

Правила використання ТТС

Якщо під час попереднього менструального циклу жінка не використовувала гормональний контрацептив.

Контрацепцію за допомогою ТТС розпочинають у перший день менструації. Приклеюють до шкіри один пластир і носять його весь тиждень (7 днів). День приклеювання першого пластиру (1-й день/день початку) визначає наступні дні заміни. День заміни буде приходитись на цей самий день кожного тижня (8-й і 15-й дні циклу). На 22-й день циклу пластир знімається і з 22-го по 28-й день циклу жінка його не використовує. Наступний день вважається першим днем нового контрацептивного циклу.

Рекомендовані місця для приклеювання пластиру: шкіра лопатки, плеча, сідниці та нижньої частини живота. Кожний наступний пластир не повинен приклеюватись на місце попереднього.

Якщо жінка починає застосування трансдермального пластиру не з першого дня циклу, то слід одночасно використовувати бар'єрні методи контрацепції протягом 7 перших днів першого контрацептивного циклу.

Жінки, які не повинні використовувати ТТС:

- жінки, які мають підвищену чутливість до компонентів препарату;
- жінки, які мають венозний тромбоз, у тому числі в анамнезі (наприклад, тромбоз глибоких вен, тромбоемболія легень), артеріальний тромбоз, у тому числі в анамнезі (наприклад, гострі порушення мозкового кровообігу, інфаркт міокарда, тромбоз артеріальної сітківки) або провісники тромбозу (наприклад, стенокардія або транзиторна ішемічна атака);
- жінки з наявністю серйозних або множинних факторів ризику артеріального тромбозу:

- тяжка артеріальна гіпертензія (стійкі рівні АТ > 160/100 мм рт. ст.);
- цукровий діабет з ураженням судин;
- успадкована дисліпопротеїнемія;
- успадкована схильність до венозного або артеріального тромбозу, наприклад, резистентність активованого протеїну С, дефіцит антитромбіну III, дефіцит протеїну С, дефіцит протеїну S, гіпергомоцистеїнемія та антифосфоліпідні антитіла (антитіла проти кардіоліпіну, вовчаковий антикоагулянт).

- жінки, які мають мігрень з аурою;
- жінки, які мають підтверджений або підозрюваний рак молочної залози, рак ендометрію і підтверджені або підозрювані естрогензалежні пухлини;
- жінки, які мають аденому і карциному печінки;

- жінки з генітальною кровотечею;
- жінки в період вагітності, лактації, післяпологовий період при відсутності грудного вигодовування (4 тижні).

Стани, що вимагають обережності

Стан	Рекомендації
Підвищений АТ	Відмінити ТТС жінкам зі стійким рівнем АТ > 160/100 мм рт. ст. Використання ТТС можна відновити після нормалізації артеріального тиску за допомогою гіпотензивної терапії.
Діабет	Слід уважно спостерігати за станом здоров`я жінок, хворих на цукровий діабет, особливо на ранній стадії використання пластиру.
Порушення функції печінки	Призупинити використання ТТС до нормалізації маркерів функції печінки.

Насторожуючі ознаки
для користувачів гормональних пластирів

- Затримка менструації після кількох місяців регулярних циклів (може бути ознакою вагітності).
- Сильні болі в нижній частині живота (можуть бути ознакою ектопічної вагітності).
- Надмірна (в 2 рази довша або в 2 рази значніша за величиною крововтрати, ніж звичайна) або тривала (> 8 днів) кровотеча.
- Мігрені (судинні головні болі), повторні надзвичайно сильні головні болі або помутніння зору.

Необхідно терміново звернутись до лікаря, якщо виникло будь-яке з перерахованих вище ускладнень.

Питання для самоконтролю:

1. Поняття про репродуктивне здоров’я нації?
2. Демографічні показники?
3. Медичні показники?
4. Біологічні основи репродуктивної системи жінки?
5. Анатомія жіночі статевих органів?
6. Фізіологія оваріо-менструального циклу?
7. Жіночі статеві гормони?
8. Біологічні основи репродуктивної системи чоловіка?
9. Анатомія чоловічих статевих органів?
10. Статева функція в чоловіків?
11. Сперматогенез?
12. Чинні законодавчі акти з планування сім’ї в Україні?
13. Яке визначення поняття «планування сім’ї»?

14. Основні переваги планування сім'ї?
15. Організація, структура та завдання служби планування сім'ї?
16. Які принципи вибору метода контрацепції?
17. Яке обстеження перед вибором метода контрацепції?
18. Консультування з питань планування сім'ї, його переваги?
19. П'ять основних принципів консультування з питань планування сім'ї.?
20. Основні права пацієнта?
21. Якість ефективного консультування.?
22. Основні етапи консультування?
23. Опитування пацієнта?
24. Які методи оцінки ефективності контрацепції?
25. Регуляція оваріо-менструального циклу?
26. Яєчниковий цикл?
27. Матковий цикл?
28. Що таке фертильність?
29. Визначення фертильного періоду?
30. Які Ви знаєте методи природного планування сім'ї?
31. Що таке тести функціональної діагностики?
32. Які особливості застосування природних методів планування сім'ї?
33. Яка класифікація оральних контрацептивів (КОК)?
34. Які правила прийому, протипоказання, побічні ефекти КОК?
35. Які типи контрацептивів прогестагенового ряду (КПР)?
36. Які правила прийому, протипоказання, побічні ефекти КПР?
37. Які типи прогестагенових ін'єкційних контрацептивів (ПІК)?
38. Які правила прийому, протипоказання, побічні ефекти ПІК?
39. Які типи трансдермальних терапевтичних систем (ТТС)?
40. Які правила прийому, протипоказання, побічні ефекти ТТС?

Тести:

1.До Вас звернулася пацієнтка, яка користується КОК. Жінка забула прийняти 3 активні таблетки. Що порадити?

A Приймати по 2 таблетки до тих пір, поки вона не увійде у звичайний графік прийому
B Перестати на деякий час приймати таблетки і відновити прийом, коли у неї почнеться менструація
C Викинути пропущені таблетки та продовжити прийом, як звичайно
D Прийняти відразу усі пропущені таблетки
E Перейти на використання іншого метода контрацепції

2. Визначіть термін контрацептивної дії імплантованого під шкіру «Нормпланту»:

A. 5 років
B. 1 рік

C. 2 роки
D. 3 роки
E. 8 років

3.Методами гормональної контрацепції є:
A. Піхові кільця
B. Чисто прогестинові таблетки
C. Імпланти
D. КОК
E. Усе перераховане вище

4.Як часто слід міняти пластир «Евра»:
A. Раз на тиждень
B. Раз на місяць
C. Двічі на місяць
D. Щодня

5. Чи є підвищений ризик виникнення дефектів розвитку новонародженої дитини в жінки, яка застосовувала КПК до вагітності:
A. Ризик високий
B. Ризик незначний
C. Ризик мінімальний
D. Ризик не виявлений
C. Частково впливає

6. В який день менструації слід наклеювати пластир «Евра»:
A. Перший
B. П’ятий
C. Без різниці

7. В яких випадках не слід використовувати «Норплант»
A. Захворювання печінки
B. Пухлини статевих органів
C. Все вище перечислене

8. Що робити якщо пластир «Евра» викликає подразнення шкіри:
A. Приклеїти новий пластир «Евра»
B. Відмовитися від використання пластирів
C. Приклеїти новий пластир на іншу ділянку шкіри

Задачі:

Задача 1

Дівчина, 20 років, хоче почати використовувати гормональні контрацептиви для системного застосування.

Що саме за метод порадите клієнтці?

Задача 2

7Жінка, 27 років, звернулася з сильними болями і судомами під час місячних.

Який метод контрацепції ви порадите їй?

Задача 3

Молода жінка, 20 років, дітей поки немає, хоче використовувати контрацептивний імплантант.

Що порадите?

Література:

Основна:

Гінекологія: підручник для мед. ВНЗ І—ІІІ рівн. акред. / О.В. Степанківська, М.О. Щербина. — К.: Медицина. — 2010.

Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Бразалій Л.П., Апшай В.Г. Медсестринський процес: Основи сестринської справи та клінічного медсестринства. —К.: Здоров'я, 2001.

Інфекційний контроль у медичних закладах: навч. посіб. / За загальною редакцією І .*Я.* Губенко./ — Черкаси, 2003.

Мороз Л.О. Гінекологія. — К.: Здоров'я, 2002.

Хміль С.В. Медсестринство в гінекології. — Тернопіль: Підручники і посібники, 2006.

С.Хміль,Л.Романчук,З.Кучма «Медсестринство в гінекології» - Т.Укрмедкнига 2000.

Медсестринство в гінекології: навч. посіб. / І.Б. Назарова, А.А. Пісарєв, О.В. Михайлов. — 2-е вид., переробл. та допов. — К.: ВСВ "Медицина", 2010.

Хохліч Т.І. Практикум з гінекології. — К.: Здоров'я, 2000.

Додаткова:

Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Бразалій Л.П., Апшай В.Г. Медсестринський догляд за пацієнтом. — К.: Здоров'я, 2000.

Планування сім'ї. Інститут захисту життя. — Львів, 1998.

Методические рекомендации по применению дезинфицирующих средств, разрешенных к применению в Украине. — Одесса, 2005.

Основна

Адамова Г.М., Богатирьова Р.В. та ін. Керівництво по плануванню

сім'ї. — К.: "БЛІЦ-ПРИНТ", 1999. — 256 с.

Венцковський Б.М., Маркін Л.Б. та ін. Планування сім'ї. Медико-соціальні аспекти. — Львів: Фенікс ЛТД, 1994. — 118 с.

Гойда Н.Г., Мойсеєнко Р. та ін. Довідник з питань репродуктивного здоров'я. — К.: Вид-во Раєвського. — 2004. — 128 с.

Назарова І.Б., Посипкіна Н.М. Планування сім'ї — К.: Здоров'я, 2004.— 160 с.

Назарова І.Б., Посипкіна Н.М. Репродуктивне здоров'я та планування сім'ї: Підручник. — К.: Медицина, 2008. — 224 с.

Наказ МОЗ України від 06.07.94 № 121 "Про застосування методів стерилізації громадян".

Паращук Ю.С. Репродуктивне здоров'я дівчаток-підлітків. — К.: Здоров'я, 2003. — 112 с.

Додаткова

Нагорна А.М., Безпалько В.В. Репродуктивне здоров'я та статеве виховання молоді. — К.: Вид-во Європейського університету, 2004. — 408 с.

Наказ МОЗ України за № 539 від 04.08.2006 р. "Про організацію діяльності служби планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні".

Домашнє завдання:

Назарова І.Б., Посипкіна Н.М. Планування сім'ї — К.: Здоров'я, 2004.— 4 – 34, 55 – 71, 140 - 142 с.

С.Хміль,Л.Романчук,З.Кучма «Медсестринство в гінекології» - Т.Укрмедкнига 2000. — 221 – 226 с.

Інформаційні ресурси

1. https://chmfc.com.ua/

Лекція № 11

Тема лекції: Бар'єрні методи контрацепції та сперміциди. Внутрішньоматкові засоби (ВМЗ). Контрацепція для підлітків. Використання кільця "Нова Ринг". Післяпологова контрацепція. Метод лактаційної аменореї

Мета:

Навчальна:

Знати:

1. Медсестринське обстеження з метою з'ясування підбору контрацептивів.

2. Консультування та навчання пацієнтів методам контрацепції.
3. Різновиди бар'єрних методів контрацепції.
4. Сперміциди.
5. Типи ВМЗ.
6. Контрацепцію для підлітків.
7. Дотримання правил особистої безпеки.
8. Використання кільця "Нова ринг".
9. Метод лактаційної аменореї (МЛА).
10. Методи і засоби післяпологової контрацепції.

Вміти:

1. Розповісти про медсестринське обстеження з метою з'ясування підбору контрацептивів.
2. Розповісти про консультування та навчання пацієнтів методам контрацепції.
3. Назвати різновиди бар'єрних методів контрацепції.
4. Охарактеризувати сперміциди.
5. Розповісти про типи ВМЗ.
6. Розповісти про онтрацепцію для підлітків.
7. Розповісти про дотримання правил особистої безпеки.
8. Розповісти про використання кільця "Нова ринг".
9. Розповісти про метод лактаційної аменореї (МЛА).
10. Назвати методи і засоби післяпологової контрацепції.

Виховна:

Формувати якості притаманні медичному працівнику:

- уважність;
- спостережливість;
- тактовність;
- виховувати зацікавленість дисципліною, прагнення отримувати нові знання самостійно;
- виховувати професійні риси, почуття відповідальності, творче мислення.

Загальні компетентності (ЗК)

ЗК. 3. Усвідомлення рівних можливостей та гендерних проблем.
ЗК. 4. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
ЗК. 8. Здатність до міжособистісної взаємодії.

