

МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО
И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ЦЕНТР СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО,
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

У.П. ШУКУРОВА, М.Р. СОБИРОВА

СЕСТРИНСКИЙ УХОД В МАТЕРИНСТВЕ

*Учебное пособие для
профессиональных колледжей*

Издательский дом «ILM ZIYO»
ТАШКЕНТ – 2015

УДК: 618.6.-089.168.1-083.94(075)

ББК 51.1(5У)4

Ш95

Рекомендовано к изданию Советом по координации деятельности научно-методических объединений высшего и среднего специального, профессионального образования

С о с т а в и т е л и:

Шукурова Умида Пулатовна – заместитель директора по учебной работе 1 Республиканского медицинского колледжа;

Собирова Муниса Рихсиевна – старший преподаватель кафедры «Сестринский уход в материнстве» 1 Республиканского медицинского колледжа.

Р е ц е н з е н т ы:

Расулова Маргуба Илхомовна – профессор, доктор медицинских наук кафедры «Акушерство и гинекология» Ташкентского педиатрического медицинского института;

Усманова Холида Анваровна – старший преподаватель кафедры «Сестринский уход в материнстве» Шайхонтохурского медицинского колледжа;

Жураева Дилдора Файзибоевна – старший преподаватель кафедры «Сестринский уход в материнстве» 1 Республиканского медицинского колледжа.

Данное учебное пособие составлено согласно учебной программе и содержит сведения по современной диагностике, сестринском уходе при основных заболеваниях женских половых органов. В пособии представлено описание современных дополнительных методов исследования, позволяющих получить объективную информацию о состоянии организма матери и плода.

Пособие рекомендовано учащимся и преподавателям медицинских колледжей, методистам сестринской практики и широкому кругу медицинских работников.

ISBN 978-9943-16-205-1

© «ILM ZIYO», 2015

© У.П. Шукурова,

М.Р. Собирова, 2015

ПРЕДИСЛОВИЕ

Реформы, проводимые в системе здравоохранения, требуют внедрения новых прогрессивных технологий не только в процессы диагностики и лечения больных, в структуру и содержание медицинского обслуживания пациентов, но и, в первую очередь, в систему подготовки медицинских кадров.

Изменилась концепция сестринского образования. Внесенные изменения направлены на оказание сестринских услуг, ориентированных на нужды пациента.

Основную роль в сестринском процессе играет медицинская сестра, оказывающая сестринские услуги, направленные на стабилизацию здоровья, профилактику заболеваний, работающая в тесном контакте с пациентом с целью оптимального решения проблем здоровья в имеющихся условиях окружающей среды.

В данном учебном пособии представлено описание применяемых в настоящее время дополнительных методов исследования, которые позволяют пересмотреть некоторые положения гинекологии, изложены сведения классического акушерства о физиологическом и осложненном течении беременности и родов, нашли отражение различные аспекты планирования семьи, включающие современные методы контрацепции и вопросы организации сестринского ухода в материнстве.

Все пожелания и предложения по данному учебному пособию будут рассмотрены и приняты во внимание.

Г Л А В А I

ВВЕДЕНИЕ В ПРЕДМЕТ «СЕСТРИНСКИЙ УХОД В МАТЕРИНСТВЕ». ОСНОВЫ СЕСТРИНСКОГО УХОДА В МАТЕРИНСТВЕ

Структура сестринского ухода в материнстве

Сестринский уход в материнстве охватывает женщину и новорожденного не только в период беременности, родов, послеродовой период, но и на протяжении всей жизни, как и другие области сестринского ухода. Охватывая все периоды жизни женщины, сестринский уход в материнстве уделяет большое внимание периоду беременности, родов и послеродовому периоду.

Периоды, охватывающие материнство (объект материнства)



При обучении теории сестринского ухода в материнстве следует осознавать значение беременности, родов и послеродового периода в жизненном цикле женщины.

Что такое материнство? Следует глубоко задуматься о значении материнства, принимая во внимание биологическую сторону, психологическое развитие и социально-культурную сторону, также необходимо рассмотреть физические, психические и социальные особенности материнства с точки зрения сестринского ухода в материнстве.

Биологическое значение становления родителем

Сестринский уход в материнстве акцентирует внимание на сохранении рода (пола и репродукции). С биологической точки зрения, процесс становления родителем – это процесс сохранения рода, так как при этом гены мужчины и женщины передаются следующему поколению.

Значение становления родителем с точки зрения развивающейся психологии следует рассматривать, основываясь на 8 этапах человеческой жизни по Эриксону.

Психосоциальные задачи человека Эриксон разделяет на первые четыре стадии:

- первая стадия (доверие – недоверие);
- вторая стадия (самостоятельность – нерешительность);
- третья стадия (предприимчивость – чувство вины);
- четвертая стадия (умелость – неполноценность).

Следовательно, с подросткового периода непрерывно продолжают остальные четыре этапа:

- пятая стадия (идентификация личности – путаница ролей);
- шестая стадия (близость – одиночество);
- седьмая стадия (общечеловечность – самопоглощенность);
- восьмая стадия (цельность – безнадежность).

Человек, проходя вышеизложенные стадии, достигает саморазвития.

Социально-культурное значение становления родителем заключается в рождении детей и сохранении потомства для следующего поколения.

В международном стандарте в концепции репродуктивного здоровья и права говорится о том, что количество и время рождения детей должно зависеть от партнеров или от желания женщины. С другой стороны, в Узбекистане существуют свои уникальные традиции и взгляды на семью.

Понятие о материнстве

Материнство – это обобщенное название врожденных природных материнских чувств женщины.

Материнство – это забота матери о ребенке – защита, любовь, способность понимать душу ребенка. Основными факто-

рами осознания материнства считаются вскармливание материнским молоком и заботы по воспитанию ребенка).

Развитие материнских чувств начинается с грудного периода, когда приобретаются доверительные отношения между матерью и ребенком. Поведение родителей, воспитание, кормление – все это оказывает сильное влияние на осознание материнства. Говорят, что материнство передается из поколения в поколение, и если мать сама в младенчестве была окружена достаточной любовью, заботой, то она передаст всю полученную заботу, воспитание и любовь детям.

В основном в узбекских семьях в одной семье проживает по несколько поколений. У детей с раннего возраста воспитывается чувство уважения по отношению к матери и женщинам. Когда в семье рождается ребенок, ответственность за его воспитание и будущее возлагается на всех членов семьи. Девочек воспитывают в духе уважения к старшим, к будущему мужу, у них формируется чувство ответственности и заботы. В семье глубоко уважают и почитают мать.

Существует 3 основных взгляда на материнство: это инстинктивное, врожденно-развивающееся и промежуточное чувство. Все эти 3 взгляда оказывают влияние на культуру, политику и экономику. Материнство – это инстинкт, которым одарена женщина. Женщина, забеременев, рождает ребенка, воспитывает, и в процессе воспитания сталкивается с людьми, которые окружают ребенка, все чувства, связанные с ребенком – это врожденно-развивающиеся взгляды. Промежуточный взгляд меняется со временем, это те изменения, которые происходят в материнстве в период беременности, родов, воспитания ребенка и влияют на качество жизни женщины.

Для формирования материнского инстинкта очень важна помощь отца ребенка и других окружающих людей. Фактически женщина не одарена материнским инстинктом с момента ее рождения, а после рождения появление материнского инстинкта зависит от воспитания, окружающей среды и образования.

Отец – духовная опора, глава семьи. Издревле в Узбекистане отцы считались почитаемыми членами семьи. Слово отца имеет решающее значение. Отцовская роль предполагает ответственность за воспитание детей, и прежде всего – сына.

Традиционно в обществе труд отцов был всегда на виду, что являлось основой роста их авторитета. Отец был главой семьи, человеком, который принимал важные решения, советовал, руководил, потому что из всех членов семьи он был наиболее умелым, опытным. Для нашей культуры не характерно было внешнее проявление любви, нежности отца к ребенку. Редко можно было увидеть на прогулке папу за руку с сыном – чаще они шли рядом, как будто папа просто сопровождал ребенка. Отцы редко позволяли себе обнять, посадить на колени, похвалить ребенка в присутствии своих родителей, из-за уважения к ним. На сегодняшний день отец имеет более близкие отношения с ребенком и наряду с матерью активно участвует в его воспитании.

Материнство развивается в тесной связи ребенка и семьи. С другой стороны, с развитием материнства формируются отношения матери и ребенка, с ростом и развитием ребенка углубляются семейные отношения.

Теория привязанности J. Bowlby говорит о том, что у новорожденного ребенка с момента рождения подсознательно закрепляется контакт с матерью. Этот контакт или же привязанность отражается в виде следующих поведенческих действий: улыбка, сосание, взгляд прямо в глаза, обнимание, плач (крик).

Объект сестринского ухода в материнстве – это люди (население) с высоким уровнем здоровья, которые самостоятельно могут контролировать свое здоровье и способны улучшить его.

Профилактика нарушений репродуктивной функции и гинекологических заболеваний в значительной мере зависит от общих мероприятий по охране здоровья детей. В число этих мероприятий входит предупреждение, своевременная диагностика и правильное лечение заболеваний и функциональных нарушений половой системы, которые иногда возникают у детей и подростков. Изучение проблем гинекологии детского и подросткового возраста и внедрение в практику научных достижений в данной области вызвали необходимость специальной подготовки врачей для оказания лечебно-профилактической помощи детям при заболеваниях и нарушениях половой системы. Такая подготовка в данной области была введена в Узбекистане с 1992 года.

В последние годы большое внимание уделяется концепции «Репродуктивное здоровье и право». Эта концепция является широким понятием для сестринского ухода в материнстве, так как в ней большое внимание уделяется охране здоровья материнства и детства.

В Узбекистане, как и во всех других странах мира, существуют проблемы здоровья семьи, матери и ребенка. Исходя из статистических данных и исследований, проведенных в этой области, необходимо определить роль сестринского ухода для решения существующих проблем, так как мать является центральной фигурой в семье.

Предстоит глобальная задача по реализации сестринского ухода в сочетании репродуктивного здоровья, прав человека и государственной этики.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Что является объектом сестринского ухода в материнстве?
2. Расскажите о позиции сестринского ухода в материнстве.
3. Что такое репродуктивное здоровье?
4. Что включает в себя охрана репродуктивного здоровья?
5. Расскажите о стадиях психосоциальных задач человека по Эриксону.
6. Расскажите о системе оказания профилактической и лечебной помощи при гинекологических заболеваниях у детей и подростков.

Г Л А В А П

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРОВ. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Санитарно-просветительская работа является неотъемлемой частью разносторонней деятельности семейных поликлиник, акушерско-гинекологических учреждений и перинатальных центров. Задачи санитарно-просветительской работы: предупреждение и устранение гинекологической заболеваемости, укрепление здоровья женщины во все периоды её жизни, обеспечение благоприятного исхода беременности и родов для матери и ребенка, борьба с абортами и активное ведение пропаганды контрацепции.

Формы санитарно-просветительской работы разнообразны: беседы и лекции, использование плакатов и брошюр, организация выставок. Тематика и формы санитарно-просветительской работы определяются врачами акушерско-гинекологических учреждений с учетом основных задач, которые в данное время являются наиболее важными.

Структура, поддерживающая охрану здоровья материнства и детства

Охрана здоровья матери и детей – залог сохранения и укрепления здоровья населения страны в целом. Немаловажную роль в сохранении и приумножении здоровья женщин и детей играет специально созданная структура в системе здравоохранения – система охраны материнства и детства. Медицинская помощь женщинам и детям, направленная на профилактику и оказываемая в специальных амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях, позволяет осуществить первичную профилактику нарушений в состоянии здоровья женщины, особенно в период беременности и родов, сократить число отклонений в развитии и состоянии здоровья ребенка. Важное звено в общей системе охраны

материнства и детства – акушерско-гинекологическая служба (включая медсестру и акушерку), которая предназначена для обеспечения охраны здоровья женщин, а также детей в ante-, intra- и постнатальном периодах. Эти услуги осуществляются в поликлиниках, в сельских врачебных пунктах, в акушерско-гинекологических комплексах, в женских консультациях и в других учреждениях.

Первичное здравоохранение – это семейная поликлиника, которая является лечебно-профилактическим учреждением диспансерного типа, выполняющим амбулаторно-поликлиническое наблюдение за женщинами во все периоды их жизни. Профилактическая и лечебная работа первичного звена направлена на охрану здоровья матери и ребенка путем оказания квалифицированной амбулаторной акушерско-гинекологической помощи вне беременности, в период беременности и в послеродовом периоде.

Задачи семейных поликлиник:

- оказание помощи во всех периодах жизненного цикла женщины;
- оказание акушерской помощи женщинам во время беременности и в послеродовом периоде, подготовка к беременности и родам, грудному вскармливанию;
- оказание амбулаторной помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями;
- обеспечение консультирования и услуг по планированию семьи, профилактика абортов, заболеваний, передаваемых половым путём, внедрение современных методов контрацепции;
- оказание акушерско-гинекологической помощи в условиях специализированного приёма, дневного стационара;
- совершенствование организационных форм, направленных на повышение качества и эффективности лечебно-диагностического процесса;
- выполнение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий для обеспечения безопасности персонала и пациентов, предотвращения распространения инфекций;
- проведение мероприятий по повышению знаний, санитарной культуры населения в области охраны репродуктивного здоровья;

- своевременная госпитализация женщин, нуждающихся в стационарном лечении;
- экспертиза нетрудоспособности при гинекологических заболеваниях;
- диспансерное наблюдение за гинекологическими больными;
- диспансерное наблюдение за беременными женщинами;
- охрана репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста, профилактика аборт и др.

Перинатальные центры, акушерско-гинекологические учреждения, больницы общего профиля (родильные дома)

Задачи учреждений, оказывающих больничную акушерско-гинекологическую помощь: оказание стационарной квалифицированной медицинской помощи женщинам в период беременности, при родах, в послеродовом периоде, при гинекологических заболеваниях, а также оказание квалифицированной медицинской помощи и уход за новорожденными во время пребывания их в акушерском стационаре.

Современный родильный дом должен включать в себя мощную амбулаторно-поликлиническую базу многопрофильного характера, службу реанимации и интенсивной терапии, отделение первого этапа выхаживания новорожденных, отделение патологии беременных, гинекологическое отделение, выездные бригады специализированной помощи.

Акушерский стационар состоит из приёмного отделения, родильного, послеродового и отделения новорожденных, а также отделения патологии беременных. Гинекологический стационар функционирует в составе родильных домов и предназначен для стационарного лечения гинекологических больных – как хирургического, так и консервативного.

Центры здоровья матери и ребёнка рассчитаны на все категории женщин и мужчин, на подростков в период полового созревания. Основные методы работы: оказание акушерско-гинекологической помощи и консультация в условиях специализированного приёма, санитарно-просветительская помощь. В центрах работают акушеры-гинекологи, сексологи, сексопатологи, андрологи, психологи. Центр решает проблемы семьи. Сюда может прийти не только женщина, но и семейная пара, подросток, мужчина. Специалисты Центра ведут большую санитарно-просветительскую работу, читают

лекции, средние медицинские работники проводят беседы в школах, средних специальных учебных заведениях, вузах, на промышленных предприятиях, в учреждениях. Медицинские работники участвуют в половом воспитании и сексуальном образовании детей и подростков, что помогает сохранить их здоровье, подготовить к будущей семейной жизни и воспитать чувство ответственного родителя.

Основные принципы организации акушерско-гинекологической службы в Узбекистане: общедоступность, бесплатность, стопроцентный охват всех нуждающихся в этой помощи, профилактическая направленность, систематическое повышение качества медицинской помощи в соответствии с современными достижениями науки.

Основная цель акушерско-гинекологической службы – сохранение репродуктивного здоровья населения, профилактика абортов и рождение здоровых детей. Задача акушерско-гинекологической службы – забота о всемерном укреплении здоровья женщины во все периоды жизни.

Роль медсестры в области охраны материнства и детства

Деятельность медицинской сестры в области охраны материнства и детства должна быть направлена на сохранение здоровья, репродуктивной функции женщины, на планирование семьи. Объектом деятельности медицинской сестры является женщина, ее семья и общество.

Медицинская сестра, осуществляя сестринский процесс в акушерстве и гинекологии, оказывает лечебно-профилактическую помощь женщинам и семье в различные периоды их жизни, осуществляет наблюдение, обследование, реабилитацию гинекологических больных, обеспечивает уход и необходимую помощь при акушерской и гинекологической патологии.

Медицинская сестра выполняет роль советчика, наставника, помощника по отношению к женщине и ее семье. Она должна осуществлять все этапы сестринского процесса: проводить первичную оценку, выявлять проблемы пациентки, планировать сестринскую деятельность, осуществлять запла-

нированный уход, проводить текущую и итоговую оценку результатов ухода.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Что является задачей санитарно-просветительской работы?
2. Роль медсестры в области охраны материнства и детства.
3. Расскажите о работе семейных поликлиник.
4. Расскажите о структурах, поддерживающих охрану здоровья материнства и детства.
5. Основные принципы организации акушерско-гинекологической службы в Узбекистане.
6. Расскажите об основной цели акушерско-гинекологической службы.

Г Л А В А Ш

АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Половые органы женщины по своему анатомическому строению подразделяются на *внутренние* и *наружные*. Своеобразной границей между ними и внутренними половыми органами является девственная плева.

Строение и функция наружных половых органов

Лобок (*mons*) – характерное возвышение на передней брюшной стенке женщины, располагается ниже уровня пупка на 10–12 см. Лобок является самым низко расположенным участком передней брюшной стенки. Отличительной чертой данного образования является большое скопление подкожной жировой клетчатки. Лобковая область плавно переходит в половые губы, расположенные ещё ниже лобка. Оволосение лобка может быть двух видов: по мужскому типу и по женскому типу.

Большие половые губы являются парным органом. Они представляют собой две кожные складки, кожа которых, как лобок, после периода полового созревания покрыта волосным покровом. По своей структуре большие половые губы представлены соединительной тканью, плюс ко всему в их составе присутствуют жировая клетчатка и венозные сплетения, а также потовые и сальные железы. Внутренняя поверхность больших половых губ очень нежная, похожа на слизистую оболочку и не имеет волос. В глубине больших половых губ сзади располагаются большие железы преддверия – бартолиновы железы.

Малые половые губы – вторая пара продольных кожных складок. Спереди они раздваиваются и образуют две пары ножек. Передняя пара соединяется над клитором, задняя – под ним.

Клитор – небольшое конусовидное образование, состоящее из двух слившихся пещеристых тел. Клитор обильно снабжен

сосудами и нервами. Благодаря наличию всех этих образований клитор является органом полового чувства.

Преддверие влагалища – пространство, ограниченное спереди клитором, сзади – задней спайкой половых губ, с боков – внутренней поверхностью малых половых губ. В центре расположен вход во влагалище, который до начала половой жизни окружен девственной плевой. В преддверие влагалища раскрывается проток бартолиновых желез, которые находятся на границе между большими и малыми половыми губами. Секрет способствует разжижению спермы.

Мочепускательный канал (уретра) – его наружное отверстие расположено на 2–3 см кзади от клитора. Длина его у женщин составляет 3–4 см.

Девственная плева является соединительнотканной перепонкой, которая отделяет внутренние половые органы женщины от наружных. Девственная плева снаружи покрыта многослойным плоским эпителием.

Молочные железы (таттае) – парный орган, развитие которого происходит в период полового созревания. Железа состоит из паренхимы и стромы. Паренхима имеет дольчатое строение. Дольки (всего 15–20) имеют выводные протоки, связанные с мелкими протоками множества альвеол, выстланных секреторным эпителием. Каждый проток имеет расширенные (сборительные) цистерны в проекции околососкового кружка и выходит на поверхность соска самостоятельно. Строма представлена соединительной тканью с включениями жира и

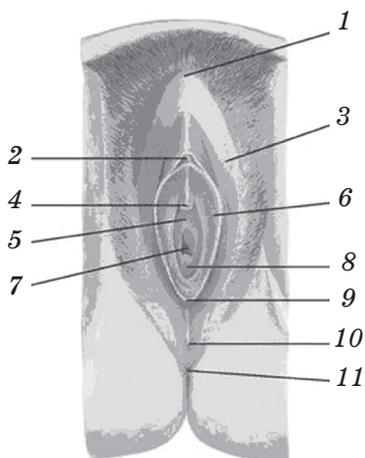


Рис. 1. Наружные половые органы: 1 – передняя спайка губ; 2 – клитор; 3 – большая половая губа; 4 – наружное отверстие мочеиспускательного канала; 5 – преддверие влагалища; 6 – малая половая губа; 7 – отверстие влагалища; 8 – девственная плева; 9 – уздечка половых губ; 10 – задняя спайка губ; 11 – отверстие заднего прохода.

волокон. Вся молочная железа покрыта кожей и пигментирована в области соска и ореолы. Сосок обычно цилиндрической формы, реже – плоский и вытянутый. В нем располагается большое количество нервных рецепторов и гладких мышечных волокон. Полного развития железа достигает в период половой зрелости. У пожилых женщин железа претерпевает жировое перерождение. Кровоснабжение молочной железы происходит из одноименной артерии и ветвей подмышечной артерии.

В целях профилактики онкологических заболеваний акушерке рекомендуется обследовать молочные железы при каждом общении с женщиной, проводить санитарно-просветительскую работу по самостоятельному обследованию молочных желез.

Строение и функции внутренних половых органов

Влагалище – представляет собой мышечно-фиброзный орган в виде трубки длиной около 10 см. Влагалище достаточно хорошо растяжимо и подвижно. Оно состоит из трех оболочек:

- наружная – плотная соединительная ткань;
- средняя – тонкие мышечные волокна;
- внутренняя – слизистая оболочка, покрытая многочисленными поперечными складками.

Во влагалище располагается палочка Дедерлайна. Содержимое влагалища имеет кислую реакцию вследствие наличия молочной кислоты, которая образуется из гликогена (находится в слизистой оболочке влагалища) под влиянием продуктов жизнедеятельности влагалищных бацилл. Молочная кислота губит патогенные микробы, попадающие во влагалище из внешней среды. Таким образом, у здоровой женщины происходит процесс самоочищения влагалища, имеющий важное биологическое значение. Сохраняется нормальная кислотность влагалища (рН 4,2–5,0).

В соответствии с характером микробной флоры различают четыре степени чистоты влагалища:

- *первая степень* – чистая культура толстой неподвижной грамположительной палочки (Дедерлейна) и клетки плоского эпителия;
- *вторая степень* – наряду с влагалищной палочкой Дедерлейна имеются единичные лейкоциты и много эпители-

альных клеток (I и II степени частоты считаются нормальными);

- *третья степень* – обилие лейкоцитов, почти отсутствует влагалищная палочка, присутствуют различные кокки (кишечная палочка, энтерококк, стафилококк, гемолитический стрептококк). Реакция слабощелочная;

- *четвертая степень* – влагалищная палочка полностью вытеснена гонорейной флорой, обилие лейкоцитов – гнойный секрет, появляются трихомонады. Реакция слабощелочная.

Матка – имеет грушевидную форму длиной 8 см, в ней 4 отдела: 2/3 составляет тело, 1/3 часть – шейка, между шейкой и телом находится перешеек. Телом матки называют верхнюю, наиболее массивную часть. Куполообразно возвышающаяся часть тела, располагающаяся выше линий прикрытия прикрепления маточных труб, называется дном матки.

Шейка матки – имеет цилиндрическую форму. В шейке проходит цервикальный канал, который имеет наружное и внутреннее отверстие. Наружный зев имеет круглую или овальную форму у нерожавших и щелевидную форму у рожавших. Полость матки имеет форму треугольника, основанием кверху, боковые углы переходят в маточные трубы, а вершина – в цервикальный канал. Секрет желез матки представляет чистую, прозрачную слизь, которая заполняет цервикальный канал как пробка. В слизистой оболочке тела матки существуют два слоя: функциональный и базальный. Матка является плодовместилищем, к функциональному слою слизистой матки прикрепляется оплодотворенная яйцеклетка.

Маточные трубы – имеют длину 10–12 см, просвет 0,5–1 миллимикрон, на конце трубы – воронка, заканчивающаяся фимбриями. Труба имеет 3 отдела. Интерстициальная часть – в толще стенки матки, перешеечная (истимическая) – средний отдел и ампулярная – конечный отдел (воронка). Слизистая оболочка маточных труб покрыта однослойным цилиндрическим мерцательным эпителием, реснички которого мерцают в одну сторону матки. В ампулярном отделе трубы происходит оплодотворение.

Яичники имеют миндалевидную форму, их длина – 3,5–4 см, ширина – 2–2,5 см, толщина – 1–1,5 см, вес – 8 г. Яичник вставлен одним краем в задний листок широкой маточной связки, вся остальная поверхность яичника брюшиной не покрыта.

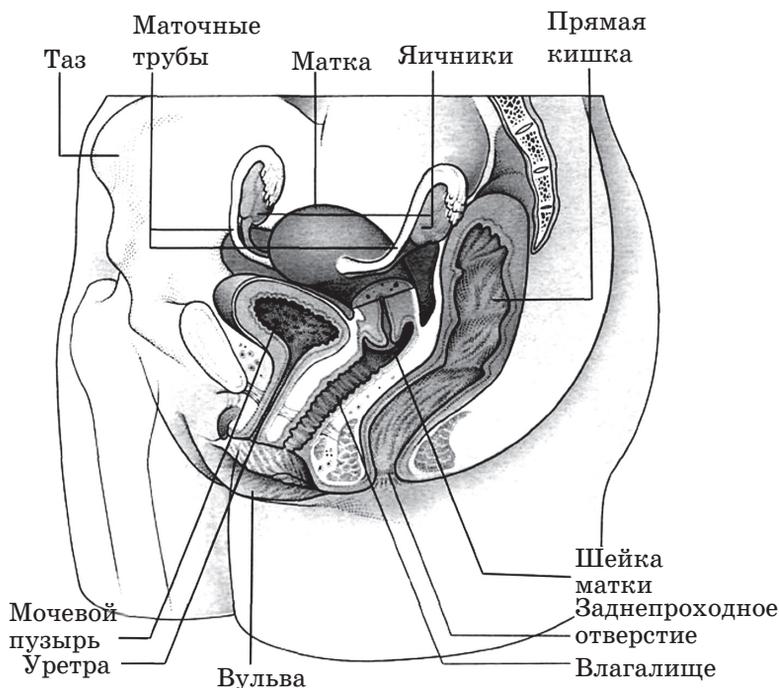


Рис. 2. Внутренние половые органы

Различают зародышевый эпителий, белочную оболочку, корковый слой, мозговой слой. Яичник вырабатывает яйцеклетку и гормоны. В яичнике различают: две поверхности – внутреннюю, обращенную в сторону брюшной полости, и наружную, обращенную к стенке таза; два конца – маточный и трубный, прилегающий к воронке трубы; два края – выпуклый свободный и брыжеечный.

Связочный аппарат внутренних женских половых органов

Положение в малом тазе матки и яичников, а также влагалища и смежных органов зависит главным образом от состояния мышц и фасций тазового дна, а также от состояния связочного аппарата матки. В нормальном положении матку с маточными трубами и яичники удерживают подвешивающий аппарат (связки), закрепляющий аппарат (связки, фиксирующие подвешенную матку), опорный, или поддерживающий, аппарат (тазовое дно).

Подвешивающий аппарат внутренних половых органов включает следующие связки:

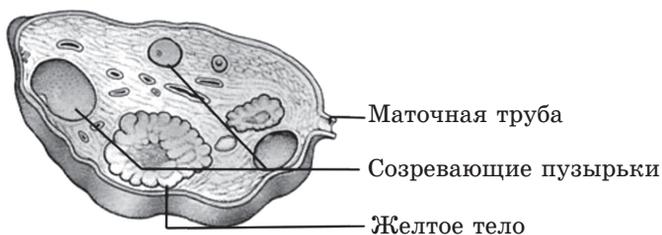


Рис. 3. Строение и функция яичников

- **Круглые связки матки (ligg. teres uteri).** Они состоят из гладких мышц и соединительной ткани, имеют вид шнуров длиной 10–12 см. Эти связки отходят от углов матки, идут под передним листком широкой связки матки к внутренним отверстиям паховых каналов. Пройдя паховый канал, круглые связки матки веерообразно разветвляются в клетчатке лобка и больших половых губ. Круглые связки матки притягивают дно матки кпереди (наклонение кпереди).

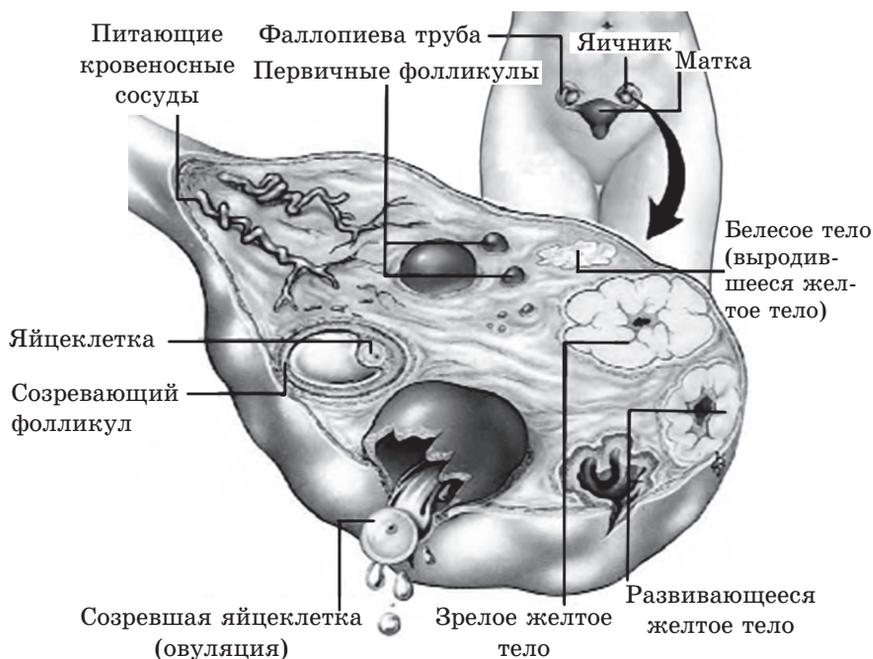


Рис. 4. Расположение, строение и функция яичников

- Широкие связки матки (ligg. latae uteri). Это дубликатура брюшины, идущая от ребер матки до боковых стенок таза. В верхних отделах широких связок матки проходят маточные трубы, на задних листках расположены яичники, между листками – клетчатка, сосуды и нервы.

- Собственные связки яичников (ligg. ovarii proprii, s. ligg. suspensorii ovarii), начинаются от дна матки сзади и ниже места отхождения маточных труб и идут к яичникам.

- Связки, подвешивающие яичники, или воронкотазовые связки (ligg. suspensorium ovarii, s. infundibulopelvicum), являются продолжением широких маточных связок, идут от маточной трубы до стенки таза.

Закрепляющий аппарат матки представляет собой соединительнотканые тяжи с примесью гладкомышечных волокон, которые идут от нижнего отдела матки:

а) к переду – к мочевому пузырю и далее к симфизу (lig. pubovesicale, lig. vesicouterinum); к боковым стенкам таза – основные связки (lig. cardinal);

б) к заду – к прямой кишке и крестцу (lig. sacrouterinum).

Крестцово-маточные связки отходят от задней поверхности матки в области перехода тела в шейку, охватывают с обеих сторон прямую кишку и прикрепляются на передней поверхности крестца. Эти связки притягивают шейку матки к заду.

Опорный, или поддерживающий, аппарат составляют мышцы и фасции тазового дна. Тазовое дно имеет огромное значение в удержании внутренних половых органов в нормальном положении. При повышении внутрибрюшного давления шейка матки опирается на тазовое дно, как на подставку; мышцы тазового дна препятствуют опусканию вниз половых органов и внутренностей. Тазовое дно образовано кожей и слизистой оболочкой промежности, а также мышечно-фасциальной диафрагмой.

Промежность (perineum) – это ромбовидная область между бедрами и ягодицами, где находятся мочеиспускательный канал, влагалище и заднепроходное отверстие. Спереди промежность ограничена лобковым симфизом, сзади – концом копчика, латерально-седалищными буграми. Кожа ограничивает промежность снаружи и снизу, а диафрагма таза

(тазовая фасция), образованная нижней и верхней фасциями, ограничивает промежность глубоко сверху.

Тазовое дно с помощью воображаемой линии, соединяющей два седалищных бугра, разделяют анатомически на две треугольные области: спереди – мочеполая область, сзади – анальная область. В центре промежности между заднепроходным отверстием и входом во влагалище имеется фиброзно-мышечное образование, называемое сухожильным центром промежности. Этот сухожильный центр является местом прикрепления нескольких групп мышц и фасциальных слоев.

Кровоснабжение, лимфоотток и иннервация половых органов

Кровоснабжение наружных половых органов в основном осуществляется внутренней половой (срамной) артерией и лишь частично – веточками бедренной артерии.

Внутренняя половая артерия (a.pudenda interna) является главной артерией промежности. Она представляет собой одну из ветвей внутренней подвздошной артерии (a.iliaca interna). Покидая полость малого таза, она проходит в нижней части большого седалищного отверстия, затем огибает седалищную ость и идет по боковой стенке седалищно-ректальной ямки, поперечно пересекая малое седалищное отверстие.

Наружная (поверхностная) половая артерия (r.pudenda externa, s.superficialis) отходит от медиальной стороны бедренной артерии (a.femoralis) и кровоснабжает переднюю часть больших половых губ. Наружная (глубокая) половая артерия (r.pudenda externa, s.profunda) также отходит от бедренной артерии, но более глубоко и дистальнее. Пройдя широкую фасцию на медиальной стороне бедра, она входит в латеральную часть большой половой губы. Ее ветви переходят в передние и задние лабиальные артерии.

Вены, проходящие через промежность, являются в основном ветвями внутренней подвздошной вены. Большей частью они сопровождают артерии. Исключение составляет глубокая дорсальная вена клитора, которая отводит кровь из эректильной ткани клитора через щель ниже лобкового симфиза в венозное сплетение вокруг шейки мочевого пузыря. Наружные половые вены отводят кровь от большой половой

губы, проходя латерально и входя в большую подкожную вену ноги.

Кровоснабжение внутренних половых органов осуществляется в основном из аорты (система общей и внутренней подвздошной артерий).

Основное кровоснабжение матки обеспечивается маточной артерией (a uterina), которая отходит от внутренней подвздошной (подчревной) артерии (a iliaca interna).

Восходящая ветвь маточной артерии подходит к маточной трубе, поворачивая латерально в ее верхней части, и разделяется на трубную и яичниковую ветви. Трубная ветвь идет латерально в брыжейке маточной трубы (mesosalpinx). Яичниковая ветвь направляется к брыжейке яичника (mesovarium), где она анастомозирует с яичниковой артерией, отходящей непосредственно от аорты.

Яичники кровоснабжаются из яичниковой артерии (a. ovarica), отходящей от брюшной аорты слева, иногда от почечной артерии (a. renalis). В кровоснабжении влагалища, кроме маточной и половой артерий, участвуют также ветви нижней мочепузырной и средней прямокишечной артерий. Артерии половых органов сопровождаются соответствующими венами.

Лимфатическая система половых органов состоит из густой сети извилистых лимфатических сосудов, сплетений и множества лимфатических узлов. Лимфатические пути и узлы располагаются преимущественно по ходу кровеносных сосудов.

Лимфатические сосуды, отводящие лимфу от наружных половых органов и нижней трети влагалища, идут к паховым лимфатическим узлам. Лимфатические пути, отходящие от средней верхней трети влагалища и шейки матки, идут к лимфатическим узлам, располагающимся по ходу подчревных и подвздошных кровеносных сосудов.

В иннервации половых органов женщины участвуют симпатическая и парасимпатическая части вегетативной нервной системы, а также спинномозговые нервы.

Симпатические и парасимпатические волокна, отходящие от маточно-влагалищного сплетения, иннервируют влагалище, матку, внутренние отделы маточных труб, мочевого пузыря.

Яичники иннервируются симпатическими и парасимпатическими нервами из яичникового сплетения (plexus ovaricus).

Наружные половые органы и тазовое дно в основном иннервируются половым нервом (n.pudendus).

Строение и функция женского таза

Таз состоит из 4-х костей: из двух тазовых (седалищной, лобковой и подвздошной), копчиковой и крестцовой костей. Между собой кости крепко соединены сочленениями разного строения с помощью хряща. Костный таз в верхнем отделе открыт вперед, эту часть называют большим тазом. Большой малый таз разделяет плоскость, определяемую спереди верхним краем симфиза и лобковых костей, с боков – дугоподобными линиями подвздошной кости, сзади – крестцовым выступом. Нижняя часть костного таза является замкнутым костным образованием, которое носит название малого таза.

Таз женщины образует родовой канал, по которому продвигается рождающийся плод.

Большой таз – широкий и объемный, и в то же время менее глубокий, кости более гладкие и тонкие. Функционально женский таз представляет собой прочноеместилище для внутренних половых органов женщины.

Плоскость между малым и большим тазом является входом в малый таз. Выход из таза закрыт мощным мышечно-фасциальным слоем, который называется тазовым дном.

Большой таз для рождения ребенка существенного значения не имеет. Костную основу родового канала, представляющего препятствие рождающемуся плоду, составляет малый таз. Однако по размерам большого таза можно косвенно судить о форме и величине малого таза. Внутреннюю поверхность большого и малого таза выстилают мышцы.

Полостью малого таза называется пространство, заключенное между стенками таза, сверху и снизу ограниченное плоскостями входа и выхода таза. Она имеет вид цилиндра, усеченного спереди назад, причем передняя часть, обращенная к лону, почти в 3 раза ниже задней, обращенной к крестцу. В связи с такой формой полости малого таза различные ее отделы имеют неодинаковую форму и размеры. Этими отделами являются воображаемые плоскости, проходящие через опознавательные пункты внутренней поверхности малого таза. В малом тазе различают следующие плоскости: плоскость входа, плоскость широкой части, плоскость узкой части и плоскость выхода.

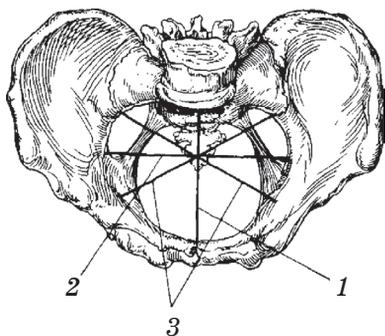


Рис. 5. Размеры плоскости входа в малый таз

- 1 – прямой размер;
- 2 – поперечный размер;
- 3 – косые размеры.

от середины верхнего края лонной дуги до той же точки мыса; она на 0,2–0,3 см длиннее истинной конъюгаты.

Поперечный размер – расстояние между наиболее отдаленными точками безымянных линий противоположных сторон. Он равен 13,5 см. Этот размер пересекает под прямым углом истинную конъюгату эксцентрично, ближе к мысу.

Косые размеры – правый и левый. Правый косой размер идет от правого крестцово-подвздошного сочленения до левого подвздошно-лонного бугорка, а левый косой размер – соответственно от левого крестцово-подвздошного сочленения до правого подвздошно-лонного бугорка. Каждый из этих размеров равен 12 см.

Как видно из приведенных размеров, плоскость входа имеет поперечноовальную форму.

Плоскость широкой части полости малого таза проходит спереди через середину внутренней поверхности лонной дуги, с боков – через середину гладких пластинок, расположенных под ямками вертлужных впадин (*lamina acetabuli*), и сзади – через сочленение между II и III крестцовыми позвонками.

В *плоскости широкой части* различают следующие размеры:

Прямой размер – от середины внутренней поверхности лонной дуги до сочленения между II и III крестцовыми позвонками; он равен 12,5 см.

Плоскость входа в малый таз проходит через верхне-внутренний край лонной дуги, безымянные линии и вершину мыса. В плоскости входа различают следующие размеры:

Прямой размер – кратчайшее расстояние между серединой верхневнутреннего края лонной дуги и самой выдающейся точкой мыса. Это расстояние называется истинной конъюгатой (*conjugata vera*); она равняется 11 см. Принято также различать и *анатомическую конъюгату* – расстояние

Поперечный размер, соединяющий наиболее отдаленные точки пластинок вертлужных впадин той и другой стороны, равен 12,5 см.

Плоскость широкой части по своей форме приближается к кругу.

Плоскость узкой части полости малого таза проходит спереди через нижний край лонного сочленения, с боков – через седалищные ости, сзади – через крестцово-копчиковое сочленение.

В плоскости *узкой части* различают следующие размеры:

Прямой размер – от нижнего края лонного сочленения к крестцово-копчиковому сочленению. Он равен 11 см.

Поперечный размер – между внутренней поверхностью седалищных остей. Он равен 10,5 см.

Плоскость выхода малого таза, в отличие от других плоскостей малого таза, состоит из двух плоскостей, сходящихся под углом по линии, соединяющей седалищные бугры. Она проходит спереди через нижний край лонной дуги, по бокам – через внутренние поверхности седалищных бугров и сзади – через верхушку копчика.

В плоскости выхода различают следующие размеры.

