

Я. А. Дуаьцин, Г. Р. Робаьескин

Труды

ПОСЛЕРОДОВОГО
ПЕРИОДА

Медгиз
1961

Проф. Я. А. ДУЛЬЦИН и Г. Р. РОБАЧЕВСКИЙ

ГИГИЕНА ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

• МЕДГИЗ

ЛЕНИНГРАДСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ • 1961

АННОТАЦИЯ

Брошюра рассчитана на широкий круг читателей — молодых матерей, а также средний медицинский персонал родильных домов и женских консультаций. Авторы рассказывают о наиболее часто встречающихся заболеваниях послеродового периода и мерах их предупреждения. Даются практические советы по личной гигиене женщины в период кормления грудью.

Издательство просит читателей отзывы о брошюре направлять по адресу: Ленинград, Д-88, Невский пр., 28, Ленмедгиз.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Краткие сведения об анатомии и физиологии половых органов женщины	9
Оплодотворение и зачатие	17
Изменения, наступающие в организме женщины в связи с беременностью и родами	20
Изменения в организме женщины после родов	26
Гигиена послеродового периода	28
Физические упражнения в послеродовом периоде	40
Уход за молочными железами (предупреждение грудницы)	42
Краткие сведения о кормлении ребенка и уходе за ним . . .	45
Заключение	51

*Дульцин Яков Абрамович и
Робачевский Гавриил Рафаилович*
Гигиена послеродового периода

Редактор *И. А. ОГЛЫ*

Обложка художника *О. И. Цыплакова*

Техн. редактор *З. В. Чунаева*

Корректор *Р. И. Гольдина*

Сдано в набор 24/II 1961 г. Подписано к печати 24/II 1961 г. Тираж 200 000 экз.
Формат бум. 84×108/32. 0,81 бум. лист. 1,63 печ. лист. (2,67 условных печ. лист.)
2,64 учетно-изд. лист. Зак. № 2415. М-35604.

Лен. отд. Медгиза. Ленинград, Невский пр., 28.

Типография № 2 им. Евг. Соколовой УПП Ленсовнархоза.
Ленинград, Измайловский пр., 29.

Отпечатано с матриц тип. № 4 УПП Ленсовнархоза,
Ленинград, Социалистическая, 14.

ВВЕДЕНИЕ

Наконец наступил долгожданный день и час: закончился нелегкий для каждой беременной женщины период — родился ребенок.

Остались позади тревожные, в особенности для первородящей, дни ожидания и сомнений, связанных с предстоящими родами. Сомнения оказались напрасными. Благодаря тому, что во время беременности женщина получила в консультации специальную подготовку, у нее исчез страх перед родами и они протекли без болей. Роды закончились вполне благополучно, и с момента выделения последа (детского места) начался послеродовой период. Мать рада ребенку. Утомленная, но счастливая, она отдыхает.

Послеродовой период, так же как беременность и роды, является естественным состоянием для женщины, свойственным ее природе, ее анатомической и физиологической сущности. Он обычно протекает благоприятно, если роды были нормальными и не возникло каких-либо осложнений и трудностей. Но все же, для полного благополучия, даже и при таких обстоятельствах необходимо правильный уход за родильницей как в родильном доме, так и после выписки из него. Поэтому родильнице необходимо знать и строго придерживаться специальных гигиенических правил во время послеродового периода. Это поможет ей предупредить ряд заболеваний, могущих возникнуть именно после родов. К сожалению,

послеродовые заболевания встречаются не так уж редко. Поэтому не следует забывать, что иногда они могут серьезно угрожать здоровью, а подчас даже и жизни родильницы.

Некоторые, так называемые послеродовые заболевания, относятся к числу наиболее тяжелых, и такие, например, как заражение крови (родильная горячка) или закупорка вен (тромбофлебит) еще в недавнем прошлом встречались довольно часто. Объяснялось это тем, что родильная помощь в дореволюционной России стояла на очень низком уровне. За исключением Петербурга, Москвы и нескольких губернских городов, в которых было относительное благополучие, в подавляющем большинстве городов родовспоможение было забытой отраслью медицины. Что же касается родовспоможения в сельских местностях, то оно являлось буквально ничтожным.

Спросите ваших матерей и бабушек, и они вам скажут, что в царской России роды, как правило, проходили в домашних условиях с помощью бабок-самоучек. Именно это обстоятельство было главной причиной целого ряда осложнений в родах и огромного количества септических послеродовых заболеваний (родильной горячки), от которых погибали многие тысячи молодых женщин.

Только 5,2% рожавших женщин имели возможность получить квалифицированную помощь в родах со стороны образованного медицинского персонала, а 94,8% рожениц находились в руках безграмотных в медицинском отношении повитух.

Не говоря уже о низком уровне акушерской помощи, вообще положение беременной женщины и родильницы до Великой Октябрьской социалистической революции было буквально бесправным. Вот что, например, писала в 1916 году известная революционерка А. М. Коллонтай в своем труде «Общество и материнство» о положении

женщины-матери: «В России закон не налагает никаких ограничений на труд работницы-родильницы. Случай, когда работница рожала у станка или возвращалась на работу в мастерскую на пятый, а иногда и на второй день после родов, не были редкими исключениями». Нет сомнения в том, что в сельских местностях условия были еще более тяжелыми. Женщины-крестьянки порой вынуждены были рожать в поле во время работы, без всякой медицинской помощи. При таких обстоятельствах, конечно, не могло быть и речи о каком-либо отдыхе после родов, так как специфические условия мелкого крестьянского хозяйства не давали возможности освободить женщину от работы после рождения ребенка даже на несколько дней, тем более в страдную пору, во время полевых работ.