Спеціальні (фахові) компетентності (СК)

СК. 9. Здатність до використання сукупностей професійних навичок (умінь) при підготовці та проведенні діагностичних досліджень та застосовуванні дезінфікуючих і лікарських засобів у професійній діяльності.

СК. 10. Здатність до забезпечення безпеки пацієнта, дотримання принципів інфекційної та особистої безпеки, збереження здоров’я у процесі здійснення догляду, виконання маніпуляцій, процедур, при переміщенні та транспортуванні пацієнта, наданні екстреної медичної допомоги.
СК. 14. Здатність до дотримання принципів медичної етики та деонтології.

Програмні результати навчання (РН)

РН. 1. Вільно спілкуватися державною та іноземною мовами для комунікації, ведення медичної та іншої ділової документації.
РН. 5. Дотримуватися правил охорони праці та безпеки життєдіяльності.
РН. 6. Обирати тактику спілкування з пацієнтами та членами їхніх родин, колегами, дотримуючись принципів професійної етики, толерантної та неосудної поведінки при здійсненні професійної діяльності, з урахуванням соціальних, культурних, гендерних та релігійних відмінностей.
РН. 8. Вживати заходи спрямовані на створення безпечного лікарняного середовища та дотримання лікувально-охоронного режиму, в інтересах збереження власного здоров’я та зміцнення здоров’я пацієнта.
РН. 9. Розпізнавати й інтерпретувати ознаки здоров’я і його змін, хвороби чи інвалідності (оцінка/діагноз), обмежень можливості повноцінної життєдіяльності та визначати проблеми пацієнтів при різних захворюваннях і станах.
РН. 10. Вміти проводити підготовку пацієнта до лабораторних, інструментальних та інших досліджень, здійснювати забір біологічного матеріалу та проб, скеровувати до лабораторії.
РН. 14. Здійснювати заходи щодо збереження репродуктивного здоров'я населення з метою покращення демографічної ситуації.
РН. 15. Надавати консультативну допомогу та здійснювати навчання населення щодо здорового способу життя, наслідків нездорового способу життя, важливості збільшення фізичної активності та здорового харчування, вакцинації; забезпечувати реабілітацію реконвалесцентів та диспансеризацію пацієнтів.
РН. 19. Здійснювати взаємозалежні професійні функції з метою забезпечення якісної медичної допомоги населенню.

План лекції

1. Медсестринське обстеження з метою з’ясування підбору контрацептивів.
2. Консультування та навчання пацієнтів методам контрацепції.
3. Різновиди бар’єрних методів контрацепції.
4. Сперміциди.
5. Типи ВМЗ.
6. Контрацепція для підлітків.
7. Дотримання правил особистої безпеки.
8. Використання кільця “Нова ринг”.
9. Метод лактаційної аменореї (МЛА).

10. Методи і засоби післяпологової контрацепції.

Зміст лекції

БАР'ЄРНІ МЕТОДИ КОНТРАЦЕПЦІЇ ТА СПЕРМІЦИДИ. ВНУТРІШНЬОМАТКОВІ ЗАСОБИ (ВМЗ). КОНТРАЦЕПЦІЯ ДЛЯ ПІДЛІТКІВ. ВИКОРИСТАННЯ КІЛЬЦЯ "НОВА РИНГ". ПІСЛЯПОЛОГОВА КОНТРАЦЕПЦІЯ. МЕТОД ЛАКТАЦІЙНОЇ АМЕНОРЕЇ

Планування сім'ї - комплекс медико-соціальних заходів для забезпечення раціонального регулювання репродуктивної функції жінки. Знання основ цієї проблеми дає можливість майбутнім медичним сестрам проводити ефективну просвітницьку діяльність з метою збереження здоров'я жінок і майбутнього потомства. Раціональна контрацепція є заставою зменшення кількості абортів та в достатній мірі захищає від інфекцій, що передаються статевим шляхом (бар'єрні методи).

БАР'ЄРНІ МЕТОДИ ТА СПЕРМІЦИДИ

Презерватив

Чоловічий презерватив – єдиний метод, який в достатній мірі захищає від інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). Відноситься до бар'єрних методів контрацепції. Може використовуватись як допоміжний метод при застосуванні інших контрацептивів для захисту від ІПСШ. Жіночий презерватив – це чохол з тонкого прозорого поліуретану, закритий з одного кінця. Відкритий кінець являє собою гнучке кільце великого діаметра, яке залишається ззовні. Закритий кінець закінчується кільцем меншого діаметра для зручності введення у піхву.

Спосіб використання

- Використовуйте презерватив під час кожного статевого акту.
- Використовуйте презервативи зі сперміцидом для максимальної ефективності і захисту.
- Презерватив одягають на статевий орган в стані ерекції до його введення в піхву жінки, враховуючи, що преєякуляторна сперма містить активні сперматозоїди.
- Якщо презерватив не має розширення (резервуару), слід залишити на кінці 1-2 см для сперми.
- Після еякуляції, тримаючи за основу (кільце) презерватива, витягніть статевий орган із піхви, поки він ще знаходиться в стані ерекції. Це попереджає зісковзування презерватива і пролиття сперми на статеві органи партнерші.

- Кожен презерватив може використовуватись лише один раз.
- Завжди майте в наявності запас презервативів. Не тримайте їх у теплому місці, тому що це руйнує матеріал, з якого він вироблений, і це може призвести до протікання презерватива під час використання.
- Не використовуйте презерватив, якщо його упаковка розірвана або презерватив виглядає пошкодженим чи ламким.
- Не користуйтесь мінеральним маслом, харчовим жиром, дитячим кремом або вазеліном для змазки презерватива. Це швидко руйнує його матеріал. Якщо потрібна змазка, використовуйте слину чи вагінальний секрет

Діафрагми та шийкові ковпачки
Діафрагма та шийковий ковпачок – відносяться до бар'єрних методів контрацепції. Застосування діафрагми зі сперміцидами значною мірою підвищує ефективність цього методу і ступінь захисту від ІПСШ. Сучасні діафрагми виготовляються із гуми і латексу. Ковпачки виготовляють із латексної гуми. Вони не мають широкого застосування в більшості країн.

Типи діафрагм
Діафрагми розрізнюються між собою за розміром, який визначається діаметром обідка в міліметрах і буває чотирьох основних видів, залежно від особливостей будови обідка:

- діафрагма з обідком з плоскою пружиною;
- діафрагма із спіральною пружиною;
- діафрагма з дугоподібною пружиною;
- діафрагма з обідком у вигляді перетинки.

Типи ковпачків
Існує три типи протизаплідних ковпачків:

- заглиблений порожнистий ковпачок з обідком (часто називається просто "шийковим ковпачком");
- ковпачок Vimule (має форму дзвона з розширеним відкритим кінцем);
- куполоподібний ковпачок – порівняно неглибокий (має форму широкого плоского купола і нагадує діафрагму).

Жінки, які можуть використовувати діафрагму і ковпачок

- жінки, які не бажають або не можуть використовувати гормональні методи (наприклад, жінки, які палять, старші 35 років);
- жінки, які не хочуть або яким не показано використання ВМК;
- матері, які годують груддю і потребують контрацепції;
- жінки, які бажають мати захист від ІПСШ і партнери яких не згодні використовувати презервативи;
- жінки, які потребують тимчасового методу на період підбору іншого контрацептиву;

- жінки, яким необхідний додатковий контрацептивний метод;
- жінки, які мають нечасті статеві відносини;
- пари, в яких будь-який з партнерів має більше одного статевого партнера (підлягають підвищеному ризику зараження ІПСШ, навіть якщо при цьому використовується інший метод контрацепції).

Правила використання діафрагми

- використовується діафрагма під час кожного статевого акту.
- перед використанням випорожняється сечовий міхур.
- перевіряється відсутність в діафрагмі дефектів, натягнувши гуму і оглянувши її на світло або наповнивши водою.
- видушують невелику кількість сперміцидного крему або желе в чашечку діафрагми (для полегшення введення невелику кількість крему/желе можна нанести на ведучий кінець діафрагми або на зовнішній край піхви). Зводять краї діафрагми разом і вводять в піхву.
- діафрагма залишається на місці як мінімум на 6 годин після останнього статевого контакту, але не більше ніж на 24 години (ні на якому етапі не рекомендується проводити спринцювання. Якщо спринцювання все ж проводиться, то робити це слід через 6 годин після статевого акту).
- після використання діафрагма миється водою з милом і ретельно висушується, після чого кладеться в упаковку.

Жінки, які не повинні використовувати діафрагму і ковпачок

- жінки, чий вік, кількість пологів в анамнезі або проблеми зі здоров'ям роблять вагітність надзвичайно небезпечною (слід допомогти обрати високоефективний метод);
- жінки з повторними інфекціями сечовивідних шляхів (ІПСШ);
- жінки, які зазнають труднощів у застосуванні цього методу;
- жінки, які мають пролапс матки (опущення матки у піхву);
- жінки із cystocele і rectocele (вип'ячування стінки сечового міхура або прямої кишки у піхву);
- жінки із синдромом токсичного шоку в анамнезі;
- жінки з вагінальним стенозом (звуження вагінального каналу);
- жінки з генітальними аномаліями;
- жінки, які бажають використовувати високоефективний метод контрацепції.
- пари, які не бажають під час кожного статевого акту використовувати метод відповідно до інструкції.

Надання допомоги у разі типових побічних ефектів та інших проблем

Побічний ефект/проблема	Рекомендації

Інфекції сечовивідних шляхів (ІПСШ)	Якщо пацієнтка страждає частими запальними захворюваннями сечовивідних шляхів і діафрагма залишається її першочерговим вибором, спорожняється сечовий міхур одразу після статевого акту. Проводиться обробка піхви дезінфікуючим розчином (не раніше, ніж через 6 годин після статевого акту). В іншому разі
Підозрювана алергічна реакція (на діафрагму або ковпачок)	Хоча алергічні реакції трапляються рідко, вони можуть спричинити незручність і навіть бути небезпечними. Якщо підозра підтвердилась, допомагають пацієнтці вибрати інший метод.
Підозрювана алергічна реакція (на сперміцид).	
Біль, викликаний тиском на сечовий міхур / пряму кишку.	Оцінюють правильність підбору розміру діафрагми. Якщо вона надто велика, пробують діафрагму меншого розміру. Потрібно простежити, щоб проблема більше не виникала.
Вагінальні виділення і неприємний запах, якщо діафрагма не вилучена протягом більше 24 годин.	При відсутності ІПСШ радять пацієнтці вилучити діафрагму якомога раніше після статевого акту (якщо це зручно), але не раніше, ніж через 6 годин після останнього статевого контакту. Якщо симптоми повторюватимуться, необхідно провести консультування відносно правил гігієни. При наявності ІПСШ проводиться лікування згідно з діагнозом.

СПЕРМІЦИДИ

Сперміциди – хімічні поверхнево-активні речовини, які інактивують сперматозоїди у піхві до попадання до верхніх відділів статевого тракту та в певній мірі захищають від інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ).

Особливо виражена сперміцидна та бактеріцидна дія у хлориду бензалконію.

Сперміциди розрізнюються, в основному, за типом носія, що входить до їх складу, і випускаються у вигляді:

- аерозолів (піни);
- паст;
- гелів (крему);
- капсул;
- желе;
- вагінальних пінистих таблеток;
- вагінальних пінистих супозиторіїв;
- розчинних супозиторіїв;
- розчинних плівок;
- речовин, що застосовуються для змащення презервативів;
- губок.

В якості основних активних інгридієнтів у сучасному виробництві сперміцидів застосовуються: бензалконіум хлорид (фарматекс), октоксинол, менфегол.
Ноноксинол-9 сприяє поширенню ІПСШ шляхом ушкодження слизової і проникненню мікроорганізмів (не рекомендується ВООЗ до використання).
Час контрацептивного захисту сучасних сперміцидів та їх ефективність триває в межах від 15 хвилин до 1-8 годин від початку застосування і залежить від форми використання (таблетки, крем, піна тощо). Протягом 2-х годин до та після статевого акту інтимний туалет необхідно проводити без застосування звичайного мила (через ризик руйнування діючої речовини).
При використанні кремів і желе передбачається як самостійне їхнє застосування, так і в поєднанні з піхвовою діафрагмою або шийковими ковпачками. Ефективність використання при цьому значно зростає.
Сперміциди застосовуються і з презервативами, що забезпечує більший контрацептивний ефект та захист від ІПСШ.

Особливості вибору

- Пінисті вагінальні таблетки, капсули і супозиторії зручні в збереженні і транспортуванні, але вимагають 15-хвилинного очікування після їх введення до статевого акту.
- Розчинні вагінальні супозиторії також слід вводити за 10-15 хвилин до статевого акту.
- Сперміцидні желе, як правило, використовуються лише у сполученні з діафрагмою.
- Аерозолі (піни) ефективні відразу після введення. Аерозолі рекомендуються в тому випадку, якщо сперміцид застосовується ізольовано (без іншого методу контрацепції).