Прямой размер – от середины нижнего края лонного сочленения до верхушки копчика. Он равен 9,5 см. Прямой размер благодаря некоторой подвижности копчика может удлиняться по прохождении головки плода на 1–2 см и достигать 11,5 см.

Поперечный размер – между наиболее отдаленными точками внутренних поверхностей седалищных бугров. Он равен 11 см.

Все прямые размеры плоскостей малого таза сходятся в области лонного сочленения, в области же крестца расходятся. Линия, соединяющая середины всех прямых размеров плоскостей малого таза, представляет собой дугу, вогнутую спереди и выпуклую сзади. Эта линия называется *проводной осью малого таза*. Прохождение плода по родовому каналу совершается по этой линии.

Отличия женского таза от мужского:

- кости женского таза более тонкие, гладкие и менее массивные, чем кости мужского таза;
- женский таз ниже, шире и больше в объеме;
- крестец у женщин шире и не так сильно вогнут, как в мужском тазу;

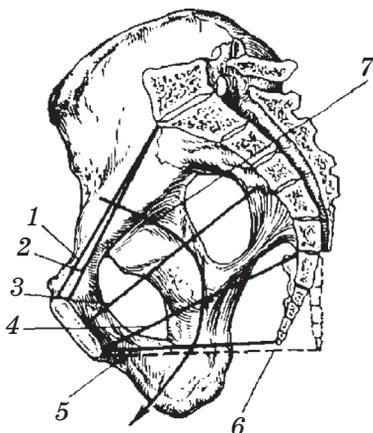


Рис. 6. Женский таз
(сагиттальный срез)

1 – анатомическая конъюгата; 2 – истинная конъюгата; 3 – прямой размер плоскости широкой части полости малого таза; 4 – прямой размер плоскости узкой части полости малого таза; 5 – прямой размер выхода малого таза при обычном положении копчика; 6 – прямой размер выхода малого таза при отогнутом кзади копчике; 7 – проводная ось таза.

- крестцовый мыс у женщин выступает вперед меньше, чем у мужчин;
- симфиз женского таза короче и шире;
- вход в малый таз у женщины обширнее, форма входа поперечно-овальная, с выемкой в области мыса; вход в мужской таз напоминает карточное сердце в связи с более резким выступом мыса;
- полость малого таза у женщин обширнее, по своим очертаниям приближается к цилиндру, изогнутому кпереди; полость мужского таза меньше, она воронкообразно сужается книзу;
- выход женского таза шире, потому что расстояние между седалищными буграми больше, лонный угол шире ($90-100^\circ$), чем у мужчин ($70-75^\circ$); копчик выдается кпереди меньше, чем в мужском тазу.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Расскажите о строении женского таза.
2. Расскажите о строении и функциях наружных женских половых органов.
3. Расскажите о строении и функциях внутренних женских половых органов.
4. В чём отличие женского таза от мужского?
5. Что является проводной осью малого таза?
6. Расскажите о кровоснабжении и иннервации половых органов.
7. Лимфатическая система половых органов. Что вы о ней знаете?
8. От чего зависит положение матки и яичников в малом тазе, а также влагалища и смежных органов?

Г Л А В А IV СЕСТРИНСКИЙ УХОД В ПЕРИОД ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ. МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ

Период полового созревания имеет огромное значение в жизни человека, так как является периодом пробуждения психологического развития. Этот период жизни характеризуется появлением вторичных половых признаков и окончательным формированием половых органов и половых желез.

Определение периода полового созревания: начало развития половой функции, появление вторичных половых признаков, таких как заметное увеличение молочной железы и покрытие волосяным покровом лобка. Период полового созревания считается от 9–10-летнего возраста до 17–18 лет – когда после первой менструации нормализуется менструальный цикл.

Менструальный цикл

Менструальный цикл – одно из проявлений сложных биологических процессов в организме женщины. Менструальный цикл характеризуется циклическими изменениями во всех звеньях репродуктивной системы, внешним проявлением которых является менструация.

Менструации – это кровянистые выделения из половых путей женщины, периодически возникающие в результате отторжения функционального слоя эндометрия в конце двухфазного менструального цикла.

Первая менструация (menarche) наблюдается в возрасте 10–12 лет, но в течение 1–1,5 года после этой менструации могут быть нерегулярными, а затем устанавливается регулярный менструальный цикл.

Менструация является физиологической особенностью женщин в период полового созревания и одним из признаков появления вторых половых признаков. Периодическая менструация отражается на жизни ритмическими изменениями,

что является психосоматическим изменением. В зависимости от некоторых обстоятельств это может стать причиной недомоганий и тревожных состояний.

С наступлением периода полового созревания у женщин появляется первая менструация, что является физической особенностью женщин, в отличие от мужчин. Эти половые различия формируются с эмбрионального периода. Мужские гормоны выделяются из яичников с начала эмбрионального периода. Под влиянием гипоталамуса в головном мозге нарушается цикличность мужских гормонов, таким образом, циклический центр функционирует только в женском организме.

В связи с этим у женщины не выделяются мужские гормоны, поэтому у нее сохранена цикличность, что является ее особенностью, однако эта особенность сильно влияет на нее и на ее жизнь не только с физической стороны, но и с психической и социальной сторон.

Например: менструация продолжается у женщин около 35–40 лет. Если в течение этой жизни ни разу не забеременеть, в общем количестве женщине менструация сопутствует более 6 лет.

С давних пор наступление менархе имело огромное влияние на девочек, так как в этот период они сознают свою женственность, что очень важно в переходном периоде. Таким образом, с появлением каждого менструального цикла юная леди осознает себя женщиной, в связи с этим стимулируется женский пол, под влиянием физиологического развития и социальных факторов, с психически нестабильного состояния переходит в стабильное состояние, формируется личность, пробуждается чувство материнства и наблюдается духовный рост.

Таким образом, положительное восприятие менструации важно для формирования женского пола и развития материнских чувств.

Показатель нормального цикла: 21–35 дней.

Продолжительность кровотечения в норме: 3–7 дней.

Норма теряемой крови: 50–150 г:

- 80% крови выходит на второй день, от общего количества теряемой крови;
- на третий день количество теряемой крови снижается на 1,3 часть второго дня;

- эти показатели чаще встречаются в 20–30 лет, реже – в 10–40 лет;
- наличие кровяных сгустков, смешанных с кровью;
- в норме кровяные сгустки бывают в первый и во второй день.

Первый день менструации условно принимается за первый день менструального цикла. Следовательно, продолжительность цикла составляет время между первыми днями двух последующих менструаций. Для 60% женщин средняя продолжительность менструального цикла составляет 28 дней с колебаниями от 21 до 35 дней.

Яичники. Во время менструального цикла в яичниках происходит рост фолликулов и созревание яйцеклетки, которая в результате становится готовой к оплодотворению. Одновременно в яичниках вырабатываются половые гормоны, обеспечивающие изменения в слизистой оболочке матки, способной воспринять оплодотворенное яйцо.

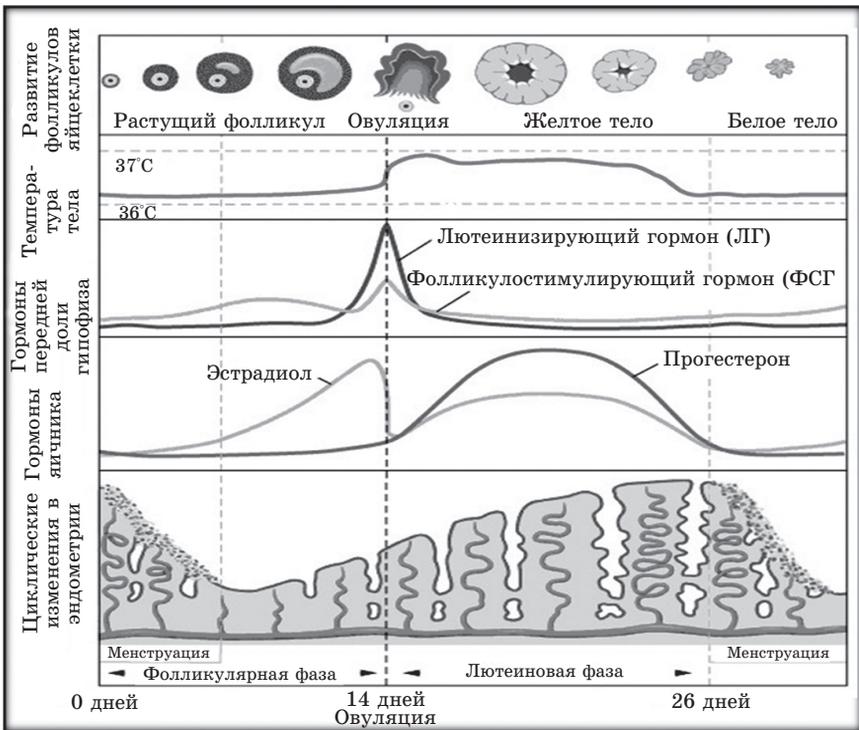


Рис. 7. Схема менструального цикла

Половые гормоны (эстрогены, прогестерон, андрогены) являются стероидами, в их образовании принимают участие гранулезные клетки фолликула, клетки внутреннего и наружного слоев. Половые гормоны, синтезируемые яичниками, влияют на ткани и органы-мишени. К ним относятся половые органы, в первую очередь матка, молочные железы, губчатое вещество костей, мозг, эндотелий и гладкие мышечные клетки сосудов, миокард, кожа и ее придатки (волосяные фолликулы и сальные железы) и др.

Циклические изменения в яичниках включают три основных процесса: 1) рост фолликулов и формирование доминантного фолликула; 2) овуляцию; 3) образование, развитие и регресс желтого тела.

При рождении девочки в яичнике находятся 2 млн фолликулов, 99% которых подвергаются атрезии в течение всей жизни. Под процессом атрезии понимается обратное развитие фолликулов на одной из стадий его развития. Ко времени менархе в яичнике содержится около 200–400 тыс. фолликулов, из которых созревают до стадии овуляции 300–400.

Овуляция – разрыв преовуляторного доминантного (третичного) фолликула и выход из него яйцеклетки. Ко времени овуляции в овоците происходит процесс мейоза. Овуляция сопровождается кровотечением из разрушенных капилляров, окружающих тека-клетки. Полагают, что овуляция происходит через 24–36 ч после формирования преовуляторного пика эстрадиола. Истончение и разрыв стенки преовуляторного фолликула происходят под влиянием фермента коллагеназы.

В I фазу менструального цикла, который длится от первого дня менструации до момента овуляции, организм находится под влиянием эстрогенов, а во II (от овуляции до начала менструации) к эстрогенам присоединяется прогестерон, выделяющийся клетками желтого тела. Первая фаза менструального цикла называется также фолликулиновой, или фолликулярной, вторая фаза цикла – лютеиновой.

Циклическая секреция гормонов в яичнике определяет изменения в слизистой оболочке матки.

Циклические изменения в слизистой оболочке матки (эндометрии)

В I фазе менструального цикла эндометрий представляет собой тонкий слой, состоящий из желез и стромы. Выделяют

следующие основные фазы изменения эндометрия в течение цикла: фаза десквамации; фаза регенерации; фаза пролиферации; фаза секреции.

Фаза десквамации. Это отторжение функционального слоя эндометрия. Обычно кровянистые выделения наблюдаются 3–5 дней. Тонкие механизмы, лежащие в основе возникновения и процесса менструации, неизвестны. Установлено, что эндокринной основой начала менструации является выраженное снижение уровня прогестерона и эстрадиола вследствие регрессии желтого тела.

Фаза регенерации и эндометрия. Наблюдается с самого начала менструации. К концу 24-го часа менструации отторгается 2/3 функционального слоя эндометрия. Фаза продолжается до 5–6 дня цикла. Базальный слой содержит эпителиальные клетки стромы, являющиеся основой для регенерации эндометрия, которая обычно к 5-му дню цикла полностью завершается. Параллельно завершается ангиогенез с восстановлением целостности разорванных артериол, вен и капилляров.

Фаза пролиферации. По мере увеличения секреции эстрадиола растущими фолликулами яичников эндометрий претерпевает пролиферативные изменения. Происходит активное размножение клеток базального слоя. Образуется новый поверхностный рыхлый слой с вытянутыми трубчатыми железами. Этот слой быстро утолщается в 4–5 раз. Трубочатые железы, выстланные цилиндрическим эпителием, удлиняются. Продолжительность фазы длится 14 дней при 28-дневном цикле (при 21-дневном цикле – 10–11 дней).

Фаза секреции. В лютеиновую фазу яичникового цикла под влиянием прогестерона увеличивается извилистость желез, а просвет их постепенно расширяется. Клетки стромы, увеличиваясь в объеме, приближаются друг к другу. Секреция желез усиливается. В просвете желез находят обильное количество секрета. В зависимости от интенсивности секреции железы либо остаются сильно извитыми, либо приобретают пилообразную форму. Отмечается усиленная васкуляризация стромы. Различают раннюю, среднюю и позднюю фазы секреции.

Изменения в яичниках и матке происходят под влиянием двухфазной деятельности регулирующих менструальную функ-

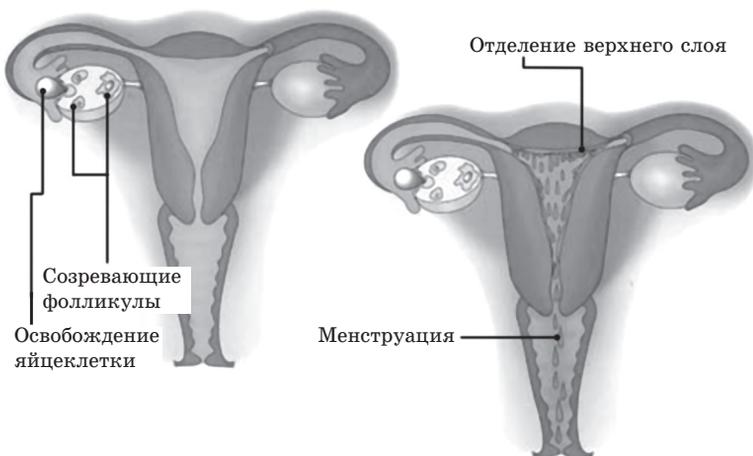


Рис. 8. Менструальный цикл

цию систем: коры большого мозга, гипоталамуса, гипофиза. Таким образом, выделяются 5 основных звеньев репродуктивной системы женщины: кора большого мозга, гипоталамус, гипофиз, яичник, матка. Взаимосвязь всех звеньев репродуктивной системы обеспечивается наличием в них рецепторов как к половым, так и к гонадотропным гормонам.

О состоянии репродуктивной системы можно судить по оценке тестов функциональной диагностики: базальная температура, симптом зрачка и кариопикнотический индекс.

Базальная температура (повышение, понижение) – это температура, измеряемая в заднем проходе женщины, отражает колебания, связанные с изменениями тканевых реакций внутренних половых органов в зависимости от выработки тех или иных гормонов. Общее повышение температуры в результате заболевания, перегрева и т.д. отражается на показателях БТ и делает их недостоверными. Измерение базальной температуры (БТ) позволяет решить несколько проблем:

- проверить, насколько правильно яичники выделяют гормоны по фазам менструального цикла;
- определить, созревает ли яйцеклетка и когда это происходит (соответственно, выделить «опасные» дни в целях предохранения или, наоборот, дни, когда можно забеременеть);
- выяснить, наступила ли беременность в случае задержки или необычной менструации.

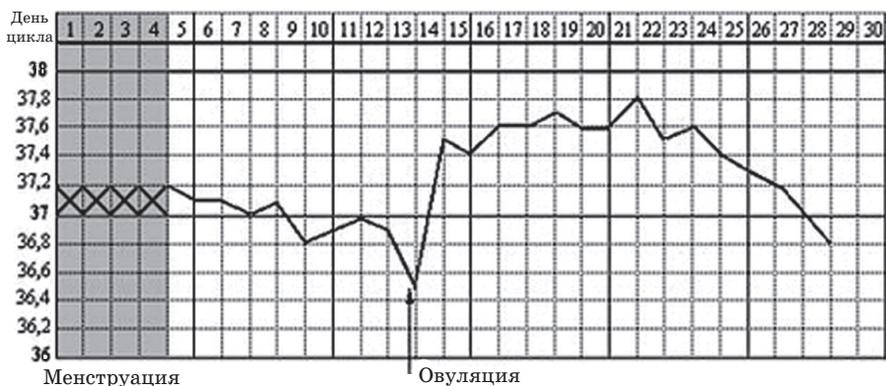


Рис. 9. Кривая базальной температуры

Базальная температура измеряется в прямой кишке утром, до подъема с постели. При овуляторном менструальном цикле базальная температура повышается в лютеиновую фазу цикла на 0,4–0,6 °С и держится в течение всей второй фазы. В день менструации или за день до нее базальная температура снижается. При беременности повышение базальной температуры объясняется возбуждением терморегулирующего центра гипоталамуса под влиянием прогестерона.

Симптом зрачка отражает изменения в слизи шейки матки. Под влиянием эстрогенов в шейке матки накапливается прозрачная стекловидная слизь, что обуславливает расширение наружного отверстия шейки матки. Максимальное количество слизи наблюдается в предовуляторные дни цикла, наружное отверстие становится темным, напоминает зрачок. Во вторую фазу цикла под влиянием прогестерона в предовуляторные дни цикла наружное отверстие становится темным, напоминает зрачок.

Во вторую фазу цикла под влиянием прогестерона количество слизи уменьшается или же она полностью исчезает. Слизь имеет глыбчатое строение. Различают 3 степени симптома зрачка: +, ++, +++.

Кариопикнотический индекс. Под влиянием гормонов яичников также происходят циклические изменения в слизистой оболочке влагалища, особенно в его верхней трети.

В мазке из влагалища могут встречаться следующие виды клеток плоского многослойного эпителия: а) ороговевающие; б) промежуточные; в) базальные, или атрофические.

Клетки первого типа начинают преобладать по мере нарастания секреции яичниками эстрогенов. На основании определения количественных соотношений клеточных элементов можно судить о степени насыщенности организма эстрогенными гормонами или об их недостаточности. Максимальное число ороговевающих клеток выявляется в предовуляторные дни – 80–88%, в раннюю фазу пролиферации – 20–40%, в позднюю фазу секреции – 20–25%.

Сестринский уход при менструальных болях (боли в нижней части живота и в пояснице)

При менструальных болях помогают рекомендации:

- по мере возможности не поддаваться стрессу во время менструации и в повседневной жизни;
- привыкать к менструации и уменьшить состояние тревожности;
- ознакомление с научно обоснованной информацией касательно менструальных болей;
- смена настроения – не концентрироваться на менструальных болях.

Для улучшения кровообращения нижней части тела помогает релаксация (релаксация всего тела, физкультура, гимнастика, горячая припарка на нижней части живота, улучшающая тазовое кровообращение) и физические способы воздействия: горячие напитки; точечный массаж поясницы.

При необходимости назначают медикаментозное лечение: болеутоляющие; оральные контрацептивные препараты.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Перечислите фазы яичникового цикла.
2. Перечислите фазы маточного цикла.
3. Что происходит в фазе овуляции менструального цикла?
4. Расскажите о фазе регенерации менструального цикла.
5. Что происходит в фазе пролиферации менструального цикла?
6. Расскажите о фазе десквамации менструального цикла.
7. Что происходит в фазе секреции менструального цикла?
8. Как проводится сестринский уход при менструальных болях?

Г Л А В А V

ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА. СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА ЖЕНЩИНАМИ ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Фертильный возраст начинается с 18–20 лет и длится до 40–50 лет, около 30 лет считаются периодом зрелости половых функций.

Яичники полностью функционируют, регулярно секретируются половые гормоны, проявляются циклические изменения в яичниках, эндометрии матки, во влагалище, также выделяется шейная слизь.

В этот период женщина беременеет и становится матерью, воспитывает детей. Состояние ее здоровья может нарушиться, также существуют проблемы бесплодия.

На рабочих местах приоритет охраны здоровья отдается профилактике заболеваний, возникающих вследствие образа жизни и повседневных привычек. В трудовом законодательстве уделяется внимание равноправию мужчин и женщин, а также охране материнства.

Если до беременности женщина вела здоровый образ жизни, то беременность не требует внесения особых изменений в общий режим. При нормально протекающей беременности женщина выполняет обычную работу. Умеренный физический и умственный труд оказывает благоприятное влияние на организм беременной женщины. Работа способствует правильной деятельности нервной, сердечно-сосудистой, кроветворной, дыхательной и других систем организма беременной, улучшает обмен веществ. Бездействие, длительное лежание или сидение предполагают к ожирению, запорам, ослаблению мышечной системы и ослаблению родовой деятельности.

Однако во время беременности следует избегать резких движений, подъема тяжестей и значительного утомления. Законодательством запрещен ночной труд женщин с момента установления беременности и сверхурочная работа с IV месяца беременности, запрещен физический труд, сопряжен-

ный с подъёмом и перемещением значительных тяжестей, воздействием высокой температуры и химических веществ, могущих оказать отрицательное влияние на беременную. Беременным запрещаются шитье на ножной машинке, езда на велосипедах и других видах транспорта, вызывающих сотрясение тела, все виды утомляющего спорта, особенно сопровождающиеся прыжками и резкими движениями.

Вступление в брак кровных родственников называют родственным браком или браком по кровосмесительству (между родственниками по прямой восходящей и нисходящей линии, между полнородными и неполнородными братьями и сестрами, а также между усыновителями и усыновленными (удочеренными)).

Часто дети от брака кровных родственников рождаются с врожденными аномалиями, рецессивными наследственными заболеваниями, с задержкой психического развития.

Планирования семьи и контроль за деторождаемостью

Планирование семьи – это базовое понятие, которое подразумевает осознание родительской ответственности по отношению к будущему ребенку, рождение и воспитание его, создание благополучной семьи. Это означает, что каждый ребенок должен быть желанным и ожидаемым.

Контроль за деторождаемостью – это не стремление избежать беременности или рождения ребенка, это разумное планирование здоровой семьи и рождения здорового ребенка, что означает благополучие семьи, здоровье материнского тела, а также здоровье и благополучие ожидаемого ребенка.

Охрана репродуктивного здоровья – это комплекс мер, направленных на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья и ответственность за принятие решения, когда и сколько иметь детей.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Расскажите о браке между кровными родственниками.
2. Что вы знаете об охране труда беременных женщин?
3. Расскажите о физических особенностях периода половой зрелости.
4. Социальные и психологические особенности периода половой зрелости.
5. Что такое планирование семьи?
6. Какие имеются гарантии при приёме на работу беременных женщин и женщин, имеющих детей?

Г Л А В А VI

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ. ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

При проведении пропаганды репродуктивного здоровья консультант должен умело налаживать человеческие отношения с клиентом, так как в зависимости от проведенной консультации женщина и ее партнер осознанно примут решение поддерживать репродуктивное здоровье.

6 основных моментов для проведения консультации:

1. Индивидуальный подход к каждому клиенту.

Консультант должен вежливо относиться к клиенту, соответствовать его требованиям. Важно создать такую атмосферу, при которой он или она могли свободно выразиться. При получении ответов клиента на вопросы, которые задает консультант, их следует выслушивать не возмущаясь. При беседе следует избегать комментариев, оценок, касающихся личной жизни и действий клиента, которые могут задеть его.

2. Строить доверительные отношения с клиентом.

Важно учитывать индивидуальные особенности клиента и понять состояние, в котором он находится.

3. Предоставлять информацию, соответствующую индивидуальности клиента.

Выслушав клиента, консультант узнает его желание. Например, девушка, которая недавно вышла замуж, на протяжении какого-то времени хочет использовать противозачаточные средства, или женщина в возрасте хочет провести стерилизацию труб (зашить), или же незамужняя девушка или неженатый парень хотят получить сведения о профилактике половых инфекционных заболеваний. В зависимости от ситуации консультант должен в доступной форме предоставлять необходимую информацию:

- Как можно предохраняться от беременности? Какова вероятность забеременеть при использовании определенного способа контрацепции?

- Объяснить преимущества и недостатки способа контрацепции.
- Объяснить, какие побочные эффекты и какие неопределенные симптомы могут быть при использовании каждого способа контрацепции.
- Объяснить подробно способ использования противозачаточных средств.
- Рассказать о профилактике половых инфекционных заболеваний.
- Сказать о необходимости следующей консультации.

4. Избегать излишней информации.

Предоставление информации клиенту, которую он требует, важно, но нет необходимости рекомендовать использовать все существующие методы контрацепции. Запомнить большую информацию трудно. Клиенту следует предоставить необходимую информации, в которой он нуждается.

5. Предоставлять информацию о способах контрацепции, которые отвечают требованиям клиента.

Важно, чтобы клиент самостоятельно принимал решение, какой способ контрацепции он будет использовать. Консультант всегда должен уважать мнение клиента, даже в случае выбора неприемлемого способа контрацепции, так как бывают случаи, когда клиент уже имеет свой способ предохранения от беременности. Клиент уточняет преимущества и недостатки способа предохранения, которым он пользуется, задавая вопросы касательно контрацепции, углубляя и получая правильные знания, после чего клиент самостоятельно может принять решение, который способ контрацепции наиболее приемлем для него. Выбор одного способа контрацепции женщиной или ее партнером может быть связан с долгим и эффективным использованием его.

Для консультанта самое важное качество – умение понимать клиента.

Методы контрацепции

Показателем эффективности любого средства контрацепции является индекс Перля – число беременностей, наступивших в течение 1 года у 100 женщин, использовавших тот или иной метод контрацепции.

Современные методы контрацепции подразделяются на:

- внутриматочные;
- гормональные;
- традиционные;
- хирургические (стерилизация);
- послеродовую контрацепцию;
- естественные методы контрацепции;
- экстренная контрацепция.

Внутриматочная контрацепция – это контрацепция с помощью средств, введенных в полость матки.

Типы ВМК. ВМК подразделяются на инертные (немедикаментозные) и медикаментозные. К первым относятся пластиковые ВМК различной формы и конструкции, в том числе петля Липпса. С 1989 г. ВОЗ рекомендовала отказаться от инертных ВМК как малоэффективных и часто вызывающих осложнения. Медикаментозные ВМК имеют пластиковую основу различной конфигурации (петля, зонтик, цифра «7», буква «Т» и др.), с добавкой либо металла (медь, серебро), либо гормона (левоноргестрел). Эти добавки повышают контрацептивную эффективность и уменьшают число побочных реакций. В практике наиболее часто применяются:

- медьсодержащий Multiload-Cu 375 (цифрой обозначается площадь поверхности металла) фирмы «Органон» (Нидерланды), рассчитанный на 5 лет использования. Имеет Ф-образную форму с шиповидными выступами для удержания в полости матки;

- Соорер Т 380 А («Шеринг», Германия). Т-образный, с высоким содержанием меди и сроком использования 6–8 лет;

- гормональная внутриматочная система «Мирена» («Шеринг», Германия), сочетающая свойства внутриматочной и гормональной контрацепции, – Т-образный контрацептив с полупроницаемой мембраной, через которую из цилиндрического резервуара выделяется левоноргестрел по 20 мкг/сут. Срок использования – 5 лет.

Механизм действия. Контрацептивное действие ВМК обеспечивает снижение активности или гибель сперматозоидов в полости матки (добавление меди усиливает сперматотоксический эффект) и усиление активности макрофагов, поглощающих попавшие в полость матки сперматозоиды.

Гормонсодержащие ВМК, кроме того, оказывают локальное действие на эндометрий путем постоянного выделения гестагенов, угнетая процессы пролиферации и вызывая атрофию слизистой оболочки матки.

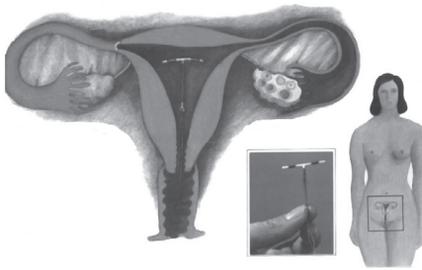


Рис. 10. Внутриматочная контрацепция



Рис. 11. Инъекционные контрацептивы

Контрацептивная эффективность ВМК достигает 92–98% (индекс Перля колеблется от 0,3–0,5 при использовании гормонасодержащих ВМК до 1–2 при применении ВМК с добавками меди).

ВМК можно ввести в любой день менструального цикла при уверенности в отсутствии беременности, но целесообразнее это делать на 4–8-й день от начала менструации. В этот период цервикальный канал приоткрыт, слизистая оболочка матки менее ранима, а менструация служит относительно надежным признаком отсутствия беременности. По мнению экспертов ВОЗ, ВМК следует вводить через 2–3 мес. после родов и не ранее чем через 5–6 мес. после кесарева сечения. Перед введением ВМК следует опросить пациентку для выявления возможных противопоказаний, произвести гинекологический осмотр и бактериоскопическое исследование мазков из влагалища, цервикального канала, уретры на флору и степень чистоты. ВМК можно вводить только женщинам с I–II степенью чистоты мазков. При введении контрацептива следует тщательно соблюдать правила асептики и антисептики.

В течение 7–10 дней после введения ВМК рекомендуют ограничить физические нагрузки, не принимать горячие ванны, слабительные средства и утеротоники, исключить половую жизнь. Женщине следует сообщить о сроках использования ВМК, а также о симптомах возможных осложнений, требующих неотложного обращения к врачу. Повторное посещение врача рекомендуется через 7–10 дней после введения ВМК, а затем, при нормальном состоянии, – через 3 мес. Диспансеризация женщин, использующих внутриматочную кон-

трацепцию, предусматривает посещение гинеколога 2 раза в год с проведением микроскопии мазков из влагалища, цервикального канала и уретры.

Наиболее частыми осложнениями внутриматочной контрацепции являются боли, кровотечения по типу менометроррагий, воспалительные заболевания внутренних половых органов. Постоянные интенсивные боли чаще всего свидетельствуют о несоответствии размеров контрацептива и матки. Схваткообразные боли внизу живота и кровяные выделения из половых путей – признак экспульсии ВМК (самопроизвольного изгнания из полости матки).

Гормональная контрацепция

Одним из наиболее эффективных и распространенных методов регуляции рождаемости стала гормональная контрацепция.

Состав гормональных контрацептивов. Все гормональные контрацептивы (ГК) состоят из эстрогенного и гестагенного или только гестагенного компонентов. В качестве эстрогена в настоящее время используется этинилэстрадиол (очень редко – местранол). Наряду с контрацептивным действием эстрогены вызывают пролиферацию эндометрия, препятствуют отторжению слизистой оболочки матки, обеспечивая гемостатический эффект. Чем ниже доза эстрогенов в препарате, тем выше возможность появления «межменструальных» кровяных выделений.

Синтетические гестагены (прогестагены, синтетические прогестины) подразделяются на производные прогестерона (С-21 стероиды) и производные нортестостерона (С-19 стероиды, 19-норстероиды). Производные прогестерона (медроксипрогестерона ацетат, хлормадинона ацетат, мегестрол и др.) при приеме внутрь не дают контрацептивного эффекта, поскольку разрушаются под действием желудочного сока. С-21 стероиды используются в основном для парентеральной контрацепции.

Производные тестостерона, применяемые наиболее часто, подразделяются на эстраны – норстероиды 1 поколения (норэтистерон, норэтинодрел, этинодиола диацетат, линестренол) и более активные гормоны – норстероиды II (норгестрел, левоноргестрел) и III (норгестимат, гестоден, дезогестрел, диенгест) поколений.

Классификация ГК:

- комбинированные оральные контрацептивы (КОК);

- гестагенные контрацептивы;
- оральные контрацептивы, содержащие микродозы гестагенов (мини-пили);
 - инъекционные;
 - имплантанты;
 - влагалищные кольца с гестагенами.

Комбинированные оральные контрацептивы – это таблетки, содержащие эстрогенный и гестагенный компоненты.

Механизм действия многообразен. Контрацептивный эффект достигается, прежде всего, в результате блокады циклических процессов гипоталамо-гипофизарной системы в ответ на введение стероидов (принцип обратной связи), а также из-за непосредственного тормозящего действия на яичники. В результате не происходит роста, развития фолликула и овуляции. Кроме того, прогестагены, повышая вязкость цервикальной слизи, делают ее непроходимой для сперматозоидов.

Любой из компонентов КОК может вызвать аллергическую реакцию.

Один из самых частых побочных эффектов – маточные кровотечения при использовании КОК (от «мажущих» до «прорывных»). Причинами кровотечений служат недостаток гормонов для конкретной пациентки (эстрогенов при появлении кровяных выделений в первой половине цикла, гестагенов – во второй половине), нарушение всасывания препарата (рвота, диарея), пропуски приема таблеток, конкурентное действие принимаемых вместе с КОК других лекарственных препаратов. В большинстве случаев, однако, межменструальные кровяные выделения самостоятельно исчезают в течение первых 3 мес. приема КОК и не требуют отмены контрацептивов.

Правила приема КОК. КОК начинают принимать с 1-го дня менструального цикла ежедневно по 1 таблетке в одно и то же время суток в течение 21 дня. Следует помнить, что многофазные препараты необходимо принимать в строго указанной последовательности. Затем делают 7-дневный перерыв, во время которого возникает менструальноподобная реакция, после чего начинают новый цикл приема. При выполнении искусственного аборта начать прием КОК можно в день операции. Если женщина не кормит грудью, необходимость в контрацепции возникает через 3 нед. после родов.

Если перерыв между приемом таблеток составил более 36 ч, надежность контрацептивного действия не гарантируется. Если прием таблетки пропущен на 1-й или 2-й нед. цикла, то на следующий день необходимо выпить 2 таблетки, а следующие таблетки принимать, как обычно, используя дополнительную контрацепцию в течение 7 дней. Если пропуск составил 2 таблетки подряд на 1-й или 2-й нед., то в следующие 2 дня следует принять по 2 таблетки, затем продолжить прием таблеток по обычной схеме, используя до конца цикла дополнительные методы контрацепции. При пропуске таблетки на последней неделе цикла рекомендуется начать прием следующей упаковки без перерыва.

Принцип подбора КОК. Для подбора гормональной контрацепции выясняют анамнез (наследственность, перенесенные и сопутствующие заболевания), проводят общий осмотр с измерением артериального давления и взвешиванием, осматривают и пальпируют молочные железы.

Доза стероидов в *мини-пили* недостаточна для эффективно подавления овуляции. Индекс Перля составляет 0,6–4.

Мини-пили принимают с 1-го дня менструации по 1 таблетке в день в непрерывном режиме. Следует помнить, что эффективность ОК снижается при пропуске приема, составляющем 3–4 ч. Такое нарушение режима использования требует применения дополнительных методов контрацепции в течение минимум 2 сут.

Инъекционные контрацептивы используют для пролонгированной контрацепции. В настоящее время с этой целью применяется депо-провера, содержащий 150 мг медроксипрогестерона ацетата. Индекс Перля инъекционной контрацепции не превышает 1,2.

Первую внутримышечную инъекцию делают в любой из первых 5 дней менструального цикла, следующие – через каждые 3 мес. Препарат можно вводить сразу после аборта, сразу после родов, если женщина не кормит грудью, и через 6 нед. после родов при кормлении грудью.

Импланты обеспечивают контрацептивный эффект в результате постоянного длительного выделения небольшого количества гестагенов. Норплант («Leiras», Финляндия) представляет собой 6 силиконовых капсул для подкожного введения. Уровень левоноргестрела, необходимый для кон-

трацепции, достигается уже через 24 ч после введения и сохраняется в течение 5 лет. Капсулы вводят под кожу внутренней стороны предплечья веерообразно через небольшой разрез под местной анестезией. Индекс Перля норпланта составляет 0,2–1,6. Контрацептивный эффект обеспечивается в результате подавления овуляции, повышения вязкости цервикальной слизи и развития атрофических изменений в эндометрии.

Норплант рекомендуется женщинам, нуждающимся в длительной (не менее 1 года) обратимой контрацепции, с переносимостью эстрогенов, не желающим ежедневно принимать гормональные контрацептивы.

По истечении срока действия или по желанию пациентки контрацептив удаляют хирургическим путем. Фертильность восстанавливается в течение нескольких недель после извлечения капсул.

Экстренная контрацепция

Посткоитальной, или экстренной, контрацепцией называется метод предупреждения беременности после незащищенного полового акта. Цель этого метода – предотвращение беременности на этапе овуляции, оплодотворения, имплантации. Механизм действия посткоитальной контрацепции многообразен и проявляется в десинхронизации менструального цикла, нарушении процессов овуляции, оплодотворения, транспорта и имплантации плодного яйца.

Наиболее распространенными методами посткоитальной контрацепции следует считать введение ВМК или назначение половых стероидов после полового акта.

С целью экстренного предохранения от беременности ВМК вводят не позднее 5 дней после незащищенного полового акта. При этом следует учитывать возможные противопоказания для использования ВМК. Этот метод можно рекомендовать пациенткам, желающим в дальнейшем применять постоянную внутриматочную контрацепцию, при отсутствии риска инфицирования половых путей (противопоказан после изнасилования).

Для гормональной посткоитальной контрацепции назначают КОК (метод Юзпе) или чистые гестагены. Первый прием гормонов необходим не позже чем через 72 ч после незащищенного полового акта, второй – через 12 ч после первого приема. При использовании КОК доза этинилэстрадиола

в сумме не должна быть ниже 100 мкг на каждый прием. Следовательно, для экстренной контрацепции можно применять любой КОК, даже микродозированный. Специально для посткоитальной гестагенной контрацепции создан венгерский препарат постинор («Gedeon Richter»), содержащий 750 мкг левоноргестрела. Перед назначением гормонов необходимо исключить противопоказания.

Эффективность различных способов этого вида контрацепции составляет по индексу Перля от 2 до 3 (средняя степень надежности).

Традиционные методы контрацепции

Барьерные методы контрацепции являются самыми древними. С появлением более эффективных гормональных и внутриматочных средств предохранения от беременности интерес к барьерным методам на время угас. Однако в настоящее время в связи с ростом числа заболеваний, передающихся половым путем, число использующих барьерные методы увеличилось. Барьерные методы контрацепции подразделяются на химические и механические.

Химические методы контрацепции (спермициды) – это химические вещества, губительные для сперматозоидов. Основными спермицидами, входящими в состав готовых форм, являются ноноксинол-9 и бензалкония хлорид. Они разрушают клеточную мембрану сперматозоидов. Эффективность контрацептивного действия спермицидов невелика: индекс Перля составляет 6–20.

Спермициды выпускаются в виде влагалищных таблеток, свечей, паст, гелей, кремов, пленок, пены со специальными насадками для интравагинального введения. Особого внимания заслуживают фарматекс (бензалкония хлорид) производства («Innotech International», Франция) и пантетекс овал (ноноксинол-9) («Merz», Германия). Свечи, таблетки, пленки со спермицидами вводят в верхнюю часть влагалища за 10–20 мин до полового акта (время, необходимое для растворения). Крем, пена, гель сразу после введения проявляют контрацептивные свойства. Существуют специальные губки из полиуретана, пропитанные спермицидами. Губки вводят во влагалище перед половым актом (можно за сутки до полового акта). Они обладают свойствами химических и механических контрацептивов, поскольку создают механический барьер для

прохождения сперматозоидов и выделяют спермициды. Рекомендуется оставлять губку не менее чем на 6 ч после полового акта для надежности контрацептивного эффекта, но не позже чем через 30 ч она должна быть извлечена. Если используется губка, то при повторных половых актах дополнительного введения спермицида не требуется.

Кроме контрацептивного эффекта, спермициды обеспечивают некоторую защиту в отношении инфекций, передающихся половым путем, поскольку химические вещества обладают бактерицидным, вирусоцидным свойством. Однако при этом риск инфицирования все же сохраняется.

К механическим методам контрацепции относятся презервативы, шеечные колпачки, влагалищные диафрагмы, создающие механическое препятствие для проникновения сперматозоидов в матку.

Наибольшее распространение получили презервативы. Существуют мужские и женские презервативы. Мужской презерватив представляет собой тонкий мешочек цилиндрической формы из латекса или винила; некоторые презервативы обработаны спермицидами. Презерватив надевают на эрегированный половой член до полового акта. Извлекать половой член из влагалища следует до прекращения эрекции во избежание соскальзывания презерватива и попадания спермы в половые пути женщины. Женские презервативы цилиндрической формы выполнены из полиуретановой пленки и имеют 2 кольца. Одно из них вводят во влагалище и надевают на шейку матки, другое выводят за пределы влагалища. Презервативы являются средствами одноразового применения.

Индекс Перля для механических методов колеблется от 4 до 20. Эффективность презерватива снижается при его неправильном применении (использование жировых смазок, разрушающих поверхность презерватива, повторное использование презерватива, интенсивный и продолжительный половой акт, приводящий к микродефектам презерватива, неправильное хранение и т.д.). Презервативы являются хорошей защитой от инфекций, передающихся половым путем, но заражение вирусными заболеваниями, сифилисом все же не исключено при соприкосновении поврежденных кожных покровов больного и здорового партнера. К побочным эффектам относится аллергия к латексу.

