

М. П. РУДЮК  
М. К. ВЕНЦКОВСКИЙ

**АКУШЕРСТВО**  
*и*  
**ГИНЕКОЛОГИЯ**

akusher-119119

М. П. РУДЮК, М. К. ВЕНЦКОВСКИЙ

# АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

*Отделом  
медицинских учебных заведений и кадров  
Министерства здравоохранения СССР  
рекомендован в качестве учебника  
для учащихся медсестринских отделений  
медицинских училищ*

ИЗДАТЕЛЬСТВО «МЕДИЦИНА»

МОСКВА — 1964

# А К У Ш Е Р С Т В О

## Г л а в а I

### РАЗВИТИЕ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СССР

Акушерство и гинекология — это две составные части науки о женском организме в различные периоды ее жизни.

Акушерство изучает физиологические и патологические изменения, происходящие в организме женщины во время беременности, родов и в послеродовом периоде, а также методы профилактики осложнений со стороны матери и плода, которые могут возникнуть в эти периоды.

Гинекология изучает физиологические и патологические изменения, происходящие в женском организме (в частности, в половых органах) вне беременности, разрабатывает методы профилактики и рационального лечения гинекологических заболеваний.

Начало оказания акушерской помощи в родах относится к временам глубочайшей древности.

В течение многих веков акушерскую помощь оказывали бабки-повитухи (слово «повивать» означает «принимать младенца»). Их познания в акушерстве основывались лишь на жизненном опыте, на передававшихся из поколения в поколение различных приметах, обычаях и суевериях. Поэтому применявшиеся бабками-повитухами приемы по оказанию акушерской помощи во время родов нередко наносили большой вред здоровью женщин и детей.

Истоки акушерства на Руси уходят в 30-е годы XII столетия. Внучка Владимира Мономаха Евпраксия-Зоя, в медицинском сочинении «Алима» впервые приводит сведения о повивальном искусстве.

Развитие акушерства в России как медицинской специальности относится к XVIII столетию, к периоду государственных преобразований Петра I. В 1757 г. П. З. Кондоиди сначала в Москве, а затем в Петербурге открыл школы «бабичьего дела», в которых готовились



Н. М. Максимович-Амбодик.

акушерки для оказания помощи женщинам царского двора и придворной знати. Все остальное женское население России по-прежнему прибегало к помощи неграмотных бабок-повитух, что обуславливало высокую материнскую и детскую смертность. В связи с этим великий русский ученый М. В. Ломоносов обратился в 1761 г. к министру И. И. Шувалову с письмом «О размножении и сохранении российского народа», в котором с целью более широкого развития родовспоможения рекомендовал со-

здать руководство по акушерству на русском языке, предлагая при этом учесть опыт лучших отечественных акушерок.

Такое руководство было написано в 1784 г. первым русским профессором Петербургской школы бабичьего дела Н. М. Максимовичем-Амбодиком под названием «Искусство повивания или наука о бабичьем деле». Основоположник русского акушерства Н. М. Максимович-Амбодик одним из первых применил акушерский фантом, изобрел и улучшил конструкцию разного инструментария.

Несмотря на то что к концу XVIII столетия количество школ бабичьего дела достигало 40, все же число выпускаемых ими повивальных бабок было крайне ограниченным. В 1890 г. по всей России насчитывалось около 7000 акушерок, да и то они размещались почти исключительно по городам. Поэтому ежегодно миллионы родов в России принимались неквалифицированными людьми.

С середины XVIII столетия стало расширяться высшее медицинское образование. В 1775 г. был открыт первый в России университет с медицинским факультетом. Из университетских клиник вышло много выдающихся русских ученых акушеров-гинекологов. Своими научными исследованиями они приобрели мировую славу и выдвинули отечественную акушерско-гинекологическую науку в первые ряды. К их числу можно отнести С. Ф. Хотовицкого, А. Я. Красовского (1821—1893), К. Ф. Славянского (1847—1898), Н. Н. Феноменова (1855—1918), И. П. Лазаревича (1829—1902).



Владимир Федорович Снегирев.

Особенно велики заслуги в развитии оперативной гинекологии, в изыскании и внедрении в практику новых методов исследования и лечения гинекологических больных, в проведении онкологических профилактических осмотров и организации акушерской помощи в России основоположника русской гинекологии В. Ф. Снегирева (1847—1916).

Однако все стремления передовых врачей улучшить акушерско-гинекологическую помощь населению разбились о глухую стену царского государственного аппарата, равнодушного к насущным потребностям народа. Развитие практического родовспоможения и оказания гинекологической помощи продолжало оставаться на низком уровне. В 1913 г. врачебная помощь в городах оказывалась всего лишь 4,5% рожениц, а в сельских местностях — 1,2—1,6%. Такое положение приводило к большой материнской смертности. В царской России ежегодно умирало от осложнений беременности или в родах до 50 000 женщин и до 2 000 000 новорожденных.

Только после Великой Октябрьской социалистической революции забота об охране материнства и детства стала важной государственной задачей.

В декабре 1917 г. за подписью В. И. Ленина был издан декрет об образовании отдела охраны материнст

ва и детства при Народном Комиссариате социального обеспечения. Родовспоможение стало общедоступным, бесплатным. Оно строилось на основе профилактики и проведения широких санитарных мер в интересах трудящихся.



Александр Николаевич  
Рахманов.

В 1918 г. были проведены в жизнь положения о гражданском состоянии, брачном, семейном и опекуном праве, в которых утверждалось полное равноправие женщины. Был издан ряд законов, направленных на сохранение здоровья беременных женщин и матерей. Беременные освобождались от работы в ночное время, пользовались отпуском до родов 35 дней и после родов

28 дней, кормящей матери предоставлялись получасовые перерывы в работе для кормления ребенка.

Несмотря на разруху и экономические трудности, в стране было организовано большое количество акушерских школ, выросла сеть лечебных и акушерских пунктов, увеличилось количество акушерских коек во вновь открытых больницах городов и сел.

При создании советской системы охраны материнства и детства был использован опыт научной организации родовспоможения передовых врачей-общественников А. Н. Рахманова (1861—1921), Г. Л. Грауэрмана (1861—1926). Большая заслуга в создании и развитии советской системы родовспоможения принадлежит В. П. Лебедевой.



Вера Павловна Лебедева.

Она была первым руководителем отдела охраны материнства и детства Народного Комиссариата Государственного презрения, переведенного с 1920 г. в систему Наркомздрава. Широкое участие в ра-

боте отдела охраны материнства и детства приняли А. М. Колонтай, А. И. Лагутяева, О. П. Ногина и др.

Даже в годы Великой Отечественной войны партия и советское правительство среди своих огромных и важных дел не забывали о женщине-матери и проявляли величайшую заботу о ней.

Красноречивым подтверждением постоянной заботы партии и правительства о здоровье женщины явился изданный в 1944 г. Указ Президиума Верховного Совета СССР «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усилении охраны материнства и детства, установлении почетного звания «Мать-героиня» и учреждении ордена «Материнская слава» и «Медаль материнства».

Указом Президиума Верховного Совета СССР «Об отмене запрещения аборт» от 23 ноября 1955 г. советской женщине было предоставлено право самой решать вопрос о материнстве, о прерывании беременности сроком до 12 недель путем искусственного аборта в условиях стационарного лечебного учреждения; декретный отпуск увеличился до 112 дней: 56 дней до родов и 56 дней после нормальных и 70 дней после патологических родов.

Неузнаваемо до крупнейших масштабов выросла сеть родильных коек. СССР является первой страной в мире, где создана новая стройная система родовспоможения, которая с каждым годом все больше растет и совершенствуется.

При Министерстве здравоохранения СССР и министерствах здравоохранения союзных республик, а также в областных отделах здравоохранения созданы отделы акушерско-гинекологической помощи, которыми руководят высококвалифицированные врачи — главные акушеры-гинекологи. В каждом городе имеются прекрасно оборудованные родильные дома и женские консультации, обеспеченные квалифицированным врачебным и средним медицинским персоналом.

Коренным образом изменилась акушерско-гинекологическая помощь на селе. Во всех районных больницах имеются хорошо оборудованные акушерско-гинекологические отделения. В каждом селе построены (или организованы в лучших помещениях) благоустроенные колхозные родильные дома и фельдшерско-акушерские

## Глава II

### АНАТОМИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Половые органы женщины принято делить на два отдела: наружные и внутренние половые органы. К наружным половым органам относятся: 1) лобок, 2) большие половые губы, 3) малые половые губы, 4) клитор, 5) преддверие влагалища (рис. 1). К внутренним половым органам относятся: 1) влагалище, 2) матка, 3) яичники.

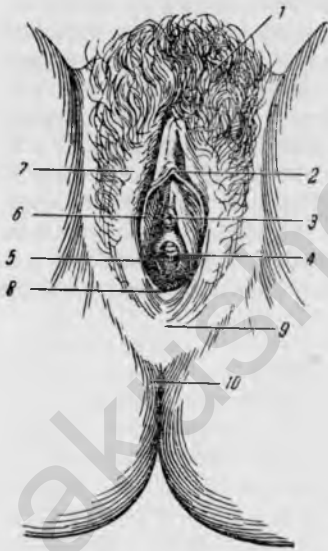


Рис. 1. Наружные половые органы.

1 — лобок; 2 — клитор; 3 — наружное отверстие мочеиспускательного канала; 4 — девственная плева; 5 — вход во влагалище; 6 — малая половая губа; 7 — большая половая губа; 8 — задняя спайка; 9 — промежность; 10 — отверстие заднего прохода.

#### НАРУЖНЫЕ ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ

**Лобок** (*mons Veneris*) представляет собой возвышение, расположенное впереди и выше лонного сочленения, ограниченное с боков паховыми складками. В этой области хорошо развита подкожная клетчатка. У женщин, достигших половой зрелости, кожа лобка покрыта короткими, густыми, вьющимися волосами, располагающимися в виде треугольника, с основанием вверху.

**Большие половые губы** (*labia pudenda majora*) представляют собой две параллельные, валикообразные складки кожи, которые с боков ограничивают половую щель и, постепенно



сужаясь кзади, образуют заднюю спайку. С наружной стороны они покрыты волосами. В толще их имеются сальные и потовые железы. Внутренняя поверхность волосами не покрыта, имеет розовый цвет и напоминает слизистую оболочку. В толще задней части больших половых губ размещаются бартолиновы железы. Выводные отверстия их окрываются у входа во влагалище на внутренней поверхности малых половых губ в месте слияния последних с большими половыми губами. Железы выделяют слизистый секрет щелочной реакции. Между задней спайкой и заднепроходным отверстием размещается передняя часть промежности (акушерская часть ее).

**Малые половые губы** (*labia pudenda minora*) размещаются между большими половыми губами в виде двух параллельных кожных складок, ограничивающих половую щель. Они значительно тоньше больших половых губ, спереди раздваиваются и в виде двух ножек охватывают клитор, спереди образуя крайнюю плоть клитора и сзади уздечку его. Малые половые губы у молодых женщин прикрыты большими половыми губами. Кожа их нежная, влажная, имеет розовый цвет и напоминает слизистую оболочку. В толще малых половых губ заложено большое количество сальных желез. Сзади они постепенно истончаются и сливаются с внутренней поверхностью больших половых губ.

**Клитор** (*klitoris*) представляет собой образование, аналогичное мужскому половому члену, размещающееся в виде небольшого бугорка в переднем углу половой щели, в месте соединения двух малых губ. Он состоит из головки и двух пещеристых тел, в толще которых имеется большое количество кровеносных сосудов и нервов. Наружная оболочка клитора имеет сальные железы, отделяющие смегму. На 2—3 см ниже клитора расположено наружное отверстие мочеиспускательного канала. Мочеиспускательный канал (*urethra*) у женщин значительно короче, чем у мужчин. Его длина в среднем равна около 4 см.

**Преддверие влагалища** (*vestibulum vaginae*) — пространство, ограниченное спереди клитором, с боков — внутренней поверхностью малых половых губ, сзади — задней спайкой половых губ, а в глубине — девственной плевой или ее остатками. Оно покрыто слизистой оболочкой, имеющей розовый цвет.

**Вход во влагалище** (*introitus vaginae*) располагается на 1—1,5 см кзади от наружного отверстия мочеиспускательного канала. На границе преддверия и влагалища расположена девственная плева (*hymen*). Она представляет собой тонкую соединительнотканную перегородку, содержащую мышечные и эластические волок-

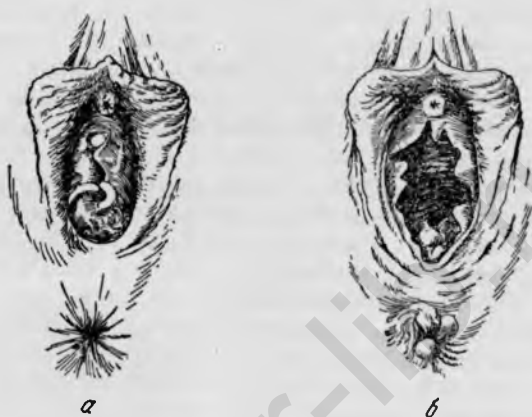


Рис. 2. Различные виды девственной плевы.  
*а* — после первого полового сношения; *б* — остатки девственной плевы (миртовидные сосочки) у рожавшей женщины.

на, сосуды и нервы, и покрыта с обеих сторон многослойным плоским эпителием. В ней имеется одно или несколько отверстий различной формы. При первом половом акте края ее надрываются, вследствие чего у некоторых женщин возникает боль и умеренное кровотечение. Остатки девственной плевы после ее разрыва называются гименальными сосочками. При родах плева разрывается еще сильнее; отдельные ее лоскутки напоминают бородавки и называются миртовидными сосочками (рис. 2).

## ВНУТРЕННИЕ ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ

**Влагалище** (*vagina, s. colpos*) представляет собой мышечно-эластическую трубку, передняя и задняя стенки которой соприкасаются между собой. Располагается влагалище в полости малого таза, между мочевым пузы-

рем и мочеиспускательным каналом спереди и прямой кишкой сзади (рис. 3). Длина его у взрослой женщины равна в среднем 9—12 см. Просвет влагалища начинается сразу же за девственной плевой и заканчивается у шейки матки. Влагалищные стенки, образуя вокруг последней куполообразные своды, замыкают влагалище

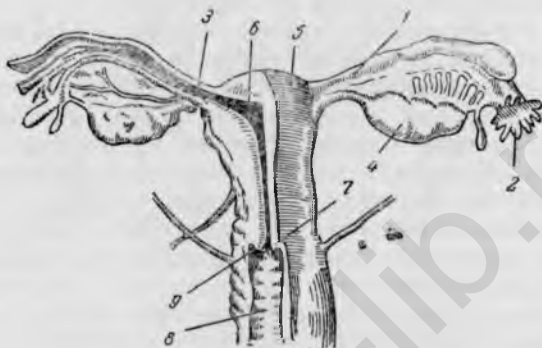


Рис. 3. Внутренние половые органы.

1 — труба; 2 — воронка и бахромки трубы; 3 — просвет трубы; 4 — яичник; 5 — матка (брюшинный покров матки); 6 — полость матки; 7 — наружный зев шейчного канала; 8 — просвет влагалища; 9 — влагалищная часть шейки матки.

вверху. Передний свод находится между шейкой матки и передней стенкой влагалища, задний — между шейкой матки и задней стенкой влагалища, два боковых — между шейкой матки и боковыми стенками влагалища.

Задний свод самый глубокий, в нем скапливаются выделения из матки, а при половом сношении — семенная жидкость (сперма).

Внутренняя поверхность влагалища выстлана слизистой оболочкой розового цвета, покрытой многослойным плоским эпителием. У девочек поверхность слизистой оболочки гладкая, у взрослых женщин на передней и задней стенке она имеет многочисленные поперечные складки, почему при родах может в значительной степени растягиваться в длину и в поперечном направлении. В старческом возрасте эти складки сглаживаются и вся слизистая оболочка становится тоньше. Слизистая

оболочка влагалища состоит из многослойного плоского эпителия.

Содержимое влагалища (выделения), увлажняющее его стенки, представляет собой частично секрет шейных и маточных желез, а частично пропотевающую из его кровеносных и лимфатических сосудов сыворотку (транссудат). Желез во влагалище нет.

На поверхности слизистой оболочки влагалища могут обитать различные микробы. Выделения из влагалища здоровой женщины скудные, молочного цвета. При микроскопическом исследовании мазка из выделений, кроме единичных клеток ороговевшего влагалищного эпителия, обнаруживаются в большом количестве влагалищные палочки Додерлейна. Эти палочки расщепляют гликоген клеток эпителия слизистой оболочки влагалища до молочной кислоты. Кислая реакция содержимого влагалища препятствует размножению микроорганизмов, которые могут вызвать различные заболевания. Микрофлору влагалища принято делить на четыре степени чистоты.

При первой степени чистоты (рис. 4) во влагалищном секрете содержатся палочки Додерлейна и отдельные эпителиальные клетки. Реакция кислая.

При второй степени чистоты (рис. 5), кроме палочек Додерлейна, имеются в небольшом количестве сапрофиты типа запятых (*сomma variabile*), эпителиальные клетки, отдельные лейкоциты. Реакция слабокислая.

При третьей степени чистоты (рис. 6) имеется небольшое количество палочек Додерлейна, много сапрофитов, кокков и лейкоцитов. Реакция слабо щелочная.

При четвертой степени чистоты палочки Додерлейна отсутствуют, имеется многочисленная кокковая флора (стрептококки), много лейкоцитов. Реакция щелочная (рис. 7).

**Матка (uterus)** у взрослой женщины представляет собой мышечный полый орган, имеющий грушевидную форму, несколько утолщенный в передне-заднем размере (рис. 8). Располагается она глубоко в полости малого таза, между мочевым пузырем и прямой кишкой, вдаваясь в просвет влагалища своим узким концом (шейкой), который охвачен сводами. Матка имеет переднюю и заднюю поверхность и два ребра — правое и левое.

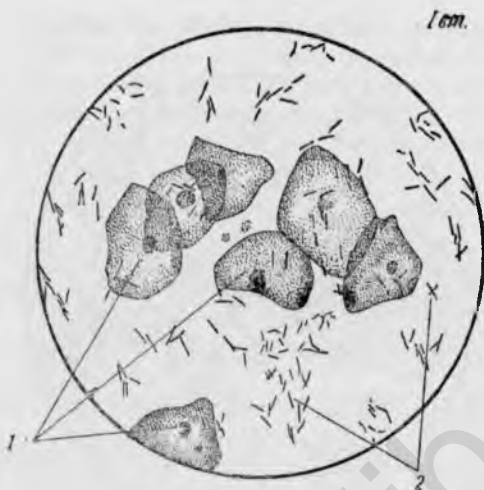


Рис. 4. Первая степень чистоты влагалищного содержимого. В препарате клетки эпителия слизистой влагалища (1) влагалищные палочки Додерлейна (2).

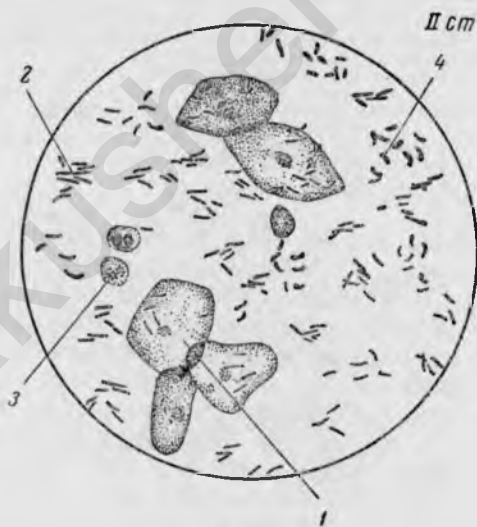


Рис. 5. Вторая степень чистоты влагалищного содержимого. Видны эпителиальные клетки (1) и смешанная флора: влагалищные палочки (2), отдельные лейкоциты (3), *сотта variabile* (4).

III cm

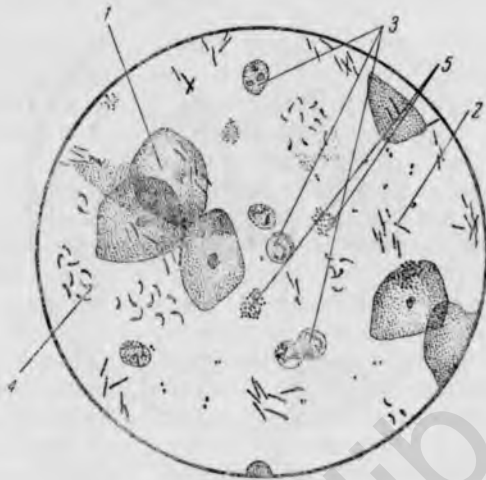


Рис. 6. Третья степень чистоты влагалищного содержимого: эпителиальные клетки (1), небольшое количество влагалищных палочек (2), много лейкоцитов (3), *сompa variabile* (4), грамположительных и грамотрицательных кокков (5).

IV cm

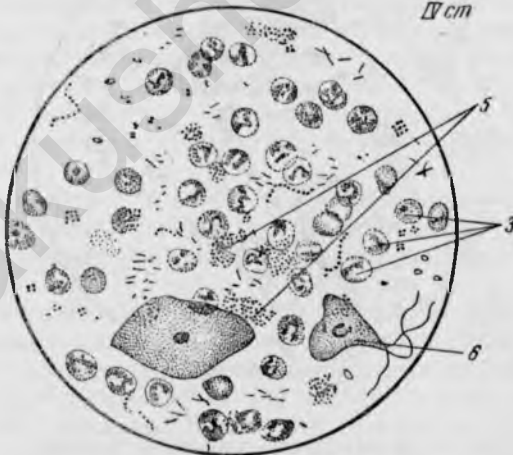


Рис. 7. Четвертая степень чистоты влагалищного содержимого. Влагалищные палочки отсутствуют. Стрептококки, грамположительные и грамотрицательные кокки (5), сарцины (6), много лейкоцитов (3).

Матка делится на шейку, перешеек и тело. Шейка матки (cervix uteri) — это нижняя узкая часть матки. В ней различают два отдела: влагалищную часть (portio vaginalis), которая располагается в просвете влагалища ниже сводов, и надвлагалищную

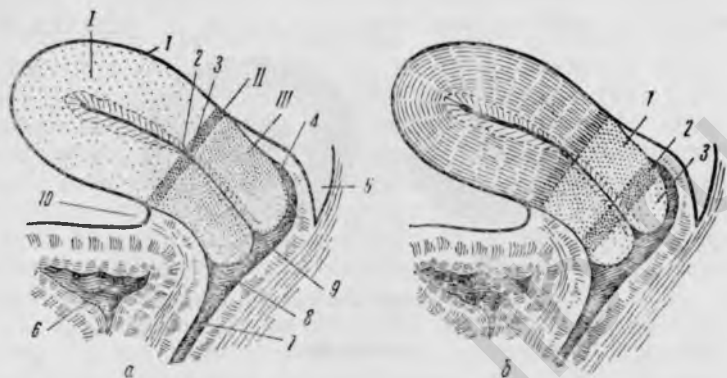


Рис. 8. Матка. Топографические отношения между сводами влагалища, брюшиной и маткой при нормальном ее положении.

*a* — анатомическая часть матки: *I* — тело матки; *II* — перешеек матки, нижний маточный сегмент; *III* — шейка матки. *1* — брюшина; *2* — orificium internum canalis isthmi; *3* — orificium internum canalis cervicalis uteri; orificium externum canalis isthmi; *4* — задний свод влагалища; *5* — дугласово пространство; *6* — мочевой пузырь; *7* — влагалище; *8* — передний свод влагалища; *9* — наружный зев шеечного канала; *10* — переднее пузырно-маточное пространство.

*б* — три анатомические части шейки матки: *1* — надвлагалищная часть шейки; *2* — средняя часть шейки; *3* — влагалищная часть шейки.

часть, которая находится выше сводов. Шейка матки женщины имеет коническую форму, у рожавших — цилиндрическую. Влагалищная часть шейки матки имеет отверстие, которое называется наружным зевом. У нерожавших оно небольшое, округлой формы (рис. 9 *a*). При первых родах боковые края его надрываются, поэтому у рожавших оно имеет вид приоткрытой поперечно расположенной щели (рис. 9, *б*).

Перешеек — часть матки длиной около 1 см, находящаяся между телом и шейкой матки. Внутри перешейки проходит канал, который сверху переходит в полость матки. Перешеек вместе с частью нижнего отдела тела матки во время беременности и родов образует нижний сегмент матки.

Шеечный канал несколько расширяется в средней части и резко суживается, приближаясь к наружному и особенно внутреннему зеву. Внутренний зев находится в области перехода шеечного канала в полость матки. Длина шеечного канала 1—1,5 см.

Тело матки (*corpus uteri*) представляет собой верхнюю, наиболее массивную ее часть. В верхних уг-



Рис. 9. Наружный зев шейки матки: а — нерожавшей женщины; б — рожавшей женщины.

лах полости матки имеются маточные отверстия труб. Внизу полость матки суживается и заканчивается внутренним зевом.

У взрослой нерожавшей женщины длина тела и шейки матки составляет 7—8 см, у рожавших 8—9 см. Вес матки 50 г, ширина ее в области дна 4—4,5 см, толщина 2—3 см. Матка несколько наклонена вперед и имеет перегиб кпереди.

Стенки матки состоят из трех слоев.

1. Внутренний слой — слизистая оболочка (*endometrium*) — покрыт однослойным цилиндрическим эпителием с ресничками, движущимися по направлению ото дна матки к внутреннему зеву. Толщина слизистого слоя 1 мм. Эндометрий имеет большое количество трубчатых желез.

2. Средний слой — мышечный (*myometrium*) — состоит из трех пластов гладких мышечных волокон: наружного — продольного (подбрюшинного), среднего — циркулярного (кругового), внутреннего — продольного (подслизистого). Мышечный слой наиболее мощный. Он утолщается по направлению дна матки.

3. Наружный слой — серозный (*perimetrium*) представляет собой брюшину, которая на всем протяже-



нии плотно срастается с мышечным слоем матки. Переходя с мочевого пузыря на матку, брюшина образует глубокий карман—пузырно-маточное пространство. При переходе с матки на прямую кишку брюшина образует еще более глубокое пространство—дугласов карман.

**Маточные трубы**—яйцеводы (*tubae uterinae*) отходят от правого и левого углов матки и тянутся в стороны к боковым стенкам таза. Они имеют длину 10—12 см, извилисты, заггибаются в дугласов карман. На месте отхождения от матки труба тонкая, но затем она постепенно расширяется и заканчивается на брюшном конце воронкой, просвет которой может достигать 1,5 см. Края стенок воронки имеют вид бахромок—фимбрий. Одна из них, наиболее длинная, свисает к яичнику и называется яичниковой (*fimbria ovarica*).

Стенки трубы тонкие (0,2—0,5 см) и состоят из трех слоев: 1) внутреннего—слизистого, покрытого однослойным цилиндрическим мерцательным эпителием, реснички которого производят движения от ампулярной части к матке; 2) срединного—мышечного, состоящего из тонких продольных и циркулярных мышечных волокон; 3) наружного—серозного, представляющего собой брюшину, которая покрывает трубы с боков и сверху, оставляя ее открытой снизу.

**Яичники** (*ovarium*) являются женскими половыми железами. Они имеют овальную форму и неровную поверхность, цвет их белесовато-розовый. В среднем размеры яичников взрослой женщины такие: длина 3,5—4 см, ширина 2 см, толщина 1—1,5 см, вес 6—8 г.

Яичники располагаются по бокам матки, на задних листках широких связок, к которым они прикрепляются своим ребром и как бы висят на них.

Поверхность яичников покрыта белочной оболочкой (*tunica albuginea*). Под ней размещаются два слоя ткани: наружный—корковый (паренхиматозный) и внутренний—мозговой.

В корковом слое заложены многочисленные первичные фолликулы с зародышевыми (половыми) клетками и фолликулы в различных стадиях своего развития. Во внутреннем (мозговом) слое расположена очень развитая кровеносная, лимфатическая и нервная сеть (рис. 10).

Яичники являются железами наружной и внутренней секреции. Наружная секреция яичника — это периодически повторяющийся процесс созревания и выделения яйцеклеток в течение всего периода половой зрелости. Внутренняя секреция заключается в выделении в кровь

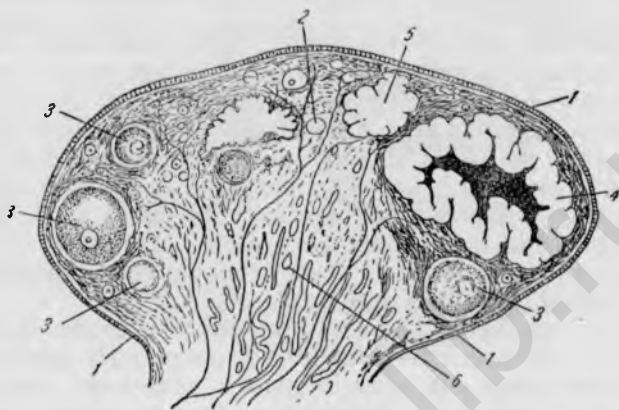


Рис. 10. Поперечный срез через яичник (схема).

1 — покровный (зародышевый) эпителий; 2 — корковый слой; 3 — граафовы фолликулы в разной стадии созревания; 4 — желтое тело; 5 — corpus albicans; 6 — корковый слой.

половых гормонов, образующихся в фолликуле во время его созревания (фолликулина) и после выхода из него клетки (прогестерона)

Гормоны яичника способствуют развитию вторичных половых признаков. Под их влиянием изменяется внешний вид и телосложение девочки: отмечается отложение жира на бедрах, груди и животе, развиваются молочные железы, появляется высокий тембр голоса и т. д.

**Связочный аппарат внутренних половых органов.** Матку с трубами и яичники в нормальном положении удерживают связки и мышцы тазового дна.

От углов передней стенки матки, несколько ниже и впереди от маточных труб отходят круглые связки длиной 10—12 см каждая.

Проходя через паховые каналы, они прикрепляются в области лонного сочленения и их назначение притягивать тело матки впереди, придавая ей наклон и перегиб вперед.

От задней поверхности матки на уровне внутреннего зева отходят крестцово-маточные связки. Прикрепляясь к вогнутости крестца, они притягивают шейку матки и перешеек кзади. В результате их совместного с круглыми связками действия матка приобретает типичное положение антеверсии (флексии). К подвешивающему аппарату матки относятся также широкие связки (листки брюшины), идущие от ребер матки до боковых стенок таза. В верхних отделах этих связок проходят маточные трубы, к задним листкам прикреплены яичники. Оба листка брюшины между собой не сращены. Между ними помещается околоматочная клетчатка (параметрий), а в основании их проходят кровеносные и лимфатические сосуды, а также нервы матки.

От боков дна матки ниже отхождения труб отходят собственные связки яичника, прикрепляясь к медиальным концам яичников. Воронко-тазовые связки отходят от воронки трубы и идут к боковым стенкам таза. Все перечисленные выше связки образуют подвешивающий аппарат матки, удерживающий ее в определенном положении. Маточные трубы, яичники и связки обычно называют придатками матки.

**Кровеносная и лимфатическая системы.** Половые органы имеют значительно развитую кровеносную и лимфатическую систему. Кровь к матке поступает по маточным и яичниковым артериям, а ствдится в обратном направлении по венам, носящим те же названия, что и артерии, и располагающимся рядом с ними. Лимфа из различных отделов половых органов через лимфатические щели собирается в лимфатические сосуды, по которым направляется в лимфатические узлы (паховые, подвздошные, поясничные, крестцовые), являющиеся защитным барьером на пути распространения инфекции.

**Нервная система.** Иннервация половых органов женщины очень сложна. Они иннервируются частично за счет волокон, идущих непосредственно от спинного мозга, частично за счет вегетативной нервной системы — симпатической (из подчревного сплетения) и парасимпатической (из маточно-влагалищного сплетения). Так как обширная сеть нервов малого таза связана с центральной нервной системой, все функции органов малого таза, и в том числе внутренних половых органов, регулируются ею.

## МОЛОЧНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ

Молочные железы (mammae) начинают развиваться у девочек в возрасте 11—12 лет с началом полового созревания. Они бывают различной величины и формы.

Молочные железы взрослой женщины состоят из 15—20 отдельных долек. Каждая их них своим внешним видом напоминает виноградную кисть; имеет свой выводной проток, идущий по направлению к соску, который перед вхождением в последний веретенообразно расширяется (млечный синус), а вступая в сосок, имеет свое отдельное отверстие, почему на соске бывает 15—20 отверстий. Между дольками имеются прослойки волокнистой соединительной и жировой ткани. Дольки молочных желез содержат клетки, вырабатывающие секрет — молоко.

Кожа, покрывающая молочные железы, очень нежная, тонкая. Несколько эксцентрично на них располагается пигментированный околососковый кружок, в центре которого имеется сосок конической или цилиндрической формы. Встречаются соски плоские и втянутые. Околососковые кружки покрыты очень тонкой и нежной морщинистой кожей, которая содержит большое количество сальных желез. Вокруг околососкового кружка, по его периферии, размещаются 10—12 монтгомеровых железок, которые являются добавочными молочными железами.

Функция молочных желез начинается лишь во время беременности и достигает полного развития только после родов. С наступлением климакса молочные железы уменьшаются, атрофируются, становятся дряблыми.

---

## Глава III

# ФИЗИОЛОГИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

## ОВАРИАЛЬНО-МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ

С началом полового созревания в половых органах женщины происходят чрезвычайно важные физиологические изменения, которые ритмично повторяются через определенный промежуток времени. Они называются менструальным циклом. Все эти процессы делят на три группы: 1) циклические изменения, происходящие в яичнике — яичниковый менструальный цикл, 2) циклические изменения в матке — маточный менструальный цикл и 3) изменения во всем организме женщины — цикл всего организма, т. е. менструальная волна.

### Циклические изменения в яичнике

В корковом слое обоих яичников новорожденной девочки имеется большое количество (до 400 000) первичных (примордиальных) фолликулов. Каждый фолликул состоит из незрелой яйцеклетки, окруженной одним слоем зародышевого (фолликулярного) эпителия. Снаружи фолликул окружен соединительнотканной оболочкой.

С момента полового созревания женщины и на протяжении всего детородного периода достигают половой зрелости лишь 360—400 фолликулов. Каждой менструации предшествует созревание лишь одного фолликула. Остальные останавливаются в процессе развития и гибнут в результате физиологической атрофии и атрезии.

Те примордиальные фолликулы, которые созревают, претерпевают три фазы своего развития: а) фолликуляр-

ная фаза, характеризующаяся развитием фолликула; б) фаза овуляции — разрыв созревшего фолликула с последующим выходом из него зрелой яйцеклетки; в) лютеиновая фаза — развитие желтого тела на месте разорвавшегося фолликула.

а) **Развитие первичного фолликула** до размеров графового пузырька происходит под влиянием гормона передней доли гипофиза — пролана А. В процессе роста строма вокруг фолликула постепенно превращается в соединительнотканную оболочку, фолликулярный эпителий размножается, окружает яйцеклетку в несколько рядов, образуя зернистую оболочку. Затем между клетками эпителия появляется небольшая щель, которая постепенно заполняется фолликулярной жидкостью, отодвигающей эпителий к периферии фолликула. Фолликулярный эпителий становится цилиндрическим, он окружает яйцеклетку правильными радиальными рядами, образуя лучистый венец.

Клетки на периферии фолликула размещаются в 1—2 ряда. Такой фолликул, заполненный фолликулярной жидкостью, содержащий эстрогенный гормон фолликулин, называется графовым пузырьком.

Гормон фолликулин вызывает рост половых органов, размножение эпителия слизистой оболочки матки, повышает тонус мускулатуры матки, способствует развитию и функции молочных желез, усиливает половое чувство. В процессе роста фолликул передвигается изнутри к поверхности яичника и постепенно выпячивает ее.

Одновременно изменяется и сама яйцеклетка. Она увеличивается в 5—6 раз, протоплазма ее становится зернистой и вокруг нее образуется стекловидная оболочка. Окончательное созревание яйцеклетки происходит перед овуляцией.

б) **Фаза овуляции** происходит под влиянием гормона передней доли гипофиза — пролана Б.

Поверхность яичника в том месте, где к ней приблизился созревший графов фолликул, истончается и разрывается. Яйцеклетка вместе с лучистым венцом и фолликулярной жидкостью выходит наружу (в брюшную полость) — происходит овуляция. Вышедшая яйцеклетка движениями бахромок (фимбрий) трубы втягивается в просвет ее. Считают, что при 28-дневном менструальном цикле овуляция происходит на 14—15-й день от пер-

вого дня предыдущей менструации. Это время является наиболее благоприятным для оплодотворения.

в) **Фаза развития желтого тела** (лютеиновая) Польшь лопнувшего фолликула спадается, заполняется сгустком крови от небольшого кровоизлияния в нее. Оставшиеся пристеночные клетки фолликулярного эпителия начинают размножаться и в них откладывается большое количество пигмента желтого цвета — лютеина. Это образование называется желтым телом. Оно вырабатывает гормон прогестерон, под влиянием которого в слизистой оболочке матки происходит фаза секреции, снижается возбудимость и сокращение мышц матки и подготовка молочных желез к секреции. При оплодотворении вышедшей яйцеклетки желтое тело продолжает пышно развиваться до четырехмесячного срока беременности и называется желтым телом беременности. При отсутствии оплодотворения оно существует лишь несколько дней и называется желтым телом менструации. Затем оно подвергается обратному развитию (увядает) и превращается в белое тело (рубцовую ткань).

В период наличия желтого тела менструации в яичнике начинает созревать очередной фолликул и таким образом весь цикл изменений в яичнике повторяется.

### **Циклические изменения в матке**

Под влиянием изменений в яичнике происходят циклические изменения в матке, преимущественно в ее слизистой оболочке (в эндометрии). Они происходят под воздействием гормонов яичника (эстрогенов и прогестерона). Различают три фазы циклических изменений в матке.

1. **Фаза пролиферации** эндометрия происходит с 5—6-го до 14-го дня после предыдущей менструации. Под влиянием эстрогенного (фолликулярного) гормона происходит пролиферация (разрастание) стромы и желез слизистой оболочки. Слизистая оболочка матки утолщается в 4—5 раз. Железы увеличиваются в размерах, штопорообразно извиваются, но секрета не содержат.

2. **Секреторная фаза** в эндометрии наступает с момента развития и функции желтого тела. Она продолжается с 15—16-го дня до конца цикла (28-го дня). Под

влиянием гормона желтого тела (прогестерона) железы слизистой оболочки матки усиленно вырабатывают секрет, который заполняет их полость. Слизистая оболочка матки утолщается, становится сочной, рыхлой. В клетках стромы ее откладывается гликоген, фосфор, кальций и другие вещества, необходимые для развития зародыша, если произойдет оплодотворение.

**3. Фаза десквамации** (отторжения) эндометрия наступает тогда, когда созревшая женская яйцеклетка не оплодотворилась и желтое тело подвергается обратному развитию. В этом случае функциональный слой эндометрия отторгается, мелкие кровеносные сосуды вскрываются и из них выделяется кровь, которая вначале помещается в полости матки, а затем выходит через влагалище наружу. Периодические выделения крови из матки, связанные с циклическими изменениями в яичнике, называются менструациями, или месячными. У большинства женщин менструация появляется через 28 дней и длится 3—4 дня. Женщина теряет во время менструации около 100 г крови темного цвета с примесью слизи и обрывков ткани эндометрия, со своеобразным запахом.

Первая менструация обычно появляется в возрасте 12—16 лет, когда в яичниках начинается процесс овуляции. После короткой фазы покоя снова начинается пролиферативная фаза эндометрия, так как в яичнике начинает созревать новый фолликул и снова начинается циклический процесс — маточный цикл менструации.

### **Циклические изменения в организме женщины**

К началу менструации половые органы у женщины становятся полнокровными, ткани более сочными и рыхлыми; яичники набухают, увеличиваются. Матка также увеличивается, а шейка ее несколько размягчается.

Под влиянием гормонов фолликулина и прогестерона молочные железы полнеют, набухают, иногда становятся чувствительными. В них разрастается железистая ткань, которая в дальнейшем подвергается обратной инволюции.

В процессе менструации изменяются также все важные жизненные процессы: может повышаться темпера-



тура, пульс становится неустойчивым, изменяется артериальное давление. Появляется чувство разбитости, легкая утомляемость, раздражительность.

Все циклические процессы в яичнике, вызывающие изменения в матке и во всем организме женщины, зависят от деятельности передней доли мозгового придатка (гипофиза), вырабатывающего фолликулостимулирующий (пролан А), лютеинизирующий гормон (пролан В) и лактогенный гормон (пролактин), вызывающий секрецию молочных желез.

Гормональная функция передней доли гипофиза в свою очередь регулируется центральной нервной системой. Таким образом, вся деятельность половых органов регулируется центральной нервной системой и ее высшим отделом — корой головного мозга.

## **ГИГИЕНА ЖЕНЩИНЫ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ЕЕ ЖИЗНИ**

Соблюдение гигиенических норм развития девочек с момента их рождения, забота об их физическом развитии в последующие годы, обеспечение нормальных условий труда, жилища и питания играют важную роль в сохранении здоровья, предупреждении заболеваний и увеличении продолжительности жизни женщин и их будущего потомства.

Соответственно с особенностями строения и физиологической функции женщины в различные периоды ее жизни необходимо обеспечить выполнение ею правил общей гигиены и соблюдения особых гигиенических навыков и мероприятий по уходу за собой.

**Гигиена девочек в период новорожденности и в первые годы жизни.** У новорожденных и у девочек в первые годы жизни большие половые губы еще не вполне развиты, половая щель приоткрыта, слизистая оболочка очень нежная, легко ранимая. При небрежном неумелом уходе за ребенком во влагалище легко может быть занесена инфекция. Особенно опасно занесение возбудителей гонорей и трихомонад, которые могут вызывать воспаление половых органов. Поэтому со дня рождения ребенок должен находиться в отдельной кровати, иметь отдельное белье, ванночку. Белье ребенка следует стирать от-

дельно от белья взрослых. Матери не разрешается брать обнаженного ребенка к себе в постель.

После каждого мочеиспускания и действия кишечника половые органы надо обмывать теплой кипяченой водой, пользуясь мягкими тряпочками, кусочками чистой ваты или марли. Подмывать надо легкими движениями, обязательно спереди назад (от лобка к анусу) во избежание перенесения содержимого прямой кишки и микробов на половые органы. После подмывания (лучше текущей водой из-под крана, а не из таза) половые органы нельзя вытирать, а надо мягко, нежно «промокать».

В молоке матери имеются все необходимые питательные вещества (белки, жиры, углеводы), а также минеральные соли (кальций, калий, фосфор, железо), витамины, иммунные тела, которые необходимы для нормального развития новорожденного и профилактики ряда заболеваний, в том числе рахита. Поэтому огромное значение для нормального развития новорожденной девочки имеет правильное грудное вскармливание.

Кормление ребенка надо проводить в строго определенные часы, чередуя сосания то с одной, то с другой молочной железы. Однако надо избегать перекармливаний, так как они способствуют возникновению диспепсических расстройств.

Комната, где живет ребенок, должна быть светлой, сухой, солнечной. В любое время года ребенка нужно чаще и больше держать на воздухе.

**Гигиена девочки в период детства.** Для гармонического развития организма в этот период необходим правильный общий режим (физические упражнения, игры, занятия, больше воздуха и солнца, хорошее питание, одежда). При нарушении его легко возникает общее или частичное недоразвитие: малый рост, узкая грудная клетка, малое сердце, узкий таз, недоразвитие полового аппарата. Эти отклонения осложняют в будущем течение беременности, родов и послеродового периода.

Особенно важным в профилактике женских заболеваний является сохранение максимальной чистоты половых органов девочки. Во избежание раздражения половых органов надо, чтобы девочка в течение дня носила чистые, гладкие, достаточно свободные трусики. Белье девочки надо стирать и кипятить отдельно от белья взрослых. Нельзя допускать игры детей с неизвестными

и непроверенными домашними животными, которые могут явиться передатчиком различных заболеваний, особенно глистов-остриц.

С 4 до 10 лет у девочек параллельно росту идет нарастание веса, а с 10 до 13 лет — усиленный рост отдельных органов и частей тела, особенно костей конечностей. В этот период должно быть установлено рациональное питание, тщательный уход за телом и особенно за половыми органами.

Надо обратить внимание на физическое развитие девочек. В школе за партой, дома за столом и при подготовке уроков она должна сидеть прямо, не сутулясь, не наклоняясь в сторону. Стоя, девочка не должна сутулиться и держать плечи сдвинутыми вперед. С целью укрепления организма девочки должны заниматься физкультурой и спортом (гимнастикой, плаванием, греблей и др.). Девочка в этот период должна спать не меньше 12 часов.

Во избежание переполнения мочевого пузыря и развития привычных запоров, которые могут привести к образованию загиба матки, необходимо в середине каждого урока проводить 1—2-минутные физические зарядки. Девочка должна быть приучена к тому, чтобы через каждые 4—5 часов опорожнять мочевой пузырь.

Одежда девочки должна быть гигиеничной: летом легкой, зимой достаточно теплой, не стесняющей движения.

**Гигиена девочек в период полового созревания** (с 11—12 до 14—16 лет). В этот период начинают развиваться вторичные половые признаки: увеличиваются молочные железы, появляются волосы на лобке и в подкрыльцовых впадинах, округляются формы тела, расширяется таз и т. д.

Вслед за развитием вторичных половых признаков наступает краткий период наличия предвестников появления менструации. Девочка начинает ощущать чувство тяжести и давления внизу живота, боли в крестце. Молочные железы заметно припухают, становятся болезненными даже от прикосновения белья. Появляются незначительные беловатые слизистые выделения из влагалища. У девочки появляется легкая утомляемость, чувство разбитости. Голос меняет свой тембр, становится ниже. Эти предвестники могут повторяться несколько

раз, прежде чем появится менструация. С момента появления менструаций девочка постепенно превращается в девушку.

Чтобы появление первой менструации не произвело на девочку удручающего впечатления, она заранее должна быть осведомлена с происходящими в ее организме изменениями. Лучше если эти сведения будут сообщены девушке школьным врачом или матерью.

Организм девушки в этот период очень лабильный. Поэтому ей должен быть обеспечен такой гигиенический режим, который создает наилучшие условия для развития ее организма. В это время надо упорядочить расписание труда и отдыха; обеспечить высококалорийное питание (в среднем 2400 калорий), богатое белками (мясо, рыба, молоко), минеральными солями (кальций, натрий, калий, фосфор, железо) и витаминами.

При недостатке витамина А, группы В, С, D задерживается выработка гонадотропных гормонов гипофизом, наблюдается гибель созревших яйцеклеток в яичниках, замедляется рост и половое развитие девочки, что способствует нарушению овариально-менструального цикла, тормозит развитие костей.

Гигиена менструации. При появлении первой менструации у девочки заметным образом изменяется поведение и характер: она становится легко раздражимой или, наоборот, вялой; жалуется на головную боль; у нее снижается физическая и умственная работоспособность, появляется рассеянность, общая слабость, легкая утомляемость.

В этот период девочек надо освобождать от спортивных занятий и соревнований, запрещать купанье в открытых водоемах и ванне, рекомендовать после учебы или работы отдых. Во время менструации запрещается пить крепкие напитки, употреблять острые приправы к еде (горчицу, перец, хрен). Необходим тщательный уход за половыми органами. Кровь при менструации должна иметь свободный сток, так как при задержке она разлагается и способствует развитию микробов. Поэтому нельзя закладывать в половые органы тампоны. Лучше всего применять сложенный в несколько рядов стерильный бинт. Бинты следует менять не менее 3—4 раз в день. При каждой смене закладки надо, хорошо вымыть руки, обмыть наружные половые органы теплой кипяче-

ной водой с мылом, удалив с них кровь. После подмывания их надо осушить чистым полотенцем. В период менструации запрещается всякое спринцевание. Во время менструации необходимо носить всегда чистые, плотно облегающие трикотажные или хлопчатобумажные трико (шелковое плохо впитывает кровь). В это время следует избегать переохлаждений, так как от этого может усиливаться кровопотеря.

Для учета срока и регулярности появления менструации девушка должна вести записи дат их наступления. Еще до окончания школы (8—9-й класс) девушкам необходимо разъяснить вопросы половой жизни и брака.

**Гигиена женщины в период половой зрелости.** Появление менструаций еще не означает, что девушка достигла полного полового созревания. Последнее чаще всего наступает лишь к 18—20 годам. Наиболее благоприятным возрастом для вступления в брак и первой беременности считается 20—25 лет. Лучше, если в брак вступает женщина на 5—6 лет моложе своего мужа.

Ранние браки и особенно беременность в раннем возрасте очень вредно отражаются на здоровье девушки, так как предъявляют к недоразвитому организму новые повышенные требования.

Имеют свои отрицательные стороны и слишком поздние браки, так как с возрастом ухудшается растяжимость тканей, ухудшаются условия развития и нормального течения беременности и родов. Роды у старых первородящих протекают более длительно, чаще приходится родоразрешать оперативным путем, что опасно как для матери, так и для плода.

**Гигиена половой жизни.** С вступлением девушки в брак начинается половая жизнь. При первом половом акте происходит разрыв девственной плевы, иногда переходящий на слизистую оболочку влагалища, что дает обычно незначительное кровянистое выделение. Эти повреждения обычно заживают на 3—4-й день. В эти дни следует воздержаться от половой жизни.

Частота половых сношений не может иметь одинаковые для всех нормы. Для лиц молодых и вполне здоровых они могут быть 1—2 раза в неделю. Если женщина после полового акта чувствует резкое утомление, разбитость и слабость, половые сношения должны быть реже. Категорически запрещается половая жизнь во время мен-

струации ввиду угрозы занесения инфекции и усиления кровотечения. Запрещается также половая жизнь в два первых и в два последних месяца беременности вследствие угрозы ее прерывания. Необходимо избегать половую жизнь в первые 6 недель после родов, любого заболевания, операций и в состоянии опьянения.

Из гигиенических соображений супруги должны спать отдельно. Женщинам рекомендуется ежедневно проводить подмывание наружных половых органов теплой кипяченой водой. Для этого на производствах имеются специальные комнаты личной гигиены, а дома должна быть отдельная посуда с кипяченой водой.

Гигиена климактерического периода  
Этот период начинается в возрасте 45—47 лет и продолжается от 2 до 4 лет. В это время у женщин происходит постепенное увядание функции яичников и нарушаются менструации. Вначале они чаще запаздывают, становятся более продолжительными и обильными, приходят в различные сроки. Вместе с тем появляется легкая возбудимость нервно-сосудистой системы, поэтому и наблюдаются приливы крови к голове, внезапное ощущение жара, повышение артериального давления, потливость. Появляются жалобы на утомляемость, раздражительность, нарушение сна.

С целью уменьшения этих неприятных ощущений необходимо в пищевом рационе ограничить введение белков, принимать легкую растительную пищу, ограничить жирные и мучные блюда. Следует избегать применения острых приправ: перца, хрена, горчицы, чеснока, а также крепкого чая, кофе, алкогольных напитков. При потливости и приливах крови рекомендуются теплые ванны, души, холодные обтирания.

При появлении выделений, вызывающих зуд и расчесы, необходимо проводить туалет наружных половых органов, содержать в чистоте их и обратиться к врачу за назначением различных спринцеваний и мазей.

В климактерическом периоде у женщин нередко могут возникать злокачественные опухоли. Поэтому каждая женщина должна не реже 2 раз в год проходить врачебный осмотр, даже если она считает себя здоровой.

Обычно после 50 лет менструации у женщин прекращаются, наступает менопауза. В это время происходит постепенное увядание жизненных функций, атрофия

половых органов, приближается старость. Яичники сморщиваются и становятся плотными. Матка резко уменьшается в своих размерах. Своды влагалища уплощаются, становятся мелкими, складчатость на их стенках исчезает, они становятся гладкими, тонкими, легко поддающимися травме. Изменяется также обмен веществ — от усиленного отложения жира женщины полнеют, иногда возникает диабет, зуд в области наружных половых органов.

В менопаузе надо обращать внимание на появление выделений из половых органов. Появление кровянистых выделений после того, как уже долгое время не было менструаций, может являться одним из признаков развития раковой опухоли. В этом случае женщина должна немедленно обратиться к врачу.

---

## глава IV

### ФИЗИОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

У женщин, достигших половой зрелости, с началом половой жизни начинается новый этап, характеризующийся их способностью к оплодотворению и возможностью развития беременности.

#### ОПЛОДОТВОРЕНИЕ

При каждом половом акте в задний свод влагалища женщины попадает мужская сперма — семенная жидкость в количестве от 3 до 5 мл. Сперма представляет



Рис. 11. Мужские половые клетки—сперматозоиды.

собой белесоватую густой консистенции жидкость. В ней находится от 200 до 400 млн. мужских половых клеток — сперматозоидов (рис. 11).

Каждый сперматозоид состоит из головки, шейки и хвостика. Благодаря подвижности хвостика сперматозоиды передвигаются по родовым путям со скоростью 2 мм в 1 минуту. Большая часть сперматозоидов в

кислой среде влагалищного содержимого гибнет. В шейный канал матки, где реакция щелочная, попадают наиболее активные, жизнеспособные сперматозоиды. Из шейного канала они продвигаются в полость матки, в трубы, где и встречаются с женской яйцеклеткой.



Благодаря взаимному притяжению один из наиболее активных сперматозоидов проникает в яйцеклетку. При этом хвостик отламывается и растворяется в протоплазме яйцеклетки, а головка соединяется с ее ядром — происходит оплодотворение ее. Все остальные сперматозоиды погибают.

С момента оплодотворения начинается развитие беременности. Передвигаясь по трубе в направлении полости матки, оплодотворенная яйцеклетка подвергается делению и росту.

Примерно к 10-му дню она достигает полости матки и состоит из большого числа клеток. К моменту попадания в полость матки оплодотворенная яйцеклетка покрывается снаружи слоем особых клеток — трофобластом.

Благодаря расплавляющему действию клеток трофобласта оплодотворенная яйцеклетка погружается (внедряется) — имплантируется в рыхлую, сочную, утолщенную слизистую оболочку матки, где происходит ее дальнейшее развитие. Количество клеток в оплодотворенной яйцеклетке все больше увеличивается. Затем среди клеток образуется щель, появляются полости, которые в дальнейшем соединяются в одну большую полость, заполненную прозрачной жидкостью.

На этой стадии развития плодного яйца появляется два слоя клеток (наружный и внутренний), окружающих полость. В это же время на одной из внутренних стенок образовавшейся полости плодного яйца возникает скопление клеток (зародышевый узел), из которых образуется зачаток будущего плода. Зародышевый узел окружен жидкостью, заполнившей полость.

Из внутреннего слоя клеток, окружающих полость плодного яйца, обращенных в сторону зародыша, образуется внутренняя оболочка, которая называется водной оболочкой (амнионом). Ее клетки участвуют в образовании околоплодных вод.

Из наружного слоя клеток, окружающих полость плодного яйца, образуется ворсинчатая оболочка (хорион). При этом из части трофобласта, погружившейся в слизистую оболочку матки, развиваются пышные ворсинки (истинный хорион), из которых в дальнейшем образуется плацента. В остальной части хориона по периферии плодного яйца ворсинки на III ме-

сяще беременности исчезают. Эта часть хориона становится гладкой, как бы лысеет, почему и называется лысым хорионом.

С момента формирования зародыша у основания зародышевого узла образуется пуповина, при помощи которой плод связан с плацентой.

Таким образом, на III месяце беременности плодное яйцо состоит из: 1) наружной оболочки — хориона, который в месте прикрепления его к стенке матки образует плаценту; 2) внутренней плодовой оболочки — амниона, полость которого содержит околоплодные воды; 3) зародыша — плода, плавающего в водах; 4) пуповины, соединяющей плод с плацентой.

В первое время плодное яйцо питается за счет гликогена децидуальных клеток, разрушаемых трофобластом, затем за счет желтка полости плодного яйца. С IV месяца беременности, когда заканчивается развитие плаценты и устанавливается плацентарное кровообращение, питание плода происходит за счет материнской крови.

Каждая из ворсинок хориона, плавающих в материнской крови межворсинчатых пространств, в месте прикрепления плаценты к стенке матки имеет кровеносные сосуды. Венозная кровь плода, насыщенная продуктами обмена, по двум артериям пуповины притекает к плаценте, где через тонкую стенку капилляров ворсинок отдает все продукты обмена в кровь матери. Через эти же стенки все жидкие и газообразные вещества, необходимые для питания плода, переходят в кровь и поступают к плоду через вену пуповины. Таким образом, через вену пуповины к плоду поступает артериальная кровь. Непосредственного соединения крови плода с кровью матери нет. Плод имеет свою систему кровообращения. Обмен веществ происходит через тонкую эндотелиальную оболочку капилляров и тонкую эпителиальную оболочку. Плод очень быстро развивается и растет. Вместе с этим растет плацента и увеличивается количество околоплодных вод. Плацента выполняет еще и другую функцию — она выделяет в организм беременной женщины гормоны (сходные с фолликулином и прогестероном), которые способствуют развитию беременности.