Жінки, які можуть використовувати сперміциди

- жінки, які не хочуть або яким не показані гормональні методи (наприклад, жінки, які палять, старші 35 років);
- жінки, які не хочуть або яким не показано використання ВМК;
- матері, які годують, потребують контрацепції;
- жінки, які бажають захисту від ІПСШ, чиї партнери не згодні використовувати презервативи;
- жінки, які потребують тимчасового методу контрацепції на період очікування іншого методу;
- жінки, які потребують додаткового страхувального методу;
- жінки, які мають нечасті статеві відносини.

Спосіб використання

- Необхідно вводити сперміцид до початку кожного статевого акту.

- Після введення вагінальної таблетки, супозиторію або плівки слід почекати 10-15 хвилин. При використанні аерозолів (піни) очікування не вимагається.
- Дуже важливо виконувати рекомендації виробника сперміциду щодо правильного використання і зберігання кожного препарату. (Наприклад, струсіть контейнер з аерозольною піною перед тим, як видавити її в аплікатор).
- Введіть додаткову дозу сперміциду, якщо статевий акт не почався протягом 1-2 годин після першого введення.
- Введіть додаткову дозу сперміциду перед кожним повторним статевим актом.
- Дуже важливо ввести сперміцид глибоко в піхву, щоб шийка матки виявилась повністю закритою.

Жінки, які не повинні використовувати сперміциди

- жінки, чий вік, кількість пологів в анамнезі або стан здоров'я роблять вагітність надзвичайно небезпечною;
- жінки, які відчувають труднощі із застосуванням цього методу;
- жінки, які страждають на алергію на сперміциди;
- жінки з генітальними та іншими аномаліями;
- жінки, які потребують високоефективного методу контрацепції;
- пари, які бажають використовувати метод, не пов'язаний зі статевим актом;

Надання допомоги у разі типових побічних ефектів та інших проблем

<table>
<tr><td>Побічний ефект/проблема</td><td>Рекомендації</td></tr>
<tr><td>Вагінальне подразнення</td><td rowspan="2">Якщо подразнення викликане сперміцидом, радять перейти на сперміцид з іншим хімічним складом або допомагають пацієнтці обрати інший метод.</td></tr>
<tr><td>Подразнення пеніса та дискомфорт</td></tr>
<tr><td>Занепокоєння відчуттям печіння у піхві</td><td>Заспокоюють, пояснивши, що відчуття печіння є тимчасовим явищем. Якщо пацієнтка стурбована, радять перейти на сперміцид з іншим хімічним складом або допомагають їй вибрати інший метод.</td></tr>
<tr><td>Вагінальні пінисті таблетки не розчиняються</td><td>Радять перейти на сперміцид з іншим хімічним складом або допомагають пацієнтці обрати інший метод.</td></tr>
</table>

ВНУТРІШНЬОМАТКОВІ КОНТРАЦЕПТИВИ (ВМК)

Типи ВМК, які містять мідь:

- Multiload-250 (MLCu-250);

- Multiload-375 (MLCu 375);
- TCu-380A;
- TCu-380Ag;
- TCu-380S;
- TCu-200;
- TCu-200B;
- TCu-200Ag;
- Nova T.

Успішне використання ВМК залежить від:
- ретельного обстеження та оцінки ризику на ІПСШ/ВІЛ;
- кваліфікованого введення ВМК та дотримання правил профілактики інфекцій;
- ретельного та уважного консультування пацієнтки.

Жінкам, які не народжували і планують народжувати ВМК не рекомендується використовувати

Жінки, які можуть використовувати ВМК
- жінки будь-якого репродуктивного віку, що народжували;
- жінки з будь-якою кількістю пологів у анамнезі;
- жінки, які бажають мати високоефективний довготривалий захист від вагітності;
- жінки, які раніше успішно використовували ВМК;
- жінки після пологів, які годують груддю;
- жінки після аборту, які не мають ознак інфекції органів малого таза;
- жінки, які мають низький ризик зараження ІПСШ;
- жінки, які не хочуть чи не можуть використовувати гормональні методи;
- жінки, які можуть забути про необхідність щоденного вживання контрацептивних таблеток;
- жінки, які мають надлишкову масу тіла;
- жінки з порушеннями кровообігу на даний час або в анамнезі, особливо якщо вони пов’язані з тромбозом (тромбоз глибоких вен, легенів, ішемічна хвороба серця, інсульт і т.д.);
- жінки з артеріальним тиском > 160/100 мм.рт.ст.;
- жінки з мігренями;
- жінки з доброякісними та злоякісними захворюваннями молочної залози

Правила використання ВМК
ВМК, що містять мідь

- Якщо менструальний цикл регулярний, введення ВМК можливе протягом 12 днів після початку менструації в будь-який зручний для жінки час (не лише в період менструальної кровотечі). При цьому будь-який додатковий метод контрацепції не застосовується.
- Введення ВМК можливе у будь-який час менструального циклу, якщо є можливість точно встановити, що жінка не вагітна. При цьому застосування будь-якого додаткового методу контрацепції не потрібно.
- Після пологів введення ВМК допускається якщо після пологів минуло 4 і більше тижнів;
- Після аборту ВМК може вводитись відразу після здійснення аборту за умови відсутності ускладнень або хронічних захворювань геніталій.
- У разі відмови від іншого методу контрацепції ВМК може вводитись відразу, якщо є впевненість, що жінка не вагітна. При цьому немає необхідності чекати наступного менструального циклу.

Проблеми, які потребують вирішення до введення ВМК:

Проблема	Рекомендації
Анемія Hb < 90 г/л, гематокрит < 27%	З'ясування причини та лікування анемії
Дисменорея	ВМК (окрім прогестогенових) не має бути контрацептивом вибору
Вади серця (легенева гіпертензія, бактеріальний ендокардит в анамнезі)	Консультація профільного спеціаліста, визначення гостроти процесу

Обстеження:

- пальпація живота: больові симптоми, виключити новоутворення в черевній порожнині;
- обстеження у дзеркалах: стан шийки матки, піхви, характер виділень;
- бімануальний огляд: стан шийки матки, збільшення або болючість матки та її придатків;
- аналізи: кров на Hb, гематокрит та мазок із піхви і цервікального каналу на флору.

Жінки, які не повинні використовувати ВМК

- вагітність;
- після септичного аборту;
- післяпологовий сепсис;
- кровотеча із піхви неясної етіології;
- рак шийки матки та ендометрію;
- злоякісна гестаційна пухлина;

- ЗЗОТ на момент консультування або протягом останніх трьох місяців;
- ІПСШ зараз або в останні три місяці;
- аномалії розвитку статевих органів з деформацією порожнини матки;
- туберкульоз органів малого таза;
- міома матки .

Надання допомоги у разі типових побічних ефектів та інших проблем при використанні ВМК

Побічний ефект	Рекомендації
Аменорея (відсутність менструальних виділень)	Пацієнтка перевіряється на наявність вагітності. Якщо вона не вагітна, ВМК не вилучається, проводиться консультування. У разі вагітності пояснюються пацієнтці наявні в неї можливості. Радять вилучити ВМК, якщо візуалізуються „нитки“ спіралі і вагітність за терміном менше 13 тижнів. Якщо „нитки“ не візуалізуються чи термін вагітності більше 13 тижнів, ВМК не вилучається. Якщо пацієнтка вагітна і бажає доношувати вагітність, але не хоче вилучати ВМК, їй пояснюється, що в цьому випадку збільшується ризик викидня та інфекції і вагітність вимагатиме дуже ретельного нагляду.
Переймоподібні болі	Виключають ЗЗОТ або іншу причину болю та надають пацієнтці медичну допомогу. Якщо причиною болю є ВМК, призначають анальгетики для зменшення дискомфорту. Якщо болі дуже сильні, вилучають ВМК і допомагають пацієнтці обрати інший метод контрацепції.
Нерегулярні або значні кровотечі з піхви	Виключають інфекцію органів малого таза та ектопічну вагітність. У разі потреби проводять лікування. Якщо патологія відсутня, а кровотеча тривала та значна, проводять консультування і симптоматичне лікування. Для зменшення кровотечі призначають НПЗП, за винятком аспірину. За бажанням пацієнтки ВМК можна вилучити. Якщо ВМК було введено понад 3 місяці тому і при наявності вираженої анемії (гемоглобін < 70 г/л), рекомендують вилучити ВМК і допомагають пацієнтці обрати інший метод контрацепції.
Візуальна відсутність „ниток“	Пацієнтка перевіряється на вагітність. Дізнаються у пацієнтки, чи не сталася екпульсія ВМК. Якщо жінка не вагітна і не було екпульсії, їй рекомендують використовувати презервативи. Перевіряють на наявність „ниток“ у цервікальному каналі. Якщо вони не знайдені, жінку направляють на ультразвукове дослідження. Якщо жінка не вагітна, сталася екпульсія чи ВМК не виявлено при детальному обстеженні і за умови відсутності протипоказань, вводять новий ВМК або допомагають пацієнтці обрати інший метод контрацепції. Слід пам’ятати про можливість перфорації стінки матки ВМК.
Вагінальні виділення/ підозра на	Пацієнтка перевіряється на наявність ІПСШ. При підозрі або виявленні інфекції ВМК вилучається після початку лікування антибіотиками.

ЗЗОТ	У випадку ЗЗОТ проводиться лікування за встановленими стандартами. Якщо жінка бажає і далі використовувати ВМК, немає необхідності у її видаленні. Якщо жінка відмовляється від використання ВМК, то ВМК видаляється після початку антибіотикотерапії. За умови відсутності позитивної динаміки у лікуванні ЗЗОТ, рекомендується видалити ВМК та продовжити курс лікування.

Стани, що вимагають обережності

СТАН	РЕКОМЕНДАЦІЇ
Сильні болі під час менструації	Пацієнтку консультують щодо можливості посилення менструальних болів і кровотечі під час використання ВМК. (Як правило, це є проблемою лише в перші декілька циклів під час використання мідних ВМК).
Вади серця	Призначається профілактичний курс антибіотиками під час введення ВМК.
Анемія (гемоглобін <90 г/л)	ВМК вибирається лише у тому випадку, якщо для даної пацієнтки це найприйнятніший метод і застосування іншого неможливе. Проводиться одночасне лікування анемії і ведеться детальне спостереження за станом здоров'я пацієнтки.

Насторожуючі ознаки для користувачів ВМК

- Затримка менструації із симптомами вагітності (нудота, біль у молочних залозах і т. п.).
- Тривалі чи переймоподібні болі в нижній частині живота, особливо коли вони супроводжуються поганим самопочуттям, жаром чи лихоманкою (ці симптоми вказують на можливу інфекцію органів малого таза).
- Нитки спіралі відсутні або при перевірці із цервікального каналу виступає пластмасовий кінчик ВМК.
- Ризик ІПСШ, ВМК не захищає від ІПСШ, ВІЛ/СНІДу.

Необхідно терміново звернутись до лікаря, якщо виникло будь-яке з перерахованих вище ускладнень.

Внутрішньоматкова система (вмс) з левоноргестрелом (лнг)

Система Мірена вводиться лікарем у матку на 5 років і виділяє прогестоген ЛНГ безпосередньо в порожнину матки (20 мкг на добу).

Жінки, які можуть використовувати систему

- жінки репродуктивного віку, що народжували, включаючи жінок пізнього репродуктивного періоду;
- жінки, які мають будь-яку кількість пологів у анамнезі, за умови відсутності деформації порожнини матки;
- жінки, які бажають мати дуже надійну контрацепцію;
- жінки після пологів, які годують груддю;
- жінки після аборту (за умови відсутності запального процесу або після лікування);
- жінки з меноррагією;

- жінки, які страждають на анемію;
- жінки, які мають болісні менструації.

Початок використання

ВМС, що містять левоноргестрел

- Якщо менструальний цикл регулярний – введення ВМС можливе протягом 7 днів після початку менструації в будь-який зручний для жінки час (не лише в період менструації). При цьому будь-який додатковий метод контрацепції не застосовується.
- Введення ВМС можливе у будь-який час менструального циклу, якщо є можливість точно встановити, що жінка не вагітна. Якщо введення здійснюється пізніше 7 днів після початку менструації, жінці рекомендується утримуватись від статевих стосунків або користуватись додатковим засобом контрацепції протягом наступних 7 днів.
- Після пологів рекомендується введення ВМС, що містить левоноргестрел, після 4-х і більше тижнів.
- Після аборту ВМС, що містить левоноргестрел, може вводитись практично відразу після здійснення аборту за відсутності ускладнень та протипоказань.