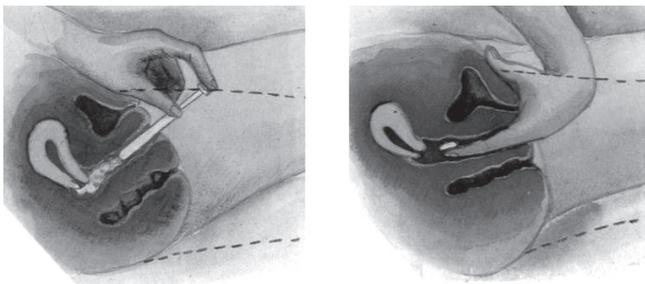


Рис. 12. Спермициды

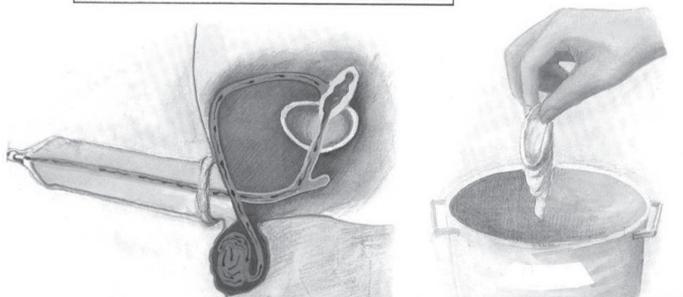
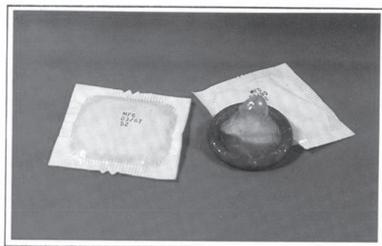


Рис. 13. Презервативы

Этот вид контрацепции показан пациенткам, имеющим случайные половые контакты, с высоким риском инфицирования, редко и нерегулярно живущим половой жизнью.

Для надежной защиты от беременности и от инфекций, передающихся половым путем, используют «двойной голландский метод» – сочетанное применение гормональной (хирургической или внутриматочной) контрацепции и презерватива.

Влагалищная диафрагма – куполообразное приспособление из латекса с упругим ободком по краю. Диафрагму вводят во влагалище до полового акта так, чтобы купол прикрывал шейку матки, а ободок тесно прилегал к стенкам влагалища. Диафрагму обычно используют в сочетании со спермицидами. При повторных половых актах через 3 ч требуется повторное введение спермицидов. После полового акта нужно оставить диафрагму во влагалище в течение не менее 6 ч, но не более 24 ч. Извлеченную диафрагму моют водой с мылом и высушивают. Пользование диафрагмой требует специального обучения.

Шеечные колпачки представляют собой металлические или латексные чашечки для надевания на шейку матки. Колпачки используют также вместе со спермицидами, вводят до полового акта, удаляют через 6–8 ч, максимально через 24 ч. Колпачок после использования моют и хранят в сухом месте. Противопоказаниями к предохранению от беременности этим способом служат заболевания и деформация шейки матки, воспалительные заболевания половых органов, опущение стенок влагалища, послеродовый период.

Естественные методы контрацепции

Использование этих методов контрацепции основано на возможности наступления беременности в дни, близкие к овуляции. Для предохранения от беременности воздерживаются от половой жизни или применяют другие методы контрацепции в дни менструального цикла с наибольшей вероятностью зачатия. Естественные методы предохранения от беременности малоэффективны: индекс Перля составляет от 6 до 40. Это значительно ограничивает их применение.

Для вычисления фертильного периода используют:

- календарный (ритмический) метод Огино–Кнауса;
- измерение ректальной температуры;
- исследование цервикальной слизи.

Применение календарного метода основано на определении средних сроков овуляции (в среднем на 14-й день ± 2 дня при 28-дневном цикле), продолжительности жизни сперматозоидов (в среднем 3 дня) и яйцеклетки (в среднем 24 часа). При 28-дневном цикле фертильный период продолжается с 8-го по 17-й день. Если продолжительность менструального цикла непостоянна (определяется продолжительность как минимум 6 последних циклов), то фертильный период определяют, вычитая из самого короткого 18 дней, из самого длинного – 11. При колебаниях длительности менструального цикла от 26 до 30 дней фертильным будет период с 8-го ($26-18=8$) по 19-й ($30-11=19$) день. Метод приемлем только у женщин с регулярным менструальным циклом. При значительных колебаниях продолжительности фертильным становится практически весь цикл.

Температурный метод основан на определении овуляции по ректальной температуре. Яйцеклетка выживает максимум в течение 3 дней после овуляции. Фертильным считается пе-

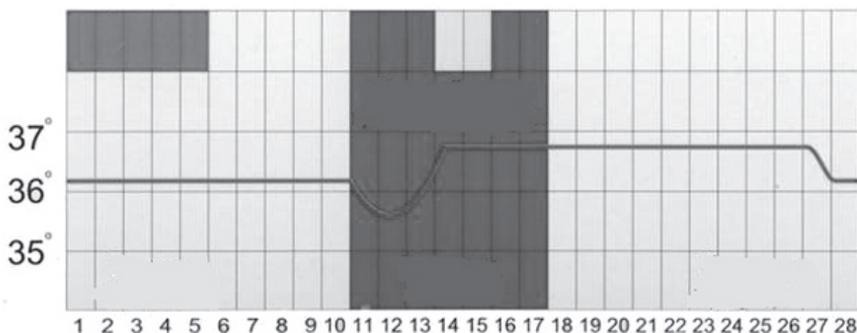
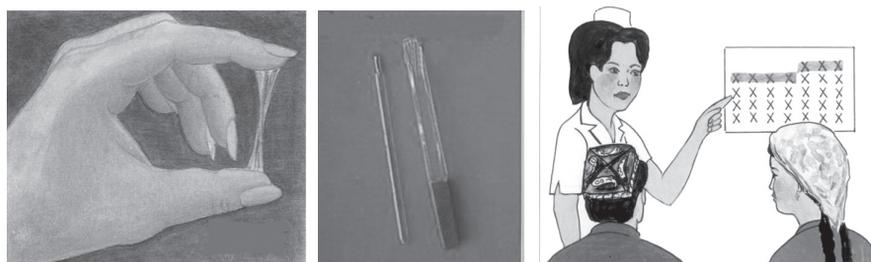


Рис. 14. Естественные методы контрацепции

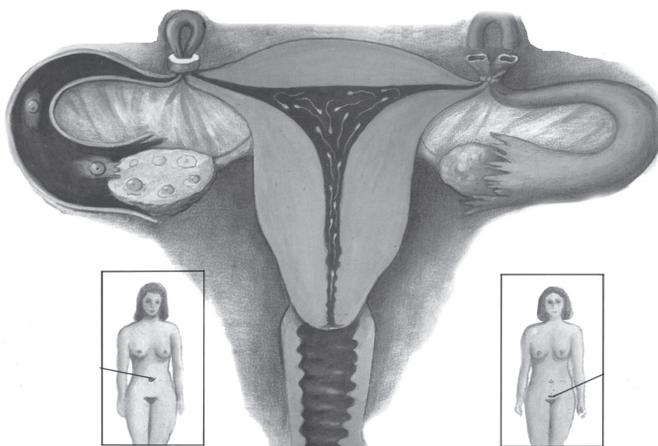


Рис. 15. Хирургические методы контрацепции

риод от начала менструального цикла до истечения 3 дней с момента повышения ректальной температуры. Большая продолжительность фертильного периода делает метод неприемлемым для пар, ведущих активную половую жизнь.

В течение менструального цикла цервикальная слизь меняет свои свойства: в преовуляторной фазе ее количество увеличивается, она становится более растяжимой. Женщину обучают оценивать шеечную слизь в течение нескольких циклов для определения времени овуляции. Зачатие вероятно в течение 2 дней до отхождения слизи и 4 дней после. Использовать этот метод нельзя при воспалительных процессах во влагалище.

Прерванное половое сношение – один из вариантов естественного метода контрацепции. Его достоинствами можно считать простоту и отсутствие материальных затрат. Однако контрацептивная эффективность метода низка (индекс Перля 8–25).

Хирургические методы контрацепции

Хирургические методы контрацепции (стерилизация) применяются как у мужчин, так и у женщин. Стерилизацию у женщин обеспечивает непроходимость маточных труб, в результате чего оплодотворение невозможно. При стерилизации у мужчин перевязывают и пересекают семявыносящие протоки (вазэктомия), после чего сперматозоиды не могут поступать

в эякулят. Стерилизация является самым эффективным методом предохранения от беременности (индекс Перля составляет 0–0,2). Крайне редкое наступление беременности объясняется техническими дефектами операции стерилизации или реканализацией маточных труб. Следует подчеркнуть, что стерилизация относится к необратимым методам. Существующие варианты восстановления проходимости маточных труб (микрохирургические операции) сложны и малоэффективны, а экстракорпоральное оплодотворение остается дорогостоящей манипуляцией.

Подростковая контрацепция

По определению ВОЗ, к подросткам относятся молодые люди в возрасте от 10 до 19 лет. Раннее начало половой жизни ставит подростковую контрацепцию на одно из первых мест, поскольку первый аборт или роды в юном возрасте могут серьезно повлиять на здоровье, в том числе репродуктивное.

Контрацепция у молодежи должна быть высокоэффективной, безопасной, обратимой и доступной. Для подростков приемлемыми считаются несколько видов контрацепции.

Комбинированная оральная контрацепция – микродозированные, низкодозированные КОК с гестагенами последнего поколения, трехфазные КОК. В настоящее время считается допустимым назначение КОК с минимальным содержанием этинилэстрадиола после того, как у девушки-подростка прошли первые 2–3 менструации.

Презервативы в сочетании со спермицидами обеспечивают защиту от инфекций, передающихся половым путем.

Использование чистых гестагенов ввиду частого появления кровяных выделений малопринемлемо, а применение ВМК относительно противопоказано. Естественные методы предохранения от беременности, спермициды подросткам не рекомендуются ввиду низкой эффективности, а стерилизация неприемлема как необратимый метод.

Послеродовая контрацепция

Большинство женщин в послеродовом периоде сексуально активны, поэтому контрацепция после родов остается актуальной. В настоящее время рекомендуют несколько видов послеродовой контрацепции.

Метод лактационной аменореи (МЛА) – естественный метод предохранения от беременности, основан на отсутствии

способности к зачатию при регулярном кормлении грудью. Выделяющийся при лактации пролактин блокирует овуляцию. Контрацептивный эффект обеспечивается в течение 6 мес. после родов, если ребенка кормят грудью не менее 6 раз в сутки, а промежутки между кормлениями составляют не более 6 ч (правило трех шестерок). В этот период менструации отсутствуют.

Гестагенную оральную контрацепцию можно использовать во время лактации. Пролонгированную гестагенную контрацепцию (депо-провера, норплант) можно начинать с 6-й нед. после родов при кормлении грудью.

При отсутствии лактации возможно применение любого метода предохранения от беременности (КОК с 21-го дня, ВМК с 5-й нед. послеродового периода).

Перспективным является создание противозачаточных вакцин на основе достижений генной инженерии. В качестве антигенов используют хорионический гонадотропин, антигены сперматозоидов, яйцеклетки, плодного яйца. Ведется поиск контрацептивов, вызывающих временную стерилизацию у мужчин. Выделенный из хлопка госсипол при приеме внутрь вызывал прекращение сперматогенеза у мужчин на несколько месяцев. Однако множество побочных эффектов не позволило внедрить этот метод в практику.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Расскажите об основных моментах проведения консультации по контрацепции.
2. Что такое индекс Перля?
3. Расскажите о показаниях и противопоказаниях внутриматочной контрацепции.
4. Когда применяется экстренная контрацепция?
5. Что вы знаете о методе лактационной аменореи?
6. В чём заключается сущность подростковой контрацепции?
7. Расскажите о применении календарного метода контрацепции.
8. Особенности хирургических методов контрацепции.

Г Л А В А VII

ОПЛОДОТВОРЕНИЕ.

ФИЗИОЛОГИЯ И ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ. СЕСТРИНСКИЙ УХОД В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Оплодотворением называется процесс слияния зрелых мужской (сперматозоид) и женской (яйцеклетка) половых клеток, в результате чего возникает зигота, несущая генетическую информацию, как отца, так и матери.

Процесс созревания мужских и женских половых клеток очень сложен. Сперматогенез совершается в извитых семенных канальцах мужских гонад. Он завершается в период половой зрелости образованием зрелых сперматозоидов, обладающих способностью к оплодотворению. Полному созреванию предшествует процесс редукционного деления, в результате которого в ядре сперматозоида содержится гаплоидный набор хромосом.

Сперматозоиды бывают двух видов: носители половых X- и Y-хромосом. При слиянии с яйцеклеткой сперматозоида, являющегося носителем половой X-хромосомы, из образующейся зиготы развивается эмбрион женского пола, при слиянии сперматозоида, имеющего половую Y-хромосому, возникает зародыш мужского пола (яйцеклетка всегда является носительницей половой X-хромосомы).

Зрелая яйцеклетка состоит из ядра, цитоплазмы, окружена блестящей оболочкой и клетками лучистого венца, представляющего собой остатки гранулезных клеток фолликула. Женская половая клетка, как и мужская, обладает антигенными свойствами. Особенно богата различными антигенами ее блестящая оболочка.

Прежде чем анализировать механизмы оплодотворения, т. е. процесс слияния яйцеклетки со сперматозоидом, следует осветить вопросы транспорта гамет. В первую очередь это касается продвижения сперматозоидов по каналам репродуктивной системы женщины. При нормальной эякуляции во влагалище попадает в среднем около 100 млн сперматозоидов,

некоторые из которых имеют те или иные морфологические либо функциональные отклонения. Часть сперматозоидов, в том числе и неполноценных, остается во влагалище и подвергается фагоцитозу. Вместе со сперматозоидами во влагалище попадают и другие составные части спермы, при этом особая роль принадлежит простагландинам. Под их влиянием происходит активация сократительной активности матки и маточных труб, что очень важно для нормального транспорта гамет.

Из влагалища, имеющего у здоровой женщины кислую среду (кислая среда неблагоприятна для жизнедеятельности сперматозоидов), последние быстро поступают в цервикальную слизь, которая во время полового акта под влиянием сокращений мышц шейки матки выделяется из цервикального канала. Наличие слабощелочной реакции цервикальной слизи способствует повышению двигательной активности сперматозоидов.

Транспорт сперматозоидов в матку, а затем и в маточные трубы в основном обеспечивается сокращениями гладкой мускулатуры этих органов. Полагают также, что трубно-маточные сфинктеры являются своеобразными дозаторами поступления сперматозоидов из полости матки в просветы маточных труб.

В наиболее благоприятных условиях, когда мужские половые клетки находятся в цервикальной слизи на фоне высокого содержания эстрогенов в организме, оплодотворяющая способность сперматозоидов держится до 2 сут. после эякуляции во влагалище. В связи с этим принято считать, что для достижения беременности оптимальная частота половых сношений в период до и после овуляции должна быть каждые 2 дня. При более частых половых сношениях фертильность спермы снижается.

Перед оплодотворением зрелая яйцеклетка со всех сторон окружена лучистым венцом (*corona radiata*). Отчетливо заметна блестящая оболочка (*zona pellucida*). Уже через несколько минут после разрыва фолликула (овуляции) яйцеклетка попадает в полость маточной трубы. Этому процессу способствует ряд факторов: «захват» ее фимбриями маточной трубы со стороны яичника, в котором произошла овуляция, направление тока фолликулярной жидкости при разрыве фолликула и др. Этим факторам принадлежит очень

важная роль в первоначальном транспорте яйцеклетки, которая лишена самостоятельной подвижности. Способность яйцеклетки к оплодотворению в среднем составляет 24 ч.

Яйцеклетка, попавшая в ампулярный отдел маточной трубы, быстро окружается большим количеством сперматозоидов, являющихся носителями как X, так и Y-половых хромосом. Под микроскопом сперматозоиды с X-хромосомой имеют несколько более крупные размеры, чем несущие Y-хромосому. Сперматозоиды, окружающие яйцеклетку, начинают пенетрировать в клетки лучистого венца. Процесс пенетрации обусловлен наличием ряда ферментов, которые содержатся как в головке сперматозоида, так и в трубной жидкости.

После этого хромосомы зиготы вступают в первое митотическое деление, которое наступает через 24 ч после начала оплодотворения. Ядро оплодотворенной яйцеклетки (зиготы) содержит диплоидный набор хромосом (46). Таким образом, новый организм является носителем генетической информации обоих родителей.

После оплодотворения (через 24 ч) начинается дробление оплодотворенной яйцеклетки. Первоначально дробление имеет синхронный характер. Через 12 ч от начала возникновения 2 бластомеров возникают 4 бластомера и т.д. К 96 ч от момента слияния ядра сперматозоида с ядром яйцеклетки зародыш состоит из 16–32 бластомеров (стадия морулы). На этой стадии оплодотворенное яйцо (зигота) попадает в матку.

Транспорт яйцеклетки по маточной трубе находится под воздействием гормонов. Как известно, после овуляции на месте лопнувшего фолликула образуется новая эндокринная железа – желтое тело. Оно выделяет как прогестерон, так и эстрогенные гормоны. Именно этим двум половым гормонам принадлежит ведущая роль в обеспечении кинетики маточных труб. Под влиянием относительно низкого содержания прогестерона и более высокой концентрации в крови эстрогенов (что имеет место непосредственно после овуляции) повышается тонус ампулярно-перешеечного отдела трубы. В результате яйцеклетка задерживается в ампулярном отделе, где происходит ее оплодотворение и начинается процесс клеточного деления с образованием бластомеров. В дальнейшем происходит постепенное продвижение оплодотворенной яйцеклетки по перешейку маточной трубы к матке.

Имплантация плодного яйца. Прodelав путь по маточной трубе в течение 4 сут., плодное яйцо на стадии морулы попадает в матку, где превращается в бластоцисту.

Стадия бластоцисты характеризуется тем, что бластомеры подвергаются определенным изменениям. Часть бластомеров, более крупных по своим размерам, образует так называемый *эмбриобласт*, из которого в дальнейшем развивается эмбрион. Другая часть клеток, более мелких и располагающихся по периферии плодного яйца, образует питательную оболочку – *трофобласт*. В дальнейшем наиболее развитая часть трофобласта превращается в *плаценту*.

В полости матки бластоциста приближается к месту имплантации (нидации). Локализация имплантации имеет свои закономерности и, по-видимому, в значительной степени определяется местными особенностями эндометрия. Обычно



Рис. 16. Формирование бластоцисты

бластоциста имплантируется в области передней или задней стенки матки.

Процесс имплантации, который в среднем продолжается около 2 дней, сопровождается не только значительными изменениями клеточных элементов желез и стромы эндометрия, но и выраженными гемодинамическими сдвигами местного характера. Вблизи места имплантации бластоцисты отмечается расширение кровеносных сосудов и образование синусоидов, представляющих собой расширенные капилляры и венулы. Этим процессам принадлежит большая роль в процессах обмена между материнским организмом и зародышем.

Имплантация, органогенез и плацентация. Эти периоды охватывают первые 3 мес. внутриутробного периода, причем наиболее чувствительной фазой являются первые 3–6 нед. органогенеза (критический период развития). Под понятием «критический период развития» имеют в виду определенные фазы внутриутробного развития, когда эмбрион обладает особенно высокой чувствительностью к повреждающему действию окружающей среды. Такая высокая чувствительность обусловлена в первую очередь активной дифференцировкой органов и тканей зародыша, а также интенсивно протекающими процессами биосинтеза нуклеиновых кислот, цитоплазматических и мембранных белков и липидов.

Поэтому имплантацию и органогенез можно считать критическими периодами внутриутробного развития. Именно в эти периоды онтогенеза под воздействием повреждающих факторов окружающей среды эмбрион может погибнуть (эмбриолетальный эффект) или же у него возникают аномалии развития (тератогенный эффект).

Плодный (фетальный) период. Этот период развития продолжается от 12 до 40 нед. беременности.

Средняя продолжительность беременности составляет 280 дней (40 нед., или 10 акушерских месяцев). За этот период совершается сложнейший процесс превращения оплодотворенной яйцеклетки в сформированный зрелый плод, способный перейти от внутриутробной жизни к внеутробной.

Диагностика беременности

Установление наличия беременности чрезвычайно важно, поскольку определяет своевременную адекватную тактику

Анатомия плаценты

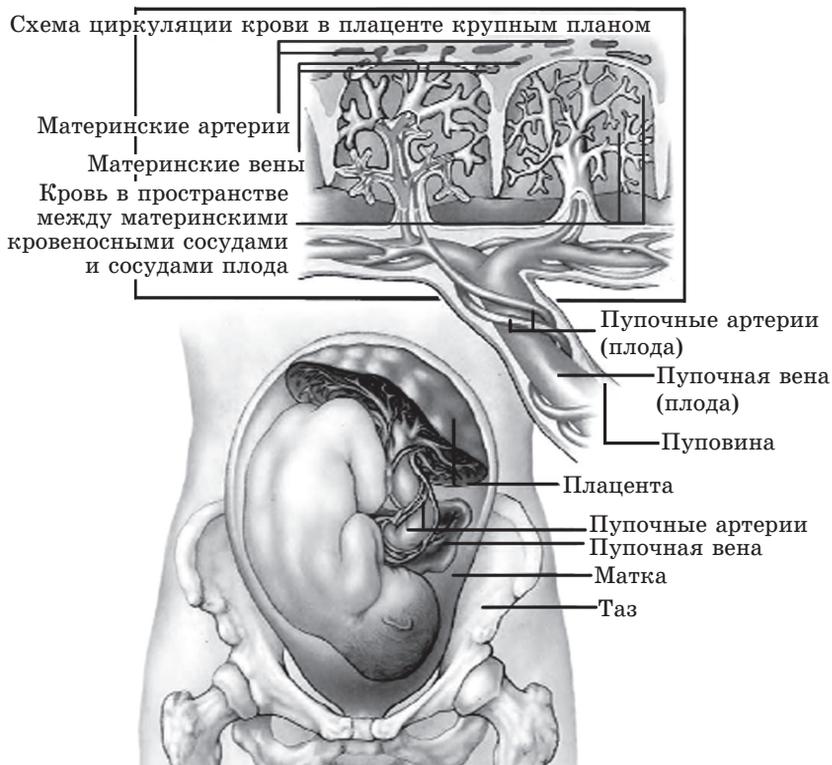


Рис. 17. Эмбриогенез

ведения пациенток. Определение факта беременности имеет большое значение не только у женщин репродуктивного возраста, но и у пациенток климактерического периода, у девочек до наступления менархе, когда при нерегулярных менструациях или при их отсутствии не исключается возможность наступления беременности.

Наиболее характерные признаки беременности могут быть по значимости для диагностики разделены на три группы: сомнительные, вероятные и достоверные.

Предположительные (сомнительные) признаки беременности. К этим признакам относятся различного рода субъективные ощущения:

1) тошнота, рвота, особенно по утрам, изменение аппетита (отвращение к мясу, рыбе и др.);

2) изменение обонятельных ощущений (отвращение к духам, табачному дыму и др.);

3) нарушения функции нервной системы: недомогание, раздражительность, сонливость, неустойчивость настроения, головокружение и др.

4) пигментация кожи на лице, по белой линии живота, в области сосков, появление полос беременности;

5) учащение мочеиспускания;

6) увеличение объема живота, ощущение нагрубания молочных желез.

Вероятные признаки беременности. К данной группе относят объективные признаки, определяемые в половых органах, молочных железах, положительные биологические иммунологические тесты на беременность, прекращение менструаций (аменорея) у здоровой женщины репродуктивного возраста:

1) увеличение молочных желез, их напряженность, появление молозива из открывающихся на соске молочных ходов при надавливании на молочные железы (у первобеременных);

2) синюшность (цианоз) слизистой оболочки влагалища и шейки матки;

3) изменение величины, формы и консистенции матки.

Осмотр наружных половых органов производят в стерильных резиновых перчатках на гинекологическом кресле или кушетке. Женщина лежит на спине, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах и разведены; под крестец подкладывают валик. Наружные половые органы обрабатывают одним из антисептических растворов. Большие и малые половые губы разводят II и I пальцами левой руки и осматривают наружные половые органы (вульву), слизистую оболочку входа во влагалище, наружное отверстие мочеиспускательного канала, выводные протоки больших желез преддверия и промежность.

Исследование с помощью зеркал. После осмотра наружных половых органов и слизистой оболочки входа во влагалище приступают к исследованию с помощью влагалищных зеркал. Данный метод исследования позволяет выявить цианоз шейки матки и слизистой оболочки влагалища, а также заболевания шейки матки и влагалища. Можно пользоваться створчатыми и ложкообразными зеркалами.

Влагалищное (пальцевое) исследование беременной. Пальцами левой руки раздвигают большие и малые половые губы; пальцы правой руки (II и III) вводят во влагалище, I палец отводится кверху, IV и V – прижаты к ладони, упираясь в промежность. Исследуется состояние мышц тазового дна, стенок влагалища (складчатость, растяжимость, разрыхление), сводов влагалища, шейки матки (длина, форма, консистенция) и наружного зева шейки матки (закрыт, открыт, форма круглая или щелевидная).

Двуручное (бимануальное) исследование беременной. После palpации шейки матки приступают к двуручному исследованию. Пальцами левой руки бережно надавливают на брюшную стенку по направлению к полости малого таза навстречу пальцам правой руки, находящимся в переднем своде влагалища. Сближая пальцы обеих исследующих рук, пальпируют тело матки и определяют ее положение, форму, величину и консистенцию, после чего приступают к исследованию маточных труб и яичников. Для этого пальцы обеих рук постепенно перемещают от угла матки к боковым стенкам таза.

Достоверные, или несомненные, признаки беременности – это признаки, появляющиеся во второй половине беременности и свидетельствующие о наличии плода в полости матки.

1. Пальпирующиеся части плода. Во второй половине беременности при palpации живота определяются головка, спинка и мелкие части (конечности) плода; чем больше срок беременности, тем лучше прощупываются части плода.

2. Ясно слышимые сердечные тоны плода. С помощью акушерского стетоскопа сердечные тоны плода выслушиваются с начала второй половины беременности в виде ритмичных ударов, повторяющихся 120–140 раз в минуту. Иногда удается уловить сердцебиение плода с 18–19 нед. беременности. Регистрация сердечных сокращений плода возможна и в более ранние сроки с помощью эхокардиографии (через 48 дней после первого дня последней менструации) и эхографии (с 5–6 нед. беременности).

3. Движения плода, ощущаемые врачом при обследовании беременной. Движения плода обычно определяются во второй половине беременности. (Сами беременные ощущают движение плода: первородящие – с 20-й нед., а повторнородящие – с 18-й нед.).

4. Наиболее достоверную информацию при диагностике беременности познают при ультразвуковом исследовании (УЗИ). При трансабдоминальном сканировании наличие беременности можно установить с 4–5 нед., а при трансвагинальной эхографии – на 1–1,5 нед. раньше. В ранние сроки диагноз беременности устанавливается на основании определения в полости матки плодного яйца, желточного мешка, эмбриона и его сердечных сокращений, в более поздние сроки – благодаря визуализации плода (или плодов при многоплодной беременности).

5. Распознавание беременности требует всестороннего обследования пациентки: лишь тщательно собрав анамнез, выслушав субъективные жалобы, произведя осмотр и пальпацию живота, молочных желез, исследование наружных и внутренних половых органов, врач может на основании всей суммы предположительных и вероятных признаков поставить диагноз беременности.

После установления факта наличия беременности необходимо провести тщательное обследование пациентки.

Обследование беременной

Опрос. При обращении в женскую консультацию заводят карту беременной, в которой отражают данные опроса, объективного и инструментально-лабораторного обследования беременной по определенному плану (при поступлении в родильный дом заводят историю родов).

1. *Паспортные данные* (фамилия, имя, отчество, возраст, место работы и профессия, место жительства). Большое внимание уделяется возрасту беременной, особенно первородящей. У «пожилых» (старше 30 лет) и «юных» (до 18 лет) первородящих чаще наблюдаются осложнения в течении беременности и родов. Вне зависимости от паритета возраст беременной старше 35 лет указывает на вероятность врожденной и наследственной патологии у детей.

2. Причины, заставившие женщину обратиться за медицинской помощью (*жалобы*). Беременные обычно обращаются впервые по поводу прекращения менструаций и подозрения на беременность; нередко они отмечают изменение вкуса, тошноту, рвоту и другие расстройства, встречающиеся в ранние сроки беременности. Бывают жалобы на кровяные

выделения из влагалища, что является симптомом многих осложнений (самопроизвольный выкидыш, внематочная беременность, трофобластическая болезнь, аномалии расположения плаценты, заболевания шейки матки и др.), иногда – вредных привычек: алкоголизма, курения, наркомании.

3. *Наследственность и перенесенные заболевания.* Наследственные заболевания представляют интерес потому, что они могут оказать неблагоприятное влияние на развитие плода. Необходимо выяснить, не было ли в семье беременной и ее мужа передающихся наследственным путем психических заболеваний, болезней крови, нарушения обмена веществ, генетически обусловленных аномалий развития и др.

Важно получить сведения обо всех ранее перенесенных заболеваниях. Большой интерес представляют заболевания детского возраста. Например, перенесенный в детстве рахит ведет к деформации таза, которая осложняет течение родов. Корь, краснуха, туберкулез, а также ревматизм, тонзиллит, повторяющиеся ангины и другие инфекционные заболевания нередко вызывают отставание физического и полового развития и могут послужить причиной развития общего и генитального инфантилизма.

Менструальная функция. При опросе выясняют: а) в каком возрасте появилась первая менструация (менархе), через какой промежуток времени установились регулярные менструации; б) тип и характер менструаций (длительность менструального цикла, продолжительность менструаций, количество теряемой крови, болезненность и пр.); в) изменился ли характер менструации после начала половой жизни, родов, аборт; г) когда была последняя менструация.

Секреторная функция. Выясняют, нет ли выделений из половых путей. Патологические выделения (обильные, гнойные, слизистые или водянистые с примесью гноя и т.д.) свидетельствуют о наличии воспалительного процесса; причинами его возникновения могут быть полип, эрозия, рак шейки матки и др.

4. *Половая функция.* Выясняют, в каком возрасте началась половая жизнь, какой брак по счету, нет ли болей и кровяных выделений при половых сношениях. Важен также срок от начала регулярной половой жизни до наступления первой беременности. Половая жизнь в первые недели беременности,

а также в конце ее может быть причиной инфицирования половых путей, самопроизвольного прерывания беременности или преждевременных родов.

5. *Сведения о муже.* Состояние здоровья мужа, его возраст, профессия, возможные вредные привычки (алкоголизм, наркомания), наследственные заболевания должны быть отражены в карте беременной и в истории родов.

6. *Детородная функция.* В этой важной части опроса выясняют следующее:

- какая по счету настоящая беременность;
- число предыдущих беременностей, достигших срока жизнеспособности плода (а не только число родившихся детей), что имеет большое значение.

В зарубежной литературе различают следующие понятия:

1) *nulligravida* – женщина, не беременная в настоящее время и не имевшая беременности в анамнезе;

2) *gravida* – женщина, беременная в настоящее время или имевшая беременности раньше, вне зависимости от их исхода. При первой беременности женщину характеризуют как первобеременную (*primigravida*), а при следующих беременностях – как повторнобеременную (*multigravida*);

3) *nullipara* – женщина, никогда не имевшая беременности, достигшей срока жизнеспособного плода; ранее у нее могли быть или не быть беременности, закончившиеся абортom в более ранние сроки;

4) *primipara* – женщина, доносившая одну беременность (одно- или многоплодную) до срока жизнеспособного плода;

5) *multipara* – женщина, имеющая в анамнезе несколько беременностей, доношенных до срока жизнеспособного плода (22 нед. беременности, масса плода 500 г, рост 32–34 см).

6) *paritet* (от лат. *pario*) – наличие родов в анамнезе, или число родов в прошлом.

Объективное обследование. После ознакомления с анамнезом пациентки приступают к объективному исследованию, который начинают с осмотра. При осмотре выявляются дополнительные видимые признаки инфантилизма (недоразвитие молочных желез, недостаточное развитие волос в области наружных половых органов), недостаточная половая дифференцировка (широкие плечи, узкий таз, рост волос по мужскому типу) и прочие особенности развития, при которых беременность нередко протекает с осложнениями.

Кожные покровы. Пигментация лица, белой линии, сосков и околососковых кружков, полосы беременности позволяют предполагать наличие беременности. Бледность кожи и видимых слизистых оболочек, синюшность губ, желтушность кожи и склер, отеки являются признаками ряда серьезных заболеваний.

Молочные железы. Оценивают их развитие, состояние сосков (нормальные, плоские, втянутые), наличие отделяемого (молозива) из сосков.

Исследование внутренних органов. После осмотра проводят исследование сердечно-сосудистой системы, легких, органов пищеварения, нервной, мочевой и других систем по общепринятой методике (аускультация, перкуссия, пальпация и др.). У беременной в обязательном порядке измеряют артериальное давление, массу тела и рост, исследуют мочу и кровь, определяют группу крови, резус-принадлежность, производят серологические и другие исследования латентных инфекций (сифилис, ВИЧ, вирусный гепатит, токсоплазмоз и др.). У всех беременных исследуют выделения из шейки матки, цервикального канала, влагалища для выявления трихомоноза, гонореи, хламидиоза, микоплазмоза, бактериальной флоры. Во второй половине беременности измерение артериального давления, определение массы тела, исследование крови и мочи производят систематически. После применения всех указанных методов исследования приступают к специальному акушерскому обследованию.

Пальпация живота, приём наружного акушерского исследования методом Леопольда-Левицкого

Цель: определить состояние плода в матке (количество плода, расположение плода, соотношение головки плода к тазу матери и др.).

При данном исследовании следует:

- объяснить беременной, что при манипуляции будет пальпироваться область живота;
- перед проведением манипуляции согреть руки;
- попросить беременную опорожнить мочевой пузырь;
- уложить беременную на спину с согнутыми в тазобедренных суставах ногами для расслабления мышц живота.

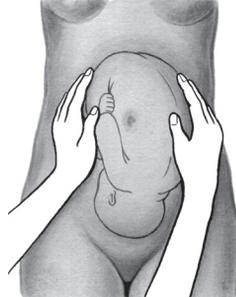
Первый прием:

Встать справа от беременной, лицом к ней. Ладони обеих рук располагают на дне матки, пальцы рук сближают; осторожным надавливанием вниз определяют уровень стояния дна матки, определяется часть плода, располагающегося в дне матки.



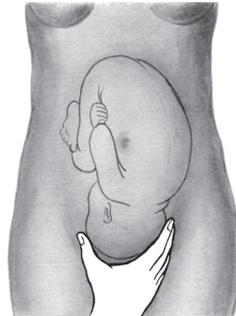
Второй прием:

Обе руки со дна матки перемещают книзу, до уровня пупка, и располагают на боковых поверхностях матки. Определяют спинку и мелкие части плода и количество околоплодных вод.



Третий прием:

Одну руку кладут немного выше лонного сочленения так, чтобы один палец находился на одной стороне, а остальные – на другой стороне нижнего сегмента матки. Медленными и осторожными движениями пальцы погружают вглубь и обхватывают предлежащую часть, определяется голова или таз, а также смещение.



Четвертый прием:

Повернуться лицом к ногам беременной и двумя руками пальпировать предлежащую часть, ладони обеих рук располагают на нижнем сегменте матки справа и слева, кончики пальцев доходят до симфиза. Вытянутыми пальцами осторожно проникают вглубь по направлению к полости таза и кончиками пальцев определяют предлежащую часть и высоту её стояния. Определяется подвижность плода и насколько он опущен в таз.



Прослушивание сердцебиения плода:

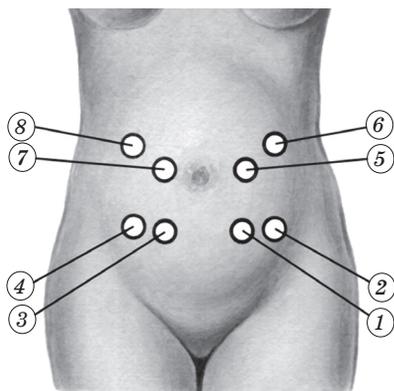
- для того чтобы выслушать сердцебиение плода, необходимо уложить беременную на спину, вытянуть обе ноги и слушать при помощи стетоскопа;
- частота сердечных сокращений от 120–140 ударов в минуту;
- частота количества ударов сердечных сокращений считается следующим образом: в течение каждых 5 секунд три раза (в течение 15 секунд);
- при помощи стетоскопа сердцебиение плода можно будет услышать уже на 20-й неделе беременности;
- для того чтобы точно услышать тоны сердцебиения, необходимо, чтобы окружающая среда была спокойной;
- приложить ухо к стетоскопу, руки убрать. Если приложить руку, то будет слышен фриктивный шум, при котором трудно будет услышать сердечные тоны.

При аускультации главное – не перепутать звуки сердцебиения плода и звуки брюшной аорты, чтобы различать звуки, необходимо одновременно пальпировать и пульс беременной.

Измерение таза имеет наиболее важное значение из всех методов исследования таза. Зная размеры таза, можно судить о течении родов, о возможных осложнениях при них, о допустимости самопроизвольных родов при данной форме и размерах таза. Большинство внутренних размеров

Рис. 18.

Точки аускультации плода



- 1 – передний вид, первая позиция, головное предлежание; 2 – задний вид, первая позиция, головное предлежание; 3 – передний вид, вторая позиция, головное предлежание; 4 – задний вид, вторая позиция, головное предлежание; 5 – передний вид, первая позиция, тазовое предлежание; 6 – задний вид, первая позиция, тазовое предлежание; 7 – передний вид, вторая позиция, тазовое предлежание; 8 – задний вид, вторая позиция, тазовое предлежание.

таза недоступны для измерения, поэтому обычно измеряют наружные размеры таза и по ним приблизительно судят о величине и форме малого таза.

Измерение таза производят специальным инструментом – тазомером. Тазомер имеет форму циркуля, снабженного шкалой, на которой нанесены сантиметровые и полусантиметровые деления. На концах ветвей тазомера имеются пуговики; их прикладывают к местам, расстояние между которыми подлежит измерению. Для измерения поперечного размера выхода таза сконструирован крестцовый тазомер с перекрещивающимися ветвями.

При измерении таза женщина лежит на спине с обнаженным животом, ноги вытянуты и сдвинуты вместе. Врач становится справа от беременной лицом к ней. Ветви тазомера берут в руки таким образом, чтобы большие и указательные пальцы держали пуговики. Шкала с делениями обращена кверху. Указательными пальцами прощупывают пункты, расстояние между которыми измеряют, прижимая к ним пуговики раздвинутых ветвей тазомера, и отмечают по шкале величину искомого размера.

Обычно измеряют четыре размера таза: три поперечных и один прямой.

1. *Distantia spinarum* – расстояние между передневерхними остями подвздошных костей. Пуговики тазомера прижимают к наружным краям передневерхних остей. Размер этот обычно равняется 25–26 см.

2. *Distantia cristarum* – расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей. После измерения *distantia spinarum* пуговики тазомера передвигают с остей по наружному краю гребня подвздошных костей до тех пор, пока не определят наибольшее расстояние; это расстояние и есть *distantia cristarum*; оно в среднем равняется 28–29 см.

3. *Distantia trochanterica* – расстояние между большими вертелами бедренных костей. Отыскивают наиболее выдающиеся точки больших вертелов и прижимают к ним пуговики тазомера. Этот размер равен 31–32 см.

Имеет значение также соотношение между поперечными размерами. Например, в норме разница между ними равна 3 см; разница менее 3 см указывает на отклонение от нормы в строении таза.

4. *Conjugate externa* – наружная конъюгата, т.е. прямой размер таза. Женщину укладывают на бок, нижележащую ногу сгибают в тазобедренном и коленном суставах, вышележащую вытягивают, пуговку одной ветви тазомера устанавливают на середине верхненаружного края симфиза, другой конец прижимают к надкрестцовой ямке, которая находится между остистым отростком V поясничного позвонка и началом среднего крестцового гребня (надкрестцовая ямка совпадает с верхним углом крестцового ромба).

Наружная конъюгата имеет важное значение – по ее величине можно судить о размере истинной конъюгаты. Для определения истинной конъюгаты из длины наружной конъюгаты вычитают 9 см. Например, если наружная конъюгата равна 20 см, то истинная конъюгата равна 11 см; если наружная конъюгата имеет длину 18 см, то истинная равна 9 см и т.д.

Разница между наружной и истинной конъюгатой зависит от толщины крестца, симфиза и мягких тканей. Толщина костей и мягких тканей у женщин различна, поэтому разница между размером наружной и истинной конъюгат не всегда точно соответствует 9 см. Истинную конъюгату можно более точно определить по диагональной конъюгате.

Диагональной конъюгатой (conjugata diagonalis) называется расстояние от нижнего края симфиза до наиболее выдающейся точки мыса крестца. Диагональную конъюгату определяют при влагалищном исследовании женщины, которое производят с соблюдением всех правил асептики и антисептики.

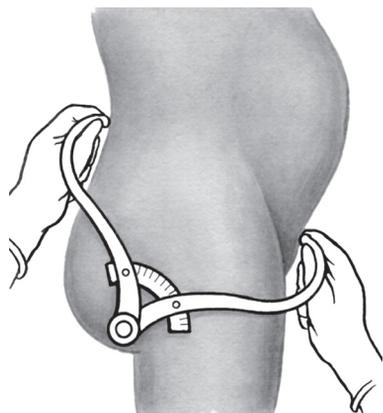


Рис. 19. Наружная конъюгата

Верхненаружный край симфиза определяется легко; для уточнения расположения надкрестцовой ямки скользят пальцами по остистым отросткам поясничных позвонков по направлению к крестцу; ямка легко определяется осязанием под выступом остистого отростка последнего поясничного позвонка. Наружная конъюгата в норме равна 20–21 см.