Вот почему к женщинам дореволюционной России мы вправе отнести слова великого русского поэта Н. А. Некрасова:

Не мудрено, что ты вянешь до времени,
Все выносящего русского племени
Многострадальная мать!

Только после Великой Октябрьской социалистической революции были созданы возможности, в корне изменившие условия жизни и труда, повысившие общее благосостояние нашего народа.

С первых дней существования Советского государства и в дальнейшем из года в год создавалась прочная материальная база, давшая возможность обеспечить высококвалифицированной и повсеместной акушерской помощью всех женщин. В нашей стране имеется огромная сеть лечебно-профилактических учреждений: женских консультаций — для охраны здоровья беременных женщин, и родильных домов — для оказания им помощи в родах. Достаточно сказать, что если в дорево-

люционной России было 6800 родильных коек, то в 1960 году число их в СССР превышает 200 000.

Советское государство и Коммунистическая партия создали для женщины такие условия, при которых она имеет возможность без ущерба для своего здоровья сочетать производительный труд и общественную деятельность с материнством.

В директивах XX съезда КПСС указано: «Всемерно улучшать условия труда и быта женщин-работниц. Предусмотреть для женщин-матерей дополнительные льготы, в частности увеличить продолжительность отпусков по беременности и родам». В развитие этих директив 26 марта 1956 года был опубликован Указ Президиума Верховного Совета СССР, согласно которому отпуск по беременности увеличен с 77 дней до 112 дней (по 56 дней до и после родов).

Увеличение продолжительности отпусков по беременности и родам создает наиболее благоприятные условия для сохранения здоровья женщины-матери и ребенка.

Помимо этого, в соответствии с постановлением Совета Министров СССР, руководители предприятий обязаны по просьбе матерей предоставлять им по окончании послеродового отпуска дополнительный отпуск на срок до 3 месяцев (без сохранения заработной платы).

По Уставу сельскохозяйственной артели колхозницы имеют права на отпуск по беременности и родам на 60 календарных дней (по 30 дней до и после родов).

Всемерная забота о женщине, а также создание широкой и бесплатной высококвалифицированной акушерской помощи привели к тому, что смертельные исходы вследствие послеродовых заболеваний в настоящее время в нашей стране являются исключительной редкостью.

Ведь по существу роды являются естественным, физиологическим актом, и поэтому смертности в результате родов не должно быть совсем.

Однако в наиболее богатой капиталистической стране, в Соединенных Штатах Америки, по данным доктора Сорелл, в родильных домах Нью-Йорка цифры смертности даже в наше время достигают трехзначной величины. Это объясняется, в частности, тем, что такое эффективное при лечении послеродовых заболеваний средство, как переливание крови, недоступно многим больным из-за высоких цен (Н. Бардин, Дневник доктора Нортон, 1959, стр. 121).

Что касается наших современных условий, то хотя советская медицина располагает многочисленными и вполне эффективными средствами для лечения послеродовых заболеваний, все же несравненно лучше и легче предупредить возникновение этих заболеваний заранее, чем потом лечить их.

Необходимо знать, что каждое заболевание может иной раз оставить свой след на долгое время даже после его ликвидации.

Необходимо также понять и усвоить, что несмотря на все мероприятия советского здравоохранения, направленные на предупреждение различных, и в том числе послеродовых, заболеваний, для достижения успеха в этом необходимо активное участие самих женщин.

Таким образом, сохранение здоровья родильницы во многом зависит от ее поведения и от ее сознательного отношения к указаниям врачей.

Вот почему в этой небольшой книжке мы хотим познакомить наших читательниц со специальными гигиеническими правилами, которые должна и может выполнять каждая родильница, чтобы сохранить свое здоровье, необходимое уже не только для нее самой, но и для родившегося ребенка, нового члена ее семьи.

Наши рекомендации относятся к нормальному послеродовому периоду и к условиям, создавшимся после физиологических, неосложненных родов; поэтому они имеют исключительно профилактическую направленность. В тех же случаях, когда имеют место осложненные роды или ненормальный послеродовой период, роженицы находятся длительное время в стационаре, где проводятся соответствующее лечение и гигиенические мероприятия.

акusher-lib.ru

КРАТКИЕ СВЕДЕНИЯ ОБ АНАТОМИИ И ФИЗИОЛОГИИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ЖЕНЩИНЫ

Чтобы лучше понять сущность и причины происхождения заболеваний, могущих возникнуть в послеродовом периоде, а также значение правил личной гигиены, женщине необходимо прежде всего ознакомиться со строением и деятельностью ее организма и теми изменениями, которые в нем происходят во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

Половые органы женщины обычно принято делить на наружные, доступные для непосредственного осмотра, расположенные вне полости малого таза, и внутренние, находящиеся в его полости. Границей между этими двумя отделами является тонкая кожно-слизистая перепонка, так называемая девственная плева, имеющая одно или несколько отверстий, через которые у девушки происходит выделение менструальной крови и слизи.

При первом половом сношении происходит разрыв девственной плевы, обычно сопровождающийся небольшим кровоотделением, а окончательное разрушение этой перепонки наступает при рождении первого ребенка.

Наружные половые органы отграничены спереди, со стороны живота, лобком, сзади — промежностью, а с боков — большими половыми губами. Лобком называется густо покрытая волосами часть нижнего края передней брюшной стенки со значительным отложением подкожного жира (рис. 1). Большие половые губы представляют собою две массивные кожные складки, в которых заложена жировая ткань.

В толще нижней трети больших половых губ с каждой стороны расположены бартолиниевы железы, выделения которых увлажняют вход во влагалище.