Жінки, які не повинні використовувати систему:

- вагітні жінки (встановлена чи підозрювана вагітність);
- жінки, що мають вагінальні кровотечі (до встановлення їх причин);
- жінки з запальними захворюваннями малого таза в даний час або у випадку їх рецидивів;
- жінки з інфекційними захворюваннями геніталій;
- жінки з інфікованим абортом протягом останніх трьох місяців;
- жінки з цервіцитом;
- жінки з цервікальною дисплазією;
- жінки із злоякісними пухлинами матки або шийки матки;
- жінки з активним захворюванням або пухлиною печінки;
- у разі деформації порожнини матки;
- міома матки;
- стани, що асоціюються з підвищеним сприйняттям інфекції;
- гіперчутливість до компонентів препарату.

Надання допомоги у разі типових побічних ефектів та інших проблем

ПОБІЧНИЙ ЕФЕКТ	РЕКОМЕНДАЦІЇ
Аменорея	Припинення менструацій не означає наявність вагітності.

	Якщо менструація відсутня протягом 6 тижнів і це бентежить пацієнтку, необхідно перевірити її на вагітність. Якщо результат негативний – заспокоїти жінку та проконсультувати її з приводу особливостей дії левоноргестрелвиділяючої системи.
Змінення характеру менструацій	У деяких жінок протягом перших 3-6 місяців можуть з'явитися додаткові незначні міжменструальні або мажучі кровотечі. Згодом загальна тривалість днів менструальної кровотечі та об'єм крововтрати знижується, а у деяких жінок менструації взагалі можуть припинитися. Необхідно проконсультувати жінку з приводу особливостей дії левоноргестрелвиділяючої системи.
Значні кровотечі із піхви	Виключають інфекції органів малого таза. У разі потреби проводять лікування. Якщо патологія відсутня, а кровотеча тривала та значна, проводять консультування і симптоматичне лікування. Для зменшення кровотечі призначають НПЗП, за винятком аспірину. Перевіряється правильність розташування системи у порожнині матки за допомогою УЗО. У разі неправильного положення системи , її треба видалити та встановити нову або допомогти жінці обрати інший метод контрацепції.
Запаморочення	Деякі жінки відчувають запаморочення після введення системи. Це нормальна реакція. Рекомендується відпочити певний час після введення системи.
Візуальна відсутність „ниток“	Пацієнтка перевіряється на вагітність. Дізнаються у пацієнтки, чи не сталася екпульсія системи. Якщо жінка не вагітна і не було екпульсії, їй рекомендують використовувати презервативи. Перевіряють на наявність „ниток“ у цервікальному каналі. Якщо вони не знайдені, жінку направляють на ультразвукове дослідження. Якщо жінка не вагітна, сталася екпульсія чи система не виявлена, вводять нову систему або допомагають пацієнтці обрати інший метод контрацепції. Слід пам'ятати про можливість перфорації стінки матки системою.
Значні вагінальні виділення / підозра на ЗЗОТ	Пацієнтка перевіряється на наявність ІПСШ. При підозрі або виявленні інфекції система вилучається після початку лікування антибіотиками. У випадку гострого перебігу ЗЗОТ проводиться лікування із застосуванням антибіотиків за встановленими стандаотами. Якщо жінка бажає і далі використовувати систему, немає необхідності у її видаленні. Якщо жінка відмовляється від використання системи, то система видаляється після початку антибіотикотерапії. За умови відсутності позитивної динаміки у лікуванні ЗЗОТ,

	рекомендується видалити систему та продовжити курс антибіотикотерапії.
Переймоподібні болі	Виключають ЗЗОТ або іншу причину болю та надають пацієнтці допомогу. Якщо причиною болю є ВМС, призначають анальгетики для зменшення дискомфорту. Якщо болі дуже сильні, вилучають ВМС і допомагають пацієнтці вибрати інший метод контрацепції.

Стани, що вимагають обережності

СТАН	РЕКОМЕНДАЦІЇ
Тяжкі артеріальні захворювання (інсульт, інфаркт міокарда)	Систему з левоноргестрелом рекомендується видалити.
Діабет	Необхідно проводити моніторинг рівня глюкози в крові.
Мігрені	У разі фокальної мігрені з асиметричними порушеннями зору чи іншими симптомами церебральної ішемії, що виникли вперше – систему з левоноргестрелом рекомендується видалити.
Підтверджена або підозрювана гормонозалежна неоплазія, в т.ч. рак молочної залози	Систему з левоноргестрелом рекомендується видалити.
Значне підвищення кров'яного тиску (вперше)	
Надзвичайно сильний головний біль (вперше)	
Жовтяниця (вперше)	
Гострі або рецидивуючі інфекції	Необхідно проводити лікування антибіотиками, за відсутності ефекту – система видаляється.

КОМБІНОВАНІ ВАГІНАЛЬНІ КІЛЬЦЯ

Гнучке та еластичне кільце, яке при введенні до піхви діє шляхом вивільнення етинілестрадіолу та етоногестрелу з 54-мм севіленового кільця. Гормони починають виділятись із кільця, що знаходиться у піхві під дією температури тіла. Через слизову оболонку піхви вони попадають у кров. Таким чином, системний вплив на організм жінки буде мінімальним.

Контрацептивний ефект комбінованого вагінального кільця настає за рахунок пригнічення овуляції.
НоваРинг – 15 мкг етинілестрадіолу/120 мкг етоногестрелу

Жінки, які можуть використовувати комбіновані вагінальні кільця

- жінки репродуктивного віку;
- жінки, які мають будь-яку кількість пологів у анамнезі, включаючи жінок, що не народжували;
- жінки, які бажають мати високоефективний захист від вагітності;
- жінки після пологів, які не годують груддю;
- жінки після аборту;
- жінки, які страждають на анемію;
- жінки, які відчувають сильні болі під час менструації;
- жінки з нерегулярним менструальним циклом;
- жінки з ектопічною вагітністю в анамнезі;
- жінки з варикозною хворобою;
- жінки з депресивними розладами;
- жінки з порушеннями функції щитоподібної залози;
- жінки з доброякісними захворюваннями молочних залоз;
- жінки з доброякісними захворюваннями яєчників, ендометріозом, міомою.

Правила використання комбінованого вагінального кільця
Жінка повинна ввести кільце між 1-м і 5-м днем менструального циклу, але не пізніше 5 дня циклу, навіть якщо менструальноподібна кровотеча ще не закінчилась. Протягом перших 7 днів використання кільця рекомендується додатково застосовувати бар'єрні методи контрацепції. В наступних циклах немає необхідності у використанні будь-якого додаткового методу контрацепції.

Режим використання
Одне кільце розраховане на один цикл. Протягом 3 тижнів кільце знаходиться у піхві, потім воно видаляється і робиться 7-ми денна перерва. Після 7-ми денної перерви вводиться наступне кільце. При випадінні кільця необхідно його промити проточною водою та ввести його в піхву знову протягом не більше 3 годин.

Жінки, які не повинні використовувати комбіновані вагінальні кільця

- вагітні жінки (встановлена чи підозрювана вагітність);
- жінки, які годують груддю;
- жінки, що мають вагінальні кровотечі (до встановлення їхніх причин);
- жінки із захворюванням печінки в гострому періоді (вірусним гепатитом);

- жінки віком старше 35 років, які палять;
- жінки, які мають інфаркт, інсульт чи підвищений АТ (≥ 160/100) в анамнезі;
- жінки, які мають порушення згортання крові або ускладнення перебігу діабету в анамнезі;
- жінки, які мають рак молочної залози;
- жінки з мігренями та локальними неврологічними симптомами.

Насторожуючі ознаки для користувачівкомбінованих вагінальних кілець

- Затримка менструації після кількох місяців регулярних циклів (може бути ознакою вагітності).
- Сильні болі в нижній частині живота (можуть бути ознакою ектопічної вагітності).
- Надмірна (в 2 рази перевищує тривалість звичайної або в 2 рази перевищує об'єм крововтрати, ніж звичайна) чи тривала (> 8 днів) кровотеча.
- Мігрені (судинні головні болі), повторні надзвичайно сильні головні болі або помутніння зору.

Необхідно терміново звернутись до лікаря, якщо виникло будь-яке з перерахованих вище ускладнень.

КОНТРАЦЕПЦІЯ У ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ

У післяпологовому періоді можна використовувати ряд доступних та безпечних методів планування сім'ї. Тому головне завдання лікарів пологових стаціонарів, жіночих консультацій та клінік/центрів планування сім'ї полягає в тому, щоб роз'яснити пацієнтам необхідність використання методів планування сім'ї у післяпологовому періоді для збереження здоров'я жінок, подовження періоду ефективного грудного вигодовування дитини та попередження небажаної вагітності.

Метод лактаційної аменореї (МЛА)

- Висока ефективність до 6 місяців при дотриманні умов виключно грудного годування і відсутності менструації (аменорея).
- Годування груддю повинно початися відразу після пологів.
- Значна користь як для здоров'я матері, так і дитини.
- Дає час для вибору і підготовки до застосування контрацептивного методу.

Зауваження:

- для максимальної ефективності годування повинно бути виключно грудним;

- при спробі відлучити від грудей або ввести прикорм ефективність методу знижується.

Протизаплідні засоби прогестогенового ряду (ПТП)

(Імплантати, протизаплідні таблетки або прогестогенові ін'єкційні контрацептиви – ПТП чи ПІК)

- Уникати використання ПТП у перші 6 тижнів після пологів, за винятком тих випадків, коли інші методи неприйнятні або недоступні.
- При використанні МЛА відкласти застосування ПТП до 6 місяців після пологів.
- Якщо жінка не годує груддю, ПТП можна почати застосовувати негайно.
- Якщо жінка не годує груддю і після пологів пройшло більше 6 тижнів або в неї поновились менструації, ПТП можна рекомендувати, переконавшись, що жінка не вагітна.
- Метод не впливає на якість і кількість грудного молока і здоров'я дитини.

Зауваження:

- у перші 6 тижнів після пологів прогестоген може негативно вплинути на нормальний ріст дитини;
- навіть у лактуючих жінок при використанні ПТП можуть з'явитись нерегулярні кровотечі.

Внутрішньоматкові контрацептиви (ВМК)

- Можуть вводитися постплацентарно або у післяпологовому періоді (протягом 48 годин після пологів).
- Якщо ВМК не введений постплацентарно або протягом 48 годин після пологів, введення слід відкласти до 4-6 тижнів після пологів.
- Якщо при годуванні груддю у жінки поновились менструації, ВМК можна ввести в будь-який день менструального циклу, якщо є впевненість, що пацієнтка не вагітна.
- ВМК не впливає на кількість молока, а також на його якість і здоров'я дитини.
- При введені ВМК жінці, яка годує груддю дитину, побічних явищ (кровотеча, біль) значно менше.

Зауваження:

- необхідний досвідчений персонал, навчений техніці постплацентарного або післяпологового введення ВМК;
- для постплацентарного введення ВМК пацієнтка повинна бути обстежена і проконсультована в пренатальний період;
- при інтервальному введенні ВМК через 4-6 тижнів після пологів процедура введення звичайна (не вимагається спеціального навчання).

Добровільна хірургічна стерилізація (ДХС)

- Може бути проведена відразу після пологів при виконанні кесаревого розтину або протягом 48 годин після пологів.
- Якщо стерилізація не проведена протягом 48 годин після пологів, вона повинна бути відкладена до 6 тижнів після пологів.
- Ідеальним вважається час, коли жінка повністю одужала після пологів і здоров'я дитини не викликає сумнівів.
- Метод не впливає на кількість і якість грудного молока та здоров'я дитини.

Зауваження:

- післяпологову міні-лапаротомію краще проводитим під місцевою анестезією (седацією), що зменшує ризик для матері і можливе тривале розлучення матері з дитиною;
- вазектомія чоловікові може бути проведена в будь-який час після пологів жінки. Ефект не настає негайно. Необхідно користуватись тимчасовим методом контрацепції на перші 3 місяці, якщо пара живе статевим життям.

Бар'єрні методи

Презервативи, діафрагми, сперміциди у вигляді пінки, свічок, кремів, пігулок, плівок можуть використовуватись у будь-який час після пологів, вони не впливають на кількість і якість грудного молока та здоров'я дитини. Ці методи зручні як проміжні, якщо початок використання іншого методу відкладено.

Зауваження

- при використанні бар'єрних методів, що застосовуються на шийці матки (діафрагма зі сперміцидами), слід зачекати закінчення післяпологового періоду (6 тижнів після пологів) перед тим, як застосовувати і використовувати діафрагму.
- використання сперміцидів вирішує проблему вагінальної сухості під час статевого акту (часте явище у жінок, що годують).

Комбіновані гормональні контрацептиви (КОК І КІК)

- Не рекомендуються для годуючих грудьми дитину жінок у перші 6 місяців після пологів. Відкладіть використання КОК чи КІК до початку відлучення від грудей.
- Слід уникати застосування для годуючих грудьми дитину жінок, за рідким винятком тих випадків, коли інші методи неприйнятні (починаючи з 6 місяців).
- Якщо жінка грудьми дитину не годує, КОК та КІК можна використовувати через 3 тижні після пологів.