По мере своего развития плод имеет ряд возрастных особенностей.

К концу I месяца он ничем не отличается от зародышей животных; имеет жаберные дуги и хвостовой придаток. Плодное яйцо достигает величины грецкого ореха.

К концу II месяца зародыш приобретает форму человека, имеет длину 4 см. Можно четко отличить головку, туловище, ручки и ножки, глаза, рот, нос, уши. Конечности ясно делятся на три части, намечаются пальчики.

К концу III месяца длина плода 8—9 см, вес 20 г, головка составляет почти половину длины тела. На пальцах рук и ног намечаются ногти, формируются половые органы.

К концу IV месяца длина плода 16 см, вес до 120 г. Кожа тонкая, красная, просвечивают поверхностные сосуды, определяются пол плода. Появляются движения конечностей.

К концу V месяца длина плода 25 см, вес 280—300 г. Появляются волосы на голове, пушок покрывает все тело, кожа утолщается, откладывается жировая клетчатка, появляется первородная смазка. В кишечнике появляется первородный кал зеленоватого цвета — меконий. Мать ощущает движения плода (первородящая в 19—20 недель, повторнородящая в 18 недель). Прослушивается его сердцебиение.

К концу VI месяца длина плода равна 28—30 см, вес 600—680 г. Головка еще велика, веки глаз раскрываются. При рождении плод дышит, двигает конечностями, но быстро гибнет.

К концу VII месяца длина плода достигает 35—39 см, вес 1000—1200 г. Плод еще худой, имеет старческий вид, кожа красная, покрыта смазкой. Волосы на голове длиной 0,5 см. При рождении дышит, двигается.



Рис. 12. Плодное яйцо в матке к концу беременности.

1 — chorion laeve; 2 — амнион; 3 — слившиеся decidua capsularis et decidua parietalis; 4 — полость амниона; 5 — пуповина; 6 — decidua basalis; 7 — chorion frondosum.

даже кричит пискливым голосом. При внимательном просмотре и уходе плод выживает.

К концу VIII месяца длина плода 40—43 см, вес 1500 г. Кожа его еще красная, но более гладкая. Она покрыта пушком, особенно в области лопаток. После рождения плод более жизнеспособен.

К концу IX месяца длина плода 45—46 см, вес 2500 г. Формы тела округлые, подкожножировая клетчатка развита достаточно хорошо; пушок покрывает лишь верхнюю часть спины и плеч, кожа бледнее и менее морщинистая, признаки недоношенности менее выражены.

К концу X месяца длина плода 50 см, вес 3000—3200 г. Головка составляет  $\frac{1}{4}$  часть всей длины его тела (рис. 12). При рождении он громко кричит, двигает конечностями, хорошо сосет.

Наиболее крупной и плотной частью плода является головка.

### СТРОЕНИЕ И РАЗМЕРЫ ГОЛОВКИ ПЛОДА

Головка зрелого плода состоит из сравнительно небольшой лицевой и более объемистой мозговой части. Мозговая часть черепа головки состоит из семи костей:

двух лобных, двух теменных, двух височных и одной затылочной. Все эти кости соединены между собой соединительнотканными перепонками — швами (рис. 13).

Различают следующие швы головки, которые имеют диагностическое значение в акушерской практике.

1. Лобный шов соединяет две лобные кости.

2. Стреловидный шов является как бы продолжением лобного шва и соединяет две теменные кости.

3. Венечный шов проходит перпендикулярно лобному и стреловидному швам и на каждой стороне соединяет лобные кости с теменными.

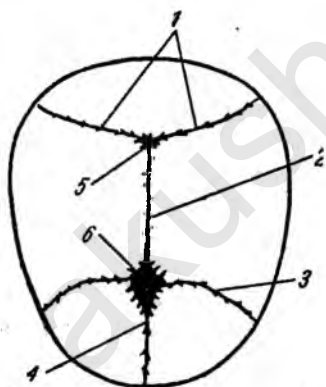


Рис. 13. Швы и роднички головки плода.

1 — затылочный шов; 2 — стреловидный шов; 3 — венечный шов; 4 — лобный шов; 5 — малый родничок; 6 — большой родничок.

4. Затылочный, или ламбдовидный, шов соединяет обе теменные кости с затылочной.

5. Височный шов соединяет на каждой стороне височную кость с теменной.

На головке в местах соединения костей черепа различают четыре родничка (большой, малый и два боковых).

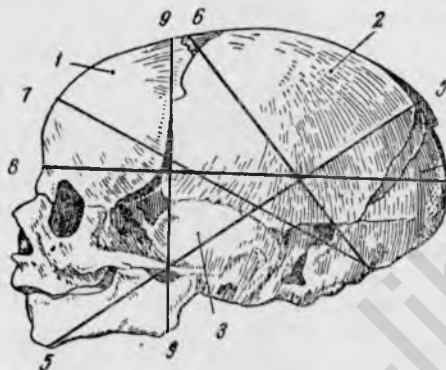


Рис. 14. Продольные размеры головки доношенного плода.

1 — лобная кость; 2 — теменная кость; 3 — височная кость; 4 — затылочная кость; 5 — большой косой размер; 6 — малый косой размер; 7 — средний косой размер; 8 — прямой размер; 9 — вертикальный размер.

которые представляют собой пространства, свободные от костной ткани, затянутые широкой полоской крепкой, мягкой соединительной ткани.

Практическое значение в акушерстве имеет большой и малый родничок.

Большой родничок представляет собой ромбовидной формы ( $\diamond$ ) пространство, образующееся на месте соединения лобного, стреловидного и венечного швов.

Малый родничок расположен на затылке и представляет собой небольшое, трехугольной ( $\triangle$ ) формы вдавление на месте соединения стреловидного и ламбдовидного швов.

Благодаря наличию швов и родничков кости черепа имеют возможность заходить друг за друга, что способствует изменению объема и формы головки при ее про-

хождении через родовые пути. Это свойство костей черепа называется конфигурацией головки.

Определение швов и родничков во время родов имеет большую диагностическую ценность, так как по направлению стреловидного шва и расположению родничков можно судить о механизме вставления и продвижения головки по родовому каналу.

На головке имеются следующие бугры: затылочный, два теменных, два лобных.

Для понимания механизма рождения головки при различных ее вставлениях необходимо знать ее размеры у доношенного плода и длину окружности по этим размерам (рис. 14):

Различают следующие размеры головки плода.

1. Малый косо́й размер — от подзатылочной ямки до середины большого родничка. По длине он равен 9,5 см, а окружность 32 см.

2. Большой косо́й размер — от середины подбородка до наиболее выступающей части затылочной кости (макушки). Размер этот равен 13,5 см, а окружность 40—41 см.

3. Прямой размер — от переносицы до затылочного бугра. Он равен 12 см, а окружность 34 см.

4. Вертикальный, или отвесный, размер — от середины подъязычной кости до середины большого родничка. По длине он равен 9,5 см, а окружность 32—33 см.

5. Большой поперечный размер — расстояние между наиболее отдаленными точками теменных бугров. Он равен 9,5 см (рис. 15).

6. Малый поперечный размер — расстояние между наиболее отдаленными точками височных костей (венечного шва), т. е. височных ямок. Он равен 8 см.

Нормальное рождение плода зависит не только от величины головки, но и от размеров туловища. На туловище доношенного плода различают следующие разме-

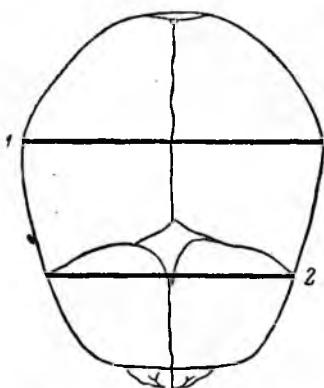


Рис. 15. Поперечные размеры головки доношенного плода.

1 — большой, 2 — малый.

ры. Поперечный размер таза по длине равен 9,5 см, по окружности 28 см. Размер плечиков равен 12 см.

### СТРОЕНИЕ ДЕТСКОГО МЕСТА (ПОСЛЕДА)

Послед состоит из плаценты, пуповины и оболочек (водной, ворсистой и децидуальной).

Пышно развившиеся в месте своего прикрепления к матке ворсинки истинного хориона образуют плаценту. Плацента имеет вид диска диаметром 16×20 см, толщиной 2—3 см. При доношенной беременности вес ее достигает в среднем 500 г. В плаценте различают две поверхности: материнскую и плодовую. Материнская, или наружная поверхность, которой плацента прилегает к стенке матки, состоит из отдельных 15—20 долек серовато-вишневого цвета. По всей поверхности она покрыта блестящей, сероватого цвета нежной пленкой. Каждая долька состоит из древовидно ветвящихся, пышно развившихся ворсинок, в которых проходят кровеносные сосуды.

Плодовая, или внутренняя, поверхность плаценты обращена в полость яйца и по всей своей поверхности покрыта водной оболочкой, вследствие чего поверхность приобретает белесоватую окраску. На этой поверхности видна густая сеть кровеносных сосудов, которые собираются к корню пуповины, прикрепленной ближе к центру плодовой поверхности плаценты.

Оболочки. Внутренняя поверхность матки к концу беременности покрыта оболочками: материнской — децидуальной, плодовой — ворсистой (хорион) и наиболее внутренней — водной оболочкой (амнион). Полость амниона наполнена околоплодными водами, в которых плавает плод. Амнион покрывает всю плаценту и пуповину. Хорион и амнион отделяются друг от друга.

Пуповина соединяет плод с плацентой. Толщина ее в среднем 1—1,5 см, длина 50 см.

Во всей поверхности пуповина покрыта амнионом, который плотно приращен к ней и не отделяется. В пуповине проходят три кровеносных сосуда: две пупочные артерии, которые несут от плода к плаценте венозную кровь, и одна крупная вена, по которой от плаценты к плоду идет кровь, насыщенная кислородом и питатель-

ными веществами. Сосуды окружены слоем сочной, студенистой, зародышевой ткани — в артоновом студнем.

Околоплодные воды, наполняющие полость плодного яйца, представляют собой прозрачную или несколько мутноватую жидкость, в которой, кроме сыровидной смазки, имеются и отпавшие пушинки — лануго. Плод плавает в околоплодных водах, что способствует его свободному росту. Воды предохраняют плод от внешних травм.

При нормальной беременности количество околоплодных вод достигает 1 л. Если их больше — говорят о многоводии, при меньшем количестве — о маловодии.

### ИЗМЕНЕНИЕ В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

На протяжении всего времени развития беременности в организме женщины происходят многочисленные сложные физиологические изменения, обеспечивающие нормальное развитие плода, подготовку ее организма к родам и кормление новорожденного.

Наиболее выраженные изменения происходят в половых органах.

Матка увеличивается в размерах, объеме и весе, изменяется ее форма, консистенция и возбудимость. В первую половину беременности увеличение матки происходит за счет образования и роста новых мышечных волокон (гиперплазия). В дальнейшем она увеличивается за счет гипертрофии (увеличение длины и толщины) мышечных волокон вследствие растяжения стенок матки растущим плодным яйцом. Резко утолщается слизистая оболочка матки (до 1 см). В результате к концу беременности длина матки увеличивается в 5—6 раз, объем ее полости возрастает в 500 раз, а вес достигает 1000—1200 г. Сосудистая сеть матки резко увеличивается. Артерии и вены становятся более извилистыми, просвет их большим.

Шейка матки и особенно ее перешеек разрыхляются, приобретают мягкость, сочность, а слизистая оболочка шейки матки синюшную окраску. Маточные трубы утолщаются и несколько удлиняются,



становятся более сочными. К концу беременности они свисают по бокам матки.

Яичники во время беременности слегка увеличиваются, размягчаются, рост фолликулов и овуляция прекращается. В одном из них имеется желтое тело беременности размером до 1 см. С началом функции плаценты желтое тело подвергается обратному развитию.

Связки матки утолщаются и удлиняются. Круглые связки в виде тяжей нередко прощупываются через брюшную стенку.

Влагалище во время беременности удлиняется и расширяется. Стенки его разрыхляются, становятся сочными и легко растяжимыми. Слизистая оболочка влагалища имеет синюшную окраску, резче выступают ее складки. По мере развития беременности количество выделений из влагалища несколько увеличивается. Выделения приобретают более кислую реакцию и степень чистоты их улучшается (I степень).

Наружные половые органы во время беременности разрыхляются, становятся более мягкими, сочными.

Одновременно с изменениями в половых органах происходит сложная перестройка деятельности всех органов и систем беременной.

С первых же месяцев беременности возникают изменения со стороны нервной системы. В первые 3—4 месяца беременности возбудимость коры головного мозга понижена; затем она повышается. Возбудимость подкорки, спинного мозга и нервного аппарата матки во время беременности понижена, что обеспечивает покой матки и нормальное развитие плодного яйца. Во время беременности отмечается также изменение тонуса вегетативной нервной системы.

Вследствие указанных изменений со стороны нервной системы в первые месяцы беременности у женщин наблюдается сонливость, неуравновешенное настроение, головокружение. Во второй половине беременности все эти явления исчезают.

Во время беременности происходят существенные изменения со стороны органов внутренней секреции. Вследствие усиления функции гипофиза увеличивается продукция гонадотроп-

ных гормонов, в частности пролана Б, стимулирующего рост и функцию желтого тела. Гормон гипофиза — пролактин — способствует развитию молочных желез. Под влиянием гормонов гипофиза усиливается рост и функции щитовидной и паращитовидной желез, а также надпочечников. В связи с этим повышается основной обмен беременной, увеличивается выделение йода, повышающего вязкость крови.

Во время беременности в эндокринную систему включаются новые железы: вначале желтое тело, а с конца IV месяца — плацента.

Желтое тело вырабатывает гормон прогестерон, который способствует имплантации оплодотворенного яйца в матке и создает условия для развития беременности. Плацента продуцирует и накапливает гонадотропный и эстрогенный гормоны, а также прогестерон. При этом до родов преобладают гормоны (прогестерон), тормозящие сократительную деятельность матки. Перед родами и во время родов увеличивается содержание гормонов (эстрогены), которые повышают возбудимость матки.

Растущее плодное яйцо предъявляет организму беременной повышенные требования в отношении доставки кислорода и питательных веществ, а также выведения из организма продуктов их обмена.

Поэтому с первых же месяцев беременности изменяются все виды обмена веществ: белковый, углеводный, жировой, витаминный, солевой и водный.

Значительные изменения в обмене веществ влияют на вес беременной. В первые месяцы вес беременной не изменяется. С IV—V месяца она начинает постепенно прибавлять в весе, а в последние три месяца прибавка в весе может достигать 300—400 г в неделю. При нормальном развитии беременности вес женщины может увеличиться на 10—11 кг. Большое прибавление веса может быть признаком нарушения обмена веществ и увеличения задержки воды в тканях.

В связи с появлением нового плацентарного круга кровообращения и резкого увеличения сосудистой сети в матке большое напряжение испытывает сердечно-сосудистая система беременной. Вследствие усиления работы сердца происходит гипертрофия его мышцы, усиливается сократительная его деятельность. Частота

пульса при беременности не изменяется. Максимальное артериальное давление не превышает 125—130 мм ртутного столба. На 15—20% увеличивается масса крови, количество эритроцитов и лейкоцитов, растет процент гемоглобина, ускоряется РОЭ.

Увеличивающаяся потребность организма беременной и плода в кислороде, необходимость выведения углекислоты из крови матери ведут к усилению деятельности органов дыхания. В конце беременности дыхание женщины учащается ввиду некоторого уменьшения объема грудной полости, вследствие поднятия диафрагмы растущей маткой.

Функция органов пищеварения во время беременности усиливается. В первые 2—3 месяца у некоторых женщин появляются слюнотечение, тошнота, иногда рвота, возникает отвращение или тяготение к некоторым видам пищи и необычным веществам (глина, мел и др.). Некоторые беременные не могут переносить запаха определенных веществ и пищи. Обычно на III—IV месяце беременности все эти явления исчезают. В конце беременности наблюдается вялость кишечника, запоры.

В связи с резким повышением обмена веществ и потребностью обезвреживания токсических продуктов промежуточного обмена в организме матери и плода резко повышается функция печени беременной.

При беременности усиленно функционируют почки, через которые происходит выделение продуктов обмена плода и матери. Растущая матка оказывает давление на мочевой пузырь, вследствие чего у беременных появляются частые позывы на мочеиспускание.

У некоторых женщин во второй половине беременности появляется пигментация (окрашивание) лица (лоб, переносье, верхняя губа), сосков, околососковых кружков и белой линии живота. Кожа в этих местах имеет темно-коричневую окраску, особенно сильно выраженную у brunetок.

Растущая матка постепенно растягивает ткани стенки живота. Поэтому у женщин с недостаточно эластичной кожей расходятся волокна глубоких слоев кожи и на этом месте образуются рубцы беременности. Вначале рубцы имеют красновато-синеватый цвет, после родов приобретают вид белесоватых полосок.

В процессе беременности заканчивают свое развитие и подготовку к секреции молочные железы. За счет развития железистых долек и откладывания подкожно-жировой клетчатки они увеличиваются в размерах, набухают, становятся напряженными. В них нередко ощущается легкое покалывание. Через нежную кожу просвечивают расширенные подкожные вены. Соски увеличиваются. На пигментированном околососковом кружке резко выступают монгомеровы железки. С первых месяцев беременности выдавливаются капельки молозива.

Кости и сочленения во время беременности также подвергаются изменениям. В костях и особенно в зубах некоторых беременных уменьшается содержание солей кальция. Под влиянием фолликулина хрящи симфиза и крестцово-подвздошных сочленений таза размягчаются, что способствует расширению размеров таза при прохождении плода.

Таким образом, возникновение и развитие беременности вызывает перестройку и изменение деятельности всех органов и систем. Эти изменения для организма женщины являются физиологическими. Они происходят под регулирующим влиянием центральной нервной системы. Нормально развивающаяся беременность способствует расцвету организма женщины.

---

## Глава V

### РАСПОЗНАВАНИЕ РАННИХ И ПОЗДНИХ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ ГИГИЕНА И ДИЕТЕТИКА БЕРЕМЕННЫХ

Распознавание беременности производится на основании данных анамнеза, объективного обследования и лабораторных исследований.

Признаки беременности разделяют на сомнительные, вероятные и достоверные.

Сомнительные (или предположительные) признаки обусловлены субъективными ощущениями: общее недомогание, бессонница или сонливость, слюнотечение, тошнота и рвота, извращение вкуса (желание кислого, соленого) и обоняния (не переносят запах табака, кухни, одеколона).

К вероятным относятся признаки, вызванные беременностью, хотя взятые в отдельности они могут наблюдаться и у небеременных женщин. Эти признаки выявляют при опросе беременной, осмотре ее половых органов, при зеркальном и влагалищном исследовании, ощупывании молочных желез и выдавливании из соска молозива. К ним относятся: 1) прекращение менструации; 2) синюшность слизистой оболочки входа во влагалище, влагалищных стенок и шейки матки; 3) увеличение матки, изменение ее формы (округлая) и консистенции (мягкая, при исследовании под руками твердеет); 4) увеличение молочных желез, усиленная пигментация сосков и околососковых кружков, появление молозива из соска при надавливании на околососковые кружки.

Диагноз беременности ставится только при совокупности всех или большей части перечисленных признаков.

В тех случаях, когда диагноз ранних сроков беременности сомнителен, используют гормональные методы диагностики беременности.

1. Реакция Ашгейм-Цондека. Неполовозрелым белым мышам вводят под кожу мочу исследуемой женщины. Содержащийся в моче беременных женщин гормон (пролан) вызывает быстрый рост фолликулов, овуляцию и образование желтого тела в яичниках мышей. Если при вскрытии мыши через 96—100 часов в яичниках находят темнокрасные кровоизлияния, то реакция считается положительной.

2. Реакция на крольчихах. Взрослой крольчихе вводят мочу в ушную вену. При вскрытии забитых крольчих через 48 часов в яичниках обнаруживают много темно-красных кровоизлияний.

3. Реакция на лягушках. В спинной лимфатический мешок двух лягушек-самцов вводят мочу исследуемой женщины. Через 1—2 часа исследуют содержимое из клоаки лягушки под микроскопом. Если в мазке обнаруживают сперматозоиды, то реакция положительная.

Достоверные признаки исходят от плода. Поэтому они определяются только со второй половины беременности. К этой группе признаков относятся: 1) шевеление плода, которое определяется при ощупывании живота беременной; 2) прощупывание частей плода (головка, спинка и конечности); 3) выслушивание сердцебиения плода; 4) наличие на рентгеновском снимке скелета плода с 5-месячного срока беременности.

## **МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННОЙ**

Обследование беременной заключается в сборе анамнеза и объективном исследовании.

**Опрос (анамнез).** При сборе анамнеза в амбулаторные карточки и истории родов записывают фамилию, имя, отчество, возраст, профессию, адрес беременной, ее семейное положение, фамилию мужа. Затем приступают к сбору специальных сведений.

В частности, выясняют состояние здоровья родителей, братьев и сестер. Уточняют, не болели ли они туберкулезом, сифилисом, нервно-психическими болезнями, алкоголизмом.

Особое внимание уделяется развитию беременной: когда в детстве она начала ходить, какие перенесла болезни в детстве, не было ли рахита, как развивалась в дошкольном и школьном возрасте. В каком возрасте появились менструации, характер их, установились ли сразу или был перерыв. Выясняют срок и количество дней менструации, промежуток между ними до замужества, изменились ли они после начала половой жизни. Наконец, устанавливают срок последней менструации, что важно знать для определения срока беременности.

Фиксируют дату начала половой жизни, первый это или повторный брак, возраст мужа, его здоровье (психические заболевания, туберкулез, сифилис у мужа являются показаниями для прерывания беременности, так как они отражаются на здоровье детей). Выясняют, какая по счету беременность, уточняют, когда были, как протекали и чем закончились предыдущие роды (самостоятельно или с оперативной помощью и какой именно). Устанавливают, как протекал послеродовой период, кормила ли ребенка; были ли аборт (сколько и когда), гинекологические заболевания (какие, когда), какое применялось лечение и какой результат его.

После окончания опроса приступают к объективному исследованию.

Объективное исследование производится в строгой последовательности и обычно начинается с общего исследования, а заканчивается специальным акушерским.

**Общее исследование** начинают с измерения температуры, роста и определения веса беременной. Наружный осмотр производят лежа и стоя, лучше без одежды. Осматривают кожу на наличие сыпи, гнойничков, расчесов, рубцов, пигментации на лице, молочных железах и белой линии живота. Особенно внимательно осматривают нижние конечности (отеки и варикозные узлы вызывают необходимость строгого наблюдения за беременной и госпитализации ее в стационар). Обращают внимание на форму живота в стоячем положении беременной (отвислый живот во второй половине беременности может быть при узком тазе, крупном плоде или дряблости и перерастяжении стенки живота). Выясняют наличие рахитических изменений скелета: искривление голеней, костей таза, укорочение конечностей и др.

После общего осмотра приступают к исследованию отдельных органов и систем. При этом руководствуются жалобами, предъявляемыми беременными, указывающими на заболевание какой-либо системы: сердечно-сосудистой (одышка, сердцебиение, аритмия, отеки), органов дыхания (кашель, боли в грудной полости), желудочно-кишечного тракта (запоры, поносы), мочевыделительной системы (отеки, боли в пояснице, частое болезненное мочеиспускание) и др.

У каждой беременной измеряют артериальное давление, производят общий анализ крови, берут кровь на резус-фактор, определяют группу крови, исследуют мочу и выделения. Артериальное давление выше 140 мм ртутного столба может быть признаком патологии беременности — токсикоза.

Уменьшение гемоглобина и эритроцитов, изменения в формуле белой крови могут указать на нарушения кроветворной системы беременной. Наличие белка в моче (особенно при повышении артериального давления) свидетельствует о том, что беременная страдает тяжелой формой токсикоза или заболеванием почек. У таких женщин возможны тяжелые осложнения во время беременности (самопроизвольный аборт) и в родах (эклампсия, преждевременная отслойка плаценты).

После окончания этих исследований приступают к специальному акушерскому исследованию.

**Наружное акушерское исследование.** В наружное акушерское исследование входит определение формы и размеров таза беременной, величины плода, его расположения и состояния. Оно производится на кушетке в положении беременной на спине.

Измерение таза производят при первом же посещении женской консультации и определении беременности. Размеры таза необходимо знать для того, чтобы заранее выяснить, не будет ли для головки плода препятствий при прохождении через родовые пути.

Измерению доступен большой таз. Измеряя его наружные размеры, мы можем судить о размерах малого таза, через которые проходит головка плода. Если большой таз имеет нормальные размеры, то и размеры малого таза также нормальные.

Чтобы измерить таз, беременная должна лежать на спине (рис. 16). Для измерения размеров таза поль-



зуются специальным инструментом, который называется тазомером. Обычно измеряют четыре размера



Рис. 16. Положение беременной при наружном измерении таза.

таза: три поперечных (*distantia spinarum*, *cristarum* и *trochanterica*) и один прямой (*conjugata externa*).

При измерении *distantia spinarum*, или расстояния между передне-верхними остями правой и левой подвздошной кости, пуговицы тазомера ставят к наружной поверхности этих остей. В нормальном тазу этот размер равен 25—26 см (рис. 17).

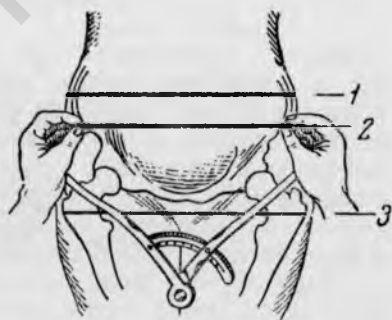


Рис. 17. Поперечные размеры большого таза.

1 — *distantia cristarum*; 2 — *distantia spinarum*; 3 — *distantia trochanterica*.

Для измерения *distantia cristarum*, или расстояния между наиболее удаленными друг от друга точками на наружной стороне гребешков правой и левой подвздошных костей, пуговицы тазомера ставятся на эти точки. Этот размер равен 28—29 см.

При измерении *distantia trochanterica* пуговицы тазомера ставятся на наружные поверхности больших вертелов бедренных костей. Он равняется 31—32 см.

Для измерения наружного прямого размера таза *conjugata externa*, т. е. расстояния между сстистым отростком V поясничного позвонка и верхним краем



Рис. 18. Положение беременной при измерении наружной конъюгаты.

лонного сочленения (в норме конъюгата равна 20—21 см), беременная должна лечь на бок, спиной к исследующему, нижнюю ногу согнуть в колене и привести к животу, а верхнюю вытянуть прямо. При таком положении беременной имеется свободный доступ к симфизу (рис. 18) и хорошо виден ромб Михаэлиса, который расположен в пояснично-крестцовой области в виде четырехугольника или ромба (рис. 19).

Одну пуговку прикладывают к верхнему углу ромба Михаэлиса (ямка между остистым отростком V поясничного позвонка и началом среднего крестцового гребня), а другую на середину верхнего края лонного сочленения. Если из размера наружной конъюгаты вычесть 9 см (на толщину кости и тканей), то получится прямой размер плоскости входа в малый таз. Этот размер называется истинной конъюгатой (*conjugata vera*) и равен в норме 11 см ( $20 - 9 = 11$ ). Для более точ-

ного определения истинной конъюгаты прибегают ещё к измерению диагональной конъюгаты путем внутреннего (влагалищного) исследования (рис. 20).

Диагональная конъюгата — это расстояние от нижнего края лонного сочленения до мыса крестца (промежностия). Она равна 13 см. Для определения истинной конъюгаты из размера диагональной конъюгаты вычитают 2 см ( $13 - 2 = 11$  см).

После тазоизмерения приступают к определению высоты стояния дна матки, выясняют положение, позицию, вид и предлежание плода. Для получения этих данных пользуются четырьмя наружными приемами акушерского исследования.

Определение высоты стояния дна матки. С этой целью применяют первый наружный прием, при котором две руки кладут ребром на живот (на

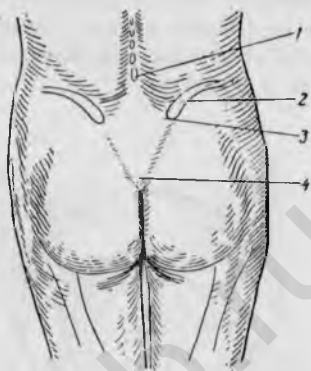


Рис. 19. Ромб Михаэлиса.  
1 — остистый отросток V поясничного позвонка; 2 — гребень подвздошной кости; 3 — задне-верхняя ость; 4 — верхушка крестца.



Рис. 20. Измерение истинной конъюгаты.

дно матки) и определяют расстояние от пупка до мечевидного отростка (рис. 21). По высоте стояния дна матки можно судить о сроке беременности. Определение членорасположения, положения плода, его позиции и вида производят, используя второй прием.

Членорасположение плода — это отношение его конечностей и головки к туловищу. В норме туловище плода согнуто, головка подбородком прижата к грудной клетке, ручки скрещены на грудке, ножки согнуты в тазобедренном и коленном суставах и прижаты к животу.



Рис. 21. Определение высоты стояния дна матки (I прием).



Рис. 22. Определение положения и позиции плода (II прием).

Положение плода — это отношение продольной оси плода к продольной оси матки. В 99,5% случаев оно бывает продольным — длинник плода совпадает с длинником матки. Но оно может быть поперечным, когда длинник плода пересекает длинник матки в поперечном направлении, или косым, если продольная ось плода пересекает продольную ось матки в косом направлении.

Позиция плода — это отношение спинки плода к правой или левой стороне матки.

При этом приеме обе руки кладут на боковые стенки живота и попеременно то одной, то другой прощупывают части плода (рис. 22). Обычно на одной стороне ощущают гладкую поверхность — спинку, а с противоположной стороны мелкие части его — ручки и ножки. Если

спинка обращена влево — это первая позиция; при обращении спинки вправо — вторая позиция.

При поперечном положении позицию плода определяют по головке: первая позиция — головка слева; вторая позиция — головка справа. В каждой позиции различают два вида плода.



Рис. 23. Определение предлежащей части плода (III прием).



Рис. 24. Определение отношения предлежащей части ко входу в малый таз (IV прием).

Вид плода — отношение спинки плода к передней или задней стенке матки. При переднем виде спинка плода обращена больше кпереди, при заднем — больше кзади.

Определение предлежащей части плода производят, используя третий прием. Раскрытой ладонью правой руки (рис. 23), положенной над симфизом, охватывают предлежащую часть. Головка определяется в виде плотной округлой части. Ягодицы всегда меньших размеров, мягкие.

Предлежание плода — отношение крупной части плода (головки или ягодиц) ко входу в таз. В продольном положении плода различают головное предлежание, если головка находится внизу у входа в малый таз, и ягодичное, если у входа в таз находятся ягодицы.

Определение высоты стояния предлежащей части. Для этого используют четвертый прием: беременная должна согнуть ноги в коленях, поставить и развести их. Исследующий становится лицом к ногам беременной и, углубляя пальцы над симфизом, ощупывает предлежащую часть (рис. 24) и устанавливает ее отно-



Рис. 25. Выслушивание сердцебиения плода.

шение ко входу в малый таз (подвижная, прижата или в полости малого таза). При поперечных положениях плода предлежащая часть над симфизом не определяется.

Выслушивание сердцебиения плода производится при помощи специального акушерского стетоскопа (рис. 25). Его удается прослушать в конце IV или в начале V месяца беременности. При продольном положении, первой позиции, переднем виде сердцебиение плода лучше всего прослушивается слева от средней линии живота, ниже пупка. При второй позиции, переднем виде головного предлежания оно прослушивается справа от средней линии, ниже пупка. При заднем виде, головном предлежании сердцебиение плода прослушивается далеко сбоку. При ягодичном предлежании сердцебиение плода прослушивается выше пупка с соответствующей стороны (рис. 26; при поперечном положении — посередине живота, сбоку).

Сердцебиение плода не совпадает с пульсом матери, и равняется обычно 120—130 ударам в минуту.

При наружном акушерском исследовании также производят измерение окружности живота на уровне пупка.

Перед родами окружность живота при среднем весе плода в 3000—3200 г равняется 97 см. Окружность его свыше 100 см дает основание предположить наличие крупного плода, многоводия или многоплодия.

Заканчивается наружное акушерское исследование уточнением вопроса о том, один или несколько плодов находится в полости матки (многоплодие). Поставить диагноз многоплодия можно только в последние 1—2 месяца беременности. Предположить наличие двойни можно по таким признакам: 1) большая окружность живота (больше 100 см); 2) прощупывается две крупные, твердые, круглые части плода (головки) и много мелких частей; 3) выслушивается сердцебиение двух плодов в различных местах и различной частоты. В трудных случаях во второй половине беременности для установления наличия двойни производят рентгенографию брюшной полости.

Распознавание жизни и смерти плода до V месяца в беременности производится на основании наблюдения за ростом матки. Этот вопрос возникает в том случае, когда беременная перестает ощущать шевеление плода и при исследовании не выслушивается сердцебиение.

При гибели плода исчезают его движения, сердцебиение не выслушивается, объем матки вследствие рассасывания сколоплодных вод уменьшается, стенки ее становятся плотными. Молочные железы становятся дряблыми, из сосков выделяется молоко, а не молозиво. Биологические реакции через 2—3 недели после гибели плода дают отрицательный ответ.

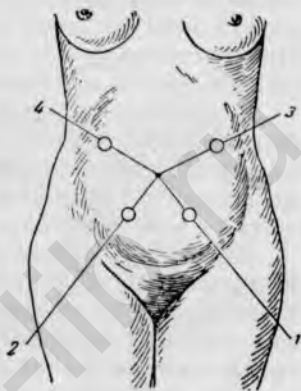


Рис. 26. Точки выслушивания сердцебиения плода при различных положениях и предлежаниях.

1 — при головном предлежании первой позиции; 2 — при головном предлежании второй позиции; 3 — при ягодичном предлежании первой позиции; 4 — при ягодичном предлежании второй позиции.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ И НАЧАЛА ДЕКРЕТНОГО ОТПУСКА

Указом Президиума Верховного Совета СССР от 26 марта 1956 г. работающей беременной женщине для создания благоприятных условий развития беременности и подготовки ее к родам предоставляется отпуск на 112 дней (56 дней до родов и 56 дней после родов). При установлении срока беременности пользуются объективными методами исследования.

В практике родовспомогательных учреждений срок беременности и родов устанавливается по учету времени, прошедшему от первого дня последней менструации до момента, когда определяется этот срок, по величине матки и шевелению плода.

**Шевеление плода** ощущается первородящими в 19—20 недель, повторнородящими в 18 недель. Однако женщина может не помнить ни даты последней менструации, ни даты шевеления плода. Поэтому при проведении среди женщин санитарно-просветительной работы необходимо добиваться наиболее ранней обращаемости беременных в женскую консультацию и чтобы они запомнили, а еще лучше записывали срок последней менструации и дату первого шевеления плода.

Для установления ранних сроков беременности (до 3-месячного срока) прибегают к определению величины беременной матки путем влагалищного исследования.

Влагалищное исследование беременной (рис. 27) производится на гинекологическом кресле или на твердой кушетке. Женщина лежит на спине, ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах, раздвинуты в стороны. Исследующий, чисто вымыв руки, большим и указательным пальцами левой руки раздвигает половые губы и производит осмотр половой щели, входа во влагалище, девственной плевы, клитора, наружного отверстия уретры и промежности. Затем исследующий осторожно вводит во влагалище указательный и средний пальцы правой руки, продвигаясь до сводов влагалища и шейки матки. В это время наружной рукой он фиксирует матку со стороны живота. При влагалищном исследовании определяют ширину просвета и растяжимость стенок влагалища, величину, консистенцию,



подвижность, сократимость и болезненность матки, состояние шейки матки, форму и раскрытие наружного зева. Влагалищное исследование заканчивают измерением диагональной конъюгаты.

Более поздние сроки беременности определяют по высоте стояния дна матки. В конце I месяца беременности матка достигает величины куриного яйца и приобретает округлую форму;

в конце II месяца увеличивается до размера гусиного яйца (дно ее стоит на уровне симфиза);

в конце III месяца достигает величины кулака (дно матки на один палец выступает над симфизом);

в конце IV месяца вся матка выходит из малого таза в брюшную полость (дно ее стоит на 6 см выше симфиза);

в конце V месяца дно матки на 11—12 см выше симфиза, т. е. на два поперечных пальца ниже пупка (женщина ощущает шевеление плода, выслушивается сердцебиение его).

Стенка живота заметно выпячена. Появляется пигментация лица и белой линии живота;

в конце VI месяца дно матки находится на уровне пупка или на 22 см выше симфиза; в конце VII месяца дно матки на два поперечных пальца выше пупка (т. е. на 24—26 см выше симфиза);

в конце VIII месяца дно матки стоит посередине между пупком и мечевидным отростком (т. е. на 28 см выше симфиза);

в конце IX месяца дно матки достигает наиболее высокого уровня, стоит под мечевидным отростком или на 36 см выше симфиза (рис. 28).

В конце X месяца дно матки опускается на тот же уровень, где оно находилось к концу VIII месяца, т. е. находится на середине между пупком и мечевидным отростком. На последнем месяце беременности дно матки отклоняется кпереди, а предлежащая часть опускается к входу в малый таз.

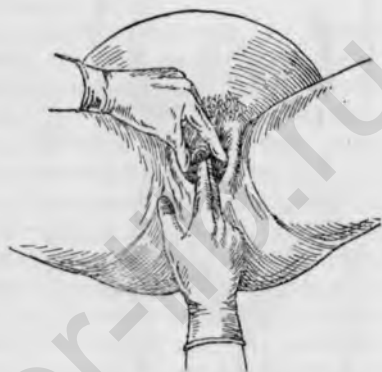


Рис. 27. Влагалищное исследование беременной.

**Определение срока родов.** В акушерской практике дату предположительного срока родов обычно вычисляют по первому дню последней менструации. Например, если первый день последней менструации был 10 октября, то надо отсчитать 3 месяца назад (сентябрь, август, июль), получаем 10 июля; прибавляем 7 дней и получаем предполагаемый срок родов 17 июля.

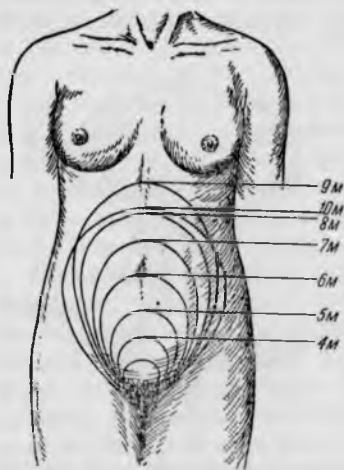


Рис. 28. Высота стояния дна матки в различные сроки беременности.

Если женщина не помнит даты последней менструации, то срок наступления родов надо высчитывать по дню, с которого беременная стала ощущать шевеление плода. К этому дню прибавляют у первородящей 140 дней (20 недель), а у повторнородящей 126 дней (18 недель).

Вычисляя срок родов, следует помнить, что в среднем беременность длится 280 дней, или 40 недель.

**Дородовый отпуск** беременным женщинам предоставляют за два акушерских (лунных) месяца до родов, т. е. в 32 недели беременности. Правильное решение вопроса о выдаче декретного дородового отпуска требует применения комплексного обследования и постоянного наблюдения за беременной, причем, чем раньше обращается женщина к врачу при наступлении беременности, тем точнее можно установить ее срок. Необходимо добиваться хорошей постановки профилактической работы по повышению первичной явки женщин к врачу в ранние сроки беременности (в первые три месяца).

## НАБЛЮДЕНИЕ И УХОД ЗА БЕРЕМЕННОЙ

Беременность для женского организма является нормальным физиологическим процессом. Однако, предъявляя повышенные требования ко всем органам и систе-

мам, она может вызвать определенные сдвиги в организме. Особенно неблагоприятно сказываются на течении беременности различные сопутствующие заболевания женщины.

Чтобы не допустить появления и своевременно обнаружить малейшие признаки начинающегося осложнения, каждая женщина с момента установления у нее беременности должна находиться под наблюдением врача-акушера, терапевта и стоматолога.

Большую опасность для здоровья матери и плода представляют заболевания сердечно-сосудистой системы. Они при беременности обостряются, вызывают тяжелые формы нарушения кровообращения. Поэтому при обнаружении этой патологии беременная должна быть направлена на специальное лечение.

Артериальное давление у беременных измеряется не реже одного раза в месяц в первую половину, 2 раза в месяц во вторую половину беременности, а перед родами еженедельно. Повышение максимального артериального давления выше 140 мм ртутного столба или минимального выше 80 мм ртутного столба следует расценивать как признак тяжелого осложнения беременности — токсикоза. Должно обратить на себя внимание и пониженное артериальное давление — гипотония, которая способствует большим кровопотерям в родах.

Анализ мочи необходимо производить в первую половину беременности раз в месяц, во вторую — раз в 2 недели, а при наличии изменений в моче через каждые 2—3 дня. Производя анализы мочи, прежде всего необходимо следить за наличием в ней белка. В амбулаторных условиях мочу рекомендуется брать так: утром, перед взятием ночной порции мочи, наружные половые органы подмывают кипяченой водой и высушивают их стерильным куском ваты. Вход во влагалище закрывается куском стерильной ваты и женщина мочится в чистое судно или стеклянную посуду. Через чистую стеклянную воронку наливают в пробирку 8—10 мл мочи и производят одну из проб на белок.

Наличие белка в моче явление ненормальное, особенно если у беременной повышено артериальное давление и имеются отеки нижних конечностей. Оно свидетельствует о том, что беременная страдает заболеванием почек, тяжелой формой токсикоза (нефропатией),

и возможны серьезные осложнения во время беременности (самопроизвольный аборт) и в родах (эклампсия, преждевременная отслойка плаценты).

Всем беременным в женской консультации обязательно дважды в первую и вторую половину беременности берут кровь на реакцию Вассермана для выявления сифилиса и его лечения. При отсутствии лечения сифилис приводит к самопроизвольным абортam в поздние сроки беременности, преждевременным родам и рождению больных детей.

Следует взять мазки из наружного отверстия мочеиспускательного канала, влагалища, шейки матки для исследования на наличие возбудителя гонореи — гонококка.

В случае получения положительной реакции Вассермана или обнаружения в мазке гонококков необходимо сообщить в венерологический диспансер.

При наличии туберкулеза вопрос об оставлении беременности решается специалистом-фтизиатром и акушером. С целью профилактики новорожденным в родильном доме вводят специальную ослабленную культуру туберкулезных палочек («бецежирование»).

Необходимо у каждой беременной уже при первом посещении консультации исследовать кровь на резус-принадлежность (резус-фактор). Несовместимость крови матери (резусотрицательная) и плода (резусположительная) по резус-фактору может обусловить гибель плода до рождения или после рождения от гемолитической желтухи. При обнаружении у беременной резусотрицательной крови надо взять ее на учет, ежемесячно исследовать кровь и следить за нарастанием титра резус-антител. В случае его быстрого нарастания беременную надо направить в родильный дом для лечения.

При обследовании беременных с отягощенным анамнезом (мертворождения, уродства плода и др.) следует помнить о листереллезе и токсоплазмозе. Листереллез вызывается бактерией листереллой. Беременные заражаются токсоплазмами от домашних животных и птиц. Инфицирование плода происходит от матери. Все беременные, страдающие этими заболеваниями, должны быть направлены в родильный дом на лечение.

Каждую беременную при первом же посещении женской консультации должен осмотреть врач-стоматолог.

Он обязан провести санацию полости рта, а при наличии кариозных зубов лечить их. Оставлять во рту больные зубы не следует потому, что они представляют собой очаги дремлющей инфекции, которые в послеродовом периоде могут вызвать септические заболевания.

В комплексе мероприятий по охране здоровья беременных важное значение имеет профилактика гриппа, ангины, ревматизма, пневмонии, а также своевременное выявление и рациональное лечение малярии, бруцеллеза и других заболеваний.

Указанные заболевания часто способствуют прерыванию беременности на различных стадиях развития плодного яйца и вредно отражаются на здоровье женщины.

Все сведения о течении беременности должны быть занесены в амбулаторную карточку беременной.

В дальнейшем необходимо осматривать беременную не менее одного раза в месяц. Если женщина почему-либо не является на осмотр, необходимо провести патронаж на дому. При каждом повторном осмотре необходимо определять вес беременной, измерять артериальное давление, производить анализ мочи.

В последние месяцы беременности (с 36-й недели) в консультации проводится психопрофилактическая подготовка беременной к обезболиванию родов.

## **ГИГИЕНА И ДИЕТЕТИКА БЕРЕМЕННЫХ**

Отклонения в правильном развитии беременности могут вызвать не только заболевания, но и нарушения режима в работе, быту, плохое питание. Поэтому очень важно соблюдение правил личной гигиены.

В нашей стране в законодательном порядке регулируется режим труда беременных. С V месяцев беременную переводят на более легкую работу, ее не назначают в ночные смены, не загружают сверхурочной работой и не посылают без ее согласия в командировки. Получив отпуск, женщина не должна загружать себя дома работой, вызывающей физическое напряжение. Ей запрещается поднимать тяжести, носить что-нибудь впереди себя, подниматься или спускаться по лестницам. Легкая физическая работа беременной полезна, так как улучшает общее состояние, повышает аппетит и регулирует

все важные процессы в организме (работу сердца, легких, желудочно-кишечного тракта, усиливает обмен веществ).



Рис. 29. Комплекс физических упражнений, рекомендуемых беременной.

Для улучшения работы этих систем, для укрепления и развития мышц живота и тазового дна, играющих важную роль в процессе родов, беременным рекомендуется специальная гимнастика. Женщинам-спортсменкам можно продолжать свои тренировки, за исключением бега, прыжков, метания диска, езды на велосипеде.

Физические упражнения следует проводить под контролем врача женской консультации. Продолжительность

физических упражнений должна быть 10—15 минут. Большая продолжительность может повредить здоровью беременной.

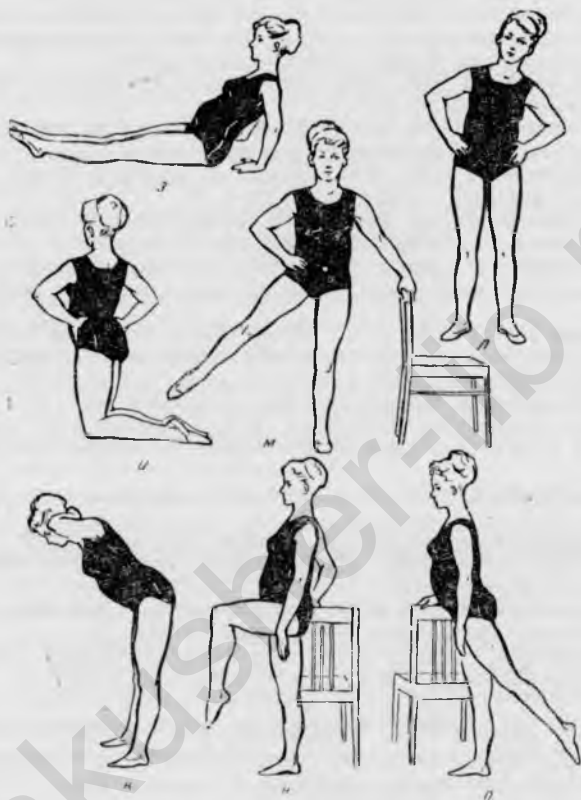


Рис. 29. Комплекс физических упражнений, рекомендуемых беременной.

Возвратясь после упражнения в исходное положение, необходимо сделать короткую передышку, не менее 5—10 секунд. После упражнений следует полностью расслаблять все мышцы туловища.

Специальная гимнастика для беременных указана на рис. 29.

**Упражнение 1** (рис. 29,а) — дыхательное упражнение. Исходное положение: руки вдоль туловища. Запрокидывая их медленно

Назад, делают глубокий вдох через нос. Вытягивая руки вдоль туловища, делают выдох через рот.

**Упражнение 2** (рис. 29,б) также дыхательное, но стоя на коленях. Исходное положение: руки вытянуты вперед. Отводя их медленно в стороны, делают вдох, сводя их впереди — выдох.

**Упражнение 3** (рис. 29,в). Руками следует сближать разведенные колени, оказывая при этом сопротивление. Упражнение это для мышц тазового дна, нижних и верхних конечностей.

**Упражнение 4** (рис. 29,г). Стараются свести колени вместе, руками оказывая сопротивление.

**Упражнение 5** (рис. 29,д). Поднимая туловище вверх (мост), делают вдох, опуская — выдох. Упор на ступни и плечи.

**Упражнение 6** (рис. 29,е). Раздвигая ноги в стороны, делают вдох, при сдвигании — выдох.

**Упражнение 7** (рис. 29,ж). Это упражнение для обеих ног. Их надо поднимать попеременно, держась за стул рукой.

**Упражнение 8** (рис. 29,з). Исходное положение: лежать на спине. Поднимаясь на руках вверх, делают вдох, медленно опускаясь — выдох.

**Упражнение 9** (рис. 29,и). Поворачивая туловище в сторону, делают вдох, возвращаясь в исходное положение — выдох. Это упражнение можно производить стоя.

**Упражнение 10** (рис. 29,к). Руки заложены за голову, ноги несколько раздвинуты. Нагибаясь вперед, делают вдох, выпрямляясь — выдох. Выполнять можно только в первые месяцы беременности.

**Упражнение 11** (рис. 29,л). Сгибание туловища в одну и другую сторону.

**Упражнение 12** (рис. 29,м). Отводя ногу в сторону, делают вдох, приставляя — выдох. Держаться за стул. После нескольких упражнений меняют ногу.

**Упражнение 13** (рис. 29,н). При подъеме ноги делают вдох, при опускании — выдох. Держаться за спинку стула.

**Упражнение 14** (рис. 29,о). При выдвигании ноги вперед — вдох, отведении назад — выдох. Свободное качание ноги.

После гимнастики рекомендуется принять теплый душ (при невозможности сделать влажное обтирание) и тело вытереть насухо мохнатым полотенцем.

Сон беременной не должен длиться более 8 часов. Днем лучше отдыхать лежа, допускается непродолжительный сон. Перед сном комнату надо проветривать, при возможности следует спать при открытой форточке или окне. Беременная должна спать на отдельной кровати. Постельное белье надо менять не реже одного раза в неделю.

**Кожа.** Через кожу происходит обмен, дыхание. Поэтому очень важно держать ее в чистоте. Тело нужно ежедневно обмывать до пояса водой комнатной температуры и вытирать мохнатым полотенцем. Этим можно



ограничиться и для подготовки сосков к кормлению, если они достаточно выступают над поверхностью железы. Если же они невысоки, плоские или втянутые, рекомендуется постепенно перейти на холодную воду и, предварительно вымыв руки, вытягивать сосок вперед на протяжении 3—5 минут. Для поддержания чистоты тела рекомендуется один раз в неделю мыться под теплым душем (34—35°). Пользуясь баней, не следует долго быть в очень горячем помещении. Мыться нужно не более 12—15 минут.

Беременная должна следить за чистотой наружных половых органов. Их необходимо ежедневно обмывать теплой кипяченой водой. Не рекомендуется производить спринцевание или промывание влагалища. Во время беременности рекомендуется половое воздержание, особенно два первых и два последних месяца. Половые сношения в начале беременности могут привести к прерыванию ее, в последние месяцы — могут вызвать преждевременное отхождение вод и занесение возбудителей инфекции в родовые пути.

Беременная должна коротко остригать ногти на руках, особенно перед родами. Под ними может скапливаться грязь, в которой всегда имеются микробы, что угрожает инфекцией.

Беременной нужно больше бывать на свежем воздухе. Рекомендуется установить прогулки в одно и то же время — утром, перед обедом и перед сном не менее часа. Желательно медленно ходить по ровному месту, чтобы прогулка не утомляла беременную.

Одежда беременной должна быть свободной, легкой, не стеснять живот и молочные железы. Юбки следует носить на плечиках, чулки закреплять длинными резинками к поясу, а с VII месяца к бандажу спереди и сзади. Тугое перевязывание и ношение круглых резинок нарушает кровообращение нижних конечностей, способствует расширению вен, появлению отеков.

С VII лунного месяца рекомендуется поддерживать живот бандажом. Бандаж следует надевать лежа. При отсутствии бандажа живот подвязывают широким полотном. Бандаж поддерживает живот, предупреждает перерастяжение стенки его и обеспечивает правильное положение матки. Нижнее белье следует менять ежедневно после купания под душем.

Для правильного дальнейшего развития молочных желез беременная должна носить лифчик, который охватывает молочные железы и поддерживает их так, чтобы нижняя поверхность их не свисала вниз, размещалась горизонтально. Для этого плечики его должны быть короткими. Лифчики следует шить из грубоватого материала (полотна), так как грубая ткань, раздражая кожу сосков, уплотняет ее, что является профилактической мерой против возникновения трещин сосков.

Организм женщины при беременности нуждается в большом количестве белков, жиров, углеводов, минеральных солей и витаминов. При нормальном течении беременности в первой половине ее питание может быть обычным. Во второй половине беременности и особенно в последние два месяца наблюдается большая нагрузка на печень и почки. Поэтому в последние два месяца ограничивают прием мяса, соли и воды. Мясные блюда можно готовить из вываренного мяса не чаще 1—2 раз в неделю. Запрещаются острые и соленые блюда. Рекомендуется молочно-растительная диета.

Организм беременной женщины нуждается в витаминах (А, В<sub>1</sub>, В<sub>12</sub>, С, D, Е), необходимых для нормального развития беременности. Указанные витамины входят в состав выпускаемых в разных комбинациях поливитаминов, содержатся в свежих фруктах, овощах, соках.

Прием жидкости беременной должен ограничиваться до 1,5 л в день. Сюда входит вода, чай, молоко, первые блюда, кисели и т. д. Алкогольные напитки всех видов, в том числе и пиво, запрещаются. Они вредны для матери и особенно для плода.

В пищевой рацион беременных должны входить разнообразные продукты с достаточным количеством белков, жиров и углеводов.

При беременности нарушается деятельность кишечника и проявляется склонность к запорам. Следует регулировать работу кишечника естественным путем, т. е. рекомендовать с вечера пить простоквашу, кефир, а натощак выпивать стакан воды, есть сливы, яблоки, апельсины, мандарины и др. Только в крайнем случае можно применять нежные слабительные (пурген) или прибегать к клизмам.

---

## Глава VI

### АСЕПТИКА И АНТИСЕПТИКА В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

Асептика и антисептика в акушерстве имеют огромное значение. Особенностью ее в акушерстве является то, что малейшее упущение в выполнении правил асептики и антисептики во время беременности, родов и в послеродовом периоде может привести к массовой заболеваемости и даже смертности матерей и детей.

Повреждения шейки матки, влагалища и промежности во время родов, обширная раневая поверхность на стенках матки после родов и рана на месте перерезки пуповины новорожденного являются открытыми воротами для проникновения возбудителей инфекции в организм матери и плода. Из окружающей среды возбудители инфекции могут быть занесены в родовые пути грязными руками, инструментами, перевязочным материалом и другими предметами ухода (экзогенная инфекция). Большую опасность для беременных, рожениц и родильниц представляют большие гриппом, ангиной, которые при разговоре, кашле и чихании вместе с выделениями изо рта и носа рассеивают возбудителей инфекции (капельная инфекция). Очаги инфекции также могут существовать в организме самой женщины (эндогенная инфекция). Такими очагами могут быть гнойнички на коже, кариозные зубы, воспалительные процессы в половых и мочевыделительных органах и др.

В процессе работы медицинский персонал близко соприкасается с беременными, принимает участие в родах, обслуживает родильниц и детей в послеродовом периоде. При несоблюдении правил личной гигиены, асеп-

тики и антисептики во время работы медицинский персонал может стать источником заболевания не только той женщины, которую обслужили, но и многих десятков других матерей и детей, с которыми они непосредственно соприкасались. Поэтому от медицинского персонала требуется строжайшее выполнение всех правил асептики и антисептики, необходимых для сохранения здоровья матери и новорожденного.

В России асептика и антисептика впервые была введена в хирургию Н. И. Пироговым, а в акушерство — А. Я. Красовским (1872).