Между большими половыми губами находятся малые половые губы. Они являются второй парой складок, покрытых тонкой и нежной кожей. Кзади малые половые губы сливаются с большими и вместе с ними образуют заднюю спайку. Кпереди малые губы образуют две пары

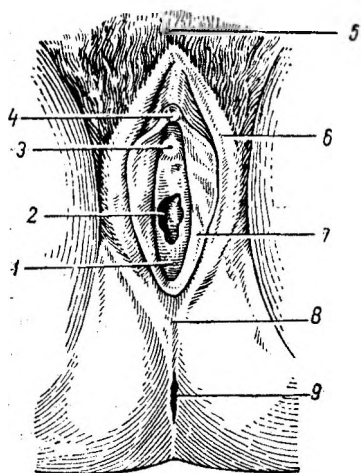


Рис. 1. Наружные половые органы женщины.

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

ножек, или кожных складок, из которых одна пара соединяется над клитором, представляющим собою образование, покрытое очень тонкой кожей и богато снабженное кровеносными сосудами. В клиторе и в малых губах расположено большое количество нервных окончаний.

Над верхним краем девственной плевы и под клитором, по средней линии, расположено отверстие мочеиспускательного канала. Между этим отверстием и задней спайкой находится вход во влагалище, который у девственниц и нерожавших женщин представляет собою довольно плотно смыкающуюся щель, тогда как у рожавших эта щель чаще всего несколько приоткрыта.

Если у женщины при родах был разрыв промежности и он остался незащитым, то вход во влагалище имеет вид открытой щели, а иногда наблюдается даже опущение передней или задней стенки влагалища или обеих стенок вместе.

Кожа, покрывающая наружные половые органы, содержит большое количество потовых и сальных желез. Это обстоятельство, а также выделения из влагалища и близость наружных половых органов к заднепроходному отверстию вызывают необходимость особенно тщательного ухода за наружными половыми органами и постоянного содержания их в чистоте. Следует отме-

тять, что слизистая оболочка входа во влагалище также содержит большое количество слизистых желез; особенно много их расположено между малыми половыми губами и девственной плевой, а также по бокам наружного отверстия мочеиспускательного канала. Выводные протоки большинства этих желез открываются на поверхности слизистых оболочек наружных половых органов и нередко служат местом, где таятся микробы — возбудители различных заболеваний.

К внутренним половым органам женщины относятся влагалище, матка, маточные (фаллопиевы) трубы, или яйцепроводы, и яичники (рис. 2).

Влагалище начинается сразу же за девственной плевой. Оно представляет собою растяжимую трубку, покрытую слизистой оболочкой. Длина влагалища у взрослой женщины 9—12 см. Спереди от влагалища расположены мочеиспускательный канал и мочевого пузыря, а сзади — прямая кишка, которая отделена от влагалища мышцами промежности.

Влагалище оканчивается в виде слепого мешка; оно охватывает кругом влагалищную часть шейки матки и образует углубление — своды: передний, задний и два боковых, причем задний свод глубже переднего. В нормальном состоянии передняя и задняя стенки влагалища соприкасаются между собою и прилегают друг к другу.

Во влагалище, как правило, содержится небольшое количество выделений молочного цвета, которые увлажняют его.

В нормальном состоянии во влагалище находятся микробы, имеющие форму крупных палочек, так называемые палочки Дёдерлейна. Они являются полезными микробами, так как обладают способностью вырабатывать молочную кислоту из сбраживаемого сахароподобного вещества — гликогена, находящегося в клетках слизистой оболочки влагалища.

Молочная кислота препятствует развитию патогенных, то есть болезнетворных микробов, попадающих во влагалище при половом сношении или каким-либо другим путем, и, следовательно, предохраняет женские половые органы от развития воспалительных заболеваний.

При нарушении способности клеток откладывать гликоген или заселении влагалища другими микробами,

вытесняющими влагалищную палочку, создаются условия, предрасполагающие к развитию воспалительных заболеваний влагалища.

Матка, служащая плодоместилем, является плотным полым мышечным органом, имеет грушевидную

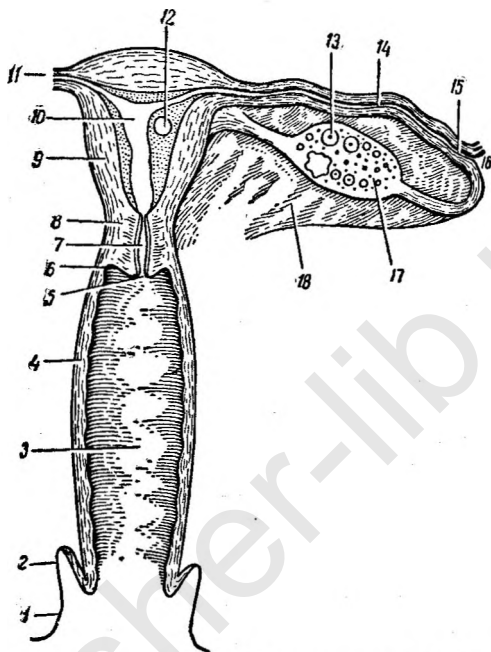


Рис. 2. Вертикальный (схематический) разрез женских половых органов.

1 — большая половая губа; 2 — малая половая губа; 3 — влагалище; 4 — стенка влагалища; 5 — наружный зев; 6 — влагалищные своды; 7 — канал шейки; 8 — шейка матки; 9 — стенка матки; 10 — полость матки; 11 — маточный конец правой трубы; 12 — оплодотворенное яйцо в полости матки; 13 — созревающий фолликул; 14 — канал трубы; 15 — левая труба; 16 — наружный (брюшной) конец трубы; 17 — яичник; 18 — широкая маточная связка.

форму и состоит из тела и шейки. Длина матки составляет 8—9 см, ширина — 5—6 см, а толщина ее стенок — около 2—3 см.