- Використання КОК чи КІК у перші 6 місяців після пологів зменшує кількість грудного молока і може негативно вплинути на нормальний ріст дитини (цей ефект продовжується до 6 місяців).
- У перші 3 тижні після пологів КОК чи КІК дещо збільшують ризик підвищеного тромбоутворення у зв'язку з вмістом у них естрогенів.

Зауваження

- КОК чи КІК є найменш прийнятними методами для годуючих грудьми дитину матерів;
- через 3 тижні після пологів ризик підвищеного тромбоутворення зникає;
- КОК чи КІК можуть використовуватись жінками, які під час вагітності мали гестоз за умови, що до моменту початку використання контрацептивів жінка має нормальний артеріальний тиск і не має ускладнень.

Природні методи планування сім`ї

- Не рекомендується починати використання методу до відновлення регулярних менструацій. Пацієнтка може почати вести карту через 6 тижнів після пологів, але при цьому їй слід продовжувати використання МЛА.
- Метод не впливає на кількість і якість грудного молока та здоров'я дитини.

Зауваження

- цервікальний слиз важко „інтерпретувати" до поновлення регулярних менструацій (овуляцій);
- базальна температура тіла змінюється, якщо мати просинається вночі для грудного годування. Тому метод дослідження підвищення температури зранку після овуляції може виявитись не зовсім надійним.

МЕТОД ЛАКТАЦІЙНОЇ АМЕНОРЕЇ

МЛА – контрацептивний метод, який базується на годуванні дитини груддю з обов'язковим дотриманням критеріїв його застосування з метою ефективності. Використовується як тимчасовий метод контрацепції.
МЛА дає природний захист від не планованої вагітності. Метод ефективний в перші 6 місяців після пологів при обов'язковому дотриманні зазначених нижче критеріїв використання.

Критерії використання МЛА

1. Минуло не більше 6 місяців після пологів.
2. Лактаційна аменорея.
3. Жінка годує виключно груддю:
    - годує дитину за вимогою;

- щонайменше 6 разів на день (включаючи нічне годування) і дитині не дають іншої їжі, окрім материнського молока;
- інтервал між годуваннями повинен складати не більше 4 годин вдень та 6 годин вночі;

Якщо жінка не бажає або остерігається покладатися лише на МЛА, необхідно їй запропонувати використовувати інші методи: презервативи, сперміциди, ПТП, ДМПА, ВМК. Як тільки починається заміна грудного молока іншою їжею чи рідиною, дитина буде годуватись менше, ніж 6-10 разів на добу, грудне годування не буде ефективним методом запобігання не планованої вагітності - МЛА.

Жінки, які не повинні використовувати МЛА

- жінки, у яких поновились менструації;
- жінки, які не годують виключно (чи майже виключно) груддю;
- жінки, у яких дитині виповнилось 6 або більше місяців

Питання для самоконтролю:

1. Які правила застосування внутрішньоматкової контрацепції (ВМК)?
2. Які протипоказання внутрішньоматкової контрацепції (ВМК)?
3. Які побічні ефекти внутрішньоматкової контрацепції (ВМК)?
4. Яка класифікація бар'єрних методів контрацепції?
5. Як використовують бар'єрні методи контрацепції?
6. Які протипоказання до використання бар'єрних методів контрацепції?
7. Які побічні ефекти при використанні бар'єрних методів контрацепції?
8. Які особливості застосування сперміцидів?
9. Які протипоказання до використання сперміцидів?
10. Які побічні ефекти при використанні сперміцидів?
11. Гігієна під час менструації у підлітковому періоді?
12. Гігієна під час статевого життя у підлітковому періоді?
13. Раціональний та безпечний метод контрацепції для підлітків?
14. Протипоказання до різних методів контрацепції у підлітковому періоді?
15. Небажані і побічні ефекти різних методів контрацепції для підлітків?
16. Які особливості та правила застосування післяпологової контрацепції?
17. Переваги та недоліки післяпологової контрацепції?
18. Які правила застосування МЛА?
19. Переваги та недоліки МЛА?

Тести:

1. З моменту введення препарату «НоваРинг» кільце має залишитися у піхві:

А. Тиждень

B. Місяць
C. 10 днів
D. 3 тижня

2. Яка має бути перерва між введеннями «НоваРинг»
A. День
B. Місяць
C. Тиждень
D. 3 місяці

3. Одним з недоліків сперміцидів є:
А) поява відчуття печіння або свербежу в піхві;
Б) наявність побічних ефектів;
В) вплив на грудне вигодовування;
Г) необхідність проведення гінекологічного огляду.

4. Коли не можна використовувати діафрагми:
А) якщо пацієнтка перенесла токсичний шок (за даними анамнезу);
Б) при аномалії розвитку статевих органів;
В) при запальних захворюваннях сечових і статевих органів;
Г) в усіх перерахованих вище випадках?

5. Коли не рекомендується застосовувати презерватив:
А) коли чоловік бажає взяти на себе турботу про контрацепцію;
Б) коли статеві зносини бувають рідко;
В) коли подружжя бажає використовувати метод, не пов’язаний зі статевим актом;
Г) за наявності ризику зараження ЗПСШ.

6. Механізм дії ВМЗ (з міддю):
А) негативно впливають на здатність сперматозоїдів проникати в порожнину матки;
Б) блокують маткові труби, запліднена яйцеклітина не може потрапити в матку;
В) пригнічують овуляцію;
Г) усе перераховане вище.

7. Який метод контрацепції можна порекомендувати матері-годувальниці через 6 тижнів після пологів:
а) КІК;
б) ЧПТ;
в) МЛА;
г) КПК.

8. Тривалість дії МЛА:

а) 1 рік;
б) 6 місяців;
в) 8 місяців;
г) 2 роки.

Задачі:

Задача 1

Жінка, 40 років, соматичний анамнез не обтяжений, має 3 дітей.

Який порадите метод контрацепції?

Задача 2

Жінка, 25 років, використовувала вагінальне кільце "НоваРинг" протягом двох тижнів, а потім воно випадково випало коли вона витягала тампон і знаходилося більше 3 годин поза піхвою.

Що потрібно зробити в такій ситуації?

Література:

Основна:

Гінекологія: підручник для мед. ВНЗ І—ІІІ рівн. акред. / О.В. Степанківська, М.О. Щербина. — К.: Медицина. — 2010.

Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Бразалій Л.П., Апшай В.Г. Медсестринський процес: Основи сестринської справи та клінічного медсестринства. —К.: Здоров'я, 2001.

Інфекційний контроль у медичних закладах: навч. посіб. / За загальною редакцією І .*Я.* Губенко./ — Черкаси, 2003.

Мороз Л.О. Гінекологія. — К.: Здоров'я, 2002.

Хміль С.В. Медсестринство в гінекології. — Тернопіль: Підручники і посібники, 2006.

С.Хміль,Л.Романчук,З.Кучма «Медсестринство в гінекології» - Т.Укрмедкнига 2000.

Медсестринство в гінекології: навч. посіб. / І.Б. Назарова, А.А. Пісарєв, О.В. Михайлов. — 2-е вид., переробл. та допов. — К.: ВСВ "Медицина", 2010.

Хохліч Т.І. Практикум з гінекології. — К.: Здоров'я, 2000.

Додаткова:

Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Бразалій Л.П., Апшай В.Г. Медсестринський догляд за пацієнтом. — К.: Здоров'я, 2000.

Планування сім'ї. Інститут захисту життя. — Львів, 1998.

Методические рекомендации по применению дезинфицирующих средств, разрешенных к применению в Украине. — Одесса, 2005.

Основна

Адамова Г.М., Богатирьова Р.В. та ін. Керівництво по плануванню сім'ї. — К.: "БЛІЦ-ПРИНТ", 1999. — 256 с.

Венцковський Б.М., Маркін Л.Б. та ін. Планування сім'ї. Медико-соціальні аспекти. — Львів: Фенікс ЛТД, 1994. — 118 с.

Гойда Н.Г., Мойсеєнко Р. та ін. Довідник з питань репродуктивного здоров'я. — К.: Вид-во Раєвського. — 2004. — 128 с.

Назарова І.Б., Посипкіна Н.М. Планування сім'ї — К.: Здоров'я, 2004.— 160 с.

Назарова І.Б., Посипкіна Н.М. Репродуктивне здоров'я та планування сім'ї: Підручник. — К.: Медицина, 2008. — 224 с.

Наказ МОЗ України від 06.07.94 № 121 "Про застосування методів стерилізації громадян".

Паращук Ю.С. Репродуктивне здоров'я дівчаток-підлітків. — К.: Здоров'я, 2003. — 112 с.

Додаткова

Нагорна А.М., Безпалько В.В. Репродуктивне здоров'я та статеве виховання молоді. — К.: Вид-во Європейського університету, 2004. — 408 с.

Наказ МОЗ України за № 539 від 04.08.2006 р. "Про організацію діяльності служби планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні".

Домашнє завдання:

Назарова І.Б., Посипкіна Н.М. Планування сім'ї — К.: Здоров'я, 2004.— 75 – 89, 123 – 140, 142 - 148 с.

С.Хміль,Л.Романчук,З.Кучма «Медсестринство в гінекології» - Т.Укрмедкнига 2000. — 226 – 227 с.

Інформаційні ресурси

1. https://chmfc.com.ua/

Лекція № 12

Тема лекції: Невідкладна контрацепція. Методи стерилізації. Метод добровільної хірургічної стерилізації (ДХС) жінок та чоловіків. Простагландини. Безпліддя. Основи сексології.

Мета:

Навчальна:

Знати:

1. Невідкладну контрацепцію.
2. Методи стерилізації.
3. Метод добровільної хірургічної стерилізації (ДХС) чоловіків.
4. Методи стерилізації жінок.
5. Простагландини, побічні ефекти, можливі ускладнення.
6. Безпліддя.Класифікацію, причини.
7. Медсестринську діагностику жіночого безпліддя.
8. Медсестринську діагностику чоловічого безпліддя.
9. Обстеження подружніх пар зі скаргами на відсутність вагітності.
10. Обстеження чоловіка (спермограма).
11. Соціальні аспекти безплідного шлюбу.
12. Методи лікування жіночого безпліддя.
13. Сучасні репродуктивні технології.
14. Метод екстракорпорального запліднення (ЕКЗ).
15. Профілактику безпліддя.
16. Основи сексології.
17. Основи жіночої фізіології.
18. Поняття про фізіологію статевого акту.
19. Основні види сексуальних порушень.Методи обстеження в сексології. Лікування. Профілактику.

Вміти:

1. Розповісти про невідкладну контрацепцію.
2. Розповісти про методи стерилізації.
3. Розповісти про метод добровільної хірургічної стерилізації (ДХС) чоловіків.
4. Розповісти про методи стерилізації жінок.
5. Охарактеризувати простагландини, побічні ефекти, можливі ускладнення.
6. Розповісти про безпліддя.Класифікацію, причини.
7. Розповісти про медсестринську діагностику жіночого безпліддя.
8. Розповісти про медсестринську діагностику чоловічого безпліддя.
9. Назвати етапи обстеження подружніх пар зі скаргами на відсутність вагітності.
10. Розповісти про обстеження чоловіка (спермограма).
11. Розповісти про соціальні аспекти безплідного шлюбу.
12. Назвати методи лікування жіночого безпліддя.
13. Назвати сучасні репродуктивні технології.
14. Розповісти про метод екстракорпорального запліднення (ЕКЗ).
15. Розповісти про профілактику безпліддя.

16. Розповісти про основи сексології.
17. Назвати основи жіночої фізіології.
18. Розповісти про фізіологію статевого акту.
19. Розповісти про основні види сексуальних порушень: методи обстеження в сексології, лікування, профілактику.

Виховна:

Формувати якості притаманні медичному працівнику:

- уважність;
- спостережливість;
- тактовність;
- виховувати зацікавленість дисципліною, прагнення отримувати нові знання самостійно;
- виховувати професійні риси, почуття відповідальності, творче мислення.

Загальні компетентності (ЗК)

ЗК. 3. Усвідомлення рівних можливостей та гендерних проблем.
ЗК. 4. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
ЗК. 8. Здатність до міжособистісної взаємодії.

Спеціальні (фахові) компетентності (СК)

СК. 7. Здатність до вміння обирати обґрунтовані рішення в стандартних клінічних ситуаціях, спираючись на здобуті компетентності та нести відповідальність відповідно до законодавства.
СК. 9. Здатність до використання сукупностей професійних навичок (умінь) при підготовці та проведенні діагностичних досліджень та застосовуванні дезінфікуючих і лікарських засобів у професійній діяльності.
СК. 10. Здатність до забезпечення безпеки пацієнта, дотримання принципів інфекційної та особистої безпеки, збереження здоров'я у процесі здійснення догляду, виконання маніпуляцій, процедур, при переміщенні та транспортуванні пацієнта, наданні екстреної медичної допомоги.
СК. 14. Здатність до дотримання принципів медичної етики та деонтології.