Асептика представляет собой совокупность мероприятий, направленных на предупреждение проникновения микробов в рану при помощи физических методов. Антисептика — использование для борьбы с инфекцией различных химических обеззараживающих веществ, применяемых в самой ране и вне ее.

### **ПОМЕЩЕНИЯ РОДИЛЬНОГО ДОМА И ИХ СОДЕРЖАНИЕ**

Помещения для беременных, рожениц, родильниц и новорожденных, а также для гинекологических больных должны отвечать всем санитарно-гигиеническим требованиям, предъявляемым к хирургическим отделениям. Лихорадящие роженицы, а также беременные и родильницы с гнойничковыми процессами должны быть изолированы от здоровых во второе акушерское отделение и обслуживаться отдельным медицинским персоналом. Родильные дома должны дважды в год закрываться на ремонт; стены и потолки родильного зала, перевязочных и операционных следует выкрасить масляной краской; полы покрыть кафельными плитками или линолеумом. Только в исключительных случаях допускается пол зашпаклеванный, без щелей, и хорошо выкрашенный масляной краской. Покрашенные потолки, стены, полы и мебель ежедневно протирают 2% раствором хлорамина, а помещение проветривают не менее 24 часов. В них должна находиться только самая необходимая мебель и оборудование, выкрашенное белой масляной краской.

Помещения предродовой, послеродовых, детских палат и палаты патологии беременности также должны

подвергаться 2 раза в день влажной уборке, кварцеванию и возможно чаще и лучше проветриваться. Один раз в неделю должна производиться генеральная уборка: мытье панелей, стен, дверей, оконных рам, полов, мебели 2% раствором хлорамина и проветривание.

В родильных домах с большим суточным количеством родов стараются послеродовые и детские палаты заполнять по циклической системе. Одна — две палаты заполняются роженицами сегодняшнего дня, другая — завтрашними и т. д. Это приводит к одновременной выписке их и очередному освобождению палаты. После генеральной уборки, дезинфекции, кварцевания и суточного отдыха палата вновь заполняется. Такое циклическое заполнение палат приводит к снижению заболеваемости родильниц и особенно новорожденных.

Одеяла, подушки и матрацы каждой выписавшейся родильницы и беременной подвергаются дезинфекции в дезинфекционной камере.

Посещения беременных, рожениц, родильниц и гинекологических больных родственниками следует запретить.

Надо установить строгий контроль за передачами. Для этого надо вывесить список разрешенных для передачи продуктов питания. Последние должны находиться в белых мешочках, в крайнем случае быть завернуты в салфетку или чистую, но не газетную бумагу. Нельзя передавать старые книги и журналы, так как они побывали в разных руках и таят в себе опасность занесения в родильный дом различной инфекции.

Во всех палатах должен строго соблюдаться режим койки. Он заключается в следующем.

Матрацы на каждой материнской кровати должны быть обшиты клеенками, не меньше 1,5 м длины. Во многих родильных домах на матрацы надевают клеенчатый чехол. При выписке родильницы клеенку или чехол снимают, замачивают в дезинфицирующем растворе, а матрацы отправляют для проветривания или в дезинфекционную камеру. Перед заправкой кровати для новой смены родильниц на матрац надевают продезинфицированный чехол или клеенку, которую сверху покрывают простыней. На верх простыни кладут другую клеенку размером 1 м<sup>2</sup>, которую не меньше 2 раз в день обрабатывают раствором хлорамина или лизоформа.

Эту подкладную клеенку после выписки родильницы также тщательно моют под струей горячей воды с мылом. Мытье клеенки производится при помощи прокипяченной щетки или мочалки в отдельном моечном помещении на специальном приспособлении, состоящем из доски соответствующих размеров, покрытой оцинкованным железом. После мытья клеенку обрабатывают дезинфицирующим раствором (хлорамином) и сушат на стойке. В родильных отделениях, где нет возможности иметь отдельные моечные комнаты, клеенки таким же образом обрабатывают в подсобном помещении. Такая же обработка производится при переводе родильницы во второе отделение или в изолятор.

Каждая кровать должна иметь номер. Этот же номер имеется и на индивидуальном подкладном судне. Оно помещается или на кронштейне, приделанном к кровати, или на небольшой скамеечке, выкрашенной белой масляной краской. Запрещается пользоваться общим судном, так как при этом имеется реальная опасность перенесения инфекции от одной женщины к другой. Судна после пользования немедленно выносят, очищают, моют водой, а затем обязательно обрабатывают дезинфицирующим раствором (хлорной известью). Через каждые 2—3 дня судна кипятят в специальном цинковом (алюминиевом) баке на протяжении 15 минут.

Раствор хлорной извести готовят следующим образом: 1 кг хлорной извести растворяют в 10 кг воды и отстаивают в течение 2—3 часов, затем сливают и фильтруют через вату. Из этого крепкого раствора хлорной извести готовят хлорную воду для дезинфекции суден. Для этого берут 10 мл крепкого хлорного раствора и растворяют в 1 л горячей воды. Хлорную воду наливают в оцинкованный бак и погружают судна на 30 минут.

## **ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА ОБСЛУЖИВАЮЩЕГО ПЕРСОНАЛА**

Медицинский персонал должен строго соблюдать правила личной гигиены на работе, дома и в быту. При наличии дома инфекционных больных медицинский персонал обязан избегать контакта с ними и немедленно сообщать об этом на работе. В этом случае они временно должны быть переведены на такую работу, которая

не представляет угрозы занесения инфекции в родильный дом.

В сельских условиях не рекомендуется акушерке, медицинской сестре выполнять земляные работы на огороде перед дежурством.

При появлении первых признаков заболевания (недомогания, насморка, боли и покраснения в зеве, повышенной температуры) обслуживающий персонал обязан обращаться к врачу и в необходимых случаях получить освобождение от работы.

**Одежда.** Приходя на дежурство или на работу, обслуживающий персонал должен переодеваться в специальное чистое платье с короткими рукавами, из легко стирающегося материала (ситец). Обувь должна быть просторная, на мягкой подошве и без каблуков (кожаные тапочки). Платье и обувь должны вместе с халатом оставаться в индивидуальном шкафчике — гардеробной. В шкафчике обычно имеется два отделения. В одном отделении хранится верхняя одежда и обувь, в которой приходят на работу, а в другом — халат, рабочие платье и обувь, которые носят на работе.

Прежде чем приступить к работе, акушерок, медицинских сестер и санитарок осматривает дежурный врач. При эпидемиях гриппа всему медицинскому персоналу профилактически вводят в ноздри капли пенициллина, проводится вакцинация. Вступая на дежурство, необходимо принять душ.

Халат дежурного персонала должен быть чистым, проутюженным, с завязками сзади, с короткими или подвернутыми выше локтей рукавами. Шапочка или косынка должна полностью закрывать все волосы на голове. На лицо надевают вымытую и проглаженную маску, сделанную из 4—6 слоев марли.

**Уход за руками.** Обслуживающий медицинский персонал должен содержать руки в чистоте, беречь их от загрязнений и ранений. Придя на работу, надо коротко остричь ногти, снять кольца, браслеты и т. д. Если на руках имеются небольшие ссадины, трещины, порезы, следует работать в резиновых перчатках. При больших повреждениях кожи рук и наличии гнойных процессов (панариции, фурункулы) медицинский персонал к работе не допускается. Перед всякой манипуляцией необходимо тщательно мыть руки.

## СТЕРИЛИЗАЦИЯ ИНСТРУМЕНТОВ, ПЕРЕВЯЗОЧНОГО МАТЕРИАЛА И ПРЕДМЕТОВ УХОДА

**Стерилизация инструментов** для акушерских операций производится сухим паром в автоклаве или кипячением в специальном стерилизаторе. В автоклаве стерилизуют инструменты в двух биксах или в специальных пакетах, состоящих из двух наволочек. В одном биксе (пакете) стерилизуют инструменты для срочных полостных операций (кесарево сечение, внематочная беременность, разрыв матки и др.) Они хранятся в операционной. В другом пакете (биксе) стерилизуют инструменты для срочных акушерских операций (акушерские щипцы, инструменты для плодоразрушающих операций и др.). Они хранятся в родильном зале. Биксы и пакеты со стерильными инструментами должны иметь этикетку с датой стерилизации и подписью лица, проводившего ее. Через 1—2 дня инструменты подвергают повторной стерилизации.

Инструменты меньших размеров, используемые во время родов и в послеродовом периоде (зеркала и подъемники для осмотра родовых путей, для накладывания швов и др.), стерилизуют путем кипячения в стерилизаторе. Инструменты погружают в кипяченую воду и кипятят в течение 15—20 минут. В этом же стерилизаторе кипятят резиновые катетеры. Режущие инструменты (ножницы, скальпели и др.) стерилизуют, положив на 15—20 минут в лоток с чистым спиртом (96°).

**Стерилизация перевязочного материала** производится в автоклаве. Перевязочный материал укладывают в биксы. Желательно иметь один бикс с материалом для рожениц, другой — для новорожденных, третий — для родильниц.

В биксе для рожениц должны быть 1—2 комплекта белья и материала для приема родов: рубашки, косынки, чулки, 2—4 подкладные пеленки, ватные шарики, марлевые салфетки различной величины, 2—3 бинта длиной 5—6 м, шириной 12 см, деревянные палочки с намотанной на них ватой. В этот же бикс для акушерки (медицинской сестры), принимающей роды, кладут халат, косынки или шапочки, марлевые маски и др.

В биксе с материалом для новорожденных должны быть: 2—4 пеленки, несколько салфеток (размером



8×8 см), 2—3 бинта длиной 1—1,5 м, шириной 8 см, ватные шарики, палочки с ватой, пакет с несколькими марлевыми тесемками или толстыми нитками для перевязки пуповины, 2—3 глазных пипетки. Стерильные биксы снабжаются этикетками с датой стерилизации и подписью ответственного лица.

Перевязочный материал и белье берут из биксов только стерильными инструментами (корнцангом). Если из открытого бикса материал или белье расходуется не сразу и часть его остается, все неиспользованное стерилизуют снова. Неоткрытые биксы перестерилизовывают через день.

**Стерилизация шелка и кетгута для швов.** Шелк и кетгут чаще всего отпускается аптеками в стерильных ампулах. При отсутствии их стерилизуют особой обработкой, которая описана в учебниках хирургии. Металлические скобки кипятят непосредственно перед операцией. Шелк, кетгут и скобки берут стерильными инструментами.

Различные предметы ухода также должны быть стерильными: щетки для мытья рук и мочалки, которыми обмывают женщин при поступлении, стерилизуют путем кипячения в стерилизаторе или в эмалированной (алюминиевой) кастрюле в течение 10 минут. Новые щетки кипятят в течение 20 минут, после чего сливают воду, наливают свежую и еще кипятят 15—20 минут. Щетки и мочалки хранят в сухой, всегда закрытой стеклянной посуде или кастрюле с надписью. Брать их можно только стерильным корнцангом или большим пинцетом, которые находятся постоянно в стерильной банке с раствором лизоформа. Эту банку и корнцанг надо ежедневно кипятить, а раствор лизоформа менять.

Термометры хранят в стеклянной банке с раствором лизоформа, с марлей или ватой на дне. Перед применением термометры вытирают стерильным ватным шариком.

Резиновые и стеклянные предметы (перчатки, накладки на соски молочных желез, молокоотсосы, глазные пипетки) либо стерилизуют в автоклаве, либо кипятят. Их надо хранить в сухом виде в стерильной посуде с крышкой.

Чашечки вакуум-экстрактора с резиновыми трубочками и система для переливания крови должны быть

чисто вымыты и простерилизованы в стерилизаторе путем кипячения. После этого их заворачивают стерильной пленкой и хранят в шкафу. Резиновые баллончики с трубочками, которые используются для отсасывания слизи изо рта новорожденного, стерилизуют путем кипячения и хранят в отдельном пакете или стерилизаторе. Стекланные наконечники для спринцевания кипятят в отдельной посуде с раствором лизоформа. На посуде обязательно должна быть соответствующая надпись. Стекланные и эбонитовые наконечники для клизм кипятят и сохраняют в отдельной посуде с раствором лизоформа.

---

акusher-lib.ru

## Глава VII

### ФИЗИОЛОГИЯ РОДОВ

Роды представляют собой нормальный физиологический процесс, при котором происходит изгнание (выталкивание) из полости матки плода и плаценты с оболочками через естественные родовые пути.

Нормальные (срочные) роды наступают в среднем через 280 дней, или 10 акушерских (лунных) месяцев (40 недель) беременности, считая с первого дня последней менструации, когда плод по своему развитию способен к внеутробной жизни.

#### ПРЕДВЕСТНИКИ И НАЧАЛО РОДОВ

Предвестники родов у большинства женщин появляются за 2—3 недели до начала родов. Дно матки опускается на 2—3 пальца ниже мечевидного отростка, вследствие чего беременная отмечает облегчение акта дыхания. У первородящих предлежащая часть (головка, ягодицы) опускается и прижимается ко входу в малый таз. Возбудимость матки повышается, появляются нерегулярные ее сокращения (схватки). Схватки происходят через час (иногда и реже) и легко определяются при ощупывании матки рукой через брюшную стенку. Беременная иногда чувствует эти сокращения в виде «нюющих» ощущений в области поясницы. Однако эти нерегулярные схватки не приводят к сглаживанию и раскрытию шейки матки. Поэтому они называются схватками — предвестниками подготовительными или ложными.

Началом родов считают появление регулярных схваток, благодаря которым происходит постепенное

сглаживание и полное раскрытие шейки матки. С момента их появления и до конца родов (т. е. до изгнания из полости матки плода и плаценты с оболочками) женщин называют роженицами.

## РОДОВЫЕ ИЗГОНЯЮЩИЕ СИЛЫ

Родовыми изгоняющими силами называют схватки и присоединяющиеся к ним потуги, благодаря которым совершается процесс родов.

Схватки представляют собой периодически повторяющиеся сокращения гладкой мускулатуры матки. Они произвольны (поэтому роженица не может управлять ими по своему желанию) и наступают через определенные промежутки времени, называемые паузой.

В норме начавшиеся схватки следуют одна за другой и не прекращаются до полного опорожнения матки. В начале родов каждая схватка продолжается 10—15 секунд с промежутками между отдельными схватками в 12—15 минут. К концу родов продолжительность схватки достигает 50—60 секунд, и они повторяются каждые 2—3 минуты и даже чаще.

Вторым компонентом изгоняющих сил являются потуги — присоединившиеся к схваткам ритмические сокращения поперечнополосатых мышц брюшного пресса и диафрагмы. Одновременно повышение внутриматочного (благодаря схваткам) и внутрибрюшного (благодаря потугам) давления способствует продвижению плода через родовые пути. Потуги возникают рефлекторно вследствие раздражения подлежащей частью (головкой или ягодичами) нервных элементов, заложенных в шейке матки, влагалище и мышцах тазового дна.

Чем интенсивнее схватки и потуги, тем меньшая продолжительность родов. Правда, на продолжительность родов влияют и такие факторы, как величина плода и его положение в полости матки, размеры таза, вставление подлежащей части, время отхождения вод и др.

## КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РОДОВ

По своему клиническому течению родовой процесс делится на три периода: первый период — период раскрытия шейки матки; второй период — период изгнания плода; третий период — последовый.

**Период раскрытия шейки матки** начинается с момента появления регулярной родовой деятельности и заканчивается полным сглаживанием и раскрытием шейки матки. Сглаживание и раскрытие шейки матки происходит под влиянием родовых схваток при растягивании круговой мускулатуры шейки матки и постепенного внедрения в ее канал напряженного плодного пузыря.

Вследствие уменьшения объема матки при схватках наполненный околоплодными водами плодный пузырь испытывает сильное давление со всех сторон матки за исключением шейки, где расположено внутреннее отверстие ее канала (рис. 30). Не встречая сопротивления, плодный пузырь все больше вклинивается в шейечный канал, постепенно раскрывая шейку матки. После окончания схватки давление внутри матки уменьшается, околоплодные воды частично перемещаются вверх и плодный пузырь расслабляется.

С момента опущения подлежащей части в полость малого таза она со всех сторон плотно охватывается нижним сегментом матки и прижимает этот участок ко входу в малый таз, образуя пояс соприкосновения. Этот пояс препятствует свободному перемещению околоплодных вод из нижнего полюса обратно кверху и тем самым делит их на две неравные части. Небольшая часть околоплодных вод (30—50 г), находящаяся в плодном пузыре ниже пояса соприкосновения (впереди подлежащей части), называется передними водами. Большая же часть околоплодных вод, располагающаяся в полости матки выше кольца соприкосновения, называется задними водами.

При полном или почти полном раскрытии шейки матки на высоте одной из схваток плодный пузырь разрывается и из него вытекают (отходят) передние воды. Задние воды, как правило, изливаются лишь после рождения ребенка.

Процесс сглаживания и раскрытия канала шейки матки у первородящих и повторнородящих происходит неодинаково.

У первородящих сначала раскрывается внутренний зев, расширяется шейечный канал (рис. 30, а), вследствие чего укорачивается, истончается (рис. 30, б), а затем полностью сглаживается шейка матки. Остается закрытым только наружный зев (рис. 30, в).

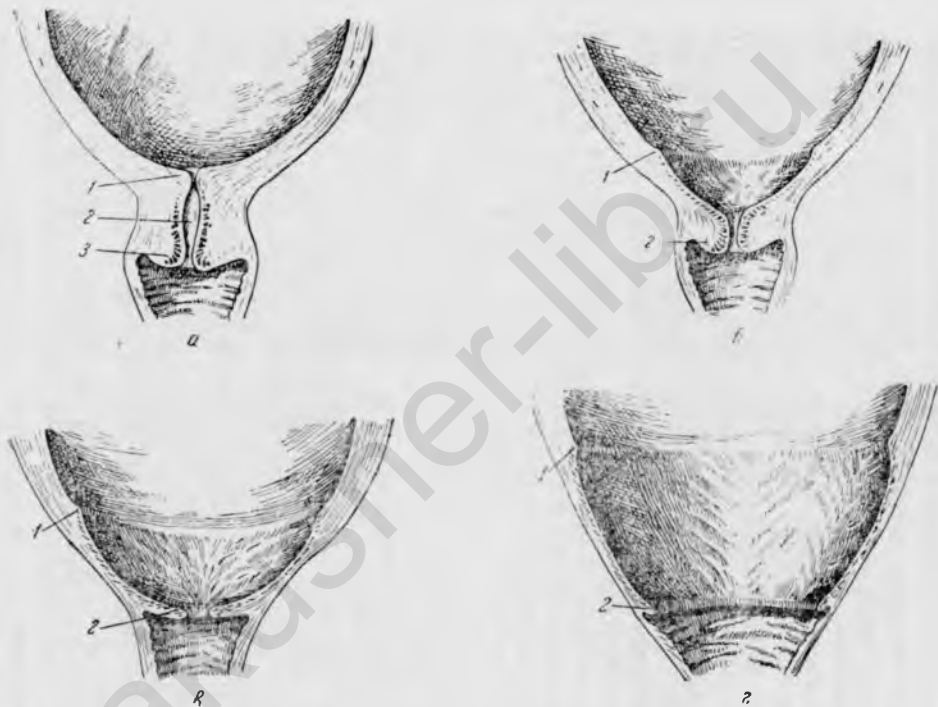


Рис. 30. Период раскрытия у первородящей женщины.  
*а* — начало раскрытия; *б* — сглаживание шейки матки; *в* — шейка сглажена, наружный зев приоткрыт; *г* — полное открытие наружного зева; *1* — внутренний зев; *2* — канал шейки матки; *3* — наружный зев.

С момента полного сглаживания шейки происходит раскрытие наружного зева путем растяжения и истончения его краев (рис. 30, *г*). При полном открытии шейки матки полость матки сливается с влагалищем (рис. 31).

У повторнородящей процесс раскрытия шейки матки происходит иначе. Вследствие растяжения шейки матки

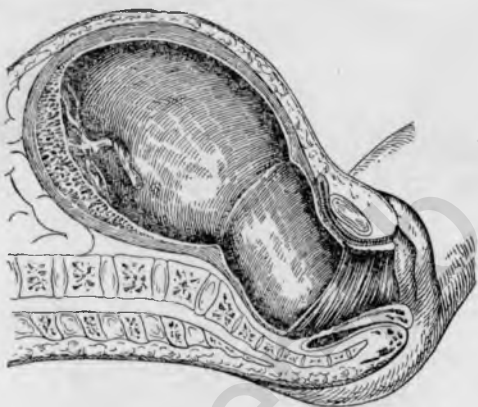


Рис. 31. Родовые пути к концу периода раскрытия.

при предыдущих родах (рис. 32, *а*) раскрытие внутреннего и наружного зева, расширение шейечного канала и сглаживание шейки происходит почти одновременно (рис. 32, *б*, *в*).

Длительность первого периода родов у первородящих 14—18 часов (в среднем 16 часов); у повторнородящих 8—10 часов.

В нормальных условиях полным раскрытием шейки матки, разрывом плодного пузыря и отхождением околоплодных вод заканчивается первый период родов.

**Период изгнания плода.** Под этим периодом понимают время от момента полного раскрытия шейки матки и отхождения околоплодных вод до рождения плода.

При нормальном течении родового процесса после отхождения околоплодных вод схватки ненадолго прекращаются. За это время мускулатура матки сокращается, вследствие чего стенки ее плотно прилегают к плоду.

Через 10—15 минут после отхождения околоплодных вод снова появляются схватки. При этом сила маточных сокращений при каждой последующей схватке значи-



Рис. 32. Период раскрытия у повторнородящих женщин.

*а* — начало раскрытия; *б* — сглаживание шейки и раскрытие зева; *в* — полное открытие наружного зева: 1 — внутренний зев; 2 — наружный зев.

тельно возрастает, паузы между ними становятся все короче. Это способствует быстрому опущению головки в полость малого таза.

Опустившаяся в малый таз головка плода надавливает на нервные элементы задней стенки влагалища и прямой кишки, рефлекторно вызывает сокращение мышц брюшной стенки, диафрагмы и тазового дна, что способствует возникновению у женщин позывов на потуги.



Потуга — это одновременное сокращение мышц брюшного пресса в сочетании с сокращениями мышц матки. Под действием потуг предлежащая часть (голов-



Рис. 33. Врезывание головки плода.



Рис. 34. Прорезывание головки плода.

ка или ягодицы) постепенно начинает раскрывать половую щель. Вначале при потуге из половой щели показывается небольшой участок предлежащей части, который после окончания потуги скрывается и половая щель смыкается.

Периодическое появление подлежащей части (головки или ягодиц) из половой щели во время потуги называется врезыванием подлежащей части (рис. 33).

При последующих потугах врезывающаяся подлежащая часть все больше выходит из половой щели и уже



Рис. 35. Рождение головки плода.



Рис. 36. Фиксация переднего плечика под симфизом.

не скрывается после окончания потуги, в результате чего щель широко открыта. С этого момента начинается прорезывание (рис. 34).

После рождения всей подлежащей части наступает перерыв в потугах и роженица чувствует облегчение (рис. 35).

В дальнейшем на высоте одной из последующих потуг происходит рождение плечиков (рис. 36). Одновременно с рождением плода вытекают задние воды, содержащие частички сыровидной смазки, волоски и примесь крови в случаях небольших разрывов родовых путей.

Период изгнания продолжается у первородящих 1—2 часа, у повторнородящих от 5—10 минут до 1 часа (в среднем 30 минут).



Рис. 37. Продвижение головки по проводной оси таза.

**Биомеханизм родов.** В процессе родов продвижение плода через родовые пути (костные и мягкие отделы малого таза) происходит по проводной оси таза (рис. 37).

Путь, по которому проходит плод при рождении — родовый канал — имеет форму изогнутой трубки. В малом тазу различают: 1) верхнюю часть — вход малого таза, образованный с боков пограничными линиями подвздошных костей, спереди верхним краем лонных костей, а сзади мысом крестца (рис. 38); 2) среднюю часть — полость малого таза, 3) нижнюю часть — выход малого таза, ограниченный сверху нижним краем лонного сочленения, снизу копчиком; с боков — седалищными буграми. Между этими пунктами располагаются в несколько слоев мышцы и фасции, замыкающие полость малого таза снизу и представляющие собой тазовое дно и промежность. Прямой размер выхода малого таза равен 9,5 см. При родах под давлением пред-

лежащей части копчик отгибается кзади и тогда прямой размер выхода достигает 11 см.

Так как форма и размеры малого таза в различных отделах неодинаковы, а размеры предлежащей части и прежде всего головки при различных ее вставлениях разные, то предлежащая часть (головка или ягодица) и ту-

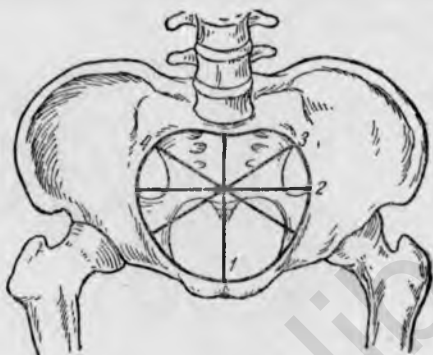


Рис. 38. Женский таз. Размеры входа малого таза указаны линиями. Прямой размер (между промоторием и серединой верхнего края симфиза) — 11 см (1); поперечный размер между отдаленными точками подвздошных костей — 13 см (2); косые размеры — 12 см (3 и 4).

ловище плода при продвижении через родовые пути совершают ряд движений (сгибания, разгибания, повороты), которые называются биомеханизмом родов.

Наиболее типичным для нормального родового процесса является механизм родов при переднем виде затылочного предлежания, которое встречается в 95% случаев всех родов.

Большая заслуга в изучении биомеханизма родов при головных предлежаниях принадлежит А. Я. Крассовскому и С. Д. Михнову.

Установлено, что у первородящих в последние недели беременности, а у повторнородящих — с началом родов, головка плотно прижимается ко входу в малый таз. Благодаря этому она находится в состоянии умеренного сгибания. Стреловидный шов головки совпадает с поперечным (реже) или с одним из косых раз-

меров плоскости входа в малый таз (при первой позиции — с правым, при второй позиции — с левым). При этом стреловидный шов головки устанавливается на одинаковом расстоянии от симфиза и мыса.

Биомеханизм родов состоит из четырех моментов, определяющих отношение головки к различным отделам малого таза.

**Первый момент родов** — сгибание головки, происходит в начале периода раскрытия благодаря тому, что при схватках сила внутриматочного давления на затылочную часть головки сильнее, чем на лобную. В результате сгибания головка вставляется в малый таз малым косым размером (диаметр 9,5 см, окружность 32 см). Ведущей точкой становится малый родничок. В уменьшенном размере головка более свободно проходит через родовые пути (см. рис. 37).

**Второй момент родов** — внутренний поворот головки плода и туловища. Под влиянием изгоняющих сил головка плода в согнутом состоянии проходит костное кольцо входа, опускается в полость малого таза и одновременно поворачивается вокруг продольной оси затылком кпереди (к симфизу). Поворот головки затылком кпереди заканчивается на тазовом дне (в выходе из малого таза). В результате внутреннего поворота головки стреловидный шов переходит из косого в прямой размер выхода из малого таза. Лицо плода обращено кзади (рис. 39, а).

**Третий момент родов** — разгибание головки, обусловлен сопротивлением мышц тазового дна. Этот мо-



Рис. 39. Третий момент механизма родов.

а — начало разгибания (соответствует врезыванию); б — разгибание головки (соответствует прорезыванию).

мент совершается следующим образом. Под влиянием изгоняющих сил головка, упираясь в тазовое дно, постепенно отклоняется кпереди (к половой щели), где отсутствует сопротивление, начинает разгибаться. По мере увеличения степени разгибания головки все большая часть ее во время потуги показывается из половой щели (врезывание, прорезывание). С момента фиксации подзатылочной ямки под лонной дугой головка разгибается и полностью рождается (рис. 39, а и б). При этом сначала рождается лоб, а затем лицо и подбородок.

**Четвертый момент родов** — наружный поворот головки, происходит благодаря внутреннему повороту плечиков. С момента опущения головки на тазовое дно плечики вставляются в поперечный размер входа в малый таз. В процессе рождения головки плечики постепенно опускаются в полость малого таза, поворачиваются сначала в один из косых размеров, а затем переходят в прямой размер выхода из малого таза. Поворот плечиков обуславливает наружный поворот головки лицом к противоположному бедру матери. Так, при первой позиции головка поворачивается лицом к правому, а при второй позиции — к левому бедру матери.

Рождение плечиков происходит так: вначале под лонную дугу постепенно подходит переднее плечико и рождается наружу до появления из половой щели плечевой кости. После фиксации переднего плечика под лонной дугой туловище плода сгибается в шейно-грудном отделе, вследствие чего рождается заднее плечико. Затем свободно рождается туловище, ягодицы и ножки плода.

**Последовый период.** Третий период родов начинается с момента рождения плода и заканчивается рождением детского места. Он длится от 30 минут до 1 часа. За это время происходит отделение плаценты и оболочек от стенок матки и их изгнание.

После рождения плода схватки прекращаются. Освободившаяся от плода матка сокращается. Плацента и оболочки плотно прилегают к стенке матки. Матка приобретает округлую форму и дно ее находится на уровне пупка. Кровотечение отсутствует. Через 10—15 минут появляются активные сокращения матки, которые способствуют отслойке последа. Отделение плаценты от стенки матки может происходить двояко: в центре плацентарной площадки (центральное отделение детско-

го места) или у ее края (краевое отделение детского места).

При центральном отделении детского места (по Шультце) плацента отслаивается в центре



Рис. 40. Центральное отделение детского места.

плацентарной площадки (рис. 40). Между отделившимся участком плаценты и стенкой матки скапливается кровь из разорванных маточно-плацентарных сосудов и межворсинчатых пространств. Это скопление крови называется ретроплацентарной гематомой. Все более усиливающиеся последовые схватки, увеличивающаяся в раз-

мерах гематома способствуют дальнейшей полной отслойке плаценты и ее выпячиванию (свисанию) в полость матки, а затем во влагалище.

При краевом отделении детского места (по Дункану) отслойка плаценты начинается с перифе-



Рис. 41. Краевое отделение детского места.

рии, чаще с нижнего края (рис. 41). В этом случае не образуется ретроплацентарной гематомы, так как кровь из нарушенных сосудов не скапливается между стенкой матки, плацентой и оболочками, а постепенно вытекает из матки наружу. С каждой очередной схваткой отде-



лившаяся плацента опускается вниз и тянет за собой оболочки, которые постепенно отделяются от стенки матки и опускаются во влагалище. Опустившись во влагалище, детское место надавливает на его заднюю стенку, что рефлекторно вызывает потугу. В течение 1—2 потуг силой брюшного пресса и отчасти сокращениями влагалища послед изгоняется наружу. При центральном отделении детского места послед рождается вывернутой наружу материнской поверхностью (дольками плаценты), а при краевом отделении— плодовой поверхностью (оболочками).

По мере отделения плаценты матка все более сокращается, сжимает маточно-плацентарные сосуды мышечными пучками, в результате чего останавливается кровотечение. В сокращенном состоянии матка плотная, округлой формы, дно ее прощупывается ниже пупка. При нормальном течении родов общая кровопотеря не превышает 50—100 мл. При краевом отделении детского места она может увеличиваться до 200—300 мл.

Рождением детского места заканчиваются роды. С этого момента женщина называется роженицей.

При нормальном течении родового процесса у первородящих роды продолжаются в среднем 18—20 часов, у повторнородящих 10—12 часов.

## ВЕДЕНИЕ РОДОВ

Благополучный исход родов для матери и плода зависит не только от нормального строения и размеров костного таза, правильного расположения плода в полости матки и наличия хорошей родовой деятельности, но и от надлежащей подготовки роженицы к родам и правильного ведения их.

### Прием и санитарная обработка рожениц

Обычно в вестибюле (коридоре) родильного дома роженицу встречает акушерка или медицинская сестра. В приемной комнате (фильтре) роженицу раздевают, измеряют температуру тела, расспрашивают: нет ли у нее дома в семье каких-либо инфекционных заболеваний, выясняют, не болеет ли она гриппом, ангиной, гнойничковыми заболеваниями кожи (сыпь, фурункулы и др.).

Если роженица здоровая, ее направляют в смотровую, а затем в душевую комнату первого (физиологического) акушерского отделения. Всю одежду роженицы отдают родственникам под расписку или складывают в специальный чистый мешок, в котором после дезинфекции она хранится в отдельной комнате родильного дома.

При выявлении повышенной температуры тела (свыше 37,5°) или обнаружении ангины, открытой формы туберкулеза, сифилиса, гонореи, гриппозного состояния, сыпи на коже или установления контакта с инфекционными больными—рожицу из фильтра направляют в смотровую и душевую комнаты второго (сомнительного) акушерского отделения или в изолятор.

В смотровой комнате производится тщательное исследование роженицы по органам и системам. При этом особое внимание уделяется специальному акушерскому исследованию.

Обследование роженицы в смотровой комнате производят в определенном порядке. Сначала в историю родов записывают паспортные сведения. После этого собирают общий и акушерский анамнез. Затем приступают к тщательному осмотру тела, кожи и видимых слизистых оболочек, обращая внимание на величину и форму живота и костного таза. Методами перкуссии, пальпации и аускультации исследуют сердце, легкие, печень, почки и другие органы, измеряют артериальное давление. После этого роженицу укладывают на кушетку, покрытую чистой простыней, и производят наружное акушерское исследование: измеряют наружные размеры таза, окружность живота, высоту стояния дна матки. Определяют положение плода, позицию, вид, предлежащую часть и высоту стояния ее над входом в малый таз, прослушивают сердцебиение плода. Акушерское исследование заканчивается осмотром наружных половых органов. Влагалищное (внутреннее) исследование в смотровой комнате не производится, а осуществляется в родильном зале после санитарной обработки.

Если в процессе исследования обнаруживаются какие-либо патологические изменения (узкий таз, поперечное положение плода и др.), то таких рожениц направляют во второе акушерское отделение. В колхозный родильный дом рожениц с патологией беременности или

с каким-либо заболеванием принимать нельзя. Если нет противопоказаний к транспортировке, таких рожениц необходимо направить в ближайшую больницу, где имеется врач акушер-гинеколог. Если же обстановка не позволяет это сделать, то необходимо вызвать врача.

После окончания всех исследований роженицу взвешивают, измеряют рост и затем направляют в санитарный пропускник для санитарной обработки.

В случае отсутствия в родильном доме смотровой комнаты, все исследования роженицы производятся в предродовой или родовой палате после ее санитарной обработки.

Санитарная обработка роженицы производится в санитарном пропускнике в определенном порядке. Роженицу укладывают на кушетку или топчан, которые застелены чистой простыней или клеенкой. Подставив под таз роженицы судно и, обильно намылив волосистый покров наружных половых органов, осторожно сбывают волосы, избегая порезов кожи. Для бритья чаще пользуются безопасной бритвой и отдельным для каждой роженицы стерильным лезвием. Сначала сбывают волосы на лобке и с больших половых губ, а затем, подняв бедра роженицы, удаляют их с промежности и окружности заднего прохода.

После этого, пользуясь кружкой Эсмарха или кувшином, в которые налита теплая кипяченая вода с добавлением какого-либо дезинфицирующего раствора (марганцовокислый калий 1:10 000, 1—2% раствор лизоформа) тщательно моют бритую поверхность наружных половых органов: сначала лобок, большие и малые половые губы, промежность, а в последнюю очередь область заднепроходного отверстия. После этого кожные покровы высушивают стерильной ватой или марлей.

Затем роженице ставят очистительную клизму. При опорожнении кишечника медицинская сестра должна находиться возле роженицы, так как при опустившейся на тазовое дно головке в момент натуживания может родиться плод. Затем роженице остригают ногти на руках и ногах, осматривают волосы на голове. Если обнаруживают вшей или гнид, то волосы обычно смачивают сабодилловой водой или керосином и голову туго завязывают косынкой.

После очищения кишечника роженицу тщательно моют под душем теплой водой с мылом с помощью прокипяченной мочалки. Если душевой установки нет, то роженицу моют, поставив ногами в таз или эмалированную миску, поливая тело теплой водой из кувшина. Купать роженицу в ванне запрещается, так как у нее приоткрыт вход во влагалище и грязная (содержащая микробы) вода может занести возбудителей инфекции в родовые пути.

После мытья роженицу вытирают чистой простыней или полотенцем, надевают чистую проглаженную рубашку, косынку, чулки и халат. В первом периоде родов, когда роженица может самостоятельно передвигаться, ее в сопровождении медицинской сестры пешком направляют в предродовую палату. При наличии потужной деятельности роженицу отвозят на каталке или относят на носилках в родильный зал.

### **Оборудование предродовых палат и родильного зала**

В больших родильных домах имеются предродовые палаты отдельно для рожениц, прошедших психопрофилактическую подготовку к родам.

Предродовая палата представляет собой большую светлую, хорошо вентилированную комнату с легко моющимся полом, в которой поддерживается постоянная температура не ниже 20—22°. В ней имеется две или несколько обыкновенных спальных кроватей, покрытых матрацами. Середина каждого матраца, где обычно располагаются ягодицы и бедра роженицы, покрыты подшитой к нему клеенкой, чтобы в случае отхождения околоплодных вод они не проникали в его толщу. Около каждой кровати имеется индивидуальная тумбочка или столик, в которых хранятся пищевые продукты и вещи роженицы (носовой платок, гребешок, зеркало, одеколон и др.). Под каждую кроватью имеется специальный стульчик, на котором стоит подкладное судно.

В предродовой палате также имеется стол для записи истории родов.

Обычно роженица находится в предродовой палате до отхождения околоплодных вод и начала потужной деятельности. Затем ее переводят в родильный зал.

Родильный зал оборудуют обычно как операционную комнату и создают условия, исключающие возможность проникновения инфекции в родовые пути роженицы.

Под родильный зал или родильную комнату колхозного родильного дома используют светлую, хорошо вентилируемую теплую комнату размером не менее 10—12 м<sup>3</sup>. Ее стены и потолки должны быть выкрашены краской светлого цвета, а пол покрыт линолеумом или плитками, которые хорошо моются, или выкрашен масляной краской.

В родильном зале (комнате) имеется оборудование, лишь необходимое для ведения родов: 1—2 родильные кровати Рахманова, 2—3 табуретки, передвижные столики для стерильного материала и инструментов, столик для туалета новорожденного, детские весы и ростомер, биксы со стерильным материалом, подушка, заполненная кислородом, стол для записи истории родов. Вся мебель должна быть выкрашена в белый цвет.

В шкафчике для медикаментов всегда должны быть сердечные (кофеин, камфара и др.) и кровоостанавливающие средства (эрготин, питуитрин, экстракт спорыньи в ампулах), препараты, возбуждающие дыхательный центр (цититон, лобелин), спирт, йод, дезинфицирующие средства. Свежеприготовленный 2% раствор азотнокислого серебра для профилактики гонобленореи и препараты для обезболивания родов хранятся в отдельных шкафчиках.

В отдельном лотке (в спирту) или стерилизаторе хранятся стерильные изогнутые ножницы для перерезки пуповины и прямые ножницы для рассечения промежности в случае необходимости, скобки и скобочники для накладывания скобок по Роговину, иглы для накладывания швов, пинцеты и корнцанги, которыми захватывают стерильные марлевые салфетки и ватные шарики.

В стеклянной баночке с притертой пробкой хранится стерильный кетгут для накладывания швов. В одном биксе находится стерильная марля и вата в шариках, в другом — стерильные халаты для акушерки, стерильные пеленки, тесемки для перевязки пуповины и клеенчатые браслеты со шнурками для прикрепления к ручкам и ножкам ребенка после его рождения.

В шкафчике всегда имеются наготове индивидуальные пакеты, в которых содержится набор стерильных инструментов, необходимых для оказания срочной помощи: акушерские щипцы, 2—3 набора для осмотра родовых путей, система для переливания крови с набором игл, аппарат Боброва для вливания физиологического раствора. Флаконы эфира, маска Эсмарха, роторасширитель и языкодержатель также содержатся в этом же шкафчике.

В родильной комнате всегда должна быть в достаточном количестве горячая и холодная вода, а также специальная ванночка для оживления ребенка, родившегося в асфиксии.

### Исследование роженицы

Приняв роженицу в предродовую или родовую палату и обеспечив наиболее асептические условия для проведения родов, необходимо уточнить, начались ли роды, а если так, то в каком периоде родов она находится, установив, отходили ли околоплодные воды, нет ли изменения в составе мочи и др.

Решение вопроса, начались ли роды, в большинстве случаев не вызывает затруднений, так как роженица обычно поступает в родильный дом с уже развившейся интенсивной родовой деятельностью. Если же роженица поступает с очень слабыми схватками или роды начались преждевременно, то для установления начала родов необходимо наблюдать за частотой и характером схваток на протяжении 30—60 минут. Для этого ладонь руки кладут плашмя на живот роженицы и по часам следят, через какое время чередуется уплотнение матки с расслаблением и как долго мускулатура матки находится в сокращенном состоянии.

Если схватки повторяются каждые 10—15 минут, роды начались.

В тех случаях, когда роженица заявляет, что у нее воды не отходили и из влагалища никаких выделений нет или выделения носят слизистый характер, можно думать, что плодный пузырь цел и ни матери, ни плоду не угрожает опасность.

Если же роженица указывает, что у нее околоплодные воды отошли дома, то надо убедиться, не приняла ли она произвольное мочеиспускание или значительное

выделение жидких белей за воды. Для этого необходимо тщательно наблюдать за свежей подложенной под таз роженицы подстилкой. Появление на подстилке влажных пятен свидетельствует о наличии высокого разрыва плодного пузыря, вследствие чего воды отходят малыми порциями. В этом случае надо произвести влагалищное исследование.

При строгом соблюдении правил асептики и антисептики со стороны исследователя влагалищное исследование совершенно безопасно для роженицы. Влагалищное исследование позволяет проверить и уточнить данные, полученные при наружном исследовании, а также помогает установить состояние мягких и костных тканей родовых путей, степень раскрытия шейки матки, наличие плодного пузыря, высоту стояния предлежащей части, характер вставления ее и опознавательные точки на ней, измерить диагональную конъюгату.

Если при влагалищном исследовании обнаруживаются какие-либо изменения со стороны стенок влагалища или шейки матки, необходимо провести осмотр при помощи зеркал.

Исследование при помощи зеркал более асептическое по сравнению с влагалищным и позволяет видеть те или иные изменения на стенках влагалища, шейки матки. Для этого пользуются зеркалами Симса и подъемником Отта.

В отдельных случаях прибегают к ректальному исследованию роженицы, которое помогает уточнить емкость костного таза, определить наличие костных выступов и опухолей органов малого таза, а также высоту стояния предлежащей части.

Прежде чем провести перечисленные выше дополнительные исследования, обычно опорожняют мочевой пузырь роженицы и производят предварительное исследование мочи на белок.

В условиях колхозного родильного дома после окончания всех исследований необходимо решить вопрос, может ли медицинская сестра самостоятельно провести роды или ей необходимо вызвать акушерку или врача. В случае необходимости направления роженицы в больницу прежде всего следует решить, позволяет ли состояние роженицы транспортировать ее на данное расстояние.

Акушерка или медицинская сестра обязана вызвать врача в следующих случаях: 1) при кровотечениях в родах и после родов; 2) при преждевременном и раннем отхождении околоплодных вод и отсутствии родовой деятельности; 3) при наличии первичной и вторичной слабости родовой деятельности; 4) через 2 часа после отхождения околоплодных вод и установленного полного раскрытия шейки матки; 5) при угрозе внутриутробной асфиксии плода; 6) при повышенной температуре тела в родах; 7) если медленно раскрывается шейка матки при хорошей родовой деятельности; 8) при установлении разогнутого положения головки; 9) при выпадении мелких частей (ручки, пуповина); 10) при угрозе разрыва матки; 11) при нефропатии, преэклампсии и эклампсии.

Закончив полное исследование роженицы, продолжают тщательное наблюдение за развитием родового процесса в каждом периоде родов.

### ВЕДЕНИЕ ПЕРИОДА РАСКРЫТИЯ

Для правильного ведения периода раскрытия и дальнейшего исхода родов очень большое значение имеет контроль за общим состоянием роженицы, забота о сохранении ее сил и создание нормальной окружающей обстановки.

С этой целью в предродовой палате должен постоянно находиться медицинский персонал, который обязан окружить роженицу вниманием и заботой. При роженице не следует вести посторонних разговоров о состоянии ее здоровья и течении родов, так как она может их неправильно истолковать. Если в палате находится роженица, которая кричит и ведет себя беспокойно, то ее надо перевести в другую палату. Если она испытывает боли при схватках, необходимо применить один из методов обезболивания родов.

Забота о сохранении сил роженицы в периоде раскрытия является важнейшим условием дальнейшего течения и ведения родов. Роженицу необходимо научить правильно вести себя и максимально бережно использовать свои силы для родов. Надо убедить ее в недопустимости криков, стонов и преждевременных натуживаний, на которые тратится много сил и энергии,



очень нужных для нормального течения родового процесса в первом и втором периоде родов.

В периоде раскрытия надо следить за общим состоянием, температурой тела и пульсом роженицы. Обычно утром и вечером считают пульс, измеряют температуру тела, и один раз в сутки артериальное давление. Все эти данные записывают в историю родов.

Кормить роженицу надо 3—4 раза в сутки. Пища должна быть легко усвояемой и высококалорийной, в ней должно содержаться большое количество углеводов. Роженицам следует давать яблоки, мандарины, апельсины, сладкие сливы, бульоны, молоко, сладкую манную кашу, чай, шоколад, конфеты, сахар, варенье и др.

Правильное ведение периода раскрытия должно включить систематический контроль за характером развития родовой деятельности. В частности, надо непрерывно определять силу, продолжительность и частоту схваток у рожениц. Силу и продолжительность каждой схватки, а также промежутки между ними определяют по часам путем опроса роженицы, а также с помощью руки, расположенной на животе в области дна матки. После отхождения околоплодных вод наблюдение за схватками надо производить непрерывно, чтобы не упустить момента начала развития слабости или бурной родовой деятельности и не опоздать с оказанием необходимой помощи.

В периоде раскрытия надо контролировать продвижение предлежащей части при помощи 3—4 приемов наружного исследования и по данным влагалищного исследования. В акушерской практике для удобства наблюдения за продвижением головки принято определять четыре положения головки по отношению к плоскости входа в малый таз (рис. 42).

1. Головка над входом в малый таз (рис. 42, а). Головка расположена над входом в малый таз, легко подвижная при толчках (баллотирует) или прижата ко входу в малый таз. При влагалищном исследовании выясняется, что крестцовая впадина свободная, головка легко отталкивается кверху.

2. Головка малым сегментом во входе в малый таз (рис. 42, б). В этом случае  $\frac{2}{3}$  головки находятся над входом в малый таз, а  $\frac{1}{3}$  ее располагается в полости малого таза. Головка при этом неподвижная. При вла-

галищном исследовании выясняется, что головка выполняет крестцовую впадину на  $\frac{1}{3}$ , стреловидный шов стоит в поперечном или в одном из косых размеров.

3. Головка большим сегментом в плоскости входа в малый таз (рис. 42, *в*). При данной ситуации большая часть головки ( $\frac{2}{3}$ ) находится в полости малого таза, а меньшая часть ее протискивается над входом в малый

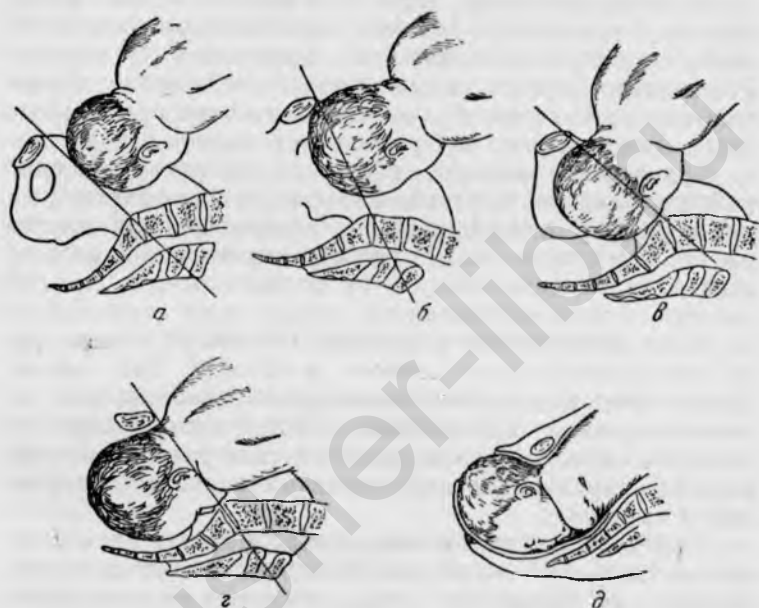


Рис. 42. Различные сегменты головки плода.

*а* — головка над входом в таз; *б* — головка во входе в таз малым сегментом; *в* — головка во входе в таз большим сегментом; *г* — головка в полости таза; *д* — головка в выходе таза.

таз. При влагалищном исследовании выясняется, что головка выполняет крестцовую впадину на  $\frac{2}{3}$ . Стреловидный шов расположен в косом размере.

4. Головка в полости малого таза (рис. 42, *г*). Наружными приемами головка над входом в малый таз не определяется. При влагалищном исследовании выясняется, что головка полностью выполняет полость малого таза. Стреловидный шов находится в одном из косых размеров, приближаясь к прямому.

5. Головка в выходе таза (рис. 42, д). При наружном исследовании головка не прощупывается. Она находится на тазовом дне, выпячивает промежность. Стреловидный шов стоит в прямом размере выхода из малого таза.

Нормальное продвижение головки находится в тесной зависимости от степени раскрытия шейки матки и характера родовой деятельности. Для уточнения степени раскрытия шейки матки, высоты стояния головки и наличия плодного пузыря производят влагалищное исследование. Оно производится обязательно два раза: при поступлении роженицы в родильный дом и сразу же после отхождения околоплодных вод.

При влагалищном исследовании в периоде раскрытия определяют следующие данные о состоянии шейки матки: сохранена ли ее форма или она сглажена; уточняют степень раскрытия и толщину краев шейки матки, наличие петель пуповины, плацентарной ткани или мелких частей плода. Затем определяют предлежащую часть, высоту ее стояния, расположение стреловидного шва на головке, место расположения малого и большого родничков.

В период раскрытия важное значение имеет тщательное наблюдение за временем отхождения околоплодных вод. При нормальном течении родов околоплодные воды отходят в конце первого периода родов при полном раскрытии шейки матки. В норме воды прозрачные. Но они могут быть окрашенными в зеленый (от примесей мекония при асфиксии плода) или в красный цвет (от примеси крови при разрыве тканей шейки матки или отслойке плаценты).

Очень важно на протяжении всего периода раскрытия следить за сердцебиением плода. Выслушивание и сосчитывание сердечных тонов плода в периоде раскрытия при неотшедших водах производится через каждые 15—20 минут, а после отхождения вод после каждой схватки. При этом следует помнить, что сразу же после схватки сердцебиение плода бывает замедленным. Поэтому считать сердечные тоны надо через 15—20 секунд после окончания схватки, когда сердцебиение становится нормальным. В норме сердцебиение плода составляет 120—130 ударов в минуту. Если возникает стойкое замедление сердечных тонов до 110 ударов в минуту и ниже или же оно учащается до 160 ударов в минуту и

выше, то это говорит о начавшейся внутриутробной асфиксии плода.

В периоде раскрытия надо также следить за своевременным опорожнением мочевого пузыря и кишечника, переполнение которых препятствует развитию родовой деятельности, раскрытию шейки матки и продвижению подлежащей части по родовому каналу. Поэтому в периоде раскрытия надо рекомендовать роженице самостоятельно мочиться через каждые 1—2 часа. Если же мочеиспускание задерживается свыше 3—4 часов и роженица не может самостоятельно опорожнить мочевой пузырь, то мочу выпускают катетером. При необходимости порцию мочи направляют в лабораторию для исследования.

Во избежание развития восходящей инфекции надо тщательно следить за чистотой наружных половых органов. С этой целью через каждые 5—6 часов на протяжении всего периода раскрытия, а также после каждого мочеиспускания и акта дефекации наружные половые органы и промежность роженицы надо подмывать слабым раствором марганцовокислого калия 1:10 000 или 2% раствором лизола.

С момента отхождения околоплодных вод и появления потуг роженицу переводят в родильный зал, где и обеспечивают дальнейшее ведение периода изгнания.

### **ВЕДЕНИЕ ПЕРИОДА ИЗГНАНИЯ**

При нормальном течении родов период изгнания начинается с момента полного раскрытия шейки матки, разрыва плодного пузыря, отхождения околоплодных вод.

В потужном периоде организм роженицы испытывает большее напряжение и затрачивает значительно больше энергии и сил, чем в первом периоде родов. Особенно большую функциональную нагрузку испытывает сердечно-сосудистая, дыхательная, мышечная, нервная система, а также отдельные органы и другие системы роженицы. В этом периоде родов вследствие отхождения околоплодных вод значительно ухудшаются условия маточно-плацентарного кровообращения плода, что может привести его к внутриутробной асфиксии. Эти обстоятельства требуют от медицинского персонала еще боль-

шего внимания и наблюдения за состоянием роженицы и плода в периоде изгнания.

С момента появления потуг роженицу переводят в родильный зал. В родильном зале роженицу укладывают на рахмановскую кровать и приступают к подготовке родовых путей к родам. Наружные половые органы моют теплой кипяченой водой, к которой прибавлен какой-либо дезинфицирующий раствор марганцовокислого калия (1 : 10 000). Затем обмытые участки высушивают сухой ватой и обрабатывают спиртом или 5% йодом. После этого роженицу одевают в чистую сорочку, на ноги надевают чулки, голову повязывают косынкой, под ягодицы роженицы подкладывают стерильную подстилку или пеленку.

Еще до начала потуг также подготавливают все для приема родов. Обычно слева от родильной кровати ставят передвижной столик, на который кладут все необходимые инструменты, стерильный материал, предметы, необходимые для проведения родов.

Рядом с кроватью ставят деревянный эмалированный лоток для приема новорожденного, в котором имеются две резиновые грелки, заполненные теплой водой (37,5°). Тут же должна находиться заполненная кислородом прорезиненная подушка. Рядом с пеленальным столиком, где будет производиться первый туалет новорожденного, ставят детскую ванночку или большой таз на случай асфиксии. С этой же целью в отдельном ведре содержат теплую воду. Подготовив роженицу и все необходимое для проведения родов, до начала врезывания предлежащей части тщательно наблюдают за течением периода изгнания.

Роженицу укладывают на спину. Головной конец родильной кровати приподнимают, под голову роженицы подкладывают подушку, вынимают ножной конец матраца и подкладывают его под крестец для того, чтобы создать хороший доступ к наружным половым органам и улучшить условия приема родов. Роженица сгибает ноги в коленях и тазобедренном суставе так, чтобы ступни удобно и прочно упирались в кровать или в опущенные ногодержатели. К ножному концу кровати с обеих сторон привязывают два полотенца или специальные кольца («вожжи»), которые роженица удерживает руками (рис. 43).

Роженица должна правильно тужиться. Во время каждой потуги роженица должна глубоко вдохнуть и, закрыв рот, не выпускать воздуха. При этом, согнув голову и прижав подбородок к грудной клетке, она должна упираться ступнями ног в кровать и с максимальной си-



Рис. 43. Правильное положение роженицы во время потуг.

лой тянуть на себя «вожжи» и сильно тужиться. Только в этом случае потужная деятельность будет достаточная для изгнания плода из родовых путей.

На протяжении всего периода изгнания нельзя отходить от роженицы. Необходимо систематически осведомляться об ее общем состоянии, самочувствии, характере и силе неприятных ощущений, или болей во время потуг. Надо периодически сосчитывать пульс, измерять артериальное давление, температуру тела и др.

Очень важно в периоде изгнания следить за характером потужной деятельности, силой сокращения мускулатуры матки и брюшного пресса, за выделениями из родовых путей. Обильная окраска вод кровью может сви-

детельствовать о начинающейся отслойке детского места или разрыве мягких тканей родовых путей. Примесь мекония в водах указывает на начавшуюся внутриутробную асфиксию плода.

Во время каждой потуги надо следить за продвижением предлежащей части по родовому каналу. Необходимо помнить о том, что головка не должна находиться в одном положении более 4 часов, а период изгнания не должен продолжаться более 2 часов.

В промежутках между потугами надо внимательно выслушивать и сосчитывать сердечные тоны плода, их частоту, ритм и звучность (аритмия, ясные или глухие тоны). При угрозе внутриутробной асфиксии плода, особенно если она наступает при вялости потуг, надо вызвать врача.

В условиях колхозного родильного дома для ускорения рождения предлежащей части надо применить наложение бинта Вербова.