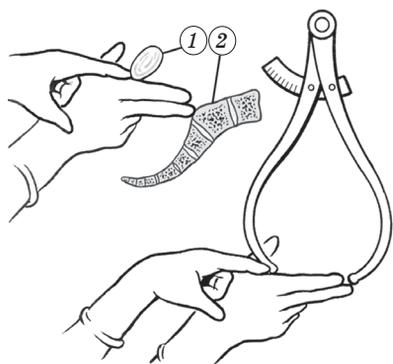


Рис. 20. Определение диагональной конъюгаты:

- 1 – лобковый симфиз;
2 – позвоночник, средний палец упирается в мыс крестца.

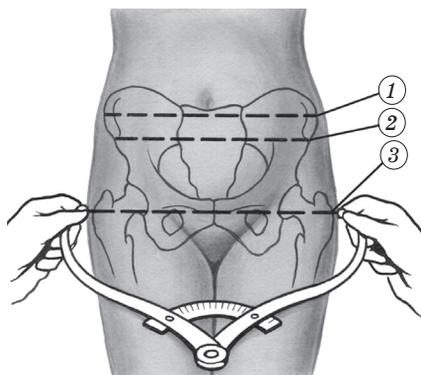


Рис. 21.

Наружные размеры таза

- 1 – Distantia spinarum;
2 – Distantia cristarum;
3 – Distantia trochanterica

II и III пальцы вводят во влагалище, IV и V сгибают, тыл их упирается в промежность. Введенные во влагалище пальцы фиксируют на верхушке мыса, а ребром ладони упираются в нижний край симфиза. После этого II пальцем другой руки отмечают место соприкосновения исследующей руки с нижним краем симфиза. Не отнимая II пальца от намеченной точки, руку, находящуюся во влагалище, извлекают, и ассистент измеряет тазомером или сантиметровой лентой расстояние от верхушки III пальца до точки, соприкасающейся с нижним краем симфиза.

Диагональная конъюгата при нормальном тазе равняется в среднем 12,5–13 см.

Известное значение имеет измерение сантиметровой лентой окружности лучезапястного сустава беременной. Средняя величина этой окружности 14 см. Если индекс больше, то можно предположить, что кости таза массивные и размеры его полости меньше, чем можно было бы ожидать по данным измерения большого таза.

Определение срока беременности

Для определения срока беременности и родов имеют значение сведения из анамнеза о времени последней менструации и первого шевеления плода.

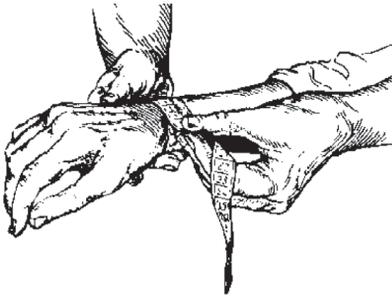


Рис. 22. Измерение окружности запястья в области лучезапястного сустава (индекс Соловьева)

(не наступившей) менструации отсчитывают назад 14–16 дней и таким образом определяют возможное время овуляции.

При определении срока беременности и родов учитывают *время первого шевеления плода*, которое ощущается первородящими с 20-й недели, т.е. с середины беременности, повторнородящими – примерно на 2 нед. раньше. Первое шевеление плода – признак субъективный и значительно менее важный, чем дата последней менструации. Женщина нередко забывает срок первого шевеления плода или ошибочно определяет эту дату, приняв за движение плода перистальтику кишечника. Время шевеления плода учитывается только как вспомогательный признак.

Для ускорения подсчета срока беременности по менструации, овуляции и первому движению плода имеются специальные акушерские календари и линейки.

Для распознавания срока беременности и выяснения даты родов большое значение имеют данные объективного обследования: определение величины матки, объема живота и высоты дна матки, длины плода и размеров головки.

Продолжительность беременности и определение даты родов

Определение истинной продолжительности беременности затруднительно в связи с тем, что сложно установить точный срок овуляции, время передвижения сперматозоидов и оплодотворения. Поэтому данные о продолжительности беременности разноречивы. Описаны случаи рождения зрелых

детей при беременности, продолжавшейся 230–240 дней; наряду с этим встречались случаи весьма значительного удлинения срока беременности (переносимая беременность, запоздалые роды); известны наблюдения, когда беременность продолжалась свыше 300 дней (310–320 дней и более). Однако в большинстве случаев беременность продолжается 10 акушерских (лунных, по 28 дней) месяцев, или 280 дней, если исчислять ее начало от первого дня последней менструации.

Для определения срока родов к первому дню последней менструации прибавляют 280 дней, т.е. 10 акушерских, или 9 календарных, месяцев. Обычно расчет срока родов производят проще: от даты первого дня последней менструации отсчитывают назад 3 календарных месяца и прибавляют 7 дней. Например, если последняя менструация началась 2 октября, то, отсчитав назад 3 мес. (2 сентября, 2 августа и 2 июля) и прибавив 7 дней, определяют ожидаемую дату родов – 9 июля; если последняя менструация началась 20 мая, то предполагаемый срок родов 27 февраля и т.д.

При первом посещении беременной женской консультации тщательно собирают анамнез, проводят общий осмотр, специальное исследование, определяют состояние молочных желез, рост, массу тела, размеры таза, артериальное давление (на обеих руках). При влагалищном исследовании выявляют состояние шейки и тела матки, придатков, емкость таза, измеряют диагональную конъюгату. Из цервикального канала, влагалища и наружного отверстия мочеиспускательного канала берут мазки для исследования на микробную флору.

Регулярно во время каждого очередного посещения беременной женской консультации после получения сведений о ее самочувствии и образе жизни проводится наружное акушерское исследование, измерение окружности живота, высоты стояния дна матки, определение положения и предлежания плода, выслушивание его сердцебиения и т.д.

Взвешивание беременной производится также при каждом посещении женской консультации, желательно в одной и той же одежде. Регулярно измеряется артериальное давление на обеих руках. Для своевременного выявления позднего токсикоза необходимо также перед каждым посещением делать анализ мочи на наличие белка.

Клинический анализ крови производят несколько раз в начале, середине и в конце беременности. Повторно исследуют кровь на реакцию Вассермана в конце беременности. Одновременно повторно берут влагалищные мазки на микробную флору.

В наблюдении за беременными врачу активно помогает участковая медицинская сестра. Она не только организует обслуживание беременных в условиях женской консультации, но и осуществляет патронаж.

Предоставление листка нетрудоспособности беременным и родильницам

Беременные в нашей стране пользуются многими льготами. С момента установления беременности женщины не допускаются к работе, связанной с неблагоприятными условиями труда, к работе в ночное время. Беременные работницы и служащие с 4-го месяца беременности не привлекаются к сверхурочной работе.

При переводе на облегченную работу за беременной сохраняется заработная плата из расчета последних 6 мес.

Предоставляемые льготы способствуют правильному течению беременности и развитию плода в благоприятных условиях. Листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается врачом, ведущим прием.

Выдача листка нетрудоспособности производится с 30 нед. беременности единовременно продолжительностью 140 календарных дней. При многоплодной беременности листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается с 28 нед. беременности, при этом общая продолжительность дородового и послеродового отпуска составляет 180 дней.

При осложненных родах женщинам, в том числе и иногородним, листок нетрудоспособности выдается дополнительно на 16 календарных дней лечебно-профилактическим учреждением, где произошли роды. В этих случаях общая продолжительность дородового и послеродового отпуска составляет 156 календарных дней.

При родах, наступивших до 30 нед. беременности, и рождении живого ребенка листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается лечебно-профилактическим учреждением, где произошли роды, на 156 календарных дней, а в случае рождения мертвого ребенка или его смерти в течение 7 дней после родов – на 86 календарных дней.

Листок нетрудоспособности на дородовой отпуск продолжительностью 90 календарных дней выдается женщинам, проживающим в населенных пунктах, подвергшихся радиоактивному загрязнению. Общая продолжительность отпуска по беременности и родам составляет 160 дней.

Женщине, усыновившей новорожденного ребенка, листок нетрудоспособности выдает стационар по месту его рождения на 70 календарных дней со дня рождения.

При операции экстракорпорального оплодотворения и «подсадке эмбриона» листок нетрудоспособности выдается оперирующим врачом на период госпитализации до установления факта беременности.

Гигиена и диета беременной

Здоровая женщина обычно хорошо переносит беременность и полностью сохраняет работоспособность. Однако несоблюдение гигиенических требований и правил питания, нарушения режима в работе и быту, переутомление и другие неблагоприятные факторы внешней среды могут нарушать нормальное течение беременности.

У большинства женщин с начала беременности появляется повышенная потребность во сне, поэтому беременная должна спать не менее 8–9 ч в сутки. Постельное белье нужно менять не реже одного раза в неделю.

Половые сношения во время беременности должны быть ограничены. Не рекомендуется половая жизнь в первые 2–3 мес. беременности, так как она способствует самопроизвольному аборту, и в последние 2 мес. беременности из-за опасности занесения патогенной флоры в половые пути женщины. Беременной запрещается курение и употребление алкогольных напитков. Ей следует остерегаться гриппа и других инфекционных заболеваний, представляющих серьезную угрозу для нее и плода.

Одежда беременной должна быть удобной, свободной, чистой. Необходимо избегать стеснения грудной клетки и живота, особенно во второй половине беременности. Бюстгалтеры должны быть удобными, не сдавливающими молочные железы, из грубой хлопчатобумажной ткани. Специальный бандаж во второй половине беременности рекомендуется носить не всем женщинам, а лишь при чрезмерном растяжении передней брюшной стенки у многорожавших женщин, а так-

же при крупном плоде, многоплодии и склонности к невынашиванию беременности. Обувь, как и одежда, должна быть удобной, на широком каблуке.

Гигиенический *уход за телом* способствует усилению кожного дыхания и выведению с потом вредных для организма продуктов обмена веществ. Кроме ежедневных водных процедур, беременная должна не реже одного раза в неделю мыться горячей водой с мылом. Для этой цели лучше пользоваться душем. Важно тщательно следить за полостью рта, состоянием зубов и производить необходимую санацию.

Особое внимание во время беременности нужно уделять туалету наружных половых органов. Беременная должна подмываться два раза в день. Спринцевания во время беременности не разрешаются.

Подготовка молочных желез к кормлению ребенка состоит в ежедневном обмывании их во время беременности водой комнатной температуры, вытирании махровым полотенцем и воздушных ваннах перед сном в течение 10–15 мин. При плоских или втянутых сосках рекомендуется массировать их 2–3 раза в день по 3–4 мин. Подобную процедуру начинают с 34–35-й недели беременности.

Питание беременной имеет исключительно большое значение для сохранения ее здоровья и нормального развития плода. В первой половине беременности особая диета не нужна. Организм беременной нуждается в большом количестве белков, так как они расходуются на построение организма плода. Белками наиболее богаты мясо, творог, рыба, яйца, молоко, и из растительных продуктов – горох, фасоль, капуста, овсяная, гречневая крупа. Возмещение энергетических затрат обеспечивается жирами, из которых наиболее усваиваются организмом сливочное масло, сливки, сыр, сметана, растительные масла, а также углеводами, содержащимися в овощах, фруктах, хлебных продуктах. Однако избыточное употребление углеводов ведет к чрезмерному увеличению массы тела беременной и плода.

Организм беременной в большей степени, чем обычно, нуждается в минеральных солях, особенно в кальции, фосфоре, расходуемых на построение скелета плода. Эти соли содержатся во всех продуктах животного и растительного происхождения. Лучшими источниками кальция являются молоко и молочнокислые продукты, творог, сыр, яичный желток.

Во время беременности увеличивается **потребность** в солях железа, а также в витаминах. **Много** витаминов содержится в свежих фруктах, ягодах, овощах. Зимой и весной при недостатке свежих овощей и фруктов беременной рекомендуется периодически принимать комплекс витаминов, выпускаемый в виде драже. Много витаминов в шиповнике, которым можно пользоваться круглый год.

Во второй половине беременности, в отличие от первой, пища должна быть преимущественно молочнорастительной. Ограничиваются мясные супы и бульоны, часть мяса заменяют творогом. Запрещаются острые и соленые, жареные блюда. Общее количество поваренной соли, поступающей в организм за сутки, следует ограничить до 5–8 г, а жидкости – до 1–1,2 л. Во второй половине беременности необходимо особенно тщательно следить за массой тела, прибавка которой не должна превышать 300–350 г в неделю.

Подготовительное обучение для будущих родителей

Воспитательная программа в разнообразной форме предусматривает воспитание чувства материнства через установление и формирование духовной связи между родителями и новорожденным ребенком. Развитие и выражение творческих идей, которые во время беременности посещают будущую маму, положительно влияют на ее самочувствие и настроение.

В Школе матери собираются группы по 10–20 человек, в группу собираются только те беременные, у которых срок почти одинаковый. Проводится гимнастика для беременных и водные процедуры, для которых определяется очень большое пространство. Трогательная атмосфера, уютные комнаты, место для чаепития, декорации – все это благоприятно влияет на состояние беременной. В программе школы матерей уделяется время для бесед одинаково мыслящих беременных.

Школа для беременных и психопрофилактическая подготовка к родам включают в себя изучение следующих тем:

- 1) гигиена женщины в 1-й половине беременности (12–14 нед.);
- 2) гигиена женщины во 2-й половине беременности (20–22 нед.);
- 3) гигиена женщины в последние 2 мес. беременности (32 нед.);
- 4) анатомия половых органов женщины;
- 5) механизм родового акта;

6) поведение роженицы во время 1-го периода родов (обучение приемам обезболивания);

7) поведение роженицы во время 2-го периода родов (обучение технике потуг);

8) основы ухода за новорожденным ребенком.

Занятия в Школе матери проводятся 4 раза в месяц по часу.

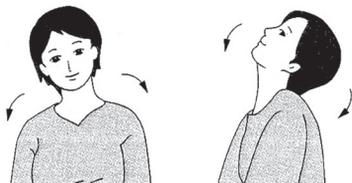
Обучение, направленное на безопасное родовспоможение

1. Пройдя периодическое обследование здоровья, уточнить, нет ли патологии, препятствующей занятию гимнастикой.

2. Не переусердствовать с упражнениями, которые приводят к утомлению мышц.

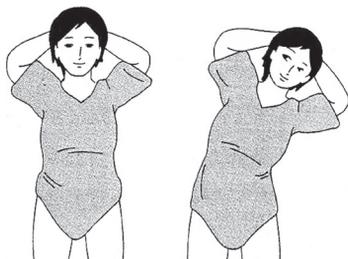
3. Упражнения выполняются после некоторого разогрева тела ходьбой или растягиванием.

4. При проведении гимнастики больше уделять внимание удобным позициям.



1. Растягивание мышц шеи (утром и вечером по 5 раз)

С помощью движений трапециевидных и грудино-ключично-сосцевидных мышц, которые находятся в окружности шеи, снимается напряжение, улучшается кровообращение, устраняется головная боль. Сесть, выпрямив спину, без напряжения, опустить руки вдоль тела. Сделав вдох, наклонить голову вперед; назад; влево; вправо. При возвращении в исходное положение воздух выдыхается. Одновременно с выдохом вращается голова.



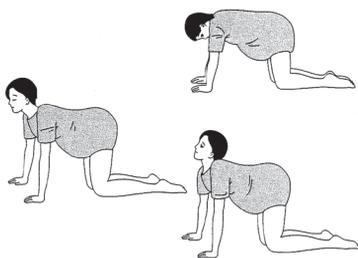
2. Растягивание боковых мышц спины (утром и вечером по 5 раз)

Движения на растяжение мышц грудной клетки способствуют кровообращению и расслаблению межреберных мышц, соответственно восстанавливается дыхательная функция и смягчается подреберная боль. Сцепить руки и заложить за голову. В этом положении делать наклоны телом влево или вправо. Дыхание не задерживается. Возвратившись в исходное положение, расслабиться, после выполнить наклоны в противоположную сторону.

3. Растягивание мышц поясницы. «Поза кошки» (утром и вечером по 5 раз)

В пояснично-спинных мышцах повышается нагрузка за счет увеличения брюшной области в связи с беременностью, растяжка этих мышц поможет расслабить мышцы

и уменьшить пояснично-спинную боль. Расслабившись, стоять на четвереньках (расставить руки и ноги на уровне плеч). Сделав выдох, выгнуть спину и опустить голову рук (поясница – грудь – шея образуют овальную форму). Голову опустить, глаза направить на пупок. Медленно сделать глубокий вдох. Сделав легкий вдох, принять исходное положение. Сделав выдох, спину приподнять (поясница – грудь – шея образуют овальную форму в наоборот). Голову поднять, взглянуть на потолок. Медленно сделать глубокий вдох, принять исходное положение.



4. Растягивание мышц спины (утром и вечером по 5 раз)

Растяжка мышц спины, которые обычно малоподвижны, способствует улучшению кровообращения. Принять удобное сидячее положение. Сцепить руки вместе и вытянуть руки горизонтально вперед, ладонями наружу. Втягивая живот, вытянуть руки вперед, а спину назад (горбиться).

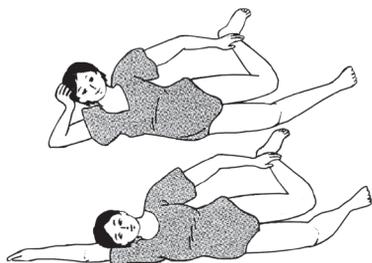


5. Растягивание лодыжек (утром и вечером) по 5 раз

Растяжка спинных мышц, которые обычно малоподвижны, способствует улучшению кровообращения. Растяжение мышц ног способствует периферическому венозному притоку (кровообращению) и уменьшает отек ног. Сесть на стул или принять положение лежа на спине. Сделав вдох,



вытягивать кончики ног. Одновременно сделав вдох и выдох, стопы ног вытянуть вперед (растягиваются пятки). Вращать лодыжками (щиколотками). Сгибать и разгибать пальцы ног, одновременно делая выдох.



6. Растягивание четырехглавой мышцы бедер (утром и вечером по 5 раз)

Эти движения способствуют устранению напряжения суставов и мышц, кровообращению в окружности паховой области.

Принять положение лежа на боку. Руку, которая находится внизу, вытянуть вперед. Потом руку согнуть в локте, головой опереться на руку. Обхватить верхнюю ногу (не поднимать колени вверх). От плеч до колен сохранять прямое положение, одновременно вытягивая тазобедренные суставы вперед, колени тянуть назад. Поменяв ноги, упражнение повторить.



7. Растягивание трехглавой мышцы голени (по 2 раза)

В щадящем режиме растяжка мышц нижних конечностей способствует их кровообращению, предотвращает возникновение судорог в икрах. Вытянуть вперед правую ногу, пяткой левой ноги опереться о пол. Согнуть колено правой ноги. Опустить голову, направить глаза на пупок. Немного вытянуть ноги, сохранять удобное положение в течение 10 секунд. Без задержки проводится спонтанное дыхание. Поменяв ноги, упражнение повторить.



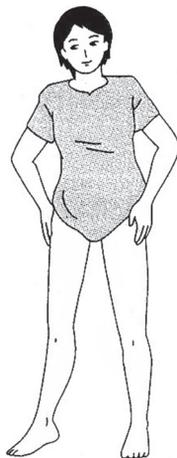
8. Растягивание тазобедренных суставов, поза «Бабочка» (утром и вечером по 10 раз)

Расслабление мышц тазобедренных суставов способствует гибкости приводящих мышц и улучшению их кровообращения. Сидеть, выпрямив спину, приняв

позу «бабочки». Соединить подошвы ног (при затруднении лучше сесть на одеяло). Взявшись за кончики ног, двигать коленями вверх и вниз (можно попросить помочь партнера). Положив руки на колени, одновременно выдохнуть, надавливая на колени, и медленно опускать.

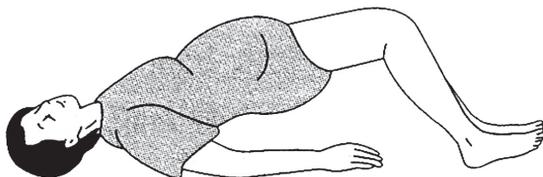
9. Вращение поясницей (утром и вечером по 1 минуте)

С помощью вращения поясницей расслабляются пояснично-спинные мышцы и мышцы всего организма. Упражнение способствует уменьшению боли во время родов и опущению плода, а также используется в самом процессе родов. Расставить ноги, руки на пояснице. Медленные вращения поясницей влево и вправо. Медленные вращения поясницей вперед и назад. Медленные круговые движения поясницей. Раскачивать таз, словно маятник. Во время раскачки дыхание медленное, без задержки.



10. Упражнение для мышц тазового дна, поза «кенгуру». Проводится на спортивной площадке (утром и вечером по 5 раз)

Тренировка и растяжка мышц тазового дна и бедер является необходимым упражнением для родов. Рекомендуются и после родов, а также в климактерическом периоде. Приняв положение лежа на спине, поднять колени (и немножко расставить). Руки вытянуть на полу вдоль тела. Одновременно сделать выдох, сжимая анус с помощью мышц спины, медленно приподнять поясницу вверх. В приподнятом положении сделать вдох и выдох (снимается напряжение ануса, окружающей владалища, плеч, рук, нижних конечностей, положение сохраняется в течение 10 секунд). Сделав вдох и выдох еще раз, опустить поясницу. Сделать вдох и расслабиться.



КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Что такое оплодотворение?
2. Что вы знаете о методах определения срока беременности?
3. Какие изменения происходят в организме женщины во время беременности?
4. Расскажите о гигиене беременных.
5. Расскажите о диете беременных.
6. Как проводится психопрофилактическая подготовка к родам?
7. Расскажите о сестринском обучении, направленном на охрану здоровья в период беременности.
8. Расскажите о сестринском уходе, направленном на безопасное родовспоможение.

Г Л А В А VIII

РОДЫ, ПЕРИОДЫ РОДОВ, РОДОВЫЕ ИЗГОНЯЮЩИЕ СИЛЫ. СЕСТРИНСКИЙ УХОД И ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Роды – физиологический процесс, при котором происходит изгнание из полости матки через родовые пути плода и последа.

Родовая изгоняющая сила

Физиологическая сила, которая широко раскрывает маточный зев и выталкивает плод и послед, называется родовой изгоняющей силой.

Схватки – сокращение матки; *потуги* – сокращение мышц брюшной стенки, диафрагмы и тазового дна.

Схватки при беременности – это непостоянные, мягкие схватки, возникают в период беременности, чаще безболезненны.

Ложные схватки – это схватки, которые возникают в последние дни беременности сравнительно часто и сопровождаются болевыми ощущениями.

Родовые схватки – это схватки, которые носят периодический характер: в связи с сокращением матки раскрывается маточный зев. С прогрессом родов матка сокращается чаще и сильнее, промежуток между схватками постепенно сокращается, схватки длятся дольше.

Послеродовые схватки – это нерегулярные схватки, возникающие в послеродовом периоде, при помощи которых происходит инволюция матки. Болевые ощущения, которые возникают время от времени, более болезненны у повторнородящих.

Особенности схваток. Родовые схватки – это непродолжительные сокращения мышц, которые чередуются паузами, одно за другим. Период сокращения называется схватками, промежутки между схватками называют паузой. Период сокращения и промежуток между схватками называют циклом

схваток. Схватки возникают непроизвольно, роженица не может управлять ими по своему желанию.

Потуги – сокращения мышечного пресса (брюшной стенки, диафрагмы, тазового дна), возникающие рефлекторно вследствие сдавления предлежащей частью плода. С прогрессом родов плод давит на мягкие родовые пути, в связи с чем возникают рефлекторные потуги. Силу и время потуг роженица может регулировать по просьбе акушерки.

Родовой канал – канал, образуемый костями малого таза и расположенными в нем мягкими тканями, через который перемещается плод в процессе родов. С приближением родов соединения костей становятся растягиваемыми. Родовой канал становится мягким и растягиваемым, таким образом родовой канал готовится к проходу плода. Размеры таза, эластичность и растяжение мягких тканей родового канала играют важную роль.

Костный родовой канал состоит из левой и правой тазовой кости (или безымянных – которые включают в себя подвздошную кость, лобковую кость, седалищную кость), крестцовой кости и копчиковой кости.

Мягкий родовой канал состоит из нижнего сегмента матки, цервикального канала, влагалища и вульварного кольца.

Течение родов

С приближением родов выявляются предвестники родов. Этот период называется продромальной фазой. Процесс родов делится на 3 периода: первый период, второй период, третий период.

Период в течение 2 часов сразу после рождения плаценты называется *ранним послеродовым периодом*.



Рис. 23. Индивидуальная родильная комната

Ранние схватки: к концу беременности чувствуются сокращение матки и болезненные ощущения в нижней части живота. Чувство опущения дна матки: с приближением родов за две или три недели вперед дно матки опускается низко. Ограничения со стороны диафрагмы исчезают, и беременной становится легко дышать. Опускается голова плода.

Созревает шейка матки (разглаживается шейка матки). Накануне родов в малом количестве выделяются слизистые выделения, иногда с прожилками крови из влагалища.

Наблюдается частое мочеиспускание из-за сдавливания мочевого пузыря головкой плода.

Первый период – период раскрытия. Начинается с началом регулярных схваток до полного раскрытия шейки матки. Продолжается он у первородящих женщин 10–12 часов, у повторнородящих – 8–10 часов (рис. 24).

Второй период – период изгнания. Начинается с полного раскрытия шейки матки и заканчивается рождением ребёнка.

Третий период – послеродовой период. Начинается с рождения ребёнка, заканчивается отделением плаценты.

Ранний послеродовой период – сразу после рождения плаценты в течение 2 часов.

Биомеханизм родов

Совокупность движений, совершаемых плодом при прохождении через родовые пути, называется биомеханизмом родов.

Различают 4 момента механизма родов:

- первый момент (сгибание головки плода);
- второй момент (внутренний поворот головки);
- третий момент (разгибание головки);
- четвертый момент (наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков).

Механизм рождения (изгнания) плаценты. После рождения ребенка матка сокращается, приобретая округлую форму, дно ее располагается на уровне пупка, через несколько минут начинаются ритмические сокращения матки – последовые схватки. Благодаря этому нарушается связь между плацентой и стенкой матки. Кровь из сосудов накапливается между плацентой и стенкой матки, содействуя дальнейшему отделению плаценты от места прикрепления.

Психосоциальные особенности роженицы



Рис. 24. Свободный выбор позиции в первом периоде родов

При госпитализации необходимо утешать роженицу, так как она страшится начала родов, кроме того, с приходом в родильный дом изменяется окружающая ее атмосфера, что психологически влияет на нее. Необходимо создать условия в больнице, обеспечивающие безопасность плода и роженицы. Во избежание осложнений при схватках следует психологически подготовить роженицу, а также уделить внимание родным роженицы, сопровождающим ее.

Второй период родов: женщина с нетерпением ждет встречи с ребенком с чувством «вот еще чуть-чуть и рожу».

Третий период родов: сразу с рождением ребенка женщина чувствует облегчение в теле. Услышав, что с ребенком все нормально и ребенок здоров, у женщины появляется ряд положительных эмоций: радость, чувство облегчения, достижения цели, счастья и другие.

Ранний послеродовой период. Сразу после родов новорожденного кладут на нижнюю часть живота, используя это как первый шанс взаимосвязи матери и ребенка. В этот момент женщина проявляет свою привязанность, трогая пальчики новорожденного и лаская по голове, также это момент поощрения роженицы за то, что роды благополучно завершились.

Акушерка систематически наблюдает за состоянием здоровья роженицы, измеряет и оценивает жизненно важные показатели, наблюдает и оценивает физическое состояние, а также психологическое состояние.

Акушерка каждые 10–15 минут обязательно должна прослушивать и оценивать сердцебиение плода, наблюдать и анализировать околоплодные воды: цвет, особенность, количество.

При длительных родах расходуется большое количество энергии и затрат сил организма, что приводит к понижению уровня сахара в крови, причиной чего может стать слабая родовая деятельность. Недостаточное питье может привести к обезвоживанию организма. По желанию роженицы предоставлять питье роженице в достаточном количестве.

Для преодоления длительных родов необходимо оказать помощь роженице для сохранения сил, чтобы она смогла выспаться и отдохнуть. От схваток сон может прерываться, что приводит к истощению сил. Последствием этого становится слабая родовая деятельность, в связи с чем роды будут длиться дольше. Необходимо подготовить уютную атмосферу, чтобы роженица смогла отдохнуть, и объяснить роженице о необходимости отдыха.

Сокращение матки стимулирует прямую кишку, а опущение головки плода в таз стимулирует мочевой пузырь. И все-таки накопление прямой кишки и мочевого пузыря препятствует выходу плода. Следует опорожнять мочевой пузырь строго каждые 2 часа.

Если роженица госпитализировалась с разрывом плодного пузыря, необходимо предоставить гигиенические прокладки. Для того чтобы избежать излития большого количества околоплодных вод, рекомендуют роженице приехать в больницу лежа на боку в машине. Прокладки для наружных половых органов следует менять приблизительно каждые 3 часа. С прогрессом родов роженица обильно потеет, поэтому, исходя из ситуации, следует предложить душ, обтирание тела или смену одежды роженицы, в зависимости от ее желания.

Помощь при смягчении родовой боли

Родовые боли усиливаются из-за волнения, перепуга и отсутствия навыка, в этот момент необходимо помочь роженице избежать перенапряжения всего тела. Для облегчения родовых схваток существуют такие способы, как дыхательные упражнения, сдавливание, массаж биологически активных точек, прикосновение, массаж, растирание, грелки, использование теплой воды (мытьё ног, теплый душ), ароматерапия, смена положения и другое.

Для того чтобы избежать чрезмерного истощения сил роженицы, необходимо оказать ей психологическую помощь, объяснить способы смягчения родовых болей.

С окончанием первого периода родов чувство потуг одно- временно усиливается. Нельзя тужиться с давлением до полного раскрытия шейки матки. Надо начинать дыхательные упражнения при сильных потугах: глубокий вдох и задерживать дыхание, выдох через нос, таким образом можно избежать потуг.

С приближением родов и усилением схваток волнение роженицы усиливается. В этот момент очень важно отнестись к роженице с пониманием, объяснить ей цель манипуляций, проводимых при родах, известить о результатах, которыми можно ее успокоить, не давать ей почувствовать одиночество.

При присутствии при родах членов семьи необходимо объяснить им способы оказания ухода и психологической поддержки.

Уход по методу «кенгуру» в раннем послеродовом периоде превосходит тем, что непосредственный контакт ребёнка с матерью укрепляет узы и помогает в раннем формировании привязанности матери и ребенка.

Техника наблюдения за роженицей

Для измерения степени сокращения матки существуют метод пальпации и монитор для наблюдения за схватками и одновременно за сердцебиением плода. При помощи метода пальпации измеряется степень сокращения матки и оценивается их сила.

Алгоритм выполнения:

- объяснить женщине значение, сущность схваток и цель процедуры;
- сесть рядом с кроватью роженицы;
- уложить женщину в положение «на спине» с вытянутыми или согнутыми ногами;
- согреть правую руку, положить ко дну матки, нижней части стенки живота;
- в левую руку взять секундомер;
- заметить по секундомеру время от начала напряжения матки до времени окончания схваток;
- оценить силу схватки (сильные, умеренные, слабые);
- просчитав три-четыре схватки подряд, отметить цикл схваток;

- записать полученные данные на листке бумаги и передать врачу;
- при сокращении матки определить место наиболее сильных сокращений, оказать соответствующую помощь родильнице и наблюдать за схватками каждые 30 минут.

Монитор для наблюдения за схватками и сердцебиением плода широко используется как способ уточнения состояния здоровья плода. Прикрепляются датчики на живот матери, и идет запись на мониторе продолжительностью 30–40 минут. Таким образом можно определить движение плода в утробе матери, сердцебиение плода и при помощи датчика наблюдать за сердцебиением плода на основе регистрации частоты сердцебиения плода. Частота сердечных сокращений плода в 1 минуту автоматически рассчитывается на основании времени между каждыми двумя последующими ударами и регистрируется в виде кривой, иногда выявляются нарушения сердцебиения плода, при которых при необходимости назначается лечение. Для правильной работы аппарата важную роль играет температура тела и пульс матери. Следует быть внимательным, так как состояние матери отражается на состоянии и самого плода. Прямая и кривые линии показывают ритм сердца плода, по которому можно судить о состоянии плода.

При родах прибавляются схватки, что является стрессом, из-за дополнительного стресса у плода часто идет ранняя деселерация. Период выявления брадикардии и период изменения частоты сердцебиения плода делится на раннюю, позднюю и переменную деселерацию.

CST (contraction stress test), стрессовый контрактильный тест – это тест изменения частоты сердцебиений плода вследствие напряжения при сжатии посредством искусственного стимулирования схваток до начала родов. Сокращение стимулируется с помощью препарата окситоцин посредством капельного введения или стимулированием сосков молочной железы.

Целью проведения стрессового теста плода является раннее выявление недостаточной функции плаценты и снижение резервных возможностей плода. Но иногда тест плохо влияет на состояние плода и ухудшает состояние, поэтому при проведении теста следует быть готовым к проведению срочного кесарева сечения.

Способы расслабления

Цель расслабления: снять состояние напряжения, предотвратить затрату лишней энергии, использовать метод дыхания при родах, который способствует релаксации и уменьшению болей при схватках, снятию усталости при беременности и родах и хорошему сну. Упражнение выполняется 1 раз в день со второго триместра беременности.

Упражнение для лопаток:

- Ноги на ширине плеч, выпрямить спину. (Исходное положение).

- Отвести плечи назад, чтобы лопатки встретились, расслабить напряженные плечи и локти. В этом же положении поднять плечи вверх. Подбородок должен быть выдвинут вперед.

- Выдохнуть воздух, руки опустить.

Снятие напряжения плеч:

- Поднять руки, держа их спокойно.

- Вытянуть плечи назад, чтобы лопатки встретились.

- Опустить плечи.

- Руки вытянуть вперед и держать свободно только за счет плеч. В этом же положении поднять плечи вверх.

- Выдохнув воздух, отпустить плечи. Вращать плечи: один раз вперед, потом назад.

Расслабление шеи:

- Держа шею свободно, «уронить» вперед.

- Держа шею свободно, откинуть назад. Вращать головой вокруг шеи.

- Шею выгнуть вперед → 2 вращения влево → 2 вращения вправо → поднять голову.

- Шею откинуть назад → 2 вращения влево → 2 вращения вправо → поднять голову.

- Поднять правую руку под углом → расслабить локоть → расслабить плечи.

- Сжать правую руку в кулак, резко вытянуть и поднять под углом. Расслабив, согнуть локоть и «выбросить» руку, выдохнув воздух. «Выбросить» руку, одновременно полностью выдохнув воздух.

- Поднять обе руки под углом → расслабить локти → расслабить плечи.

- Поднять обе руки под углом. Выдохнув воздух, расслабить локти. Расслабив плечи, «выбросить» руки.

Расслабление всего тела: сесть на стул и выпрямить спину. Руки на бедрах, полуоткрытыми глазами смотреть на 1–2 метра вперед. Сконцентрировать сознание внутри своего тела, вдохнув воздух. Расслабить все тело с головы до ног: волосы – лоб – брови – глаза – уши – щеки – рот – шея – плечи – руки – локти – кисти – спина – грудь – живот – поясница – внутритазовые мышцы – влагалище – анус – бедра – ноги. Напоследок, широко открыв глаза, медленно вдохнуть. Это упражнение проводить медленно, в течение 10 минут.

Способы массажа

Массаж прямыми движениями. Положить обе руки на низ живота. Вдохнув воздух, обеими руками делать массажные движения наверх. Выдохнув воздух, отвести руки вниз. Расслабиться при выдыхании воздуха.

Массаж прямыми движениями (поясницы). Вдохнув воздух, проводить массаж с центра по сторонам. Выдохнув воздух, проводить массаж со сторон к центру. Вдохнув воздух, проводить массаж снизу вверх. Выдохнув воздух, массировать сверху вниз.

Массаж круговыми движениями. Положить обе руки на низ живота. Вдохнув воздух, проводить массаж круговыми движениями от нижней к верхней части живота. Выдохнув воздух, проводить массаж от верхней к нижней части живота.

Массаж круговыми движениями (поясница). Вдохнув воздух, проводить массаж круговыми движениями с центра к сторонам. Выдохнув воздух, проводить массаж со сторон круговыми движениями сверху вниз.

Метод давления внутренней части подвздошной кости. Спереди надавить большими пальцами с обеих сторон внутрь от подвздошной кости. Выдохнув воздух, убавлять давление. Выдохнуть воздух, придавливая сильнее.

Метод давления поясницы. Надавливать на поясницу большими пальцами с обеих сторон. При вдохе убавлять давление, при выдохе увеличивать. Во время проведения роженица в положении лёжа на спине подкладывает себе под поясницу сжатые в кулаки руки в наиболее комфортном месте, надавливает, опуская на них свой вес.

Особенности присутствия и поддержки партнера во время родов:

- сокращается продолжительность родов;
- уменьшается необходимость в болеутоляющих средствах;
- уменьшается количество хирургических вмешательств;
- уменьшается число новорожденных с низкой оценкой по шкале Апгар;
- уменьшается негативное восприятие от процесса родов.

Измерение и оценка последа

Цель: выявить наличие патологии последа путем наблюдения, в случае выявления остатка плаценты предотвратить патологические последствия для организма матери.

- Осмотр плаценты проводить на ровном месте.
- Приготовить металлический предмет или же предмет, который имеет покров, для того чтобы легко было проводить дезинфекцию сантиметра.

• Когда дефект плаценты и дольки трудно определить, следует сопоставить дольчатую материнскую часть плаценты, которая может скоро осесть.

• Так как плодные оболочки прикрепляются к плаценте, проверить целостность и наличие дефекта поверхности и отсутствующих частей.

• Инфаркт плаценты на ощупь скользкий и гладкий, а кальциоз плаценты грубоватый на ощупь.

• Уточнить наличие долек: плацентарная ткань сама по себе делится на дольки, число которых к концу беременности достигает 15–20 больших и маленьких, разных по размеру долек.

При нормальных родах размер плаценты по большой оси составляет 15–20 см.

• Измерить массу плаценты на весах (обычно масса плаценты составляет 400–500 г).

Объем кровотечения и оценка

С начала первого периода родов до раннего послеродового периода объем потерянной крови измеряется при помощи весов либо при помощи мерного стакана; включается все, что в крови: подкладки, марлевые салфетки и др. Если использо-



Рис. 26. Плодовая поверхность плаценты



Рис. 27. Материнская поверхность плаценты

вать салфетки, перед использованием измеряется их чистый вес, затем вместе с впитанной кровью измеряется объем потерянной крови. В норме объем потерянной крови не должен превышать 500 мл.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Что относится к родовым изгоняющим силам?
2. Что вы знаете о психологических и социальных изменениях роженицы?
3. Расскажите о биомеханизме родов.
4. Сестринский уход во время родов.
5. Что вы знаете о задачах сестринского ухода за роженицей?
6. Как оценивается состояние роженицы и процесс родов?
7. Для чего проводится измерение и оценка последа?

Г Л А В А IX

ФИЗИОЛОГИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА. ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО УХОДУ ЗА РОДИЛЬНИЦЕЙ

Послеродовой период – это период, который начинается с момента рождения последа и заканчивается инволюцией всех органов и систем женщин. Физиологически этот период длится 6–8 недель.

После рождения последа матка значительно уменьшается в размерах из-за резкого сокращения ее мускулатуры. Вес матки сразу же после родов составляет 1000 г, на второй день после родов – 750 г, через неделю – 500 г, после двух недель – 350 г, после 8 недель вес матки такой же, как в небеременном периоде.

Инволюция шейки матки происходит, начиная с внутреннего к наружному отверстию шейки матки. После родов внутреннее отверстие шейки матки обретает свою прежнюю форму в 10–12 дней, а наружное отверстие шейки матки – на третьей неделе.

Сразу после родов маточные связки и мускулатура тазового дна расслабляются, вследствие чего наблюдается большая подвижность матки и неправильное ее положение. Для полного восстановления мышечного тонуса матки требуется 2–3 недели.

Мышечные сокращения, наблюдающиеся в процессе инволюции матки, называются *послеродовыми болями*. Послеродовые боли становятся еще интенсивнее после начала кормления грудью и с перерывами продолжаются до 2–3 дня послеродового периода. Послеродовые боли бывают сильнее у первородящей, чем у повторнородящей женщины.

Отделяемое из матки в послеродовом периоде называется *лохиями*. Распадающиеся частицы децидуальной оболочки, сгустки крови и другие отторгающиеся тканевые элементы представляют собой лохии. В первые 2–3 дня после родов лохии представляют собой кровяные выделения, с 3–4-го дня до

конца первой недели они становятся серозно-сукровичными, а с 10-го дня приобретают вид жидких желтовато-белых выделений. С 2–3-й недели к лохиям примешивается слизь из шеечного канала, цвет лохий становится желтоватым. После родов на 4–6-й неделе лохии становятся беловатыми, на 6–7-й неделе послеродового периода выделения из матки прекращаются. Общий объём лохий составляет около 500–1000 г, и 75% из них бывает красного и коричневого цвета.