Програмні результати навчання (РН)

РН. 1. Вільно спілкуватися державною та іноземною мовами для комунікації, ведення медичної та іншої ділової документації.
РН. 5. Дотримуватися правил охорони праці та безпеки життєдіяльності.
РН. 6. Обирати тактику спілкування з пацієнтами та членами їхніх родин, колегами, дотримуючись принципів професійної етики, толерантної та неосудної поведінки при здійсненні професійної діяльності, з урахуванням соціальних, культурних, гендерних та релігійних відмінностей.

РН. 8. Вживати заходи спрямовані на створення безпечного лікарняного середовища та дотримання лікувально-охоронного режиму, в інтересах збереження власного здоров’я та зміцнення здоров’я пацієнта.
РН. 9. Розпізнавати й інтерпретувати ознаки здоров’я і його змін, хвороби чи інвалідності (оцінка/діагноз), обмежень можливості повноцінної життєдіяльності та визначати проблеми пацієнтів при різних захворюваннях і станах.
РН. 10. Вміти проводити підготовку пацієнта до лабораторних, інструментальних та інших досліджень, здійснювати забір біологічного матеріалу та проб, скеровувати до лабораторії.
РН. 11. Застосовувати лікарські препарати та медикаменти при здійсненні професійної діяльності.
РН. 13. Надавати екстрену та невідкладну долікарську медичну допомогу.
РН. 14. Здійснювати заходи щодо збереження репродуктивного здоров'я населення з метою покращення демографічної ситуації.
РН. 15. Надавати консультативну допомогу та здійснювати навчання населення щодо здорового способу життя, наслідків нездорового способу життя, важливості збільшення фізичної активності та здорового харчування, вакцинації; забезпечувати реабілітацію реконвалесцентів та диспансеризацію пацієнтів.
РН. 19. Здійснювати взаємозалежні професійні функції з метою забезпечення якісної медичної допомоги населенню.

План лекції

1. Невідкладна контрацепція.
2. Методи стерилізації.
3. Метод добровільної хірургічної стерилізації (ДХС) чоловіків.
4. Методи стерилізації жінок.
5. Простагландини, побічні ефекти, можливі ускладнення.
6. Безпліддя. Класифікація, причини.
7. Медсестринська діагностика жіночого безпліддя.
8. Медсестринська діагностика чоловічого безпліддя.
9. Обстеження подружніх пар зі скаргами на відсутність вагітності.
10. Обстеження чоловіка (спермограма).
11. Соціальні аспекти безплідного шлюбу.
12. Методи лікування жіночого безпліддя.
13. Сучасні репродуктивні технології.
14. Метод екстракорпорального запліднення (ЕКЗ).
15. Профілактику безпліддя.
16. Основи сексології.
17. Основи жіночої фізіології.
18. Поняття про фізіологію статевого акту.
19. Основні види сексуальних порушень.Методи обстеження в сексології. Лікування. Профілактика.

Зміст лекції

НЕВІДКЛАДНА КОНТРАЦЕПЦІЯ. МЕТОДИ СТЕРИЛІЗАЦІЇ. МЕТОД ДОБРОВІЛЬНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ СТЕРИЛІЗАЦІЇ (ДХС) ЖІНОК ТА ЧОЛОВІКІВ. ПРОСТАГЛАНДИНИ. БЕЗПЛІДДЯ. ОСНОВИ СЕКСОЛОГІЇ.

Планування сім'ї - комплекс медико-соціальних заходів для забезпечення раціонального регулювання репродуктивної функції жінки. Знання основ цієї проблеми дає можливість майбутнім медичним сестрам проводити ефективну просвітницьку діяльність з метою збереження здоров'я жінок і майбутнього потомства. Раціональна контрацепція є заставою зменшення кількості абортів та сприяє зменшенню новонароджених дітей від яких відмовилися батьки.

НЕВІДКЛАДНА КОНТРАЦЕПЦІЯ

Невідкладна, або посткоїтальна контрацепція (НК) – збірне поняття, в основі якого лежить принцип використання різних видів контрацепції (ОК, ПТП, ВМК та ін.) у перші години після незахищеного статевого акту, з метою запобігання настанню небажаної вагітності. Препарати, застосовувані для НК, називають ще „таблетками наступного ранку".

Метод невідкладної контрацепції застосовується для запобігання небажаної вагітності у випадку „незахищеного" (без контрацептиву) статевого акту або при виявленні дефектів бар'єрних протизаплідних засобів (презерватива, діафрагми), при помилках у застосуванні гормональної контрацепції (пропуск прийому чергової пігулки), після зґвалтування, особливо у підлітків, чи в інших випадках, коли вагітність небажана або небезпечна. Ефективність методу досить висока і досягає 96 %, якщо з моменту „незахищеного" статевого акту пройшло не більше 72 годин.

Типи невідкладної контрацепції:

- комбіновані естроген-гестагенні ОК;
- гестагени;
- внутрішньоматкові контрацептиви (ВМК);
- антипрогестини (АП).

Показання до застосування невідкладної контрацепції:

- „незахищений" (без використання будь-якого протизаплідного засобу) статевий акт;
- у випадку виявлення дефекту бар'єрних протизаплідних засобів;
- при порушенні регулярності в прийомі гормональних таблеток (пропуск прийому 1 і більше таблеток);
- після останньої ін'єкції ДМПА минуло більше 16 тижнів;

- партнери, які застосовували метод природного планування сім`ї, і не втрималися від статевого акту, коли це було незаплановано;
- у випадку зґвалтування, особливо у підлітків.

Жінки, які можуть використовувати невідкладну контрацепцію:пацієнтки, яким потрібен негайний захист від вагітності (наприклад, після незапланованого, незахищеного статевого акту; якщо виявлений дефект презервативу; після зґвалтування).

Способи застосування

КОК: Приймається 4 таблетки низькодозованого КОК (30-35 мкг етинілестрадіолу) орально протягом перших 72 годин після незахищеного статевого акту.

Приймається ще 4 таблетки через 12 годин. Всього 8 таблеток.

АБО

Приймається 2 таблетки високодозованого КОК (50 мкг етинілестрадіолу) орально протягом перших 72 годин після незахищеного статевого акту.

Приймається ще 2 таблетки через 12 годин. Всього 4 таблетки.

ТП: Приймається одна таблетка постінору (750 мкг левоноргестрелу кожна) орально протягом 48 годин після незахищеного статевого акту.

Приймається ще 1 таблетка через 12 годин. Всього 2 таблетки.

АБО

Приймається доза ПТП еквівалентна 1,5 мг левоноргестрелу (2 таблетки) за один прийом.

МЗ: Необхідно звернутися для введення ВМЗ протягом 5 днів після незахищеного статевого акту.

П: Приймається 600 мг протягом 72 годин.

Вагітні жінки або жінки, у яких підозрюється вагітність – не повинні використовувати невідкладну контрацепцію.

Якщо менструація не почалася протягом трьох тижнів після проведення невідкладної контрацепції, проводиться тест на вагітність.

Якщо з метою невідкладної контрацепції була введена ВМК, то рішення про те, видалити її чи залишити, залежить від поінформованого бажання жінки/партнерів. Усім жінкам, котрим була проведена невідкладна контрацепція, проводять консультування щодо методів регулярної контрацепції.

ДОБРОВІЛЬНА ХІРУРГІЧНА СТЕРИЛІЗАЦІЯ (ДХС)

- Може бути проведена відразу після пологів при виконанні кесаревого розтину або протягом 48 годин після пологів.
- Якщо стерилізація не проведена протягом 48 годин після пологів, вона повинна бути відкладена до 6 тижнів після пологів.
- Ідеальним вважається час, коли жінка повністю одужала після пологів і здоров'я дитини не викликає сумнівів.
- Метод не впливає на кількість і якість грудного молока та здоров'я дитини.

Зауваження:

- післяпологову міні-лапаротомію краще проводитим під місцевою анестезією (седацією), що зменшує ризик для матері і можливе тривале розлучення матері з дитиною;
- вазектомія чоловікові може бути проведена в будь-який час після пологів жінки. Ефект не настає негайно. Необхідно користуватись тимчасовим методом контрацепції на перші 3 місяці, якщо пара живе статевим життям.

БЕЗПЛІДДЯ

Частота безпліддя становить 50% жіночого та 50 % чоловічого безпліддя. За даними ВООЗ (1999 — 2000 р.), 20 % сімей в Європі відчувають затримку в настанні першої вагітності, а 3 — 5 % від цієї кількості залишаються безплідними на майбутнє. Довгий час дискутувалося питання: безпліддя — це захворюваність чи синдром. За визначенням ВООЗ — це захворювання чоловіка і жінки, а тому в X Міжнародному переліку захворювань безпліддя шифрується як захворювання чоловіка і жінки під різними номерами.

Визначення неплідді: з сучасної точки зору неплідді в сім'ї — це мимовільне або патологічне неплідді. Таким чином, розглядається неплідний шлюб, а не жіноче неплідді, як було в минулому. За визначенням ВООЗ, неплідді — це непередбачене неплідді в сім'ї.

Якщо це хвороба, то такі хворі мають право на лікування, як це надається хворим з вродженими вадами чи стійкими функціональними порушеннями, тобто такі пари мають право одержати всі види медичної допомоги, якими володіє сучасна репродуктивна медицина.

Переважна більшість клініцистів вважає, що шлюб слід оцінювати неплідним, якщо вагітність не настала протягом 2 — 3 років статевого життя без застосування будь-яких протизаплідних засобів.

При цьому ВООЗ вважає основною перемінною в цьому визначенні вік жінки. Фертильним за оцінкою ВООЗ є вік від 18 до 49 років.

Класифікація неплідді:

I — фізіологічне (до настання менархе та менопаузи);

II — патологічне.

Первинне — до 30 %, коли вагітності не було ніколи.

Вторинне — > 60 %, вагітність була, закінчилась пологами, абортом, позаматковою вагітністю, а більше не настає.

Неплідля абсолютне (коли немає гонад, матки) і відносне (запальні процеси та інше).

Неплідля може бути вроджене, набуте, тимчасове і постійне. Основні причини чоловічого неплідля:

Патологічний склад сперми або відсутність сперматозоїдів; Відсутність еякуляції (або її патологія); Облітерація вивідних канальців спермогенеруючих органів чоловіка; Хронічна інфекція; Аутоімунні захворювання;

Неплідля неясного генезу, коли відхилень у здоров'ї не виявлено.

Жіноче неплідля може бути спричинене патологією репродуктивної системи жінки та рядом екстрагенітальних захворювань.

Згідно з даними ВООЗ, виділяють декілька причин неплідля. Понад 50 % становить ендокринне неплідля.

Згідно з класифікацією ВООЗ, виділяють 7 груп:

Ендокринні неплідля
I гр. — гіпоталамо-гіпофізарна недостатність;
II гр. — гіпоталамо-гіпофізарна дисфункція (у більшості хворих цієї групи наявні ознаки полікістозу яєчників);
III гр. — первинна недостатність яєчників;
IV гр. — порушення функцій геніталій (сексуальні порушення, порушення еякуляції);
V гр. — гіперпролактинемія за наявності пухлини гіпофіза;
VI гр. — гіперпролактинемія за відсутності пухлини гіпофіза, яку не можна виявити сучасними засобами;
VII гр. — гіпоталамо-гіпофізарна недостатність за наявності пухлини гіпофіза.

Наступна група причин — запальні захворювання статевих органів. Запальні процеси статевих органів різної локалізації по-різному впливають на виникнення неплідля. Найбільше значення має запалення матки, маткових труб, очеревини в гострому періоді.

Певну роль відіграють хронічні інфекції: туберкульоз статевих органів, хламідіоз тощо.

Значну роль в виникненні неплідного шлюбу відіграє імунологічне непліддя.

Запліднення та імплантація, як вважають, є двома специфічними процесами, характерними тільки для статевого розмноження.

Взаємодію яйцеклітини та сперматозоїдів порівнюють з реакцією «антиген—антитіло». На поверхні яйцеклітини присутнім є фертилізин, а на поверхні сперматозоїда — антифертилізин. Ці детермінанти і допомагають зустрічі гамет.

В сім'яній плазмі та сперматозоонах людини виявлено до 30 повних антигенів, що сенсибілізують організм жінки і можуть призводити до створення лнтиспермальних антитіл. Це явище є позитивним, через те що антитіла елімінують дегенеративно ослаблені сперматозоїди, не дають їм брати участь в заплідненні. Але в 10 % це явище має патологічний характер, спричиняє непліддя. Антиспермальні антитіла в організмі жінки можуть бути в крові та в секретах статевих органів (зокрема, в слизі шийки матки), що і може обумовлювати неплідність. В жіночих гаметах також існують спектранти генів, цим особливо відзначається Zona pellucida. Ці обставини диктують необхідність обстеження слизу цервікального каналу при неплідному шлюбі.