Не менее важно следить за своевременным опорожнением мочевого пузыря и кишечника.

С момента начала врезывания головки надо позаботиться о приеме родов, причем у повторнородящих нужно быть готовым к приему родов сразу же после отхождения околоплодных вод.

Готовясь к приему родов, медицинская сестра (акушерка) должна надеть чистый, длинный клеенчатый фартук поверх медицинского халата. Затем обязана помыть руки (по методу Спасокукоцкого) как для большой полостной операции, смазать их спиртом и 5% йодом.

После этого она повторно моет и обрабатывает спиртом или 5% йодом наружные половые органы роженицы, внутренние поверхности бедер, промежность и область заднепроходного отверстия. Под ягодицы и бедра роженицы подкладывают стерильную подстилку или пеленку, а заднепроходное отверстие закрывают марлевой салфеткой. Повторно обработав руки спиртом, медицинская сестра (акушерка) надевает стерильный халат и стерильные резиновые перчатки. В это время санитарка придвигает передвижной столик и устанавливает его слева от родильной кровати. На этом заканчивается подготовка к приему родов.

Во время врезывания головки никаких манипуляций не производят, а ограничиваются лишь наблюдением за характером родовой деятельности, продвижением предлежащей части и руководят правильной выработкой потуг роженицей.



Рис. 44. Положение рук акушерки при врезывании головки плода.

С момента начала прорезывания предлежащей части акушерка приступает к оказанию акушерского пособия—к приему родов.

Акушерское пособие при головном предлежании сводится к защите промежности от разрыва и бережного выведения головки и плечиков плода во избежание их повреждения. К защите промежности приступают с самого начала прорезывания головки. Роженица лежит на спине с приподнятой частью таза (под таз подкладывают валик или пеньстер высотой 20 см), ноги умеренно согнуты в тазобедренном и коленном суставах, достаточно разведены. Медицинская сестра (акушерка) становится справа от роженицы и технически осуществляет следующие мероприятия по защите промежности.

**Регуляция продвижения прорезывающейся головки.** Для этого акушерка кладет свою левую руку на лобок роженицы так, чтобы лучезапястный сустав лежал на нем, ладонные поверхности четырех пальцев располагаются на головке плода выше напрягающей спайки (рис. 44). Во время потуги пальцы левой руки удерживают го-



ловку в состоянии сгибания, препятствуют слишком быстрому ее продвижению и не позволяют разгибаться раньше, чем покажется затылочный бугор. Однако во избежание травмы нельзя кончиками пальцев давить на головку или мять ее. В то же время правую руку размещают на промежности так, чтобы ладонь обхватила область промежности ниже задней спайки, а пальцы располагались по сторонам вульварного кольца — большой палец на правой большой губе, а четыре пальца на левой (рис. 45).

При этом не только сдерживают быстрое продвижение недостаточно согнутой головки, но и пальцами, расположенными по сторонам вульварного кольца, стремятся ослабить напряжение тканей промежности в области задней спайки. Одновременно как бы стягивают ткани промежности и больших половых губ с родившейся части головки книзу. Это способствует уменьшению напряжения тканей промежности. После рождения теменных бугров приступают к выведению головки.

**Выведение головки.** Из половой щели головку выводят вне потуги, когда ее давление на промежность ослабевает и устранены условия, вызывающие ее сдавление и травмирование. Для этого роженице запрещают тужиться, просят положить руки на грудь, глубоко дышать и громко считать. При этом правой рукой продолжают удерживать промежность, стараясь уменьшить перерастяжение мягких тканей. В этих условиях напряжение мышц брюшного пресса значительно уменьшается и потуга резко ослабевает.

Как только потуга прекратилась, снова просят роженицу слегка потужиться и в это время левой рукой осторожно сдвигают ткани вульварного кольца с теменных бугров.



Рис. 45. Положение рук акушерки в начале прорезывания головки плода.

Затем головку захватывают всей левой рукой в области височных костей и постепенно ее разгибают в соответствии с третьим моментом механизма родов. В это же время правой рукой с головки плода ткани промежности (рис. 46).

В результате разгибания головки из-за промежности сначала выходит (рождается) лоб, затем лицо и подбородок. Родившаяся головка плода обращена затылком



Рис. 46. Выведение головки плода.

кпереди, а лицом кзади. В случаях же, когда головка рождается в заднем виде затылочного предлежания или в разгибательном виде, то, наоборот, затылок ее обращен кзади, а лицо кпереди.

Если после рождения головки обнаруживают обвитие пуповины вокруг шеи плода, то ее петлю осторожно подтягивают и снимают через головку. В случае, когда петлю пуповины не удастся снять с шеи плода и она сильно натянута, то ее перерезают между двумя зажимами Кохера.

**Освобождение плечевого пояса.** Обычно после рождения головки нет никакой угрозы для плода. Поэтому нет надобности спешить с выведением плечиков и остальной части плода из родовых путей, предоставив их рождение силам природы. Если через 1—2 минуты после рождения головки не появляется потуга, то надо попро-

силь роженицу, чтобы она сама потужилась. При потуге родившаяся головка поворачивается лицом к правому или левому бедру матери вследствие внутреннего поворота плечиков в прямой размер выхода из таза. При первой позиции лицо поворачивается к правому бедру матери, при второй — к левому.

Поскольку при прорезывании плечиков может наступить разрыв промежности, необходимо оказать помощь



Рис. 47. Выведение переднего плечика.

по выведению плечиков. Для этого головку захватывают обеими руками так, чтобы ладони лежали на височных костях, ушах и щеках, а кончики пальцев не касались шеи плода и не сдавливали сосудов и нервов.

Оттянув головку вниз, подводят переднее плечико под нижний край симфиза, а затем левой рукой приподнимают головку вверх (рис. 47). Благодаря этому сначала рождается заднее плечико, а затем, оттянув головку плода несколько книзу, выводят переднее (обращенное к симфизу) плечико (рис. 48). Рождение туловища плода и ножек проходит без трудностей.

Родившегося ребенка акушерка кладет в специальный эмалированный лоток, который помещают между ногами роженицы так, чтобы не была натянута пуповина. Во избежание переохлаждения ребенка предварительно на дно лотка кладут две теплые грелки (37—38°) и покрывают их стерильной пеленкой. Сверху новорожденного согревают лампой инфраруж.

Сразу же после родов у доношенного здорового новорожденного цвет кожи розовый, он глубоко дышит,

энергично двигает конечностями и вскоре издает громкий крик. Положив ребенка на лоток, акушерка снимает перчатки, повторно моет руки, протирает их спиртом, после чего приступает к первому туалету новорожденного.



Рис. 48. Выведение заднего плечика.



Рис. 49. Профилактика гонобленорреи по Матвееву.

**Первый туалет новорожденного.** Начинается с очистки ротовой полости и верхних дыхательных путей от слизи, которая при попадании в трахею и бронхи может способствовать асфиксии плода, а в последующем разви-

тию воспаления легких. Отсасывание слизи из верхних дыхательных путей производят при помощи приготовленного стерильного баллончика с мягким резиновым катетером. После этого производят профилактику гонобленнореи по А. Ф. Матвееву. Этот способ заключается в закапывании на слизистые оболочки (конъюнктивы) век свежеприготовленного 2% раствора азотнокислого серебра (рис. 49).

С этой целью сухим ватным шариком (отдельным для каждого глаза) вытирают слизь с век глаз. Затем большим указательным пальцем левой руки слегка выворачивают веки так, чтобы была видна только конъюнктура, а роговица закрыта образовавшейся складкой слизистой оболочки. Правой рукой из пипетки на вывороченную слизистую оболочку наносят 1—2 капли 2% раствора азотнокислого серебра. После этого веко опускают. Раньше чем нанести раствор на слизистую оболочку глаз, надо обязательно убедиться, что это действительно 2% раствор ляписа, что со времени его приготовления не прошло более суток и он сохранился в темной бутылочке с притертой пробкой в темном месте.

Обычно на выполнение этих манипуляций уходит 3—5 минут, в течение которых прекращается пульсация сосудов пуповины.

К обработке и перевязке пуповины приступают только после прекращения пульсации ее сосудов. Раньше перевязывать пуповину нельзя, так как во время ее пульсации от матери к плоду дополнительно поступает 50—100 мл крови. Перед перевязкой пуповины снова моют руки и протирают их спиртом. Отрезок пуповины ближе к пупочному кольцу обрабатывают 95% спиртом. Затем на пуповину накладывают два зажима Кохера — один на 2—3 см выше пупочного кольца, другой — на 8—10 см. Пуповину между ними перерезают стерильными ножницами (рис. 50). Материнский конец пуповины перевязывают шелковой лигатурой или марлевой тесьмой у пупочной щели, заворачивают в стерильную марлевую салфетку и кладут на бедро или живот матери. Детский конец пуповины дополнительно протирают 95% спиртом, выдавливают с него студень и скопившуюся кровь, после чего на расстоянии 1,5 см от пупочного кольца перевязывают шелковой лигатурой или специальной марлевой тесьмой. Затем отсекают конец пуповинного остатка на 1—2 см выше места перевязки. Поверхность разреза смазывают настойкой йода, после чего культю обертывают сухой стерильной марлевой салфеткой у пу-

почного кольца (рис. 51). Эту первую марлевую повязку с остатком пуповины не меняют до 3—4-го дня жизни ребенка. После этого ребенка переносят на пеленальный столик, где заканчивают его туалет и осмотр.

Первородную смазку удалять не надо. Купать ребенка сразу же после рождения не рекомендуется, но если



Рис. 50. Перерезание пуповины.

он обильно покрыт кровью или меконием, то их можно смыть стерильным ватным тампоном, смоченным кипяченой водой.

Закончив туалет новорожденного, надо тщательно осмотреть его, чтобы не пропустить различных повреждений тела и пороков развития. Ребенка взвешивают на детских весах. Длину его измеряют специальным ростомером, предварительно выпрямив ножки в коленях.

Продезинфицированной линейкой, разделенной на сантиметры, измеряют окружность головки. При осмотре обращают внимание на признаки доношенности плода.

Признаки доношенности плода следующие: средний вес 2500—3300 г, длина 48—50 см, кожа розовая, подкожножировой слой развит хорошо, сыровидная смазка покрывает кожные покровы тела во многих местах, пушок сохранен только на плечевом поясе, на спине и плечах. Длина волос на голове достигает 2—5 см, ногти несколько выступают за кончики пальцев. Хрящи носа и ушных раковин плотные. Пупок расположен на середине между лоном и ме-

чевидным отростком. У мальчиков яички опущены в мошонку, а у девочек клитор и малые половые губы прикрыты большими половыми губами. Окружность головки доношенного плода по прямому размеру не меньше 32 см, окружность плечевого пояса 34—35 см. Довошенный ребенок обычно сразу же после рождения открывает глаза, активно двигает конечностями, активно сосет.



Рис. 51. Накладывание повязки на остаток пуповины.

*а* — первый момент; *б* — второй момент.

После окончания осмотра новорожденного к его ручкам прикрепляют специальные браслетки из белой простерилизованной клеенки, на которых чернилами записаны фамилия и инициалы матери, пол, вес, рост и дата рождения. С этими браслетками ребенка передают матери при выписке домой. Затем на ребенка надевают стерильную распашонку, заворачивают его в стерильные пеленки и теплое байковое одеяло. Заполнив детский лист, показав завернутого ребенка матери и сообщив ей пол и вес, направляют его в палату новорожденных. Если у ребенка обнаружены какие-либо повреждения или пороки развития, они заносятся в историю родов, в лист новорожденного и об этом сообщают матери и врачу.

С момента рождения плода заканчивается период изгнания и начинается последовый период родов.

### ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА

После рождения плода начинается третий период родов, в течение которого отделяется и рождается детское место (послед).

При нормальном течении и правильном ведении родов последовый период длится 20—30 минут, протекает безболезненно и сопровождается незначительной кровопотерей (100—200 мл), которая считается нормальной (физиологической).

Однако в последовом периоде при нарушениях процесса отслойки и изгнания плаценты, при раннем и неправильном вмешательстве иногда возникают обильные кровотечения, опасные для жизни женщины. Поэтому этот период родов надо вести с минимальной кровопотерей.

После рождения плода запрещается вмешиваться в процесс отделения последа — «руки прочь от матки». В частности, не разрешается массировать матку, выжимать послед или потягивать за пуповину.

Сразу же после рождения плода из-под головы роженицы вынимают лишние подушки, опускают головной конец родильной кровати и придают роженице горизонтальное положение. Непосредственно после рождения плода удаляют кровь с наружных половых органов стерильной марлевой салфеткой и сменяют загрязненную подстилку. Роженицу прикрывают до колен простыней, чтобы были видны наружные половые органы и можно было наблюдать за кровопотерей. Акушерка (медицинская сестра) обязана неотступно находиться около роженицы в течение всего последового периода и наблюдать за его течением.

Необходимо постоянно следить за общим состоянием роженицы, окраской кожных покровов и видимых слизистых, пульсом, артериальным давлением.

Надо внимательно наблюдать за количеством выделяющейся из влагалища крови. Чтобы судить о количестве теряемой крови, под ягодицы подкладывают стерильный почкообразный тазик, прокипяченное судно или лоток с меткой емкости, 150—180 мл. По мере их за-



полнения кровь выливают в градуированный цилиндр или в обычный стакан, вмещающий 200 мл содержимого.

Если кровопотеря превысила 350—400 мл, то надо немедленно приступить к удалению последа из полости матки.

### Отделение плаценты

Очень важно на протяжении всего послеродового периода следить за формой и высотой стояния дна матки, по

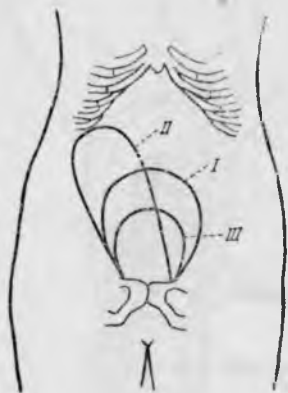


Рис. 52. Высота стояния дна и форма матки в послеродовом периоде.

*I* — после рождения плода; *II* — после отделения плаценты; *III* — после рождения плаценты.



Рис. 53. Признак Чукалова — Кюстнера.

котсырым можно в известной степени судить об отслойке плаценты.

Обычно отделившаяся плацента от стенки матки опускается в ее нижний сегмент или во влагалище и вызывает у роженицы позыв на акт дефекации. Когда есть уверенность в том, что плацента отделилась, роженице предлагают потужиться и плацента за 2—3 потуги выделяется наружу.

Признаки отделения плаценты от стенки матки следующие.

1. Изменение формы и высоты стояния дна матки (рис. 52). Сразу же после рождения плода матка имеет круглую форму и находится ниже пупка (*I*). После отделения детского места матка вытягивается по длине, дно ее поднимается выше пупка и иногда доходит до реберной дуги (*II*). При этом матка чаще отклоняется вправо от средней линии.

2. Удлинение наружного отрезка пуповины. Вследствие опущения отслоившейся плаценты в нижний сегмент матки или во влагалище лигатура, наложенная на пуповину у половой щели при отделении плода, опускается на 5—10 см ниже.

3. Признак Чукалова—Кюстнера. При надавливании ребром кисти на надлобковую область живота, если плацента отделилась, пуповина выходит из половой щели или не втягивается в нее, а при неотделившейся плаценте втягивается во влагалище (рис. 53).



Рис. 54. Способ Д. А. Абуладзе.

Плацента отделилась, если при глубоком вдохе роженицы пуповина не втягивается во влагалище. Плацента не отделилась, если при потуге пуповина опускается, а после прекращения потуги снова возвращается на свое место. При отслоившейся плаценте в процессе потуги пуповина остается на месте.

Наиболее достоверным признаком отделения плаценты является признак Чукалова—Кюстнера. Однако надо помнить, что ни один отдельно взятый признак не является абсолютным показателем отделившегося детского места. Об отделении детского места можно судить лишь при совпадении описанных выше 2—3 признаков.

При хорошем общем состоянии роженицы и отсутствии кровотечения можно ждать самостоятельной отслойки детского места в течение 25—30 минут и до 2 часов. Только после этого времени, если послед не отделился (даже при отсутствии кровотечения), надо приступить к отделению и удалению детского места.

В акушерской практике принят определенный порядок применения и способы выделения отделившегося детского места.

1. Опорожняют мочевой пузырь и предлагают роженице потужиться. Обычно при этом отделившаяся плацента легко рождается. Если этот способ не дает эффекта, то прибегают к выделению детского места наружными приемами в такой последовательности.

2. Способ Абуладзе. Брюшную стенку захватывают обеими руками в продольную складку и предлагают роженице тужиться (рис. 54). Отделившийся послед рождается свободно благодаря устранению расхождения мышц живота и увеличению внутрибрюшного давления.



Рис. 55. Способ Г. Г. Ген-  
тера.

Рис. 56. Способ Креде — Лазаре-  
вича.

3. Способ Гентера. Акушерка становится сбоку роженицы лицом к ее ногам, выводит матку на середину и давит кулаком обеих рук на дно матки в области углов книзу и кнутри. Вследствие этого рождается послед (рис. 55).

4. Способ Креде — Лазаревича — более травматичен и к нему прибегают только после применения предыдущих способов. Этот способ применяют в такой последовательности: а) опорожняют мочевой пузырь; б) выводят матку в срединное положение; в) производят легкий массаж матки, чтобы вызвать сокращение ее мускулатуры; г) становятся слева от роженицы, лицом к ее ногам, обхватывают дно матки правой рукой таким образом, чтобы ладонные поверхности четырех пальцев располагались на задней стенке матки, ладонь на дне, а большой палец на передней стенке. Затем давят сверху вниз, и кпереди по проводной оси таза до тех пор, пока не родится послед (рис. 56).

5. Прием Креде — Лазаревича под наркозом применяется в том случае, если этот же прием без наркоза не

дал эффекта и есть подозрение на ущемление последа в шейке матки вследствие ее спастического сокращения.

В случае, если применявшиеся способы выделения детского места не дают желаемого эффекта, надо думать о наличии у роженицы такой грозной патологии, как



Рис. 57. Выведение задержавшихся оболочек последа.



Рис. 58. При приподнятом тазе роженицы под тяжестью свисающей плаценты происходит ее полная отслойка.

частичное или полное приращение плаценты. В этих случаях в условиях колхозного родильного дома надо срочно вызвать врача, а в больнице приступить к ручному отделению последа.

Обычно послед рождается полностью со всеми дольками и оболочками. Если плацента выходит из влагалища, а оболочки остаются в полости матки, то родившуюся плаценту берут в ладони обеих рук и медленно вращают в одном направлении. При этом оболочки, скручиваясь, отделяются от стенки матки и в таком состоянии легко без обрыва выходят из родовых путей (рис. 57). Иногда применяют другой прием выделения оболочек. После рождения плаценты роженице предлагают опереться на ступни и поднять таз. При этом плацента свисает и своей тяжестью способствует отслоению и выхождению оболочек (рис. 58).

После рождения послед должен быть тщательно осмотрен, чтобы убедиться в целостности плаценты и оболочек.

### Порядок осмотра плаценты и оболочек

Прежде всего надо осмотреть оболочки. Для этого послед приподнимают за пуповину и осматривают целостность водной и ворсистой оболочек (рис. 59). При осмотре



Рис. 59. Осмотр оболочек по следу.



Рис. 60. Проверка на наличие или отсутствие добавочной дольки плаценты.

ре оболочек надо обратить внимание не проходят ли в них кровеносные сосуды, что бывает при добавочных дольках плаценты (рис. 60). Если сосуды на оболочках имеются, а дольки на месте их обрыва нет, это значит,

что долька осталась в полости матки и ее надо удалить. Если оболочки рваные, висят лоскутами, то можно думать, что часть их осталась в полости матки. Оставшиеся в полости матки оболочки удалять не следует, так как они обычно самостоятельно выделяются на 5—6-й день после родов. Однако в истории родов надо указать на дефект оболочек для того, чтобы за родильницей был установлен контроль.

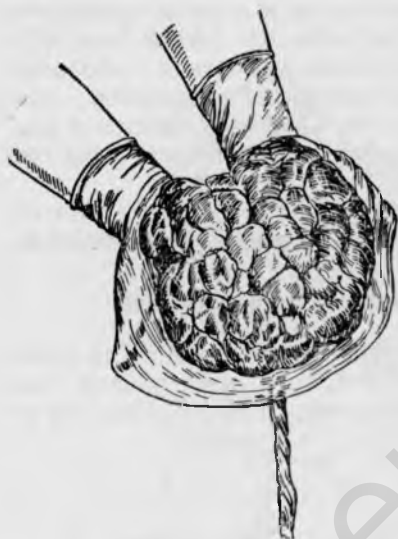


Рис. 61. Осмотр материнской поверхности плаценты.

После осмотра оболочек переходят к осмотру плаценты. Сначала осматривают плодовую поверхность плаценты, для чего ее кладут на ладонь левой руки материнской поверхностью. Плодовая сторона имеет синевато-серый цвет вследствие того, что она сверху покрыта водной оболочкой.

Для осмотра материнской стороны плаценту кладут плодовой стороной на ладонь левой руки, а правой рукой вывертывают оболочки ворсистой оболочкой кверху. Удалив сгустки с поверхности плаценты, осматривают целостность долек по всей поверхности, особенно края. Дольки плаценты плотно прилегают друг к другу, поэтому ее материнская поверхность выглядит гладкой (рис. 61).

Оставшиеся в полости матки кусочки плаценты или дополнительные дольки следует удалить большой кюреткой или рукой. Оставлять их в полости матки нельзя, так как они могут способствовать возникновению обиль-

ного кровотечения в раннем послеродовом периоде, развитию плацентарного полипа и септических послеродовых заболеваний.

После осмотра послед взвешивают и определяют размер плаценты. Средний вес последа составляет 500—600 г, диаметр поверхности плаценты 18 см.

Закончив осмотр, взвешивание и измерение плаценты, определяют общую кровопотерю в родах, а затем приступают к туалету и осмотру родовых путей родильницы.

### Осмотр и туалет родильницы после окончания родов

После рождения последа матку массируют, выдавливая из ее полости оставшиеся сгустки крови. После этого наружные половые органы, область промежности и



Рис. 62. Осмотр родовых путей.

внутренние поверхности бедер родильницы обмывают теплым слабым дезинфицирующим раствором, вытирают стерильными ватными шариками и затем под ягоди-

цы подкладывают стерильную пленку. Раздвинув двумя стерильными тампонами на палочке большие и малые половые губы, осматривают промежность, область клитора и слизистую оболочку входа во влагалище (рис. 62). При отсутствии разрывов наружных половых органов приступают к осмотру стенок влагалища и шейки матки зеркалами Симса. Сначала вводят заднее зеркало, а затем подъемником обнажают шейку матки и тщательно осматривают ее со всех сторон и сводов.

При обнаружении ссадин или трещин в области наружных половых органов, слизистой оболочки влагалища или шейки матки их смазывают 10% раствором настойки йода.

Разрывы шейки матки, влагалища и промежности тщательно зашивают, так как они могут явиться причиной обильных кровотечений, входными воротами для возбудителей инфекции в родовые пути. После осмотра производят туалет наружных половых органов.

С рождением последа заканчивается послеродовый период и начинается послеродовой период. Женщина в послеродовом периоде называется роженицей.

Поскольку в течение первых часов после родов возможно расслабление матки, и, следовательно, опаснейшее для жизни атоническое кровотечение или родовой шок, то первые 2—4 часа после родов считают ранним послеродовым периодом. В течение этого периода роженица должна находиться в родильном зале и за ней должно быть установлено тщательное наблюдение. На низ живота роженицы кладут пузырь со льдом или с холодной водой для лучшего сокращения матки. Под ягодицы роженицы подкладывают стерильную подстилку, покрывают чистой простыней и дают ей полный покой. При этом ведут тщательное наблюдение за кровотечением из родовых путей. Периодически массируют матку через брюшную стенку, учитывают дополнительную кровопотерю. Иногда в начале послеродового периода появляется озноб, повышается температура вследствие большой утраты мышечной энергии, обезвоживания и переохлаждения тела. Таким роженицам необходимо дать горячий сладкий чай и накрыть одеялом. В случае появления маточного кровотечения вследствие рас-



слабления мускулатуры матки надо вызвать врача. Но не дожидаясь его прихода, необходимо провести массаж матки через брюшную стенку и внутримышечно ввести сокращающие средства (эрготин, питуитрин и др.).

Если в течение 2—4 часов никаких осложнений нет и родильница чувствует себя хорошо, то ее переодевают в чистую сорочку и переводят в послеродовую палату для дальнейшего наблюдения.

---

акusher-lib.ru

## Глава VIII

### ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ

Роды являются единственным физиологическим процессом, который у части женщин сопровождается болевыми ощущениями различной интенсивности. Особенно интенсивные боли роженицы испытывают в конце периода раскрытия шейки матки и в процессе изгнания плода.

Боль в родах является отрицательным явлением, так как она истощает силы роженицы, делает их безвольными и беспомощными в поведении. Для снятия или уменьшения болей в родах в нашей стране применяется психопрофилактический метод обезболивания.

#### ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ МЕТОД ПОДГОТОВКИ БЕРЕМЕННЫХ К РОДАМ

Этот метод разработан невропатологом И. З. Вельвовским совместно с проф. К. И. Платоновым при участии акушеров В. А. Плотичера и Э. А. Шуга. Он основан на физиологическом учении И. П. Павлова о ведущей роли коры головного мозга во всех жизненных процессах организма человека, следовательно, и в родовом акте.

Поэтому основной задачей при проведении психопрофилактической подготовки беременных к родам является воздействие на центральную нервную систему с целью приведения ее в нормальное состояние. Надо освободить женщину от укоренившегося взгляда о неизбежности болей в родах, устранить необоснованные страхи и опасения за исход родов, создать положительные эмоции и новые представления о родах, как о благопри-

ятно протекающем физиологическом процессе, при котором боль необязательна.

Правильное представление о родах как о нормальном физиологическом процессе формируется у беременных на специальных занятиях, которые проводятся при женских консультациях с 32—33 недель беременности. С беременными рекомендуется проводить не менее 5—6 занятий. Первое занятие обязательно должен провести врач отдельно с каждой женщиной. В дальнейшем занятия проводятся для групп в 5—6 человек. При этом последующие занятия с беременными может проводить специально подготовленная акушерка. Обычно занятия проводятся в отдельном кабинете, оборудованном кушетками, рисунками, таблицами, муляжами.

При формировании групп беременных для занятий следует помнить, что в группу молодых первобеременных нежелательно включать многорожавших, перенесших акушерские операции, а также имевших в прошлом осложнения во время беременности, родах и послеродовом периоде. Они своими рассказами о перенесенных осложнениях и страданиях могут вселить страх и опасения молодым здоровым беременным. С этой категорией беременных занятия надо проводить в индивидуальном порядке.

Перед первым занятием обязательно врач осведомляется о самочувствии каждой беременной, выясняет ее жалобы, страхи и опасения, а затем производит осмотр и акушерское исследование наружными приемами. В процессе исследования беременной подчеркивается, что у нее беременность протекает нормально, плод расположен правильно, размеры его головки и размеры таза нормальны. В конце осмотра упоминается, что при таком состоянии здоровья и акушерской ситуации роды проходят благополучно, безболезненно. Затем приступает к проведению занятий.

### **Порядок и содержание занятий**

Первое занятие посвящается формированию у женщин правильного представления о физиологическом течении беременности, родового процесса и необязательности болей в родах. С этой целью в общедоступной, популярной форме беременным сообщают краткие сведения о строении наружных и внутренних половых органов, рассказывают о процессе зачатия и развития внутриутробного плода, указывают на те изменения, которые происходят в организме

женщины в связи с беременностью. Затем разъясняют причины наступления родов, характеризуют механизм раскрытия шейки матки и особенности прохождения плода по родовому каналу. Обращают внимание слушательниц на то, что роды протекают при известной затрате сил и энергии женщины. Подчеркивают необходимость четкого выполнения ими указаний медицинского персонала, спокойного поведения и регулярного питания в процессе родов. При этом указывают, что анатомические и физиологические изменения, происходящие в половом аппарате и в целом организме женщины во время беременности, обеспечивают нормальное и почти безболезненное течение родов. В конце разъясняют причины возникновения ложного представления о неизбежности болей в родах. Подчеркивается роль коры головного мозга в формировании и восприятии болей в родах. На конкретных примерах из жизни показывают, что основной причиной возникновения болей в родах является чувство страха и опасения перед родами, которое внушили родные, родственники, знакомые или впечатления от прочитанных книг. Беседу с беременными необходимо построить так, чтобы с первого же занятия снять у них страхи и опасения и внушить им уверенность и спокойное, безболезненное течение родового процесса.

Второе занятие начинают с осведомления о самочувствии и выявлении жалоб у каждой беременной. В необходимых случаях проводится акушерский осмотр отдельных женщин. Затем одна из женщин рассказывает содержание предыдущего занятия, а остальные беременные дополняют и уточняют ее рассказ. После этого беременным более детально рассказывают о течении первого периода родов, дают понятие о схватках, их частоте и продолжительности, объясняют субъективные ощущения при этом. Беременных при помощи рисунков, картинок и муляжей знакомят с механизмом раскрытия шейки матки, ролью плодного пузыря и околоплодных вод в этом процессе. На этом же занятии беременных обучают следующему приему «обезболивания», точное выполнение которых способствует нормальному течению родового процесса и снижению болезненных ощущений.

## Приемы обезболивания

**Первый прием.** Во время схватки роженица должна повернуться на спину и глубоко, ритмично дышать до ее окончания. Благодаря этому приему организм матери и плода лучше насыщается кислородом.

**Второй прием.** На протяжении схватки роженица сочетает ритмичное дыхание (вдох и выдох) с легким поглаживанием кожи нижней части живота (зон повышенной кожной болевой чувствительности) кончиками пальцев рук.

**Третий прием.** В конце периода раскрытия, когда схватки повторяются через каждые 2—3 минуты, роженицы надавливают (прижимают) на кожу в области передневерхних остей подвздошных костей. При выполнении приема рекомендуется глубокое равномерное дыхание.

**Четвертый прием.** Во время схватки кулаки рук подкладываются под поясницу с таким расчетом, чтобы они прижимали точки, соответствующие наружным углам поясничного ромба. Это прижатие производится в такт с глубоким дыханием.

**Пятый прием.** Во время схватки массирование поясницы производится резким движением ладони в момент вдоха. В момент выдоха руку отнимают.

**Шестой прием.** В течение всего первого периода родов роженица должна «считать схватки», определять время появления, длительность и их конец. Этот прием отвлекает ее внимание и тем самым способствует уменьшению болевых ощущений.

При изучении каждого приема надо научить женщину правильно и точно выполнять их.

Заканчивая это занятие беременным объясняют, что указанные «приемы обезболивания» имеют физиологическое обоснование. Указывается, что каждый внутренний орган в нормальных физиологических условиях имеет рефлекторную связь с определенными участками кожи. Для матки и яичников такой зоной является область нижней части живота (от пупка до лобка) и поясницы. При выполнении «приемов обезболивания» мы воздействуем на нервные окончания, заложенные в коже, и тем самым оказываем рефлекторное воздействие на матку, достигая при этом болеутоляющего эффекта.

На третьем занятии женщин знакомят с нормальным течением второго и третьего периода родов. Им рассказывают о состоянии родовых путей в потужном периоде, объясняют механизм продвижения плода по родовому каналу и этапы его рождения, знакомят с характером ощущений роженицы в это время и обучают правильной выработке потуг.

Затем знакомят женщин с нормальным течением последового периода, его продолжительностью и характером схваток. В конце занятия каждая из беременных под контролем акушерки (медицинской сестры) выполняет все приемы и рассказывает о поведении женщин в этих периодах родов.

Четвертое занятие посвящается краткому повторению содержания предыдущих занятий, проверке усвоения беременными «приемов обезболивания» родов. На занятии с беременными проводится беседа на тему: «Радость материнства» и ознакомление с законами правительства о помощи многодетным и одиноким матерям.

На пятом занятии беременных знакомят с симптомами начала родов и рассказывают о порядке приема рожениц в родильный дом. В частности, указывают, когда беременной надо направляться в родильный дом, кто ее встретит в приемной, какие манипуляции и исследования будут проводиться в санитарном пропускнике, смотровой комнате, послеродовой палате родильного дома.

Шестое занятие проводится в том случае, если женщина до 32—33-й недели беременности не находилась под наблюдением женской консультации или она плохо усвоила приемы обезбоживания родов. Это занятие посвящается краткому повторению всего пройденного на предыдущих занятиях и проверке усвоения беременными «приемов обезболивания» родов.

Эффективность психопрофилактической подготовки к родам оценивается по поведению роженицы и ее отзывам о самочувствии и ощущениях во время родового процесса.

Метод психопрофилактической подготовки беременных к родам недостаточно эффективен при возникновении осложнений в течении беременности и родов, а также в тех случаях, когда подготовка женщин проводилась в родильном доме в процессе родов. Поэтому для обезболивания родов у указанной выше категории женщин применяют медикаментозные средства.

К таким средствам относятся белладонновые свечи, пантопон, лидол, промедол, закись азота. Все эти средства даются по назначению врача.

—

akusher-lib.ru

## Глава IX

### НОРМАЛЬНОЕ ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА И УХОД ЗА РОДИЛЬНИЦЕЙ

Послеродовым периодом называют время после рождения последа и до исчезновения изменений в организме женщины, связанных с беременностью и родами. В этом периоде появляется секреция молочных желез, а также происходит заживление ссадин и ран, возникших во время родов. При нормальном течении родов этот период длится 6—8 недель.

#### ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ РОДИЛЬНИЦЫ

Матка сразу же после рождения последа хорошо сокращается, становится плотной, приобретает шаровидную форму и значительную подвижность за счет растяжения связочного аппарата. Длина матки равна 15 см, вес около 1 кг.

Дно матки прощупывается через брюшную стенку на 1—2 пальца ниже пупка. Через 12—14 часов дно ее поднимается до уровня пупка и выше, что связано с восстановлением тонуса мышц тазового дна и влагалища. На 2-й день после родов дно матки снова определяется на уровне пупка и с каждым последующим днем высота его стояния понижается на один поперечный палец (2 см). Так, на 3-й день после родов дно матки определяется на два пальца ниже пупка, на 4-й день — на три пальца ниже пупка, на 5-й день — стоит по середине между пупком и лобком, на 6-й день — опускается ниже этого уровня на один палец, на 7-й день — прощупывается на три пальца выше лона, на 8-й день — на

Два пальца выше лона, на 9-й день — на уровне лона, а на 10—12-й день определяется за лоном или совсем не прощупывается.

Сокращение матки и уменьшение ее размеров в послеродовом периоде происходит вследствие уменьшения, атрофии, жирового перерождения и частичной гибели мышечных волокон, на месте которых образуется соединительная ткань.

Внутренняя поверхность матки после родов представляет собой обширную рану вследствие отделения от ее стенок плаценты, оболочек и некоторой части слизистой оболочки. Восстановление слизистой оболочки матки происходит за счет эпителия оставшихся участков слизистой оболочки и ее желез. Полное восстановление слизистой оболочки матки отмечается к 20-му дню после родов.

Процесс формирования шейки матки и образование ее канала происходят в течение 2—3 недель. Сначала (на 7—10-й день) закрывается внутренний зев, а затем (на 20—21-й день) наружный.

На 6—7-й день после родов исчезает отечность, заживают трещины, ссадины и разрывы наружных половых органов, влагалища и шейки матки, полностью восстанавливается тонус мышц промежности.

В послеродовом периоде восстанавливается прежняя длина маточных труб, величина связок и яичников. В яичниках возобновляется созревание граафовых фолликулов и начинается овуляция. Кормящая может забеременеть, если не будет предохраняться при половых сношениях, хотя в 50% случаев менструации в это время отсутствуют.

После родов постепенно восстанавливается тонус мышц передней брюшной стенки. Она собирается в складки, рубцы на коже уменьшаются, становятся белесоватыми. Иногда брюшная стенка на всю жизнь остается растянутой и дряблой.

Послеродовые выделения (лохии) представляют собой отделяемое из заживающей раневой поверхности стенок матки, т. е. являются раневым секретом. Лохии состоят из крови на различной стадии ее распада, лейкоцитов и остатков децидуальной оболочки. В первые 3—4 дня они имеют кровянистый характер, с 4—5-го дня становятся серозно-кровянистыми, а с



6—8-го дня светлеют и приобретают характер серозной жидкости желтого цвета (от примеси лейкоцитов). В первые 3 дня после родов выделения бывают обильными. На 4—5-й день количество лохий значительно уменьшается, а к 6—7-му дню они выделяются в скудном количестве.

**Изменения в молочных железах.** К началу родов разросшийся эпителий молочных желез продуцирует лишь молозиво, которое легко выдавливается из соска при надавливании на железу.

Молозиво представляет собой жидкость желтоватого цвета, щелочного характера, которая содержит белок, жировые капли, эпителиальные клетки и «молозивные тельца» (лейкоциты, заполненные жировыми каплями). Оно выделяется из сосков только в первые 2—3 дня после родов, а к концу 3-го или на 4-й день начинается выделение молока.

Молоко более жидкое, чем молозиво. Оно имеет белый цвет, щелочную реакцию и представляет собой смесь мельчайших капелек жира в сыворотке. Молоко состоит из 87—88% воды, 1,5—2% белка (казеина и альбумина), 3,5—4% жиров, 6,6—7% сахара, 0,18—0,2% солей.

Секретция молока происходит под влиянием сложных рефлекторных и гормональных воздействий, а процесс образования его регулируется центральной нервной системой и лактогенным гормоном гипофиза (пролактином).

Появление молока сопровождается напряжением, покалыванием и чувством тяжести в молочных железах, которые облегчаются актом сосания и сцеживания молока. Иногда появление молока может сопровождаться резким нагрубанием молочных желез. В этих случаях (на 3—4-е сутки после родов) молочные железы внезапно резко уплотняются, становятся болезненными, самочувствие ухудшается, иногда появляется познабливание и повышается температура до 37°. Обычно на 4—5-й день после родов эти явления исчезают и устанавливается секретция молока, свойственная организму данной женщины.

При нормальном течении послеродового периода общее состояние и самочувствие роженицы бывают хорошими. Однако в первые часы после родов вследствие

значительной затраты сил и энергии родильница чувствует общую слабость и утомление. Повторнородящие часто отмечают болезненные сокращения матки и боли в области промежности и икроножных мышцах.

Иногда в первые сутки после родов повышается температура до  $37-37,5^{\circ}$  и возникает озноб вследствие значительной потери мышечной энергии, обезвоживания организма и охлаждения тела.

В первые дни после родов пульс замедлен (до 60—64 ударов в минуту), а затем достигает обычной для здоровых людей частоты (70—76 ударов в минуту).

Артериальное давление в первые дни после родов несколько понижено и только со временем достигает обычного уровня (120/80 мм ртутного столба). Постепенно нормализуется морфологический состав крови, в частности несколько уменьшается количество эритроцитов и повышается число лейкоцитов.

**Дыхание** становится ровным, более глубоким (14—16 дыханий в минуту). Часто в первые дни после родов отмечается повышенная потливость родильниц. Аппетит у кормящих родильниц несколько повышен.

**Основной обмен и обмен веществ** бывают повышенными только в первые недели послеродового периода, а в дальнейшем они приходят к норме. Функция желез внутренней секреции также постепенно нормализуется: уменьшается щитовидная железа, снижается функция надпочечников, вследствие чего постепенно уменьшается, а затем совсем исчезает пигментация лица, околососкового кружка и сосков молочных желез, белой линии живота и наружных половых органов.

Функция почек в послеродовом периоде у здоровых родильниц не нарушена, суточное выделение мочи нормальное. Однако функция мочевого пузыря в послеродовом периоде нередко нарушается. У родильниц со слабой родовой деятельностью или длительным прижатием головки ко входу в малый таз наблюдается отсутствие позывов на мочеиспускание даже при переполненном мочевом пузыре.

Нередко нарушение мочеиспускания носит нервно-психический характер. Родильница не может мочиться в присутствии посторонних, но легко мочится наедине. Некоторые родильницы не могут мочиться в лежачем положении.

Функция кишечника в первые дни после родов несколько нарушена. Часто вследствие атонии кишечника, расслабления мышц брюшного пресса и ограничения движений у рожениц наблюдаются запоры. Иногда их беспокоят геморроидальные узлы при акте дефекации.

### УХОД ЗА РОДИЛЬНИЦЕЙ

Наличие значительных изменений в организме рожениц, вызванных беременностью и родами, возможность развития послеродовых заболеваний требуют создания для них особого режима и ухода.

В послеродовом периоде особо важное значение приобретает строжайшая чистота палат, постели, белья, суден и других предметов ухода. Все инструменты и материал, соприкасающиеся с половыми органами и сосками молочных желез, должны быть стерильными. Медицинский персонал, ухаживающий за роженицами, должен строго соблюдать все правила личной гигиены, асептики и антисептики.

Уборка палат должна проводиться не менее 2 раз в сутки. На время уборки роженицу надо хорошо укрыть. Каждая палата в порядке очереди через 7—10 дней должна освобождаться от рожениц и подвергаться тщательной уборке с дезинфекцией стен, полов и мебели.

Здоровых рожениц нельзя помещать в общую палату вместе с лихорадящими, туберкулезными и другими инфекционными больными. После выписки рожениц, страдавших послеродовыми заболеваниями, необходимо произвести дезинфекцию палат с последующей побелкой хлорной известью. Постельные принадлежности и белье рожениц, особенно больных послеродовыми заболеваниями, надо дезинфицировать — в дезинфекционной камере, а там, где нет дезинфекционных камер, проветривать. Байковые и пикейные одеяла следует стирать. Кровать и клеенки надо помыть горячей водой с раствором сулемы 1:1000, 0,5% раствором лизола или 1% раствором хлорамина.

Под каждой кроватью на специальной подставке должно стоять индивидуальное прокипяченное подкладное судно.

**Гигиена роженицы.** Роженица не должна дотрагиваться своими руками до половых органов. Она еже-

дневно утром должна мыть лицо и руки с мылом, а также перед каждым кормлением ребенка и приемом пищи.

Если в первые дни родильница сильно потеет, то тело ее надо протирать ароматическим уксусом, спиртом пополам с водой или одеколоном. Ежедневно ей следует менять сорочку.

Надо следить за чистотой наружных половых органов, ягодиц и бедер, не допускать лежания родильницы на мокрых скрученных подкладных пеленках. Во избежание раздражений кожи в этих местах родильница должна лежать с развернутыми ногами. В таком положении лохии стекают на подстилку.

**Смена белья.** Постельное и нательное белье должно быть чистым. Сорочку, косынку и полотенце надо менять каждые 3 дня, а в случаях обильных выделений лохий и потливости их меняют ежедневно. С того момента, когда родильнице разрешено ходить, ей выдают чистый халат и тапочки.

**Питание родильницы.** Здоровая кормящая родильница не нуждается в особой диете. Однако она нуждается в усиленном питании для того, чтобы быстро восполнить потерянную энергию во время родов и обеспечить своего ребенка достаточным количеством молока. Поэтому пища родильницы должна быть высококалорийной, легко усвояемой, свежей, вкусной и содержать большое количество жидкости для образования достаточного количества молока.

В первые 2 дня после родов дают легкую, но питательную пищу: сладкий чай, бульон, молочный или овощной суп, свежий творог, сметану, овощные котлеты, картофельное пюре, молочную лапшу, кашу, кисель, компот, слабое кофе с молоком, масло, яйца всмятку, белый или серый не слишком свежий хлеб.

С 3-го дня послеродового периода, после начала действия кишечника, родильницу постепенно можно переводить на общую пищу. Зимой и в тех местах, где нет свежих фруктов и овощей, родильницам надо назначать витамины А группы В, С, D в виде препаратов. В местах, где имеются овощи и фрукты, рекомендуется давать свежие яблоки, груши, ягоды, помидоры, салат, апельсины, мандарины, лимоны и др. Родильницам не следует принимать острые блюда (сельдь, чеснок, соленые огурцы) и трудно перевариваемую пищу (консервы, колбасу,

сало, жирное мясо, горох, чечевицу): Прием алкогольных напитков категорически запрещается. Перед приемом пищи родильница должна помыть руки с мылом.

Кормят родильницу 4—5 раз в день перед кормлением детей. Перед раздачей пищи санитарка обязана помыть руки мылом, надеть чистый белый халат или передник.

Для каждой родильницы должен быть комплект посуды для приема пищи. После приема пищи санитарка должна убрать грязную посуду, смести с постели крошки и очистить столик или тумбочку, на которой лежали продукты питания.

Чтобы обеспечить в родильном доме нормальный режим питания и избежать занесения инфекции, отравлений и острокишечных заболеваний, передачи продуктов питания родильнице лучше запретить. В крайнем случае можно разрешить приносить булочки, белый хлеб, 0,5 л молока, 100 г масла, сахар, яблоки, груши и другие фрукты и овощи. Передачи надо принимать в установленное время. Содержимое передачи должна осматривать санитарка или медицинская сестра. Переданные продукты питания должны храниться в специальных чистых белых мешочках в прикроватных тумбочках.

**Наблюдение за общим состоянием родильницы.** Прежде чем приступить к осмотру родильницы, медицинская сестра должна поинтересоваться, как женщина спала, какое ее самочувствие, нет ли каких-либо жалоб, какой у нее аппетит.

Об общем состоянии родильницы также можно судить по температуре тела и по характеру пульса. Измерение температуры тела и сосчитывание пульса обычно производятся 2 раза в сутки (в 6—7 часов утра и в 6—7 часов вечера). Наличие нормальной температуры тела и спокойного ритмичного пульса хорошего наполнения (70—72 удара в минуту) является признаком нормального течения послеродового периода. Повышение температуры тела и учащение пульса в течение 1—2 дней являются симптомами возникновения инфекции в послеродовом периоде. В этих случаях надо срочно вызвать врача.

**Наблюдение за сокращением матки.** О степени сокращения матки и, следовательно, об ее обратном развитии (инволюции) можно судить на основании данных измерения высоты стояния дна матки над лонной дугой

после предварительного опорожнения мочевого пузыря. Нередко обратное развитие матки задерживается у ослабленных, пожилых первородящих родильниц. У кормящих родильниц матка сокращается быстрее, чем у не кормящих.

У повторнородящих родильниц в первые 1—2 дня после родов (особенно при кормлении ребенка) иногда появляются болезненные сокращения матки, напоминающие послеродовые схватки. Как правило, через 2—3 дня они проходят без всякого лечения. Если же схватки очень болезненны, то родильнице назначают аспирин по 0,3 г 3 раза в день, антипирин по 0,3 г или пирамидон в такой же дозе.

**Наблюдение за выделениями из матки.** Чтобы судить о течении послеродового периода, надо обратить внимание на характер (кровянистые, со сгустками, серозные, гнойные) и запах выделений. В первые 6—8 дней после родов общее количество выделений составляет 800—1000 г. К концу 2-й недели они обычно бывают скудными, слизистыми. К 5—6-й неделе прекращаются.

При обильном выделении ярко-кровянистых лохий на 4—5-й день после родов можно думать о плохом сокращении матки. В этом случае родильнице следует дать внутрь экстракт маточных рожек по 20—25 капель 3 раза в день. Если на 8—9-й день после родов появляются обильные грязно-кровянистые выделения, можно думать о задержке в полости матки кусочков плаценты. В этом случае надо срочно вызвать врача.

В случае появления выделений со зловонным запахом и повышением температуры тела медицинская сестра обязана срочно вызвать врача и до его прихода создать родильнице покой. На область расположения матки надо положить пузырь со льдом и дать хинин по 0,3 г 1—2 раза в день.

У всех родильниц на 4—5-й день берут мазки лохий для выявления гонококка. Обычно берут два мазка.

Иногда выделения задерживаются в полости матки (лохиометра). В таком случае прощупывается большая вялая матка, выделений очень мало. Поскольку развитию лохиометры может способствовать переполнение мочевого пузыря, кишечника, перегиб матки, медицинская сестра должна постоянно следить за их опорожнением. Для устранения спазма шейки матки надо назна-

чить порошки хинина по 0,3 г 1—2 раза в день и вызвать врача на консультацию.

**Туалет родильниц.** Стекающие из полости матки выделения (лохии), содержащие большое количество микробов, не только загрязняют половые органы и раздражают кожу, но и могут способствовать проникновению инфекции в родовые пути (во влагалище, в матку) и развитию послеродовых заболеваний. Поэтому в комплексе мероприятий по обеспечению нормального течения послеродового периода весьма существенное значение имеет содержание в чистоте наружных половых органов, что достигается ежедневным туалетом родильницы.

При нормальном течении послеродового периода родильниц подмывают слабыми дезинфицирующими растворами не реже 2 раз в день (утром и вечером), а также после действия кишечника.

Все необходимое для туалета наружных половых органов заранее готовят на отдельном передвижном столике. На покрытый стерильной пленкой столик кладут 10—15 прокипяченных корнцангов или длинных зажимов, лоток с 10 стерильными ватными шариками, стопку стерильных подстилок, стаканчик с 5% йодной настойкой, несколько прокипяченных линзетов, достаточное количество простерилизованных деревянных палочек, прокипяченную кружку Эсмарха с резиновой трубкой (без наконечника) или кувшин с дезинфицирующим раствором.

Для подмывания наружных половых органов обычно пользуются 0,5% раствором нашатырного спирта, который не раздражает кожи, легко отмывает засохшие на коже выделения и кровь. При гнойных выделениях и наличии ран на промежности с гнойным налетом применяют раствор сулемы 1:1000. Если же имеются выделения со зловонным запахом, при уборке используют раствор марганцовокислого калия 1:5000, который обладает хорошим дезодорирующим свойством.

При значительном раздражении кожи наружных половых органов и внутренних поверхностях бедер подмывание следует производить настоем ромашки. После этого раздраженные участки кожи надо осторожно осушить и смазать синтомициновой эмульсией.

Туалет родильницы производится следующим образом. Перед началом туалета палатная медицинская сестра поверх халата надевает чистый длинный клеенчатый фартук, моет руки по методу Спасокукоцкого и надевает стерильные резиновые перчатки. В это время санитарка вкатывает в палату столик со всем необходимым для проведения туалета, поднимает с родильницы одеяло, предлагает ей раздвинуть согнутые в коленях ноги, приподнимает рубашку и подкладывают под таз чистое подкладное судно,

Затем санитарка из кружки Эсмарха или кувшина орошает дезинфицирующим раствором лобок, большие половые губы, промежность и внутренние поверхности бедер (рис. 63). В это время медицинская сестра захватывает стерильным корнцангом комок ваты и под непрерывной струей очищает наружные половые органы и со-



Рис. 63. Туалет наружных половых органов роженицы.

седние участки кожи от присохших сгустков крови и лохий. После обмывания кожу следует осушить стерильной ватой.

После окончания подмывания роженица приподнимает таз и из-под нее санитарка вынимает подкладное судно, грязную подстилку, бросает ее в бак для грязного белья.

Затем санитарка чистой тряпкой, обильно смоченной раствором лизоформа или сулемы, вытирает подкладную клеенку и застилает чистой подстилкой. Грязное судно санитарка выносит, обмывает дезинфицирующим раствором, после чего ставит на свое место. Использованные корнцанги медицинская сестра кладет в специальный лоток.



Помыв повторно руки (перчатки) дезинфицирующим раствором или спиртом, медицинская сестра вместе с санитаркой переходят к подмыванию следующей родильницы.

Уход за швами промежности и слизистой оболочки влагалища сводится к тому, что их содержат в сухом

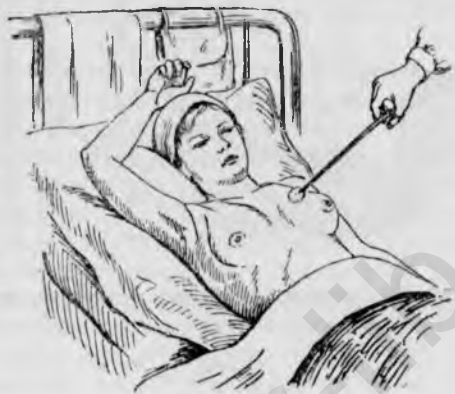


Рис. 64. Туалет молочных желез.

состоянии и стараются не занести инфекции и не травмировать. Область швов осторожно смазывают 5% раствором настойки йода.

Уход за молочными железами и сосками. Для сохранения нормальной функции молочных желез, обеспечения естественного вскармливания ребенка и предупреждения возникновения трещин сосков и лактационных маститов необходимо организовать тщательный уход за молочными железами и сосками.

К моменту перевода родильниц в послеродовое отделение надо осмотреть молочные железы, обратив внимание на форму сосков. Околососковые кружки и соски молочных желез следует обмыть физиологическим раствором при помощи стерильных ватных шариков, осушить и смазать 70° спиртом (рис. 64). Затем надо надеть чистый свежeverглаженный лифчик, который должен поддерживать молочные железы в приподнятом состоянии, но не сдавливать их. Лифчик надо менять каждый день.

Перед кормлением ребенка родильница должна вымыть руки с мылом и вытереть их полотенцем. Сосок и околососковый кружок с помощью ватного шарика



Рис. 65. Кормление ребенка в лежащем положении.



Рис. 66. Кормление ребенка в сидячем положении.

следует обмыть дезинфицирующим раствором, безвредным для ребенка (0,05% раствор грамицидина, раствор марганцовокислого калия 1:5000, 2% раствор борной кислоты).

Первые 2—3 дня родильница кормит ребенка в лежащем положении (рис. 65). С 4-го дня после родов родильница должна кормить ребенка в сидячем положении (рис. 66). С 4—5-го дня, когда родильнице разрешено

вставать и ходить, можно разрешить кормить ребенка сидя на стуле с опорой на спину. Родильницу надо обучить правильному кормлению и первый раз помочь приложить ребенка к молочной железе. Прикладывать ребенка к молочной железе надо не сразу, а через 3—5 минут после того, как подали его матери, так как установлено, что только через это время начинает выделяться молоко.

Перед введением соска в рот ребенка нужно сцедить несколько капель молока, пока оно не пойдет струей. При этом ребенок должен захватить не только сосок, но и значительную часть околососкового кружка. В таком случае сосок меньше растягивается и не травмируется у своего основания краями челюстей ребенка. Для того чтобы во время сосания не нарушалось дыхание ребенка, необходимо оттягивать грудь большим пальцем (лежащим сверху) от его носика. После кормления надо бережно извлечь сосок изо рта ребенка. Если ребенок не выпускает сосок изо рта, надо пальцами зажать его ноздри и извлечь сосок. Кормить ребенка следует не больше 15 минут. Кормить надо поочередно то из одной, то из другой молочной железы.

После кормления сосок надо осушить и вновь обмыть раствором борной кислоты. Два раза в день в промежутках между кормлением ребенка родильница должна снимать лифчик и лежать 10—15 минут с открытыми молочными железами. Такие воздушные ванны лучше проводить после проветривания палаты и во время облучения палат кварцевой лампой. Если есть необходимость сцеживать молоко (резкое нагрубание, застой молока и др.), то лучше это сделать молокоотсосом Дятлова.

При отсутствии молокоотсоса можно прибегнуть к ручному методу сцеживания молока (рис. 67). Сцеживать молоко надо регулярно, в сроки кормления ребенка из данной молочной железы.

При резком нагрубании молочных желез вследствие обильного прилива молока, кроме сцеживания, следует подвязать их кверху и ограничить прием жидкости.

При малом количестве молока и пониженной функции молочных желез (гипогалактии), наоборот, надо увеличить прием жидкости в любом виде (чай, мо-

локо и др.), облучать молочные железы небольшими дозами ультрафиолетовых лучей.

**Наблюдение за функцией мочевого пузыря.** При нормальном течении послеродового периода роженица мочится не менее 3 раз в сутки. В случаях задержки мочеиспускания надо принять меры по его опорожнению. Вначале следует положить на низ живота роженицы теплую грелку или подложить под ее таз теплое



Рис. 67. Сцеживание молока после кормления ребенка.

судно (налить теплую воду) и орошать наружные половые органы теплой водой. В случае неэффективности этих приемов можно ввести внутримышечно 1 мл питуитрина или 2 мл 25% раствора сернокислой магнезии. С этой же целью можно дать внутрь 2 столовые ложки раствора уксуснокислого калия или отвар медвежьего ушка по 1 столовой ложке 4—5 раз в сутки.

Если эти приемы не дают эффекта, мочу выпускают катетером (не менее 2 раз в сутки) при строгом соблюдении правил асептики и антисептики.

**Наблюдение за функцией кишечника.** Обычно на 2—3-й день после родов, когда восстанавливается тонус мышц тазового дна половых органов, кишечник опорожняется самостоятельно. Если же на 3-й день стул отсутствует, то кишечник следует опорожнить с помощью клизм из обычной кипяченой воды комнатной температуры.