Секреции молочных желез. Молочная железа состоит из 10–20 долей и жировой клетчатки. Каждая доля молочной железы имеет выводной молочный проток и через млечный синус открывается на сосках. Доли молочной железы состоят из мелких долек, а каждая долька состоит из нескольких альвеол. В альвеоле находятся миоэпителиальные клетки. В этих секреторных клетках альвеол и образуется молоко.

С завершением родов меняется и гормональный баланс. Во время действия эстрогена и прогестерона недействующий гормон – пролактин начинает секретироваться в гипофизе, таким образом и начинается секреция молока. В нейрогипофизе секретируется окситоцин, что стимулирует отделение молока. Когда малыш начинает сосать сосок матери, то эта информация, проходя через спинной мозг, доходит до промежуточного мозга. Промежуточный мозг стимулирует гипофиз, что стимулирует выделение пролактина и окситоцина.

Выделение молока у женщин начинается примерно на 2–3-й день после родов, наиболее выраженная секреция молока приходится на 3–4 сутки послеродового периода, на 7–10-й день молоко приобретает постоянный состав и называется зрелым молоком. Начальное молоко (молозиво) содержит много белков (лактальбумин, лактоглобулин) и иммуноглобулинов, концентрация показывает 80% IgA и небольшое количество IgM, IgG.

Физические изменения

Температура тела. Непосредственно после родов вследствие утомления и волнения температура слегка поднимается, но в течение 24 часов температура нормализуется. Ещё 3–4 дня после родов наблюдается субфебрильная температура из-за напряжения молочных желез. Следует быть внимательным, если температура поднимается выше 37,5 °С, что может быть признаком инфекции.

Частота сердечных сокращений. В начальном послеродовом периоде может ожидаться брадикардия 40–60 ударов в минуту. Тахикардия (учащенное сердцебиение) возникает за счет кровопотери, инфекции, волнения, утомления, а также во время признаков паралича сердца.

Артериальное давление. Повышенное во время беременности давление после завершения родов в течение 2–3 недель постепенно снижается.

Дыхание. За счет опущения диафрагмы дыхательный объем слегка увеличивается. Тип дыхания меняется с грудного на брюшной. Кроме этого значительных изменений не наблюдается.

Кровь. Объем циркулирующей крови и объем плазмы циркулирующей крови уменьшается за счет кровотечения при родах, выделения лохий в послеродовом периоде и при усилении диуреза. В течение одной недели объем нормализуется. Количество эритроцитов и гематокрит снижается вследствие кровотечения при родах, впоследствии постепенно повышается. Период восстановления зависит от объема потерянной крови, а также от проводимого лечения. В течение месяца эти показатели возвращаются к состоянию до беременности. Количество лейкоцитов увеличивается до 15000 /мм³ и нормализуется в течение 1–2 недель послеродового периода.

Органы мочевыделительной системы. С завершением родов наблюдается увеличение количества мочи до 1500–2000 мл (удельный вес мочи 1,010–1,025). Происходит переход от состояния, сопровождающегося задержкой жидкости, на нормальный обмен жидкости. Особенно наблюдается усиление диуреза во 2–5 дни после родов.

Пищеварительные органы. Легко возникает запор во 2–3 дни после родов за счет гипотонии стенок кишечника, вялости мышц брюшной стенки, психологических факторов, боли и т.д.

Вес тела. Непосредственно после родов наблюдается снижение веса на 4–6 кг за счет изгнания плода и содержимого полости матки.

Кожа. Пигментация кожи в связи с резким уменьшением выработки меланоцитостимулирующего гормона после родов полностью исчезает, но следы в небольшой степени остаются.

Форма груди и сосков: следует наблюдать за размером груди, формой и величиной сосков, а также за мягкостью сосков и ареол, уточнить наличие и степень боли при трещине соска.

Выделение молока и состояние секреции: пальпация груди проводится для оценки выработки молока внутри молочной железы и состояния выделения молока. Наблюдать за уплотнениями груди из-за обильного выделения молока (состояние, когда выработанное молоко накапливается в молочных протоках), наблюдать за состоянием выделения молока, количеством открытых молочных протоков, состоянием груди до и после кормления. Во время кормления нужно наблюдать за количеством кормления и интервалом между кормлениями.

Хорошее питание способствует нормальному течению послеродового периода. Для восстановления организма роженицы, заживления ран и выделения молока очень важно, чтобы питание было сравнительно больше, чем в небеременном периоде. Для восстановления организма необходимо, чтобы в рационе питания были белки, витамины, углеводы и жиры.

Для того чтобы избежать наполнения мочевого пузыря, следует независимо от позыва регулярно каждые 3–4 часа ходить в туалет для опорожнения. Так как в этот период легко возникают запоры, необходимо делать массаж в области живота, можно пользоваться сухим теплом в области поясницы, питание должно содержать много клетчатки, чтобы стимулировать стул.

В послеродовом периоде наблюдается потение, выделяется молоко и лохии, что вызывает физическое неудобство, кроме того, существует возможность возникновения инфекции поврежденных участков внутри матки, промежности, а также молочной железы. Для того чтоб поддерживать гигиену всего тела, надо проводить принятие ванны с первого дня послеродового периода, оказывать помощь в принятии ванны и при использовании шампуня, в зависимости от состояния восстановления роженицы. Если принятие ванны невозможно, то поддерживать гигиену при помощи влажных обтираний, поддерживать гигиену наружных половых органов после физиологических отправлений при помощи влажных обтираний и подмыванием, обязательно проводить очистку спереди назад – от мочеиспускательного канала до области ануса. Из-за истечения лохий прокладку надо менять каждые 3–4 часа. Медсестра на-

Г Л А В А X

ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО УХОДУ ЗА ДОНОШЕННЫМИ И НЕДОНОШЕННЫМИ НОВОРОЖДЁННЫМИ

Новорождённый – это ребенок с момента рождения до 4 недель. Различают доношенных (родившихся в сроки от 37-й до 42-й недели беременности), недоношенных (родившихся между 28-й и 37-й неделями беременности) и переношенных (родившихся в 42 недели и позже). Как правило, доношенные дети морфологически и физиологически подготовлены к внеутробной жизни – активны, хорошо берут грудь, активно сосут, крик громкий, вес – от 2600 до 5000 г, рост – 50–52 см.



Анатомо-физиологические особенности новорожденных

Адаптация к внешней среде с момента пересечения пуповины и отделения плода от матери начинается в период новорожденности. Его продолжительность – 4 недели. В это время организм ребенка приспосабливается к условиям внешней среды: устанавливается легочное дыхание, внеутробное кровообращение, начинают функционировать пищеварительные органы, появляется самостоятельная терморегуляция, повышается обмен веществ.

Для новорожденных характерны особые физиологические состояния, отражающие процесс приспособления ребенка к новым условиям жизни. Эти состояния называются пограничными, так как возникают на границе двух периодов жизни (внутриутробного и внеутробного) и являются физиологическими. Оценив характер пограничных состояний, можно судить об индивидуальных особенностях периода новорожденности и зрелости ребенка.

Дыхание. Систему органов дыхания составляют воздухопроводящие пути и аппарат газообмена. После первых попы-

ток вдоха у новорождённого должен установиться нормальный дыхательный ритм, достаточный для нормализации цвета кожи. Нормальная частота дыхания – около 40–50 раз в минуту. Так как у новорожденных органы дыхания до конца не развиты, в первые дни после рождения могут наблюдаться неправильное дыхание ребенка и кратковременная остановка дыхания, что постепенно нормализуется с течением времени.

Кровообращение. С появлением на свет у новорождённого происходят изменения в системе кровообращения, вначале функциональные – пупочные сосуды и вена прекращают свою деятельность, а затем и анатомические – закрываются внутриутробные каналы кровотока. С первым вдохом включается в работу малый круг кровообращения, проходя по которому кровь насыщается в легочной ткани кислородом. Частота пульса – 120–140 ударов в минуту, при кормлении или плаче увеличивается до 160–200 ударов. Артериальное давление в начале первого месяца 66/36 мм рт. ст., а к концу его – 80/45 мм рт. ст. Температура тела в первые дни жизни неустойчива и зависит от температуры окружающей среды.

Пищеварение и усвоение. Во время внутриутробного развития питание плода осуществляется за счет пищевых веществ, поступающих от матери. Сразу после рождения ребенок переходит на новые условия питания. Органы пищеварения новорожденного недостаточно зрелы и приспособлены переваривать только материнское молоко. Рот небольшой, слизистая оболочка полости рта нежная, кровообращение обильное. Желудок у детей при рождении маленький (30–35 мл). Его физиологический объём после начала кормления быстро увеличивается и к концу первого года жизни ребенка желудок вмещает 200–250 мл. Потребность в пище ребенка составляет 120 ккал/кг/день. Кроме этого, для сохранения жидкости в теле необходимо принимать жидкость – 150–180 мл/кг/день. Во время первой дефекации наблюдается меконий в течение 24 часов после родов.

Функция почек. К моменту рождения почки, мочеточники, мочевой пузырь сформированы достаточно хорошо. Однако сильный стресс, испытанный ребенком во время родов, кратковременно нарушает обмен веществ. В зонах, где образуется моча, происходит отложение кристаллов мочевой кислоты, и в первые несколько дней функция почек несколько снижена. Ребенок мочится всего 5–6 раз в сутки. Со 2-й недели обмен

веществ постепенно стабилизируется, число мочеиспусканий увеличивается до 20–25 раз в сутки.

Иммунитет. Некоторые факторы, выполняющие защитную роль в организме, вырабатываются еще во внутриутробном периоде. Часть иммунных веществ ребенок получает от матери с молозивом, в котором их концентрация очень высока, и с грудным молоком, где их содержание намного ниже, но в достаточном количестве.

Кожа – нежная, бархатистая на ощупь, эластичная, розовая, могут быть остатки пушковых волос на спине и плечевом поясе. Изобилие сосудов и капилляров, слабое развитие потовых желез и активная деятельность сальных приводят к быстрому перегреванию или переохлаждению ребенка. Волосы у новорожденного длиной до 2 см, брови и ресницы почти незаметны, ногти доходят до кончиков пальцев.

Мышечный тонус является важнейшей характеристикой двигательной активности новорожденного. Можно говорить об активном мышечном тонусе ребенка (поза) и подвижности в суставах. Руки согнуты во всех суставах, приведены к туловищу и прижаты к грудной клетке, кисти сжаты в кулаки, большие пальцы кистей рук лежат под четырьмя остальными; ноги согнуты в суставах и отведены в бедрах, в стопах преобладает тыльное сгибание.

Рефлексы. Ребенок рождается с определенными первичными рефлексами, такими как сосательный рефлекс, рефлекс Моро, хватательный рефлекс, рефлекс шейного тонуса и другими. Эти рефлексы исчезают к 3–4 месяцам по мере того, как их место занимают произвольные движения.

Зрение новорожденного хуже, чем у взрослых: он видит лишь очертания предметов вблизи до 20–30 см, сразу после рождения в течение 1–2 часов может фиксировать взгляд на какой-либо точке.

Слух новорожденного полностью развит, голос матери он воспринимает с повышенной чувствительностью. При громком звуке возникает рефлекс Моро.

Обоняние и осязание тоже полностью развито, особенно очень чувствительна к прикосновениям кожа.

Взаимодействие матери и ребёнка

Через 2–3 часа после родов мать и ребёнок относительно настроенные, поэтому в этот момент очень важен ранний

телесный контакт и первое грудное кормление. Ребёнок начинает реагировать на отношение матери через телесный контакт, разговоры, запах, теплоту, которой окружает его мать, что больше стимулирует материнскую взаимную реакцию, и постепенно формируется взаимосвязь между матерью и ребёнком. Грудное вскармливание служит единственным путем, который крепко связывает узы между матерью и ребёнком. *Привязанность* – это форма эмоциональной связи, основанная на удовлетворении взрослыми формирующихся потребностей ребенка в безопасности и любви.

Говорят, что привязанность к ребенку формируется определенными действиями (улыбка, плач, привязанность, постоянное нахождение вместе, безотлучно), такие действия вызывают любовь матери к ребенку. Если мать будет воспринимать проявления привязанности ребенка, в ребенке эмоционально будет формироваться уверенность в себе, а если, наоборот, мать будет отвергать проявления привязанности ребенка, в ребенке сформируется неуверенность в самом себе.

Первый тест, который проходят новорождённые (и большинство с хорошими показателями), – это *оценка состояния ребенка по шкале Апгар*. Тест был предложен анестезиологом Виржинией Апгар. Результат, записанный через минуту после рождения и зафиксированный снова через 5 минут, отражает общее состояние новорожденного и основан на наблюдениях в пяти оценочных категориях.

Оценка по шкале Апгар

Признаки	0 баллов	1 балл	2 балла
пульс	отсутствует	менее 100 уд./мин	более 100 уд./мин
дыхание	отсутствует	медленное, нерегулярное	хороший крик
мышечный тонус	слабый	сгибает ручки и ножки	активно двигается
рефлекторная реакция (реакция на катетер в носу)	отсутствует	grimасы	чихает, кашляет, отталкивает
цвет кожи	синюшный, бледный	нормальный, но синюшные ручки и ножки	нормальный по всему телу

Оценка признаков зрелости

Понятие зрелости плода определяется рядом характерных признаков его физического и биологического развития. К моменту рождения физиологически зрелый плод должен быть приспособлен к выживанию в новых условиях существования. Понятие доношенности плода определяется сроком его пребывания в матке с момента зачатия до родов. Зрелый плод имеет массу тела в среднем 3200–3500 г (колеблется от 2600 до 5000 г и выше) и длину тела 50–52 см. У зрелого новорожденного грудь выпуклая, пупочное кольцо находится на середине между лобком и мечевидным отростком. Кожа зрелого новорожденного бледно-розовая, подкожный жировой слой хорошо развит, на коже остатки сыровидной смазки. Ушные и носовые хрящи упругие. Пушок сохранен только на плечевом поясе и в верхнем отделе спины, длина волос на голове достигает 2–3 см, ногти заходят за кончики пальцев. Окружность головы (от надпереносья до затылочного бугра) 34 см. Размер плечиков (поперечник плечевого пояса) 12 см. Окружность плечевого пояса 35 см. У мальчиков яички опущены в мошонку, у девочек клитор и малые половые губы покрыты большими половыми губами. Физиологически зрелый ребенок проявляет большую активность, двигает хорошо ручками и ножками, издает громкий крик, у него ярко выражены рефлексy. Наличие пороков развития и их оценку проводят медсестра, акушерка и врач сразу после рождения. В частности, наблюдаются: голова, лицо (глаза, нос, рот, уши), шея, грудь, живот, кожа, руки, ноги, половые органы и задний проход.

Физиологическая желтуха выявляется на 2–3 день после рождения и исчезает приблизительно через неделю. При наличии кровоизлияния в области свода черепа (кефалогематома) у новорожденного уровень желтухи усиливается. Каждый день проверяют уровень желтухи, при необходимости определяют количество билирубина в крови.

Первичная обработка новорожденного

При первичном туалете новорожденного очень важно соблюдать мероприятия по профилактике внутриутробных инфекций в акушерских стационарах. Перед обработкой новорожденного акушерка моет и обрабатывает руки, надевает стерильную маску и перчатки. Для первичной обработки новорожденного применяют стерильный индивидуальный ком-



Рис. 28. Первичная обработка новорожденного

плект, в который входит стерильный индивидуальный набор для обработки пуповины со скобками Роговина. Родившегося ребёнка помещают на обеззараженный, согретый и покрытый стерильной пелёнкой лоток, который кладут между согнутыми и разведенными ногами матери на одном с ней уровне.

Ребёнка обтирают стерильными салфетками. Здоровый доношенный ребенок сразу после родов дышит и громко кричит. После рождения приступают к обработке глаз ребёнка и профилактике гонобленнореи.

Последняя проводится как во время первичного туалета новорождённого, так и повторно, через 2 ч. Для этих целей рекомендуется мазь тетрациклиновая или эритромициновая. Вначале протирают веки от наружного угла к внутреннему сухим ватным тампоном. Затем приподнимают верхнее и нижнее веко, слегка оттягивая верхнее кверху, а нижнее – книзу, мажут мазь.

Комплект для первичной обработки пуповины состоит из 2 зажимов, ножниц и стерильных шариков, зажима для скобок Роговина, 2 металлических скобок. При отсутствии скобок, одноразовых зажимов для пуповины допускается использование кольца из одноразовой системы. Перед наложением пластиковой скобы (или лигатуры) персонал проводит гигиеническую обработку рук. Скобу, зажим и кольцо на культю пуповины накладывают с соблюдением стерильности, предварительно обработав ее дезинфицирующим раствором (96% этиловый спирт).

После прекращения пульсации, отступя 10 см от пупочного кольца, накладывают зажим. Второй зажим накладывают, отступя 2 см от первого. Участок между зажимами обрабатывают повторно, после чего пуповину пересекают. Ребенка помещают в стерильных пеленках на пеленальный столик, подогреваемый сверху специальной лампой, после чего его осматривает неонатолог.

Перед обработкой пуповины новорожденного акушерка повторно тщательно обрабатывает, моет, протирает спиртом руки, надевает стерильные перчатки и стерильную маску. Остаток пуповины со стороны ребенка протирают стерильным тампоном, смоченным в 96% этиловом спирте, затем пуповину отжимают между большим и указательным пальцами.

В специальные стерильные щипцы вкладывают стерильную металлическую скобку Роговина и накладывают ее на пуповину, отступя 0,5 см от кожного края пупочного кольца. Щипцы со скобкой смыкают до их защемления, остаток пуповины отрезают на 0,5–0,7 см выше края скобки. Пупочную рану обрабатывают раствором 96% этилового спирта. После наложения скобки на пуповину можно использовать пленкообразующие препараты. Если ребенок родился при наличии Rh-сенсibilизации у матери, то на пуповину сразу после рождения накладывают зажим, а затем – шелковую лигатуру, отступя 2–2,5 см от кожного края пупочного кольца. Пуповину отсекают стерильными ножницами на 2–2,5 см от лигатуры. Культю пуповины завязывают стерильной марлевой салфеткой. Пуповину в данных ситуациях оставляют для того, чтобы можно было произвести переливание крови через сосуды пуповины.

Обработку кожных покровов новорождённого проводят стерильным ватным тампоном или одноразовой бумажной салфеткой, смоченной стерильным растительным или вазелиновым маслом из индивидуального флакона разового пользования. Удаляют сыровидную смазку, остатки крови.

После выполнения первичной обработки измеряют рост ребенка, размеры головки и плечиков, массу тела, на ручки надевают браслеты, на которых написаны имя и отчество матери, номер истории родов, пол ребёнка, дата рождения. Затем ребёнка завертывают в стерильные пеленки и одеяло.

В родильном зале в течение первого получаса после рождения при отсутствии противопоказаний, связанных с осложне-

ниями родов (асфиксия, крупный плод и т.д.), целесообразно прикладывать новорожденного к груди матери. Раннее прикладывание к груди и грудное вскармливание способствуют более быстрому становлению нормальной микрофлоры кишечника, повышению неспецифической защиты организма новорожденного, становлению лактации и сокращению матки у матери.

Состав грудного молока

Секрет молочных желез, выделяющийся в первые 2–3 дня после родов, называется молозивом, секрет, выделяющийся на 3–4-й день лактации, – переходным молоком, которое постепенно превращается в зрелое грудное молоко.

Молозиво (colostrum). Его цвет зависит от входящих в состав молозива каротиноидов. Относительная плотность молозива 1,034; плотные вещества составляют 12,8%. В состав молозива входят молозивные тельца, лейкоциты и молочные шарики молозивные, происхождение которых неясно, которые представляют собой большие, крупные, иногда не совсем правильной формы клетки с нечетким и бледно окрашивающимся ядром и мелкими жировыми включениями. Среди лейкоцитов встречаются сегментоядерные лейкоциты и лимфоциты, которые играют большую роль в иммунитете новорожденного. Молозиво богаче зрелого грудного молока белками, жирами и минеральными веществами, но беднее углеводами. Энергетическая ценность молозива очень высокая: в 1-й день лактации составляет 150 ккал/100 мл, во 2-й – 110 ккал/100 мл, в 3-й – 80 ккал/100 мл. Аминокислотный состав молозива занимает промежуточное положение между аминокислотным составом грудного молока и плазмой крови. Общее содержание в молозиве иммуноглобулинов (являющихся в основном антителами) классов А, G, М и D превышает их концентрацию в грудном молоке, являясь активной защитой организма новорожденного. В молозиве содержится также большое количество олеиновой и линолевой кислот, фосфолипидов, холестерина, триглицеридов, являющихся необходимыми структурными элементами клеточных мембран, миелинизированных нервных волокон и др. В состав углеводов кроме глюкозы входят сахароза, мальтоза и лактоза. На 2-й день лактации отмечено наибольшее количество 3-лактозы, которая стимулирует рост бифидобактерий, препятствующих

размножению патогенных микроорганизмов в кишечнике. В молозиве в большом количестве представлены также минеральные вещества, витамины, ферменты, гормоны и простагландины. Грудное молоко является наилучшим видом пищи для ребёнка первого года жизни. Количество и соотношение основных ингредиентов, входящих в состав женского молока, обеспечивают оптимальные условия для их переваривания и всасывания в желудочно-кишечном тракте ребёнка. Изначально содержание белка и солей высокое, но в течение 1-й недели с момента установления секреции молока оно снижается на 10–25% и затем уменьшается более медленно с увеличением периода лактации. Влияние пищевых белков на содержание белка в молоке ограничено. Поступление протеинов с пищей скорее влияет на общее количество продуцируемого молока, чем на содержание в нем белка. Концентрация лактозы быстро увеличивается в течение 1-й недели с последующим снижением. Молочные железы являются также частью иммунной системы, специфически адаптированной для обеспечения иммунной защиты новорождённого от инфекций желудочно-кишечного и респираторного тракта.

Антропометрические измерения новорождённого

Измерение веса проводить перед кормлением в состоянии покоя, по правилам измерение проводится в голом виде. Измерение проводится сразу после родов в течение одного часа.

Следует уточнить уровень показателя весов и установить их в горизонтальном положении, заранее постелить полотенце на весы и установить на 0. Если весы пружинные, то установить на 0. Самыми надежными считаются весы, которые засчитывают каждый грамм.

Следует избегать излишнего обнажения тела для поддержания температуры тела. Взять на руки новорождённого, уложить, при передвижении зафиксировать головку, держать крепко, чтобы предотвратить падение. Следить за чистотой, до и после использования инструменты вытирать ватой, смоченной спиртом. Раздеть ребёнка догола и уложить в центр весов, записать показание электронных весов после фиксирования цифр. При использовании пружинных весов записать показания после остановки шкалы.

Измерение роста проводить перед кормлением в состоянии покоя. Измерение проводится в голом виде. Следует из-

бегать излишнего обнажения тела для поддержания температуры тела. Взять на руки новорождённого, уложить, при передвижении зафиксировать головку, держать крепко, чтобы предотвратить падение. Следить за чистотой, до и после использования инструменты вытирать ватой, смоченной спиртом.

Медсестра фиксирует теменную область головы новорожденного в головном конце устройства, выпрямив его шею. Медсестра слегка выпрямляет обе коленки рукой, которая близка к изголовью новорождённого, другой рукой передвигает шкалу для измерения в миллиметрах. Сразу после рождения ноги новорожденного бывают сильно изогнутыми, нужно быть осторожнее при вытягивании ножек.

Измерение окружности головы проводится с помощью сантиметровой ленты по максимальной окружности головы. Ленту сзади накладывают на наиболее выдающуюся часть затылка, а спереди – на надбровные дуги. Учитывается каждый миллиметр. Спереди не измерять над лобными буграми части лба.

Окружность грудной клетки. Надеть подгузники, для поддержания температуры тела уложить ребенка на постеленное полотенце. Окружность грудной клетки у новорождённых измеряется в положении лежа.

Сантиметровую ленту накладывают сзади под углами лопаток и под грудными железами. При измерении окружности ребёнок должен быть в состоянии покоя, избегать плача ребёнка. Самый оптимальный момент для измерения – между вдохом и выдохом.

Десять шагов успешного грудного вскармливания

1) наличие политики в отношении грудного вскармливания, которая постоянно доводится до всего медицинского персонала;

2) обучение медицинского персонала навыкам, необходимым для практического осуществления политики грудного вскармливания;

3) информирование беременных женщин о преимуществах и технике грудного вскармливания;

4) помощь матерям в начинании кормлением грудью в течение первого часа с момента рождения ребенка;

5) обучение матерей технике кормления грудью и сохранения лактации в случае их разделения с детьми;

6) исключительно грудное вскармливание, кроме тех случаев, когда дополнительное введение жидкости необходимо по медицинским показаниям;

7) практика круглосуточного совместного пребывания матери и ребенка;

8) поощрение кормления грудью по требованию ребенка;

9) отказ от использования сосок или пустышек;

10) поощрение создания групп поддержки грудного вскармливания и направление матерей в эти группы после выписки из родильного стационара.

Четыре основные потребности новорожденных:

- грудное вскармливание;
- любовь;
- профилактика инфекций;
- тепло.

Родовые травмы у новорожденных – патологическое состояние, развивающееся во время родов и характеризующееся повреждениями тканей и органов ребёнка, сопровождающимся, как правило, расстройством их функций. При патологических родах могут возникнуть различные повреждения плода: вывихи, переломы костей, гематомы, парезы и параличи, повреждения позвоночника. Наиболее часто встречающимся повреждением является внутричерепная родовая травма новорождённых.

Недоношенные дети

Недоношенными являются дети, родившиеся при сроке беременности от 28 до 37 полных недель, массой от 1000–2500 г, ростом 35–45 см. Причины преждевременного появления на свет разнообразны: слишком юный возраст и, соответственно, организм матери, патологическое (нетипичное) течение беременности, предшествующие аборты, болезни, физическая и психическая травмы, в том числе никотином и алкоголем. *Анатомо-физиологические признаки* различают 4 степени недоношенности в зависимости от веса ребёнка: I степень – 2500–2001 г, II степень – 2000–1500 г, III степень – 1500–1001 г, IV степень – 1000 г и менее.

Кожные покровы тонкие, сухие, морщинистые, обильно покрыты пушком. Недостаточная зрелость кровеносных сосудов

наглядно проявляется, если положить ребенка на бок – кожа приобретает контрастно-розовый цвет. Кости черепа податливы, открыт не только большой, но и малый родничок. Ушные раковины мягкие – хрящ в них еще не сформировался, – прижаты к голове, а не отстоят от нее, как у доношенных. Ногти не доходят до края фаланг пальцев, пуповина расположена ниже середины тела, а не в центре. Показательна недоразвитость половых органов: у девочек малые половые губы не прикрыты большими, у мальчиков яички не опущены в мошонку.

Ребёнок плохо, вяло сосет, с трудом глотает, крик слабый, дыхание неритмично. Покраснение кожи выражено интенсивнее и держится дольше. Повышенное содержание билирубина в крови. Наблюдается у 2/3 новорожденных вследствие незрелости ферментных систем печени и повышенного образования билирубина. На 2–3 день жизни появляется желтушное окрашивание кожи, а иногда и слизистых оболочек глаз.

Стул и моча сохраняют обычную окраску. Это состояние продолжается не более 10 дней.

Помощь в гигиенических процедурах новорождённого

Провести осмотр до гигиенической процедуры, убедиться, благоприятное ли время для проведения процедуры. В зависимости от температуры и веса тела новорождённого решить, проводить обтирание всего тела или частично. Не проводить гигиеническую процедуру до или сразу после кормления.



Рис. 29. Уход за недоношенными новорожденными



Рис. 30. Уход за недоношенными новорожденными в кювезе

Температура комнаты 24–26 °С, уровень влажности 50–60%, следует также избегать сквозняков. Для того чтобы тщательно пронаблюдать за состоянием кожи, комната должна быть хорошо освещенной. Если есть лучевой обогреватель, заранее включить его. Перед проведением гигиенической процедуры следует остричь ногти, чтобы не задеть кожу новорожденного, и помыть руки с мылом в проточной воде. Проводить процедуру, общаясь с ребёнком.

Мыло должно быть без каких-либо добавок и без запаха. Следует подготовить условия, приготовить необходимый инвентарь. Уложить новорожденного на пеленальный столик и провести осмотр. Снять одежду и взвесить ребёнка. Если в это время ребёнок испражняется, то протереть его и после вымыть руки. Завернуть ребёнка в банное полотенце. Вытереть лицо, при этом нужно придерживать левой рукой головку новорожденного, чтобы он ею не двигал. Приготовить марлевую салфетку для вытирания глаз. Намочить и сильно выжать марлевую салфетку, вытирать, начиная с внутреннего угла век до наружного угла. При каждом новом действии споласкивать марлю. Чисто вытереть все лицо, при вытирании в области носа и рта быть осторожнее. Почистить ушные раковины и за ушками.

При использовании мыла одной рукой вспенить, быть осторожной, чтобы пена не попала в глаза. Слегка начинаем мыть брови, щечки и так далее до подбородка. Сполоснуть марлю и тщательно промыть, пока не уйдет мыло. Вытереть голову. Отжать мочалку и вытирать легкими круговыми движениями, особенно бережно – волосистую часть головы, после чего сразу завернуть в полотенце, чтобы оно впитало лишнюю воду.

При использовании мыла слегка намочить мочалку, одной рукой намылить кожу. Сполоснуть мочалку и тщательно смыть мыло.

В последующем при необходимости моется остальная часть тела поочередно: шея, верхние конечности, грудь, живот и т.д. Область шеи – это место, где быстро скапливается грязь, при выполнении процедуры держать головку новорожденного ладонью, слегка натянув кожу шеи, тогда легко будет вытереть скопившуюся грязь. Нужно очень бережно вытирать места складок и кожу между пальцами. После обтирания завер-

нуть в полотенце, чтобы оно впитало лишнюю влагу. Область ягодиц и спину обтирать в положении на боку. При проведении гигиенической процедуры половых органов у мальчиков и у девочек обтирать половые органы спереди назад, чтобы предотвратить мочеполовую инфекцию.

При использовании мыла сначала обтереть теплой водой, начиная с шеи до нижних конечностей, затем одной рукой вспенить и намылить все тело. Сполоснуть мочалку, выжать и протереть намыленное тело теплой водой 2 раза. Протертую часть тела сразу обернуть банным полотенцем.

Обтирание тела, которое проводится сразу после рождения, проводится в целях очистки от крови и околоплодных вод. Сыровидную смазку новорожденного насильно не вытирать.

На сегодняшний день по рекомендации ВОЗ и по Приказу № 0304-12 Сан-ПиН Минздрава Республики Узбекистан на пуповинный остаток повязка не накладывается (метод открытого ведения пуповинного остатка), пуповину не трогают, но при этом необходимо строго соблюдать правила асептики и полностью высушивать.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Расскажите об анатомо-физиологических особенностях новорождённого.
2. Как проводится первичный туалет новорождённого?
3. Как проводятся измерения роста и веса новорождённого?
4. Расскажите об уходе за недоношенными новорождёнными.
5. Расскажите о десяти шагах успешного грудного вскармливания.
6. Как проводятся гигиенические процедуры новорождённого?

Г Л А В А X I

ОСНОВНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО УХОДУ ЗА ЖЕНЩИНАМИ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Токсикозы и гестозы беременных

К токсикозам и гестозам беременных относятся патологические состояния, которые проявляются только во время беременности и, как правило, исчезают после ее окончания или в раннем послеродовом периоде.

Осложнения, связанные с беременностью, могут проявляться в ранние сроки беременности, чаще – в первые 3 месяца, тогда их называют токсикозами. Если же клинические симптомы наиболее выражены во II и III триместрах, то чаще всего речь идет о гестозе. Для большинства форм токсикозов характерны диспепсические расстройства и нарушения всех видов обмена, для гестозов – сосудистой системы и кровотока.

Токсикозы

К токсикозам относятся рвота беременных (легкая форма, умеренная, чрезмерная) и слюнотечение (птиализм), к гестозам – отеки беременных, гипертензив синдром (нефропатия), преэклампсия, эклампсия. Помимо перечисленных, реже встречаются такие формы токсикоза, как дермопатия (дерматоз), тетания, бронхиальная астма, гепатопатия (желтуха беременных), остеомаляция беременных и др.

Клиническая картина. Рвота беременных часто (в 50–60% случаев) наблюдается как физиологический признак беременности, а в 8–10% проявляется как осложнение беременности – токсикоз. При нормальной беременности тошнота и рвота могут быть не более 2–3 раз в сутки по утрам, чаще натощак, но это не нарушает общего состояния женщины, поэтому лечения не требуется. Как правило, по окончании процесса плацентации к 12–13 нед. тошнота и рвота прекращаются.

К токсикозам относят рвоту, которая наблюдается несколько раз в день, независимо от приема пищи, сопровождается

снижением аппетита, изменением вкусовых и обонятельных ощущений, чувством слабости, иногда – уменьшением массы тела. Различают рвоту беременных легкой, средней степени и чрезмерную. Степень тяжести рвоты определяется сочетанием рвоты с нарушениями, происходящими в организме (обменные процессы, функции важнейших органов и систем).

Медикаментозное лечение при рвоте беременных должно быть комплексным:

1) препараты, регулирующие функцию ЦНС и блокирующие рвотный рефлекс; 2) инфузионные средства для дегидратации, дезинтоксикации и парентерального питания; 3) препараты, предназначенные для нормализации метаболизма.

Для нормализации функции ЦНС немаловажное значение имеют правильно организованный лечебно-охранительный режим, устранение отрицательных эмоций. При госпитализации больную необходимо поместить в отдельную палату, чтобы исключить рефлекторную рвоту.

Для нормализации функционального состояния коры головного мозга и устранения вегетативной дисфункции показаны центральная электроаналгезия, иглоукалывания, психологическая гипнотерапия.

Комплексную терапию продолжают до стойкого прекращения рвоты, нормализации общего состояния, постепенного увеличения массы тела. Лечение рвоты беременных легкой и средней степени почти всегда бывает эффективным. Чрезмерная рвота беременных в отсутствие эффекта от комплексной терапии в течение 3 сут. является показанием к прерыванию беременности.

Слюнотечение. Слюнотечение (ptyalism) заключается в повышенной саливации и потере значительного количества жидкости – до 1 л в сутки. Оно может быть самостоятельным проявлением токсикоза или сопровождать рвоту беременных. В развитии слюнотечения имеют значение не только изменения в ЦНС, но и местные нарушения в слюнных железах и протоках под влиянием гормональной перестройки. Известно, что эстрогены оказывают активирующее воздействие на эпителиальный покров полости рта, вызывая секрецию слюны.

Лечение. При слюнотечении проводят в основном то же лечение, что и при рвоте (режим, психотерапия, физиотерапевтические процедуры, инфузии и др.). Одновременно рекомендуется полоскание рта настоем шалфея, ромашки, ментола.

Слюнотечение обычно поддается лечению, и после выздоровления беременность развивается нормально.

Гестозы

Гестозы принято разделять на «чистые» и «сочетанные». К «чистым» относят гестозы, которые возникают у беременных женщин, которые ранее никакими заболеваниями не страдали. Но чаще наблюдаются сочетанные гестозы, которые развиваются на фоне предшествовавшего заболевания. *Гестозы* представляют собой осложнение физиологически протекающей беременности, характеризующееся глубоким расстройством функций жизненно важных органов и систем. Основу гестозов составляют генерализованный спазм сосудов, гиповолемия, изменения реологических и коагуляционных свойств крови, нарушения микроциркуляции и водно-солевого обмена. Эти изменения вызывают гипоперфузию тканей и развитие в них дистрофии, вплоть до некроза. Термин «ОПГ-гестоз» предполагает наличие триады симптомов, которая встречается далеко не всегда.

Классификация. Существует множество классификаций гестоза. Чаще всего гестоз подразделяют на отеки беременных (*hydrops gravidarum*), гипертензию беременных (нефропатию – *nephropatia gravidarum*), преэклампсию (*preeclampsia*), эклампсию (*eclampsia*).

Клиническая картина и диагностика

Отеки беременных проявляются стойкими отеками и являются самым ранним симптомом гестоза. Задержка жидкости в организме беременных на первых этапах развития болезни связана в большей мере не с нарушением выделительной функции почек, а с расстройством водно-солевого обмена, задержкой солей натрия, повышенной проницаемостью сосудистой стенки вследствие гормональной дисфункции (увеличение активности альдостерона и антидиуретического гормона).

Различают скрытые и явные отеки. О скрытых отеках свидетельствует патологическая (500 г и более за неделю) или неравномерная еженедельная прибавка массы тела. Явные видимые отеки по их распространенности различаются по степеням: I степень – отеки нижних конечностей; II степень – отеки нижних конечностей и живота; III степень – отеки ног, стенки живота и лица; IV степень – анасарка. Вследствие снижения диуреза и задержки жидкости в организме беременной быстро

нарастает масса тела, снижается диурез, отмечается никтурия. Отеки начинаются обычно с области лодыжек, затем постепенно распространяются вверх. У некоторых женщин одновременно с лодыжками начинает отекать и лицо, которое становится одутловатым. Черты лица грубеют, особенно заметны отеки на веках глаз. При их распространении на живот над лобком образуется тестоватая подушка. Нередко отекают половые губы. Утром отеки менее заметны, потому что во время ночного отдыха жидкость равномерно распределяется по всему телу. За день (в силу вертикального положения) отеки спускаются на нижние конечности, низ живота.

Диагностика отеков беременных основывается на обнаружении отеков во время беременности, не зависящих от экстрагенитальных заболеваний. Для правильной оценки отеков беременных необходимо исключить заболевания сердечно-сосудистой системы и почек, при которых также возможна задержка жидкости в организме.

О задержке жидкости в тканях при водянке дополнительно свидетельствует увеличение окружности голеностопного сустава на 1 см и более в течение недели, а также наличие отечности пальцев и положительного симптома кольца: кольцо, которое обычно носят на среднем или безымянном пальце, приходится надевать на мизинец. Правильное представление о накоплении в организме жидкости можно получить, сопоставляя ежедневное количество выпитой и выделенной жидкости, или измеряя в динамике массу тела беременной.

Гипертензия беременных (нефропатия) характеризуется триадой симптомов (отеки, гипертензия, протеинурия). Однако нередко могут отмечаться два симптома в различных сочетаниях. Гипертензия беременных обычно развивается на фоне предшествующей ей водянки. Наряду с появлением отеков повышается артериальное давление.

Для правильной оценки степени гипертензии целесообразно учитывать среднее артериальное давление (САД), которое рассчитывается по формуле:

$САД = (АД_{сис\ t} + 2АД_{диаст.})/3$. В норме САД составляет 90–100 мм рт. ст. Артериальная гипертензия диагностируется при уровне САД, равном 105 мм рт. ст. или выше. Протеинурия (появление белка в моче) – важный прогностический признак гипертензии. Она проявляется выделением нескольких белков

с различной молекулярной массой. Прогрессирующее нарастание ее свидетельствует об ухудшении течения заболевания.

Оценивать состояние беременных при гипертензии необходимо по шкале. Каждый признак оценивается в баллах. Артериальная гипертензия легкой степени оценивается в 7 баллов и менее, средней – 8–11 баллов, тяжелой – 12 и более. Балльная оценка может меняться на фоне терапии.

Преэклампсия является переходным состоянием от нефропатии к эклампсии и выражается в преимущественном нарушении микроциркуляции в центральной нервной системе. Преэклампсию характеризуют отеки, гипертензия, наличие белка в моче, чувство тяжести в затылке или головные боли, боли в эпигастрии и правом подреберье, тошнота, рвота, нарушение зрения.

Эклампсия (от греч. eklampsis – *вспышка, возпламенение, возгорание*, что указывает на быстрое течение) – тяжелая стадия гестоза, выражающаяся сложным симптомным комплексом, самым характерным симптомом являются приступы судорог попеременнополосатой мускулатуры всего тела. Эклампсия является конечным звеном гестоза и развивается на фоне нефропатии при наличии симптомов преэклампсии.

Принципы терапии гестозов заключаются в следующем: 1) создание лечебно-охранительного режима; 2) восстановление функции жизненно важных органов; 3) быстрое и бережное родоразрешение.

Создание лечебно-охранительного режима осуществляется за счет нормализации функции центральной нервной системы.

Профилактика тяжелых форм гестозов. Профилактические мероприятия целесообразно проводить на доклиническом этапе у пациенток группы риска развития гестозов – с экстрагенитальной патологией (нарушение жирового обмена, гипертоническая болезнь, патология почек, эндокринопатии, частые инфекции верхних дыхательных путей, сочетанная экстрагенитальная патология), наличием гестоза в предыдущие беременности, профессиональными вредностями и социальными факторами риска.