Матка расположена между мочевым пузырем и прямой кишкой, причем мочевой пузырь находится спереди

от матки, а прямая кишка — позади ее. Тело матки обладает значительной подвижностью и при нормальном положении несколько наклонено вперед. Все остальные положения, если они являются стойкими, считаются неправильными.

Стенка матки состоит из трех слоев. Внутренний слой — слизистая оболочка, покрывающая поверхность матки изнутри, — содержит большое количество желез, которые выделяют слизь. Поверхность слизистой оболочки матки выстлана клетками, имеющими особые реснички. Средний слой — самый толстый и состоит из мышечных волокон, переплетенных между собою в различных направлениях и обладающих способностью растягиваться и сокращаться. Благодаря этим свойствам матка может значительно увеличиваться в размерах во время беременности и затем сокращаться во время родов, что приводит к рождению плода. Наружным слоем является брюшина, покрывающая тело матки, как и другие органы, находящиеся в брюшной полости.

Брюшина покрывает тело матки спереди и сзади, а с боков образует пару складок (широкие маточные связки), которые вместе с двумя другими парами складок (круглыми и крестцово-маточными) удерживают матку в определенном положении с некоторым наклоном кпереди.

Тело матки и большая часть шейки (ее надвлагалищный отдел) находятся в брюшной полости, а другая часть шейки (влагалищная) вдается во влагалище и покрыта слизистой оболочкой. В нижнем отделе полости матки имеется так называемый внутренний зев, то есть отверстие, переходящее в канал шейки матки, который в свою очередь открывается во влагалище наружным зевом канала шейки матки. В силу таких анатомических соотношений находящиеся во влагалище микробы могут в некоторых случаях (например, во время менструации, после абортов, родов и т. п.) через канал шейки матки проникать в полость матки, а через каналы труб и дальше — в брюшную полость (см. рис. 2).

Наружный зев у нерожавших женщин имеет округлую (точечную) форму, а у рожавших — форму поперечной щели, часто с неровными краями, вследствие бывших при родах надрывов шейки.

Канал шейки выстлан слизистой оболочкой, содержащей множество мельчайших древовидно разветвленных желез, выделяющих слизь и служащих убежищем для различных микроорганизмов.

В обоих верхнебоковых углах полости матки находятся отверстия, от которых в стороны и несколько книзу отходят маточные (фаллопиевы) трубы, или, как их называют по выполняемой ими функции, яйцепроводы. Длина каждой трубы 10—12 см. Начинаясь у верхних углов матки, они открываются в брюшную полость в виде бахромчатых раструбов, имеющих наружные, или брюшные, отверстия. Через трубы проходит узкий канал, соединяющий полость матки с брюшной полостью. Стенка трубы состоит из двух тонких слоев мышц, из которых один расположен продольно, а другой — циркулярно, то есть в поперечном направлении к длине трубы. При сокращении мышц продольного слоя просвет канала трубы становится шире и труба укорачивается, а при сокращении мышц циркулярного слоя труба удлиняется и просвет канала суживается. Возможность активного сокращения труб, как мы увидим ниже, имеет большое значение для процесса оплодотворения и продвижения оплодотворенного яйца, а следовательно, и для нормального развития беременности в самом начале ее возникновения. Наиболее узкой частью трубы является та, которая расположена в толще стенки матки. Внутренняя поверхность трубы выстлана складчатой слизистой оболочкой, эпителиальные (покровные) клетки которой обладают ресничками, совершающими мерцательные движения в сторону матки. Мерцание ресничек эпителия слизистой оболочки трубы способствует передвижению оплодотворенного яйца из трубы в матку.

Самой широкой частью трубы является ее наружный (брюшной) конец; он заканчивается воронкой, открывающейся в брюшную полость и имеющей внутри много складок. На свободной поверхности воронка снабжена рядом бахромок, одна из которых, наиболее длинная, почти вплотную подходит к яичнику, образуя как бы желобок.

Яичники расположены по бокам от матки, несколько кзади от нее и очень близко к трубам, по одному с каждой стороны. Яичник имеет овальную, несколько сплю-

щенную форму; по величине и форме у взрослой женщины он напоминает миндальный орех.

Яичники имеют исключительно важное значение для жизнедеятельности всего женского организма.

Важнейшей из функций яичников является образование и созревание находящихся в них фолликулов, имеющих вид пузырьков. В этих пузырьках находятся яйцевые клетки, которые периодически (примерно один раз в 3—4 недели) претерпевают процесс созревания, после чего пузырек лопается и яйцевая клетка попадает в брюшную полость, а затем в канал трубы.

Разрыв созревшего фолликула происходит чаще всего через 4 недели (реже через 3 недели). С током жидкости из лопнувшего фолликула выпадает яйцевая клетка, которая захватывается бахромками трубы и их сокращениями направляется в канал маточной трубы. Процесс разрыва фолликула и выхода из него яйцевой клетки, созревшей для оплодотворения, называется овуляцией, которая чаще всего происходит за 10—14 дней до начала ожидаемых месячных (менструаций). В этот период вероятней всего и может наступить зачатие. Наименее благоприятными периодами для зачатия следует считать ближайшие дни после окончания месячных, а также дни непосредственно перед наступлением их.

На месте лопнувшего фолликула образуется небольшое кровоизлияние, и затем полость фолликула частично спадается. Далее благодаря размножению клеток, выстилающих внутреннюю поверхность фолликула, образовавшаяся полость начинает заполняться.

В связи с тем, что клетки, заполняющие полость фолликула, содержат особое вещество (пигмент) желтого цвета, образование это было названо желтым телом, которое также является железой внутренней секреции, выделяющей гормон.