При наличии швов на промежности и при нарушении целостности прямой кишки нельзя назначать слабительные

средства, так как при акте дефекации может произойти расхождение швов. В этих случаях до 7-го дня после родов следует назначать жидкую диету. Швы снимают на 7-й день после опорожнения кишечника.

**Режим родильницы.** Чтобы повысить жизненный тонус, улучшить кровообращение, дыхание, функцию мочевого пузыря и кишечника родильницы, полезно практиковать раннее поворачивание и вставание родильниц. Уже через 3—4 часа после окончания нормальных родов можно разрешить родильнице повернуться на бок. Родильнице со швами на промежности разрешают поворачиваться на бок лишь через 8—12 часов. При этом ее надо предупредить, чтобы при поворачивании она держала бедра сомкнутыми.

При нормальном течении послеродового периода можно родильнице разрешить сидеть на 3-й день после родов, вставать на 4-й день, ходить на 5-й день. Родильницам с разрывами промежности разрешают вставать лишь на 6—7-й день после родов (через день после снятия швов). Во избежание расхождения швов следует ограничиваться пребыванием родильниц в сидячем положении. Несмотря на раннее вставание, родильницу не следует выписывать домой раньше 9—10-го дня.

### ПОСЛЕРОДОВАЯ ГИМНАСТИКА

Для повышения общего тонуса организма, улучшения процессов инволюции матки, укрепления мускулатуры передней брюшной стенки и тазового дна проводятся специальные гимнастические упражнения. При их выполнении быстро устраняется венозный застой в органах малого таза, увеличиваются дыхательные экскурсии легких, а в связи с этим улучшается кровообращение и насыщение кислородом крови родильниц. Послеродовая гимнастика также улучшает аппетит, сон, молокообразование, функцию мочевого пузыря и кишечника.

Занятия гимнастикой проводятся со 2-го дня послеродового периода, ежедневно утром до завтрака, летом при открытых окнах, зимой после предварительного проветривания палаты. Гимнастику обычно проводит подготовленная для этого медицинская сестра. Занятия проводятся одновременно со всеми родильницами, находящимися в данной палате. С родильницами, у которых

имеются швы на промежности, а также с теми, которые перенесли операцию, проводится только комплекс дыхательных упражнений.



Рис. 68. Послеродовая гимнастика по А. П. Николаеву.

Общая продолжительность каждого занятия с каждым днем послеродового периода постепенно увеличивается, но не превышает 5—10 минут.

Для первых дней послеродового периода обычно пользуются комплексом гимнастических упражнений, рекомендуемых А. П. Николаевым.

1. Родильница лежит без подушки под головой, с умеренно согнутыми и притянутыми ногами, стопы стоят на кровати, руки сложены на груди. Медленно отводит вверх и назад руки, выпрямляет и вытягивает по кровати ноги — глубокий вдох (рис. 68, а). Затем складывает руки на груди, ноги сгибает в коленях и притягивает — выдох (дыхательное упражнение).

2. Родильница, лежа без подушки со сдвинутыми и вытянутыми ногами и свободно лежащими вдоль туловища руками, делает глубокий вдох (по брюшному типу) и медленно без помощи рук переходит в сидячее положение, постепенно делая выдох (рис. 68, б). Затем столь же медленно и также без помощи рук возвращается в исходное положение, делая снова глубокий вдох (упражнение для диафрагмы и мышц брюшной стенки).

3. Родильница, лежа на спине, сгибает ноги в коленях и сжимает их, в то время как медицинская сестра, ведущая занятия, пытается их развести (рис. 68, в) и, наоборот, родильница старается максимально развести согнутые в коленях ноги, в то время как медицинская сестра препятствует этому движению, сближая колени родильницы (упражнение для мышц тазового дна).

4. Родильница, лежа на спине, сгибает ноги и приподнимает (мост), как бы ложась на подкладное судно и удерживается полминуты в таком приподнятом положении (рис. 68, г); одновременно она вытягивает анус, затем опускается в исходное положение и вытягивает ноги (упражнение для мышц тазового дна).

Когда родильница начинает вставать, к описанным упражнениям следует добавить следующие два.

5. Родильница стоит, перекрестив голени и стопы; делает вдох и, не меняя положения ног, поднимается на носки, причем плотно сжимает ноги, вытягивает анус (рис. 68, д). После этого следует выдох и возвращение к исходному положению.

6. Родильница стоит, слегка расставив ноги, положив руки на бедра. Делается наклон тела под углом  $90^\circ$  при выпрямленных ногах, в это время производится выдох; затем следует обратное движение, вдох, наклон тела назад, насколько возможно, при выпрямленных ногах (упражнение для брюшных и спинных мышц).

При выписке родильницы из стационара следует рекомендовать ей обязательно посетить женскую консультацию в первую же неделю пребывания дома, а затем через каждые 2 недели детскую консультацию с целью врачебного контроля за своим состоянием и состоянием здоровья ребенка.

## Глава X

### УХОД ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ РЕБЕНКОМ

После родов плод от внутриутробной жизни переходит к внеутробной. Этот переход ребенка в условия тесного взаимодействия с внешней средой вызывает необходимость приспособления его организма к новым условиям.

Правильное развитие ребенка и предупреждение наиболее частых заболеваний в период новорожденности в значительной мере определяются теми условиями ухода и особенно вскармливания, которые будут созданы ему с первых дней жизни. Работники родовспомогательного учреждения должны обращать на все это особое внимание.

#### ДЕТСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

В колхозных домах на 2—4 койки новорожденных в отдельных кроватках помещают в одной палате с матерями. В новостроящихся колхозных родильных домах (на 7—10 коек) для новорожденных выделяется отдельная палата.

В родильных домах и родильных отделениях больниц имеются палата для здоровых детей, палата для недоношенных, изолятор для больных детей и палата для детей, болеющих матерей.

Во втором акушерском отделении также имеются детские палаты. В этих палатах, а также в изоляторе физиологического отделения имеются отдельные постоянные боксы. Стены боксов в большей части верхней половины должны быть стеклянные. Там, где нельзя устроить постоянных боксов, необходимо иметь переносные ширмы.



Для палаты или отделения новорожденных выделяют самые светлые и просторные помещения. Согласно существующим нормам, на каждого ребенка полагается не меньше 2,4 м<sup>2</sup>, а лучше 3—3,5 м<sup>2</sup> площади. Температура воздуха в детских палатах должна быть постоянной, не ниже 21—22°, а в палате недоношенных 24—25°.

Палаты должны хорошо проветриваться. Для этого пользуются форточками, фрамугами, электрическими оконными вентиляторами. Палату проветривают при каждом кормлении детей. Освещение палат не должно быть очень ярким. Лампы должны быть снабжены матовыми колпаками голубого цвета.

Палаты новорожденных должны быть обеспечены холодной и горячей водой на протяжении круглых суток. Палаты должны быть чистыми. Каждый раз во время кормления, когда в палате нет детей, пол тщательно моют горячей водой, а панели и мебель 2% раствором хлорамина. После этого палату проветривают и облучают кварцем.

**Оборудование детской палаты** должно быть простым, расстановка его тщательно продумана. В палате находятся специальные кровати на высоких ножках, выкрашенные белой краской. На каждую кровать кладут матрац в наволочке, покрытый небольшой клеенкой. Сверху клеенку застилают пеленками, сложенными в 6—8 слоев. Кроме того, в палате новорожденных обязательно ставят пеленальный стол на две стороны для одновременного пеленания двоих детей и два шкафа. В одном из них помещают чистые пеленки и одеяла для пеленания детей, в другом находятся медикаменты: спирт, йод, 1% и 5% растворы марганцовокислого калия, 0,25% или 0,5% раствор кофеина для слабых и больных детей, 2% раствор хлористого кальция, прокипяченное или облученное кварцем подсолнечное или какое-то другое жидкое масло, 1% спиртовой раствор бриллиантовой зелени, 2% раствор борной кислоты (готовится ежедневно), вазелин, коллодий или клеол, пенициллин и другие антибиотики, максимальные термометры, маленькие резиновые баллоны на 0,25 и 0,5 стакана воды для клизм. В биксах должен быть стерильный перевязочный материал для обработки пупков, глаз и кожи новорожденных, ватные шарики, марлевые салфетки и небольшие бинты для перевязки пупков.

Наряду с описанным оборудованием в палате должен быть столик с детскими весами, письменный стол для записей врача и медицинской сестры и закрытый бак для содержания грязного белья. После каждого пеленания грязное белье выносят из палаты и передают сестре-хозяйке. Вся мебель должна быть выкрашена белой масляной краской.

После выписки новорожденного кровать моют 2% раствором хлорамина, а подкладные клеенки — мылом под струей горячей воды и протирают дезинфицирующим раствором. Матрацик, подушку и одеяло подвергают обработке в дезинфекционной камере (при отсутствии последней проветривают во дворе на протяжении 24 часов).

**Белье.** Кофточки и распашонки ребенка шьют из мягкой фланели или хлопчатобумажной ткани так, чтобы не было грубых швов. Одежда должна быть свободной, не стеснять движений ребенка. Наружные концы рукавов лучше зашивать наглухо. Кроме кофточек и распашонок, имеются большие и малые четырехугольные и треугольные пеленки.

## **САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ РЕЖИМ НОВОРОЖДЕННЫХ**

**Уход за кожей.** Кожа новорожденного очень нежная, легко подвергается раздражению. Поэтому с первых же дней после рождения необходимо строго следить за ее чистотой; после каждого мочеиспускания ребенка тщательно обтирают, а после действия кишечника обмывают теплой водой. Кожу в области кожных складок присыпают порошком (тальк, специальная пудра).

При появлении на коже покраснений или опрелостей рекомендуют смазывать их стерильным растительным маслом или 5% раствором марганцовокислого калия. Детей с опрелостями пеленают так, чтобы была закрыта только верхняя часть тела, а нижняя оставалась открытой (воздушные ванны).

**Уход за глазами, ушами и носом.** Лицо и ушные раковины ребенка ежедневно протирают ватными тампонами, смоченными теплой кипяченой водой или же 2—3% раствором борной кислоты. Для промывания глаз пользуются слабым раствором марганцовокислого калия 1 : 8000. Нос очищают стерильным ватным фитильком.

**Уход за пупочным остатком.** При уходе за остатком пуповины необходимо самое строжайшее соблюдение правил асептики. Нарушение ее грозит ребенку очень тяжелыми последствиями — пупочным сепсисом. Приступая к осмотру пупка, надо вымыть руки теплой водой и мылом, затем обработать их спиртом. Можно обрабатывать руки хлорной водой, которая должна быть в отдельном тазе около пеленального столика.

При поступлении новорожденного в детскую палату в течение первых 3 часов надо наблюдать за повязкой на пупке, чтобы не пропустить возможное кровотечение из его сосудов. Повязку не трогают 3—4 дня. При случайном загрязнении ее меняют только наружную салфетку. На 5-й день врач повязку снимает. Если высыхание пупочного остатка проходит хорошо, то его смазывают йодной настойкой и накладывают новую стерильную повязку. После отпадения пупочного остатка (на 5—8-й день) оставшуюся ранку обрабатывают спиртом и йодом или же 1—2% раствором азотнокислого серебра. Если пупок после отпадения остатка начинает мокнуть, его обрабатывают последовательно перекисью водорода, спиртом и 1% раствором бриллиантовой зелени или 5% раствором марганцовокислого калия.

В тех случаях, когда новорожденному с неотпавшим остатком пуповины требуется лечебная ванна, необходимо пользоваться кипяченой водой. Снимать повязку с пупочного остатка во время купания не разрешается. После ванны пупок тщательно обсушивают спиртом, смазывают йодом и покрывают новой стерильной повязкой.

**Измерение температуры.** Измеряют температуру новорожденного утром и вечером перед очередными кормлениями. Термометр помещают в подмышечную впадину или вводят в прямую кишку. Через 12—24 часа после рождения температура тела ребенка достигает 36—37°. Взвешивают новорожденного ежедневно во время утреннего туалета. В первые 3—4 дня наблюдается падение в весе на 150—200 г. Эту потерю в весе называют «физиологической». Обычно на 5-е сутки вес начинает нарастать. Если же вес продолжает падать, то ребенок болен или в молочных железах матери мало молока.

**Пеленание ребенка.** Нижнюю часть тела ребенка заворачивают в треугольную или обычно четырехугольную, сложенную по диагонали, мягкую пеленку (рис. 69).

Новорожденного кладут на нее так, что основание треугольника приходится на поясницу. Нижний угол пеленки закладывают между ножками, боковой конец обер-



*a*



*b*

Рис. 69. Техника пеленания новорожденного.

*a* — первый момент, углы подгузника протянуты между ножками; *b* — второй момент, правый и левый концы подгузника завернуты вокруг живота.

тывают вокруг туловища ребенка слева направо, а другой — справа налево. Затем ребенка заворачивают еще в одну полотняную и одну хлопчатобумажную пеленки, Между этими пеленками кладут небольшой кусок клеенки для защиты наружных пеленок, одеяла и матраца от



в



г

Рис. 69. Техника пеленания новорожденного.  
в — третий момент, ребенка завертывают в пеленку; г —  
четвертый момент, ребенок завернут в пеленку;

загрязнения при мочеиспускании и дефекации ребенка. Полотняной пеленкой закутывают все туловище ребенка, начиная от подмышечной впадины и кончая ножками. Нижний край пеленки перед этим заворачивают вверх. После этого ребенка заворачивают в теплую пеленку и одеяло. При таком пеленании ручки ребенка остаются сверху одеяла.

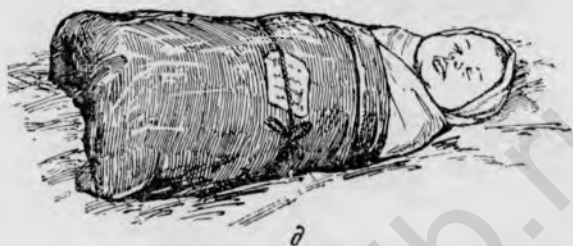


Рис. 69. Техника пеленания новорожденного.  
д — пеленание ребенка закончено.

Обычно ребенка пеленают теплой пеленкой так, что его головка и туловище закрываются как платком, а сверху пеленки заворачивают одеялом, начиная от плечиков и кончая ногами. При пеленании недоношенных детей между полотняной и теплой пеленками прокладывают слой ваты. В летнее время ребенка заворачивают в 1—2 полотняные пеленки и голову его не закрывают. В прачечной детское белье стирают и вываривают отдельно от остального белья в специально выделенном баке.

**Кормление новорожденных.** Первое прикладывание ребенка к груди производится через 12 часов после рождения. В родильных домах принято кормить ребенка после первого прикладывания: в 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24 часа, т. е. через каждые 3 часа с ночным перерывом на 6 часов.

При кормлении ребенка мать должна закрывать маской свой рот и нос, чтобы не дышать на ребенка. Маску следует менять через 12 часов и хранить в отдельном мешочке, висящем в изголовье кровати. Окончив кормление, мать насухо вытирает сосок стерильной салфеткой и 10—15 минут его держит открытым (воздушная ванна).

Необходимо ежедневно проверять количество высасываемого молока во время одного кормления. С этой целью запеленованного ребенка взвешивают до и после кормления. При каждом кормлении он должен получить 10 мл молока, умноженных на число дней жизни ребенка.

Между кормлениями ребенку обязательно надо давать кипяченую воду, 5% раствор глюкозы, 30—50 мл сладкого чая (летом до 100—150 мл).

### **ИЗОЛЯЦИЯ ЗАБОЛЕВШИХ ДЕТЕЙ**

При появлении первых признаков заболевания ребенка необходимо изолировать от остальных детей. Для этого их помещают в бокс, где они находятся до установления диагноза. При наличии инфекционного заболевания ребенка переводят в изолятор и устанавливают около него отдельный сестринский пост. В таком боксе должно быть все необходимое для ухода и лечения больного ребенка: отдельный чистый халат для медицинской сестры, косынка (или шапочка), маска, стерильные перчатки в закрытом стерилизаторе или посуде. Все предметы ухода, инструментарий, шприцы, иглы к ним, перевязочный материал и медикаменты должны находиться в боксе на столике. При входе в бокс медицинская сестра надевает поверх своего халата чистый халат, маску, моет руки, надевает стерильные перчатки. Белье от больных детей замачивают и стирают отдельно от белья здоровых новорожденных.

### **УХОД ЗА НЕДОНОШЕННЫМИ ДЕТЬМИ**

Дети, родившиеся до 40-недельного срока беременности, являются недоношенными. Такие дети отличаются общей слабостью, незначительной сопротивляемостью к воздействию различных факторов внешней среды, неполноценной и несовершенной терморегуляцией. Они склонны к расстройству дыхания и пониженной выносливости к пище, особенно при искусственном вскармливании. Недоношенные дети, родившиеся от матерей, страдавших во время беременности токсикозами, заболеваниями сердца, печени, легких и др. проявляют резкие признаки жизненной слабости.

Степень недоношенности плода может быть различной — от сравнительно небольшой (вес 2000—2400 г) до очень глубокой (800—1200 г).

Недоношенные проявляют общую вялость и сонливость, тем более сильную, чем глубже недоношенность. В результате недостаточности терморегуляции они легко остывают, имеют склонность к мозговым кровоизлияниям и расстройству питания. При выраженной недоношенности (вес плода менее 2000 г) у многих детей отсутствуют сосательный, поисковый и даже глотательный рефлексы.

Одним из основных требований ухода за недоношенными является предохранение от охлаждения. При первом туалете необходимо максимально согреть ребенка. Для этого надо хорошо обогреть лоток и пеленку, подложив под нее грелку, сверху согреть его тело лампой инфраруж. Между пеленками надо проложить толстый слой ваты, оставляя при пеленании открытым только лицо.

В том случае, если ребенок все же оказался охлажденным, его надо немедленно согреть в ванне с температурой воды от 36—37° до 39—40°. Перед пеленанием тело ребенка лучше смазать жиром, который предохраняет от отдачи тепла. В кроватке ребенка необходимо обложить грелками. Хорошо положить его в бокс, в котором можно создать свой микроклимат и поднять температуру воздуха до 23—25°. Еще лучше поместить ребенка в кувез, установив постоянную температуру воздуха 30—32°, что обеспечит температуру под одеялом 30—33°.

Недоношенный ребенок не выносит перегревания. Он становится беспокойным, кожа его краснеет, повышается температура, появляется пот. В таком случае температуру в кувезе следует снизить.

Палата недоношенных должна хорошо вентилироваться, быть светлой и 1—2 раза в день подвергаться облучению кварцем; температура воздуха в ней должна быть выше, чем в палате доношенных (22—25°).

Для предупреждения возможных приступов цианоза следует периодически вызывать крик ребенка раздражением кожи, менять положение его. Перед и после кормления, а также после пеленания детям дают дышать увлажненным кислородом. Таким детям вводят



0,1—1,2 мл 1% раствора лобелина или 0,12—0,15 мл 0,15% раствора цититона и сердечные средства (кофеин, кардиазол и др.).

Недоношенных и ослабленных детей надо кормить через 1½—2 часа и даже через час с 6-часовым ночным перерывом. Начинать кормление недоношенных детей надо через 6—8 часов после рождения.

Держать ребенка около груди не следует больше 20—30 минут. При появлении признаков утомления (вялость при сосании, плохое глотание, цианоз) прикладывание ребенка к груди надо прекратить, а недополученное количества молока дать с ложечки или из пипетки. Детей весом до 1500 г к груди не прикладывают. При наличии у них глотательного и сосательного рефлексов их кормят из бутылочки через резиновую соску. При отсутствии сосательного рефлекса кормят из ложечки, а при отсутствии обоих рефлексов — через зонд, введенный в желудок через рот или нос. Для этого используют нелатоновский мягкий катетер № 10—11.

Недоношенным нельзя применять искусственное вскармливание, оно для них губительно. При отсутствии молока у матери, ребенка вскармливают молоком другой женщины.

Для повышения жизненных сил и лучшего развития этим детям проводят систематические внутривенные и внутримышечные переливания крови матери от 5 до 10 мл через 2—3 дня. Для поддержания сердечной деятельности назначают 2% раствор кофеина по 1 чайной ложке 3 раза в день, под кожу вводят 20—25 мл 5% раствора глюкозы. Кроме того, проводят профилактику рахита и других заболеваний.

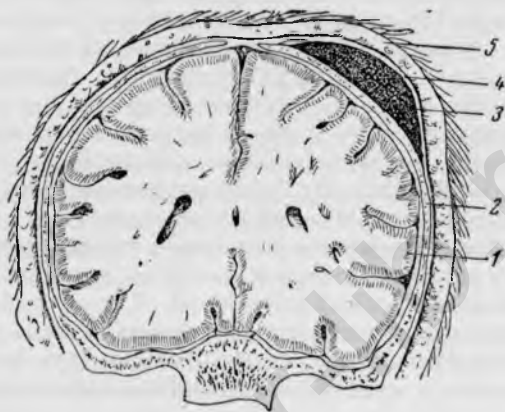
Недоношенных выписывают при весе не менее 2500 г. До этого срока матери задерживаются в родильном доме.

## **РОДОВЫЕ ТРАВМЫ ПЛОДА**

Родовые травмы наблюдаются у доношенных и недоношенных новорожденных. Возникают они в процессе родов, при прохождении головки плода через родовые пути или при оперативном родоразрешении (накладывании акушерских щипцов, или кожно-головных щипцов по Иванову). Нередко полученная родовая травма

влияет на дальнейшее физическое и нервно-психическое развитие ребенка. Поэтому снижение и ликвидация их является одной из наиболее неотложных задач, поставленных перед персоналом родильных учреждений.

Родовые травмы могут быть разнообразными — от легких поверхностных ссадин до глубоких некрозов, костных вдавлений и рваных ран. Рваные раны часто



Фиг. 70. Кефалогематома.

1 — вещество мозга; 2 — кости черепа; 3 — кровяная опухоль; 4 — надкостница; 5 — мягкие ткани черепа.

образуются при применении кожно-головных щипцов по Иванову. Они могут стать входными воротами для возбудителей инфекции. Зашивать рваные раны нельзя, лучше наложить стерильные сухие или мазевые повязки и внутримышечно назначить пенициллин. К родовым травмам плода также относится родовая опухоль головки и кефалогематома.

**Родовая опухоль** представляет собой отечность мягких тканей головки ребенка. Она чаще всего располагается в области темени или затылка, справа и слева. Родовая опухоль обычно исчезает через 2—3 дня без специального лечения.

**Кефалогематома** представляет собой кровяную опухоль в области костей черепа, локализирующуюся под надкостницей (рис. 70). Чаще всего она размещается в теменной области. Она имеет вид упругой, флюктуирую-

щей опухоли, которая в первые дни жизни может увеличиваться. Рассасывание ее длится 2—3 недели. Лечения не требуется. В случае нагноения кефалогематомы делают широкий разрез, удаляют содержимое, полость промывают пенициллином, накладывают стерильную повязку, внутримышечно назначают пенициллин.

**Внутричерепные травмы новорожденных** чаще всего встречаются при патологических родах (узкий таз, неправильное положение плода и др.) преимущественно у недоношенных.

Внутричерепные кровоизлияния могут быть различными по своей локализации и размерам. Если произошло значительное кровоизлияние в месте расположения жизненно важных центров (дыхательный, сосудодвигательный и др.), смерть плода наступает во время родов или же вскоре после рождения при явлениях нарастающей асфиксии. При небольших кровоизлияниях вдали от этих центров ребенок может родиться без каких-либо признаков патологического состояния. В этом случае клинические симптомы кровоизлияния обычно появляются на 2—3-й день после родов и не носят тяжелого характера.

Все клинические признаки тяжелого мозгового поражения новорожденного можно разделить на три последовательные стадии: 1) стадию общего угнетения, 2) стадию возбуждения, 3) стадию понижения активности жизненных процессов.

**Первая стадия** дает явления незначительного расстройства центральной нервной системы. В первые часы наблюдается снижение мышечного тонуса (общая гипотония, вялая реакция на раздражение), слабый, тихий, стонущий крик, пена на губах, цианоз вокруг рта. В легких имеются явления ателектаза. В дальнейшем такие дети долго остаются вялыми, плохо сосут и медленно прибавляют в весе.

В более тяжелых случаях наблюдается резкое снижение мышечного тонуса, отсутствие реакции на раздражение. Крик отсутствует или же он тихий, стонущий. Кожа бледна с цианотичным оттенком, сердцебиение замедлено, дыхание глубокое, со стоном, иногда с остановками, при которых появляется резкий общий цианоз. В легких выслушиваются рассеянные влажные хрипы в результате явлений гипостаза или аспирации околоплодных вод.

Часто такое состояние акушерка или медицинская сестра принимает за асфиксию.

У таких детей после рождения можно отметить выраженное пучеглазие и резкую инъекцию сосудов склер.

Вторая стадия. Новорожденный беспокойный, почти не спит, глаза широко открыты со взглядом, устремленным в пространство. На внешнее раздражение он реагирует слабо, иногда отрывисто вскрикивает, зевает. Появляются беспорядочные движения, резкий тремор конечностей, приступы клонических судорог. В этой стадии мышечная атония сменяется разгибательной гипертонией, поэтому ребенок лежит с вытянутыми и напряженными ногами, с напряженными разгибательными мышцами спины и шеи, голова запрокинута назад, руки согнуты в локтях и крепко прижаты к туловищу. Может быть выражен парез лицевого, подъязычного и тройничного нервов (перекашивание лица, отклонение языка в сторону, тризм). Такое состояние может длиться до 5 дней и более.

Третья стадия. Ребенок вялый, мало подвижный, плохо берет и сосет грудь. Прибавка в весе идет плохо. Характерно медленное и постепенное восстановление функции коры больших полушарий. Температура может быть повышена, с первых часов жизни наблюдается резко выраженная желтуха.

Ребенок с внутричерепным кровоизлиянием требует внимания и бережного ухода. С первых же минут жизни необходимо применить кислородную терапию, так как внутричерепное кровоизлияние нередко возникает на почве кислородного голодания.

Ребенка с признаками нарушения мозгового кровообращения нужно как можно скорее передать в детское отделение под наблюдение педиатра. Головке ребенка придается возвышенное положение, над ней подвешивают пузырь со льдом. Тело ребенка согревают грелками. Для ухода за таким ребенком прикрепляют наиболее опытный медицинский персонал.

### **МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ С ТОКСИКО-СЕПТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ**

Токсико-септические заболевания новорожденных представляют собой очень грозную для детских палат инфекцию. Обычно одновременно заболевают несколько детей. Чаще всего это заболевание вызывается бактериями кишечной группы.

Для предупреждения токсико-септических заболеваний необходимо строго соблюдать правила санитарно-гигиенического режима в детских палатах, организовать тщательный уход за новорожденными и обеспечить выполнение правил личной гигиены обслуживающим персоналом.

Персонал палат новорожденных не должен прикасаться руками к загрязненным предметам. После пеле-

нания каждого ребенка клеенку на пеленальном столике надо протереть 2% раствором хлорамина. Там, где это возможно, всех детей пеленают в их собственной кровати, взвешивают на индивидуальной пеленке. Если детей развозят матерям на каталке, то кладут «валетом» и подают матерям завернутыми в индивидуальную пеленку.

При переходе от одного ребенка к другому медицинские сестры обязаны вымыть и обработать свои руки дезинфицирующим раствором (спиртом).

Не допускаются к уходу за новорожденными лица с гнойными процессами (фурункулы, панариции и т. д.). Перед вступлением на дежурство медицинские сестры детских палат должны обязательно принять душ, надеть чистые, хорошо проглаженные халаты с рукавами выше локтей, косынки, стерильные маски, которые меняются несколько раз на дежурстве. Ногти на руках следует остричь, руки тщательно вымыть щеткой с мылом и обработать спиртом. Ежемесячно проводят бактериологические исследования из зева и носа, а также смывов с рук. Такой же бактериологический контроль ведется и в отношении чистоты воздуха и пеленок.

Молокоотсосы, накладки, поильники, стаканы перед употреблением кипятят.

Больных детей с токсико-септическими заболеваниями надо строго изолировать. Детей, имевших с ними контакт, нельзя соединять со вновь родившимися детьми и помещать вместе с больными.

---

## Глава XI

# ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ. АКУШЕРСКАЯ ПОМОЩЬ В НЕОТЛОЖНЫХ СЛУЧАЯХ

В процессе развития беременности и течения родов иногда наблюдаются осложнения, которые могут нанести непоправимый вред здоровью матерей и детей и даже привести их к гибели.

В большинстве случаев акушерская патология возникает при нарушении деятельности различных органов и систем, а также при неправильном ведении беременности и родов, если своевременно не были приняты необходимые профилактические меры.

### ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

Во время беременности возможны следующие осложнения: токсикозы первой и второй половины беременности, кровотечения и преждевременное прерывание беременности.

#### Токсикозы беременности

Токсикозы беременности представляют собой заболевания, связанные с нарушением обмена веществ, обусловленным развитием плодного яйца. У здоровой беременной явления токсикоза вскоре проходят, так как организм женщины полностью справляется с требованиями, предъявляемыми к нему беременностью.

Значительные изменения функции таких систем и органов, как нервная, эндокринная, сердечно-сосудистая, желудочно-кишечный тракт и т. д., вызывают

резкие сдвиги в обмене веществ, извращают реакции организма на воздействие внешней и внутренней среды, способствуют развитию токсикозов беременности. Возникновению токсикозов беременности могут способствовать также факторы, ослабляющие сопротивляемость организма женщины: тяжелые заболевания, плохое питание, переутомление, нарушение санитарно-гигиенического режима и др.

Токсикозы принято делить на две группы: токсикозы первой и второй половины беременности.

### **Токсикозы первой половины беременности**

К токсикозам первой половины беременности относятся: слюнотечение, рвота беременных, неукротимая рвота и др.

**Слюнотечение** (ptyalismus) проявляется в первые 2—3 месяца беременности. Очень часто к концу 3-го месяца беременности оно исчезает без всякого лечения. В более тяжелых случаях слюна выделяется постоянно, количество ее достигает от нескольких стаканов до 1 л в сутки. Слюна прозрачная, водянистая, без запаха. Часть слюны заглатывается и она вызывает у беременной тошноту и рвоту. Остальная часть, вытекая из ротовой полости, раздражает углы рта, губы, кожу подбородка, вызывает покраснение, экзему, трещины. У беременной нарушается сон, аппетит, она худеет, появляется общая слабость. Суточное выделение мочи уменьшается до 300—500 мл. Моча становится концентрированной, в ней появляется ацетон.

**Рвота** обычно появляется с первых недель беременности. Как правило, сопровождаясь тошнотой, она обычно возникает по утрам, натощак и после приема пищи. При повторении рвоты 2—3 раза в день особых нарушений в общем состоянии беременных не наблюдается.

**Неукротимая рвота** является тяжелым осложнением беременности. Оно характеризуется очень часто повторяющейся (до 20 раз в день и больше) рвотой. Рвота возникает в различное время дня и ночи, после еды и натощак. Такие беременные ничего не могут есть. Поэтому у них развивается состояние тяжелого истощения: появляется слабость, сухость языка и кожи, сильная жажда, частый слабый пульс при нормальной темпера-

туре, понижается артериальное давление, быстро падает вес (до 1—1,5 кг в неделю), появляется желтушная окраска склер. Количество мочи уменьшается до 200—300 мл в сутки, в ней появляется белок, цилиндры, ацетон. При отсутствии лечения и дальнейшем развитии заболевания может наступить коматозное состояние и смерть беременной.

### **Токсикозы второй половины беременности**

**Водянка беременных** возникает в результате нарушения водносолевого обмена, вызывающего задержку воды и солей в клетках тканей. Этот токсикоз чаще всего возникает в последние месяцы беременности. Он характеризуется появлением отеков ног (лодыжки, стопы, голени, бедра), наружных половых органов, передней брюшной стенки. При этом за день отеки усиливаются, а к утру несколько уменьшаются. Нередко заболевание начинается развитием скрытых отеков, которые можно устранить лишь при систематическом взвешивании беременных. Если в течение одной недели беременная прибавляет в весе более 300 г, то следует рассматривать это как начало водянки.

При водянке беременных в моче отсутствуют белок и цилиндры. Артериальное давление нормальное.

После нескольких дней постельного режима, ограничения приема жидкости и соли отеки исчезают.

**Нефропатия беременных** (nephropathia gravidarum) возникает в результате изменений в эпителии почечных канальцев, по типу не воспаления, а перерождения. Заболевание характеризуется наличием отеков, появлением белка в моче с большим количеством гиалиновых и зернистых цилиндров и повышением артериального давления. Суточное количество мочи уменьшается.

**Преэклампсия** (praeeclampsia) проявляется резко выраженной триадой признаков — отеками, белком в моче (альбуминурия), повышенным артериальным давлением до 200—220 мм ртутного столба. У беременных возникают сильные головные боли, расстройство зрения (неясное зрение, ощущение сетки, тумана), боль в подложечной области.

**Эклампсия** (eclampsia) является последней стадией токсикоза беременности и обычно развивается при от-



сутствии правильного режима и лечения преэклампсии и нефропатии. Эклампсия является очень опасным для жизни заболеванием, при котором наступают судороги мускулатуры тела, сопровождающиеся потерей сознания (комой). Обычно судороги начинаются миганием век и подергиваниями лица, затем распространяются на все мышцы шеи, туловища и конечностей. Голова запрокидывается, челюсти судорожно сжимаются, дыхание задерживается, лицо синеет, изо рта выделяется пенная жидкость, окрашенная кровью (вследствие прикусывания языка), позвоночник изгибается, тело вытягивается и напрягается. Зрачки глаз расширены, уходят под верхнее веко, видны лишь белки глазного яблока. Взгляд неподвижен. Такое состояние длится 10—20 секунд. Затем беременная начинает биться в судорогах, как бы подпрыгивает в постели, двигает руками и ногами. Через полминуты судороги ослабевают, больная делает глубокий вдох, дыхание выравнивается, синюшность лица исчезает. После возвращения сознания о происшедшем с ней беременная не помнит. Весь припадок длится 1½—2 минуты. В моче резко повышается количество белка, вследствие чего при кипячении моча в пробирке свертывается в белую хлопьевидную массу.

Всякое раздражение (укол, осмотр, громкий разговор, стук, шум) может вызвать новый припадок. Припадки могут повторяться часто. С каждым припадком промежуток между ними укорачивается, беременная может уже не приходить в сознание и каждый из них может быть смертельным.

Кроме перечисленных токсикозов беременности, иногда встречаются более редкие формы: дерматозы (зудящие сыпи, лишай, пустулы на коже), токсическая желтуха, острая атрофия печени, сопровождающаяся желтухой и др.

### **Уход за беременными с токсикозами**

Женщин с проявлением токсикоза первой половины беременности необходимо госпитализировать. Лечение проводится под наблюдением врача.

Женщинам с токсикозом второй половины беременности устанавливается строгий постельный режим в ус-

ловиях стационара. При возможности им выделяется небольшая тихая, хорошо проветриваемая палата. Она должна быть затемнена.

С первого дня назначают бессолевую диету с ограничением приема жидкости (не более 500 мл в сутки).

Необходимо ежедневно внимательно следить за состоянием больной: ежедневно измерять артериальное давление, наблюдать за состоянием отеков, проверять глазное дно, определять диурез (через каждые 2—3 дня производить полный анализ мочи на белок, взятой стерильно катетером), следить за своевременным опорожнением кишечника. Один раз в неделю беременную надо взвешивать.

При эклампсии каждая медицинская сестра должна уметь оказать первую помощь. При появлении первых признаков наступающего припадка медицинская сестра должна:

- 1) немедленно вставить между челюстями роторасширитель,
- 2) заложить свободный борт кровати доской,
- 3) вызвать врача.

### **Профилактика токсикозов беременности**

Профилактика сводится к раннему выявлению беременных и систематическому наблюдению за состоянием их здоровья.

Женские консультации, фельдшерско-акушерские пункты должны: 1) взять на учет первобеременных, а также повторнобеременных женщин, перенесших заболевания почек, печени, сердечно-сосудистой системы и страдавших при прежних родах токсикозами; 2) 1—2 раза в месяц измерять артериальное давление, исследовать мочу на белок, следить за появлением отеков, назначить рациональное питание.

В первую половину беременности следует вводить много белков, во вторую — назначить молочно-растительную диету с ограничением потребления поваренной соли и воды.

Всех женщин с начальными проявлениями отеков, гипертонии, изменений со стороны мочи (наличие белка и цилиндров) необходимо срочно направить в родильный дом для стационарного лечения.

## - Кровотечения в первой половине беременности

Кровотечения в первую половину беременности чаще всего возникают при аборте и внематочной беременности.

**Абортом** (abortus), или выкидышем, называется прерывание беременности до 7 акушерских месяцев (28 недель). Аборт до 3 месяцев беременности называется **ранним**, свыше 3 и до 7 месяцев — **поздним**.

Причины аборта разнообразны: 1) недоразвитие матки; 2) слабое развитие желтого тела в яичнике; 3) острые инфекции (грипп, сифилис, малярия, бруцеллез, токсоплазмоз, листереллез, изоантигенная несовместимость крови матери и плода); 4) воспаление матки и придатков; 5) новообразования матки (миомы), загиб матки кзади; 6) травмы живота (падение, ушибы и др.).

Аборты, возникшие в силу указанных причин, называются **самопроизвольными**. Повторные самопроизвольные аборты называются **привычными**. Аборт, возникший в результате различных вмешательств (медикаментозного, инструментального и др.), называется **искусственным**.

Аборт, произведенный в больнице до 3-месячного срока беременности по желанию женщины или по заключению медицинской комиссии, называется **медицинским**. Аборт, произведенный самой женщиной или посторонним лицом вне больницы, называется **криминальным** (преступным).

По клиническому течению аборты подразделяют на следующие формы.

**Угрожающий аборт.** Женщина жалуется только на схваткообразные боли внизу живота. Кровянистые выделения из половых органов отсутствуют. Такую беременность можно сохранить. Для этого беременную надо направить в стационар, создать ей строгий постельный режим и провести соответствующую терапию.

**Начинающийся аборт.** К схваткообразным болям внизу живота присоединяются кровянистые выделения в различном количестве в зависимости от степени отслойки плодного яйца от стенки матки. **Возбудимость**

матки повышена, но наружный зев шейки матки закрыт. В этом случае беременность также можно сохранить. Для этого назначают все те же средства, что и при угрожающем аборте, и добавляют кровоостанавливающие лекарства и препараты, прекращающие сокращение мускулатуры матки (настойка опия по 6—8 капель 3 раза в день).

Аборт в ходу характеризуется бурными, болезненными схватками и обильным кровотечением вследствие отделения плодного яйца от стенки матки. Наружный зев открыт, его просвет закрыт отделившимся плодным яйцом. Лечение заключается в удалении плодного яйца из полости матки путем выскабливания.

Неполный аборт представляет собой дальнейшее развитие прерывания беременности. В этом случае часть плодного яйца (чаще всего плод) изгоняется из полости матки, а часть его (хорион) остается в матке. Больная жалуется на резкие схваткообразные боли внизу живота и обильные кровянистые выделения. Наружный зев шейки матки раскрыт, шейка матки укорочена, в зеве имеются сгустки крови или части плодного яйца. Лечение заключается в выскабливании полости матки и удалении остатков плодного яйца.

Полный аборт. При этом виде аборта плодное яйцо все целиком вышло из полости матки. Наружный зев шейки матки приоткрыт, матка частично сократилась, кровотечения нет, но имеются скудные выделения. При полном аборте в ранние сроки беременности в полости матки обычно остается децидуальная оболочка, которая способствует длительным кровянистым выделениям и создает угрозу для развития инфекции (децидуальный эндометрит). Поэтому после полного аборта в ранние сроки с целью удаления децидуальной оболочки производят выскабливание полости матки.

Все указанные аборты могут быть инфицированными (септическими). Они сопровождаются высокой температурой и характеризуются тяжелым общим состоянием больной. Инфицированные аборты часто сопровождаются очень тяжелыми осложнениями и высоким процентом смертности.

При поступлении в стационар женщины с внебольничным абортом необходимо тщательно осмотреть с

помощью зеркал влагалище, своды и шейку матки, произвести зондирование полости матки для установления наличия повреждений тканей половых органов. При перфорации матки или сводов влагалища надо произвести лапаротомию.

Выскабливание полости матки при инфицированном аборте оправдано только при сильном кровотечении, угрожающем жизни женщины. В остальных случаях проводят консервативное лечение: вводят антибиотики (пенициллин, стрептомицин), кладут пузырь со льдом на низ живота. Только после 3 дней установления нормальной температуры можно удалить остатки плодного яйца.

**Внематочная беременность** возникает тогда, когда оплодотворенная яйцеклетка прикрепляется не в матке, а по пути своего продвижения: в трубе, брюшной полости или яичнике. Чаще всего возникает трубная беременность, при которой в зависимости от места прикрепления различают ампулярную, истмическую и интерстициальную трубную беременность.

Внематочная трубная беременность возникает при воспалении и недоразвитии труб (длинные с узким просветом). В первом случае образующиеся воспалительные спайки и рубцы снижают перистальтические сокращения трубы и лишают слизистую оболочку мерцательного эпителия, поэтому продвижение яйцеклетки по трубе замедляется. Перистальтика трубы может снизиться от гормональных нарушений.

Слизистая оболочка трубы тоньше и слабее развита, чем слизистая оболочка матки.

При прикреплении яйцеклетки в ней образуется слабый децидуальный слой. Поэтому ворсинки хориона быстро разрушают ее и, растягивая тонкую стенку трубы, придают ей очертания веретенообразной опухоли.

Диагноз внематочной беременности, особенно в первые недели, поставить трудно, так как при этом обнаруживаются все симптомы, присущие маточной беременности. Прерывание внематочной беременности чаще всего происходит в 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—3 месяца беременности и протекает по типу трубного аборта или разрыва трубы.

При трубном аборте (рис. 71) диагноз поставить очень трудно. В конце 2-го месяца беременности плодное яйцо растягивает трубу и приводит ее к перистальтическим и антиперистальтическим сокращениям. Вследствие сокращения трубы все плодное яйцо отде-

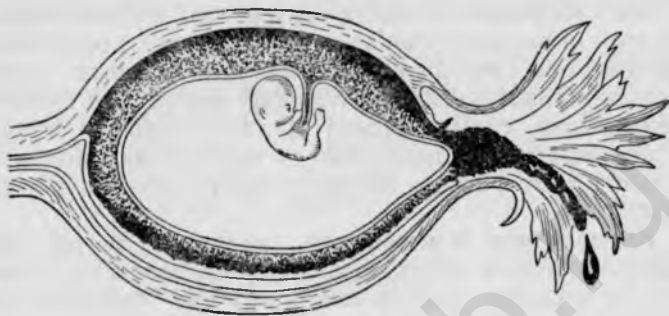


Рис. 71. Трубный аборт.

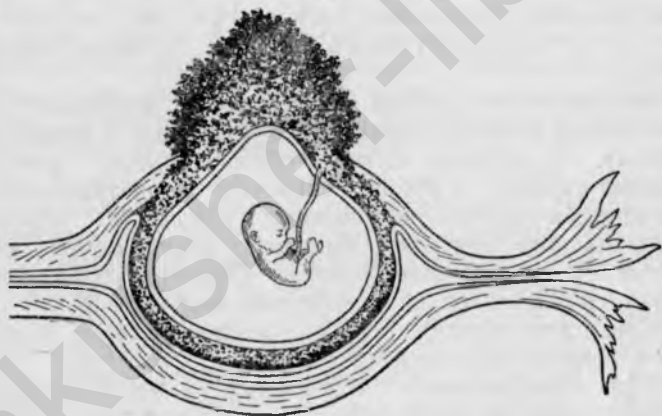


Рис. 72. Разрыв трубы.

ляется от ее стенки и выталкивается в брюшную полость. При этом вследствие отслойки от стенки матки отпадающей (децидуальной) оболочки появляются дегтеобразные (мажущие) выделения. При небольших сроках плодное яйцо и излившаяся в брюшную полость кровь может рассосаться, схваткообразные боли прекращаются и наступает самоизлечение. В других слу-

чаях попавшее в брюшную полость яйцо может прикрепиться к матке, брыжейке, кишечнику, печени и развиваться дальше как брюшная беременность.

Разрыв трубы (рис. 72) чаще происходит при локализации плодного яйца в ее истмической части. В этом случае истонченная стенка трубы разрывается и из ее просвета выталкивается часть плодного яйца. Обычно разрыв трубы сопровождается обильным кровотечением в брюшную полость. Разрыв трубы и острое кровотечение наступают внезапно. Женщина внезапно ощущает резкую боль внизу живота, иногда теряет сознание (шок). Кожные покровы и видимые слизистые оболочки резко бледнеют, губы цианотичны, зрачки глаз расширены. Пульс становится частым, слабым, падает артериальное давление, появляется головокружение, общая слабость, мелькание «мушек» перед глазами, шум в ушах. Живот вздут, болезнен при пальпации в результате раздражения брюшины. При влагалищном исследовании определяется выпячивание заднего свода вследствие скопления крови в заднем дугласовом пространстве. С целью уточнения диагноза производят пункцию заднего свода. При установлении диагноза внематочной беременности производят чревосечение, удаляют разорвавшуюся трубу и излившуюся в брюшную полость кровь.

### **Кровотечения во второй половине беременности**

Кровотечения во второй половине беременности в большинстве случаев возникают в результате предлежания плаценты и реже при преждевременной отслойке нормально расположенного последа.

**Предлежанием плаценты** (placenta graevia) называют такое прикрепление плаценты в области нижнего сегмента матки, при котором ткань ее полностью или частично закрывает внутренний зев шейки матки.

Причиной предлежания плаценты чаще всего являются воспалительные заболевания матки и частые выскабливания ее слизистой оболочки (аборты, миомы матки). В этих случаях слизистая оболочка матки замещается соединительной тканью и плодное яйцо не находит условий для своей имплантации у дна матки и опускается ниже к шейке матки, где и прикрепляется.

В зависимости от места имплантации оплодотворенной яйцеклетки и развития плаценты в области нижнего сегмента матки различают три вида предлежания плаценты: а) центральное предлежание, когда ткань плаценты полностью закрывает внутренний зев шейки матки (рис. 73, в); б) боковое предлежание — ткань плаценты закрывает лишь часть приоткрытого внутрен-



Рис. 73. Виды предлежания плаценты.  
а — краевое; б — боковое; в — центральное.

него зева шейки матки (рис. 73, б); в) краевое предлежание, если к краю приоткрытого внутреннего зева подходит только край плаценты (рис. 73, а). Различить эти виды предлежания плаценты возможно только после открытия шейки матки на 2—3 пальца.

**Признаки.** Характерным признаком предлежания плаценты являются повторные кровотечения. При центральном предлежании плаценты кровотечения появляются в момент формирования плаценты. При боковом (частичном) предлежании кровотечение появляется в конце беременности или в начале родов, а при краевом — чаще всего в первом периоде родов.

Кровотечение возникает без особых причин, нередко во время сна или при небольших напряжениях (акте дефекации, поднятии небольшой тяжести и др.). Кровотечение в ранние сроки беременности возникает от разрыва маточно-плацентарных сосудов в результате отслойки отдельных участков плаценты от растянутого нижнего сегмента матки. В поздние сроки беременности



и при родах кровотечение происходит вследствие преждевременной отслойки какого-то участка плаценты от стенки матки. Кровотечение может прекратиться в результате тромбирования сосудов, но при следующих сокращениях матки снова возобновляется.

**Диагноз.** На возможность предлежания плаценты могут указать жалобы женщины на появившиеся во второй половине беременности кровянистые выделения, а также данные наружного обследования. При наружном осмотре головка прощупывается очень высоко над входом в таз.

Наиболее ценные данные получают при влагалищном исследовании. Однако влагалищное исследование при подозрении на предлежание плаценты может производить лишь врач в условиях стационара и подготовленной операционной.

**Лечение.** При жалобах беременной на бывшие повторные кровянистые выделения и тем более при обнаружении наружного кровотечения беременную необходимо срочно направить в стационар для проведения соответствующего лечения.

**Преждевременная отслойка нормально расположенного детского места.** При нормальном течении родов детское место отделяется только после рождения ребенка. В некоторых случаях (при травмах в живот, короткой пуповине, токсикозах беременности, инфекционных заболеваниях, нефрите, пороках сердца, гипертонии, С-авитаминозах и др.), оно отслаивается от стенки матки раньше рождения плода (рис. 74). В этом случае между стенкой матки и плацентой скапливается кровь (ретроплацентарная гематома). При нарастающем кровоизлиянии гематома все более увеличивается, выпячивает плаценту в полость матки, растягивает ее стенки.



Рис. 74. Преждевременная отслойка плаценты.

Вследствие этого матка увеличивается, напрягается, становится болезненной. В легких случаях кровотечение может остановиться, и гематома не увеличится. В тяжелых случаях изливающаяся кровь может постепенно заполнять полость матки, поэтому размеры ее значительно увеличиваются. Излившаяся кровь пропитывает стенку матки, образует подбрюшинные кровоизлияния. В таких случаях наружное кровотечение из влагалища бывает необильным.

**Д и а г н о з.** При наружном осмотре обнаруживается напряженная и резко увеличенная матка. Части плода при пальпации не определяются, сердцебиение его не прослушивается. У беременной быстро развиваются явления острой кровопотери (бледность, падение пульса), а затем шока (холодный пот, похолодание конечностей, протрация). При влагалищном исследовании определяется напряженный плодный пузырь даже вне схваток.

Лечение этой патологии заключается в быстром опорожнении матки путем операции кесарева сечения.

Профилактика сводится к предупреждению токсикозов беременности, инфекций и выкидышей. Зимой и весной необходимо давать беременным витамины С и К и ограждать их от физических и психических травм.

**Преждевременные роды.** Преждевременными родами называется прерывание беременности в период с 28 до 39 недель. Родившийся при этом плод считается недоношенным, но жизнеспособным.

Преждевременные роды могут возникнуть вследствие токсикозов беременности, при многоводии, многоплодии, поперечных и косых положениях плода, тазовых предлежаниях и абортах в прошлом, а также при резуснесовместимой крови.

Клиническое течение преждевременных родов характеризуется слабостью родовой деятельности, медленным раскрытием шейки матки, ранним и преждевременным отхождением вод. При этой патологии наблюдается большая частота хирургических вмешательств, чаще возникают кровотечения в родах, травмы, внутриутробная смерть плода, мертворождения и послеродовые заболевания.

Ведение преждевременных родов требует особого внимания медицинского персонала. Вследствие малых размеров головки плода роды чаще всего протекают стремительно и вызывают кровоизлияния в ткани мозга плода. Поэтому период изгнания плода надо вести бережно — не давать роженице сильно тужиться, медленно выводить головку и др. В первом периоде родов часто приходится прибегать к стимуляции родовой деятельности. Надо проводить профилактику внутриутробной асфиксии плода по Николаеву, насыщая организм роженицы кислородом. Для предупреждения послеродовых заболеваний следует вводить антибиотики.

Профилактика преждевременных родов заключается в устранении заболеваний матери (грипп, токсокозы, инфекционные заболевания и др.) и широкой борьбе с абортами.

### **ОСЛОЖНЕНИЯ РОДОВ, ИХ РАСПОЗНАВАНИЕ И НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ**

В подавляющем большинстве случаев роды протекают нормально и благополучно заканчиваются. Однако в процессе родов иногда возникают те или иные осложнения, которые могут быть причиной гибели плода и матери. Осложнения родов чаще всего наблюдаются при предлежании плаценты, ягодичных предлежаниях, неправильных положениях и предлежаниях плода, узком тазе, многоводии, многоплодии, токсикозах второй половины беременности, сердечно-сосудистых заболеваниях, преждевременном отхождении околоплодных вод, слабости родовой деятельности и др.

Во избежание осложнений необходимо своевременно и правильно оказать неотложную акушерскую помощь в родах, надо уметь распознавать угрожающую опасность и заблаговременно направить таких женщин в родильный дом или в акушерское отделение районной больницы.

Этого можно достигнуть в том случае, если медицинская сестра с особой тщательностью будет проводить учет, наблюдение и обследование женщин своего участка на протяжении всей беременности. Медицинская сестра должна помнить, что в колхозном родильном доме

проводить патологические роды нельзя. Такие роды должен проводить врач акушер-гинеколог в условиях родильного стационара. Однако встречаются случаи, когда медицинская сестра обязана оказать неотложную помощь в родах до прибытия или до отправки роженицы в родильный дом. Поэтому медицинская сестра должна уметь распознавать патологические случаи родов, быть знакомой с основными приемами по оказанию неотложной акушерской помощи.

### РОДЫ ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ ПЛОДА

Тазовым предлежанием называется такое продольное положение плода в матке, при котором тазовый конец расположен во входе в малый таз, а головка находится в области дна матки.



Рис. 75. Чистое ягодичное предлежание плода.



Рис. 76. Смешанное ягодичное предлежание плода.

По характеру вставления в малый таз тазовые предлежания делятся на ягодичные и ножные. Среди ягодичных различают два варианта: а) чистые ягодичные предлежания, при которых ножки плода разогнуты в коленном суставе, вытянуты по длине туловища и во входе в таз вступают только ягодицы (рис. 75).

б) смешанные, при которых ножки согнуты в тазобедренном и коленном суставах и во вход в таз

одновременно с ягодицами вставляются стопы ножек плода (рис. 76).

Среди ножных предлежаний также различают два варианта: полные ножные, когда во вход в малый таз вставляются обе ножки и неполные, когда во вход в малый таз вставляется одна ножка.

Отличить тазовое предлежание от головного можно по некоторым признакам. При тазовом предлежании в области дна матки прощупывается крупная, круглая, плотная часть плода (головка), которая легко перемещается. Над входом в малый таз определяется неплотная предлежащая часть. Она меньших размеров, чем головка и без резких границ переходит в туловище плода. Сердцебиение плода прослушивается на уровне или выше пупка.

### **Ведение родов и акушерское пособие при тазовом предлежании**

При тазовых предлежаниях значительно чаще, чем при головных, встречаются различные осложнения со стороны матери и плода в процессе родов и особенно в периоде изгнания: 1) затяжные роды вследствие развития слабости родовой деятельности; 2) преждевременное и раннее отхождение околоплодных вод; 3) выпадение и прижатие пуповины при продвижении верхней части туловища и головки; 4) запрокидывание ручек за головку, которое делает почти невозможным их одновременное рождение через костное кольцо.

Указанные выше особенности течения родов при тазовом предлежании побуждают акушеров отнести их к родам, близким к патологическим. Поэтому проводить роды в тазовом предлежании в условиях колхозного родильного дома не разрешается. Акушерка обязана заблаговременно (за 3—4 дня до родов) направить такую беременную в больницу, где имеется врач акушер-гинеколог. Если роженица поступает в процессе родов и нет условий для ее транспортировки, то надо вызвать врача в колхозный родильный дом.

В периоде раскрытия без показаний не следует вмешиваться в родовой процесс, предоставив его течение силам природы. Однако уже с самого начала этого периода родов надо позаботиться о сохранении

плодного пузыря. С этой целью роженица должна лежать в кровати в полном покое и избегать физических упражнений. Целесообразно также на весь период раскрытия ввести во влагалище хорошо подобранный кольпайринтер. В случае отхождения околоплодных вод сразу же следует произвести влагалищное исследование, чтобы уточнить степень раскрытия шейки матки, вид тазового предлежания (чистое или смешанное) и исключить выпадение мелких частей (пуповины, ручек, ножек). В этом периоде родов надо внимательно следить за родовой деятельностью. При появлении первых признаков развития слабости родовой деятельности надо стимулировать сокращение мускулатуры матки.

В периоде изгнания внимание к роженице должно быть усилено. Обычно врезывание и прорезывание предлежащей части плода при тазовом предлежании происходит дольше, чем при головном. В периоде изгнания надо тщательно следить за сердцебиением плода, выслушивая и сосчитывая его после каждой потуги.

К началу врезывания ягодиц в половую щель надо быть готовым к оказанию ручного пособия, которое приходится применять в большинстве случаев.

Роженицу укладывают на рахмановскую кровать так, чтобы ее таз находился на краю кровати, бедра ее должны быть подтянуты к животу и разведены в стороны, а стопы ног упираться в опущенные ногодержатели.

В рождении плода при тазовых предлежаниях различают четыре этапа: 1) рождение ягодиц и туловища плода до пупка; 2) рождение туловища до нижнего угла лопаток; 3) рождение ручек; 4) рождение головки.

Во избежание осложнений в родах акушерка должна своевременно и умело оказать акушерское пособие при каждом этапе рождения плода.