Профилактические мероприятия по предупреждению гестозов в группе риска должны начинаться в I триместре с 8–9 нед. При этом применяются режим с соблюдением диет

ты, комплекс витаминов, лечение экстрагенитальной патологии по показаниям. Рекомендуется соответствующая диета, энергетическая ценность которой не превышает 3000 ккал, с включением продуктов молочно-растительного и животного происхождения. Пищевые продукты применяются отварными, умеренно недосолёнными, с исключением острых, жареных блюд, вызывающих чувство жажды. Количество жидкости составляет 1200–1300 мл/сут. Все беременные должны получать витамины в виде травяных витаминных сборов или в таблетированном виде.

Сестринский уход и профилактика

Чрезвычайную важность приобретает систематическое и тщательное наблюдение за беременной для своевременного выявления ранних признаков гестоза. Для этого при каждом посещении беременной консультации необходимо:

- 1) взвешивать ее (желательно в одно и то же время суток и в одной и той же одежде);
- 2) измерять АД на обеих руках;
- 3) проводить исследование мочи;
- 4) осуществлять тщательное акушерское обследование.

Для профилактики позднего токсикоза очень важно соблюдать следующие рекомендации: во второй половине беременности должны отказаться от копченостей, острых, пряных, соленых, жареных блюд, консервов, шоколада.

Общее количество жидкости не должно превышать 1–1,2 литра в день (сюда входят и супы, и молоко, и компоты). Ограничить жидкость, соль, мучные продукты, сладости. Включить в рацион отварное мясо и отварную рыбу. Больше есть овощных салатов с растительным маслом, разнообразные каши, особенно овсяную, гречневую; творог, кисломолочные продукты.

Очень полезны отвар сухофруктов, клюквенный морс – прежде всего тем, у кого беременность протекает на фоне пиелонефрита. Включить в рацион сироп и настой шиповника, ягоды черноплодной рябины. Полезны витамины, аскорутин, фолиевая кислота.

Соблюдать режим дня. Сон – не менее 8–9 часов в сутки. Обязательно час-два проводить на свежем воздухе, избегать физических нагрузок, волнений.

Каждой беременной с 20-й недели беременности следует вести лист самоконтроля. Что надо в него записывать?

Прежде всего – увеличение массы тела. Во второй половине беременности, при нормальном ее течении, женщина прибавляет приблизительно 50 граммов в день и 300–350 граммов в неделю. Если больше, это может быть связано с начинающимся поздним токсикозом (скрытыми отеками). В таком случае не медлите и сразу обратитесь к врачу. Чаще всего правильной диетой и соответствующей лекарственной терапией дальнейшее развитие позднего токсикоза удастся предотвратить.

Замечания о шевелении плода. Прислушивайтесь к движениям плода, ведь он дает о себе знать своим поведением – шевелится то активнее, то слабее, и его состояние целиком зависит не только от состояния здоровья, но даже и от настроения матери. Он спит и бодрствует одновременно с ней. Контролировать самочувствие плода можно по количеству его шевелений. Делайте это два раза в неделю, начиная с 24–25-й недели беременности, лежа в постели, положив руку на живот, в течение 30 минут утром и вечером. Число шевелений запишите и покажите врачу при очередном посещении женской консультации. Если резко изменилось количество шевелений, к врачу лучше поторопиться.

Невынашивание беременности – самопроизвольное прерывание беременности в сроки от зачатия до 37 нед., считая с первого дня последней менструации. Прерывание беременности в сроки от зачатия до 22 нед. называют самопроизвольным абортом (выкидышем), а в сроки 28–37 нед. – преждевременными родами. Прерывание ее в сроки от 22 до 28 нед., согласно номенклатуре ВОЗ, относят к очень ранним преждевременным родам, и в большинстве развитых стран с этого срока гестации исчисляют перинатальную смертность. В нашей стране прерывание беременности при сроке 22–28 нед. относят к преждевременным родам, если новорожденный прожил 7 дней после рождения. Если его гибель произошла ранее 7 дней после рождения, то это считается поздним выкидышем. При этом гибель ребенка к перинатальной смертности не относят. Беременным в указанные сроки гестации оказывают помощь, как правило, не в гинекологическом отделении, а в родильном доме, где имеется возможность выхаживания глубоко недоношенного новорожденного. Если ребенок прожил

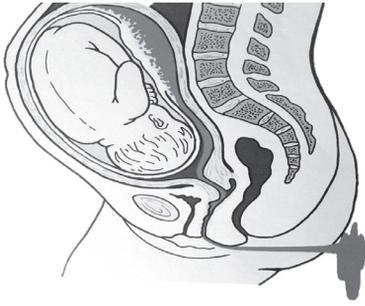


Рис. 33. Ретроплацентарная гематома и кровотечение при ПОНРП

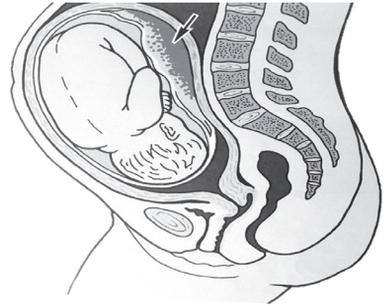


Рис. 34. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты с образованием ретроплацентарной гематомы

центарной гематомы, расположенной высоко у дна матки, то выделения из влагалища часто имеют серозно-кровянистый характер.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Что такое ранний токсикоз?
2. Что вы знаете о поздних токсикозах (гестозах)?
3. Как проводится уход за беременными с гестозами?
4. Расскажите о профилактике позднего токсикоза.
5. Как определяются ранние признаки гестозов?
6. Что вы знаете о невынашивании беременности?
7. Расскажите о сестринском уходе при предлежании плаценты.
8. Расскажите о сестринском уходе при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.

Г Л А В А XII ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Экстрагенитальные и сопутствующие гинекологические заболевания могут влиять на течение беременности, родов, перинатальную заболеваемость. В свою очередь беременность и роды нередко отягощают течение основного заболевания.

Заболевания сердечно-сосудистой системы

Гипертоническая болезнь. Гипертоническая болезнь наблюдается у 4–5% беременных. О наличии артериальной гипертензии свидетельствует артериальное давление, превышающее 140/90 мм рт. ст. Течение гипертонической болезни у беременных может быть различным. В I триместре у больных артериальное давление снижается, и создается впечатление относительного благополучия. В дальнейшем у большинства беременных оно стойко повышается, и на этом фоне могут развиваться такие осложнения, как гестоз (в 78%), плацентарная недостаточность, внутриутробная задержка развития плода, хроническая гипоксия, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, гипертензивная энцефалопатия, нарушение мозгового кровообращения, массивные коагулопатические кровотечения в послеродовом периоде.

Лечение. Во время беременности проводят лечение гипертонической болезни. Основным методом лечения является применение антигипертензивных средств. Особое значение у беременных приобретает немедикаментозная терапия (седативная физиотерапия, фитотерапия, корректировка питания, ограничение приема поваренной соли – менее 6 г в сутки).

Из медикаментозных средств у беременных используют диуретики, спазмолитики, антагонисты ионов кальция. Родоразрешение у женщин с гипертонической болезнью чаще всего осуществляют через естественные родовые пути на фоне обезболивания и гипотензивной терапии. Кесарево сечение

производят по акушерским показаниям или при состояниях, угрожающих здоровью и жизни матери (отслойка сетчатки, расстройство мозгового кровообращения и т.д.)

Артериальная гипотензия. Артериальная гипотензия характеризуется снижением артериального давления ниже 100/60 мм рт. ст. вследствие нарушения сосудистого тонуса; наблюдается у 12% беременных. Артериальная гипотензия может возникать во время беременности (обычно в первые месяцы) или предшествовать ей. Причина артериальной гипотензии беременных точно не установлена. Ее возникновение объясняют относительной недостаточностью функции коры надпочечников и симпатико-адреналовой системы, угнетением функции яичников, изменением соотношения вазоактивных простагландинов во время беременности.

Клиническая картина. При артериальной гипотензии беременные предъявляют жалобы на головную боль, головокружение, слабость, сердцебиение, боли и другие неприятные ощущения в области сердца, потливость, ослабление памяти, снижение трудоспособности. Нередко у беременной появляются раздражительность, эмоциональная неустойчивость, склонность к пониженному настроению. Почти у половины из них наблюдается варикозное расширение вен. Руки и ноги на ощупь холодные, пульс лабильный, слабого наполнения и напряжения, нередко отмечаются брадикардия, систолический шум на верхушке. Опасным осложнением при данной патологии является кровотечение в последовом и раннем послеродовом периодах.

Лечение. При лечении артериальной гипотензии важное значение придается соблюдению режима труда и отдыха. Необходимо освобождение от работ в ночную смену, а также связанных с физическим и эмоциональным перенапряжением. Целесообразна лечебная физкультура. Питание должно быть полноценным, разнообразным, с содержанием в пище витаминов и белковых продуктов до 1,5 г на 1 кг массы тела. Основным в лечении артериальной гипотензии является использование общеукрепляющих и тонизирующих препаратов, которые целесообразно применять с учетом гемодинамического варианта болезни.

Пороки сердца. Приобретенные ревматические пороки сердца

Приобретенные пороки сердца встречаются у 7–8% беременных. Для прогнозирования исходов беременности и родов

при приобретенных пороках имеют значение следующие факторы:

- активность ревматического процесса;
- форма и стадия развития порока;
- компенсация или декомпенсация кровообращения;
- степень легочной гипертензии;
- нарушение сердечного ритма;
- присоединение акушерской патологии.

Все эти факторы определяют выбор акушерской тактики во время беременности, родов и в послеродовом периоде. Во время беременности необходимо уточнить степень активности ревматического процесса, так как она определяет акушерскую тактику, служит критерием при решении вопроса о том, сохранять или прерывать беременность. Критические периоды обострения ревматизма соответствуют ранним срокам беременности – до 14 нед., 20–32 нед. и послеродовому периоду.

Сахарный диабет. В последние годы проблема сахарного диабета (СД) у беременных и их потомства приобрела важное медико-социальное значение. Осложненное течение беременности и родов при СД, крайне неблагоприятное влияние этого заболевания на внутриутробное развитие плода приводят к инвалидизации беременных, а также к повышению частоты пороков развития, высокой перинатальной заболеваемости и смертности.

С учетом особенностей течения беременности и родов при СД для профилактики осложнений, как у матери, так и у плода, особое внимание необходимо уделять раннему выявлению беременных с нарушениями углеводного обмена. Выявление беременных с повышенным риском развития СД осуществляется поэтапно, в условиях женской консультации.

Для беременных с СД требуется диета из расчета 30–35 ккал идеальной массы тела, дополнительно 200–400 ккал (с учетом беременности). Суточная энергетическая ценность пищи в среднем составляет 1600–2000 ккал, причем 55% ее покрывается за счет углеводов, 30% – жиров, 15% – белков. В пище должно содержаться достаточное количество витаминов (группы В, С, А, Е, D) и минеральных веществ. У беременных с СД и ожирением суточная энергетическая ценность пищи не должна превышать 1600 ккал (ограничение потребления жира, увеличение продуктов, содержащих пищевые волокна).

Пиелонефрит беременных. Пиелонефрит – неспецифический инфекционно-воспалительный процесс, сопровождающийся поражением интерстициальной ткани почек, канальцевого аппарата и стенок чашечно-лоханочной системы. У беременных процесс чаще развивается в правой почке.

Пиелонефрит развивается у 6–7% беременных, чаще во второй половине беременности. Степень риска развития осложнений зависит от длительности пиелонефрита, степени поражения почек, общего состояния организма. Выделяют три степени риска:

- I степень – неосложненное течение пиелонефрита, возникшего во время беременности;
- II степень – хронический пиелонефрит, развившийся до наступления беременности;
- III степень – пиелонефрит, протекающий с артериальной гипертензией или азотемией, пиелонефрит единственной почки.

Пиелонефрит вызывается условно-патогенными микроорганизмами, в первую очередь кишечной группы, микроорганизмами рода *Proteus*, а также энтеробактериями: *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Citrobacter*, стрептококками, стафилококками и микрококками. У беременных воспалительные процессы в почках вызываются также грибами рода *Candida*.

Роды у больных с острым пиелонефритом проводят во втором акушерском отделении родильного дома многопрофильной больницы с использованием спазмолитических средств и анальгетиков. Оперативные вмешательства при остром пиелонефрите выполняют только по строгим акушерским показаниям.

Гломерулонефрит – инфекционно-аллергическое заболевание, сопровождающееся поражением клубочкового аппарата почек. Частота его составляет 0,1–0,2%. Острый гломерулонефрит во время беременности нередко протекает под видом тяжелых форм гестоза.

Клиническая картина. У беременных чаще выявляют хронический гломерулонефрит, который протекает в нескольких формах: нефротической, гипертонической, смешанной (отечно-гипертонической), латентной. Как правило, встречается латентная форма, при которой течение беременности, родов и послеродового периода наиболее благоприятно. Максимальная степень риска отмечается у беременных со

смешанной формой, острым гломерлонефритом и любой формой заболевания, сопровождающейся азотемией и почечной недостаточностью.

Анемия при беременности. Во время беременности увеличиваются объем циркулирующей крови и его составляющие – объем плазмы и объем эритроцитов, причем объем плазмы возрастает больше, чем объем эритроцитов. Происходит разведение эритроцитов в большом количестве жидкости, относительное уменьшение их числа при абсолютном увеличении объема плазмы. Это состояние называется гидремией и не является анемией, хотя наблюдается закономерное снижение показателей красной крови.

Клиническая картина и диагностика. Часто больные с анемией не предъявляют никаких жалоб. Однако могут наблюдаться слабость, одышка, головокружение, обмороки. Нередко появляются трофические изменения, связанные с дефицитом в организме ферментов, содержащих железо: выпадение волос, ломкость ногтей, трещины в углах рта.

В крови при анемии выявляют уменьшение содержания гемоглобина (115 г/л и менее), количества эритроцитов (менее $3,7 \cdot 10^{12}$ /л, цветной показатель 0,85 и ниже), уровня железа сыворотки крови (менее 10 ммоль/л). Диагноз истинной анемии (а не гидремии беременных) подтверждается при обнаружении в мазке крови измененных эритроцитов – лейкоцитов и анизоцитов. Различают анемию легкой, средней и тяжелой степени. При анемии легкой степени содержание гемоглобина в крови составляет 90–115 г/л, при средней степени тяжести – 80–90 г/л и при тяжелой анемии – менее 80 г/л.

Лечение. В лечении анемии у беременных важное значение имеет диета. Женщине следует потреблять не менее 120 г белка в день. Из мяса всасывается 6% железа, а из растительной пищи – только 0,2%. Анемию лечат препаратами железа, которые принимают внутрь в таблетках или капсулах. Внутривенное или внутримышечное введение препаратов железа не имеет преимуществ, но может привести к тяжелым осложнениям.

Феррокаль и ферроплекс следует принимать в больших дозах – по 2 таблетки 3–4 раза в день. Конферон содержит в 4 раза больше железа, поэтому его назначают в меньших дозах – 1 капсула 3 раза в день. Тардиферон – препарат пролонгированного действия, его рекомендуется принимать по 1 таблетке

2 раза в день. Лечение анемии длительное и не предполагает быстрого достижения эффекта. Содержание гемоглобина в большинстве случаев увеличивается к концу 3-й недели лечения, нормализация этого показателя происходит еще позже: через 9–10 нед., но самочувствие больной улучшается быстро.

Очень важно, добившись выздоровления беременной, не прекращать лечения в течение 3 мес., так как предстоят роды с неизбежной кровопотерей, длительный период кормления ребенка грудью, что может вызвать рецидив анемии. Если во время беременности излечения анемии добиться не удалось, то после родов необходимо ежегодно в течение 1 мес. принимать железосодержащие препараты.

Грипп – острое высококонтагиозное заболевание, передающееся воздушно-капельным путем и вызываемое вирусами типов А, В и С. Грипп характеризуется повышением температуры, симптомами интоксикации и воспалением слизистой оболочки дыхательных путей. Для вирусов гриппа характерна генетическая лабильность – постоянная и прогрессирующая изменчивость их структуры (то есть изменяется структура генов, которые содержатся в вирусах гриппа), чем объясняется появление новых разновидностей, к которым у населения нет иммунитета.

Чувствительность и восприимчивость у будущих мам к инфекционным заболеваниям повышена, у них чаще регистрируются тяжелые и осложненные формы гриппа.

Под влиянием гриппозной инфекции резко снижается сопротивляемость организма беременной, нарушаются функции эндокринной и иммунной систем, что способствует активизации хронических заболеваний (обострение тонзиллита, пиелонефрита и др.) во время беременности и после родов.

Характерной особенностью острого периода гриппа является выраженность интоксикации при слабо выраженных симптомах. Инкубационный период заболевания короткий – от нескольких часов до 1–2 дней.

У подавляющего большинства больных отмечается острое начало гриппа, сопровождающееся быстрым повышением температуры до высокой. Наиболее высокая температура (до 39–40 градусов) наблюдается в первые два дня болезни, затем происходит быстрое ее снижение.

Продолжительность лихорадочного периода обычно не превышает 2–4 дней. У некоторых больных через 1–2 дня после

падения температуры вновь отмечается ее повышение на 1–2 дня (вторая волна гриппа).

К концу первых суток уже имеется развернутая картина болезни, отличительной особенностью которой является преобладание общих явлений интоксикации (головные, мышечные боли, характерно чувство ломоты в мышцах), наиболее постоянным ранним симптомом гриппа является покраснение и сухость слизистой оболочки зева, заложенность носа (слизистые выделения появляются на 2–3-й день болезни).

Вирус проникает через дыхательные пути, оседает на слизистой оболочке дыхательного тракта, особенно трахеи, и начинает выделять токсины (своего рода яды), которые с током крови разносятся по всему организму. Проникая через плаценту, повреждая ее, вирус с током крови проникает в систему кровообращения плода.

Как влияет вирус гриппа на плод? Многое здесь зависит от сроков беременности. Так, в первом триместре беременности (до 12 недель), когда интенсивно происходит закладка внутренних органов, влияние вируса может пагубно отразиться на формировании систем и органов плода.

Лечение беременных гриппом. Лечение беременной, заболевшей гриппом, проводится в домашних условиях. Больной обеспечивают постельный режим. Проводится проветривание помещения (желательно каждый час), его регулярная влажная уборка, личную посуду больной гриппом необходимо ополаскивать кипятком.

Беременной следует обеспечить рациональное питание, диета должна быть полноценной и богатой витаминами. Желательно преобладание молочно-углеводной пищи с ограничением содержания поваренной соли (рекомендуются кисломолочные продукты). При отсутствии отеков рекомендуется обильное питье (морс, компот, фруктовые соки и пр.). Оно необходимо для выведения токсинов из организма. При высокой температуре (выше 38 градусов) и выраженном болевом синдроме (головная боль, мышечные боли) рекомендуется парацетамол. Однако злоупотреблять жаропонижающими средствами не следует – нельзя использовать их чаще, чем один раз в 4–6 часов, ограничив количество приемов в сутки до 4 раз. При этом следует помнить, что лихорадка способствует скорейшей гибели вируса гриппа.

Для полоскания горла рекомендуют использовать раствор фурациллина. В аптеке можно приобрести готовый раствор и развести его из расчета 1:1 (полстакана раствора на полстакана теплой воды) или сделать раствор самостоятельно, из расчета 4 таблетки фурациллина на 800 мл воды. Таблетки необходимо залить кипятком и дождаться их полного растворения. Используют также полоскание с пищевой содой – 1 чайная ложка на стакан воды. При насморке можно использовать сосудосуживающие капли. При кашле назначают отхаркивающую микстуру, содержащую термopsis или корень алтея, назначают по столовой ложке 4 раза в день.

Профилактика гриппа беременной. Известно, что многие заболевания проще предупредить, чем вылечить. Во время эпидемии ОРЗ, да и любого другого заболевания принимать все возможные меры для уменьшения опасности заболеть. Особенно это касается первых трех месяцев беременности. Например, ограничить поездки в общественном транспорте в холодное время года (поскольку наибольшая вероятность заразиться возникает именно в местах большого скопления народа).

Перед выходом в людные места, особенно в периоды эпидемии, смазывать нос оксолиновой мазью. Для повышения сопротивляемости организма, а следовательно, понижения восприимчивости к вирусным инфекциям, рекомендован прием поливитаминовых комплексов для беременных.

В случае, если кто-то из домашних заболел гриппом, ограничить контакт с ним, надеть марлевую маску, менять ее каждые 2 часа, тщательно соблюдать меры личной гигиены.

Сестринский уход за беременной женщиной с патологическим течением беременности

Беременность с высоким риском может быть при некоторых заболеваниях и нарушениях, которые увеличивают риск как для беременной, так и для плода. Кроме того, у женщины, которая имела осложнения при предыдущей беременности, повышена вероятность развития тех же осложнений при последующих беременностях. Для выявления беременных с высоким риском необходимы: тщательный сбор информации, касающийся образа жизни и привычек, психосоциальных факторов, история беременности и родов, консультация других узких специалистов, информация о семейном положении,

течении настоящей беременности, физическое исследование, обследование данных анализов и других данных для точной постановки диагноза.

Одновременно с лечением рекомендуется сестринский уход, направленный на самоуход и охрану от заражения инфекцией окружающих людей. Носитель инфекции, для того чтобы избежать заражения остальных членов семьи, должен соблюдать тщательную гигиену при физиологическом отпавлении.

Анемия беременных ведет к гипоксии и гипотрофии плода. Преждевременные роды при беременности, слабые схватки при родах, затяжные роды, гипотоническое кровотечение, плохая секреция молока, отставание в развитии внутриутробного плода – все это может быть связано с анемией беременных, что требует особого внимания. Проводить действия, направленные на излечение анемии. Рекомендовать питание исходя из желанной пищи беременной. Составить меню. Принимать пищу, богатую железом.

Одновременно с железом рекомендовать принимать витамины, аминокислоты и препараты кальция для лучшего всасывания. Избегать принятия зеленого чая, черного чая, кофе, которые препятствуют всасыванию железа. Избегать закусочного питания, принимать сбалансированное питание, проводить профилактику запора. Заниматься легкой физкультурой для повышения аппетита. Объяснить меры предосторожности при принятии железосодержащих препаратов. Заранее предупредить, что при применении железосодержащих препаратов могут быть побочные действия и изменится цвет кала на черный цвет. Среди побочных действий могут быть запор, диарея, ощущение жара, шум в ушах, тошнота, рвота. Не принимать на голодный желудок, только после еды. После или до принятия железосодержащего препарата не принимать зеленый чай, черный чай, кофе, которые препятствуют всасыванию железа.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Расскажите об особенностях течения заболеваний сердечно-сосудистой системы.
2. Течение беременности при пиелонефрите.
3. Течение беременности при гломерулонефрите.
4. Особенности течения беременности при анемии.
5. Расскажите о течении беременности при сахарном диабете.
6. Расскажите о мерах профилактики гриппа.

Г Л А В А XIII МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Диагностика и лечение гинекологических заболеваний основывается на данных анамнеза и объективного исследования, которое производится по определенной системе, позволяющей выявить главные факты и учесть все детали, которые будут способствовать правильной постановке диагноза.

Для обследования женщин, страдающих гинекологическими заболеваниями, используют:

- сбор общего и специального гинекологического анамнеза;
- общее объективное исследование;
- специальные методы гинекологического исследования;
- дополнительные методы исследования.

Опрос больной:

1. Паспортные данные. Особое внимание при этом обращают на возраст больной.

2. Жалобы больной.

3. Перенесенные заболевания: болезни детского возраста, инфекционные, болезни различных органов и систем, наследственность, операции, травмы, аллерго-анамнез, гемотрансфузии, заболевания мужа.

4. Условия быта и труда.

5. Специальный акушерско-гинекологический анамнез:

– характер менструальной, половой, детородной, секреторной функции;

– перенесенные гинекологические заболевания и операции на половых органах;

– перенесенные урогенитальные и венерические заболевания.

6. Наличие болей и их характер.

7. Развитие настоящего заболевания.

8. Подведение итогов, установление предварительного диагноза.

Независимо от стиля общения больная должна чувствовать, что медсестра готова ее выслушать и сохранить все сказанное ею в тайне. Сейчас больные предпочитают более равноправные отношения, они ожидают не команд, а советов, они требуют уважения к своему, пусть непрофессиональному, мнению. Пациентка должна принимать активное участие в выборе метода лечения, должна знать о его возможных последствиях и осложнениях. Пациентка должна дать письменное согласие на проведение различных манипуляций и операций.

При осмотре определяют тип телосложения:

- женский;
- мужской (высокий рост, широкие плечи, длинное туловище, широкие плечи, узкий таз);
- евнухоидный (высокий рост, узкие плечи, узкий таз, длинные ноги, короткое туловище).

Значительные отклонения типа телосложения дают представление об особенностях периода полового созревания. Так, при гиперандрогении в пубертатном периоде формируется мужской или вириальный тип телосложения, а при недостаточности гормональной функции яичников телосложение приобретает евнухоидные черты.

Состояние молочных желез: **размер**, гипоплазия, гипертрофия, симметричность, изменения на коже. У больной в положении стоя и лежа проводят последовательную пальпацию наружных и внутренних квадрантов железы. Необходимо отмечать отсутствие или наличие отделяемого из сосков, его цвет, консистенцию и характер. Коричневые выделения из сосков или примесь крови указывают на возможный злокачественный процесс или папиллярные разрастания в протоках молочной железы; жидкое прозрачное или зеленоватое отделяемое свойственно кистозным изменениям железы. Появление молока или молозива при надавливании на ареол в сочетании с аменореей или олигоменореей позволяет установить диагноз галактоаменореи – одной из форм гипоталамических нарушений репродуктивной функции.

Узлы в молочных железах, определяемые при пальпации, служат показанием к УЗИ молочных желез и маммографии.

Определение длины и массы тела необходимо для вычисления индекса массы тела (ИМТ) – соотношения массы тела к квадрату длины тела:

$$\text{ИМТ} = \frac{\text{масса тела (кг)}}{\text{длина тела (м}^2\text{)}}.$$

В норме ИМТ женщины репродуктивного возраста равен 20–26. ИМТ более 40 (соответствует ожирению IV степени) говорит о высокой вероятности метаболических нарушений.

Исследование живота. Проводят в положении больной лежа на спине. При пальпации определяют размеры отдельных органов, исключают асцит, метеоризм, объемные образования.

Гинекологическое исследование проводят на гинекологическом кресле. Ноги пациентки лежат на подставках, ягодицы – на краю кресла. В таком положении можно осмотреть вульву и легко ввести зеркало во влагалище.

Осмотр наружных половых органов: состояние и величина малых и больших половых губ; состояние слизистых оболочек (сочность, цвет, состояние шеечной слизи); величина клитора; развитие волосяного покрова; состояние промежности; наличие патологических процессов (воспаление, опухоли, изъязвления, кондиломы, свищи, рубцы). Гипоплазия малых и больших половых губ, бледность и сухость слизистой оболочки влагалища указывают на гипоэстрогению.

Сочность и цианотичность слизистой оболочки вульвы, обильная прозрачная секреция являются признаками гиперэстрогении. Гипоплазия малых половых губ, увеличение головки клитора, увеличение расстояния между основанием клитора и наружным отверстием мочеиспускательного канала (более 2 см) в сочетании с гипертрихозом указывают на врожденный аденогенитальный синдром. Обращают также внимание на зияние половой щели; предложив женщине потужиться, определяют, нет ли опущения или выпадения стенок влагалища и матки.

Осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах проводится женщинам, ведущим половую жизнь. Своевременное распознавание рака шейки матки, эрозий, полипов и других заболеваний, относящихся к предраковым состояниям, возможно только при помощи зеркал. Особое внимание обращают на своды влагалища, так как там часто располагаются объемные образования и остроконечные кондиломы. При осмотре в зеркалах берут мазки на флору, цитологическое исследование, возможна биопсия объемных образований шейки матки и влагалища.

Бимануальное (двуручное влагалищно-брюшностеночное) исследование проводят после извлечения зеркал. Указательный и средний пальцы одной руки, одетой в перчатку (обычно правой), вводят во влагалище. Другую руку (обычно левую) кладут на переднюю брюшную стенку. Правой рукой пальпируют стенки влагалища, его своды и шейку матки, отмечают любые объемные образования и анатомические изменения. Затем, осторожно введя пальцы в задний свод влагалища, смещают матку вперед и вверх и пальпируют ее второй рукой через переднюю брюшную стенку. Отмечают положение, размеры, форму, подвижность, консистенцию и подвижность матки, обращают внимание на объемные образования.

Ректовагинальное исследование обязательно в постменопаузе, а также во всех случаях, когда необходимо уточнить состояние придатков матки. Некоторые авторы предлагают проводить его всем женщинам старше 40 лет для исключения сопутствующих заболеваний прямой кишки. При ректальном исследовании определяют тонус сфинктеров заднего прохода и состояние мышц тазового дна, исключают объемные образования.

Специальные методы исследования

Тесты функциональной диагностики. Тесты функциональной диагностики, используемые для определения функционального состояния репродуктивной системы, до сих пор не утратили ценности.

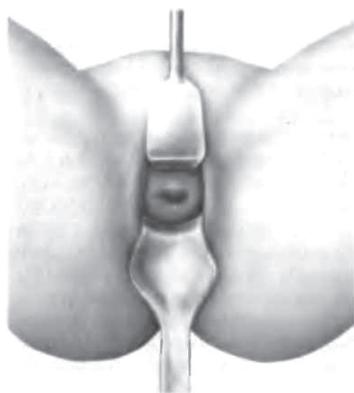


Рис. 35. Осмотр в зеркалах шейки матки



Рис. 36. Бимануальное (влагалищно-брюшное) исследование

Точным методом оценки функции яичников остается *гистологическое исследование соскоба эндометрия*. Секреторный эндометрий, удаленный при выскабливании матки за 2–3 дня до начала менструации, с точностью до 90% указывает на произошедшую овуляцию.

Тканевая биопсия и цитологическое исследование. Биопсия – прижизненное взятие небольшого объема ткани для микроскопического исследования с целью диагностики. В гинекологии используют эксцизионную (иссечение кусочка ткани), прицельную (под визуальным контролем с помощью кольпоскопа или гистероскопа) и пункционную биопсию.

Биопсию чаще всего выполняют при подозрении на злокачественную опухоль шейки матки, наружных половых органов, влагалища и т.д.

Цитологическая диагностика. Цитологическому исследованию подвергают клетки, полученные в мазках из шейки матки, пунктате (объемные образования малого таза, жидкость из позадматочного пространства) или аспирате из полости матки.

Инструментальные методы исследования

Эндоскопические методы. *Кольпоскопия* – детальный осмотр влагалищной части шейки матки, стенок влагалища и вульвы через оптическую систему линз с увеличением в 6–28 раз.

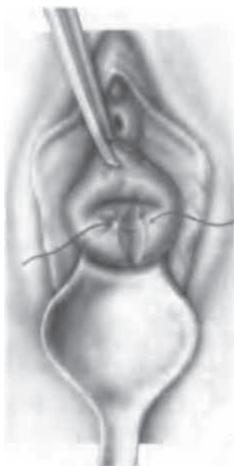


Рис. 37. Тканевая биопсия



Рис. 38. Кольпоскопия

При кольпоскопии определяют форму, величину шейки и наружного зева, цвет, рельеф слизистой оболочки, границу плоского эпителия, покрывающего шейку, и цилиндрического эпителия цервикального канала. При расширенной кольпоскопии перед осмотром шейку матки обрабатывают 3% раствором уксусной кислоты, которая вызывает кратковременный отек эпителия, набухание клеток шиповидного слоя, сокращение подэпителиальных сосудов и уменьшение кровоснабжения. После детального осмотра проводят пробу Шиллера – шейку смазывают 3% раствором люголя. Йод окрашивает клетки здорового плоского эпителия шейки в темно-коричневый цвет; истонченные (атрофичные) и патологически измененные клетки при дисплазии шеечного эпителия не прокрашиваются. Таким образом выявляются зоны патологически измененного эпителия и обозначаются участки для биопсии шейки матки.

Кольпомикроскопия – прижизненное гистологическое исследование влагалищной части шейки матки. Производится контрастным люминесцентным кольпомикроскопом или кольпомикроскопом Нашои (тип гистероскопа).

Гистероскопия – осмотр с помощью оптических систем внутренней поверхности матки (рис. 39). Гистероскопия бывает диагностической и операционной. Диагностическая гистероскопия в настоящее время является методом выбора для диагностики всех видов внутриматочной патологии.

Лапароскопия – осмотр органов брюшной полости с помощью эндоскопа, введенного через переднюю брюшную стенку (рис. 40, 41). Лапароскопия в гинекологии используется как с диагностической целью, так и для проведения хирургического вмешательства.

Ультразвуковое исследование. Ультразвуковое исследование (УЗИ) – неинвазивный инструментальный метод исследования, используемый в гинекологии для диагностики заболеваний и опухолей матки, придатков, выявления аномалий развития матки (рис. 42).

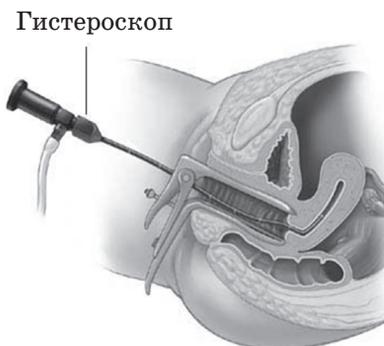


Рис. 39. Гистероскопия

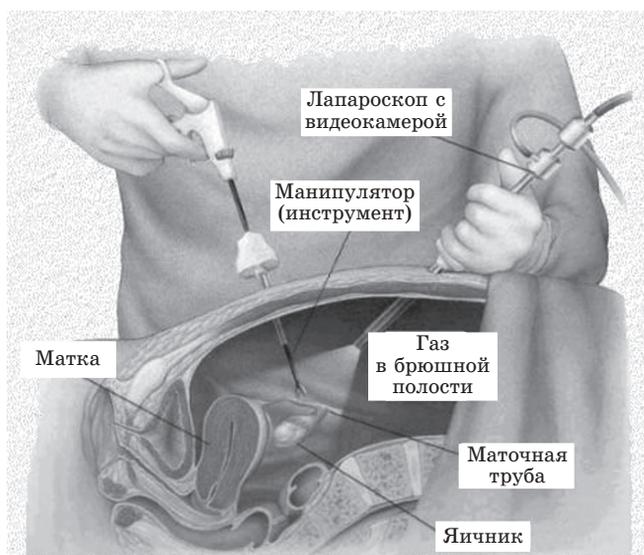


Рис. 40. Схема проведения лапароскопии



Рис. 41. Лапароскопия

Новейшие модели ультразвуковых аппаратов позволяют наблюдать за ростом фолликула, овуляцией, регистрируют толщину эндометрия и выявляют его гиперплазию и полипы. С помощью УЗИ установлены нормальные размеры матки и яичников у женщин, девушек и девочек. В гинекологии УЗИ проводят абдоминальными и влагалищными датчиками. Применение влагалищных датчиков позволяет получить более информативные данные о состоянии эндометрия, миометрия, структуре яичников.

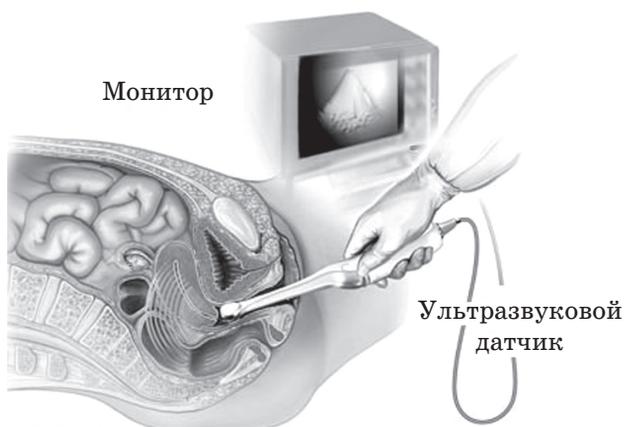


Рис. 42. УЗИ через вагинальный датчик

Рентгенологические методы исследования. Рентгенологические методы исследования до настоящего времени широко используются в гинекологии.

Гистеросальпингография используется для установления проходимости маточных труб, выявления анатомических изменений в полости матки, спаечного процесса в матке и в области малого таза. Используют водорастворимые контрастные вещества (веротраст, уротраст, верографин и т.д.). Исследование целесообразно проводить на 5–7-й день менструального цикла, что уменьшает частоту ложноотрицательных результатов.

Рентгенографическое исследование черепа широко используется в диагностике нейроэндокринных заболеваний. Рентгенологическое исследование формы, размеров и контуров турецкого седла – костного ложа гипофиза – применяют для диагностики опухоли гипофиза. Признаки опухоли гипофиза: остеопороз или истончение стенок турецкого седла, симптом двойных контуров. При подозрении на опухоль гипофиза по данным рентгеновского исследования проводят компьютерную томографию черепа.

Компьютерная томография (КТ) – вариант рентгеновского исследования, позволяющий получить продольное изображение исследуемой области, срезы в сагиттальной и фронтальной или в любой заданной плоскости. КТ дает полное пространственное представление об исследуемом органе,

патологическом очаге, количественную информацию о плотности определенного слоя, позволяя, таким образом, судить о характере поражения.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) – более информативный метод диагностики в гинекологии, чем КТ. В настоящее время используется для дифференциальной диагностики патологических образований в малом тазу при сомнительных данных УЗИ.

Цитогенетические исследования проводят генетики. Показания: различные формы отсутствия и задержки полового развития, аномалии развития половых органов, первичная аменорея, привычное невынашивание беременности малых сроков, бесплодие, нарушение строения наружных половых органов.

Патологические состояния репродуктивной системы могут быть обусловлены хромосомными аномалиями, генными мутациями и наследственной предрасположенностью к заболеланию.

Зондирование матки. К инвазивным методам диагностики относится зондирование матки (рис. 43), которое проводится с целью установления положения и направления полости матки, ее длины. Противопоказано при подозрении на беременность желанную. Осуществляется зондирование матки в условиях малой операционной.

Пункция брюшной полости через задний свод влагалища (рис. 44). Пункция брюшной полости через задний свод

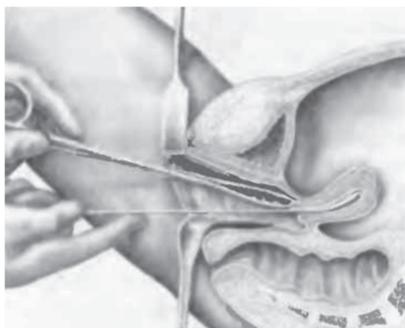


Рис. 43. Зондирование матки

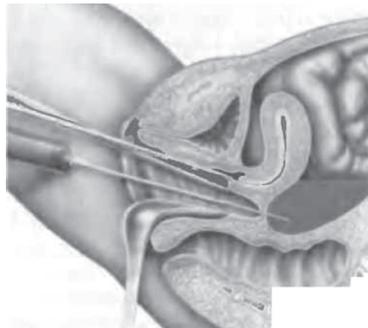


Рис. 44. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища

влагалища производится в стационаре в случаях, когда необходимо выяснить наличие или отсутствие свободной жидкости (кровь, серозный гной) в полости малого таза.

Аспирационная биопсия. Аспирационная биопсия выполняется для получения ткани с целью микроскопического исследования. Сущность ее заключается в том, что из полости матки отсасывается содержимое.

Лабораторные методы исследования

Бактериоскопическое исследование выделений из половых путей делают после осмотра половых органов. Отделяемое из влагалища исследуют у всех, выделения из смежных органов (уретры, прямой кишки) исследуют в зависимости от характера заболевания (например, при подозрении на гонорею, трихомониаз). Материал берут желобоватым зондом или резиновым катетером. Перед введением инструмента ватным шариком, смоченным теплым изотоническим раствором хлорида натрия, вытирают вход во влагалище, наружное отверстие уретры и область заднепроходного отверстия. Инструменты для взятия материала вводят в уретру на глубину примерно 0,5 см, в прямую кишку – на глубину около 2–3 см, а во влагалище – по возможности до заднего свода. Результаты исследования оценивают с учетом возраста.

Гинекологический опрос. Гинекологический анамнез является очень важным.

Менструальная функция: возраст наступления первой менструации. Тип менструации (продолжительность цикла, длительность менструальных дней, количество теряемой крови, наличие боли).

Возраст, начало половой жизни, изменился ли цикл с началом половой жизни, через какой промежуток времени наступила беременность от начала половой жизни (при ее регулярности и при отсутствии применения контрацептивов), последняя менструация.

Детородная функция или репродуктивный анамнез: сколько было всего беременностей, из них: родов, аборт, выкидышей, внематочных беременностей, как протекали беременности, срок наступления родов (преждевременные и запоздалые);

Наличие аномалий непосредственно после родов и аборт. Наличие аномалии в анамнезе течения беременности, родов и в послеродовой период.

Сестринский уход при диагностике и обследовании в гинекологии

Подготовка кабинета обследования. Проверка температуры кабинета, проветривание и кварцевание кабинета. Подготовка необходимого инвентаря, оборудования, инструментов и т.д. В кабинете, где проводится внутреннее обследование, подготовить раздевалку или же уголок для переодевания. Сопутствовать тому, чтобы лечение и обследование проводилось по правильному алгоритму. Подумать об оснащении процедурного кабинета. Проводить процедуру с улыбкой, соблюдать гигиену, также следить за защитой приватности.