Но деятельность яичников не ограничивается только образованием яйцевых клеток. Они являются железами внутренней секреции, то есть выделяют в кровь особые вещества — женские половые гормоны, которые обуславливают характерные особенности организма женщины, его строение и половые функции, а также вторичные половые признаки. Эти признаки у женщины проявляются в развитии молочных желез и особенностях строения

женского таза, в отложениях жира в области бедер и таза, появлении и характере роста волос на лобке, наличии более высокого тембра голоса и пр.

Под влиянием вырабатываемых в яичнике гормонов организм девочки в период полового созревания (в возрасте 13—15 лет) постепенно подготавливается к выполнению предстоящей функции деторождения. Ускорение развития вторичных половых признаков отмечается после наступления месячных и заканчивается при наступлении полной половой зрелости, то есть к 18 годам. Начало месячных позволяет считать, что организм девочки подготовлен к зачатию, но это еще не значит, что в этом возрасте ее организм может обеспечить нормальное течение беременности и исход родов. Вот почему полной половой зрелостью следует считать такое состояние, при котором функции, связанные с материнством, могут быть выполнены нормально и без ущерба для здоровья женщины. Этим объясняется и то, что, с врачебной точки зрения, половая жизнь до 18 лет считается недопустимой.

Как мы уже указывали, главную роль в процессах развития и жизнедеятельности женского организма играют половые гормоны (фолликулин и гормон желтого тела), выделяемые яичниками.

Под влиянием фолликулина и гормона желтого тела совершаются весьма важные, периодически повторяющиеся изменения в слизистой оболочке матки, которая постепенно утолщается, становится более сочной, кровеносные сосуды расширяются, и в железах ее накапливаются питательные вещества и витамины. Благодаря этим изменениям слизистая оболочка матки подготавливается к восприятию и питанию оплодотворенной яйцевой клетки в самом начале ее развития.

Если же оплодотворения не происходит, измененная слизистая оболочка матки отторгается, кровь просачивается через стенки расширенных кровеносных сосудов (местами может происходить и разрыв сосудов) и наступает кровотечение из матки, которое называется менструацией, или месячными.

Одновременно с кровью выходит из матки и неоплодотворенная яйцевая клетка, и, следовательно, менструацию в известной мере можно считать выкидышем неоплодотворенного яйца.

С нормальной деятельностью яичников связано также отложение гликогена в покровных клетках (эпителии) слизистой оболочки влагалища. При недостаточной же деятельности яичников снижается выработка их гормонов, что в свою очередь нарушает и отложение гликогена в эпителии слизистой оболочки влагалища, как это бывает, например, у женщин пожилого возраста, а иногда и у молодых женщин.

Из приведенных анатомических и физиологических данных видно, что благодаря наличию во влагалище палочек Дёдерлейна создаются условия, препятствующие развитию здесь болезнетворных микроорганизмов и уменьшающие возможность их проникновения в более лежащие органы. Однако при некоторых условиях создается возможность для проникновения через половые пути микроорганизмов извне вплоть до брюшной полости, что может вызвать воспаление ее оболочек (брюшины) — чрезвычайно опасное для жизни заболевание.

ОПЛОДОТВОРЕНИЕ И ЗАЧАТИЕ

В результате слияния сперматозоида (мужской семенной клетки) со зрелой женской яйцевой клеткой происходит процесс ее оплодотворения, а затем образование зародыша.

Как уже указывалось выше, в яичнике женщины периодически (чаще всего через каждые 4 недели) происходит созревание яйцевой клетки. Созревшая и готовая к оплодотворению клетка выпадает из лопнувшего фолликула, попадает в брюшную полость, а оттуда в брюшной (наиболее широкий) конец трубы, где чаще всего и происходит слияние клетки со сперматозоидом.

При половом сношении во влагалище женщины изливается мужская семенная жидкость, содержащая огромное количество сперматозоидов (200—300 миллионов). Сперматозоиды, или, как их называют, живчики, образуются в мужских половых железах (в извитых канальцах яичка) и представляют собою образования, видимые только под микроскопом; они состоят из точечной головки и длинного хвостика. Благодаря наличию хвостика сперматозоиды обладают довольно значительной для своей величины подвижностью (до 3—4 мм в минуту). Можно себе представить, что при благо-

приятных условиях сперматозоиды из влагалища могут проникнуть в фаллопиевы трубы уже через 2—3 часа после полового сношения. Жизнедеятельность сперматозоидов определяется реакцией среды, в которую они попадают. Особенную активность проявляют сперматозоиды в слабощелочной среде, которая создается во влагалище благодаря тому, что при половом акте у женщины из канала шейки матки и бартолиниевых желез, расположенных в толще больших половых губ, выделяется слизь, имеющая щелочную реакцию. Из влагалища сперматозоиды устремляются через шейный канал в матку и далее в маточные трубы, где один из них оплодотворяет женскую яйцевую клетку, внедряясь в нее своей головкой. Этот процесс внедрения сперматозоида в женскую яйцевую клетку и называется оплодотворением. Далее оплодотворенное яйцо передвигается по каналу трубы в полость матки. Этому передвижению в значительной мере способствуют сократительные движения самой трубы и ресничек ее эпителия, то есть кровных клеток слизистой оболочки канала трубы. Оплодотворенное яйцо продолжает свой путь через просвет трубы до маточной полости в течение 6—8 дней. Следует упомянуть, что развитие яйца начинается в фаллопиевой трубе.

Питание оплодотворенного яйца на первых порах его развития осуществляется за счет питательных запасов, содержащихся в нем самом, и из соков, окружающих его при прохождении через трубы. Обычно оплодотворенное яйцо, продолжая процесс своего дробления, доходит до полости матки и там внедряется в толщу слизистой оболочки, которая к этому времени становится утолщенной, сочной и рыхлой, то есть подготовленной к восприятию оплодотворенного яйца. Если по каким-либо причинам, чаще всего обусловленным воспалительными изменениями труб, наступающими нередко после внутриматочных манипуляций с целью вызвать аборт, оплодотворенное яйцо останавливается при своем прохождении через канал трубы и начинает расти, не дойдя до полости матки, развивается внематочная (трубная) беременность. Это очень серьезное осложнение, угрожающее жизни женщины, и оно, как правило, требует срочного оперативного вмешательства.