### **Акушерское пособие по Н. А. Цовьянову при чистых ягодичных предлежаниях плода**

При врезывании ягодиц акушерка становится у ножного конца родильной кровати справа (при первой позиции) или слева (при второй позиции) и ограничивается лишь наблюдением за ходом родового процесса.

Как только из половой щели прорежутся ягодицы и часть бедер, плод захватывают таким образом, чтобы

большие пальцы лежали поперек бедер и прижимали их к туловищу, а остальные пальцы располагались на крестцовой области. Такое расположение рук предупреждает выпадение ножек, свисание туловища плода вниз, удерживает его руки в скрещенном состоянии на груди, препятствуя их запрокидыванию, а также ослабляет давление ножек на промежность, предупреждая разрыв

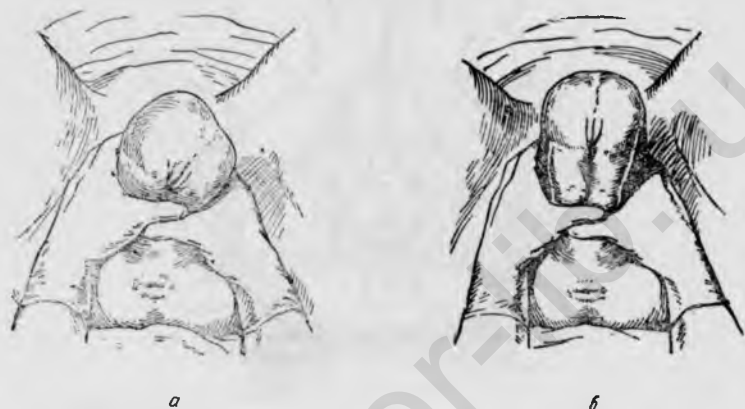


Рис. 77. Перемещение рук врача по мере рождения туловища плода. а — в начале рождения ягодич; б — после рождения туловища до пупка.

последней. Никаких влечений плода производить не следует. Поступательные движения плода должны происходить силой потуг. По мере рождения туловища плода постепенно передвигают руки по направлению к половой щели роженицы, при этом большими пальцами осторожно прижимают к животу плода вытянутые ножки, а остальные пальцы перемещают кверху по спинке (рис. 77).

С момента рождения туловища плода до нижнего угла передней лопатки приступают к рождению плечиков. Не меняя положения рук, устанавливают плечевой пояс в прямом размере выхода из малого таза и делают тракцию (влечение вниз) в сторону промежности. Вследствие этого из-под лонного сочленения рождается передняя ручка. Затем приподнимают туловище плода вверх (в сторону симфиза) и из-за промежности рождается задняя ручка. Затем приступают к рождению

головки плода. Для этого туловище плода поворачивают спинкой кпереди, вследствие чего головка поворачивается затылком кпереди. После этого делают тракцию плода вниз до тех пор, пока подзатылочная ямка головки не подойдет под лонную дугу. Затем, подтяги-



Рис. 78. Выведение головки плода по Н. А. Цовьянову.

вая туловище на себя, его поднимают круто вверх на живот матери, вследствие чего рождается головка (рис. 78). Сначала рождается рот, лицо, а затем вся головка. Во время тракции плода вверх надо, чтобы помощник надавливал на головку через брюшную стенку над лоном.

### **Акушерское пособие по Н. А. Цовьянову при ножных предлежаниях**

Во избежание осложнений, связанных с медленным и неполным раскрытием шейки матки (запрокидывание ручек, разгибание головки и др.), Н. А. Цовьянов предложил прием, при помощи которого ножки удерживаются во влагалище до полного раскрытия шейки матки. Этот прием заключается в следующем. Ведущий роды садится с правой стороны лицом к роженице, покрывает



стерильной салфеткой наружные половые органы и ладонью, прижатой к половой щели, во время потуг препятствует рождению ножек из влагалища до полного раскрытия шейки матки (рис. 79). При этом с каждой потугой ягодицы все ниже опускаются в полость малого таза, а ножки все больше сгибаются, в результате чего



Рис. 79. Метод Н. А. Цовьянова при ножных предлежаниях.

образуется смешанное ягодичное предлежание. Кроме того, ножки вместе с ягодицами сильно давят на крестцовое нервное сплетение, усиливая схватки и потуги.

С момента появления признаков полного раскрытия шейки матки и опущения ягодиц на тазовое дно, противодействие продвижению ножек и ягодиц прекращают.

Ведение родов при смешанном ягодичном предлежании происходит обязательно с участием врача.

### **РОДЫ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

Роды двумя и большим количеством плодов называются многоплодными. Дети, родившиеся при многоплодной беременности, называются близнецами.

Многоплодная беременность, возникающая в результате оплодотворения одновременно двух яйцеклеток,

называется двумяяйцевой двойней. Близнецы чаще бывают разнополыми (мальчик и девочка). Многоплодная беременность, при которой развивается два плода из одной оплодотворенной яйцеклетки, называется однойяйцевой двойней. Близнецы в этом случае бывают однополыми (два мальчика, или две девочки).

Расположение близнецов в полости матки может быть различным: оба в продольном положении головном предлежании или оба в ягодичном предлежании. Реже наблюдаются случаи поперечного положения одного плода и продольное положение другого. Чаще встречается поперечное расположение обоих плодов.

Признаки многоплодной беременности следующие: чрезмерно большой живот (окружность больше 110), прощупываются три крупных части плода, выслушивается два сердцебиения в разных местах живота, определяется много мелких частей плода в разных местах живота.

При многоплодной беременности матка сильно растянута. Поэтому родовая деятельность бывает недостаточно сильной, роды затягиваются, но течение родов чаще бывает нормальным. В этом случае после полного раскрытия шейки матки происходит разрыв плодного пузыря, отходят околоплодные воды и затем рождается первый плод. После этого на 10—15 минут родовая деятельность прекращается. Затем снова развивается активная родовая деятельность, разрывается другой плодный пузырь и рождается второй плод. Через некоторое время (через 25—30 минут) от стенки матки одновременно отделяются два последа, которые изгоняются наружу.

Однако в течении родового процесса при многоплодии нередко встречаются разные осложнения: преждевременное отхождение вод, первичная слабость родовой деятельности, сильное кровотечение вследствие преждевременной отслойки детского места, поперечное или косое положение одного из плодов, неправильное вставление головки (лобное, задний вид лицевого предлежания), выпадение мелких частей (ручки, ножки, петли пуповины), гипотоническое кровотечение и др. В послеродовом периоде у таких женщин наблюдается субинволюция матки.

Более частое возникновение различных осложнений, применение акушерских операций и пособий в процессе родов заставляют отнести роды при многоплодии к граничащим с патологическими. Поэтому ведение родов при многоплодии требует большего внимания и выдержки, чем при родах одним плодом. Роды должен вести врач, поэтому беременную с многоплодием надо направить в родильный дом, а если условия не позволяют транспортировать роженицу, необходимо срочно вызвать врача. Однако, если матери или плоду грозит опасность, медицинская сестра должна сама немедленно закончить роды.

После рождения первого плода и прекращения пульсации сосудов пуповины последнюю надо перевязать. Наружным исследованием необходимо выяснить положение второго плода и полости матки. При правильном положении второго плода и хорошем состоянии сердцебиения не следует спешить с родоразрешением, а надо выждать 15—20 минут, пока самостоятельно вскрыется плодный пузырь и родится второй плод. Если в течение 25—30 минут второй плод не родится и сердцебиение его не страдает, то надо вскрыть плодный пузырь, медленно выпустить околоплодные воды и предоставить роды естественному течению. При этом следует тщательно наблюдать за наличием кровотока из родовых путей и каждые 3—5 минут выслушивать сердцебиение второго плода, так как после рождения первого плода может произойти отслойка его плаценты, наступить обильное кровотечение и гибель второго плода от асфиксии.

При стоянии головки в полости или выходе из малого таза плод следует извлечь путем накладывания акушерских щипцов на головку. При высоком стоянии головки (над входом в малый таз) и тазовых предлежаниях надо производить извлечение плода за ножку.

В случае обнаружения неправильного (поперечного или косоного) положения второго плода, неправильного вставления головки (лобное, задний вид лицевого предлежания и др.) или выпадения мелких частей (ножки, ручки, пуповины) надо срочно произвести наружно-внутренний поворот плода на ножку и извлечь его из полости матки.

Для профилактики кровотечения в последовом периоде сразу же после рождения второго плода роженице внутримышечно надо ввести 1 мл питуитрина и установить тщательное наблюдение за ее состоянием и количеством теряемой крови.

В случае появления обильного маточного кровотечения надо немедленно удалить послед из полости матки и принять меры к остановке кровотечения. Для этого следует проводить массаж матки через брюшную стенку, вводить сокращающие вещества по назначению врача, положить пузырь со льдом на низ живота.

При родах двойней после отхождения последа может возникнуть атоническое кровотечение вследствие плохого сокращения перерастянутой матки. Поэтому в первые часы после родов следует внимательно следить за общим состоянием роженицы, сокращением матки и количеством выделяемой крови из родовых путей.

### РОДЫ ПРИ МНОГОВОДИИ

Многоводие представляет собой такую патологию беременности, при которой в амниотической полости накапливается избыточное количество вод. В норме перед родами количество околоплодных вод составляет 1—1,5 л, при многоводии 3—5—10 л.

Чаще всего многоводие наблюдается при многоплодии и аномалиях развития плода. Обычно увеличение вод начинается со второй половины беременности. В одних случаях количество вод увеличивается быстро (острое многоводие), в других — постепенно (хроническое многоводие).

Признаки многоводия: чрезмерное увеличение и напряжение матки, окружность живота на уровне пупка больше 100—110 см.

При многоводии часто наблюдаются различные осложнения в родах: слабость родовой деятельности, преждевременное отхождение околоплодных вод, выпадение мелких частей, неправильные положения плода и разгибательные вставления головки, внутриутробная асфиксия плода, атоническое кровотечение в последовом и раннем послеродовом периоде. Поэтому беременных с многоводием надо заблаговременно направить в родильный дом. Роды должен вести врач в условиях стационара.

В начале родов при раскрытии шейки матки на 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—3 пальца следует вскрыть плодный пузырь высоко со стороны и под контролем пальцев введенной во влагалище руки медленно выпустить воды (чтобы не выпала пуповина). При выпадении пуповины, установлении поперечного положения плода или разгибательного вставления головки необходимо произвести наружно-внутренний поворот плода на ножку с последующим извлечением из полости матки. Поворот и извлечение плода можно производить в том случае, если имеется полное раскрытие шейки матки и достаточная подвижность плода. Если после отхождения околоплодных вод ослабевает родовая деятельность, то ее стимулируют по одному из принятых методов.

### **РОДЫ ПРИ ВЫПАДЕНИИ МЕЛКИХ ЧАСТЕЙ ПЛОДА**

В некоторых случаях в процессе родов наблюдается выпадение мелких частей плода (ручек, ножек, пуповины). Эта патология наблюдается при узком (плоском) тазе, тазовом предлежании плода, быстром излиянии вод при многоводии и многоплодии, при косых и поперечных положениях плода и др.

**Выпадение ручек** при головном предлежании является очень опасным осложнением родов. Для своевременного выявления этой патологии надо во всех случаях производить влагалищное исследование сразу же после отхождения околоплодных вод.

При высокостоящей головке роженице дают наркоз, отталкивают головку вверх и за нее вправляют ручку. Если ручку вправить не удастся, то при хорошей подвижности плода (воды отошли недавно) и полном раскрытии шейки матки производят наружно-внутренний поворот его на ножку. Для этого медицинская сестра должна вызвать врача, оставив ручку, как она есть, покрыв ее стерильной пленкой.

**Выпадение пуповины** (рис. 80) наблюдается при перечисленных выше неблагоприятных моментах в родах. Эта патология крайне опасная для жизни плода при головных предлежаниях, так как прижатие сосудов пуповины приводит его к гибели.

Тактика ведения родов при выпадении пуповины зависит от создавшейся акушерской ситуации. При тазо-

вых предлежаниях, полном раскрытии шейки матки и живом плоде немедленно извлекают плод из полости матки за ножку или тазовый конец.

При поперечном положении живого плода, а также головном предлежании с подвижной головкой и полном раскрытии шейки матки, производят поворот плода на ножку и его извлечение. Если головка живого плода опустилась в полость малого таза, то роды заканчивают накладыванием акушерских щипцов.



Рис. 80. Выпадение пуповины.

При малом раскрытии шейки матки петли пуповины вправляют рукой за подвижную головку, которую затем фиксируют пулевыми щипцами. Если петлю не удается вправить за головку и роженица настаивает на живом плоде, производят операцию кесарева сечения. Для оказания срочной акушерской помощи медицинская сестра должна вызвать врача.

Профилактика выпадения мелких частей преследует цель предотвратить ее выпадение путем рационального ведения родов при различных неблагоприятных положениях плода и вставлениях головки.

### **РОДЫ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ И РАННЕМ ОТХОЖДЕНИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД**

Отхождение околоплодных вод до начала родовой деятельности называется преждевременным, при неполном раскрытии шейки матки — ранним. Эта патология чаще всего наблюдается при узком тазе, поперечных и косых предлежаниях плода, разгибательных вставлениях головки, при тазовых предлежаниях, многоводии, у пожилых первородящих (старше 30 лет).

Преждевременное и раннее отхождение околоплодных вод способствует развитию тяжелых осложнений в родах: затягивается период раскрытия, развивается сла-

бость родовой деятельности, возникает асфиксия плода, развивается восходящая инфекция, происходят разрывы шейки матки и др.

При преждевременном и раннем отхождении околоплодных вод медицинская сестра обязана направить женщину в родильный дом или же вызвать врача. В родильном доме проводят профилактику внутриутробной асфиксии плода по А. П. Николаеву и назначают антибиотики для предупреждения развития инфекции.

Нередко через 6—12 часов после преждевременного отхождения околоплодных вод самостоятельно развивается хорошая родовая деятельность и роды заканчиваются благополучно. Если через 6—12 часов родовая деятельность не развивается, то ее стимулируют по методу Курдиновского—Штейна или Л. В. Тимошенко.

### **РОДЫ ПРИ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Слабость родовой деятельности характеризуется слабыми короткими неэффективными схватками или потугами.

О первичной слабости родовой деятельности говорят в том случае, когда схватки развиваются слабо с самого начала родов. Если же схватки хорошие с самого начала родов, а в дальнейшем ослабевают, говорят о вторичной слабости родовой деятельности.

Слабость родовой деятельности часто возникает при заболеваниях (туберкулез, малярия и др.), инфантилизме, миомах матки, преждевременном и раннем отхождении околоплодных вод, многоводии, многоплодии и др. Слабость родовой деятельности способствует увеличению продолжительности родов, возникновению внутриутробной асфиксии плода, развитию восходящей инфекции половых органов, значительному кровотечению в послеродовом и раннем послеродовом периоде. Поэтому при установлении диагноза слабости родовой деятельности медицинская сестра должна срочно вызвать врача.

Лечение первичной слабости родовой деятельности зависит от причин, которые вызвали эту патологию. Однако во всех случаях, когда околоплодные воды не отходили, проводится консервативное лечение. Роженице разрешают вставать и ходить. При многоводии и многоплодии вскрывают плодный пузырь. После отхождения вод перерастянутая матка сокращается, что способ-

ствуется усилению схваток. В тех случаях, когда схватки не усиливаются, прибегают к стимуляции родовой деятельности медикаментозными методами.

### **РОДЫ ПРИ ПОПЕРЕЧНЫХ И КОСЫХ ПОЛОЖЕНИЯХ ПЛОДА**

Поперечным называется такое положение плода, при котором плод своей продольной осью располагается поперек длинника матки. При косом положении продольная ось плода пересекает длинник матки под острым углом. При этих неправильных положениях самопроизвольные роды живым доношенным плодом невозможны. Поэтому при выявлении данной патологии на 34—35-й неделе беременности такую женщину надо направить в родильный дом для наружного и профилактического поворота на головку. Если этот момент упущен, то беременную направляют в роддом за 1—2 недели до родов. При отхождении вод в родах может выпасть ручка или петля пуповины. Если в течение 2-х часов после этого роженицу родоразрешить не удалось, то может возникнуть запущенное поперечное положение, при котором плечико плода вколочивается вовход в малый таз, стенки матки плотно обхватывают его туловище, а из влагалища свисает отечная выпавшая ручка. Вправить ее нельзя. Следует исключить родовую деятельность введением 1% раствора морфина и направить такую роженицу в сопровождении медицинской сестры в роддом. Сестра обязана взять с собой стерильный шприц и раствор морфина для повторного введения его при необходимости.

Профилактика неправильных положений плода заключается в своевременном выявлении и исправлении положения плода во время беременности и родов.

### **РОДЫ ПРИ РАЗГИБАТЕЛЬНЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ ГОЛОВКИ ПЛОДА**

В подавляющем большинстве случаев при продольных положениях плода головка вставляется во вход в таз в согнутом состоянии, благоприятном для нормального течения родов. В редких случаях головка вставляется во вход в таз в разогнутом состоянии.



Различают три степени разгибания головки и соответственно три вида разогнутого предлежания (рис. 81): переднеголовное (*а*), лобное (*б*) и лицевое (*в*).

При первой степени разгибания — переднеголовном предлежании, головка отходит от грудки, темя ее как бы свисает во вход в таз, в центре находится большой родничок.

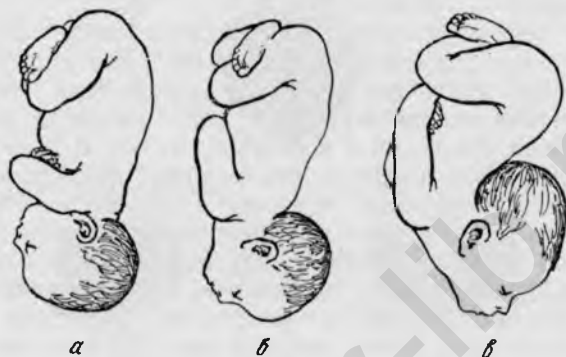


Рис. 81. Три степени разгибания головки плода.  
*а* — I степень, переднеголовное предлежание; *б* — II степень, лобное предлежание; *в* — III степень, лицевое предлежание.

При второй степени разгибания — лобном предлежании, во вход в малый таз вставляется лоб плода.

Третья степень разгибания — лицевое предлежание, характеризуется вставлением во вход в таз лицевой части головки.

Разгибательные предлежания головки возникают при несоответствии размеров таза матери и головки плода (узкий плоский таз), большой головке, многоводии, опухлях шеи плода и др.

Диагностировать разгибательные предлежания плода наружными приемами очень трудно, особенно у тучных женщин. Иногда удается заподозрить лобное и лицевое предлежание плода. В этом случае через брюшную стенку над лонной дугой прощупывается глубокая борозда (впадина) между затылком головки и спинкой плода. Уточнить диагноз можно при влагалищном исследовании, если достаточно раскрыта шейка матки (не

менее чем на 2,5—3 пальца). При лобном предлежании прощупывается корень носа (переносица), надбровные дуги (глазницы). При лицевом предлежании определяется нос, рот, подбородок. При введении пальца в рот ощущаются сосательные движения. При этом, если подбородок обращен кпереди (к лону), то говорят о переднем виде лицевого предлежания, а если он обращен кзади (к мысу) — о заднем виде.

При переднеголовном и переднем виде лицевого предлежания возможны самопроизвольные роды. Самостоятельные роды при лобном и заднем виде лицевого предлежания невозможны. Они могут привести не только к гибели плода, но и к разрыву матки. В этих случаях при живом плоде родоразрешение производят путем операции кесарева сечения. При мертвом плоде роды заканчивают плодоразрушающей операцией (перфорацией головки). Поэтому как только установлено наличие разгибательного положения плода, медицинская сестра обязана немедленно отправить роженицу в родильный дом или срочно вызвать врача для оказания помощи.

### РОДЫ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ

Узким тазом считают такой таз, при котором настолько изменена форма костей и уменьшены размеры его, что нормальное прохождение доношенного плода (особенно головки) невозможно вследствие механического препятствия.

Нарушение формы и сужение таза может возникнуть при заболевании детей рахитом, туберкулезом костей и суставов. Причиной также могут быть переломы костей таза, вывихи, неправильно сросшиеся кости нижних конечностей и др. По форме сужения различают: общеравномерносуженный, плоский и общесуженный.

В общеравномерносуженном тазе размеры (прямые, поперечные, косые) уменьшены на одинаковую величину, чаще всего на 1—2 см (рис. 82, б).

К плоскому тазу относят такой таз, в котором укорочены только прямые размеры, а величина поперечных и косых размеров нормальная (рис. 82, в). При этом, если уменьшен только прямой размер входа в малый таз, то такой таз называют плоскоррахитическим (рис. 82, г). Если же уменьшены прямые размеры всех

отделов малого таза (входа, полости и выхода), то такой таз называют простым плоским тазом (рис. 82, в).

Общесуженный плоский таз — это такой таз, в котором уменьшены все размеры, но прямые размеры укорочены больше всего.

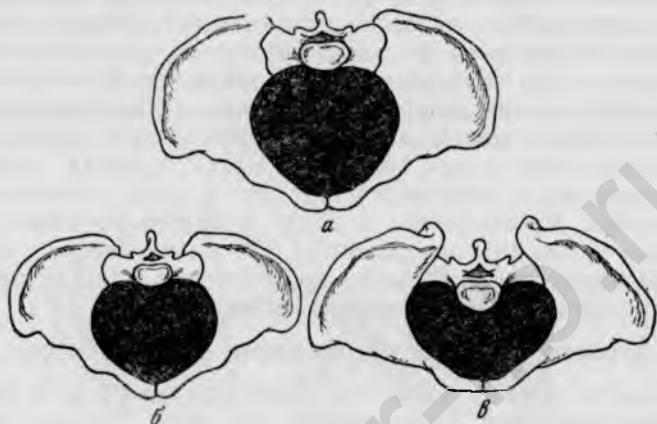


Рис. 82. Формы женского таза.

а — нормальный; б — общеравномерносуженный; в — плоский.

О степени сужения таза судят по размеру истинной конъюгаты. Различают четыре степени сужения таза: первая степень — истинная конъюгата меньше 11 и не ниже 9 см; вторая — 9—7 см; третья — 7—5 см; четвертая — ниже 5 см.

Ввиду несоответствия размеров таза и головки плода при узком тазе возникают различные осложнения: преждевременное и раннее отхождение околоплодных вод, выпадение мелких частей, слабость родовой деятельности, повреждения головки, разрыв матки и др.

При малых степенях сужения таза и нормальных размерах головки исход родов может быть благоприятным. Но чаще всего роды затягиваются и заканчиваются хирургическим путем. Поэтому роды при узком тазе должен вести врач акушер-гинеколог в условиях родильного стационара. Беременных и рожениц с узким тазом медицинская сестра должна заблаговременно направить в родильный дом или срочно вызвать врача. До прибытия врача медицинская сестра обязана положить рож-

ницу в кровать, чтобы как можно дольше сохранить целостность плодного пузыря. Она должна следить за родовой деятельностью, продвижением головки, сердцебиением плода.

### КРОВОТЕЧЕНИЕ В РОДАХ

Кровотечение в первом и втором периодах родов может возникнуть вследствие предлежания детского места и преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. В последовом периоде обильное кровотечение наблюдается при задержке в полости матки отделившегося детского места, плотном прикреплении плаценты к стенке матки и при гипотонии матки, которая может быть как после рождения плода, так и после отхождения плаценты. Кровотечение в родах является наиболее тяжелым и опасным осложнением для жизни матери и плода. Поэтому при появлении кровотечения в родах медицинская сестра обязана срочно вызвать врача.

#### Кровотечения при предлежании детского места

Линия ведения родов при этом зависит от двух факторов: размеров кровопотери и вида предлежания плаценты. Центральное предлежание плаценты является абсолютным показанием к немедленному родоразрешению женщины путем операции кесарева сечения. К этой операции прибегают также при всех видах предлежания плаценты, если обильное кровотечение возникает при закрытой шейке матки или открытии ее зева меньше 2 пальцев.



Рис. 83. Искусственный разрыв плодного пузыря.

Если кровотечение возникло вследствие бокового (частичного) или краевого предлежания плаценты и имеется раскрытие шейки матки на 2,5—3 пальца, то применяют следующие операции:

1. Разрыв плодного пузыря. Для этого шейку матки обнажают зеркалами

и разрывают плодный пузырь зажимом Кохера или браншей пулевых щипцов (рис. 83). После отхождения вод опустившаяся головка плода прижимает плаценту и кровоточащие сосуды, вследствие чего кровотечение останавливается и роды заканчиваются самопроизвольно. При ягодичных предлежаниях вслед за разрывом плодного пузыря низводят ножку плода, берут ее на петлю и подвешивают груз весом 200—400 г. В этом случае ягодичцы прижимают плаценту к месту ее прикрепления, вследствие чего кровотечение прекращается, к тому же низведенная ножка усиливает сокращение мускулатуры матки.



Рис. 84. Метрейринтер в полости матки.

2. Операция метрейриза. Шейку матки обнажают зеркалами, обрабатывают спиртом, разрывают плодный пузырь, выпускают околоплодные воды и при помощи корнцанга внутрь его вводят сложенный в виде сигары метрейринтер. Метрейринтер наполняют стерильным физиологическим раствором (до 400 мл) и к его свободному концу привешивают груз весом 200—400 г. Заполненный раствором метрейринтер, прижимая к стенке матки плаценту, останавливает кровотечение, усиливает схватки и способствует быстрому раскрытию шейки матки. Обычно вслед за рождением метрейринтера вставляется головка, которая прижимает плаценту, вследствие чего кровотечения не бывает (рис. 84).

Профилактика преждевременных отслоений детского места заключается в борьбе с абортами, предупреждении возникновения и своевременного рационального лечения воспалительных заболеваний половых органов (метроэндометрит).

### **Кровотечение при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты**

Причины, клиническое течение и профилактика кровотечения в родах вследствие преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты такие же, как и при возникновении этой патологии во время беременности. Неотложная помощь в родах при этой патологии зависит от конкретной акушерской ситуации.

Если при преждевременной отслойке плаценты возникает острое кровотечение при малой степени раскрытия шейки матки (менее 2 пальцев), то прибегают к операции кесарева сечения. В случае возникновения этой патологии при полном раскрытии шейки матки и подвижной головке разрывают плодный пузырь и производят поворот плода на ножку с последующим его извлечением и ручным удалением последа. При опущении головки в полость или на дно малого таза плод извлекают при помощи накладывания акушерских щипцов с последующим ручным удалением детского места.

Профилактика преждевременной отслойки нормально расположенного последа заключается в предотвращении возникновения токсикоза беременности и инфекций, в борьбе с абортами, в ограждении беременных от физических и психических травм.

### **Кровотечение в последовом периоде**

Кровотечение в последовом периоде может возникнуть от разрыва шейки матки и влагалища, задержки отслоившегося детского места в матке и при плотном прикреплении плаценты к ее стенкам.

При возникновении кровотечения в последовом периоде прежде всего, пользуясь известными признаками, надо выяснить, отделилось ли детское место от стенки матки. При наличии признаков отделения последа выпускают мочу катетером и удаляют его по способу Абуладзе.

При родах на дому роженицу, находящуюся в последовом периоде, надо отправить в родильный дом. При этом роженицу должна сопровождать медицинская сестра, которая на всем пути следования должна непрерывно наблюдать за общим состоянием роженицы и появлением кровотечения.

Профилактика задержки детского места сводится к рациональному ведению родов, особенно последового периода. При отсутствии кровотечения надо выпустить мочу и не прикасаться к матке до появления признаков отделения детского места.

### **Кровотечение в раннем послеродовом периоде**

В первые часы после рождения последа кровотечение может возникнуть вследствие задержки в полости матки кусочков плацентарной ткани, от разрывов шейки матки и влагалища, а также в результате плохого сокращения (атонии) мускулатуры матки. Поэтому при появлении кровотечения после рождения последа надо сразу же проверить целость плаценты, произвести зеркальный осмотр шейки матки и влагалища. При обнаружении дефекта в плаценте надо удалить оставшиеся кусочки путем выскабливания полости матки большой (акушерской) кюреткой или произвести ручное обследование полости матки и удалить их рукой. Разрывы шейки матки, влагалища, клитора, промежности зашивают. В случаях целости родовых путей и последа кровотечение может быть в результате плохого сокращения мускулатуры (атонии) матки.

При атонии матка большая (дно ее поднимается до пупка и выше), вялая. Кровь, вытекающая из матки, жидкая, с малым количеством сгустков, течет толчками. При этом у родильницы быстро нарастает острая картина обескровливания (анемия): резкая бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, заостряются черты лица, пульс становится частым и малым, появляется шум в ушах, большая слабость, плохое зрение, потеря сознания.

В случаях атонического кровотечения медицинская сестра обязана срочно вызвать врача, а до его прибытия в строгой последовательности должна вести борьбу с кровопотерей.

Надо производить массаж матки через брюшную стенку. Для этого пальцами правой руки через брюшную стенку захватывают дно матки (спереди и сзади) и круговыми, ритмичными движениями производят массаж ее. В перерывах между очередным массажем матки на низ живота кладут пузырь со льдом.



Рис. 85. Прижатие брюшной аорты кулаком.

В условиях родильного дома сразу же надо приступить к внутривенному переливанию одногруппной крови, к которой добавляют 1 мл питуитрина. Если консервированной крови нет, можно применить ее заменители или ввести 40—50 мл 40% раствора глюкозы.

При отсутствии эффекта прибегают к массажу матки на кулаке. Соблюдая правила асептики и антисептики, в полость матки вводят правую руку и удаляют сгустки крови. Затем пальцы руки складывают в кулак, а левой рукой через брюшную стенку производят массаж матки на кулаке. Введенная в полость матки рука, являясь сильнейшим раздражителем ее интерорецепторов, способствует быстрому и стойкому сокращению матки, вследствие чего кровотечение прекращается.

Если кровотечение продолжается, надо ввести в задний свод влагалища большой тампон с эфиром. Резкое охлаждение тканей матки парами эфира способствует быстрому сокращению матки.

В случае отсутствия кровоостанавливающего эффекта от применения перечисленных выше мероприятий до прихода врача прибегают к прижатию брюшной аорты кулаком (рис. 85). Для этого тыльной поверхностью ку-



лака правой руки через брюшную стенку прижимают аорту к позвоночнику до тех пор, пока не исчезнет пульс в бедренной артерии. Аорту прижимают в течение 10—15 минут.

Поскольку рука при этом быстро устает, то для прижатия аорты нередко применяют валик, туго скатанный



Рис. 86. Прижатие аорты валиком.

из полотенца или простыни. Валиком туго прижимают аорту к позвоночнику и в таком состоянии прибинтовывают к животу (рис. 86).

Если, несмотря на принятые меры, кровотечение продолжается, то производят тампонаду матки. Технически тампонаду матки производят так. Шейку матки обнажают зеркалами, захватывают пулевыми щипцами и низводят книзу. Широкий (10—17 см) стерильный бинт длиной в 10—12 м, смоченный 10% раствором хлористого кальция, захватывают сбоку в центре корнцангом и конец его длинным пинцетом вводят обязательно до дна и отсюда тампонируют плотно всю полость матки (рис. 87). Затем тампонируют влагалище. Конец бинта выводят наружу. На низ живота накладывают повязку, чтобы прижать матку. Тампон оставляют на 12 часов. Перед его извлечением внутримышечно впрыскивают средства, сокращающие матку (эрготин или питуитрин).

В исключительных случаях для спасения жизни роженицы прибегают к удалению матки.

Одновременно с мероприятиями по остановке кровотечения принимают меры по восполнению потерянной крови и поднятию артериального давления. С этой целью переливают одногруппную кровь, внутривенно вводят физиологический раствор (500—1000 мл), дают пить горячий чай с вином (2—3 столовые ложки вина),

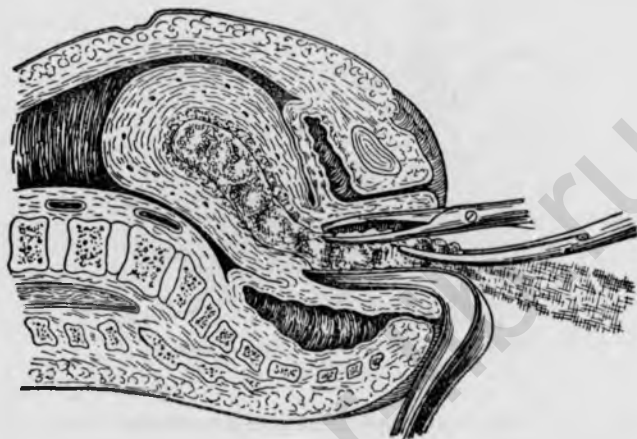


Рис. 87. Тампонада полости матки.

поднимают ножной конец кровати, чтобы обеспечить лучший прилив крови к голове, бинтуют верхние и нижние конечности.

За такой родильницей надо установить тщательное наблюдение, следить за пульсом, измерять артериальное давление, наблюдать за общим состоянием.

Профилактика послеродовых кровотечений заключается в рациональном ведении послеродового периода, внимательном зеркальном осмотре родовых путей, выявлении и рациональном лечении слабости сокращения мускулатуры матки после родов.

### Травма родовых путей

При патологическом течении родов, неправильном ведении их, несвоевременном и неумелом оказании акушерской помощи при рождении плода могут возникнуть

различные повреждения родовых путей матери. К ним относят разрывы промежности, слизистой оболочки влагалища, шейки и тела матки.

**Разрывы промежности** являются частым видом акушерской травмы: они возникают у первородящих женщин во время прорезывания головки, реже при рождении плечиков.

Причинами разрывов промежности могут быть плохая растяжимость (ригидность) ее тканей у пожилых первородящих (старше 30 лет), высокая промежность, рубцы на месте старых разрывов при предыдущих родах, крупный плод (большие размеры головки и плечиков), рождение головки в разогнутом состоянии, стремительное рождение головки, неправильное ведение родов и неумелая защита промежности и др.

Различают три степени разрывов промежности: I степень — разрыв задней спайки и поверхностных слоев промежности без повреждения мышц тазового дна; II степень — разрыв тканей промежности и мышц тазового дна; III степень — разрыв мышц тазового дна и жома заднепроходного отверстия. Разрывы промежности обнаруживаются при осмотре родовых путей.

Лечение разрывов заключается в тщательном их зашивании. Незашитые разрывы приводят к воспалительным процессам во влагалище в послеродовом периоде и к опущению стенок влагалища и матки в дальнейшем.

Профилактика разрывов промежности заключается в правильном ведении родов, особенно в периоде изгнания. При появлении признаков разрыва промежности (синюшность, а затем побледнение перерастянутых тканей) и при ожидании возможных разрывов (рождение головки в разогнутом виде, накладывание акушерских щипцов) производят перинеотомию.

**Разрывы влагалища** встречаются значительно реже, чем разрывы промежности. В большинстве случаев разрывы влагалища возникают у женщин с недоразвитым узким и коротким влагалищем, при стремительных родах, при узком тазе, а также в результате неправильной техники производимых акушерских операций (накладывание высоких акушерских щипцов).

Разрывы влагалища сопровождаются обильным кровотечением. Они обнаруживаются при зеркальном ос-

мотре родовых путей (влагалища и шейки матки) после рождения последа. Незащитные глубокие разрывы влагалища могут привести к тяжелым воспалительным процессам околовлагалищной клетчатки и к сужениям его просвета при рубцевании тканей.

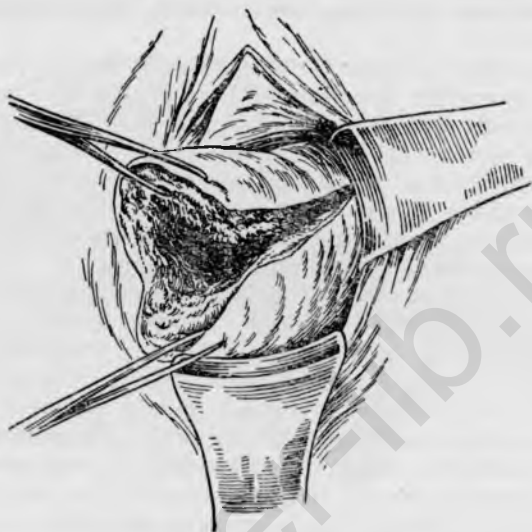


Рис. 88. Разрыв шейки матки.

Лечение разрывов влагалища заключается в тщательном зашивании его стенок при строгом сопоставлении краев слизистой оболочки.

**Разрывы шейки матки** (рис. 88) чаще всего происходят в результате плохой растяжимости ее тканей (у пожилых первородящих), при рождении крупного плода и стремительных родах. Они также могут возникнуть при неправильном вставлении головки (переднеголовное, лобное и лицевое вставление) и неправильной технике акушерских операций (извлечение плода за ножку, акушерские щипцы, извлечение последующей головки, плодоразрушающие операции и др.), при неполном раскрытии шейки матки.

Различают три степени разрывов шейки матки: к I степени относят разрыв тканей на 1—2 см, ко II—разрывы больше 2 см, не доходящие до сводов, к III—разрыв до сводов, а иногда и со сводами.

Характерным симптомом разрывов шейки матки является кровотечение, которое начинается еще в потужном периоде и усиливается после рождения плода и после. При разрывах шейки матки алая кровь течет струей и быстро приводит к анемии женщины.

Разрыв шейки матки можно обнаружить при ее осмотре введенными во влагалище зеркалами. Независимо от величины разрыва его надо зашить. Незашитые разрывы способствуют развитию воспалительных процессов половых органов, вывороту шейки матки и возникновению новообразований.

Профилактика разрывов влагалища и шейки матки заключается в бережном, умелом ведении родов и соблюдении надлежащих условий при производстве акушерских операций.

**Разрывы матки** являются очень редкой, но наиболее тяжелой формой родовой травмы. Если его сразу же не распознать и не приступить к лечению, то он очень часто приводит к гибели матери. Предрасполагающими моментами, которые могут привести к разрыву матки, является патологическое изменение ее тканей и наличие рубцов после перенесенных ранее операций (кесарево сечение, удаление фиброматозных узлов, внематочная беременность, перфорация матки, приращение плаценты и др.).

Непосредственными причинами разрыва матки могут быть все случаи родов, сопровождающиеся перерастяжением матки (многоводие, многоплодие, поперечное положение плода, неправильное вставление головки, крупный плод) и насильственные манипуляции в полости матки (поворот плода на ножку при давно отошедших водах, накладывание акушерских щипцов на высоко стоящую головку и др.). Различают угрожающий и свершившийся разрыв матки.

Симптомы угрожающего разрыва матки. Роженица беспокойна, кричит, мечется от нестерпимой боли, хватается руками за низ живота. Схватки непрерывно следуют одна за другой, матка почти не расслабляется, резко болезненная при пальпации. Дно матки поднимается высоко, нижний сегмент перерастян, контракционное кольцо поднимается до уровня пупка и имеет косое направление. Круглые связки матки резко натянуты.

При установлении признаков угрожающего разрыва матки надо немедленно выключить родовую деятельность путем подкожного введения 1—2 мл 1% раствора морфина или дать общий эфирный наркоз. Необходимо срочно вызвать врача для родоразрешения роженицы оперативным путем. При необходимости транспорти-



Рис. 89. Полный разрыв матки.

ровки роженицы в родильный дом (роды на дому или в колхозном родильном доме) надо ввести подкожно 1—2 мл 1% раствора морфина и сопровождать ее до лечебного учреждения.

При полном разрыве матки плод изгоняется в брюшную полость и погибает. Из разорвавшихся сосудов в брюшную полость изливается кровь (рис. 89).

Симптомы свершившегося разрыва матки следующие: внезапная резкая боль внизу живота с потерей сознания, состояние шока, быстро нарастает анемия (бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, заостряются черты лица, пульс частый, малый и мягкий), родовая деятельность прекращается. Предлежащая часть, которая ранее была фиксирована ко входу в малый таз, поднимается вверх, а при изгнании плода

из матки в брюшную полость отдельные его части четко прощупываются под брюшной стенкой.

Единственным методом лечения, которое может спасти родильницу от смерти, является срочная операция — зашивание разрыва или удаление матки. Транспортировать таких рожениц нельзя.

Медицинская сестра должна вызвать врача и операционную сестру для проведения операции в тех условиях, где это случилось.

Профилактика разрывов матки заключается в предупреждении и своевременном лечении воспалений матки, рациональном ведении родов, своевременном выявлении и направлении в родильный дом беременных, у которых возможен разрыв матки в родах (узкий таз, неправильное положение плода, перенесенные ранее операции на матке и др.).

### **Внутриутробная асфиксия плода**

При недостаточном снабжении внутриутробного плода кислородом и накоплении в его организме углекислоты возникает удушье (асфиксия) плода.

Развитию внутриутробной асфиксии способствуют различные заболевания матери и осложнения в родах, которые нарушают маточно-плацентарное или мозговое кровообращение плода. К ним относятся: токсикозы беременности (нефропатия, эклампсия), тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертония, декомпенсированные пороки сердца), грипп, лихорадящие заболевания, преждевременное и раннее отхождение околоплодных вод, преждевременная отслойка плаценты, обвитие пуповины вокруг шеи и туловища плода, выпадение и прижатие пуповины предлежащей частью, кровоизлияние в мозг плода при узком тазе и др.

Ранним и постоянным признаком развивающейся внутриутробной асфиксии является нарушение сердцебиения плода. Вначале сердцебиение плода ускоряется до 160 ударов в минуту, появляется аритмия, тоны становятся глухими. В дальнейшем, когда асфиксия становится более тяжелой, сердцебиение плода замедляется до 100—110 ударов в минуту, тоны становятся глухими, частота их не выравнивается между схватками (потугами), появляется аритмия. О развитии асфиксии плода

свидетельствует также выделение мекония из родовых путей при головных предлежаниях и резкое шевеление плода.

Для того чтобы можно было обнаружить ранние признаки начинающейся асфиксии плода и своевременно оказать ему помощь, необходимо выслушивать и сосчитывать сердечные тоны каждые 10—15 минут до отхождения вод, а после этого — каждые 5 минут. В периоде изгнания сердечные тоны плода надо выслушивать после каждой потуги. При обнаружении начальных признаков угрозы асфиксии плода надо срочно вызвать врача и принять меры по профилактике этого осложнения.

С целью профилактики внутриутробной асфиксии плода применяется так называемая триада А. П. Николаева: 1) каждые 5 минут роженице дают вдыхать кислород из подушки в течение 10 минут); 2) внутривенно вводят 40% раствор глюкозы с 5% раствором аскорбиновой кислоты в количестве 50 мл; 3) вместе с глюкозой внутривенно вводят 1 мл 10% раствора кардиозола.

Если после применения триады А. П. Николаева был достигнут положительный эффект, то через час введение указанных растворов повторяют и роды ведут выжидательно. При отсутствии эффекта после применения триады через 15—20 минут принимают меры к быстрому родоразрешению роженицы в зависимости от акушерской ситуации. При полном раскрытии шейки матки и опустившейся головке в полость малого таза накладывают акушерские щипцы, а при ягодичных предлежаниях извлекают плод за ножку и др.

Различают две степени асфиксии плода: первую (синюю) и вторую (белую).

При синей асфиксии плода кожные покровы имеют синюшный цвет, мышцы тела несколько расслаблены, сердцебиение ясное, дыхание поверхностное или отсутствует, сосательный рефлекс сохранен (новорожденный сосет введенный в рот палец), зрачки реагируют на свет.

При белой (бледной) асфиксии плода кожные покровы его бледные, губы и ногтевые фаланги синюшные, мышцы расслаблены, вследствие чего головка, ручки и ножки его свисают, как плеть. Сердцебиение плода



резко замедлено (реже 100 ударов в минуту), едва прослушивается, дыхание отсутствует, сосательный и зрачковый рефлекс отсутствуют.

Оживление новорожденного, родившегося в асфиксии, необходимо проводить быстро, соблюдая порядок, рекомендованный И. С. Легенченко.

Чтобы уберечь ребенка от переохлаждения, не отделяя от матери, тело его погружают в ванночку с теплой водой (38—40°), поставленную между ногами матери.

Ребенка не отделяют от матери до тех пор, пока пульсируют сосуды пуповины. За это время ребенок получает от матери дополнительное количество крови и кислород. Матери дают дышать кислородом. Рот и нос ребенка вытирают марлей, обернутой вокруг пальца.



При помощи баллончика, соединенного с мягким катетером, осторожно введенным в трахею, из верхних дыхательных путей отсасывают слизь (рис. 90). При ослаблении сердечных тонов плода ему подкожно вводят 0,3 мл 10% раствора кардиазола.

Рис. 90. Введение катетера в трахею для отсасывания слизи.

В подавляющем большинстве случаев синей асфиксии после проведения указанных мероприятий сердцебиение плода улучшается, появляется дыхание, он раскрывает глаза и вскоре начинает кричать. С этого момента можно приступить к отделению плода от матери.

При белой асфиксии, кроме перечисленных мероприятий, для возбуждения дыхательного центра в пупочную вену пульсирующей пуповины вводят 0,3 мл 1% раствора лобелина, 0,5 мл 10% раствора кардиазола и 0,5 мл 10% раствора кофеина.

В тяжелых случаях асфиксии, когда принятые меры оживления не дали эффекта, новорожденного отделяют от матери и прибегают к искусственному дыханию по методу Сильвестра или Соколова.

Метод Сильвестра. Ребенка кладут спиной на стерильную пеленку и его ручки попеременно ритмиче-



Рис. 91. Оживление плода по Сильвестру.  
*a* — первый момент; *б* — второй момент.



Рис. 92. Оживление плода по Соколову.  
*а* — первый момент; *б* — второй момент.

ски (12—15 раз в минуту) отводят вверх (рис. 91, а, б), а затем прижимают к груди.

Метод Соколова. Ребенка кладут спиной на стерильную пеленку. Рукой, лежащей на затылке, прижимают головку к груди, одновременно другой рукой прижимают ноги к животу (рис. 92, а, б).

В последние годы для оживления новорожденных, родившихся в асфиксии, применяют специальные аппараты для искусственного дыхания.

акusher-lib.ru

## Глава XII

### ПОСЛЕРОДОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В отдельных случаях нормальное течение послеродового периода может осложниться возникновением различных заболеваний, связанных с беременностью и родами. Причиной их являются различного рода возбудители инфекции, проникающие в половые органы женщины при несоблюдении ею правил личной гигиены, а входными воротами — повреждения родовых путей (разрывы, трещины, ссадины) или внутренняя поверхность матки на месте отслойки плаценты.

В акушерской практике различают следующие послеродовые заболевания.

**Послеродовые язвы** чаще всего образуются на слизистой оболочке преддверия, влагалища и шейки матки. Поверхность язвы покрыта гнойным налетом, окружающая ткань красная, отечна, резко болезненная при пальпации. Общее состояние роженицы страдает мало.

**Кольпит** — воспаление слизистой оболочки влагалища, начинается на 3—4-е сутки после родов и продолжается около 7—9 дней. При этом влагалище резко гиперемировано, отечно, количество кровянисто-гнойных выделений увеличено. Нередко появляется общее недомогание и повышение температуры тела до 38—39°.

**Метрозэндометрит** — воспаление внутренней стенки матки возникает также на 3—4-й день после родов и продолжается до 2 недель.

С первых же дней заболевания появляется общее недомогание и озноб (температура может повышаться до 39—40°), роженица жалуется на боль внизу живота. Матка большая, плохо сокращается, болезненная при пальпации. Выделения, вначале кровянистые с водяни-

стыми разводами, затем превращаются в гнойные, тягучие, нередко со зловонным запахом. В крови обнаруживается умеренный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, до юных форм включительно. При эффективном лечении на 10—14-й день все явления метроэндометрита исчезают.

**Аднексит** — воспаление придатков матки (труб и яичников) характеризуется острым началом. Внезапно ухудшается общее самочувствие, появляются резкие боли внизу живота, которые передаются в поясницу и бедра ног. Температура тела повышается до 38—40°, учащается пульс, появляется озноб, язык становится сухим, обложен белым налетом. Пальпация и перкуссия нижней части живота резко болезненны.

При влагалищном исследовании в области углов матки определяется бугристое, резко болезненное уплотнение, тесно прилегающее к ее стенкам. Нередко брюшной и маточный конец трубы закрываются воспалительными спайками, вследствие чего в замкнутой полости трубы скапливается серозная жидкость (гидросальпинкс) или гной (пиосальпинкс). При нагноении яичника образуется его абсцесс (пиоовариум). При эффективном лечении острые явления в течение 2—3 дней стихают.

**Параметрит** — воспаление околоматочной клетчатки, как правило, начинается на 8—12-й день после родов. Внезапно повышается температура до 39—40°, появляется озноб, головная боль, общее недомогание. Язык сухой, обложен белым налетом. Родильница отмечает резкую боль внизу живота, усиливающуюся при пальпации. Ясно выражен симптом Щеткина. При влагалищном исследовании в первые дни заболевания с обеих сторон матки обнаруживаются большие, плотные, резко болезненные инфильтраты, которые могут доходить до стенок малого таза. При нагноении инфильтрата определяется размягчение или флюктуация в месте его расположения.

**Тромбофлебит** — воспаление вен матки, малого таза и нижних конечностей с образованием тромбов в их просвете — обычно развивается на 7—14-й день после родов и сопровождается повышением температуры до 38—39°, с ускорением РОЭ, болью в ногах и внизу живота; пульс не соответствует температуре. Отмечается повышенная свертываемость крови.

При тромбофлебите вен малого таза обнаруживаются пристеночные извитые, отечные, пульсирующие, болезненные тяжёлые или утолщения, а на стороне поражения — отек бедра.

При тромбофлебите вен бедра сначала появляется боль в области икроножных мышц. В дальнейшем, вследствие значительного отека бедра сглаживается паховая складка поражённой конечности. Появляется боль в белренном треугольнике. Боли все больше усиливаются, иррадируют в пятки, возникает чувство онемения, тяжести и ползания мурашек в нижней конечности.

При метротромбофлебитах матка увеличена, мягковатая и болезненная на ощупь. Из влагалища выделяется обильное количество серозно-кровоянистых лохий.

**Пельвеоперитонит** — воспаление брюшины малого таза — развивается на 15—25-й день после родов. В первые дни болезни отмечается повышение температуры до 39—40°, озноб, тошнота и рвота. Общее состояние и сон нарушены, пульс учащён до 110—120 ударов в минуту, язык сухой, обложен налетом. При пальпации определяется напряжение мышц живота, положительный симптом Щеткина. Вследствие воспаления тазовой брюшины в полости малого таза образуется серозно-фибринозный выпот, который способствует образованию сращений между органами малого таза, кишечника и сальником. Поэтому при влагалищном исследовании в малом тазу определяется большой конгломерат, в котором трудно отдельно прощупать матку и другие органы.

Нередко пельвеоперитонит способствует развитию общего (диффузного) перитонита, при котором общее состояние и самочувствие больной с каждым часом ухудшается, лицо бледнеет, глаза западают, нос заостряется, ноги синеют, становятся холодными. Больная жалуется на резкие боли внизу живота. Живот вздут, болезнен при пальпации, симптом Щеткина резко положительный. Отмечается метеоризм, тошнота, рвота, понос. Заболевание нередко заканчивается смертью больной.

**Сепсис** чаще всего начинается на 2—3-й день после родов потрясающим ознобом, повышением температуры до 40—41°, резким ухудшением общего состояния. Больная ко всему апатична, сонлива, часто находится в по-

лузабытты. Состояние апатии может смениться резким возбуждением и бредом. Температура временами падает и сопровождается обильным потоотделением. Черты лица заострены, кожа желто-землистого цвета, сухая. Язык сухой, обложен белым налетом. Пульс частый (120—130 ударов в минуту), слабого наполнения. Дыхание частое, поверхностное. Часто появляется изнурительный понос. При септикопиемии в самых различных органах (в сердце, печени, почках, мозгу) и участках тела образуются гнойники, вследствие чего появляются признаки поражения этих органов.

### **ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ПОСЛЕРОДОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Наряду с медикаментозным лечением большое значение имеет правильный уход за больной. Прежде всего таких больных изолируют от здоровых родильниц; постельное белье меняют не реже 1 раза в 4—5 дней, нательное белье — после каждого обильного потоотделения. Подкладные пеленки всегда должны быть чистыми и сухими. Больной необходимо обеспечить достаточный сон, обильный прием жидкости, правильное и высококалорийное питание. Надо тщательно следить за состоянием полости рта и кожи. Для предупреждения пролежней ежедневно обтирать теплой водой, смазывать камфарным спиртом и подкладывать резиновые круги под спину. Специальное лечение проводится в зависимости от локализации процесса.

### **Заболевания молочных желез**

Из заболеваний молочных желез в послеродовом периоде наиболее часто встречаются трещины сосков и лактационные маститы (воспаление молочных желез).

**Трещины сосков.** В первые дни после родов особенно у первородящих нередко на сосках молочных желез образуются трещины в виде тонких полосок, покрытых корочкой засохшей крови или гноя, поверхностно и глубоко расположенных.

Причиной образования трещин является плохая подготовка молочных желез во время беременности, неправильная техника кормления ребенка, захватывание

соска без околососкового кружка, слишком продолжительное кормление и др.

Трещины сосков кровоточат, вызывают сильную боль при кормлении ребенка и являются входными воротами для инфекции. Поэтому перед кормлением ребенка сосок обмывают 2% раствором борной кислоты или 0,5% раствором нашатырного спирта, при помощи стерильного ватного шарика. Затем сосок вытирают стерильным ватным шариком и вводят в рот ребенка. После кормления сосок и околососковый кружок обрабатывают таким же образом и смазывают 1% раствором бриллиантовой зелени на спирте. При наличии глубоких, долго не заживающих, болезненных трещин сосков кормление ребенка производят через накладку. Если трещины вызывают мучительную боль при акте сосания, то эту железу выключают из кормления на 1—2 дня. Но в положенные часы обязательно сцеживают молоко молокоотсосом или руками.

**Мастит** (грудница) возникает в результате проникновения возбудителей инфекции в ткани молочной железы через трещины сосков.

По стадиям развития лактационные маститы делятся на: 1) серозный (начинающийся), 2) инфильтративный, 3) гнойный.

Чаще всего заболевание серозным маститом начинается на 8—9-й день после родов внезапным повышением температуры до 38—40° и ознобом. В одном из участков железы появляются боль и покраснение кожи. Вследствие интоксикации организма нарушается общее состояние, появляется жажда, сухость в полости рта, плохой сон, головная боль, общее недомогание. Часто наблюдается яркий румянец на лице.

Молочная железа заметно увеличивается, в области покраснения появляется припухлость и большая упругость. При пальпации на месте покраснения в толще железы прощупывается болезненное уплотнение без четких контуров, с гладкой поверхностью. Молоко из соска выделяется каплями, акт сосания или сцеживания молока резко болезнен, ввиду чего кормление ребенка из этой железы становится невозможным.

Лечение начинающегося мастита тем более эффективно, чем раньше к нему приступают. С целью создания покоя молочной железе накладывают иммоби-



лизирующую повязку. Для этого молочную железу подвязывают бинтом так, чтобы она находилась в приподнятом положении и была слегка прибинтована к грудной клетке. На эту железу кладут пузырь со льдом, обернутый полотенцем. Лед держат 25—30 минут, а затем на такой же срок снимают и снова кладут на полчаса. Внутри назначают сульфаниламидные препараты и антибиотики. С целью предупреждения застоя молока кормление ребенка из этой железы продолжают.

При гнойном мастите вскрывают гнойник и в образовавшуюся полость вводят раствор пенициллина или турунду из марли, пропитанную мазью А. В. Вишневского. Затем производят перевязки по общим правилам хирургии до полного заживления ран.

Профилактика маститов заключается в проведении мероприятий, предупреждающих развитие трещин сосков и застоя молока, а также обеспечение своевременного эффективного лечения трещин сосков.

## Глава XIII

### АКУШЕРСКИЕ ОПЕРАЦИИ

В некоторых случаях патологического течения беременности и родов возникает необходимость закончить их оперативным путем.

Большинство акушерских операций носит экстренный характер. Их приходится проводить в самых различных условиях в порядке неотложной помощи. Однако где бы эта помощь ни оказывалась, должны быть обеспечены строжайшие условия асептики и антисептики, исключающие возможность занесения инфекции в операционную рану и в родовые пути.

Большую помощь в подготовке больной и инструментов к операции оказывает медицинская сестра, которая помогает врачу или акушерке во время операции.

Подготовку больной к операции следует начинать с опорожнения мочевого пузыря. Женщине предлагают самостоятельно помочиться. Если это не удастся, мочу надо выпустить стерильным эластическим катетером. Следует опорожнить кишечник при помощи очистительной клизмы.