Тщательно объяснить пациенту метод обследования в основном, если пациент проходит обследование в первый раз. Особенно необходимо быть осторожным при обследовании незамужних, престарелых и глухих. До обследования пациенты должны провести испражнение (дефекация и моча).

Вымыть руки. Необходимо использовать стерильные резиновые перчатки и инструменты во избежание попадания инфекции, следовать правилам асептики. Пациент должен лечь в кресло для внутреннего обследования в литотомическом положении, открыть паховую область, глубоко дышать, расслабив область живота. При фиксации кресла для внутреннего обследования фиксировать его необходимо осторожно, очень медленно, особенно в случае престарелых пациентов. Во время внутреннего обследования лишние места тела закрыть полотенцем или тканью. Во время обследования избегать покачивания бедра пациента и загрязнения его одежды.

В случае необходимости промывания необходимо учитывать температуру воды и размер зеркала. После внутреннего обследования и промывания промежность необходимо высушить и вытереть, подготовить для надевания одежды. Если поставлены тампоны, следует известить пациента о количестве тампонов и времени изъятия тампона. Во время проведения внутреннего обследования, когда проводится помощь и сестринский уход, врач не должен покидать кабинет без причин.

Зеркальное обследование. В гинекологии зеркальное обследование имеет особо важную роль, поэтому при проведении манипуляции следует учитывать температуру и размер зеркала.

Подготовка пациента. Известить пациента о том, что до обследования не следует подмываться при помощи биде, чтобы не вымыть клеточные элементы. Для уменьшения волнения и тревоги необходимо объяснить пациенту о методе обследования. До обследования уточнить, были ли проведены физиологические отправления.

Положение пациента на кресле внутреннего обследования: пяточная область фиксируется на скамеечке для ног. Уточнить, имеются ли боли в нижней части живота и в месте введения зеркала. Избегать причинения боли. Одновременно просить пациента открывать рот и глубоко дышать, а также расслабить брюшную полость.

Алгоритм выполнения. Стоя со стороны пациента, попросить расслабиться и фиксировать положение на кресле для внутреннего обследования. Включается освещение и открывается лоток для зеркал. Помогать врачу во время использования перчаток и кольпоскопа. Наружные половые органы обеззараживаются и промываются сверху вниз моющим раствором. Следить, чтобы пациент дышал с приоткрытым ртом. После окончания процедуры необходимо вытереть наружные половые органы сверху вниз. Фиксируя кресло, медленно спустить пациента. Если были использованы вагинальные тампоны, следует объяснить пациенту о времени и способе изъятия тампона. Ответить на вопросы пациента, а также объяснить назначение врача. Оформить направление в лабораторию по форме.

Психосоциальная помощь

Физическое смягчение боли требует незамедлительности действий, для чего не обойтись без психологической и социальной помощи. Но бывают случаи, когда невозможно обойтись без психологической, социальной и физической помощи одновременно. Боли иногда можно смягчить словами. Подходящие слова очень важны для снятия тревоги пациента и стабилизации общего состояния. Роль медсестры заключается не только в оказании помощи, но и в понимании положения пациента. Необходимо также применять педагогическую

позицию для быстрого выздоровления. Педагогическая позиция заключается в обучении пациента проводить контроль за своим здоровьем (самоуход). Этими действиями пациент сможет предотвратить инфекционные заболевания, передающиеся половым путем, и воспаление влагалища. Проведение санитарно-просветительской работы в школах, семьях и на рабочих местах для раннего выявления аномалий тоже является педагогической позицией.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Объективные методы обследования гинекологических больных.
2. Что такое дополнительные методы обследования?
3. Расскажите о роли гинекологического анамнеза в диагностике и лечении гинекологических больных.
4. Особенности ухода за больными при гинекологических заболеваниях.
5. Расскажите об особенностях психологической помощи гинекологическим больным.
6. Что вы знаете о лабораторных методах обследования в гинекологии?
7. Физическая помощь при заболеваниях женских половых органов.

ГЛАВА XIV

НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНО-ОВАРИАЛЬНОГО ЦИКЛА. ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА

Аменорея

Аменорея – отсутствие менструации в течение 6 мес. и более. Аменорея – наиболее тяжелая форма патологии менструальной функции. Частота аменореи среди женщин репродуктивного возраста составляет 3,5%, а в структуре нарушений менструальной и репродуктивной функций – 10–15%. Различают физиологическую, патологическую, ложную и фармакологическую аменорею.

Физиологическая аменорея – отсутствие менструации до периода полового созревания, во время беременности, лактации и в постменопаузе. *Патологическая аменорея* – симптом гинекологических или экстрагенитальных заболеваний, может быть *первичной* и *вторичной*. *Первичная аменорея* – отсутствие менархе после 16 лет, *вторичная аменорея* – отсутствие менструации в течение 6 месяцев у ранее менструировавшей женщины.

Ложная аменорея – отсутствие кровяных выделений из половых путей вследствие нарушения их оттока в связи с атрезией цервикального канала или пороком развития гениталий. При этом циклическая активность яичников не нарушена, происходит отторжение эндометрия.

Фармакологическая аменорея связана с приемом лекарственных средств (агонисты гонадотропинов, антиэстрогенные препараты), действие которых приводит к отсутствию менструации на время лечения и имеет обратимый характер.

В зависимости от преимущественного уровня поражения того или иного звена нейроэндокринной системы выделяют гипоталамическую, гипофизарную, яичниковую и маточную формы аменореи; аменорею, обусловленную патологией надпочечников, щитовидной железы, экстрагенитальными заболеваниями.

Вторичная аменорея – отсутствие менструации в течение 6 мес. и более после периода регулярных или нерегулярных менструаций, составляет до 75% случаев аменореи. Аменорею считают вторичной даже при одной менструации в анамнезе. Вторичная аменорея часто становится симптомом нарушений функции яичников, надпочечников, гипофиза, щитовидной железы и не сочетается с нарушением развития вторичных половых признаков.

Аменорея гипоталамического генеза

Аменорея на фоне похудения сопровождается настойчивым желанием похудеть, снижением массы тела на 15% и более. В структуре вторичной аменореи эта патология составляет около 25% и распространена среди девушек-подростков, изнуряющих себя диетой и физическими нагрузками в целях сохранения низкой массы тела. Крайняя форма похудения с извращением аппетита наблюдается при нервной анорексии. Насильственно вызываемая рвота и злоупотребление слабительными средствами могут привести к смертельному исходу.

Клиника. Отсутствие менструации – один из самых первых признаков начала заболевания – приводит девушек к гинекологу. При осмотре отмечается резкое уменьшение подкожной жировой клетчатки при женском типе телосложения.

Психогенная аменорея. Психоэмоциональные нарушения, острые или хронические эмоционально-психические травмы в репродуктивном периоде могут стать причиной вторичной аменореи.

Клиническая картина: внезапное прекращение менструации на фоне астеноневротического, астенодепрессивного или астеноипохондрического синдрома.

Лечение, проводимое совместно с психоневрологом, дает положительный эффект. Лечение направлено на нормализацию условий жизни, устранение стресса. При отсутствии самостоятельного восстановления менструаций после ликвидации психопатологических проявлений, восполнения дефицита массы тела возможно применение циклической гормонотерапии.

Аменорея гипофизарного генеза

Гиперпролактинемия – избыточная продукция пролактина – одна из частых причин вторичной аменореи. Гиперпролактинемия составляет около 25% всех нарушений менструального цикла и бесплодия. Различают *физиологическую* и *патологическую* гиперпролактинемию. Физиологи-

ческая гиперпролактинемия наблюдается во время беременности и в период лактации.

Гиперпролактинемия возможна вследствие повреждения внутриматочных рецепторов при частых выскабливаниях слизистой оболочки тела матки, ручном обследовании стенок матки после родов.

Функциональная гиперпролактинемия у женщин с различными гинекологическими заболеваниями объясняется постоянным раздражением интерорецепторов при патологическом процессе и импульсацией в ЦНС.

Клиника. Гиперпролактинемия сопровождается изменением функции яичников, которая может проявляться ановуляцией, недостаточностью лютеиновой фазы, нарушением менструального цикла по типу олигоменореи или вторичной аменореи.

У 67% женщин с гиперпролактинемией может наблюдаться галакторея, которая не коррелирует с уровнем пролактина. Около 50% женщин с гиперпролактинемией отмечают головную боль и головокружение, транзиторное повышение АД.

Аменорея яичникового генеза

Синдром истощения яичников – это патологический симптомокомплекс, включающий вторичную аменорею, бесплодие, вегетососудистые нарушения у женщин моложе 38 лет с нормальной менструальной и репродуктивной функцией в прошлом.

Синдром резистентных яичников включает в себя аменорею, бесплодие, нормальное развитие вторичных половых признаков при микро- и макроскопически не измененных яичниках с высоким уровнем гонадотропинов у женщин моложе 35 лет.

Альгодисменорея

Альгодисменорея (дисменорея) – циклически повторяющийся болевой синдром, сопровождающий менструальное отторжение эндометрия. Частота альгодисменореи колеблется от 8 до 80%. При альгодисменорее возможны потеря трудоспособности и изменения психосоматического статуса, в связи с чем это не только медицинская, но и социальная проблема.

Различают первичную, или функциональную, альгодисменорею, не связанную с анатомическими изменениями внутренних половых органов, и вторичную, обусловленную патологическими процессами в органах малого таза.

Первичная альгодисменорея появляется в подростковом возрасте через 1–1,5 года после менархе, с началом овуляции, обычно у девочек астенического телосложения, возбудимых и эмоционально лабильных.

Клиника. Схваткообразные боли в дни менструации или за несколько дней до нее локализуются внизу живота, иррадиируют в поясницу, реже – в область наружных гениталий, паха и бедер. Боли приступообразные и довольно интенсивные, сопровождаются общей слабостью, тошнотой, рвотой, спастической головной болью, головокружением, повышением температуры до 37–38 °С, сухостью во рту, вздутием живота, обмороками и другими вегетативными расстройствами. Иногда ведущим становится какой-либо один симптом, он беспокоит больше, чем боль. Сильные боли истощают нервную систему, способствуют развитию астенического состояния, снижают трудоспособность.

Диагностика первичной альгодисменореи основывается на:

- характерных конституциональных особенностях, молодом возрасте больных, появлении альгодисменореи через 1,5–2 года после менархе;
- сопутствующих альгодисменорее вегетососудистых симптомов;
- отсутствии анатомических изменений при гинекологическом исследовании;
- астеническом телосложении, тенденции к похуданию.

Лечение первичной альгодисменореи должно быть комплексным. Оно включает: ингибиторы синтеза простагландинов. Необходимо учитывать их влияние на слизистую оболочку желудка и агрегацию тромбоцитов и назначать нестероидные противовоспалительные препараты в свечах, спазмолитики, анальгетики (как спазмолитическая терапия);

Вторичная альгодисменорея обусловлена органическими изменениями в органах малого таза и чаще развивается у женщин после 30 лет с родами, абортами, воспалительными гинекологическими заболеваниями в анамнезе.

Лечение вторичной альгодисменореи определяется органической патологией половой системы, следствием которой стала вторичная альгодисменорея.

Органические заболевания репродуктивной системы, приводящие к вторичной дисменорее, нередко требуют оперативного лечения.

Дисфункциональные маточные кровотечения

Дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК) обусловлены нарушением циклической продукции гормонов яичников. Функциональные изменения как причина маточных кровотечений возможны на любом уровне регуляции менструальной функции: в коре головного мозга, гипоталамусе, гипофизе, надпочечниках, щитовидной железе, яичниках. ДМК рецидивируют и нередко приводят к нарушению репродуктивной функции, развитию гиперпластических процессов, вплоть до предрака и рака эндометрия.

Выделяют ДМК ювенильного периода – в 12–18 лет; ДМК репродуктивного периода – в 18–45 лет; климактерические кровотечения – в 45–55 лет.

Этиологическими факторами поражения системы кора–гипоталамус–гипофиз–яичник–матка могут быть: стрессовые ситуации, перемена климата, умственное и физическое переутомление, профессиональные вредности, неблагоприятные материально-бытовые условия, гиповитаминозы, интоксикации и инфекции, нарушения гормонального гомеостаза после абортов, прием некоторых лекарственных препаратов.

Лечение больных с ДМК репродуктивного периода зависит от клинических проявлений. Необходимо учитывать характер нарушений менструальной функции, состояние эндометрия, давность заболевания, выраженность анемии.

Дисфункциональные маточные кровотечения перименопаузального периода

ДМК в перименопаузальном периоде (в возрасте от 45 до 55 лет) называются климактерическими и составляют 15% гинекологических заболеваний.

Этиология. Окончание репродуктивного периода сопровождается нарушением циклических процессов в репродуктивной системе. Нарушение одного или нескольких звеньев системы, регулирующей менструальный цикл, изменяет гормональный гомеостаз с нарушением ритма и постепенным прекращением менструаций.

В основе климактерических кровотечений лежит нарушение строгой цикличности выделения гонадотропинов и процессов созревания фолликулов, приводящее к ановуляторной дисфункции яичников.

Клиника. Как правило, больные предъявляют жалобы на обильное кровотечение из половых путей после задержки

менструации от 8–10 дней до 4–6 нед. Ухудшение состояния, слабость, раздражительность, головная боль отмечаются только во время кровотечения.

Ювенильные маточные кровотечения

Дисфункциональные маточные кровотечения в пубертатном (ювенильном) периоде называются ювенильными маточными кровотечениями (ЮМК). Их частота составляет 20% из всех гинекологических заболеваний детского возраста. ЮМК связаны с незрелостью гипоталамо-гипофизарной системы, в частности, с неустановившимся цирхоральным (почасовым) ритмом выделения люлиберина. Это приводит к нарушению пропорции ФСГ и ЛГ, выделяемых гипофизом, чаще – к однофазному яичниковому циклу или недостаточности лютеиновой фазы. Вследствие дисфункции всей регулирующей репродуктивной функции системы развивается гиперплазия эндометрия.

ЮМК чаще возникают при атретических фолликулах и наблюдаются в первые 2 года после менархе. Иногда дисфункциональные маточные кровотечения в ювенильном периоде бывают и на почве персистенции фолликула.

Клиническая картина заключается в появлении кровяных выделений из половых путей после задержки менструаций на сроки от 14–16 дней до 1,5–6 мес. Подобные нарушения менструального цикла иногда появляются сразу после менархе, иногда – в течение первых 2 лет. У трети девочек они могут повторяться. Кровотечение может быть обильным и приводить к анемии, слабости, головокружению.

Лечение ювенильных маточных кровотечений проводится в 2 этапа. На 1-м этапе осуществляется гемостаз, на 2-м – терапия, направленная на профилактику рецидивов кровотечения и регуляцию менструального цикла.

Большое значение имеют меры общего оздоровления, закаливание, полноценное питание, санация очагов инфекции.

Предменструальный синдром (ПМС) – совокупность патологических симптомов, возникающих за несколько дней до менструации и исчезающих во время менструации. ПМС складывается из нарушений нервной, эндокринной, сосудистой систем и обмена веществ.

Развитию ПМС способствуют стрессы, нейроинфекции, осложненные роды и аборт, особенно у женщин с врожденной или приобретенной неполноценностью гипоталамо-гипофизарной системы.

Клиника. Клиническая картина ПМС включает в себя:

- симптомы, являющиеся результатом нервно-психических нарушений (раздражительность, депрессия, плаксивость, агрессивность);
- симптомы, отражающие вегетососудистые нарушения (головная боль, головокружение, тошнота, рвота, боли в области сердца, тахикардия);
- симптомы эндокринно-обменных нарушений (нагрубание молочных желез, отеки, метеоризм, зуд, познабливание и озноб, жажда, одышка, повышение температуры тела).

В зависимости от преобладания тех или иных симптомов выделяют нервно-психическую, отечную, цефалгическую и кризовую формы ПМС.

В зависимости от количества, длительности и интенсивности симптомов выделяют легкую и тяжелую степени ПМС. При легкой степени ПМС отмечаются 3–4 симптома, значительно выражены 1–2 из них, появляются за 2–10 дней до начала менструации; к тяжелой степени относят 5–12 симптомов, возникающих за 3–14 дней до менструации, 2–5 из них резко выражены.

Лечение ПМС. Первым этапом лечения становится психотерапия, включающая доверительную беседу, аутогенную тренировку. Необходимы нормализация режима труда и отдыха, исключение кофе, шоколада, острых и соленых блюд, ограничение потребления жидкости во второй фазе менструального цикла. Рекомендуют общий массаж и массаж воротниковой зоны: эффективна центральная электроаналгезия (8–10 процедур во вторую фазу менструального цикла).

Сестринский уход при нарушениях менструального цикла

При сборе информации большое значение имеет опрос. Сбор информации продолжается обследованием пациента, в этом медсестра принимает самое активное участие. Соответствующий сестринский уход играет важнейшую роль в лечении. Большое значение придается санитарно-просветительской работе: беседы о гигиене менструального цикла, гигиене половой жизни, здоровом образе жизни, гигиене климактерического периода. Правильное и своевременное выполнение назначений врача – важнейшее звено в лечении нарушений менструального цикла. Пациентки должны быть информиро-

ваны, что данное заболевание требует длительного, дисциплинированного лечения. Следует обратить внимание больных с нарушением менструального цикла, что именно от таких потребностей, как еда, безопасность, потребности по Мослоу зависит очень многое в выздоровлении. Надо помочь пациентке составить режим дня, объяснить ей, что питание должно быть высококалорийным, витаминизированным, богатым белками, железом. Необходимо назначить ей гимнастические упражнения. Особого внимания требуют девочки, страдающие ювенильным кровотечением. Медсестра должна помочь пациентке отрегулировать время учебы и отдыха, исключить лишние нагрузки. Необходимо учитывать нижеприведенные важные пункты во время оказания сестринского ухода при нарушении менструального цикла:

- при пройоменорее и гиперменорее наблюдается анемия, во многих случаях необходимо лечение, поэтому за этими симптомами необходимо тщательно наблюдать;
- при внутреннем применении препаратов, в которые входит железо, необходимо наблюдать за побочными эффектами со стороны желудочно-кишечного тракта;
- обдумать сбалансированное питание, рекомендовать железосодержащую зелень, овощи, белковую пищу, при необходимости – витамины;
- научить правильно вести записи и измерять базальную температуру;
- рекомендовать избегать конфликтов, стрессов, психической неуравновешенности, недосыпания и чрезмерного утомления, а также следить за опорожнением кишечника.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Что такое аменорея?
2. Расскажите о ювенильных маточных кровотечениях.
3. Что вы знаете об аменорее гипоталамического генеза?
4. Расскажите о дисфункциональных маточных кровотечениях.
5. Характерные особенности дисфункциональных маточных кровотечений перименопаузального периода.
6. Расскажите о профилактике альгодисменореи.
7. Что вы знаете об аменорее яичникового генеза?
8. Уход за больными с нарушением менструального цикла.

Г Л А В А XV

СЕСТРИНСКИЙ УХОД И ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Воспалительные заболевания половых органов (ВЗПО) у женщин занимают первое место в структуре гинекологической патологии и составляют 60–65% обращаемости в женские консультации. Возможно, заболевших больше, так как нередко при стертых формах к врачу не обращаются. Рост числа ВЗПО во всех странах мира является следствием усиленной миграции населения, изменения полового поведения молодежи, нарушения экологии и снижения иммунитета.

Этиология и патогенез. ВЗПО могут возникать под действием механических, термических, химических факторов. Наиболее значимым является инфекционный. В зависимости от вида возбудителя ВЗПО делятся на специфические (гонорея, туберкулез, дифтерия) и неспецифические. Причинами неспецифических воспалительных заболеваний считаются различные кокки, кандиды, хламидии, микопlasма, уреаплазма, кишечная палочка, клебсиелла, протей, коринебактерии (гарднереллы), вирусы, трихомонады и др. Наряду с абсолютными патогенами в возникновении ВЗПО важную роль играют и условно-патогенные микроорганизмы, обитающие на определенных участках половых путей. Однако такое деление условно, поскольку ВЗПО вызывают ассоциации микроорганизмов. Возбудители ВЗПО передаются половым путем, реже – бытовым (в основном у девочек при пользовании общими предметами гигиены). Условно-патогенные микроорганизмы становятся возбудителями ВЗПО при определенных условиях, повышающих их вирулентность, с одной стороны, и снижающих иммунобиологические свойства макроорганизма – с другой.

Пути распространения инфекции. Перенос инфекции из нижних отделов половых путей в верхние может быть пассив-

ным и активным. Пассивно микроорганизмы, вызывающие заболевание, распространяются каналикулярно по протяжению через цервикальный канал в полость матки, в трубы и брюшную полость, гематогенно или лимфогенно. Активный транспорт инфекции осуществляется на поверхности сперматозоидов и трихомонад, где находятся специальные рецепторы.

Классификация. Как указывалось выше, в зависимости от возбудителя воспалительные заболевания половых органов могут быть специфическими и неспецифическими.

По клиническому течению воспалительные процессы разделяют на острые – с выраженной клинической симптоматикой, подострые – со стертыми проявлениями и хронические.

По локализации патологического процесса различают воспалительные заболевания нижних (вульвит, бартолинит, кольпит, эндоцервицит, цервицит) и верхних отделов (эндомиометрит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит, параметрит) половых органов, границей которых является внутренний маточный зев.

Неспецифические воспалительные заболевания нижних отделов половых путей

Вульвит – воспаление наружных половых органов (вульвы). У женщин репродуктивного периода вульвит чаще развивается вторично вследствие инфицирования кожи наружных половых органов патогенными микроорганизмами, находящимися в выделениях из влагалища при кольпите, эндоцервиците, эндометрите, аднексите, и сочетается с поражением влагалища (вульвовагинит). Первичный вульвит встречается у взрослых при диабете, несоблюдении правил гигиены (определенность кожи при ожирении), при термических, механических (травмы, ссадины, расчесы), химических воздействиях на кожу наружных половых органов.

При остром вульвите больные предъявляют жалобы на зуд, жжение в области наружных половых органов, иногда – общее недомогание. Клинически заболевание проявляется гиперемией и отеком вульвы, гнойными или серозно-гнойными выделениями, увеличением паховых лимфатических узлов. В хронической стадии клинические проявления стихают, периодически появляются зуд, жжение.

Диагностика вульвита основывается на жалобах, данных анамнеза, гинекологического исследования. К дополнитель-

ным методам относится бактериоскопическое и бактериологическое исследование отделяемого наружных половых органов для выявления возбудителя заболевания.

Лечение вульвита заключается прежде всего в устранении вызвавшей его сопутствующей патологии. Кроме того, назначают сидячие ванночки и промывание влагалища настоем трав (ромашки, календулы, шалфея, зверобоя), растворами антисептиков (0,5% раствор; фурацилина 1:5000; перманганата калия 1:6000–1:8000 и др.). С учетом выделенной микрофлоры назначают антибактериальные препараты. Предпочтение отдается комплексным лекарственным средствам, эффективным в отношении многих патогенных бактерий, грибов, трихомонад – полижинакс в виде свечей во влагалище по 1 ежедневно в течение 10 дней.

При **бартолините** пациентка предъявляет жалобы на боли в месте воспаления. Определяются гиперемия и отек выводного протока железы, гнойное отделяемое при надавливании. Формирование абсцесса приводит к ухудшению состояния. Появляются слабость, недомогание, головная боль, озноб, повышение температуры до 39°C, боли в области бартолиновой железы становятся резкими, пульсирующими. При осмотре отмечают отек и гиперемия в средней и нижней третях большой и малой половых губ на стороне поражения, болезненное опухолевидное образование, закрывающее вход во влагалище.

Лечение бартолинита сводится к назначению антибиотиков с учетом возбудителя заболевания, симптоматических средств. Местно назначают сидячие ванночки с антисептиками, аппликации противовоспалительных мазей (левомеколь), прикладывают пузырь со льдом для уменьшения остроты воспаления. В острой фазе воспалительного процесса применяют физиотерапию – УВЧ на область пораженной железы.

Кольпит – воспаление слизистой оболочки влагалища, одно из самых частых заболеваний у пациенток репродуктивного периода, вызывается различными микроорганизмами, может возникнуть в результате действия химических, аллергических, термических, механических факторов. В острой стадии заболевания больные жалуются на зуд, жжение в области влагалища, гнойные или серозно-гнойные выделения из половых путей, боли во влагалище при половом акте (диспареуния). Кольпит нередко сочетается с вульвитом, эндоцервицитом, уретритом.

При гинекологическом осмотре обращают на себя внимание отечность и гиперемия слизистой оболочки влагалища, которая легко кровоточит при прикосновении, гнойные наложения и точечные кровоизлияния на ее поверхности. При тяжелом течении заболевания происходит десквамация эпителия влагалища с образованием эрозий и язв. В хронической стадии зуд и жжение становятся менее интенсивными, возникают периодически, основной жалобой остаются серозно-гнойные выделения из половых путей. Гиперемия и отек слизистой оболочки уменьшаются, в местах эрозий могут образовываться инфильтраты сосочкового слоя влагалища в виде точечных возвышений над поверхностью (гранулярный кольпит).

Для выявления возбудителя заболевания используют бактериологическое и бактериоскопическое исследование выделений из влагалища, уретры, цервикального канала.

Лечение кольпитов должно быть комплексным, направленным, с одной стороны, на борьбу с инфекцией, а с другой – на устранение сопутствующих заболеваний. Этиотропная терапия заключается в назначении антибактериальных препаратов, воздействующих на возбудителей заболевания. С этой целью используют как местную, так и общую терапию. Назначают промывания или спринцевания влагалища антисептическими растворами, отварами трав – 2 раза в день, раствором хлорофиллипта (1 столовая ложка 1% спиртового раствора на 1 л воды). Длительное спринцевание (более 3–4 дней) не рекомендуется, поскольку нарушает восстановление естественного биоценоза и нормальной кислотности влагалища. Антибиотики и антибактериальные средства применяют в виде свечей, вагинальных таблеток, мазей, гелей. Широкое распространение для лечения кольпитов получили комплексные препараты – тержинан, полижинакс, гиналгин. После антибактериальной терапии назначают эубиотики (бифидумбактерин, лактобактерин, биовестин), восстанавливающие естественную микрофлору и кислотность влагалища.

Эндоцервицит – воспаление слизистой оболочки цервикального канала, возникает в результате травмы шейки матки при родах, абортах, диагностических выскабливаниях и других внутриматочных вмешательствах. В острой стадии воспалительного процесса больные жалуются на слизисто-гнойные или гнойные выделения из половых путей, реже – на

тянущие тупые боли внизу живота. Осмотр шейки матки при помощи зеркал и кольпоскопия выявляют гиперемию и отек слизистой оболочки вокруг наружного зева, иногда с образованием эрозий, серозно-гнойные или гнойные выделения из цервикального канала. Хронизация процесса приводит к развитию **цервицита**. Воспаление распространяется на подлежащие ткани шейки матки, возникают инфильтраты, а в последующем – гиперпластические и дистрофические изменения. Хронический цервицит вызывает гипертрофию и уплотнение шейки матки, появление кист.

Лечение эндоцервицита в острой фазе заключается в назначении антибактериальных средств с учетом чувствительности возбудителей заболевания. Местное лечение противопоказано из-за риска восходящей инфекции. В хронической стадии при фоновых заболеваниях шейки матки после санации половых путей применяют хирургические методы – криодеструкцию, радиохимию, лазеротерапию, диатермокоагуляцию, конизацию шейки матки.

Эрозия шейки матки – это дефект слизистой оболочки, покрывающей влагалищную часть шейки матки. Настоящая эрозия шейки матки – это ярко-красное пятно, которое появляется на бледно-розовой слизистой шейке матки. Возникает оно из-за дефекта покровной ткани, при котором происходит отторжение эпителиальных клеток. *Этиология:* половые инфекции, дисбактериоз влагалища и воспалительные заболевания женской половой сферы, раннее начало половой жизни. Слизистая оболочка женских половых органов окончательно созревает к 20–23 годам. Причина эрозии шейки матки – это травмы шейки матки – роды и аборт, нарушения менструального цикла вследствие проблем в гормональном фоне, патологии шейки матки при снижении защитных функций иммунитета. Псевдоэрозия является одним из состояний, объединенных термином «фоновая патология шейки матки». Сами по себе такие заболевания не приводят к развитию рака, однако на их фоне риск возникновения злокачественных новообразований повышается.

Лечение эрозии. После того, как эрозия обнаружена, от нее необходимо срочно избавляться. Лечение рекомендуют проводить комплексно, с учетом причины возникновения эрозии. Сначала необходимо ликвидировать воспалительный процесс,

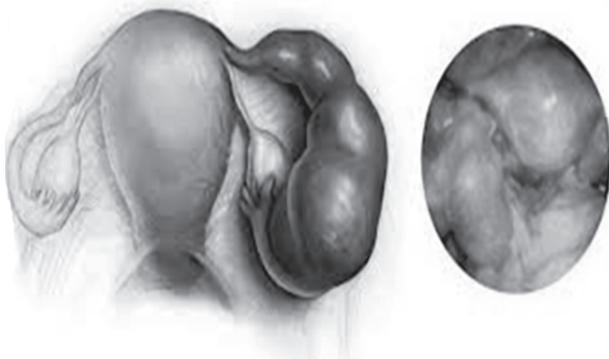


Рис. 47. Пиосальпинкс

поражения, затем – образования серозного воспалительного экссудата.

Клиническая картина параметрита обусловлена воспалением и интоксикацией: повышение температуры, головная боль, плохое самочувствие, сухость во рту, тошнота, боли внизу живота. Иногда инфильтрация параметрия приводит к сдавлению мочеточника на стороне поражения, нарушению пассажа мочи и даже развитию гидронефроза. В диагностике заболевания важную роль играет бимануальное и ректовагинальное исследование, при котором определяются сглаженность бокового свода влагалища, плотный неподвижный малоболлезненный инфильтрат параметрия в месте поражения, доходящий иногда до стенки таза.

Сестринский уход при воспалительных заболеваниях наружных женских половых органов

Большую роль играет санитарно-просветительская работа по разъяснению правил личной гигиены женщины. Она начинается с детского возраста, медсестра отделения новорождённых ещё в роддоме учит родильницу правильному уходу за новорожденным, затем это обучение продолжается при патронаже на дому и посещении детской поликлиники. Медсестра дошкольных учреждений учит родителей и детей правилам гигиены, пропагандирует здоровый образ жизни. Эту работу продолжает медсестра образовательных учреждений, проводятся беседы на темы: «Гигиена девочки»; «Гиги-

ена девушки»; «Гигиена менструального цикла». Большую роль в профилактике воспалительных заболеваний играют профилактические осмотры и постановка женщин на диспансерный учет – это одна из основных задач поликлиники, и большое участие в этой работе принимает медицинская сестра. Кроме того, медсестра должна следовать следующим правилам: избегать искусственных химических волокон, использовать бельё из хлопка с высокой гигроскопичностью. Из-за зуда во время сна пациент чешет наружные половые органы, поэтому необходимо следить, чтобы пациент коротко стриг ногти.

Сестринский уход при воспалительных заболеваниях внутренних половых органов

Велика роль медицинской сестры в соблюдении правил асептики и антисептики при проведении различных диагностических и лечебных манипуляций, что является важнейшим условием профилактики воспалительных осложнений. К мероприятиям индивидуальной профилактики относятся повседневный уход за наружными половыми органами и соблюдение правил гигиены во время менструации, при беременности, в послеродовом периоде и после аборта. Индивидуальная профилактика должна быть направлена на предупреждение эндогенной инфекции и повышение сопротивляемости организма.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Перечислите воспалительные заболевания, встречающиеся у девочек.
2. Что такое вульвовагинит?
3. Что вы знаете об эрозии шейки матки?
4. Что такое эндометрит?
5. Что вы знаете о сальпингоофорите?
6. Расскажите о воспалении брюшины малого таза.
7. Особенности лечения воспалительных заболеваний внутренних половых органов.

Г Л А В А Х В И

СЕСТРИНСКИЙ УХОД И ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Рост числа ВЗПО во всех странах мира является следствием усиленной миграции населения, изменения полового поведения молодежи, нарушения экологии и снижения иммунитета.

Пути распространения инфекции. Перенос инфекции из нижних отделов половых путей в верхние может быть пассивным и активным. Пассивно микроорганизмы, вызывающие заболевание, распространяются каналикулярно по протяжению через цервикальный канал в полость матки, в трубы и брюшную полость, гематогенно или лимфогенно. Активный транспорт инфекции осуществляется на поверхности сперматозоидов и трихомонад, где находятся специальные рецепторы.

Бактериальный вагиноз. Бактериальный вагиноз (БВ) – это клинический синдром, вызванный замещением лактобацилл вагинальной флоры условно-патогенными анаэробными микроорганизмами. В настоящее время БВ рассматривается не как инфекция, передающаяся половым путем, а как вагинальный дисбиоз. Вместе с тем БВ создает предпосылки для возникновения инфекционных процессов во влагалище, поэтому его рассматривают вместе с воспалительными заболеваниями половых органов.

Этиология и патогенез. К заболеванию предрасполагают: применение антибактериальных препаратов, в том числе антибиотиков; прием оральных контрацептивов; длительное использование внутриматочной контрацепции; гормональные нарушения, сопровождающиеся клиникой гипоменструального синдрома. Важную роль в патогенезе БВ играет резкое снижение числа штаммов лактобактерий, образующих перекись водорода.

Клиника. Клинические проявления не специфичны. Основной жалобой больных БВ являются обильные, однородные, кремообразные серые вагинальные выделения, которые прилипают к стенкам влагалища и имеют неприятный «рыбный» запах. Возможны появление зуда, жжения во влагалище, дискомфорт во время полового акта.

Диагностические критерии БВ: специфические вагинальные выделения; обнаружение «ключевых клеток» во влагалищном мазке; рН влагалищного содержимого выше 4,5; положительный аминовый тест. «Ключевые клетки» выявляются при микроскопии влагалищных мазков, окрашенных по Граму, и выглядят, как спущенные эпителиальные клетки, к поверхности которых прикреплены характерные для БВ микроорганизмы. У здоровых женщин «ключевые клетки» не обнаруживаются. Кроме того, типичными бактериоскопическими признаками заболевания служат небольшое количество лейкоцитов в поле зрения, снижение числа или отсутствие палочек Дедерлейна. Кислотность вагинального содержимого рН определяют с помощью индикаторных бумажек или различных рН-метров. Диагноз БВ можно установить при наличии 3 из перечисленных критериев.

Лечение половых партнеров – мужчин с целью профилактики рецидивов БВ у женщин нецелесообразно. Однако у мужчин не исключен уретрит, что требует проведения обследования и при необходимости – лечения. Использование презервативов во время лечения не обязательно.

После проведения антибактериальной терапии показаны мероприятия по восстановлению нормального микробиоза влагалища с помощью пробиотиков – лактобактерина, бифидум-бактерина, ацилакта и др. Рекомендуется также применение витаминов, биогенных стимуляторов, направленных на повышение общей резистентности организма. Для иммунотерапии и иммунопрофилактики БВ была создана вакцина «Солко Триховак», состоящая из специальных штаммов лактобацилл. Образующиеся в результате введения вакцины антитела эффективно уничтожают возбудителей заболевания, нормализуя влагалищную микрофлору, и создают иммунитет, препятствующий рецидивам. «Солко Триховак» назначают по схеме: 3 инъекции по 0,5 мл с интервалом 2 нед. Ревакцинация (однократное введение 0,5 мл вакцины) производится

через год. Критерием излеченности следует считать нормализацию вагинальной микрофлоры.

Вагинальный кандидоз. Вагинальный кандидоз является одним из самых распространенных заболеваний влагалища инфекционной этиологии и в последние годы его частота увеличилась.

Наиболее часто (95%) влагалище поражается грибами *Candida albicans*, реже – *C. glabrata*, *C. tropicalis*, *C. krusei* и др. Грибы рода *Candida* представляют собой одноклеточные аэробные микроорганизмы размерами от 1,5 до 10 мкм округлой формы. Для роста и размножения грибов оптимальны температура 21–37°C и слабокислая среда.

Классификация. Различают острый (длительность заболевания до месяца) и хронический (рецидивирующий, длительность заболевания более 2 месяца) урогенитальный кандидоз.

Клиника. Вагинальный кандидоз вызывает жалобы на зуд, жжение во влагалище, творожистые выделения из половых путей. Зуд и жжение усиливаются после водных процедур, полового акта или во время сна. Вовлечение в процесс мочевых путей приводит к дизурическим расстройствам. Диагностика вагинального кандидоза основывается на жалобах, данных анамнеза (условия для возникновения кандидоза) и результатах гинекологического исследования.

Лечение вагинального кандидоза должно быть комплексным, не только с воздействием на возбудитель заболевания, но и с устранением предрасполагающих факторов. На втором этапе лечения проводят коррекцию нарушенного микробиоценоза влагалища. Критериями излеченности считают разрешение клинических проявлений и отрицательные результаты микробиологического исследования. Профилактика вагинального кандидоза заключается в устранении условий для его возникновения.

Трихомониаз. Трихомониаз относится к наиболее частым инфекционным заболеваниям, передающимся половым путем, и поражает 60–70% женщин, живущих половой жизнью. По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируется более 250 млн больных трихомониазом.

Этиология и патогенез. Возбудителем трихомониаза является влагалищная трихомонада (*Trichomonas vaginalis*).

Трихомонада неустойчива во внешней среде и легко погибает при нагревании выше 40 °С, высушивании, воздействии дезинфицирующих растворов. Трихомониаз рассматривается как смешанная протозойно-бактериальная инфекция.

Трихомонады могут снижать подвижность сперматозоидов, что становится одной из причин бесплодия.

Основной путь заражения трихомониазом – половой. Контагиозность возбудителя приближается к 100%. Не исключается также бытовой путь инфицирования, особенно у девочек, при пользовании общим бельем, постелью, а также интранатально во время прохождения плода через инфицированные родовые пути матери.

Трихомонады находятся в основном во влагалище, но могут поражаться цервикальный канал, уретра, мочевого пузыря, выводные протоки больших желез преддверия влагалища. Трихомонада может проникать через матку и маточные трубы даже в брюшную полость, пронося на своей поверхности патогенную микрофлору.

Классификация. Различают свежий трихомониаз (давность заболевания до 2 мес.), хронический (вялотекущие формы с давностью заболевания более 2 мес. или с неустановленной давностью) и трихомонадоносительство, когда возбудители не вызывают воспалительной реакции в половых путях, но могут передаваться партнеру при половых контактах. Свежий трихомониаз может быть острым, подострым или торпидным (малосимпатичным). Урогенитальный трихомониаз подразделяется также на неосложненный и осложненный.

Клиника. Инкубационный период при трихомониазе колеблется от 3–5 до 30 дней. Клиническая картина обусловлена, с одной стороны, вирулентностью возбудителя, а с другой – реактивностью микроорганизма.

При остром и подостром трихомониазе больные жалуются на зуд и жжение во влагалище, обильные пенистые выделения из половых путей серо-желтого цвета. Пенистые выделения связывают с наличием во влагалище газообразующих бактерий. Поражение уретры вызывает резь при мочеиспускании, частые позывы на мочеиспускание.

Диагностика. Диагностике помогают тщательно собранный анамнез (контакты с больными трихомониазом) и данные объективного обследования. Гинекологический осмотр выяв-

ляет гиперемию, отек слизистой оболочки влагалища и влагалищной порции шейки матки, пенные гноевидные бели на стенках влагалища.

Лечение проводят обоим половым партнерам (супругам), даже если трихомонада обнаружена только у одного из них. В период терапии и последующего контроля половую жизнь запрещают либо рекомендуют пользоваться презервативом. К лечению следует привлекать также трихомонадоносителей. При остром и подостром неосложненном трихомониазе терапия сводится к назначению специфических противотрихомонадных препаратов.

Профилактика трихомониаза сводится к своевременному выявлению и лечению больных и трихомонадоносителей, соблюдению личной гигиены, исключению случайных половых связей.

Гонорея – инфекционное заболевание, вызываемое гонококком (*Neisseria gonorrhoeae*), с преимущественным поражением мочеполовых органов. По данным ВОЗ, ежегодно заболевание регистрируется у 200 млн человек. Перенесенная гонорея нередко становится причиной как женского, так и мужского бесплодия.

Этиология и патогенез. Гонококк представляет собой парный кокк (диплококк) бобовидной формы, не окрашиваемый по Грамму, располагается обязательно внутриклеточно (в цитоплазме лейкоцитов). Гонококки высокочувствительны к факторам внешней среды: погибают при температуре выше 55 °С, при высыхании, обработке растворами антисептиков, под влиянием прямых солнечных лучей. Гонококк сохраняет жизнеспособность в свежем гное до высыхания. В связи с этим заражение происходит в основном половым путем (от инфицированного партнера).

Классификация. Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполовой системы без абсцедирования периуретральных и придаточных желез; гонококковая инфекция нижних отделов мочеполовой системы с абсцедированием периуретральных и придаточных желез; гонококковый пельвиоперитонит и другая гонококковая инфекция мочеполовых органов.

Возможно гонококконосительство, когда возбудитель не вызывает появления экссудата и субъективных расстройств нет.