Итак, в нормальных условиях зародыш развивается в матке и превращается в плод. В дальнейшем для роста плода необходимо большое количество разнообразного питательного материала, который доставляется ему теперь из организма матери по кровеносным сосудам. Обычно к четвертому месяцу беременности из наружных плодных оболочек, покрытых ворсинками, образуется детское место (плацента) — орган, через который происходит обмен веществ между матерью и плодом.

Плацента состоит из огромного количества ворсинок, содержащих конечные разветвления многочисленных кровеносных сосудов. Ворсинки эти проникают в толщу слизистой оболочки матки и оказываются как бы плавающими в материнской крови. Таким образом, с одной стороны плацента соединяется непосредственно со стенкой матки, а с другой — с плодом посредством пуповины, через которую проходят главные, крупные кровеносные сосуды (рис. 3).

При помощи плаценты растущий плод получает из организма матери кислород и нужные для его развития питательные вещества (белки, жиры, углеводы, минеральные соли, витамины и пр.); через плаценту же выводятся ненужные, конечные продукты обмена веществ (отбросы), образующиеся в организме плода (углекислый газ, мочевина и т. п.).

Таким образом, детское место (плацента) является своего рода лабораторией, своеобразно заменяющей растущему плоду легкие, желудок и почки, которые пока

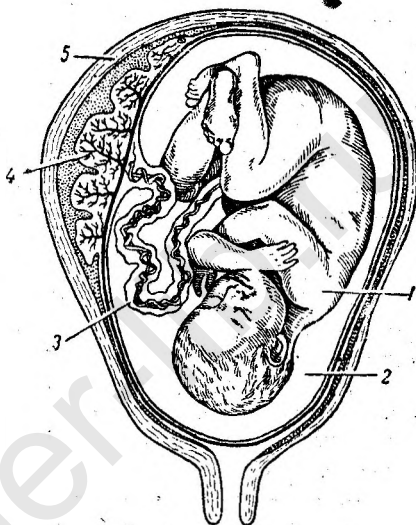


Рис. 3. Плодное яйцо в матке в конце беременности (схема).

1 — плод; 2 — околоплодные воды;
3 — пуповина; 4 — плацента; 5 —
стенка матки.

еще не функционируют. Помимо этого, в плаценте вырабатывается и выделяется из нее в кровь матери ряд гормонов, играющих большую роль в жизнедеятельности ее организма.

Плод в матке окружен оболочками, наполненными жидкостью — околоплодными водами, в которых он плавает (рис. 3). Расположение плода в околоплодных водах обеспечивает ему свободное развитие, позволяет совершать движения и предохраняет от внешних воздействий (повреждений).

Продолжительность беременности составляет в среднем 10 лунных месяцев, то есть 280 дней. Однако иногда могут быть отклонения в ту или другую сторону.

Ко времени окончания беременности наступает полная зрелость внутриутробного плода, и он может продолжать свое существование уже вне организма матери. В это время и происходят роды, являющиеся сложным процессом изгнания созревшего плода из матки через влагалище для его дальнейшего существования в новых условиях.

ИЗМЕНЕНИЯ, НАСТУПАЮЩИЕ В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ В СВЯЗИ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ И РОДАМИ

Теперь следует ознакомиться с теми изменениями, которые возникают в организме женщины в связи с беременностью.

С наступлением беременности, то есть с момента оплодотворения сперматозоидом женской яйцеклетки, в организме женщины, и особенно в ее половых органах, начинается ряд значительных изменений, вызванных влиянием гормонов, ростом плода, а также потребностями плода в питательных веществах.

Можно без преувеличения сказать, что в организме женщины нет такого органа, который в большей или меньшей степени не изменил бы своей функции в связи с беременностью.

При нормальной беременности плод развивается в матке, которая претерпевает в это время самые значительные изменения. И это вполне естественно, если принять во внимание, что в матке из оплодотворенного яйца величиной меньше булавочной головки растет и разви-

вается плод, который достигает веса до трех, четырех и более килограммов. В связи с ростом плода отмечается и рост матки, главным образом ее мускулатуры. Если до наступления беременности вес матки составляет 50 г, а длина ее уплощенной полости — 7—8 см, то к концу беременности она весит более килограмма, а длина ее тела достигает 40 см. Что же касается объема полости матки, то он увеличивается в 500 раз. Матка за время беременности перемещается из полости малого таза в брюшную полость, и к концу беременности дно ее доходит до подложечной области. Одновременно с изменениями в матке происходят изменения и в других органах половой сферы беременной женщины, заключающиеся в увеличении растяжимости мягких тканей, некотором увеличении подвижности в сочленениях таза и др. Перечисленные изменения имеют значение в связи с предстоящими родами.

Значительные изменения происходят с наступлением беременности в молочных железах, которые с самого начала как бы подготавливаются к образованию и выделению молока. Молочные железы увеличиваются в объеме, и в железистых дольках их образуется мутноватая жидкость — молозиво, которая вытекает из соска при надавливании на железу. Выработка молока в дольках молочной железы обычно начинается только после родов.