Порядок подготовки операционного поля больной такой же, как и при подготовке роженицы к родам (см. главу VII). На ноги больной надевают стерильные чулки, а наружные половые органы покрывают стерильной салфеткой или простыней с разрезом. Под таз подкладывают стерильную подстилку.

Для влагиалищной операции больную укладывают либо на край операционного стола, либо на сдвинутую рахмановскую кровать со вставленными ногдержателями, к которым привязывают ноги около колен, чтобы

они не соскальзывали. У ножного конца стола ставят таз или ведро для стока воды и крови.

При проведении операции под наркозом вставленные зубы и челюсти вынимают.

Обычно инструменты для акушерских операций стерилизуют заранее. Набор их для каждой отдельной операции в виде стерильного пакета находится в биксах. Их снабжают запиской с датой стерилизации.

Врачи и медицинские сестры, участвующие в операции, моют руки по Спасокукоцкому, обрабатывают спиртом и йодом. Если возникает необходимость ввести руку в полость матки, руки моют и обрабатывают спиртом и йодом до локтевого сгиба. Затем надевают стерильные халаты, шапочку или косынку. Нос и рот закрывают стерильной маской.

## ОСНОВНЫЕ АКУШЕРСКИЕ ОПЕРАЦИИ

**Искусственное прерывание беременности** (искусственный аборт) сроком до 3 месяцев производится по желанию женщины или по медицинским показаниям. Технически эта операция производится так. Наружные половые органы обрабатывают спиртом и 5% раствором настойки йода. Шейку матки обнажают зеркалами и ее слизистую оболочку обрабатывают спиртом и йодом. Затем шейку матки фиксируют двумя парами пулевых щипцов и производят зондирование канала шейки и полости матки.

Расширителями Гегара расширяют цервикальный канал, а затем с помощью кюретки удаляют плодное яйцо и децидуальную ткань.

В последнее время для прерывания беременности в ранние сроки (6—11 недель) применяется переносный электрический вакуум-аппарат, действующий по типу аппарата, отсасывающего жидкость из полости.

В полость матки до дна вводят вакуум-кюретку (размер в зависимости от срока беременности) и включают аппарат до создания отрицательного давления в 0,6—0,8 атм. Вакуум-кюреткой обследуют стенки полости матки на всем протяжении. Кровь и остатки разрушенного плодного яйца силой вакуума отсасывают в банку. При полном удалении плодного яйца определяется характерный хруст, как при выскабливании полости матки кюреткой, что является критерием для окончания операции. Операция длится 2—3 минуты почти без боли.

**Перинеотомия** применяется в случаях высокой промежности, ригидности ее тканей у пожилых первородящих при возникновении угрозы разрыва промежности, асфиксии плода и тяжелого состояния роженицы.



Рис. 93. Перинеотомия.

Перинеотомия (рис. 93) производится прямыми ножницами на высоте потуги. Для этого между врезывающейся головкой плода и задней спайкой вульварного кольца вводят указательный и средний пальцы левой руки (стоя лицом к роженице), а правой вводят браншу прямых ножниц. Разрез делают срединный, но не более чем на 1—2 см.

**Операция метрейриза.** После соответствующей подготовки наружных половых органов и шейки матки переднюю губу ее фиксируют пулевыми щипцами. Метрейринтер, скрученный в сигару, захватывают изогнутым корнцангом и вводят его в цервикальный канал за внутренний зев матки (внеоболочечно). Метрейринтер заполняют жидкостью и подвешивают к нему груз весом 400—500 г.

**Накладывание акушерских щипцов** производится с целью извлечения живого плода в случаях угрозы жизни матери или плода (рис. 94). Щипцы накладывают только в тех случаях, когда головка плода находится в выходе из таза (выходные щипцы) или же прошла узкую часть малого таза (полостные щипцы).

В этих случаях, опорожняют мочевой пузырь, подготавливают наружные половые органы. После этого раскрывают половую щель пальцами левой руки, а правую руку вводят в левую сторону влагалища между головкой плода и шейкой матки. Под контролем правой руки вводят левую ложку щипцов и передают ее ассистенту. Затем под контролем введенной во влагалище левой руки вводят правую ложку щипцов. После этого производят замыкание щипцов, пробную и влекущую тракцию до рождения теменных бугров головки.

С момента начала прорезывания головки ложки щипцов снимают (сначала правую, а затем левую). Головку выводят без щипцов.

**Плодоразрушающие операции.** Краннотомия. Наружные половые органы при этом обрабатывают обычным путем, обнажают шейку матки зеркалами и обрабатывают спиртом и йодом. Кожу головки плода захватывают пулевыми щипцами и разрезают ее скальпелем в вертикальном направлении. После этого производят прободение черепа в области шва или родничка перфоратором Бло и специальной кюреткой удаляют мозг (рис. 95). Затем кости черепа захватывают краниокластом и извлекают головку плода (рис. 96).

**Декапитация** (отделение головки от туловища) производится при запущенных поперечных положениях плода.

**Ручное отделение** последа применяется при кровотечениях в третьем периоде родов при неотделившейся плаценте. Руки моют и обрабатывают спиртом и йодом до локтя. Пальцами левой руки раскрывают половую щель, а правую, сложенную конусом, вводят по пуповине в полость матки. Доходят до детского места, затем по нижнему краю его заходят концами пальцев между плацентой и стенкой матки. Пилящими движениями, продвигаясь все выше до дна матки, отделяют ее на всем протяжении (рис. 97). Отделенный послед извлекают левой рукой потягиванием за пуповину, а оставшейся в полости матки правой рукой устанавливают целостность стенок матки и полное удаление плаценты.



Рис. 94. Извлечение головки плода акушерскими щипцами Симпсона.

**Ручное обследование полости матки** производится при подозрении на задержку в полости матки долек плаценты, при кровотечениях, продолжающихся после удаления последа.



Рис. 95. Введение перфоратора Бло.

Сразу же после ручного отделения последа или ручного обследования при атонии матки рекомендуется применять массаж матки на кулаке.

**Тампонада полости матки и влагалища** производится при атонических кровотечениях после родов, когда другие методы не дают положительного результата.

**Зашивание разрывов шейки матки.** Шейку матки обнажают зеркалами, края разрыва захватывают пулевыми щипцами, подтягивают их книзу и, переключив щипцы, постепенно осматривают всю шейку. На разрыв накладывают кетгутовые узловатые швы, не прокалывая внутреннюю (слизистую) поверхность шейки матки (рис. 98).

**Зашивание разрывов слизистой оболочки влагалища, малых половых губ и промежности.**

Поверхностные разрывы слизистой оболочки влагалища и малых половых губ, если они длиннее 1 см,



Рис. 96. Извлечение головки плода краниокластом Брауна.

лучше зашить. Влагалище зашивают кетгутом, а половые губы тоненьким шелком, узловатыми швами. Глубокие разрывы промежности (II степени) зашивают в два этажа: сначала накладывают кетгутовые швы на разорванные мышцы, затем узловатыми кетгутовыми швами соединяют слизистую оболочку влагалища. На кожу промежности накладывают шелковые швы.



Рис. 97. Отслойка плаценты с помощью руки акушера, введенной в полость матки по пуповине.



Рис. 98. Наложение швов на разрыв шейки матки.



**Операция по поводу прогрессирующей или прервавшейся внематочной беременности** производится под общим наркозом. При операции удаляют разорвавшуюся маточную трубу.

**Кесарево сечение.** Показаниями к операции кесарева сечения является: узкий таз III и IV степени, сильное кровотечение вследствие предлежания плаценты, преждевременная отслойка плаценты и др.

Как правило, операция делается под местной анестезией и заключается в послойном вскрытии брюшной полости, продольном или поперечном разрезе передней стенки матки, извлечении плода и удалении плаценты. На разрез матки накладывают три слоя узловатых кетгутовых швов (мышечно-мышечный, мышечно-серозный и серо-серозный шов). Брюшную стенку послойно закрывают, на рану накладывают сухую асептическую повязку.

---

## Глава XIV

### МЕТОДЫ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

В комплексе мероприятий по сохранению здоровья женщины-матери важное значение имеет хорошо поставленная профилактика, своевременная диагностика и рациональное лечение гинекологических больных.

Функция половых органов посредством нервно-гормональных механизмов теснейшим образом связана с функцией всех органов и систем женского организма. Поэтому при гинекологических заболеваниях в той или иной степени вовлекается в процесс весь организм женщины.

Вполне понятно, что при обследовании гинекологических больных следует обращать внимание не только на состояние половых органов, но и тщательно исследовать весь организм женщины.

Правильный диагноз может быть поставлен при учете данных анамнеза (расспроса), объективного и дополнительных методов исследования (инструментально-го, лабораторного, рентгенологического и др.).

#### ОПРОС (АНАМНЕЗ)

Путем опроса больной стремятся получить сведения о предшествующей жизни, перенесенных ранее заболеваниях, развитии данной болезни и уточнить основные жалобы больной.

Прежде всего собирают общие сведения о больной: фамилия, имя и отчество, возраст, профессия, характер работы, условия быта и питания. После этого осведомляются о наследственности, развитии больной в грудном

и детском возрасте, интересуются заболеваниями, которые она перенесла в течение жизни.

Затем осведомляются о функции половых органов в периоды полового созревания и половой зрелости: начало, течение и характер менструаций (продолжительность, промежутки, количество теряемой крови, боль), время последней менструации, начало половой жизни, живет ли с первым или вторым мужем, сколько ему лет и его здоровье. Осведомляются, предохранялась ли от беременности, каким способом. Если были аборты, то выясняют их причину, сроки, давность и исходы. Тщательно собирают сведения о всех беременностях, их течении, интересуются течением родов и их исходом для плода и матери. Выясняют, не болела ли она гинекологическими заболеваниями в прошлом, какими и когда. Уточняют течение заболевания, методы лечения и его результаты. Затем расспрашивают, нет ли у больной каких-либо сопутствующих заболеваний, жалоб на расстройства со стороны смежных органов (мочевого пузыря и кишечника), которые могут иметь значение для диагностики гинекологических заболеваний.

После выяснения всех этих вопросов переходят к уточнению начала и течения настоящего заболевания. Особенно внимательно и терпеливо выслушивают жалобы, имеющиеся у больной в настоящее время. По этим жалобам нередко удается установить причину, характер заболевания и его ликвидацию.

Чаще всего гинекологические больные предъявляют жалобы на боли, бели, расстройство менструации, кровотечения и бесплодие.

## **ОБЩАЯ СИМПТОМАТОЛОГИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Боли** являются одним из первых и наиболее частых симптомов гинекологических заболеваний, заставляющих больных обращаться за медицинской помощью. Боли возникают в результате раздражения нервных окончаний и сплетений половых органов вследствие их воспаления и сдавливания различными опухолями (миома, киста), инфильтратами, гнояниками, а также при сокращениях матки (при аборте и рождающемся фиброматозном узле).

По своему характеру боли бывают различными. Схваткообразные боли наблюдаются при аборте, внематочной беременности, рождающемся миоматозном узле и перекрученной кисте. Ноющие боли бывают при загибах и опущениях матки, при хронических воспалительных процессах в придатках и клетчатке таза, при доброкачественных опухолях матки (фибромиомы) и яичников (кисты). Колющие и режущие боли наблюдаются при внематочной беременности и остром воспалении половых органов. Они возникают вследствие раздражения брюшины излившейся кровью, воспалительным выпотом или гнойником. Грызущие боли чаще всего бывают при запущенных формах рака матки и саркоме яичника.

Интенсивность болей бывает различной. Острые, нестерпимые боли наблюдаются при острых воспалительных процессах половых органов и брюшины. Особенно сильные боли бывают при воспалении придатков гонорейной этиологии. По мере уменьшения воспалительного процесса боли постепенно стихают. Однако они могут быть постоянными и ощущаться продолжительное время при образовании спаечных процессов в малом тазу. Сильные постоянные, постепенно усиливающиеся боли наблюдаются при злокачественных опухолях половых органов женщины. Боли при гинекологических заболеваниях локализуются в различных участках нижней части живота и таза женщины.

Боли внизу живота по средней линии чаще всего бывают при воспалении матки и мочевого пузыря. При воспалительных заболеваниях придатков (труб и яичников) боли локализуются в боковых отделах нижней части живота и в области поясницы. Боли в области копчика наблюдаются при загибе матки, опущениях и выпадениях половых органов, при наличии опухолей матки и ее придатков, при скоплении гноя и крови в заднем дугласовом пространстве, при заднем параметрите, пельвеоперитоните, травме копчика.

Бели являются постоянным спутником большинства гинекологических заболеваний. Причинами появления их чаще всего бывают воспаление слизистой оболочки больших и малых половых губ (вульвиты), слизистой оболочки влагалища (кольпиты) и шейки матки, эрозии

и полипы шейки матки, разрывы, рак тела матки и другие гинекологические и общие заболевания.

По своему характеру бели могут быть серозными, слизистыми, серозно-гнойными и др. Характер выделений зависит от этиологии, локализации и стадии воспалительного процесса. При воспалении слизистой оболочки влагалища (кольпите), вызванном трихомонадами, бели имеют пенистый характер. Если воспаление вызвано патогенными микробами, бели бывают желтого цвета. При воспалении, вызванном туберкулезными палочками и некоторыми возбудителями инфекционных болезней, бели молочного цвета. Бели из шейки матки, особенно при воспалении цервикального канала, имеют характер густой, тягучей, мутной слизи. При остром гонорейном воспалении канала шейки матки—бели гнойного характера; при остром воспалении слизистой оболочки матки (эндометрите)—серозно-гнойного характера, при хроническом воспалении—водянистого. При раке матки бели имеют вид мясных помоев и др. Нередко бели являются единственным признаком различных гинекологических заболеваний. Так, выделение жидких пенистых белей может указать на наличие трихомонадного кольпита. Бели могут раздражать кожу наружных половых органов и внутренней поверхности бедер, вызывать покраснение, боль, зуд, расчесы, разрастание остроконечных кондилом.

**Кровотечения** наблюдаются при многих гинекологических заболеваниях. Поэтому, собирая анамнез, необходимо выяснить, имеются ли кровотечения, установить, совпадают ли они по сроку с менструациями (меноррагия) или не совпадают (метроррагия), увеличено ли количество теряемой крови (гиперменорея), уменьшено (гипоменорея) или совсем отсутствуют (аменорея). Необходимо обратить внимание, удлинены или уменьшены промежутки между очередными менструациями, сопровождаются ли кровотечения болями (дисменорея). Надо выяснить характер теряемой крови (алая, темная, жидкая, со сгустками и др.).

Обильные кровотечения наблюдаются у девушек при появлении менструаций и у женщин в возрасте 20—35 лет при различных заболеваниях, нарушающих нормальное течение овариально-менструального цикла. Всех больных с кровотечениями медицинская сестра

обязана немедленно направить к врачу для обследования и лечения.

**Бесплодие** нередко является результатом некоторых гинекологических заболеваний. Поэтому при опросе больной надо выяснить его причины.

Заканчивая опрос больной, необходимо уточнить, обращалась ли она по поводу этого заболевания в лечебное учреждение, что у нее находили, какое проводилось лечение и какие результаты его. Только после этого переходят к объективному исследованию больной.

## ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Объективное исследование заключается в 1) общем наружном осмотре, 2) осмотре наружных половых органов, 3) внутреннем (вагинальном) исследовании, 4) инструментальном исследовании.

### Общий наружный осмотр

При общем наружном осмотре обращают внимание на строение тела больной, общее развитие, питание, цвет кожи и видимых слизистых оболочек, пигментацию, рубцы и сыпи на коже. После этого переходят к обследованию органов кровообращения, дыхания, пищеварения, нервной системы, мочеотделения и др.

Перед тем как идти на осмотр к врачу, женщина должна опорожнить мочевой пузырь и кишечник. Если больная страдает запорами, то она должна заранее очистить кишечник с помощью клизмы. При сильном загрязнении наружных половых органов выделениями или кровью медицинская сестра должна произвести подмывание их теплой кипяченой водой.

Исследование живота состоит из наружного осмотра, пальпации и перкуссии. Для этого женщина должна лежать на спине на кушетке или на кровати. Прежде всего обращают внимание на величину и форму живота. Увеличение живота происходит при больших опухолях матки, кистах и раке яичника. При расхождении и дряблости мышц передней брюшной стенки может быть отвислый живот. При осмотре обращают внимание на наличие пигментации и рубцов на коже живота.

Затем переходят к ощупыванию (пальпации) живота. Вначале производится поверхностное ощупывание обеими руками, положенными ладонями на живот. После этого переходят к более глубокой пальпации живота одной рукой. Методом поверхностной и глубокой пальпации определяется состояние брюшной стенки, величина, консистенция, форма и границы опухолей брюшной полости, уточняется место болезненности и др. Методом перкуссии определяется наличие свободной жидкости в брюшной полости и границы опухолей. Над опухолями и жидкостью определяется тупой звук, а над кишечником, раздутым газами, звук тимпанический.

Гинекологическое исследование больной производят в горизонтальном положении, на гинекологическом кресле или на кушетке. Головной конец кресла должен быть приподнят, согнутые в коленях и широко разведенные в стороны ноги должны лежать на ноготержателях.

Для осмотра медицинская сестра заранее готовится стерильные инструменты (влагалищные зеркала, пинцеты, пуговчатый и желобоватый зонды), предметные стекла для взятия мазков, стерильные ватные шарики и марлевые салфетки.

### **Осмотр наружных половых органов**

Начинают с осмотра лобка и определения характера развития волосяного покрова (женский или мужской тип). Обращают внимание на развитие больших и малых половых губ, состояние и форму промежности (высокая, низкая), на наличие на ее кожных покровах рубцов, опухолей, кондилом, изъязвлений и свищей. Затем уточняют, закрыта ли половая щель или она зияет.

При натуживании больной определяют наличие опущения или выпадения стенок влагалища и шейки матки. После этого пальцами левой руки разводят малые половые губы и осматривают слизистую оболочку преддверия и входа во влагалище. Обращают внимание на ее окраску (бледность или цианоз), форму девственной плевы (при ее целости) или ее остатков. При наличии выделений отмечают их цвет (бесцветные, кровянистые) и характер (жидкие, густые, пенные и др.).

## Влагалищное (внутреннее) исследование

Влагалищное исследование производится каждой гинекологической больной при соблюдении правил антисептики. Перед исследованием медицинская сестра обмывает наружные половые органы слабым (1:5000) раствором марганцовокислого калия или 2% водным раствором лизоформа. Руки моют с мылом и надевают стерильные резиновые перчатки. После этого исследователь становится справа от больной, которая лежит на спине с широко раздвинутыми коленями и приведенными к животу бедрами. Раздвинув большим и указательным пальцем левой руки большие и малые половые губы, вводят один или два пальца (указательный и третий) правой руки во влагалище и осторожно продвигают их как можно глубже к сводам. По мере введения пальцев во влагалище определяют ширину и растяжимость его стенок, емкость, глубину, напряжение сводов, наличие рубцов, расширенных вен и опухолей. Затем уточняют форму и длину влагалищной части шейки матки (коническая, цилиндрическая, гладкая, шероховатая), форму и состояние наружного зева (круглая, щелевидная, закрыт, открыт), наличие разрывов, полипов и др.

После этого левую руку кладут на низ живота над лонным сочленением и ею надавливают на переднюю брюшную стенку навстречу пальцам, находящимся во влагалище. Между пальцами рук прощупывается матка. При этом определяют положение, величину, плотность, подвижность и болезненность тела матки (рис. 99). В норме матка имеет величину небольшой груши, плотная, безболезненная, подвижная, занимает срединное положение в малом тазу. Обычно тело ее наклонено кпереди и с шейкой матки образует тупой угол, открытый кпереди (антефлексия). При патологическом состоянии тело может перегибаться кзади (ретрофлексия). Затем справа и слева от матки определяют состояние яичников, труб и околоматочной клетчатки.

У женщин, не живших половой жизнью, производится только прямокишечное (ректальное) исследование. К нему прибегают также при необходимости уточнения диагноза. Для этого левую руку кладут плашмя на живот женщины, а указательный палец правой руки в резиновом напальчнике вводят в прямую кишку.





Рис, 99. Влагалищное двуручное исследование.

*а* — пальпация матки; *б* — пальпация придатков.

## Исследование зеркалами

Исследование зеркалами производится после влагалитного исследования. Для этого используются зеркало Симса и подъемник Отта или зеркало Куско. В последние годы применяются светящиеся влагалитные зеркала.

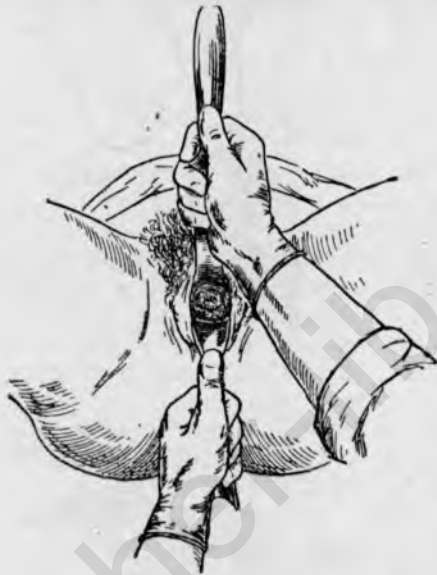


Рис. 100. Шейка матки обнажена зеркалом Симса с подъемником Отта.

ла. Во влагалитце сначала вводят заднее зеркало (со стороны промежности), затем со стороны лонного сочленения вводят подъемник (рис. 100).

Исследование зеркалами применяется для определения состояния влагалитной части шейки матки и слизистой оболочки влагалитца. Оно облегчает своевременную диагностику эрозий, полипов, язв, воспалений и повреждений шейки матки и влагалитца.

### Зондирование полости матки

Зондирование полости матки производится с целью определения ее длины, наличия опухолей и повреждений стенки матки. Для зондирования матки

влагалище раскрывают зеркалами. Слизистую оболочку влагалища и шейки матки обрабатывают спиртом и 5% раствором настойки йода. После этого переднюю губу шейки матки захватывают пулевыми щипцами и низводят ко входу во влагалище. Затем через наружное отверстие канала шейки матки осторожно вводят зонд до дна матки (рис. 101).



Рис. 101. Зондирование полости матки.

В отдельных случаях прибегают к пробному выскабливанию полости матки, цистоскопии и ректоскопии.

### **Пробное выскабливание полости матки**

Выскабливание производится с диагностической целью для патогистологического исследования. К нему прибегают при упорных кровотечениях и нарушениях менструального цикла, фибромиомах, при подозрении на рак тела матки. Подготовка и техника этой операции такая же, как и при абортах ранних сроков беременности.

### **Пункция (прокол) заднего свода**

Применяется пункция с диагностической и лечебной целью в тех случаях, когда имеется подозрение на скопление в малом тазу жидкости (крови при внематоч-

ной беременности, гноя или экссудата при воспалительных процессах).

Пункция заднего свода производится следующим образом. Введенными во влагалище зеркалами обнажают шейку матки, слизистую оболочку влагалища и шейки матки обрабатывают спиртом и йодом. Затем заднюю губу шейки матки захватывают пулевыми щипцами и отводят вверх. На шприц емкостью 5—10 мл надевают длинную толстую иглу.

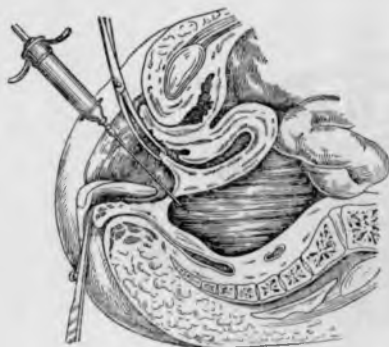


Рис. 102. Пункция заднего свода.

Этой иглой прокалывают задний свод (отступая на 1 см от шейки) и потягиванием поршня в шприц насасывают жидкость (рис. 102). Если жидкости нет, то шприц остается пустым.

## Биопсия

Биопсия представляет собой вырезывание кусочка ткани для патогистологического исследования. Она производится при подозрении на раковое перерождение эрозий, папиллом и изъязвлений шейки матки, влагалища и наружных половых органов.

Для производства биопсии шейку матки обнажают зеркалами, обрабатывают спиртом и 5% раствором настойки йода. Затем захватывают шейку матки пулевыми щипцами и низводят ко входу во влагалище. Из подозрительного участка вырезают небольшой клино-



Рис. 103. Биопсия.

видный кусочек на границе измененной и здоровой ткани. При этом захватывают ткани того и другого участка (рис. 103). Вырезать кусочек лучше скальпелем. После удаления кусочка место биопсии обрабатывают 5% раствором настойки йода.

### **Взятие мазков для лабораторного анализа**

Для выяснения наличия и вида возбудителя, вызвавшего воспалительное заболевание, берут для микроскопического исследования мазки из выделений.

Женщина, у которой должны взять мазки, не должна с утра спринцеваться. Для взятия мазков женщину кладут на гинекологическое кресло с разведенными ногами. Пальцами левой руки разводят большие и малые половые губы, открывая вход во влагалище. Выделения берут отдельными желобоватыми зондами из трех мест: из отверстия мочеиспускательного канала, из заднего свода влагалища и наружного зева шейки матки. Полученные из каждого места выделения наносят зондами на приготовленные заранее обезжиренные предметные стекла (по два стекла на каждое место). Один мазок окрашивают синькой, другой — по Граму. Стекла помечают специальным карандашом буквами У—уретра, В—влагалище, Ш—шейка. Стекла хорошо высушивают на воздухе и с запиской направляют в лабораторию для микроскопического исследования. В необходимых случаях производятся лабораторные анализы крови, мочи и др.

---

## Глава XV

### ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

У женщин чаще всего наблюдаются следующие гинекологические заболевания: 1) расстройство менструального цикла; 2) неправильные положения половых органов; 3) воспалительные заболевания; 4) доброкачественные и злокачественные опухоли женских половых органов; 5) травмы женских половых органов.

#### РАССТРОЙСТВА МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Нарушения и расстройства менструального цикла наблюдаются при многих гинекологических заболеваниях. К основным формам расстройства менструального цикла относятся: 1) их уменьшение вплоть до полного отсутствия; 2) их увеличение вплоть до больших кровопотерь; 3) болезненные менструации; 4) беспорядочные маточные кровотечения, не связанные с менструальным циклом.

В одних случаях эти нарушения вызваны процессами, совершающимися в яичниках, поэтому и носят циклический характер (меноррагия). В других случаях наблюдаются кровотечения, которые не связаны с процессами в яичниках — ациклические кровотечения (метрорагии).

**Аменорея.** Аменореей называется полное отсутствие менструации в периоде половой зрелости. Аменорея как физиологическое состояние у женщин наблюдается до полового созревания, во время беременности, в период кормления ребенка грудью и при климаксе (после 45—50 лет). Она зависит от того, что в эти периоды жизни женщины не происходят циклические изменения в яич-

никах. Во всех остальных случаях отсутствие менструаций во время половой зрелости является патологическим явлением. Аменорея возникает при недоразвитии половых органов (инфантилизме), нервно-психических потрясениях (аменорея военного времени), опухолях яичников, острых инфекционных заболеваниях (тиф, сепсис), туберкулезе, малярии, тяжелом малокровии, нарушении функций желез внутренней секреции, питания и обмена веществ, авитаминозе и др. Во всех случаях аменореи больных надо направить к врачу-гинекологу для установления причины и назначения лечения.

Лечение аменореи должно быть направлено на ликвидацию причин, вызвавших эту патологию, и проводится по назначению врача. Во всех случаях аменореи следует проводить общеукрепляющие мероприятия (высококалорийное питание с достаточным количеством витаминов, пребывание на чистом воздухе, лечебная гимнастика и др.).

**Дисменорея** — менструации, сопровождающиеся значительными болями и нарушением общего состояния. Дисменорея чаще всего наблюдается у девушек и молодых замужних небеременевших женщин с недоразвитыми половыми органами. Причинами дисменореи могут быть резкие перегибы матки кпереди или кзади, фибромиомы матки и полипы шейки матки, спаечные процессы половых органов, сужения канала шейки матки, воспалительные процессы половых органов, нервные и психические явления и др. Перед наступлением или во время менструации боли возникают вследствие перерастяжения стенок матки скопившейся в ее полости кровью. Боли бывают тупыми, тянущими или схваткообразными. Они локализуются только в области половых органов или распространяются на область крестца, на низ живота и бедра.

Лечение дисменореи должно быть направлено на ликвидацию причины, вызвавшей эту патологию.

## МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Различают две основных группы маточных кровотечений: меноррагию и метроррагию.

**Меноррагия** — маточное кровотечение, связанное с менструальным циклом. Менструация начинается в срок,

но не прекращается через 2—3 дня (как это бывает в норме), а продолжается 10—12 дней. Кровотечение при этом бывает обильным. Вследствие этого женщина теряет много крови, возникает малокровие. Если при нормально протекающей менструации женщина теряет около 100 мл крови, то при меноррагии — 200 мл и больше.

Маточные кровотечения типа меноррагий наблюдаются при воспалении матки (метроэндометрит) и придатков (аднексит), фибромиомах матки, сердечно-сосудистых заболеваниях с расстройством кровообращения, вызывающих застойные явления в органах малого таза и гиперемии половых органов.

**Метроррагия** — нерегулярные, беспорядочные, маточные кровотечения, не связанные с менструальным циклом. В одних случаях кровотечения бывают незначительными, в других — сильными, угрожающими жизни больной. Иногда на некоторое время кровотечения прекращаются, а затем снова появляются обильные беспорядочные выделения из матки. Чаще всего метроррагия наблюдается при подслизистой фибромиоме и полипах матки, раке матки и саркоме яичника, остром воспалении слизистой оболочки матки и придатков и др.

К метроррагиям относится также так называемая геморрагическая метропатия. Она характеризуется тем, что после длительного отсутствия менструации (в течение 1½—2—3 месяцев) появляются беспорядочные маточные кровотечения различной интенсивности. Эти кровотечения не связаны с менструальным циклом.

Геморрагическая метропатия чаще всего наблюдается в климактерическом периоде вследствие угасания менструальной функции, связанной с функцией яичников. В молодом возрасте до установления нормального цикла менструаций наблюдаются ювенильные кровотечения.

Во всех случаях маточных кровотечений больную надо направить к врачу-гинекологу. Однако при обильных маточных кровотечениях еще до прихода врача медицинская сестра должна положить больную в постель, назначить покой и положить пузырь со льдом на низ живота.



## БЕСПЛОДИЕ

О бесплодии говорят в том случае, если по истечении 2—3 лет супружеской жизни (без применения противозачаточных средств) женщина не беременеет. Различают абсолютное и относительное бесплодие женщины. Абсолютное бесплодие связано с наличием в организме женщины или мужчины необратимых патологических изменений, которые препятствуют зачатию. При относительном бесплодии причины, препятствующие зачатию, могут быть устранены и женщина может забеременеть. Если у женщины, живущей нормальной половой жизнью, в течение ряда лет ни разу не было беременности, говорят о первичном бесплодии. Вторичным бесплодием называется отсутствие зачатия после одной или нескольких беременностей и родов.

Существует много причин бесплодия женщины. Чаще всего причиной бесплодия является непроходимость маточных труб вследствие перенесенных воспалительных заболеваний внутренних половых органов после аборта, гонореи и послеродовых заболеваний. Бесплодие также наблюдается при недоразвитии половых органов (инфантилизм), заращении канала шейки матки, опухолях влагалища и матки, резких перегибах матки. В этих случаях сперматозоиды не могут проникнуть в матку и в маточные трубы. Причиной вторичного бесплодия могут быть большие разрывы промежности, при которых сперма быстро вытекает из влагалища. Бесплодие может быть следствием гиповитаминоза, интоксикации организма и тяжелых истощающих заболеваний. Следует помнить, что бесплодие нередко зависит от мужа. Одной из частых причин бесплодия мужчины является неполноценность спермы (отсутствие или малое количество сперматозоидов, неподвижность или малая подвижность их), вследствие чего не происходит оплодотворения женской яйцеклетки. Чаще всего неполноценность спермы зависит от нарушения функции половых желез вследствие перенесенного ранее воспаления придатков яичек гонорейной этиологии. Значительно реже причиной мужского бесплодия является половая слабость (импотентность) и пороки развития полового члена.

Для выяснения причин бесплодия необходимо произвести тщательное обследование общего состояния здоровья мужа и жены. Для установления проходимости маточных труб пользуются методом их продувания или рентгенографии после заполнения полости матки и труб контрастным веществом (гистеросальпингография).

Лечение бесплодия женщины должно быть направлено на ликвидацию причин, вызвавших эту патологию. Профилактика и раннее эффективное лечение гонореи, туберкулеза, воспаления внутренних половых органов, явлений инфантилизма, борьба с абортами, являются основными мероприятиями в профилактике женского бесплодия.

### НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

При нормальных условиях матка располагается в полости малого таза по средней линии. Тело матки наклонено кпереди по отношению к шейке приблизительно под углом  $90^\circ$ . Такое положение матки называется физиологической антефлексией (рис. 104).



Рис. 104. Нормальное положение матки.

Если матка резко перегибается кпереди, образуя острый угол между ее телом и шейкой, то говорят о гиперантефлексии. У таких женщин наблюдаются болезненные менструации и бесплодие.

Перегиб тела матки кзади под острым углом к шейке называют ретрофлексией матки (рис. 105). В этом случае влагалищная часть шейки матки обращена кпереди и книзу. При ретрофлексии матка может



Рис. 105. Ретрофлексия матки.

быть подвижной и неподвижной (фиксированной). При этом нередко наблюдаются смещения матки в сторону от средней линии (вправо или влево).

В большинстве случаев ретрофлексия является следствием перенесенного в прошлом воспаления придатков матки и брюшины малого таза. Образовавшиеся после воспаления спайки в малом тазу притягивают матку кзади. Ретрофлексия матки может также возникнуть при долгом лежании родильницы на спине после родов.

Характерными симптомами ретрофлексии являются: боли в области крестца и поясницы, расстройства менструации, бесплодие, привычные аборт и др.

### **ОПУЩЕНИЕ И ВЫПАДЕНИЕ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

Чаще всего наблюдается опущение стенок влагалища. Обычно вначале опускается и выпячивается из половой щели задняя стенка влагалища. В дальнейшем может опускаться передняя стенка. При опущении передней стенки влагалища одновременно может выпячиваться задняя стенка мочевого пузыря

(цистоцеле). При опущении и выпячивании задней стенки влагалища одновременно выпячивается под ней передняя стенка прямой кишки (ректоцеле).

Не так редко вслед за опущением стенок влагалища наблюдается опущение и выпадение матки. Об опущении матки говорят в том случае, если влагалищная часть шейки матки не выходит из половой щели даже при натуживании женщины. Если влагалищная часть шейки матки выходит из половой щели наружу, то говорят о выпадении матки. При этом при неполном выпадении матки из половой щели выходит лишь влагалищная часть шейки матки, а тело ее располагается выше половой щели. При полном выпадении матки шейка и тело ее располагаются ниже половой щели (выходят наружу). В этих случаях наблюдается выворот стенок влагалища наружу. В редких случаях наблюдается выворот матки. При вывороте матки ее слизистая оболочка находится снаружи.



Рис. 106. Выпадение влагалища и матки.

Чаще всего опущение и выпадение стенок влагалища и матки является следствием нарушения целостности мышц тазового дна в результате оставшегося незащитым или плохо зашитым разрыва промежности после родов. Иногда эта патология мышц наблюдается у многорожавших женщин вследствие расслабления мышц тазового дна и брюшного пресса. Появлению этой патологии способствует тяжелая физическая работа, запоры и др. (рис. 106).

Опущение и выпадение стенок влагалища и матки вызывает у женщин неприятные ощущения и страдания. Появляется боль, постоянное чувство давления на низ, частое мочеиспускание, запоры, нарушения менструаций. При выпадении матки вследствие нарушения кровообращения и механического раздражения при ходьбе образуются изъязвления и пролежни слизистой оболочки стенок влагалища и шейки матки. Появляются бели с примесью крови.

Лечение больных с опущением и выпадением стенок влагалища и матки только оперативное.

## ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Среди всех гинекологических заболеваний воспалительные процессы половых органов встречаются наиболее часто и занимают одно из первых мест. Причиной этих заболеваний является проникновение возбудителей инфекции в половые органы женщины различными путями — контактным, с током крови и лимфы. Чаще всего они заносятся в половые органы при несоблюдении правил личной гигиены, особенно при менструациях и половых сношениях, а также в послеродовом и послеабортном периодах. Наиболее тяжелые формы воспаления возникают при криминальных абортах, так как они обычно производятся загрязненными руками и инструментами.

Микробы могут вызывать воспалительные процессы в любом отделе половых органов, распространяться с одного отдела на другой: из наружных половых органов на влагалище; через шеечный канал попасть в матку, трубы, на яичники, в окружающие ткани и брюшную полость. По своему клиническому течению воспалительные заболевания женских половых органов делятся на три группы: 1) острые, 2) подострые и 3) хронические.

**Вульвит (vulvitis)** — воспаление наружных половых органов и входа во влагалище. Это заболевание чаще всего встречается у женщин и детей при нечистоплотном содержании половых органов. Вульвит может возникнуть при воспалении внутренних половых органов вследствие загрязнения вульвы гнойными выделениями.

При вульвите возникает покраснение и отек больших и малых половых губ, появляется болезненность в области наружных половых органов при ходьбе, зуд, чувство жжения, особенно при мочеиспускании.

Лечение состоит из подмываний половых органов слабыми дезинфицирующими растворами (марганцовокислый калий, 3% раствор борной кислоты, настой ромашки) и устранения причин, вызвавших это заболевание.

**Бартолинит (bartholinitis)** — воспаление бартолиновой железы. Возникает вследствие проникновения различных микробов в железу через ее выводной проток. Часто причиной заболевания является гонорея. Вначале появляется покраснение вокруг отверстия выводного протока в виде красной точки. Затем возникает покраснение кожных покровов большой половой губы, припухлость и болезненность. Иногда в полости железы скапливается гной.

**Лечение.** В остром периоде больную госпитализируют, назначают покой, антибиотики. К месту воспалительного очага прикладывают пузырь со льдом. Затем кладут тепло для рассасывания. При нагноении прибегают к операции вылушивания бартолиновой железы или вскрывают гнойник, удаляют гной и в полость вводят марлевую турунду, смоченную мазью Вишневского, пенициллином или стрептомицином.

**Кольпит, вагинит (colpitis, s. vaginitis)** представляет собой воспаление слизистой оболочки влагалища. Женщина жалуется на боли внизу живота, ощущение жара, жжение и зуд во влагалище. Часто больная указывает на наличие обильных серозно-гнойных выделений, разъедающих внутреннюю поверхность бедер, и на боль при половых сношениях. При осмотре обнаруживается резкое покраснение всей слизистой оболочки влагалища (диффузный кольпит) или в виде возвышающихся точек (гранулезный кольпит).

**Трихомонадный кольпит** встречается наиболее часто. Он вызывается простейшими трихомонадами, которые обнаруживаются при микроскопическом исследовании. Они попадают в половые пути женщины при половых сношениях, спринцевании некипяченой водой во время купания в водоемах со стоячей водой, а также при пользовании губками, мочалками и полотенцами женщин, больных трихомонадным кольпитом. При трихомонадных кольпитах появляются обильные, пенистые выделения зеленоватого цвета. Они вызывают зуд, жжение во влагалище и наружных половых органах.

**Лечение** кольпита проводится под наблюдением врача.

**Эндоцервицит** — воспаление слизистой оболочки канала шейки матки. Чаще всего причиной этого заболе-

вания является гонорея. Нередко возникновению эндоцервицита способствуют незащищенные надрывы шейки матки во время родов и аборт, вывороты слизистой оболочки канала шейки матки (эктропион). Под влиянием механических факторов и постоянного выделения белей, вызывающих мацерацию на слизистой оболочке шейки матки вокруг ее наружного зева, образуются изъязвления — эрозия.

При остром эндоцервиците больные жалуются на общее недомогание, боли внизу живота и пояснице, обильные слизистые или гнойные (гонорея) выделения. При зеркальном осмотре обнаруживается отек тканей шейки матки вокруг наружного зева. В случаях хронического эндоцервицита наружный зев зияет, на шейке имеется много прозрачных пузырьков — *ovula Nabothii*.

Лечение эндоцервицитов проводится врачом.

**Эрозии шейки матки** образуются вследствие воспаления слизистой оболочки канала шейки матки и эндометрия. Они также могут возникнуть при инфантилизме, ретрофлексии матки, вывороте канала шейки матки и др. Различают истинные и ложные эрозии.

Истинная эрозия образуется вследствие сращивания многослойного плоского эпителия слизистой оболочки вокруг наружного зева шейки матки. Поверхность истинной эрозии красноватого цвета, гладкая, слегка кровоточит при дотрагивании.

При ложных эрозиях (псевдоэрозиях) нет дефекта плоского эпителия шейки матки. Плоский эпителий слизистой оболочки шейки матки замещается цилиндрическим эпителием цервикального канала. В большинстве случаев эрозия располагается на задней губе шейки матки в виде яркокрасной язвы. Поверхность ложной эрозии может быть покрыта сосочками (папиллярная эрозия) или многочисленными пузырьками различной величины (фолликулярная эрозия). Папиллярные эрозии кровоточат при гинекологическом исследовании и при половых сношениях (контактные кровотечения). Фолликулярные эрозии способствуют увеличению и уплотнению шейки матки, при дотрагивании почти не кровоточат. При отсутствии лечения ложные эрозии могут переходить в рак.

Лечение эрозий заключается в лечении основных заболеваний.

**Гонорея женщины.** Гонорея — инфекционное заболевание с преимущественной локализацией патологического процесса в мочеполовой системе. Возбудитель ее — гонококк — представляет собой парный кокк — диплококк.

В подавляющем большинстве случаев гонококк попадает в половые органы женщины при половых сношениях от больного гонореей мужчины. Однако заражение возможно через предметы, загрязненные выделениями, содержащими гонококки, через мочалки, губки, клизменные наконечники, общее с больным нательное и постельное белье, и др. В отличие от других микробов гонококки распространяются по здоровой слизистой оболочке, поражая все ткани организма. Но наиболее восприимчивыми к заражению являются ткани, выстланные цилиндрическим эпителием: уретра, выводные протоки бартолиновых желез, эпителий шейки, слизистой оболочки матки и труб.

Гонококки образуют сильнейшие токсины, которые при поступлении в организм вызывают общие и местные реакции. Поэтому гонорея, возникнув как местный процесс мочеполовой системы, быстро переходит в заболевание всего организма. Четкого времени начала заболевания гонореей с момента попадания гонококка в родовые пути не существует. Чаще всего первые симптомы болезни появляются через 1—5 дней после заражения. Реже первые симптомы заболевания появляются лишь через 3—4 недели.

В зависимости от локализации патологического процесса различают гонорею нижнего отдела мочеполового тракта, восходящую — гонорею верхнего отдела полового тракта и метастазированную гонорею.

При гонорее нижнего отдела мочеполового тракта поражается уретра (уретрит) и парауретральные ходы, бартолиновы железы (бартолинит), шейка матки до внутреннего зева (эндоцервицит) и прямая кишка (проктит).

При гонорее верхнего отдела полового тракта — восходящей гонорее, процесс распространяется за внутренний зев: в матку, придатки, брюшину и окружающую клетчатку.

При этом воспаление брюшины не распространяется за пределы малого таза,



При метастазированной форме гонорей, кроме мочеполовых органов, в процесс вовлекаются отдельные органы и ткани. Чаще всего поражаются суставы (артриты), сухожилия (тендовагиниты), мышцы (миозиты), сердце (эндокардиты), почки (нефриты и др).

По характеру клинического течения различают острую и хроническую форму гонорей. При острой форме гонорей мочеполового тракта болезнь проявляется резко выраженными симптомами воспаления: повышением температуры, покраснением и отечностью слизистых оболочек, болью, обильными гнойными выделениями. Выделения имеют желтовато-зеленоватый цвет и зловонный запах. В мазках гноя обнаруживают гонококки, располагающиеся внутри и внеклеточно. При уретрите—воспаление мочеиспускательного канала, появляются позывы на мочеиспускание, жжение и резкая боль при мочеиспускании, особенно в конце его. Гонорейный вульвит и кольпит сопровождаются болью и зудом наружных половых органов и влагалища, обильными гнойными выделениями. Отечная ткань больших и малых половых губ и влагалища легко кровоточит при дотрагивании. Иногда на больших и малых половых губах имеются разрастания кожи в виде петушиного гребня — острые кондиломы.

При гонорейном бартолините — воспалении тканей бартолиновой железы, выводные протоки их могут закупориваться. Тогда в их просвете скапливается отделяемое и иногда образуется абсцесс. Он возникает в тех случаях, когда в бартолинову железу попадает смешанная инфекция — гонококки, стрептококки, стафилококки и др. Абсцесс железы может достигать величины от грецкого ореха до куриного яйца.

Острый гонорейный эндоцервицит — воспаление слизистой оболочки канала шейки матки, проявляется гиперемией и отеком слизистой оболочки шейки матки, обильными гнойными выделениями. Слизистая оболочка ее легко кровоточит. При остром проктите — воспалении слизистой оболочки прямой кишки, появляется зуд, жжение и боли в области прямой кишки и боль промежности, особенно во время акта дефекации.

Острая форма гонорей наблюдается в течение первых 3—4 недель заболевания. В дальнейшем все эти явления

стихают. Остаются лишь желтоватые выделения. Заболевание может перейти в хроническую форму.

При хронической форме больные жалуются на боли внизу живота, в области пахов и в крестце. Почти всегда появляется расстройство менструального цикла. Выделения скудны, гонококки могут в мазках не обнаруживаться. Но выздоровления женщины не наступает. Она может заразить другого человека. При хроническом уретрите и бартолините гонококки могут гнездиться в уретре, парауретральных ходах, расположенных по бокам наружного отверстия уретры, в выводных протоках бартолиновых желез. При хроническом эндоцервиците шейка матки увеличивается в размерах, становится синюшной. Вокруг наружного отверстия канала шейки матки имеется покраснение, часто на слизистой оболочке задней губы образуется эрозия. При закупорке желез образуются ретенционные кисты (ovula Nabothii, которые выступают на поверхность слизистой оболочки шейки матки в виде пузырьков различной величины. Количество выделений уменьшается. В мазках гонококки могут не обнаруживаться.

При хронической гонорее наблюдаются повторные обострения заболевания во время менструации, беременности, родов и в послеродовом периоде.

Диагноз гонорее нижнего отдела мочеполовых органов ставят на основании данных анамнеза, клинического течения и бактериоскопического исследования мазков выделений. Мазки выделений берут из уретры, парауретральных ходов, выводных протоков бартолиновых желез, из канала шейки матки и прямой кишки. При взятии мазков выделений из уретры пользуются желобоватым зондом или ложечкой Фолькмана. Если при хронической гонорее первое исследование не дает результатов, то бактериоскопический анализ надо сделать повторно после проведения «провокации». Физиологической провокацией является менструация. Поэтому анализ выделений производят за 2 дня до начала и во время менструации. Пищевая провокация заключается в приеме острой соленой пищи (селедка, пиво, вино и др.). Химическая провокация состоит в том, что все очаги предполагаемого поражения (уретра, парауретральные ходы, шейка матки, прямая кишка) смазывают раствором Люголя, 1—2%

раствором азотнокислого серебра, 5—10% раствором протаргола или колларгола. Биологическая про-  
вокация заключается во внутрикожном или внутри-  
мышечном введении 300—350 млн. микробных тел гоно-  
кокковой вакцины. Иногда гоновакцину (по 30—50 млн.  
микробных тел) вводят в подслизистую уретры и шейки  
матки. Реакция при внутрикожном введении гоновакци-  
ны учитывается через 18 часов.

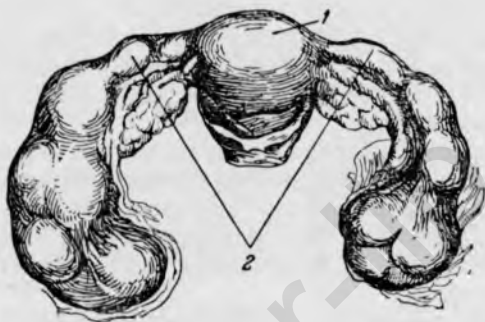


Рис. 107. Двусторонний сактосальпинкс.  
1 — матка; 2 — придатки.

При восходящей гонорее процесс распространяется за пределы внутреннего отверстия канала шейки матки. В случаях попадания гонококков в полость матки может развиваться гонорейный эндометрит. Если поражается слизистая оболочка труб матки, то может возникнуть гонорейный сальпингит. При закупорке маточного и брюшного отверстий маточных труб в ее просвете может скапливаться экссудат (сактосальпинкс) или гной (пиосальпинкс). Гной может прорываться в прямую кишку или в мочевой пузырь и образовывать свищи (рис. 107).

В случаях попадания гонококков в брюшную полость может возникнуть воспаление брюшины — гонококковый перитонит. Хроническая форма восходящей гонорее способствует образованию спаек и смещению половых органов. Такие больные жалуются на постоянные боли внизу живота и в области поясницы, на выделение белей, нарушение менструаций и бесплодие.

Лечение гонореи проводят с учетом стадий воспалительного процесса по назначению врача.

**Сифилис.** Заражение сифилисом чаще всего происходит половым путем. В этих случаях на наружных половых органах (во влагалище или около наружного зева шейки матки) появляется сифилитическая язва — твердый шанкр. Твердый шанкр может располагаться в области ладьевидной ямки. Язва имеет округлую форму с ровными краями, яркокрасного цвета, с глубоким дном, покрытым сероватым гнойным налетом. Вокруг язвы ткани становятся плотными. Надавливание на язву боли не вызывает. При обнаружении сифилиса больную направляют в венерологический диспансер для специфического лечения.

**Туберкулез.** Туберкулез внутренних половых органов женщины чаще всего является вторичным заболеванием. Оно возникает в результате переноса токком крови туберкулезных палочек из первичного очага, чаще всего из легких. Очень редко встречается первичный туберкулез матки и труб.

Больные жалуются на изменения менструального цикла в сторону уменьшения их вплоть до аменореи, первичное бесплодие.

Диагноз очень труден. Необходимо тщательно выяснить анамнез. Бывают положительными реакции Пирке и Манту.

Иногда удается обнаружить туберкулезные палочки при микроскопическом исследовании выделений из матки, полученных специальным способом.

В настоящее время при применении новых препаратов — фтивазид, стрептомицин, ПАСК — лечение таких больных стало более успешным.

Местно применяют облучение нижней части живота кварцевой лампой.

Профилактика воспалительных заболеваний женских половых органов заключается главным образом в соблюдении правил личной гигиены. Наиболее благоприятными периодами для возникновения воспалительных заболеваний являются менструации, выкидыши (аборты), роды. Правила гигиены в эти периоды указаны в соответствующих разделах учебника. Кроме соблюдения их, необходимо избегать случайных половых связей.

## ОПУХОЛИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ИХ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ

У женщин всех без исключения возрастов в различных отделах половых органов могут возникать опухоли. По особенностям патогенеза, гистологическому строению и клиническому течению различают: 1) доброкачественные опухоли и 2) злокачественные опухоли. Доброкачественные опухоли развиваются медленно, не переносятся в другие органы (не метастазируют), не приводят к быстрому истощению организма. Злокачественные опухоли быстро растут и прорастают соседние органы и ткани (метастазируют), ведут к быстрому истощению больных и быстро приводят к гибели.

### Доброкачественные опухоли

К доброкачественным опухолям относятся ретенционные кисты, полипы шейки и тела матки, фибромиомы матки, кистомы яичника.

**Киста бартолиновой железы** — опухоль, не превышающая размеры куриного яйца, мягкая, безболезненная, с жидким светлым содержимым. Возникает в результате задержки секрета бартолиновой железы при закупорке или зарастании выводного протока вследствие воспалительного процесса. При увеличении кисты женщина ощущает боли при ходьбе. Лечение оперативное.

**Кисты желез слизистой оболочки шейки матки** — наботиевы пузырьки, образуются вокруг наружного зева шейки матки в виде возвышений различной величины, заполненные прозрачной жидкостью. Они способствуют образованию эрозии шейки матки. Лечение производится прокалами пузырьков.

**Полип шейки матки** образуется из разросшейся слизистой оболочки канала шейки матки при ее воспалении. Он может достигать величины горошины или небольшой вишни. Обычно обнаруживается при осмотрах шейки матки в наружном зеве. Лечение сводится к хирургическому удалению (иссечению) полипа с последующим гистологическим исследованием его тканей.

**Кисты яичника.** Фолликулярная киста — опухоль яичника, достигающая обычно небольших размеров (куриного яйца). Она образуется из граафоваго фолли-

кула в том случае, когда в результате воспаления белочная оболочка яичника утолщается. Вследствие этого созревший фолликул не может лопнуть и овуляция не происходит. Количество фолликулярной жидкости в нем постепенно увеличивается, яйцеклетка погибает, стенки растягиваются, становятся тонкими. Лечение только оперативное.

Киста желтого тела яичника имеет округлую форму, тонкие стенки, наполнена темно-бурой жидкостью, поэтому ее еще называют шоколадной кистой. Иногда она может достигнуть величины кулака. Может вызывать нарушение менструального цикла в сторону увеличения кровопотерь и дней.

**Опухоли яичника — кистомы.** В отличие от ретенционных кист, образующихся от задержки секрета, кистомы яичника образуются в результате разрастания эпителиальных клеток. Эти опухоли чаще всего имеют более длинную ножку, состоящую из яичниковых связок, в которых проходят кровеносные сосуды, питающие эту опухоль.

Эти опухоли имеют округлую форму и тонкие гладкие стенки. Нередко они имеют одну или несколько соединяющихся между собой полостей (камер), наполненных жидкостью.

Псевдомуцинозная киста содержит несколько полостей с желеобразной студенистой массой. По своей величине кистомы могут достигать размеров головы взрослого человека, а иногда и больше. В последнем случае киста может заполнять большую часть брюшной полости. Обычно кисты растут медленно, не сопровождаются асцитом. Но иногда такие кисты могут давать быстрый рост.

Серозная (папиллярная) киста имеет на внутренней поверхности сосочковые разрастания клеток эпителия. Полость кистомы заполнена прозрачной желтоватой жидкостью. Чаще всего она развивается в двух яичниках, имеет небольшие размеры. Серозные кистомы иногда перерождаются в рак.

Дермоидные кистомы содержат густое, похожее на сало, содержимое (отделяемое сальных желез). В полости этих кист часто обнаруживают волосы, зубы, кости. Они медленно растут, имеют небольшие размеры и не дают метастазов. Дермоидные кисты также могут не

вызывать каких-либо расстройств, не влиять на менструальный цикл и не причинять болей.

Наиболее опасным и тяжелым для женщины является осложнение в виде перекручивания ножки кисты. Это чаще бывает в случаях, когда киста имеет длинную ножку. Перекручивание ножки кисты нарушает кровообра-



Рис. 108. Перекручивание ножки кисты.

щение и питание опухоли, что приводит к быстрому омертвлению тканей ножки, кровоизлиянию, воспалению брюшины.

Перекручивание ножки кисты (рис. 108) дает клиническую картину острого живота: вздутие и резкую болезненность живота, рвоту, ухудшение общего состояния, шок. При перекручивании кисты необходима немедленная операция.

Папиллярные кисты имеют склонность злокачественно перерождаться (рак яичника). Начало такого перерождения обнаружить невозможно. Поэтому существует правило — все удаленные опухоли подвергать гистологическому исследованию. Лечение кист яичника оперативное.

Опухоли матки. Миомы или фибромиомы матки — доброкачественные мышечно-соединительноткан-

ные опухоли. Миома развивается из мышечной ткани, фиброма из соединительной ткани. Чаще всего встречаются смешанные опухоли — фибромиомы. Они растут большей частью в виде узлов. В зависимости от места расположения фиброматозных узлов в матке различают подсерозные, межмышечные, подслизистые фибромиомы.

Субсерозная фибромиома растет отдельными узлами по направлению брюшной полости, поэтому поверхность матки становится бугристой. При большой величине она вызывает боли и нарушения функции соседних органов. Межмышечная фибромиома дает равномерное выпячивание всей поверхности матки, поэтому имеет круглую форму. Она может изменять менструации в сторону увеличения выделения крови (гиперполименорея).