Причиною неплідності може бути ендометріоз статевих органів будь-якої локалізації.

Хронічні інтоксикації (ртуть, свинець, алкоголь, тютюн) та професійні шкідливості (рентген-опромінення, робота з радіоізотопами), вібрації. Емоційні хронічні стреси та фізична перевтома (майстри великого спорту, наприклад). Ряд захворювань обміну речовин — ожиріння, гіпо – та гіперфункція щитоподібної залози, цукровий діабет — також є причиною неплідця. Вроджені вади розвитку статевих органів та неправильні положення статевих органів зустрічаються рідко, але можуть спричиняти неплідця.

До неплідця можуть призводити хірургічні втручання в черевній порожнині, навіть якщо не оперували на статевих органах, а також генні та хромосомні аберації.

Досить значну групу складає неплідця невиясненого генезу, коли при всебічному обстеженні не виявлено будь-яких відхилень у здоров'ї партнерів, але вагітність відсутня протягом значного часу.

Ідеальним вважається можливість одномоментного обстеження партнерів неплідного шлюбу гінекологом, андрологом, а за необхідності — і сексопатологом.

При обстеженні жінки також слід перш за все детально зібрати загальний та спеціальний анамнез (вік, професія, становлення менструальної функції, давність статевого життя без запобігання вагітності, перебіг статевих зносин, libido та наявність оргазму, частота зносин, перенесені захворювання, оперативні втручання будь-якої локалізації).

Об’єктивний огляд включає: зріст, масу тіла, конституцію, будову скелета, вторинні статеві ознаки. Слід звертати увагу на ступінь оволосіння — гірсутне число Феррімана—Голлвея, розвиток молочних залоз — V ступенів по Таннеру. Огляд щитоподібної залози.

Далі проводиться обов’язкове гінекологічне обстеження: огляд зовнішніх статевих органів (збільшення клітора, аномалії розвитку, пухлини тощо), огляд вагіни та вагінальної частини шийки матки в вагінальних дзеркалах. Дворучне обстеження матки, придатків, параметріїв, за необхідності — ректальне дослідження, кольпоскопія та цитологія.

З допоміжних методів обстеження жінок з неплідного шлюбу рекомендовано проводити наступні: кольпоскопія та кольпоцитологія.

Тести функціональної діагностики: базальна t°, феномен «зіниці», краще «цервікальне число» — сума балів по 5 параметрах, що характеризують слиз шийки матки.

Гормональні проби при аменореї з прогестероном.

Рентгенограма гіпофіза.

Гістеросальпінгографія.

УЗД-дослідження.

Посткоїтальний тест для підтвердження інтравагінальної еякуляції (проба Шуварова—Гунера).

При 2 від’ємних пробах — імунологічний тест — проба Курцрок—Міллера.

Гістероскопія.

Лапароскопія.

Діагностичне вишкрібання матки.

Гормональна палітра (дослідження гормонів в крові): а) пролактин; б) визначення ФСГ, ЛГ, тестостерону; в) естрогени і прогестерон; г) визначення дегідроепіандростерону в сечі і плазмі крові.

Реакція на сифіліс, ВІЛ, туберкульоз статевих органів, хламідіоз.

Біопсія яєчників та тестикул.

Генетичне дослідження хворих на неплідддя.

Впровадження системного підходу до діагностики неплідддя дозволило розробити диференційний підхід до ***лікування різних форм неплідддя чи поєднаних форм.***

При виявленні перенесеного чи існуючого запального процесу рекомендується комплексне протизапальне лікування, санаторно-курортне лікування.

При ендокринному неплідді найперше слід відновити менструальну функцію. При наявності менструального циклу можна починати з призначення оральних комбінованих контрацептивів строком на 3 —4 місяці. Розраховують при такому методі на «ребаунд-синдром» — синдром відміни препарату.

При ановуляторному циклі приміняються індуктори овуляції: кломіфен, кломід, клостильбегід. Слід контролювати гіперстимуляцію яєчників УЗ методом дослідження.

При синдромі галактореї-аменореї призначають парлодел (бромкрептин, норпролак) під контролем базальної t° або УЗД.

На сучасному етапі при гіпоталамо-гіпофізарній недостатності стимуляцію овуляції проводять препаратами хумігон.

При склерозі чи полікістозних яєчниках використовується клостільбегід, кломіфен, а при необхідності — операції в об'ємі клиновидної резекції чи декапсуляції (фенестрації) яєчників з наступним застосуванням антиестрогенів (кломід, кломіфен).

При неплідді, зумовленому наднирниковим генезом, за наявності гірсутизму, лікують призначенням дексаметазону щодоби протягом 6 місяців, в сполученні з кломіфеном.

За наявності імунологічного генезу неплідця — рекомендують штучне запліднення, кондомтерапія 1—2 роки, кріодеструкція епітелію шийки матки.

Крім штучного запліднення, можна використовувати екстракорпоральне запліднення і пересадку в матку зиготи на стадії 3 бластомерів.

Допоміжні методи лікування репродукції.

Метод ШФГП — спільний переніс гамет в маткові труби, де відбувається запліднення.

Метод ЗНФТ — перенесенння зигот в маткові труби.

Мікрометодики:

Часткове руйнування прозорої оболонки яйцеклітини. Субзональне запліднення — сперматозоон вводять під прозору оболонку. ІЦІС — інтроцитоплазматична ін'єкція 1 сперматозоону.

Сурогатне материнство.

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 овоіда 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. Спермальна 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 — $20x10^6$. 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 гіпота-ламо-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 гістеросальпінго-графії, гідротубації чи пертубації. Гістеросальпінгографію краще проводити водними рентгеноконтрастними розчинами (кардіотраст, урографін, ве-рографін, тріобласт). Метод дає можливість оцінити прохідність маткових труб.

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.

ормативною є лапароскопія з використанням хромосальпінгографії метиленовим синім. Цей метод дозволяє найбільш точно оцішіти 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 гістероскопи 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 внутрішньо-маткова 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.

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, церві-кальний, 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 сперміів;
- 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 СЕКСОЛОГІЇ

Сексологія — наука, що вивчає статеве життя людини, як сукупність її тілесних, психічних і соціальних процесів в основі яких лежить, і за допомогою яких задовільняється, статевий потяг.

Сучасна сексологія - мультидисциплінарне поле досліджень, в якому використовуються методи ряду суміжних дисциплін: біології, медицини, психології, статистики, епідеміології, педагогіки, соціології, антропології, а іноді і криміналістики. Вона вивчає розвито сексуальності і розвиток сексуального контакту, включаючи техніку статевих зносин і розлади статевої сфери. Дослідники документують сексуальність самих різних груп суспільства, таких як люди з обмеженими фізичними можливостями, дітей, літніх людей, і випадки сексуальної патології, такі як патологічну одержимість сексом або сексуальні домагання по відношенню до дітей.

Слід зазначити, що сексологія - описує, а не до якої дисципліна. Вона намагається документувати певні аспекти реальності, а не наказувати, яка поведінка буде доречним, етичним чи моральним. Сексологія часто ставала предметом конфліктів між її прихильниками, а також тими, хто вважають, що сексологія зазіхає на сакральні основи людського життя, або тими, хто заперечують, з філософської точки зору, претензії сексологів на об'єктивність і емпіричну методологію.

Етапи розвитку сексуальності:

1. Пренатальний період, коли відбувається диференціація гонад, геніталій, структур мозку.

2. Парапубертальний період (7 – 11 років), коли дитина усвідомлює

статеву приналежність, починає розрізняти стать оточуючих і незмінність статевої приналежності (формування статевого самоусвідомлення).

3. Передпубертальний період (12 – 18 років) – формування платонічного та еротичного лібідо.

4. Перехідний період сексуальності (16 – 26 років) – формування сексуального лібідо та початок сексуального життя.

5.Період зрілої сексуальності (26 – 55 років) – регуляторне статеве життя, входження в смугу умовно-фізіологічного ритму.

6. Інволюційний період (55 – 70 років) – зниження статевої активності, регрес лібідо до рівня платонічного та еротичного.

Сексуальна функція:

1.Статевий потяг (лібідо).

2.Статеве збудження.

3.Оргазм.

Статеві реакції у жінок

Лібідо:

- Попередня підготовка;
- Максимально виражене перед овуляцією;
- Мінімально – перед менструацією;
- Досягає максимуму до 30 років;
- 30-55 років – максимальне;
- З 55 років зменшується;
- Зменшується при хворобах, стресах, перевантаженнях.

Збудження:

Спричинюють сексуальні подразники (пестощі чоловіка):

- Підвищена серцева діяльність, кровообіг;
- Тахіпное;
- Підвищений АТ;
- Набухають молочні залози, соски;
- Збільшується клітор, ВСГ, МСГ;
- Зволожується вхід у піхву;
- Місцевий застій крові піхва звужується.

Оргазм:

- Кульмінація статевого акту;

- Ритмічні скорочення м’язів матки та піхви.

Оргазм буває:

- Кліторний;
- Піхвовий;
- Матковий;
- Промежинний;
- Уретральний;
- Ректальний.

Статеві реакції у чоловіків

До статевих реакцій у чоловіків належать ерекція статевого члена, емісія сперми й секретів додаткових статевих залоз у задні відділи сечівника та еякуляція їх з передніх його відділів.

Ерекція - це збільшення статевого члена, підвищення його пружності, які зумовлені наповненням кров'ю печеристих тіл піл час статевого збудження. Ерекція забезпечує можливість виконання статевого акту.

Ерекція – це рефлекторний акт. Нервові центри розміщені в крижових сегментах SII – SIV. Адекватне подразнення механорецепторів головки статевого члена виникає під час фрикції статевого члена у піхві під час статевого акту.

Завдяки рефлекторному збудження симпатичних волокон скорочуються придаток яєчка сім`явиносно протока, сім`яна пухирці та передміхурова залоза. Унаслідок цього сім`яна рідина викидається у задні відділи сечівника, тобто відбувається емісія сім`яної рідини.

У подальшому, завдяки ритмічним скороченням м`язів, які межують із печеристими та губчастими тілами, а також м`язів тазового дна, сім`яна рідина викидається в передні відділи сечівника та потрапляє у піхву та шийку матки. Цей процес називається еякуляцією.

На рівні таламуса міститься вищий чутливий центр оргазму – пристрасних відчуттів, якими супроводжується еякуляція. На перебіг статевих реакцій значною мірою впливають і психоемоційні фактори, які опосередковуються через кору та лімбічну систему.

Розлади:

- Аноргазмія (10-30%) (причини: ригідність, дисгармонія в сім’ї):

1. Абсолютна;
2. Відносна:

а. Симптоматична;

б. Психогенна;

в. Конституційна.

- Фригідність (зниження статевого потягу) – 12%:

1. Первинна;
2. Вторинна.

- Гіперсексуальність (німфоманія):

1. Молодий вік;
2. Клімакс (гіпоталамус; лімбічна система).

- Фетишизм (сексуальний символізм) – потяг до жіночих предметів;
- Онанізм – самозадоволення (мастурбація);
- Педофілія – статевий потяг до дітей;
- Зоофілія – статевий потяг до тварин;
- Геронтофілія – статевий потяг до людей похилого віку;
- Некрофілія – статевий потяг до трупів;
- Гомосексуалізм:

1. Жіночий
2. Чоловічий

- Трансвестизм – схильність до перевдягання;
- Садизм – спричинювати біль іншому;
- Мазохізм – спричинювати біль самому собі;
- Ексгібіціонізм – демонстрація своїх статевих органів іншим;
- Нарцисизм – любов до самого себе.

Діагностика: гінекологічне, психоневрологічне, ендокринне обстеження.

Методи лікування сексуальних порушень

Практика лікування сексуальних порушень почала бурхливо розвиватися з 60-х років XX сторіччя. За минулий період були розроблені, теоретично обґрунтовані і впроваджені в практику протипоказання до їх застосування, зроблена оцінка ефективності конкретних методів лікування. Динамічний розвиток продовжується, причому темпи її розвитку багато в чому випереджають такі в інших розділах практичної медицини. Настільки стрімкий розвиток можна пояснити наступними причинами: за останні десятиліття на міждисциплінарній основі відбулося формування сексології в самостійну галузь знань; були розроблені і впроваджені в практику нові, спеціальні методи діагностики й удосконалені ті,що були раніше; для лікування сексуальних порушень широко використовуються апробовані методи інших клінічних дисциплін, особливо психотерапії.