По мере развития и роста плода возрастают его потребности в разнообразных питательных веществах, которые он получает из материнской крови через детское место. В связи с этим все внутренние органы женщины испытывают значительную нагрузку. Значительно увеличивается работа легких, которые, помимо организма матери, снабжают кислородом и организм внутриутробного плода. Кроме того, давление растущей матки на диафрагму затрудняет работу сердца. Особенно сильно увеличивается нагрузка на сердце еще и вследствие значительного увеличения сосудистой сети матки и количества крови в ней и в плаценте, обеспечивающей растущий плод питательными материалами. Усложняется деятельность и других органов матери, которые обезвреживают и выводят из организма продукты обмена веществ (печени, почек). Особенно усиленно работают почки, так как им приходится с мочой выводить

большинство ядовитых продуктов повышенного обмена веществ не только матери, но и плода.

У беременных женщин отмечаются изменения также и в коже, выражающиеся в том, что в некоторых местах она становится более темной, что объясняется значительным увеличением отложения пигмента (красящего вещества). Особенно выраженной пигментация бывает на лице, околососковых кружках молочной железы и по средней линии живота. К существенным изменениям кожи во время беременности относится образование на ней рубцов, в виде розовато-бурых полосок различной длины и ширины. Рубцы образуются главным образом на передней стенке живота, бедрах и на молочных железах. Их образование вызвано растяжением кожи в результате увеличения размеров матки и молочных желез, усиления отложений жира на бедрах, а также вследствие изменений в нервной системе и железах внутренней секреции.

В связи с изменениями, наступающими в центральной нервной системе, у некоторых женщин в начале беременности наблюдаются извращения вкуса, а иногда появляются тошнота и рвота. Некоторые жалуются на головные боли, боли в области сердца, в кишечнике и т. д. Иногда появляется повышенная раздражительность и склонность к возбуждению из-за сравнительно незначительных событий. Причиной всех этих явлений служат процессы возбуждения и торможения в коре головного мозга, связанные с перестройкой во взаимоотношениях между нервной системой и железами внутренней секреции, происходящей во время беременности.

В связи с наступлением беременности в яичнике женщины на месте лопнувшего фолликула происходит образование желтого тела, которое увеличивается в объеме и функционирует в течение первых 4 месяцев беременности. Желтое тело выделяет в кровь матери особые гормоны, вызывающие ряд изменений не только в половых органах, но и в молочных железах, придатке головного мозга и других органах.

Мы перечислили лишь наиболее важные изменения, происходящие в организме беременной женщины.

Однако необходимо знать, что, хотя беременность является по своему существу весьма сложным физиоло-

гическим процессом, все изменения, наступающие в организме матери, в подавляющем большинстве не выходят за пределы нормы и потому не являются выражением какого-либо болезненного состояния. Здоровые женщины хорошо справляются с перестройкой, которая происходит в их организме во время беременности.

Для здоровой женщины беременность является фактором, который способствует оздоровлению ее организма, и можно смело сказать, что беременность, несомненно, влечет за собой расцвет организма женщины.

Продолжительность беременности, как мы уже указывали, составляет в среднем 280 дней (40 недель, или 10 лунных месяцев). Роды, наступающие на 40—41-й неделе беременности, считая от первого дня последней менструации, называют срочными (своевременными); ребенок рождается доношенным и вполне жизнеспособным, могущим существовать и развиваться вне организма матери. Прекращение беременности в сроки от 28 до 38 недель называют преждевременными родами; при них плод рождается живым, но жизнеспособность его несколько понижена. Прерывание беременности сроком до 28 недель называется выкидышем (абортом); плод к этому времени еще не жизнеспособен.

Весь родовой акт принято делить на три периода — раскрытия, изгнания и последовый. Начало родов характеризуется наступлением регулярных, повторяющихся через определенные промежутки времени сокращений матки, которые ощущаются женщиной как схватки. Сокращения матки имеют произвольный характер, и роженица не может управлять ими.

Вначале появляются слабые короткие схватки, с промежутками в 30—40 минут; затем они становятся более сильными, продолжительностью до 1—1½ минут и следуют одна за другой через 3—5 минут. Это и есть период раскрытия, или первый период родов, самый длительный, продолжающийся в среднем у первородящих 10—12 часов и у повторнородящих 6—8 часов. Во время этого периода благодаря сокращениям матки происходит постепенное сглаживание и раскрытие ее шейки. Кроме того, в связи со схватками повышается внутриматочное давление, что обуславливает вклинивание околоплодного пузыря в шейный канал, способствующее более эластичному и постепенному рас-

крытию канала шейки. В конце первого периода наступает полное раскрытие шейки, то есть такое, при котором плод может в дальнейшем свободно опускаться. Наступление полного раскрытия совпадает с тем моментом, когда на высоте одной из схваток оболочки плодного пузыря самопроизвольно лопаются и отходят околоплодные воды.

Затем наступает период некоторого затишья, и далее начинается второй период родов, или период изгнания, при котором к схваткам присоединяются сокращения мышц живота (потуги) и роженица начинает тужиться. Под действием повторяющихся потуг головка плода постепенно продвигается и начинает расширять и растягивать мягкие ткани; влагалище и промежность выпячиваются, и головка сначала прорезывается через половую щель, а затем рождается. В связи с тем, что половая щель уже растянута головкой (наиболее крупной и плотной частью плода), остальные части плода (плечики, туловище, ножки) рождаются обычно почти без всяких затруднений. Рождением ребенка и заканчивается второй период родов — период изгнания плода, который в среднем продолжается у первородящих 2—3 часа, а у повторнородящих от 30 минут до 1 часа.

Далее наступает третий период родов — последовый, начинающийся с момента рождения ребенка и заканчивающийся рождением последа, то есть плаценты с оболочками. Продолжительность последового периода у перво- и повторнородящих составляет в среднем 30 минут. В течение этого небольшого отрезка времени происходит отслоение плаценты от стенки матки, чему способствует значительное уменьшение объема ее, а затем наступает рождение последа. Этим заканчивается родовый акт, и начинается послеродовый период, — женщина становится родильницей.