При субмукозной фибромиоме узлы ее растут в сторону полости матки. Фиброматозный узел может быть связан со стенкой матки ножкой. Такой узел вызывает сокращение матки, ножка удлиняется и опухоль рождается из матки, держась на ножке (рождающаяся фибромиома). Субмукозные фибромиомы дают обильные маточные кровотечения во время и вне менструаций. Большие фибромиомы могут давить на соседние органы, вызывая расстройство их функции и боли. Чаще всего наблюдаются множественные фиброматозные узлы, которые могут располагаться у дна, в теле и в шейке матки. Фибромиомы развиваются у женщин среднего возраста (35—40 лет). Они чаще встречаются у нерожавших и небеременевших женщин.

Лечение. У женщин детородного возраста предпочтительным является консервативное лечение. У женщин 40 лет и старше прибегают к хирургическому лечению.

### **Злокачественные опухоли женских половых органов (рак)**

Рак женских половых органов занимает второе место среди всех видов злокачественных заболеваний. Различают рак шейки матки и рак тела матки. Рак шейки матки встречается в 7—8 раз чаще, чем рак тела матки.

Рак шейки матки чаще наблюдается у женщин в возрасте от 35 до 50 лет, а рак тела матки после 50 лет. Однако нередко рак женских половых органов может обнаруживаться и в более молодом возрасте.



Причины возникновения рака до настоящего времени неизвестны. Однако установлено, что развитию раковой опухоли половых органов предшествуют предраковые заболевания.

К предраковым заболеваниям женских половых органов относятся: крауроз и лейкоплакии вульвы, острые кондиломы, эрозии (простые, сосочковые, фолликулярные), слизистые, полипы, лейкоплакии шейки матки, хронические цервициты, разрывы шейки матки с выворотом слизистой оболочки цервикального канала (эктропион).

**Рак шейки матки.** Различают две формы рака шейки матки — эндофитную и экзофитную.

При эндофитной форме раковая опухоль шейки матки разрастается в сторону канала шейки матки по направлению к телу матки.

Шейка матки гипертрофируется, становится твердой, имеет бочкообразную форму. На месте раковой опухоли в канале шейки матки образуется язва кратерообразной формы, с неровной поверхностью и неровными краями. Слизистая оболочка влагалищной части шейки матки может быть чистой, покрытой нормальным эпителием. Но при надавливании на шейку матки из цервикального канала выделяется кровь.

При экзофитной форме раковая опухоль растет наружу, в сторону влагалища (рис. 109). На передней или задней губе шейки матки появляются сосочковые разрастания, которые приобретают вид цветной капусты.

При изъязвлении раковая опухоль покрывается серым налетом и имеет углубление в центре в виде язвы. В этих случаях приходится ее отличать от сифилитических и туберкулезных язв шейки матки.

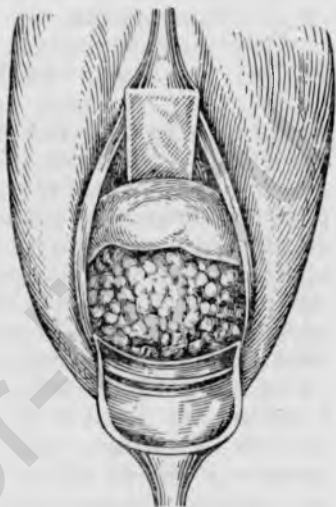


Рис. 109. Экзофитная форма рака шейки матки.

При несвоевременном лечении раковая опухоль из шейки матки может распространяться на соседние органы: околоматочную клетчатку, прямую кишку, мочевой пузырь с образованием пузырно-влагалищных свищей. В запущенных случаях рака шейки матки образуются метастазы в подчревные, подвздошные, поясничные и аортальные лимфатические узлы, а также в печень, легкие и другие органы.

По международной классификации, принятой в 1937 г., различают четыре стадии рака шейки матки. I стадия — раковый процесс поражает лишь шейку матки. II стадия имеет три варианта: а) влагалищный — поражение шейки матки раковой опухолью доходит до нижней трети влагалища; б) маточный — раковое поражение шейки матки переходит на тело матки; в) параметральный — раковый процесс поражает параметрий с одной или обеих сторон, но не доходит до стенок таза. III стадия также имеет три варианта: а) влагалищный — когда рак шейки матки переходит на нижнюю треть влагалища; б) параметральный — рак шейки матки поражает параметрий с одной или обеих сторон до стенок малого таза. IV стадия имеет такие три варианта: а) пузырный, когда рак шейки матки переходит на мочевой пузырь, что подтверждается цистоскопией или наличием свища; б) ректальный, если рак шейки матки переходит на прямую кишку; в) метастатический, когда рак шейки матки переходит за пределы малого таза и дает метастазы в другие органы.

Диагностика рака шейки матки. В ранних стадиях симптоматология рака шейки матки скудная. Наиболее ранними симптомами являются бели и контактные кровотечения. Однако эти симптомы появляются уже в стадиях, когда начинается распад раковой опухоли.

Бели в начале заболевания бывают водянистыми, жидкими, не очень обильными. В дальнейшем к ним присоединяется примесь крови, вследствие чего выделения становятся сукровичными, цвета мясных помоев, с резким неприятным запахом. Такой характер выделений свидетельствует о начавшемся распаде раковой опухоли.

Кровотечения из матки также можно отнести к ранним симптомам рака. Надо помнить, что если через

1—1½ года после прекращения менструации у пожилой женщины из матки появились крови, то у нее может быть рак половых органов. Такой женщине следует произвести все необходимые исследования и решить вопрос об отсутствии или наличии рака половых органов. Весьма подозрительны в отношении рака шейки матки контактные кровотечения (после половых сношений и влагалищных манипуляций) и беспорядочные маточные кровотечения между менструациями у молодой женщины. Они являются основанием для дальнейшего обследования половых органов женщины.

Боль является поздним симптомом рака половых органов, так как она появляется тогда, когда опухоль распространилась за пределы шейки и тела матки.

Вследствие скудости ранних симптомов рака шейки матки большое значение имеют периодические осмотры женщин (онкологические профессиональные осмотры). При малейшем подозрении на рак шейки матки необходимо тщательно собрать анамнез, обратив внимание на наличие указанных выше симптомов. Затем надо произвести влагалищное исследование. При наличии твердой гипертрофированной бугристой шейки матки можно заподозрить наличие рака шейки матки. В этом случае следует произвести прямокишечное (ректальное) исследование, которое позволяет обнаружить уплотнение парапетральной клетчатки. Ректальным исследованием удается уточнить стадию рака шейки матки. Особенно ценные данные дает осмотр шейки матки зеркалами. Для осмотра лучше использовать ложкообразные зеркала и подъемники. Зеркала следует вводить осторожно, чтобы не травмировать хрупкую поверхность раковой опухоли. При обнаружении на шейке матки малейших изменений (эрозий, язвочек, лейкоплакий, папиллярных разрастаний, возвышающихся над поверхностью здоровой ткани и др.) следует произвести диагностические пробы. Проба с зондом состоит в том, что при надавливании зонд легко погружается (проваливается) в рыхлую раковую опухоль. Таким же диагностическим методом является проба со смазыванием шейки матки люголевским раствором. При наличии рака здоровый эпителий на слизистой оболочке шейки матки окрашивается в бурый цвет, а раковая опухоль остается неокрашенной, так как раковые клетки мало содержат глико-

гена и не воспринимают окраски йодом. Одним из вспомогательных методов ранней диагностики рака шейки матки является цитодиагностика мазков. Для мазка пипеткой собирают выделения из шейки матки или заднего свода влагалища. В отдельных случаях берут соскоб из язвенной поверхности. Каплю содержимого наносят на предметное стекло и делают мазок. Если в мазке обнаруживаются раковые или подозрительные на рак



Рис. 110. Рак тела матки.

клетки, то производят биопсию пораженного участка шейки матки с последующим гистологическим исследованием. Биопсию производят также и в тех случаях, когда обнаруженная эрозия шейки матки не поддается лечению на протяжении 3 недель. Из подозрительного на раковое перерождение участка вырезают кусочек ткани (биопсия) так, чтобы захватить не только пораженную, но и здоровую ткань. Этот кусочек ткани подвергается гистологическому исследованию.

**Лечение.** Выбор метода лечения больных раком шейки матки зависит от степени разрастания раковой опухоли и общего состояния больной. Основным методом лечения является полное удаление тела и шейки матки вместе с яичниками и клетчаткой с последующей рентгенотерапией.

**Рак тела матки** встречается реже и распространяется значительно медленнее. На протяжении длительного времени процесс ограничивается маткой и за ее пределы не выходит. Раку тела матки часто предшествуют железистая гипертрофия и аденоматоз (рис. 110).

Характерными симптомами для рака тела матки являются бели и кровотечения. Бели вначале бывают обильными, водянистыми с примесью слизи. В дальнейшем при распаде опухоли они становятся сукровичными,

напоминают мясные помои. Нередко в белях обнаруживаются крошковатые включения — частички отторгнувшейся раковой опухоли.

Кровотечения носят характер кровянистых мажущихся выделений. Обильные кровотечения наблюдаются редко. Появление сукровичных выделений и кровотечения у пожилых женщин после длительной менопаузы всегда должно вызвать подозрение на наличие рака тела матки. В запущенных случаях рака тела матки появляются постоянные грызущие или «ноющие» боли в крестцово-поясничной области и реже внизу живота. В начальной стадии заболевания матка не увеличена. Увеличение тела матки происходит значительно позже, с разрастанием опухоли.

Окончательный диагноз рака тела матки ставится на основании гистологического исследования соскоба слизистой оболочки матки.

Лечение рака тела матки в I и II стадии хирургическое с последующей рентгенотерапией. При III стадии применяется лучевая терапия и в IV стадии — симптоматическое лечение.

**Рак вульвы и влагалища** бывает первичным, но чаще как метастаз рака тела и шейки матки. В области вульвы или во влагалище образуются язвы с приподнятыми краями и плотным дном грязно-серого цвета. Раку вульвы нередко предшествует крауроз. Окончательный диагноз ставится на основании данных гистологического исследования кусочка ткани, взятого путем биопсии.

Лечение рака вульвы и влагалища в начальных стадиях хирургическое (полностью удаляют вульву, клитор, паховые железы), в запущенных случаях применяется радий—рентгенотерапия.

**Рак яичников** встречается реже, чем рак матки. Он может встречаться у женщин любого возраста. Распознавание его в начальных стадиях болезни представляет большие трудности вследствие слабой выраженности признаков заболевания.

Рак яичников рано дает прорастание в соседние органы, вовлекает в процесс сальник, петли кишечника и рано дает метастазы в отдаленные органы. При раке яичника рано появляется асцит.

Лечение в ранних стадиях хирургическое. В запущенных случаях применяют радий—рентгенотерапию.

Профилактика рака женских половых органов заключается в систематическом проведении следующих мероприятий. 1. Проведение санитарно-просветительной работы среди населения, направленной на разъяснение сущности ракового заболевания. Ознакомление всего женского населения с ранними признаками рака и необходимостью обращения к врачу при появлении первых признаков заболевания. 2. Систематическое проведение профилактических осмотров женщин с целью выявления предраковых заболеваний и ранних форм рака женских половых органов. 3. Радикальное лечение предраковых состояний женских половых органов. Каждую женщину с эрозией шейки матки, разрывом шейки, опухолью матки и придатков медицинская сестра должна направить на осмотр к районному врачу акушеру-гинекологу. 4. Правильное лечение больных раком женской половой сферы. 5. Диспансеризация всех больных, которые лечились по поводу рака женской половой сферы.

### ТРАВМЫ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

**Ушибы наружных половых органов** возникают у женщин при падении на острые предметы и при ударе. Обычно ушиб сопровождается кровоизлиянием в ткани в результате разрыва подкожных кровеносных сосудов. Это приводит к образованию кровяной опухоли (гематомы), которая может быстро увеличиваться и приобретать сине-багровый цвет.

Лечение заключается в создании покоя, накладывании давящей повязки на место ушиба и прикладывании пузыря со льдом поверх повязки.

**Травмы клитора** являются следствием ранения его тканей острыми или тупыми предметами. При травмах клитора может возникнуть обильное кровотечение.

Лечение. Медицинская сестра должна остановить кровотечение до прибытия врача путем прижатия клитора к симфизу стерильными марлевыми салфетками.

**Разрывы промежности** чаще всего возникают при падении женщины на острые предметы и во время родов.

Лечение заключается в накладывании швов на рану.

**Разрывы влагалища** могут возникнуть у пожилых женщин при половых сношениях, падении на острые

предметы и при ударах рогами животных. При глубоких разрывах влагалища нередко возникают разрывы шейки матки и органов малого таза (прямой кишки и мочевого пузыря). Обильных кровотечений при неглубоких разрывах не бывает, поэтому они нередко проходят незамеченными. При заживлении таких разрывов возникают обезображивающие рубцовые деформации шейки матки, вывороты слизистой оболочки и ее канала (эктропионы),

**Лечение хирургическое.**

**Повреждения матки** могут возникнуть при сильном ударе в живот, неправильной технике расширения канала шейки матки и выскабливании полости матки во время аборта, а также во время родов. Обычно разрывы матки сопровождаются обильным внутренним и наружным кровотечением. В этом случае они легко диагностируются.

Во всех случаях разрывов матки применяется хирургическое лечение. Для оказания помощи медицинская сестра должна срочно вызвать врача. Транспортировать такую больную нельзя.

**Свищи.** Различают свищи мочевого пузыря (пузырно-влагалищные) и прямой кишки (прямокишечно-влагалищные). Наиболее частой причиной образования свищей у женщин в молодом возрасте является неправильное ведение родов или отсутствие своевременной акушерской помощи. Долгое стояние вколоченной головки во входе в таз при затяжных родах приводит к обескровливанию и омертвлению тканей вследствие сдавления сосудов.

Появление в моче крови надо рассматривать как признак начинающегося повреждения мочевого пузыря. Для установления наличия пузырно-влагалищного свища мочевой пузырь заполняют стерильным раствором метиленовой синьки. Если имеется свищ, то из влагалища будет вытекать синька. Окончательный диагноз устанавливается цистоскопией.

Для предупреждения образования свищей необходим полный охват женщин стационарной акушерской помощью в городе и на селе, правильное ведение родов.

## Глава XVI

### РАЗЛИЧНЫЕ ФОРМЫ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

#### РАБОЧЕЕ МЕСТО МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УЧРЕЖДЕНИЯХ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ

В системе советского здравоохранения акушерско-гинекологическая помощь занимает большое и ответственное место. Она осуществляется сетью родильных домов, акушерско-гинекологических отделений больниц, женских консультаций, колхозных родильных домов, фельдшерско-акушерских пунктов.

До 1949 г. родильные дома, гинекологические отделения и женские консультации были самостоятельными лечебными учреждениями. В родильных домах и гинекологических отделениях оказывалась стационарная помощь беременным, роженицам, родильницам и гинекологическим больным. В женских консультациях проводилось наблюдение за беременными женщинами и амбулаторное лечение гинекологических больных. Такая разобщенность в деятельности консультации и отделений стационара не только снижала квалификацию врачей и среднего медицинского персонала, но и отрицательно сказывалась на качестве медицинского обслуживания женщин.

В 1949 г. приказом министра здравоохранения СССР (№ 870) женские консультации, родильные дома и гинекологические отделения были объединены в одно объединенное акушерско-гинекологическое учреждение. В городах и крупных районных центрах основным типом объединенного акушерско-гинекологического учреждения является родильный дом



и акушерско-гинекологическое отделение больницы. В их состав входит также женская консультация. В сельских местностях в состав объединения входит родильный дом, акушерско-гинекологическое отделение районной больницы, акушерское отделение участковой больницы, колхозный родильный дом, фельдшерско-акушерский пункт. В состав районных больниц или родильных домов в сельских местностях входят также женские консультации.

Объединенное акушерско-гинекологическое учреждение имеет общий бюджет и штат медицинских работников. В городах работой объединения руководит главный врач родильного дома, в районах — врач акушер-гинеколог районной больницы.

Работа врачей и среднего медицинского персонала организуется по системе чередования. Врач и средний медицинский персонал в течение определенного времени (не менее 5—6 месяцев) работает только в женской консультации и одновременно обслуживает 1—2 территориальных участка. Другой врач и штат средних медицинских работников в это время работают только в стационаре. Затем врачи и средний медицинский персонал меняются — работавшие в стационаре переходят в женскую консультацию, а штат женской консультации переходит в стационар.

### Женская консультация

В царской России женских консультаций не было. В СССР первая женская консультация была организована в 1925 г. в Москве при Институте охраны материнства и младенчества. В настоящее время женская консультация является одним из основных учреждений, на которое возложена вся лечебно-профилактическая помощь женщинам во все периоды их жизни. В частности, женская консультация выполняет следующие задачи: 1) оказывает профилактическую и лечебную помощь женщинам во время беременности и в послеродовом периоде; 2) проводит психопрофилактическую подготовку беременных к родам; 3) проводит профилактику и оказывает лечебную помощь при гинекологических заболеваниях; 4) организует и проводит санитарно-просветительную работу в консультации, среди женщин участка; 5) про-

водит изучение условий труда женщин, работающих на промышленных предприятиях с целью охраны здоровья и труда беременных и профилактики гинекологических заболеваний; 6) проводит профилактические осмотры женщин; 7) ведет борьбу с абортами; 8) осуществляет диспансерное наблюдение за длительно и часто болеющими женщинами, за больными с опухолями, а также за беременными с осложнениями; 9) оказывает женщинам социально-правовую помощь с целью защиты их прав.

В соответствии с поставленными задачами женская консультация имеет в своем составе следующие помещения: гардероб, регистратуру, комнату или зал ожидания, 2—3 кабинета для приема беременных и родильниц, кабинет для приема гинекологических больных, манипуляционную для проведения медицинской сестрой амбулаторных лечебных процедур, кабинеты зубного врача, терапевта и венеролога, социально-правовой кабинет, лабораторию, рентгенологический и физиотерапевтический кабинеты. При женской консультации также выделяется помещение для проведения психопрофилактической подготовки беременных к родам.

Территория обслуживаемого района разделена на участки с приблизительно одинаковым количеством (от 8000 до 9000) женского населения. К каждому участку прикреплен врач акушер-гинеколог и акушерка или медицинская сестра.

### **Работа на участке**

Работники консультации должны обслуживать не только тех женщин, которые сами обратились к ним, но и обязаны сами выявить женщин с различной патологией путем посещения их на дому и на производстве. С этой целью врач, акушерка или медицинская сестра должны хорошо изучить всех женщин своего участка, начиная с 19-летнего и до старшего возраста. Они обязаны составить списки женщин своего участка, выяснить состояние их здоровья, ознакомиться с местом и условиями работы.

С этой целью на участке должен быть организован актив женщин, помогающий персоналу во всех видах работы. При домоуправлениях города должно быть вы-

делено помещение для проведения с женщинами участка санитарно-просветительной работы: лекций, бесед, демонстраций кинофильмов и т. д.

План работы врача, медицинской сестры и акушерки должен предусматривать раннее выявление беременности, патронажные посещения беременных и родильниц, а в сельской местности и проверку состояния родившихся детей до 1 года, учет всех болеющих акушерско-гинекологическими заболеваниями, проведение профилактических онкологических осмотров, санитарно-просветительной работы, популяризацию и подбор противозачаточных средств.

### Патронажная работа

Патронажным наблюдением должны быть охвачены все беременные, родильницы и некоторые группы гинекологических больных данного участка. Целью патронажа беременных является ознакомление с бытом беременной и родильницы, обучение ее правилам личной гигиены, режима и гигиены питания, жилища, своевременной явке к врачу для осмотров, проведения необходимых исследований и анализов. Патронажная сестра должна следить за своевременным поступлением в стационар женщин, направленных врачом.

Производя повторные посещения, медицинская сестра должна проверять выполнение женщиной данных ей указаний и советов. Желательно производить посещения беременных не реже 1 раза в месяц, 5—6 раз на протяжении всей беременности. Посещая женщину на 9-м месяце беременности, медицинская сестра должна посоветовать ей провести кварцевание перед родами, своевременно подготовить домашнюю обстановку к приему новорожденного.

Патронаж родильниц должен начинаться не позже как через день после выписки ее из стационара, когда женщина больше всего может нуждаться в советах и помощи медицинской сестры по уходу за собой и ребенком. При посещении родильницы надо проверять правильность подготовки молочных желез и условий кормления ребенка. Патронажные посещения женщин с проявлениями различной патологии беременности или послеродового периода, а также больных проводятся по указаниям врача.

После посещения медицинская сестра записывает в патронажный лист все те данные, о которых следует знать врачу-акушеру.

### Наблюдение за беременными

Для своевременного выявления патологии беременности и правильной выдачи декретного отпуска каждая женщина должна находиться под наблюдением женской консультации с самых ранних сроков беременности.

В консультации беременная подвергается всестороннему обследованию врачами: акушером-гинекологом, терапевтом и стоматологом. Обязательно производится рентгеновское просвечивание грудной клетки, измеряется артериальное давление, берется кровь из вены на реакцию Вассермана, производится общий анализ крови и мочи. Все полученные данные обследования заносят в индивидуальную карту беременной.

Женщины с осложнениями в течение беременности должны находиться на особом учете и на них, кроме индивидуальной карты беременной, необходимо завести еще особую карточку, помещаемую в отдельную картотеку. Это помогает организовать своевременное наблюдение за беременной, вызывать в случае неявки в назначенный срок. Для своевременного выявления токсикозов второй половины беременности при каждом посещении беременную надо взвешивать, измерять артериальное давление, делать анализ мочи на наличие белка. Всех беременных в последние 2 месяца должен осмотреть врач-окулист. При обнаружении большой прибавки в весе, наличии отеков, повышенного артериального давления и белка в моче и тем более изменений со стороны глазного дна беременную надо направить на стационарное лечение в палату патологии беременности.

Работницам и служащим в 32 недели беременности консультация выдает дородовой отпуск. Перед родами обменная карта со всеми данными обследования и течения беременности данной женщины передается в стационар для выработки правильной тактики ведения родов в каждом конкретном случае. На следующей листке карты стационар отмечает дату, все особенности течения родов и послеродового периода, вес и пол ребенка. После выписки родильницы из стационара обмен-

ная карта возвращается в консультацию, а 3-й лист со всеми сведениями о новорожденном пересылается в детскую консультацию.

На последнем месяце беременности консультация проводит с каждой беременной профилактическую подготовку к обезболиванию родов.

### **Обслуживание гинекологических больных**

Женщины, обращающиеся в женскую консультацию по поводу гинекологических заболеваний, должны быть осмотрены врачом. Врач обязан тщательно собрать анамнез, произвести общее и гинекологическое обследование с обязательным осмотром влагалища, шейки матки с помощью влагалищных зеркал (Куско или Симса). При установлении характера заболевания ей может быть назначено амбулаторное или стационарное лечение. При воспалении половых органов производятся исследования мазков на гонококк и трихомонады. Женщин с опухолями, эрозиями, хроническими воспалительными процессами половых органов берут на особый учет и за ними ведется наблюдение во время лечения и после него. Женская консультация дает заключение о необходимости перевода женщины на другую работу по состоянию здоровья и о направлении на санаторно-курортное лечение.

**Профилактические осмотры** женского населения участков проводятся не реже одного раза в год. Осмотру подлежат все женщины от 30 лет и старше. Обязательному осмотру подвергаются работницы и служащие предприятий и учреждений участка, домашние хозяйки, женщины, посещающие общие поликлиники и женскую консультацию. Плановые осмотры работниц и служащих производятся в согласованные с врачами здравпунктов дни, при их отсутствии — с администрацией и общественными организациями. Осмотры ведутся в здравпункте. В общих поликлиниках организованы кабинеты для осмотра всех женщин, обращающихся к любому врачу поликлиники. Только после того как женщина пройдет профилактический осмотр в гинекологическом кабинете, ее назначают к тому или иному врачу. В проведении осмотров домашних хозяек большую помощь может оказать женский актив участка. Осмотр нерабо-

тающих женщин проводится в установленные расписанием дни и часы в женской консультации или в отвечающем необходимым требованиям помещении на участке.

Данные осмотров заносят в специальный журнал, где отмечают все дальнейшие изменения и результаты лечения. Женщины с обнаруженными раковыми и предраковыми заболеваниями подлежат немедленному лечению хирургическим путем или лучевой терапией. Женщины, страдающие эрозией шейки матки, должны на протяжении 3 недель лечиться консервативно. При отсутствии эффекта лечения производят биопсию и при благополучном гистологическом анализе производят электрокоагуляцию эрозии в консультации. Женщины, страдающие полипами, доброкачественными опухолями и другой патологией, требующей операции, подлежат хирургическому оздоровлению в плановом порядке в гинекологическом отделении стационара. Больные с воспалительными заболеваниями половых органов подлежат плановому амбулаторному лечению в консультации консервативными методами лечения.

Лечебная помощь гинекологическим больным может проводиться в необходимых случаях на дому — «стационар на дому», путем вызова врача данного участка. Для выполнения различных лечебных процедур на дому направляется медицинская сестра.

**Санитарно-просветительная** работа является одним из основных элементов и неотъемлемой частью профилактической работы женской консультации. В ней активное участие принимают и медицинские сестры.

Санитарно-просветительная работа должна проводиться в стенах консультации, а также и на промышленных предприятиях, в учреждениях, клубах, общежитиях, домоуправлениях и др. Формы и методы проведения этой работы могут быть различными: групповые и индивидуальные беседы, лекции, вечера вопросов и ответов, демонстрации кинофильмов, организация тематических выставок, выступления по радио, телевидению и в печати, распространение плакатов, лозунгов, листовок, памяток, брошюр и книг. В тематику лекций и бесед включают вопросы, которые знакомят женщин с гигиеной в быту, на производстве, гигиеной и диететикой беременности и послеродового периода, правилами вскармливания и ухода за новорожденными. Женщин знакомят

с ранними признаками рака половых органов, профилактикой гинекологических заболеваний, гонореей и сифилисом, рассказывают о социально-правовой помощи матери и ребенка и об охране труда беременной. С этой целью при женских консультациях организуются так называемые школы материнства, которые работают по календарному плану.

## РАБОТА НА ПРОИЗВОДСТВЕ

На состояние здоровья женщин оказывают влияние условия труда на производстве. Поэтому женская консультация через врача и медицинскую сестру соответствующего участка должна быть тесно связана с фабриками, заводами и другими предприятиями, а также с колхозами, где работают женщины. Медицинский персонал консультации изучает условия труда женщин на предприятии, добивается осуществления необходимых оздоровительных мероприятий, проводит профилактические осмотры женщин, контролирует своевременный перевод беременных на более легкую работу и представление им положенных других льгот, проводит лекции и беседы на акушерско-гинекологические темы и т. д.

На заводах и предприятиях, где работает большое количество женщин, устраиваются комнаты для личной гигиены женщин, комнаты для кормящих матерей, детские ясли, сады и т. д. Комнаты личной гигиены располагаются недалеко от цехов. В этих комнатах оборудованы приспособления для туалета женщины (рис. 111). Комнатой личной гигиены женщины пользуются во время менструаций, после родов и при гинекологических заболеваниях. Обслуживает комнату медицинская сестра или специально обученная работница.

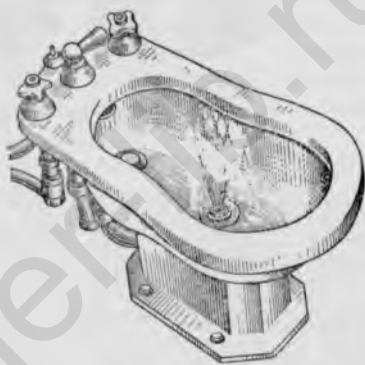


Рис. 111. Унитаз Биде с подачей теплой воды вертикальной струей.

**Борьба с абортами.** По Указу Президиума Верховного Совета СССР от 23 ноября 1955 г. женщине дано право самой решать вопрос о сохранении беременности и материнстве. Женщине разрешается прервать беременность до 12 недель в стационаре. Однако, учитывая тот вред, который приносит аборт, медицинский персонал консультации должен проводить широкую санитарно-просветительную работу среди женщин, направленную к уменьшению числа абортов. Вместе с этим консультация ведет борьбу с бесплодием, дает женщи-



Рис. 112. Колпачки «Кафка».  
а — резиновые; б — металлические.

нам советы, как можно предохранять себя от беременности, рекомендует и подбирает то или другое противозачаточное средство.

Противозачаточные средства могут применяться как мужчиной, так и женщиной. Универсальных противозачаточных средств нет. Если одно средство подходит одной супружеской паре, то оно может быть неудобным и даже вредным для другой. Поэтому для предохранения женщин от беременности должны применяться такие противозачаточные средства, которые не будут отражаться на состоянии здоровья супругов.

Противозачаточные средства делятся на механические и химические. К механическим противозачаточным средствам относятся мужской и женский презервативы, которые преграждают доступ сперматозоидов в матку. Мужской презерватив является наиболее надежным и эффективным противозачаточным средством. Он надевается на половой член не полностью — конец должен быть свободным для извержения в него семени. К женским презервативам относятся два вида шейчных колпачков: металлические (колпачок «Кафка») и резиновые («КР»). Кол-



пачки «Кафка» бывают различных размеров (рис. 112). Они надеваются на шейку матки и плотно присасываются к ней. Подбирать и надевать колпачок нужного размера в первое время должен только врач после тщательного обследования внутренних половых органов. В дальнейшем женщина может делать это сама. Первый раз колпачок надевают на 3—4 дня, а затем снимают и осматривают шейку матки — не появились ли раздражение, отечность и др. Если никаких изменений нет, колпачок можно оставить на 7—8 дней.

Пользование резиновым колпачком «КР» обычно не вызывает у женщин затруднений и после консультации врача они надевают и снимают колпачок сами. Перед надеванием колпачок надо прокипятить, хорошо вымыть руки, подмыться теплой водой с мылом. Надевать его удобнее в положении на корточках. Снимать резиновый колпачок надо через несколько часов после полового сношения или утром. Предварительно рекомендуется произвести спринцевание.

Химические противозачаточные средства применяются только женщинами и имеют целью лишить сперматозоиды подвижности. Химические средства применяются в виде шариков, свечей, порошков, таблеток, влагалищных спринцеваний. Химическими растворами можно смачивать тампоны, губки и вводить их во влагалище. Для спринцевания влагалища после полового сношения используется уксусная кислота (2 чайные ложки столового уксуса на 1 л кипяченой воды), молочная кислота (2 чайные ложки 2% раствора на 1 л кипяченой воды), борная кислота (1 столовая ложка порошка на 1 л кипяченой воды). При спринцевании не только вымываются сперматозоиды из влагалища, но и останавливается их подвижность. Для спринцеваний пользуются резиновым баллоном с наконечником. Наконечник вводят до заднего свода и нажимают на баллон так, чтобы создать сильную струю.

Химические противозачаточные средства в виде шариков, таблеток, паст и тампонов продаются в аптеках в готовом виде или могут быть изготовлены по рецепту врача. В настоящее время нашей промышленностью выпускаются готовые химические средства: контрацептин, грамицидиновая паста, никоцептин.

Контрацептин выпускается в виде шариков. За 8—10 минут до полового сношения шарик вводят глубоко во влагалище. Под действием температуры тела шарик расплавляется и закрывает наружный зев шейки матки, а содержащееся химическое вещество лишает подвижности сперматозоиды.

После полового сношения женщина должна проспринцеваться каким-либо из перечисленных выше дезинфицирующих растворов.

Грамицидиновая паста выпускается в тубиках или баночках. За 5—6 минут до полового сношения женщина должна ввести пасту во влагалище на тампоне с ниточкой или наконечником. После полового сношения надо дополнительно ввести во влагалище на тампоне 2—3 г пасты. Через 4—5 часов после полового сношения тампон удаляют за ниточку.

Никоцептин выпускается в таблетках. За 5—6 минут до полового сношения женщина вводит две таблетки, смоченные водой, во влагалище до сводов. Таблетки растворяются и образуют пену, которая закрывает наружный зев шейки матки и убивает сперматозоиды.

**Социально-правовая помощь женщинам.** Советскими законами беременной женщине и женщине-матери даны различные льготы и особые права, направленные на сохранение здоровья женщины и воспитание здорового ребенка. Для помощи женщинам в осуществлении этих прав в акушерско-гинекологических учреждениях работают юристы или медицинская сестра, ведающая вопросами социально-правовой помощи. Юридическая помощь оказывается по различным социально-бытовым условиям: по трудоустройству, получению пособий, жилищным делам и т. д. Особое внимание уделяется матерям-одиночкам и многодетным матерям.

### **Работа медицинской сестры в женской консультации**

Работа проходит под непосредственным руководством врача акушера-гинеколога. Медицинская сестра может работать: 1) с врачом на приеме в кабинете, 2) в манипуляционной, 3) оказывать помощь на дому, 4) осуществлять патронаж, 5) проводить психопрофи-

лактическую подготовку беременных к родам, б) проводить санитарно-просветительную работу.

Перед началом приема врача медицинская сестра должна подготовить все для успешного проведения работы. В тщательно убранном кабинете к моменту прихода врача должны быть приготовлены тазомер, акушерский и терапевтический стетоскоп (или фонендоскоп), сантиметровая лента, аппарат для измерения артериального давления.

Для гинекологического осмотра необходимо приготовить на инструментальном столике простерилизованные инструменты, влагалищные зеркала с подъемниками (Симса, Куско), длинные гинекологические пинцеты, корнцанги, малые пуговчатые и желобоватые зонды для взятия мазков выделений. Необходимо иметь также готовые стерилизованный шприц с иглами, стерильный материал в биксе — ватные шарики, марлевые тампоны, ватные палочки. Медицинская сестра должна приготовить также необходимые медикаменты: спирт, 5% раствор настойки йода, 1% спиртовой раствор бриллиантовой зелени, растворы для лечебных тампонов, а также стекла для взятия мазков.

Незадолго до прихода врача медицинская сестра должна принести из регистратуры индивидуальные карточки беременных и родильниц или амбулаторные карточки гинекологических больных, записавшихся на прием. Она обязана приготовить бланки для рецептов и бумагу для сопроводительных записок. До прихода врача медицинская сестра должна беременных взвесить, а гинекологическим больным измерить температуру и полученные данные записать в карту беременных или историю болезни.

С начала приема медицинская сестра вызывает по очереди женщин и активно помогает врачу в приеме; подает инструменты, помогает в осмотре шейки матки зеркалами, выполняет лечебные процедуры и т. д. После окончания приема медицинская сестра приводит кабинет в порядок, чистит, моет и протирает все инструменты, складывая их в стерилизатор, готовит в биксе материал (шарики, тампоны) для очередной стерилизации. Она проверяет наличный запас медикаментов и пополняет выпиской недостающие, направляет в лабораторию взятые для анализов материалы и возвращает в регистра-

туру медицинские документы с подклеенными анализами и вкладышами. Она обязана также проверить качество уборки кабинета санитаркой.

Окончив свою работу в кабинете, медицинская сестра отправляется на вызовы больных на дом для выполнения лечебных процедур и для патронажа. При этом она обязана взять с собой чистый халат, сумку с необходимыми инструментами, медикаментами и перевязочным материалом. Прийдя к больной, медицинская сестра обязана снять верхнюю одежду, надеть халат и помыть руки. После этого она должна осведомиться о самочувствии больной, обратить внимание на ее общее состояние, измерить температуру и сосчитать пульс. Затем она должна выполнить процедуры, назначенные больной врачом.

Проведенные посещения и отмеченные данные при них медицинская сестра записывает в медицинских документах и сообщает участковому врачу.

Работая в манипуляционной, медицинская сестра до начала работы обязана приготовить необходимые ей стерильные инструменты (зеркала, пинцеты, зонды, корнцанги и т. д.), а также необходимое количество стерильных шприцев с иглами, проверить наличие стерильного материала (ватных шариков, тампонов, марлевых тупферов) и стерильных подстилок, наличие необходимых медикаментов с четким, ясным обозначением названий их, наличие кружки и стеклянных накопечников для спринцеваний.

Приступая к работе, медицинская сестра должна надеть чистый халат с закатанными до локтей рукавами, косынку или шапочку, вымыть руки и надеть стерильные перчатки, тщательно помыть их и обработать дезинфицирующим раствором перед и после каждой манипуляции. Отпущенные процедуры медицинская сестра отмечает на специальном вкладыше, вклеенном в историю болезни. По окончании работы приводит все в порядок как и при работе в кабинете по приему.

Сестра-инструктор по психопрофилактической подготовке беременных к родам должна быть аккуратной, подтянутой, проявлять большую чуткость, внимание, любовный подход к делу и к каждой женщине. Она должна составить список всех беременных на IX и X месяце, подлежащих психопрофилактической подготовке,

вывесить расписание занятий и проводить их по установленной программе.

Распорядок работы должен быть такой: с началом рабочего дня сестра-инструктор посещает родильный стационар и опрашивает родильниц, родивших за истекшие сутки, и рожениц, находящихся в предродовой палате. Она должна осведомиться об их ощущении в родах, наличии и силе болей или их отсутствии. После этого переходит к работе в кабинете.

Медицинская сестра принимает активное участие в санитарно-просветительной работе консультации путем проведения бесед с беременными, родильницами и больными на дому и в консультации.

### **Акушерско-гинекологический стационар**

Стационар состоит из двух отделений: акушерского и гинекологического. В акушерском отделении женщинам оказывается высококвалифицированная помощь во время беременности и родов.

**Структура акушерского отделения.** Акушерское отделение включает: 1) санпропускник, состоящий из фильтра, смотровой, душевой и туалета; 2) родильный блок, состоящий из предродовой палаты, родильного зала, малой и большой операционной; 3) физиологическое послеродовое отделение, в палатах которого размещены родильницы; 4) отделение новорожденных; 5) наблюдательное послеродовое отделение; 6) изолятор; 7) отделение патологии беременности; 8) комната для выписки; 9) моечная для клеенок с оборудованной сушилкой; 10) моечная для суден со сливом; 11) раздаточная пищи; 12) бельевые; 13) уборные.

После осмотра и проведения санитарной обработки здоровых рожениц направляют в предродовую палату нормального (физиологического) отделения, где они находятся до отхождения околоплодных вод и начала потужной деятельности. После отхождения вод и появления потуг их переводят в родильный зал. Через 2 часа после рождения ребенка мать переводят в послеродовую палату, а новорожденного — в детское отделение.

Малая операционная предназначена для небольших хирургических вмешательств в родах: зашивание разрывов промежности, ручная помощь при ягодичном

предложении, акушерские щипцы, ручное удаление последа, плодоразрушающие операции. Здесь должны находиться наготове наборы акушерских инструментов для неотложных акушерских вагинальных операций. В большой операционной производятся брюшностеночные операции (кесарево сечение, удаление разорванной матки и др.).

Физиологическое послеродовое отделение представляет собой послеродовые палаты. Родильницы в них находятся до выписки в течение 8—9 суток.

Детское отделение состоит из нескольких палат: 1) для здоровых доношенных детей, 2) для детей ослабленных, травмированных и родившихся в асфиксии, 3) боксированный изолятор для заболевших детей и 4) палата для недоношенных детей.

Второе акушерское отделение (сомнительное) должно быть строго изолировано от физиологического отделения и общения между ними персонала не должно быть. Оно имеет такое же построение, как и физиологическое отделение.

В палату патологии беременности помещают заблаговременно до родов беременных с различной патологией и осложнениями. В изолятор направляют рожениц, страдающих сифилисом и инфекционными заболеваниями. Во избежание занесения инфекции в стационар посещение беременных, рожениц в отделениях не разрешается. Передачи и письма производятся в определенные часы по расписанию родильного дома 2 раза в день. В стационаре родильного дома должно быть помещение для посетителей.

Крупные родильные дома могут иметь еще вспомогательные помещения: лаборатории, физиотерапевтический и рентгенологический кабинеты, аптеку. Родильный дом имеет также хозяйственные помещения для чистой и грязной бельевой в каждом отделении и прачечную с сушилкой. Для дежурного персонала должна быть гардеробная с индивидуальными шкафчиками для каждого из них.

**Гинекологическое отделение родильного дома.** В этом отделении находятся больные с различными гинекологическими заболеваниями, нуждающиеся в хирургическом и консервативном лечении. Гинекологическое отделение должно быть изолировано от акушерского. В состав

гинекологического отделения входят: 1) отдельный сан-пропускник; 2) общая палата, где лежат больные нелихорадящие до установления диагноза; 3) общая послеоперационная палата для выздоравливающих; 4) палата для женщин с абортами; 5) палата для больных с воспалительными заболеваниями половых органов; 6) палата для больных раком. Палата для больных раком должна быть изолирована от других, так как больные очень часто являются носителями инфекций. В отделении должно быть две перевязочные и две операционные. Одна перевязочная и операционная для лихорадящих больных с различными воспалительными и гнойными заболеваниями, а другая перевязочная и операционная для «чистых» больных, без осложнений. Кроме того, должна быть малая операционная для производства абортс с двумя гинекологическими креслами — одно для женщин с искусственными абортами, другое — для больных с внебольничными абортами. В отделении должен быть физиотерапевтический и рентгенотерапевтический кабинеты для лечения больных и комната для выписки.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА СЕЛЕ**

### **Фельдшерско-акушерский пункт**

Вся сеть лечебных учреждений на селе направлена на максимальное приближение медицинской общей и специализированной помощи колхозникам. Этой же цели служит и фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий население одного или двух сельсоветов. Они открываются при колхозах, совхозах, лесоторфоразработках, новостройках и на других предприятиях с численностью населения более 200—300 человек.

На фельдшерско-акушерском пункте в основном оказывается первичная медицинская (амбулаторная) помощь. Однако если участковая и районная больницы находятся далеко, то на фельдшерско-акушерском пункте могут быть развернуты акушерские койки. Как правило, на фельдшерско-акушерском пункте работают два средних медицинских работника — фельдшер и акушерка (или медицинская сестра).

Акушерка или медицинская сестра фельдшерско-акушерского пункта должна иметь списки и знать всех женщин обслуживаемого участка. В ее обязанности входит выявление и взятие на учет беременных в ранние сроки, наблюдение и патронаж этих женщин до родов, ведение нормальных родов, патронаж родильниц и детей до 1 года, своевременное выявление и госпитализация в районную больницу женщин с патологией беременности, оказание на дому первой неотложной акушерско-гинекологической помощи, недопущение родов на дому.

Акушерка обязана 1—2 раза в год проводить профилактические осмотры женщин с целью выявления у них заболеваний половых органов (опухоли, полипы, эрозии шейки матки, маточные кровотечения и др.). По назначению врача акушерка проводит лечение некоторых гинекологических больных. Она также проводит среди женского населения своего участка санитарно-просветительную работу. Работой акушерки руководит участковый врач.

### **Колхозный родильный дом**

Колхозный родильный дом является первичной ячейкой акушерско-гинекологических учреждений. Он организуется за счет средств колхозов. В колхозном родильном доме оказывается стационарная акушерская помощь и проводится наблюдение за беременными. В колхозном родильном доме можно проводить только нормальные роды. Все женщины с патологическим течением беременности должны быть своевременно выявлены, проконсультированы с участковым врачом или районным акушером-гинекологом и заранее направлены в палату патологии беременности акушерско-гинекологического объединения.

Колхозный родильный дом чаще всего рассчитан на 2—4 койки, что обеспечивает потребность одного или нескольких колхозов с населением в 2000—3000 человек. В колхозном родильном доме должны быть следующие обязательные помещения: 1) прихожая или теплые сени; 2) приемная со всеми необходимыми для санитарной обработки приспособлениями; 3) родовая комната; 4) послеродовая, в которой также находятся и новорож-



денные. В каждом родильном доме должна быть еще кухня и теплая уборная.

В колхозный родильный дом назначают работать наиболее опытную, высококвалифицированную акушерку. Она обязана сама оказывать неотложную акушерскую помощь при нормальных родах и ягодичных предлежаниях плода. Акушерка должна уметь произвести ручное удаление последа, наложить швы на разрывы промежности, наложить выходные акушерские щипцы, произвести оживление детей, родившихся в асфиксии.

Акушерка обязана жить при колхозном родильном доме. Общее руководство колхозным родильным домом осуществляет заведующий сельским врачебным участком (врач) или врач участковой больницы. Врач систематически посещает колхозный родильный дом — не реже 1 раза в месяц, а также по вызову акушерки.

### **Сельский врачебный участок**

Сельский врачебный участок объединяет сельскую участковую больницу на 20—25 коек, амбулаторию и акушерское отделение на 3—5 коек. Как правило, он располагается в большом благоустроенном селе. К нему примыкает несколько (3—5) фельдшерско-акушерских пунктов и колхозных родильных домов. На врачебном участке работает 1—2 врача, фельдшер и акушерка. Руководит работой врач — заведующий участком. Он отвечает за медицинское обслуживание сельского населения данного участка. В участковой больнице первой категории, где имеется 8—10 акушерских коек, работает врач акушер-гинеколог, который оказывает квалифицированную акушерско-гинекологическую помощь. В участковых больницах второй—пятой категории акушерско-гинекологическую помощь оказывает акушерка. При осложнениях в родах акушерка обязана в любое время вызвать для консультации врача больницы. Для оказания неотложной акушерско-гинекологической помощи в акушерском отделении сельского врачебного участка всегда должны быть стерильные материалы и система для переливания крови, стерильный перевязочный материал, кровь универсальной 0 (I) группы, кровезаменяющие жидкости и протившоковая жидкость и др.

Консультативную и организационно-методическую помощь работникам сельского врачебного участка оказывают районные или областные специалисты акушеры-гинекологи, которые выезжают на участок не реже 1 раза в месяц по плану или по вызову участкового врача.

### **Акушерско-гинекологическое отделение районной или межрайонной больницы**

Акушерско-гинекологическое отделение районной больницы (на 15—20 коек) с женской консультацией является организационно-методическим центром по оказанию акушерско-гинекологической помощи женщинам района. Оно организовано по типу родильного дома. В отделении имеются приемная, санитарно-пропускной блок, родильный зал, послеродовые палаты, палата для новорожденных. Отдельно рекомендуются палаты для гинекологических больных, манипуляционная и операционная для проведения гинекологических операций. Отделение оснащено всеми видами лечебно-диагностического оборудования (лаборатория, рентгеноустановка и др.). Работу отделения возглавляет районный специалист врач акушер-гинеколог, в штате которого имеются врачи акушеры-гинекологи (1—2) и акушерки. Они несут дежурства по отделению и обеспечивают все виды специализированной помощи беременным, роженицам и гинекологическим больным.

При сложной патологии в родах в районную больницу вызывают областных или городских специалистов. Гинекологических больных при отсутствии противопоказаний к транспортировке можно направлять в гинекологическое отделение областной больницы.

Районное акушерско-гинекологическое отделение с женской консультацией руководит работой нескольких врачебных участков, является базой для повышения квалификации врачей и акушерок участковых больниц, фельдшерско-акушерских пунктов и колхозных родильных домов.

---

## ОГЛАВЛЕНИЕ

### Акушерство

|   |    |
|---|----|
| Глава I Развитие акушерско-гинекологической помощи в СССР (доцент <i>М. П. Рудюк</i> ) . . . . .  | 3  |
| Глава II. Анатомия женских половых органов (доцент <i>М. П. Рудюк</i> ) . . . . .   | 10 |
| Наружные половые органы . . . . .   | 10 |
| Внутренние половые органы . . . . .   | 12 |
| Молочные железы . . . . .   | 22 |
| Глава III. Физиология женских половых органов (доцент <i>М. П. Рудюк</i> ) . . . . .  | 23 |
| Овариально-менструальный цикл . . . . .   | 23 |
| Циклические изменения в яичниках . . . . .  | 23 |
| Циклические изменения в матке . . . . .   | 25 |
| Циклические изменения в организме женщины . . . . .   | 26 |
| Гигиена женщины в различные периоды ее жизни . . . . .  | 27 |
| Глава IV. Физиология беременности (проф. <u><i>М. К. Венцовский</i></u> ) . . . . .   | 34 |
| Оплодотворение . . . . .  | 34 |
| Строение и размеры головки плода . . . . .  | 38 |
| Строение детского места (последа) . . . . .   | 41 |
| Изменение в организме женщины при беременности . . . . .  | 42 |
| Глава V. Распознавание ранних и поздних сроков беременности. Гигиена и диететика беременных (проф. <u><i>М. К. Венцовский</i></u> ) . . . . . | 47 |
| Методика исследования беременной . . . . .  | 48 |
| Определение срока беременности и начала декретного отпуска . . . . .  | 58 |
| Наблюдение и уход за беременной . . . . .   | 60 |
| Гигиена и диететика беременной . . . . .  | 63 |
| Глава VI Асептика и антисептика в акушерстве и гинекологии (доцент <i>М. П. Рудюк</i> ) . . . . .   | 69 |
| Помещения родильного дома и их содержание . . . . .   | 70 |
| Личная гигиена обслуживающего персонала . . . . .   | 72 |
| Стерилизация инструментов, перевязочного материала и предметов ухода . . . . .  | 74 |
| Глава VII. Физиология родов (доцент <i>М. П. Рудюк</i> ) . . . . .  | 77 |
| Предвестники и начало родов . . . . .   | 77 |
| Родовые изгоняющие силы . . . . .   | 78 |
| Клиническое течение родов . . . . .   | 78 |
| Ведение родов . . . . .   | 91 |

|   |     |
|---|-----|
| Прием и санитарная обработка рожениц . . . . .  | 91  |
| Оборудование предродовых палат и родильного зала . . . . .  | 94  |
| Исследование роженицы . . . . .   | 96  |
| Ведение периода раскрытия . . . . .   | 98  |
| Ведение периода изгнания . . . . .  | 102 |
| Ведение последового периода . . . . .   | 114 |
| Отделение плаценты . . . . .  | 115 |
| Порядок осмотра плаценты и оболочки . . . . .   | 119 |
| Осмотр и туалет родильницы после окончания родов . . . . .  | 121 |
| Глава VIII. Обезболивание родов (доцент <i>М. П. Рудюк</i> ) . . . . .  | 124 |
| Психопрофилактический метод подготовки беременных к родам . . . . .   | 124 |
| Порядок и содержание занятий . . . . .  | 125 |
| Приемы обезболивания . . . . .  | 126 |
| Глава IX. Нормальное течение послеродового периода и уход за родильницей (доцент <i>М. П. Рудюк</i> ) . . . . .                       | 129 |
| Изменения в организме родильницы . . . . .  | 129 |
| Уход за родильницей . . . . .   | 133 |
| Послеродовая гимнастика . . . . .   | 143 |
| Глава X. Уход за новорожденным ребенком (проф. <i>М. К. Венцковский</i> ) . . . . .   | 146 |
| Детское отделение . . . . .   | 146 |
| Санитарно-гигиенический режим новорожденных . . . . .   | 148 |
| Изоляция заболевших детей . . . . .   | 153 |
| Уход за недоношенными детьми . . . . .  | 153 |
| Родовые травмы плода . . . . .  | 155 |
| Мероприятия по профилактике и борьбе с токсико-септической инфекцией . . . . .  | 158 |
| Глава XI. Основные виды патологии беременности и родов. Акушерская помощь в неотложных случаях (доцент <i>М. П. Рудюк</i> ) . . . . . | 160 |
| Осложнения беременности и их лечение . . . . .  | 160 |
| Токсикозы беременности . . . . .  | 160 |
| Токсикозы первой половины беременности . . . . .  | 161 |
| Токсикозы второй половины беременности . . . . .  | 162 |
| Уход за беременными с токсикозами . . . . .   | 163 |
| Профилактика токсикозов беременности . . . . .  | 164 |
| Кровотечения в первой половине беременности . . . . .   | 165 |
| Кровотечения во второй половине беременности . . . . .  | 169 |
| Осложнения родов, их распознавание и неотложная помощь . . . . .  | 173 |
| Роды при тазовых предлежаниях плода . . . . .   | 174 |
| Ведение родов и акушерское пособие при тазовом предлежании . . . . .  | 175 |
| Акушерское пособие по Н. А. Цовьянову при чистых ягодичных предлежаниях плода . . . . .   | 176 |
| Акушерское пособие по Н. А. Цовьянову при ножных предлежаниях . . . . .   | 178 |
| Роды при многоплодной беременности . . . . .  | 179 |
| Роды при многоводии . . . . .   | 182 |
| Роды при выпадении мелких частей плода . . . . .  | 183 |
| Роды при преждевременном и раннем отхождении околоплодных вод . . . . .   | 184 |
| Роды при слабости родовой деятельности . . . . .  | 185 |

|  |     |
|--|-----|
| Роды при поперечных и косых положениях плода . . . . .                               | 186 |
| Роды при разгибательных предлежаниях головки плода . . . . .                         | 186 |
| Роды при узком тазе . . . . .  | 188 |
| Кровотечение в родах . . . . .   | 190 |
| Кровотечения при предлежании детского места . . . . .                                | 190 |
| Кровотечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты . . . . . | 192 |
| Кровотечения в послеродовом периоде . . . . .  | 192 |
| Кровотечение в раннем послеродовом периоде . . . . .                                 | 193 |
| Травмы родовых путей . . . . .   | 196 |
| Внутриутробная асфиксия плода . . . . .  | 201 |
| Глава XII. Послеродовые заболевания (доцент М. П. Рудюк) . . . . .                   | 206 |
| Особенности ухода за больными послеродовыми заболеваниями . . . . .                  | 209 |
| Заболевания молочных желез . . . . .   | 209 |
| Глава XIII. Акушерские операции (доцент М. П. Рудюк) . . . . .                       | 212 |
| Основные акушерские операции . . . . .   | 213 |

### Гинекология (доцент М. П. Рудюк)

|  |     |
|--|-----|
| Глава XIV. Методы гинекологического обследования . . . . .               | 220 |
| Опрос (анамнез) . . . . .  | 220 |
| Общая симптоматология гинекологических заболеваний . . . . .             | 221 |
| Объективное исследование . . . . .                                       | 224 |
| Общий наружный осмотр . . . . .  | 224 |
| Осмотр наружных половых органов . . . . .                                | 225 |
| Влагалищное (внутреннее) исследование . . . . .                          | 226 |
| Исследование зеркалами . . . . .   | 228 |
| Зондирование полости матки . . . . .                                     | 228 |
| Пробное выскабливание полости матки . . . . .                            | 229 |
| Пункция (прокол) заднего свода . . . . .                                 | 229 |
| Биопсия . . . . .  | 230 |
| Взятие мазков для лабораторного анализа . . . . .                        | 231 |
| Глава XV. Гинекологические заболевания . . . . .                         | 232 |
| Расстройства менструального цикла . . . . .                              | 232 |
| Маточные кровотечения . . . . .  | 233 |
| Бесплодие . . . . .  | 235 |
| Неправильные положения половых органов . . . . .                         | 236 |
| Опущение и выпадение половых органов . . . . .                           | 237 |
| Воспалительные заболевания женских половых органов . . . . .             | 239 |
| Опухоли женских половых органов и их клинические формы . . . . .         | 247 |
| Доброкачественные опухоли . . . . .                                      | 247 |
| Злокачественные опухоли женских половых органов (рак) . . . . .          | 250 |
| Травмы женских половых органов . . . . .                                 | 256 |
| Глава XVI. Различные формы акушерско-гинекологической помощи . . . . .   | 258 |
| Рабочее место медицинской сестры в учреждениях родовспоможения . . . . . | 258 |
| Женская консультация . . . . .   | 258 |
| Работа на участке . . . . .  | 260 |
| Патронажная работа . . . . .   | 261 |

|  |     |
|--|-----|
| Наблюдение за беременными . . . . .  | 262 |
| Обслуживание гинекологических больных . . . . .                                  | 263 |
| Работа на производстве . . . . .   | 265 |
| Работа медицинской сестры в женской консультации . . . . .                       | 268 |
| Акушерско-гинекологический стационар . . . . .                                   | 271 |
| Организация акушерско-гинекологической помощи на селе . . . . .                  | 273 |
| Фельдшерско-акушерский пункт . . . . .   | 273 |
| Колхозный родильный дом . . . . .  | 274 |
| Сельский врачебный участок . . . . .   | 275 |
| Акушерско-гинекологическое отделение районной или межрайонной больницы . . . . . | 276 |

*Рудюк Максим Павлович.*

Венцовский Михаил Каспарович

**АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ**

Редактор *Н. Н. Гарвей*

Техн. редактор *Н. С. Кузьмина*

Корректор *Е. А. Круглова*

Переплет художника *Б И Фомина*

Сдано в набор 27/II 1964 г. Подписано к печати 8/V 1964 г. Формат бумаги 84×108<sup>1</sup>/<sub>32</sub>—8,75 печ. л. (условных 14,35 л.) 13,51 уч.-изд. л. Тираж 100 000 экз. Т-06382 МУ-46

Издательство «Медицина». Москва, Петроверигский пер., 6/8  
Заказ 100. 11-я типография Главполиграфпрома Государственного комитета  
Совета Министров СССР по печати, Москва, Нагатинское шоссе, д. 1.  
Цена 37 коп.