Питання сексопатології широко освітлені в ряді літературних джерел, публікації на цю тему містяться також у збірниках наукових праць і в деяких періодичних виданнях. Всі існуючі методи лікування сексуальних порушень

можна розділити на наступні групи: **I. Фармакотерапія**

Медикаментозна терапія переважає в амбулаторному лікуванні і більш ефективна при лікуванні сексуальних порушень, що виникли на органічному тлі. Для цих цілей частіше застосовуються наступні типи лікарських засобів: нейролептики; анестезуючі засоби; психостимулятори й антидепресанти; загальзміцнювальні засоби;гормональні препарати; засоби, що вибірково діють на сексуальну збудливість.

II. Фізіотерапія

Методи фізичного впливу при лікуванні сексуальних порушень переважали в XIX і початку XX століття. Потім вони були невиправдано забуті сексологами і зараз переживають період відродження, що в першу чергу обумовлено появою ряду принципово нових ефективних методів фізіотерапії. Найбільше часто ці методи використовуються в лікуванні сексуальних порушень, що розвилися на органічному тлі, але в цілому ряді випадків вони мають значну ефективність і при лікуванні функціональних сексуальних розладів.

Найбільше вживаними є: електрофорез, імпульсна електротерапія; гідротерапія; термотерапія, грязелікування; магнітотерапія; акупунктура, електроакупунктура, ауриколоакупунктура; вібротерапія, масаж, механотерапія; квантова гамма-терапія.

III.Тренінгові методи

Тренінгові методи - це найбільш розповсюджені в даний час методи психотерапевтичного впливу при лікуванні сексуальних порушень. Їхнє широке поширення обумовлене тим, що вони досить швидко дають позитивний ефект при лікуванні сексуальних розладів функціонального типу, а іноді і при їхньому розвитку на органічному фоні. Існують спеціально розроблені програми застосування тренінгових методів не тільки для лікування сексуальних порушень у конкретного хворого, але і для лікування сексуальних порушень у конкретному партнерському зв'язку. До найбільш популярних тренінгових методів відносяться: програма Мастерса і Джонсона; релаксаційний тренінг; систематична десенсибілізація; аверсійне лікування; наслідування; самоконтроль; тактильний комунікативний тренінг; емоційний тренінг.

IV. Гіпнотерапія

Методи лікування, засновані на вселянні під час гіпнотичного сну. Вони частіше використовуються при лікуванні функціональних сексуальних розладів і сексуальних девіацій. В даний час є спеціальні публікації, у яких висвітлюються питання застосування гіпнозу, спеціально для сексологів організується навчання гіпнотерапії.

V. Психотерапія

Психотерапія охоплює кілька десятків методів впливу на хворого. Найбільше поширення з них у сексологічній практиці одержали методи раціональної психотерапії, негіпнотичної суггестивної психотерапії, психоаналітичні методи, лібротерапія (лікування читанням), музикотерапія, методи медитації. Психотерапевтичний вплив грає найбільш важливу роль у комплексі методів сексологічного лікування, а в багатьох випадках є його єдиною формою.

VI. Партнерська психотерапія

Це найбільше динамічно розвиваючий напрямок лікування сексуальних порушень, що розглядає сексуальні проблеми з перспективи взаємодії між партнерами. Тобто партнерська психотерапія спрямована на лікування партнерського зв'язку як

цілого, а не на лікування двох складових її осіб по окремості.

VII. Групова психотерапія

Даний метод лікування знаходить усе більше визнання і поширення в сексологічній практиці, особливо в країнах Заходу. В основі методу лежить використання в лікувальних цілях динамічних процесів у визначеній групі хворих, що, насамперед, виникають між самими пацієнтами й у меншому ступені - між пацієнтами і лікарями.

Застосування деяких методів, використовуваних для лікування сексуальних порушень, викликає заперечення суспільної думки, в окремих країнах -- конфлікт із чинним законодавством. До цих методів, у тому числі, відносяться і такі демонстрації пацієнтам зображень сексуальної тематики, що можуть бути віднесені до порнографії. Особливе заперечення викликає використання цих методів при одночасному лікуванні партнерської пари чи групи хворих, здійснюваному з залученням засобів техніки.

Однак не тільки широка громадськість, але і більшість сексологів категорично протестують проти використання для «лікування» сексуальних порушень таких нібито «соціально гуманних» методів,

як психохірургія чи фармакологічна кастрація, застосовуваних, наприклад, у відношенні сексуальних злочинців, що приводить до втрати ними лібідо.

Слід зазначити, що вся історія медицини, як в області теоретичної, так і практичної, насичена боротьбою протиріч. Разом з тим розжарення пристрастей в області сексології завжди має особливий характер, тому що дотепер не завжди можна переконливо довести, наскільки той чи інший метод лікування був використаний саме в благо хворого, а не для полегшення задач і життя лікуючого лікаря, чи задоволення інших його особистих потреб. Нам здається, що вибір конкретних методів лікування, якщо він продиктований єдино і винятково добром для хворого, варто залишати на відповідальності лікуючого лікаря, а остаточне слово з цього приводу повинне завжди залишатися за самим пацієнтом. Лікуючий і лікуємий як би знаходяться на різних полюсах лікувального процесу, але при цьому

складають одночасно і єдиний терапевтичний зв'язок, що визначає в остаточному підсумку ефективність проведеного лікування. Саме цим особам і належить право вибору методів досягнення кінцевої мети.

Профілактика: правильне статеве виховання.

Питання для самоконтролю:

1. Які особливості невідкладної контрацепції?
2. Показання до невідкладної контрацепції?
3. Види невідкладної контрацепції (КОК, ЧПК, ВМК), їх характеристика?
4. Способи застосування?
5. Ефективність, побічні дії?
6. Час початку та використання після незахищеного статевого акту?
7. Показання, способи застосування методів невідкладної контрацепції?
8. Добровільна хірургічна стерилізація.
9. Методи стерилізації жінок (перев'язування труб, накладання кілець тощо)?
10. Переваги та недоліки?
11. Методи стерилізації чоловіків (вазектомія)?
12. Переваги та недоліки?
13. Стани, які потребують засобів застереження?
14. Побічні ефекти та їх лікування?
15. Показання до використання методу стерилізації громадян?
16. Класифікація безпліддя?
17. Частота безпліддя?
18. Жіноча безплідність?
19. Класифікація, причини?
20. Як підготувати пацієнтів до якісних і кількісних тестів на імунологічно зумовлене безпліддя?
21. Як підготувати пацієнтку до гормональної кольпоцитодіагностики?
22. Як підготувати пацієнтку до УЗД?
23. Як підготувати пацієнтку до лапароскопії?
24. Дотримання правил техніки безпеки під час проведення лапароскопії?
25. Чоловіча безплідність?
26. Психологічні аспекти безплідності?
27. Основи жіночої сексології?
28. Поняття про фізіологію статевого акту?
29. Гігієна жінки під час менструації та статевого життя?
30. Сексуальні розлади?
31. Лікування сексуальних розладів?
32. Профілактика сексуальних розладів?
33. Визначення поняття «неплідності у шлюбі»?

34. Обстеження подружніх пар?
35. Методи обстеження чоловіків?
36. Методи обстеження жінок, визначення ендокринних, трубних, імунологічних і перитонеальний факторів неплідддя?
37. Методика проведення екстракорпорального запліднення?
38. Найновіші досягнення сучасної репродуктології?

Тести:

1) Пацієнтка А., 26 р., звернулася до жіночої консультації за скаргами на безпліддя протягом останніх 3-х р. Статеве життя без контрацепції. З чого потрібно почати обстеження подружньої пари для уточнення причин безпліддя?

а) Метросальпінгографія;
б) Кольпоскопічне дослідження;
в) Спермограма чоловіка;
г) Кольпоцитологічне дослідження;
д) Лапароскопічне дослідження.

2) Шлюб вважається безплідним, якщо…

а) протягом 6 місяців регулярного статевого життя без застосування контрацептивів дружина не вагітніє;
б) протягом 2 р. не регулярного статевого життя без застосування контрацептивів дружина не вагітніє;
в) протягом 1 р. регулярного статевого життя без застосування контрацептивів дружина не вагітніє.

3) Яке визначення підходить до відносної вагітності?

а) вагітність можлива у разі усунення причин безплідності;
б) відсутність вагітності протягом 1-2 р. регулярного статевого життя без застосування контрацептивів, в анамнезі не має жодної вагітності;
в) можливість вагітності цілком виключена.

4) При якій безплідності призначають гормональні препарати?

а) при ендокринній;
б) при інфекційній патології;
в) при трубній перитонеальній.

5) До причин жіночої безплідності можна віднести:

а) варикоцеле, набута патологія яєчок;
б) аменорея, інфекція придаткових залоз
в) спайковий процес у малому тазі,природжені аномалії статевих органів.

6) Оклюзію маткових труб рекомендують проводити жінкам:

а) які не зовсім упевнені, що хочуть ще мати дітей;

б) в яких немає дітей;
в) стан здоров'я не дозволяє виношувати вагітність.

Задачі:
Задача 1

Молоде подружжя звернулися з приводу безпліддя. Менструальний цикл не порушений. Одружені 2 роки. Чотири роки тому жінці було зроблено штучний аборт, після якого лікувалася з приводу запалення внутрішніх статевих органів. При гінекологічному огляді грубих анатомічних змін не виявлено.

Про яку причину безпліддя йдеться в даному випадку?

Задача 2

Жінці 20 років. Звернулася до гінеколога з приводу безпліддя. Менструації з 16 років, нерегулярні, незначні, не болючі. Статеве життя почала 2 роки тому, після весілля. Під час огляду відмічено явища загального інфантилізму.

Як класифікувати дане порушення репродуктивної системи?
Яка причина безпліддя?

Задача 3

Жінці 20 років. Звернулася до гінеколога наступного дня після зґвалтування.

Який метод контрацепції можна порекомендувати?

Література:

Основна:

Гінекологія: підручник для мед. ВНЗ І—ІІІ рівн. акред. / О.В. Степанківська, М.О. Щербина. — К.: Медицина. — 2010.

Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Бразалій Л.П., Апшай В.Г. Медсестринський процес: Основи сестринської справи та клінічного медсестринства. —К.: Здоров'я, 2001.

Інфекційний контроль у медичних закладах: навч. посіб. / За загальною редакцією І .*Я.* Губенко./ — Черкаси, 2003.

Мороз Л.О. Гінекологія. — К.: Здоров'я, 2002.

Хміль С.В. Медсестринство в гінекології. — Тернопіль: Підручники і посібники, 2006.

С.Хміль,Л.Романчук,З.Кучма «Медсестринство в гінекології» - Т.Укрмедкнига 2000.

Медсестринство в гінекології: навч. посіб. / І.Б. Назарова, А.А. Пісарєв,

О.В. Михайлов. — 2-е вид., переробл. та допов. — К.: ВСВ “Медицина”, 2010.

Хохліч Т.І. Практикум з гінекології. — К.: Здоров’я, 2000.

Додаткова:

Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Бразалій Л.П., Апшай В.Г. Медсестринський догляд за пацієнтом. — К.: Здоров’я, 2000.

Планування сім’ї. Інститут захисту життя. — Львів, 1998.

Методические рекомендации по применению дезинфицирующих средств, разрешенных к применению в Украине. — Одесса, 2005.

Основна

Адамова Г.М., Богатирьова Р.В. та ін. Керівництво по плануванню сім’ї. — К.: “БЛІЦ-ПРИНТ”, 1999. — 256 с.

Венцковський Б.М., Маркін Л.Б. та ін. Планування сім’ї. Медико-соціальні аспекти. — Львів: Фенікс ЛТД, 1994. — 118 с.

Гойда Н.Г., Мойсеєнко Р. та ін. Довідник з питань репродуктивного здоров’я. — К.: Вид-во Раєвського. — 2004. — 128 с.

Назарова І.Б., Посипкіна Н.М. Планування сім’ї — К.: Здоров’я, 2004.— 160 с.

Назарова І.Б., Посипкіна Н.М. Репродуктивне здоров’я та планування сім’ї: Підручник. — К.: Медицина, 2008. — 224 с.

Наказ МОЗ України від 06.07.94 № 121 “Про застосування методів стерилізації громадян”.

Паращук Ю.С. Репродуктивне здоров’я дівчаток-підлітків. — К.: Здоров’я, 2003. — 112 с.

Додаткова

Нагорна А.М., Безпалько В.В. Репродуктивне здоров’я та статеве виховання молоді. — К.: Вид-во Європейського університету, 2004. — 408 с.

Наказ МОЗ України за № 539 від 04.08.2006 р. “Про організацію діяльності служби планування сім’ї та охорони репродуктивного здоров’я в Україні”.

Домашнє завдання:

Назарова І.Б., Посипкіна Н.М. Планування сім’ї — К.: Здоров’я, 2004.— 75 – 82, 89 – 92, 142 – 148 с.

С.Хміль,Л.Романчук,З.Кучма «Медсестринство в гінекології» - Т.Укрмедкнига 2000. — 229 – 237 с.

Інформаційні ресурси

1. “Google”
2. https://chmfc.com.ua/