нии, снижении работоспособности. Частота рецидивов зависит от иммунобиологической резистентности макроорганизма и колеблется от 1 раза в 2–3 года до 1 раза каждый месяц.

Диагностика. Применяют высокочувствительные и специфичные лабораторные методы диагностики. Материалом для исследования служит отделяемое из герпетических пузырьков, влагалища, цервикального канала, уретры. Простое определение антител в сыворотке крови к вирусу не является точным диагностическим критерием, поскольку отражает лишь инфицированность ВПГ, в том числе не только генитальным.

При рецидиве заболевания назначают ацикловир или валацикловир по таким же схемам, но длительностью 10 дней.

Лечение беременных проводится обязательно по указанным схемам. Кесарево сечение в качестве профилактики неонатального герпеса показано только при герпетических высыпаниях на гениталиях или при первом клиническом эпизоде у матери в течение последнего месяца до родов. В остальных случаях возможно родоразрешение через естественные родовые пути. Критериями эффективности лечения считают исчезновение клинических проявлений заболевания (рецидива), положительную динамику титра специфических антител.

Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) – заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Наиболее частый путь распространения вируса (95%) – незащищенные как вагинальные, так и анальные половые контакты. Достаточная проницаемость тканей эндометрия, влагалища, шейки матки, прямой кишки и уретры для ВИЧ способствует инфицированию. Опасность анальных половых контактов особенно велика из-за ранимости однослойного эпителия прямой кишки и прямого попадания вируса в кровь. Жесткий контроль за донорами, строгая стандартизация стерилизации сводят к минимуму эту опасность. Наркоманы, использующие нестерильные шприцы и иглы, остаются группой высокого риска. С каждым годом все актуальнее становится передача ВИЧ от инфицированной матери младенцу во время беременности (через плаценту), при родах (через контакт с кровью матери) или при грудном вскармливании (через молоко). Это называют вертикальной, или перинатальной, передачей ВИЧ-инфекции. Плод может быть инфицирован уже на 8–12-й неделе гестации. В период беременности

материнские антитела к ВИЧ передаются через плаценту плоду и могут определяться в крови новорожденного в течение 15 мес., поэтому реакция на ВИЧ-антитела в крови неинфицированного ребенка остается положительной весь этот период. В большинстве случаев заражение младенцев происходит при прохождении через инфицированные родовые пути. На сегодняшний день доказана невозможность инфицирования ВИЧ через обычные бытовые контакты, укусы насекомых, пищу или воду.

Клиническая картина. Среди инфицированных обычно преобладают люди молодого возраста (30–39 лет). Соотношение мужчин и женщин, по данным Центра исследований США, составляет 10–15: 1. Выделяют несколько стадий заболевания. *Начальная стадия заболевания (I стадия)* у половины инфицированных не проявляется никакими симптомами. Пациенты не предъявляют никаких жалоб. У 50% зараженных примерно через 5–6 нед. после заражения развивается острая лихорадочная фаза с лихорадкой, общей слабостью, потливостью по ночам, вялостью, потерей аппетита, тошнотой, миалгиями, артралгиями, головной болью, болью в горле, диареей, увеличением лимфатических узлов, диффузной пятнисто-папулезной сыпью, шелушением кожи, обострением себорейного дерматита, рецидивирующим герпесом. Могут наблюдаться раздражительность, менингоэнцефалит, периферическая нейропатия.

Стадия бессимптомного носительства ВИЧ (II стадия) может длиться от нескольких месяцев до нескольких лет и наступает независимо от лихорадочной стадии в прошлом. Симптомы отсутствуют, но пациент заразен. В крови определяются антитела к ВИЧ. *Стадия персистирующей генерализованной лимфаденопатии (III стадия)*. Увеличиваются лимфатические узлы, в первую очередь шейные и подмышечные. Склонность к опухолям также является следствием ослабленного иммунного надзора. Вторичные инфекции вместе с опухолями определяют клиническую картину СПИДа с вовлечением в патологический процесс всех тканевых систем.

Лечение рекомендуется начинать как можно раньше (до глубоких повреждений иммунной системы) и продолжать как можно дольше. В настоящее время используют препараты, подавляющие репликацию вируса. Это зидовудин и применя-

емые при его неэффективности диданозин и зальцитобин. Насто- чато использование невирапина, в том числе у беременных.

Профилактика. Поскольку ВИЧ-инфекция не излечива- ется радикально, главным методом борьбы является профи- лактика. Особое значение имеет выявление зараженных ВИЧ. Предусмотрено обязательное обследование доноров крови, бе- ременных, больных с заболеваниями, передающимися поло- вым путем, гомосексуалистов, наркоманов, больных с клини- ческой картиной иммунодефицита. Настоятельно рекоменду- ется использование презерватива при половых контактах со случайными или инфицированными партнерами.

Общегосударственные меры:

- пропаганда среди населения знаний о путях передачи, воз- можных факторах заражения, мерах личной профилактики;
- проведение комплекса мероприятий по предупреждению передачи ВИЧ через донорские кровь, органы, ткани;
- организация специализированной службы, широкое консультирование населения, общедоступность обследования, в том числе анонимно, проведение разъяснительной работы с носителями;
- создание материально-технической базы для диагности- ки, прежде всего лабораторной.

Меры личной профилактики:

- сокращение числа половых партнеров;
- использование презервативов при половых связях;
- регулярное обследование на гонорею и лечение ее на ранних, неосложненных стадиях.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Перечислите заболевания, передающиеся половым путем.
2. Что вы знаете о трихомониазе?
3. Расскажите о профилактике гонореи.
4. Бактериальный вагиноз и его профилактика.
5. Что является основным симптомом генитального туберкуле- за?
6. Генитальный герпес. Что вы знаете о нём?
7. Что вы знаете о СПИДе и его профилактике?
8. Сестринский уход при инфекционных заболеваниях, пере- дающихся половым путем.

Г Л А В А XVII СЕСТРИНСКИЙ УХОД И ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ПРЕДРАКОВЫХ И РАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Предраковые заболевания

Впервые термин «предрак» был предложен в конце прошлого столетия Dubreuil (1896) при определении предраковых кератозов (*keratodes precancereuses*).

Предраковое состояние является комплексным понятием, включающим в себя как локальные изменения в органе, так и общие изменения: нарушение иннервации, кровоснабжения, расстройство эндокринной системы и др.

В клинической практике предраковыми называют такие заболевания шейки матки, как папиллярные и фолликулярные псевдоэрозии, эрозированный эктропион, рубцовая деформация шейки матки, лейкоплакия, эритроплакия, полипоз и др. Это обусловлено тем, что, применяя дополнительные методы исследования (кольпоскопию, цитодиагностику), можно определить степень их опасности в развитии злокачественного процесса. С помощью цитологического метода исследования предраковые изменения выявляют иногда и на визуально не измененной шейке матки.

Сестринский уход при доброкачественных опухолях

Миома матки возникает часто и увеличивается обычно медленно. Различают следующие виды миомы матки: субмикозные (подслизистые) – растут в сторону полости матки, интерстициальные (межмышечные) в толще матки, субсерозные (подбрюшинные).

Подслизистая (субмикозная) миома – полипообразная опухоль, развивается на ножке, выходит за пределы наружного отверстия матки во влагалище, называется «рождающейся» миомой. С разрастанием гладкой мускулатуры и соединительной ткани в одном месте образуется узел опухоли.

Лечение проводится с помощью операции, но если размер опухоли меньше кулака и без симптомов, то производится наблюдение путем регулярных обследований.

Сестринский уход при миоме матки

Уточнить степень анемии и состояние организма, так как из-за меноррагии, ненормальных кровотечений нередко наблюдается сильная анемия. Методом лечения анемии является проведение диетотерапии и применение железосодержащих препаратов. Во время лечения обратить внимание на развитие побочных эффектов.

Руководство и проблемы по уходу за пациентом с миомой матки:

- пациентка и ее семья беспокоятся, что она потеряет женские качества;
- пациентка беспокоится о повседневной жизни, особенно об отношениях с мужем;
- пациентка беспокоится о семейной жизни, испытывает озабоченность по поводу полноценности, поэтому к пациенту следует относиться с пониманием;
- следить, чтобы у пациентки не сложилось неправильное мнение о себе;

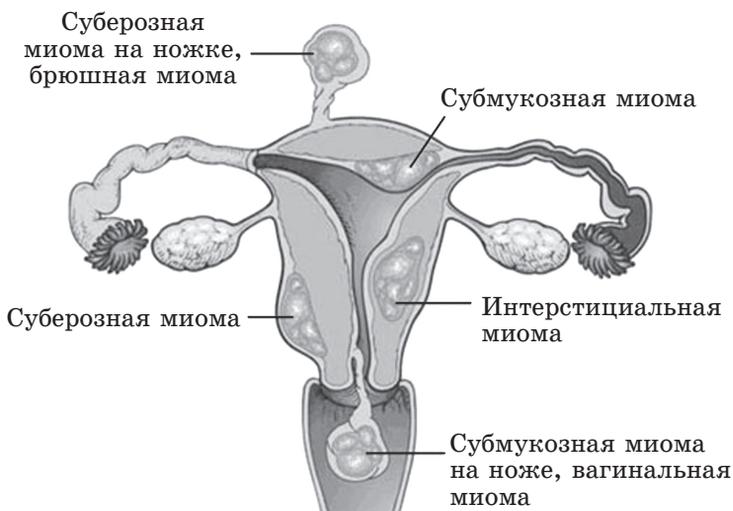


Рис. 50. Виды миом матки

на 10000 населения Узбекистана. Показатель рака яичников составляет 1/3 показателя рака матки. Рак матки: 95% – рак шейки матки, 5% – рак тела матки.

Рак вульвы. Рак вульвы чаще возникает у женщин пожилого возраста на фоне крауроза или лейкоплакии в области клитора, малых и больших половых губ, большой железы преддверия влагалища.

Клиника. Зуд, боли, бели и кровянистые выделения появляются довольно рано. Окончательный диагноз устанавливается после биопсии и гистологического исследования. При злокачественных опухолях пациентки временно не трудоспособны. Все это время проводятся реабилитационные мероприятия после лечения химиотерапией и лучевой терапией.

Рак шейки матки

Особенно заметно повышение частоты этой опухоли в группе женщин с 18 до 29 лет. В настоящее время считается, что главенствующую роль в возникновении рака шейки матки играет инфекция, передающаяся половым путем, и прежде всего хламидии и папилломовирусы. Папилломовирусы – единственная группа вирусов, для которых доказано, что они индуцируют образование опухолей. В настоящее время известно более 100 типов вируса папилломы человека (далее ВПЧ). Разные типы ВПЧ вызывают разные заболевания:

- ВПЧ типа 1 вызывает подошвенные бородавки;
- ВПЧ типа 2 и 4 – простые бородавки;
- ВПЧ типа 3 и 10 – плоские бородавки;
- ВПЧ типа 6 и 11 – остроконечные кондиломы;
- ВПЧ типа 16, 18, 31, 33 и 35 вызывают дисплазию шейки матки, увеличивают риск рака шейки матки.

Пути передачи: половой контакт (поэтому ВПЧ является ИППП); не исключен бытовой путь передачи через руки; вертикальная передача вируса (от матери – к ребенку); распространение вируса из первичного очага на теле человека в другие места с возникновением новых кондилом (аутоинокуляция).

В возникновении рака шейки матки большое значение придается так называемым фоновым заболеваниям. К ним относятся: псевдоэрозии (эктопия цилиндрического эпителия, эндоцервикоз), эктропион, полипы, лейко- и эритроплакия, папиллома. *Псевдоэрозия* – участок влагалищной части шейки матки, покрытый цилиндрическим эпителием. Различают эк-

топию врожденную, посттравматическую и эктопию, возникшую вследствие гормональных изменений. При врожденной эктопии цилиндрический эпителий располагается снару́жи от наружного зева шейки матки. В период полового созревания под влиянием повышения уровня половых гормонов яичников рост железистого эпителия канала шейки матки опережает развитие мышечно-соединительнотканых ее образований. Эпидермизация сопровождается образованием желез на поверхности влагалищной части шейки матки. Цитология исследования соскоба, полученного с поверхности псевдоэрозии, находит пролиферирующий цилиндрический и кубический эпителий, содержащий в цитоплазме клеток крупные и мелкие вакуоли. Кольпоскопическое исследование позволяет выявить гроздевидные скопления мелких шаровидных или продолговатых сосочков насыщенно-красного цвета (просвечивают сосуды).

Отчетливо гроздевидные скопления наблюдаются при обработке 3% раствором уксусной кислоты, которая вызывает сокращение сосудов и кратковременный отек эпителия. При обработке шейки матки раствором Люголя псевдоэрозия не окрашивается в коричневый цвет.

Полипы шейки матки представляют собой разрастание слизистой оболочки канала шейки матки. Возникновение полипов связано как с гормональными нарушениями, так и с воспалительными процессами. Полипы могут быть как одиночными, так и множественными.

Они имеют округлую форму, реже – дольчатое строение и гладкую поверхность. Цвет полипов зависит от характера покрывающего эпителия. При расположении на поверхности цилиндрического эпителия полип имеет розовый цвет вследствие просвечивания подлежащей сосудистой сети.

Если полип покрыт плоским многослойным эпителием, то приобретает беловатую окраску.

Лейкоплакия – ороговение плоского многослойного эпителия шейки матки (гиперкератоз). Лейкоплакия имеет белесый цвет, иногда с перламутровым оттенком. Жалоб не предъявляют. При осмотре шейки матки с помощью влагалищных зеркал лейкоплакия определяется в виде тонкой белой пленки, которая снимается с поверхности шейки матки. Локализация лейкоплакии может быть различной: кроме шейки матки она иногда располагается на сводах влагалища.

При кольпоскопическом исследовании лейкоплакии является шероховатая, складчатая или чешуйчатая поверхность роговых наложений. При цитологическом исследовании в мазках обнаруживаются в большом количестве безъядерные клетки плоского эпителия.

Эритроплакия – патологический процесс, при котором происходит значительное истончение поверхностного и большей части промежуточного слоев плоского многослойного эпителия влагалищной части шейки матки, нередко в сочетании с атипической гиперплазией базального и парабазального слоев. Эритроплакия макроскопически имеет вид ярко-красных, иногда с синеватым оттенком, легко кровоточащих пятен неправильной формы. Цвет эритроплакии обусловлен просвечивающими сосудами, которые располагаются в подслизистом слое. Течение заболевания хроническое. При кольпоскопическом исследовании определяются красные участки резко истонченного плоского эпителия, через который просвечивает подлежащая ткань.

Лечение. При псевдоэрозии после биопсии – диатермокоагуляция или диатермоэксцизия шейки матки, лазеротерапия. Для прижигания псевдоэрозии можно использовать влажало-лицный тампон, смоченный ваготилом, вагицидом, салковалголом и прикладываемый к шейке матки на 1–3 мин 2–3 раза в неделю (всего 5–10 раз); остатки препарата удаляют из влажалолица сухим тампоном. Больным с выраженными анатомическими изменениями шейки матки (старые разрывы, эктропион и др.) в основном проводится хирургическое лечение (клиновидная или высокая ампутация шейки матки). Повторный осмотр – через 6 месяцев.

Профилактика рака шейки матки – цитологический скрининг. Все женщины должны проходить скрининг (досимптомное обследование) на рак шейки матки через 3 года после начала половой жизни, но не позже 21 года. Скрининг нужно проводить ежегодно, с исследованием мазков с шейки матки. Начиная с 30-летнего возраста женщины, имевшие три последовательных отрицательных результата при исследовании мазков из шейки матки, могут проходить скрининг каждые 2–3 года.

Рак матки

Симптомы: начальным симптомом рака матки является ненормальное кровотечение, поэтому надо обратить внимание

на кровотечение во время полового акта. Есть подозрение на рак тела матки, если наблюдается кровотечение после менопаузы. Бели с дурным запахом, боли в пояснице и в низу живота являются симптомами, после того как инфильтрация рака перейдет за периферию матки, приближения к III стадии.

Диагноз. После 30 лет 1 раз в год проводить регулярный осмотр. В случае сомнений при цитодиагностике проводить подтверждение диагноза при помощи проведения гистологической диагностики в предполагаемой области патологического ракового изменения с помощью кольпоскопа. Кольпоскоп является инструментом визуальной диагностики, которая проводится с помощью увеличения изображения патологически измененных участков влагалищной части шейки матки. Но для диагностики рака тела матки используют эндоскопический инструмент – гистероскоп.

Лечение рака шейки матки имеет 3 способа: оперативное лечение, радиотерапия, химиотерапия. На основе одного из них проводится комбинированное лечение. Раннее обнаружение признаков рака означает раннее лечение.

Сестринский уход. В соответствии с тем, сказано пациенту о раке или нет, проводить психологическую поддержку, потому что лечение продлится долго.

Рак яичника и сестринский уход

Опухоли, развивающиеся в яичниках, разделяют на кистозные и солидные опухоли. К солидным опухолям относится много злокачественных опухолей, таких как рак яичника (первичный, вторичный, метастатический), опухоль из недифференцированных клеток. 85% солидных опухолей яичников являются злокачественными.

Клинических симптомов мало: чувство опухолевого образования в нижней части живота, часто опухоль обнаруживается при пальпации, определяется скопление жидкости в брюшной полости (асцит). Скручивание ножки опухоли вызывает сильную боль в нижней части живота, рвоту и т.д. Если определяется симптом раздражение брюшины, проводят экстренную операцию по поводу «острого живота».

Сестринский уход. Всегда устанавливать тесную связь с врачом и семьей. Семья не должна ограничиваться оказанием психологического утешения пациента, семье надо дать

Если была назначена премедикация, то медсестра, взяв на себя ответственность и получив разрешение главной медсестры, осуществляет ее.

Сестринский уход после операции

1. Проверить лист проверки хирургического пациента.
2. Подготовить каталку для пациента; после операции приготовить полный комплект одежды, чтобы легко было переносить пациента с операционного стола на каталку.
3. Переместив пациента с операционного стола на каталку, одеть его, обратив внимание на общее состояние, накрыть шерстяным одеялом.
4. После возвращения в палату сообщить о названии операции и состоянии больного во время операции.
5. Тщательно уточнить состояние пробуждения после анестезии, общее состояние, наличие кровотечения при рвоте, в области раны и половых органов и т.д.

Обратить внимание, чтобы пациента не трясло во время транспортировки.

После перемещения пациента в палату уложить на кровать. Использовать грелку и шерстяное одеяло при необходимости. Обратить особое внимание на то, что есть опасность возникновения термического ожога, если пациент еще не совсем пробудился от анестезии полностью. Наблюдение за общим состоянием является обязательным, после пробуждения от анестезии есть вероятность рвоты, поэтому лоток поставить рядом. Уточнив нахождение кнопки вызова, оказать необходимое внимание пациенту.

Психическое состояние женщины после потери органа. Чувство потери органа (женских половых органов) различается в зависимости от возраста, семейных обстоятельств, истории болезни пациента. Очень важна поддержка, потому что настроение пациента зависит от понимания и отношения к заболеванию и операции семьи, мужа, партнера, включая окружающих людей.

Руководство, направленное на выписку – это руководство ведения жизни, направленное на возвращение к повседневной жизни, восстановление после хирургического стресса, а также улучшение физического и психологического состояния вследствие удаления матки или яичника. Определить возможные нарушения в результате оперативного вмешательства, объединить информацию, относящуюся к социальной жизни

пациента: возраст, характер, семейный фон, социальный фон пациента, а также, уточнив наличие личных проблем, оказать поддержку в его независимой жизни. Осмотр после выписки из больницы необходимо проводить для уточнения наличия послеоперационных проблем. Определить дни осмотра, который будет проводиться в течение одного месяца после операции. Объяснить, что если до осмотра возникнут сильные боли в низу живота, повышение температуры, изменения в области раны (нагноение, покраснение, отек), кровотечения в области половых органов, нарушение мочеиспускания, то необходимо немедленно провести обследование. Пациенту вместе с семьей выслушать объяснения о физических изменениях и реабилитации после операции, что необходимо для понимания и содействия со стороны семьи, особенно мужа и партнёра в повседневной и половой жизни. Однако следует учитывать приватность пациента, и перед тем как проводить объяснительную работу в присутствии семьи, мужа или партнера, спросить разрешение у пациента.

Сестринский уход при заболеваниях молочной железы

Мастопатия – это доброкачественное заболевание, которое часто наблюдается у женщин от 30 до 40 лет. Считают, что она вызывается вследствие дисбаланса половых гормонов (состояние относительного избытка эстрогена). Половые органы (эстроген, прогестерон, пролактин и т.д.) влияют на молочную железу, эстроген влияет на развитие молочных желез, но его избыточная секреция вызывает мастопатию. Следовательно, симптомы мастопатии имеют свойственную менструальному циклу цикличность. Основными симптомами являются опухолевидное образование и боли, еще могут наблюдаться выделения (прозрачные, молочные) из соска.

Диагноз. Для того чтобы отличать от ракового образования, проводится рентгенологическое исследование (маммография), эхография. Если поставлен диагноз мастопатия, то проводится только симптоматическое лечение.

Рак молочной железы чаще всего встречается в 40–50 лет, но с возрастом показатели уменьшаются, и в большей степени возникает у незамужних женщин в возрасте старше 35 лет, первобеременных старшего возраста, нерожавших, у женщин с ранним началом менструаций, а также с поздней менопаузой.

дением газов после операции, пациентке можно начать принимать суп, а после 4-го дня принимать тертую картошку, после недели можно возвращаться к общему столу. Реакция касательно потери молочной железы: возникает психологический конфликт. Оказать помощь для снижения волнения и страданий.

Удаление швов с области раны проводится через 7–10 дней после операции. Во многих случаях часть омертвевших тканей отпадает, но при необходимости их убирают или срезают. Выписываются из больницы, в случае отсутствия осложнений, после 10 дней – 2 недель после операции. После операции применяются антибластомные средства, бывают случаи, когда необходима лучевая терапия. Обучить самообследованию молочной железы со здоровой стороны, объяснить необходимость периодического обследования.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Что такое предраковое состояние?
2. Сестринский уход после операции на молочной железе.
3. Что такое миома матки? Сестринский уход при миоме матки.
4. Что такое опухоль яичников? Сестринский уход при опухоли яичников.
5. Принципы профилактики опухолевых заболеваний.
6. Как проводится профилактика рака шейки матки?

Г Л А В А XVIII ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

В последнее десятилетие частота внематочной беременности возросла в 2–3 раза и составляет в индустриально развитых странах в среднем 12–14 на 1000 беременностей. Бесплодие после операции по поводу трубной беременности возникает в 70–80% случаев. Частота повторной трубной беременности варьирует от 4 до 12,6%.

При нарушении трубной беременности эмбрион сохранившейся хориальной оболочкой может попасть в брюшную полость, и тогда возможна **вторичная брюшная** беременность, которая чрезвычайно редко бывает доношенной. Частота брюшной беременности очень невелика и ограничена экзквизитными наблюдениями. Возможно также **сочетание маточной и внематочной** беременности (частота 0,6%).

Этиология и патогенез внематочной беременности. В этиологии внематочной беременности первостепенная роль отводится *воспалительным процессам* в придатках матки, следствием которых становятся структурно функциональные нарушения в маточных трубах. Частота воспалительного фактора при внематочной беременности колеблется от 14 до 92,5%.

Сторонники «овулогенной теории» связывают эктопическую беременность с преждевременным проявлением нидационных свойств хориона либо повышением биологической активности зиготы, что приводит к ускорению образования трофобласта и патологической имплантации зародыша.

Клиника и диагностика внематочной беременности. Наиболее типичный исход трубной беременности – ее нарушение обычно на 4–6-й или 7–8-й неделе. Ворсин, хориона, внедряясь в стенку маточной трубы, вызывают ее разрушение и расплавление, образуя слой фибринозного некроза, что способствует истончению и растяжению стенки с последующим

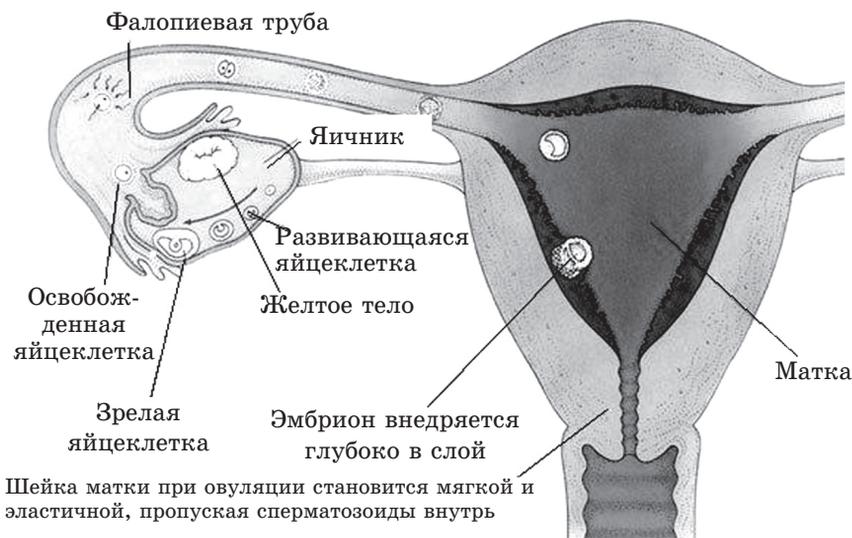


Рис. 54. Продвижение зиготы через маточные трубы

вскрытием стенок кровеносных сосудов и деструкцией нервных волокон.

При полном трубном аборте, когда плодное яйцо целиком изгоняется в брюшную полость, оно обычно погибает, а затем может подвергнуться обызвествлению и мумификации. Кровотечение из трубы, возникающее при этом, крайне редко может остановиться самостоятельно.



Рис. 55. Внематочная беременность

Разрыв маточной трубы, как правило, возникает остро, с выраженной клинической картиной, обусловленной острым кровотечением в брюшную полость: резкая анемизация и снижение артериального давления, головокружение, обморок, перитонеальный шок, болевой приступ, вызванный как разрывом трубы, так и раздражением брюшины кровью (боли, иррадиирующие в подреберье, межлопаточную область, ключицу – «френикус-симптом»).

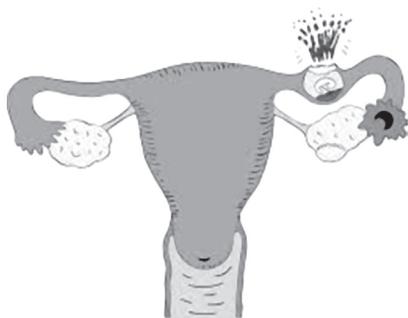


Рис. 56. Разрыв маточной трубы

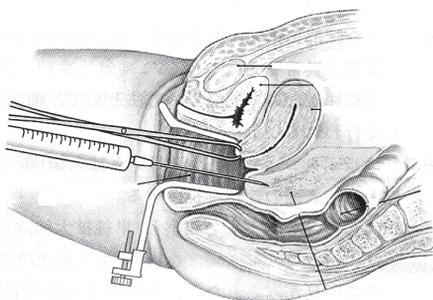


Рис. 57. Пункция Дугласового кармана

Диагностике внематочной беременности, кроме данных анамнеза, клиники и объективного обследования, помогают **дополнительные методы исследования.**

До настоящего времени в клинической практике используется **пункция брюшной полости через задний свод влагалища.**

При прогрессирующей внематочной беременности крови в брюшной полости нет. Результаты пункции брюшной полости могут быть как ложноположительными при попадании иглы в сосуд параметрия, влагалища или матки (0,5–10%), так и ложноотрицательными при дефекте просвета иглы, небольшом количестве крови в брюшной полости или выраженном спаечном процессе в области придатков матки (3,1–20%). Иногда при пункции получают не темную кровь, а кровянистую серозную жидкость, что не исключает нарушенной эктопической беременности, но и не вполне ее доказывает. Кровь можно обнаружить при апоплексии яичника, разрыве селезенки, а также при рефлюксе менструальной крови или после выскабливания слизистой оболочки матки.

Диагностическое выскабливание слизистой матки с гистологическим исследованием эндометрия обосновано лишь в тех ситуациях, когда диагноз «внематочная беременность» дифференцируется с дисфункциональным маточным кровотечением или неполным самопроизвольным абортom. При заинтересованности пациентки в сохранении возможной маточной беременности выскабливание делать нельзя.

При подозрении на внематочную беременность определяют **хорионический гонадотропин (ХГ)** в крови. Информативность

исследования 96,7–100%. Однако серийное определение титра ХГ иногда выявляет нормальную маточную беременность, но не позволяет достоверно отличить внематочную беременность от осложненной маточной. При маточной беременности концентрация ХГ в крови увеличивается не менее чем на 66% первоначального показателя каждые 2 дня, меньшее значение служит одним из признаков внематочной или нарушенной маточной беременности в 85% наблюдений.

Точность выявления эктопической беременности при УЗИ варьирует от 9,2 до 100%.

Лечение внематочной беременности. Существуют хирургические и медикаментозные методы лечения эктопической беременности. Однако медикаментозная терапия целесообразна только при прогрессирующей трубной беременности (менее 5–8% случаев). Хирургическое лечение эктопической беременности выполняется лапаротомическим или лапароскопическим доступом в различном объеме: консервативно-пластические операции – выдавливание плодного яйца, локализованного в фимбриальном отделе, сальпинготомия – резекция сегмента маточной трубы или резекция яичника и радикальные операции – тубэктомия.

При ранней диагностике развивающейся внематочной беременности удается предотвратить разрыв маточной трубы или яичника (при яичниковой беременности) и выполнить органосохраняющие операции: выдавливание плодного яйца – «milking» (при его локализации в фимбриальном отделе), сальпинготомию, резекцию сегмента маточной трубы.

Реабилитационные мероприятия после операций по поводу внематочной беременности

Более гладкому протеканию послеоперационного периода, улучшению состояния маточных труб способствуют медикаментозное лечение, физиотерапевтические процедуры (магнитотерапия). Даже в случае тубэктомии маточная труба с противоположной стороны нуждается в терапии, особенно если было сильное внутрибрюшное кровотечение. После внематочной беременности нужно очень внимательно отнестись к вопросу контрацепции. Не рекомендуется беременеть в течение, как минимум, шести месяцев после операции. Чтобы в будущем у женщины не возникло серьезных проблем с зачатием, связанных с непроходимостью маточных труб, или не про-

Г Л А В А XIX

ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ И СЕСТРИНСКИЙ УХОД В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ И СТАРЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ. КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Менопауза, как утрата циклической функции яичников, соответствует последней менструации, дата которой устанавливается ретроспективно. В последнее время для диагностики менопаузы используют лабораторные исследования. В современной популяции женщин средний возраст менопаузы составляет 51 год, и есть тенденция к его увеличению.

Если после последней менструации в течение года не наступает менструация, это означает наступление менопаузы.

В постменопаузе происходят общие инволюционные процессы в организме и возрастные изменения в репродуктивной системе. В постменопаузе значительно увеличивается частота заболеваний, связанных с возрастом, а также патологий, обусловленных дефицитом эстрогенов. На этот период приходится пик заболеваемости злокачественными опухолями половых органов (средний возраст больных раком эндометрия – 62 года, раком яичников – 60 лет, раком шейки матки – 51 год), поэтому у пациенток в постменопаузе нужна особая онконастороженность.

Частота *климактерического синдрома* меняется с возрастом и длительностью постменопаузы. Продолжительность климактерического синдрома составляет в среднем 3–5 лет (от 1 года до 10–15 лет). Проявления климактерического синдрома (оценка по шкале модифицированного менопаузального индекса по частоте распределяются следующим образом: приливы – 92%, потливость – 80%, повышение или понижение артериального давления – 56%, головная боль – 48%, нарушения сна – 30%, депрессия и раздражительность – 30%, симптомы астении – 23%, симпатико-адреналовые кризы – 10%. В 25% случаев течение климактерического синдрома тяжелое.

Эстрогендефицитное состояние после менопаузы приводит к остеопорозу в 40% случаев. Снижается синтез матрикса кости остеобластами и усиливаются процессы резорбции костной ткани остеокластами. Потеря костной массы после менопаузы резко ускоряется и составляет 1,1–3,5% в год. Остеопороз развивается постепенно и бессимптомно, а появление клиники говорит о значительной потере костной массы. Поскольку в первые 5 лет после менопаузы поражаются преимущественно кости с преобладанием трабекулярного, решетчатого строения (позже присоединяется поражение трубчатых костей), переломы позвоночника, лучевой кости в типичном месте возникают раньше, чем перелом шейки бедра.

В настоящее время подвергаются сомнению обоснованность заместительной гормонотерапии даже эстрогенами как с профилактической, так и с лечебной целью. В то же время единственным эффективным методом коррекции климактерических расстройств остается заместительная гормонотерапия.

В постменопаузе как доброкачественные, так и злокачественные гиперпластические процессы эндометрия могут клинически проявляться кровяными выделениями из половых путей, но нередко остаются бессимптомными. Женщины в постменопаузе 2 раза в год должны проходить скрининговое обследование с использованием УЗИ, а при необходимости (в группах риска рака эндометрия) нужно делать аспирационную биопсию эндометрия.

В Узбекистане женщины составляют 50,2% населения, среди них страдающих патологическим течением климактерического периода 37%. Изменяется ли климактерический возраст со временем? Независимо от места проживания и национальности человека климакс начинается приблизительно в 50 лет. В Узбекистане менопауза наступает в среднем в 49–50 лет.

Механизм климакса

Морфологическое изменение яичников ведет с уменьшения овуляции до полного прекращения, производительность эстрогена становится нестабильной, снижение эстрогенов стимулирует центральную функцию, в связи с чем гонадотропный гормон переходит в повышенное состояние. Для секреции женских гормонов (эстроген, прогестерон) яичников необходимо поступление сигнала с гипоталамуса (гонадотроп-

ный гормон, высвобождающий гормон), который передается яичникам через гипофиз (гонадотропный гормон).

С наступлением климактерического периода нарушается гормональный баланс, центральные гормоны гипоталамуса и функция регулирования гормонов поражаются. Вегетативная нервная система, которая находится в том же гипоталамусе, также поддается влиянию гормонального дисбаланса, что приводит к «вегетативной дистонии».

С наступлением климактерического периода снижение действия и недостаток эстрогенов перестраивает организм и провоцирует симптомы климактерического периода.

Важнейшей задачей является широкое внедрение в практику современных методов профилактики и лечения остеопороза (ОП). Рано начатая активная профилактика и лечение у значительной части людей могут существенно улучшить качество костей и тем самым снизить частоту переломов. Различают первичную и вторичную профилактику. Первичная профилактика ОП направлена на создание и поддержание прочности скелета в разные периоды жизни человека, но особенно – в период интенсивного роста и формирования пика костной массы, во время беременности, кормления грудью, в период менопаузы и постменопаузы, в случае длительной иммобилизации. Вторичная профилактика направлена на предупреждение переломов при уже развившемся ОП.

Основные меры профилактики ОП и переломов включают: обеспечение полноценного питания с достаточным потреблением кальция и добавлением в случае необходимости препаратов кальция, а также фосфора, магния, меди, цинка, витаминов С и К, которые вовлечены в процесс костеобразования. Умеренная физическая нагрузка, ежедневная ходьба, плавание, гимнастика, танцы, активный образ жизни улучшают самочувствие, создают ощущение благополучия и хорошее качество жизни. Необходимо исключить вредные привычки: курение и злоупотребление алкоголем. Фармакотерапия показана как с целью первичной, так и вторичной профилактики ОП.

Контроль за здоровьем женщин старческого периода

Старческий период длится дольше, чем период полового созревания, поэтому этот период является важным в жизни женщин. Средняя продолжительность жизни: в Узбекистане 69,4 лет у мужчин, а у женщин 73,2 лет.

Однако для старческого возраста характерно появление таких заболеваний, как злокачественные опухоли и рак тела матки, в связи с чем необходимо раннее выявление и своевременное лечение. С угасанием функции яичников ухудшается самоочищение влагалища, атрофируется слизистая влагалища, при котором влагалище становится легко ранимым и, таким образом, очагом попадания инфекции, в связи с чем часто возникает старческий кольпит. Из-за недостаточной функции защитной ткани матки часто проявляется опущение матки.

Опущение и выпадение матки. Причины, вызывающие нарушение структуры и функций тазового дна, матки, способствуют опущению и выпадению матки. Опущение матки – смещение ее ниже нормального расположения, наружный зев матки доходит до входа во влагалище. Выпадение матки – такое ее положение, при котором она находится ниже входа во влагалище. Различают неполное и полное выпадение матки. При полном выпадении все тело матки находится за пределами входа во влагалище. Опущение и выпадение матки сочетается с опущением стенок влагалища. При расслаблении брюшной стенки взаимная поддержка внутренних органов нарушается и нарастает давление их на тазовые органы. Мышцы тазового дна и связочный аппарат матки некоторое время выдерживают давление сверху, но в дальнейшем происходит их расслабление, способствующее смещению матки книзу.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Расскажите о психосоциальных особенностях женщин старческого периода.
2. Что такое постменопауза?
3. Какие физиологические изменения происходят в старческом периоде?
4. Какие физиологические изменения происходят в климактерическом периоде?
5. Расскажите об уrogenитальных изменениях в старческом периоде и сестринском уходе.
6. Расскажите о профилактике ОП и переломов.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Учебная программа и руководство по преподаванию, ЛСА, «Сестринский уход в материнстве». Раздел IV, 2007.
2. *Э.К. Айламазян*. Гинекология. Санкт-Петербург: СпецЛит, 2007.
3. *Г.М. Савельева и др.* Гинекология. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004.
4. *Э.К. Айламазян*. Акушерство. Санкт-Петербург: СпецЛит, 2003.
5. *В.И. Краснов*. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. М.: Медицина, 2001.
6. *А.Н. Стрижаков и др.* Клинические лекции по акушерству и гинекологии. М.: Медицина, 2000.
7. *Г.М. Савельева и др.* Акушерство. М.: Медицина, 2000.
8. *Ю.П. Никитина, Б.П. Маштакова*. Всё по уходу за больными. М.: ГЭОТАР-МЕД, 1999.
9. *Тревор Уестон*. Анатомический атлас. М.: Первая образцовая типография, 1998.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
Глава I. Введение в предмет «Сестринский уход в материнстве». Основы сестринского ухода в материнстве	4
Глава II. Организация работы акушерско-гинекологических стационаров. Роль медицинской сестры	9
Глава III. Анатомия и физиология женских половых органов	14
Глава IV. Сестринский уход в период полового созревания. Менструальный цикл	27
Глава V. Охрана здоровья женщин репродуктивного возраста. Сестринский уход за женщинами фертильного возраста	35
Глава VI. Современные методы контрацепции. Обязанности медицинской сестры	37
Глава VII. Оплодотворение. Физиология и диагностика беременности. Сестринский уход в период беременности	53
Глава VIII. Роды, периоды родов, родовые изгоняющие силы. Сестринский уход и обязанности медицинской сестры	81
Глава IX. Физиология послеродового периода. Обязанности медицинской сестры по уходу за родильницей	93
Глава X. Обязанности медицинской сестры по уходу за доношенными и недоношенными новорождёнными	101
Глава XI. Основные обязанности медицинской сестры по уходу за женщинами с патологическим течением беременности	115
Глава XII. Экстрагенитальные заболевания и беременность	125
Глава XIII. Методы обследования гинекологических больных. Обязанности медицинской сестры	134
ГЛАВА XIV. Нарушения менструально-овариального цикла. Особенности сестринского ухода	147
Глава XV. Сестринский уход и обязанности медицинской сестры при воспалительных заболеваниях женских половых органов	155
Глава XVI. Сестринский уход и обязанности медицинской сестры при инфекционных заболеваниях женских половых органов	165
Глава XVII. Сестринский уход и обязанности медицинской сестры при предраковых и раковых заболеваниях женских половых органов	176
Глава XVIII. Внематочная беременность	189
Глава XIX. Обязанности медицинской сестры и сестринский уход в климактерическом и старческом периоде. Климактерический синдром	194
Использованная литература	198

Ш95 **Шукурова У.** Сестринский уход в материнстве. Учебное пособие для профессиональных колледжей / У. Шукурова. – Т.: «ILM ZIYO», 2015. 200 с.

ISBN 978-9943-16-205-1

УДК: 618.6.-089.168.1-083.94(075)

ББК 51.1(5У)4

УМИДА ПУЛАТОВНА ШУКУРОВА,
МУНИСА РИХСИЕВНА СОБИРОВА

СЕСТРИНСКИЙ УХОД В МАТЕРИНСТВЕ

**Учебное пособие для
профессиональных колледжей**

Издательский дом «ILM ZIYO»
ТАШКЕНТ – 2015

Редактор *Л. Бабаева*
Художественный редактор *М. Бурханов*
Компьютерная верстка *К. Голдобина*

Издательская лицензия АИ №275, 15.07.2015 г.

Подписано в печать с оригинала-макета 02.12.2015.

Формат 60×90¹/₁₆. Кегль 10,9 п/шпон. Гарнитура SchoolBookС.
Печать офсетная. Печатных листов 12,5. Издательских листов 11,5.
Тираж 518. Заказ №14.

Издательский дом «ILM ZIYO», 100129, Ташкент, ул. Навои, 30.

Отпечатано в ЧП «PAPER MAX»
Ташкент, ул. Навои, 30.