Прежде чем перейти к описанию изменений, происходящих в организме женщины в послеродовом периоде, необходимо вкратце остановиться на вопросе обезболивания родов. В настоящее время следует считать установленным, что боль не является обязательной как в первом периоде родов, то есть при сокращениях матки (схватках), так и во втором периоде, при изгнании плода, во время которого происходит растяжение мышц

тазового дна и промежности. Однако известно, что иногда роженицы испытывают довольно сильные боли и реагируют на схватки и потуги криком. Огромное значение в возникновении болей имеет страх перед родами, который внушался женщинам буквально веками. Немаловажную роль в этом отношении имели религия, семья и произведения художественной литературы, в которых роды изображаются довольно драматично, и при чтении их создается впечатление неизбежности интенсивных и мучительных болей, сопровождающих роды. Чувство страха перед родами усугубляется также и наличием неприятных переживаний, особенно беспокойством за здоровье и полноценность будущего ребенка, а у некоторых женщин и вследствие нежелания иметь ребенка по тем или иным причинам. Наоборот положительная настроенность женщины к предстоящему материнству, ее желание иметь ребенка создают предварительные психологические условия к тому, чтобы роды протекали безболезненно.

Советские ученые, творчески использовавшие достижения физиологического учения И. П. Павлова, разработали и внедрили в акушерскую практику метод предупреждения болей в родах, названный методом психопрофилактической подготовки беременных к родам. Сущность этого метода заключается в следующем: 1) предупреждение страхов и опасений у беременных; 2) ознакомление женщины с анатомией и физиологией полового аппарата, а также с физиологическим течением родов в различные периоды; 3) ознакомление беременных с физиологическими приемами, которые они должны выполнять во время родов для достижения болеутоления. Для этих целей в женской консультации проводится 5 занятий, которые в дальнейшем закрепляются беседой при поступлении роженицы в родильный дом. Огромный опыт, накопленный советскими врачами, со всей очевидностью доказал, что метод психопрофилактической подготовки беременных к родам является наиболее прогрессивным, дающим при правильном его проведении нужный эффект, то есть значительное болеутоление. В настоящее время, учитывая некоторые особенности течения родов, помимо психопрофилактического метода, применяются и некоторые медикаментозные средства обезболивания родов.

ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ ПОСЛЕ РОДОВ

В предыдущей главе нами были описаны те изменения, которые происходят в организме женщины в связи с беременностью. Как мы уже указывали, организм женщины во время родов также претерпевает значительные изменения. Что же касается послеродового периода, то на его протяжении происходят довольно сложные процессы обратного развития во всем организме женщины, и особенно в половых органах, то есть возвращения их к тому состоянию, в котором они находились до наступления беременности.

Некоторые женщины совершенно неправильно думают, что послеродовой период ограничивается только тем отрезком времени, на протяжении которого женщина после родов остается в родильном доме (послеродовом отделении), то есть 7—8 днями, до выписки домой. Вся продолжительность послеродового периода составляет в среднем 6—8 недель, что соответствует послеродовому отпуску, предоставляемому женщине по советским законам. Именно в течение этого времени в организме женщины заканчиваются основные процессы обратного развития.

В связи с тем, что наибольшие изменения во время беременности и родов имеют место в половых органах женщины, в них же наблюдаются и наиболее заметные процессы обратного развития. Сразу же после родов матка продолжает оставаться большой; дно ее находится на уровне пупка, и по форме она напоминает большой шар. Консистенция матки мягковатая, и ощупывание ее безболезненно. Вес матки после родов достигает 1 кг. В течение послеродового периода благодаря мышечным сокращениям матка с каждым днем уплотняется и, постепенно уменьшаясь в размерах, достигает своего первоначального веса — 50—60 г. Вначале вследствие сокращения мышц матки происходит сжатие кровеносных сосудов, питающих ее, в связи с чем значительно уменьшается поступление питательных веществ. В результате наступает обратное развитие матки, которое обычно заканчивается на 6-й неделе послеродового периода. Внутренняя поверхность матки после отхождения плаценты с оболочками представляет собой большую рану

с кровоточащей поверхностью, заживление которой сопровождается кровянистыми выделениями, вытекающими через шейку и влагалище наружу. С 4-го дня после родов при хорошем сокращении матки выделения постепенно бледнеют, далее они приобретают серовато-беловатый цвет, а с третьей недели уже имеют вид прозрачной слизи и количество их значительно уменьшается.

Восстановление слизистой оболочки матки заканчивается обычно к 4-й неделе после родов. Как мы уже указывали выше, мышцы промежности, влагалище и связочный аппарат матки во время родов подвергаются значительному растяжению. Сразу после родов шейка матки некоторое время остается вялой и широко раскрытой, а влагалище, мышцы тазового дна и промежности, а также кожа и мышцы брюшной стенки растянуты. Но с течением времени происходят обратное развитие и постепенная нормализация этих тканей, и они почти возвращаются к своему первоначальному состоянию. Следует отметить, что мышцы живота обладают лучшей сократимостью, чем кожа, которая долго остается сморщенной, как бы сложенной в складки. У некоторых женщин брюшная стенка после родов не достигает своей прежней эластичности и упругости, поэтому рубцы беременности остаются и приобретают белый цвет.

Постепенно происходит также заживление ссадин и трещин, обычно имеющихся в мягких родовых путях, особенно во влагалище.

Органы брюшной и грудной полостей (кишечник, печень, сердце), которые ранее были сдавлены беременной маткой, занимают после родов свое обычное место, и функции их в дальнейшем протекают в нормальных условиях. Диафрагма после родов принимает также свое нормальное положение, и дыхание женщины становится грудным.

Что касается общего состояния роженицы при нормальном послеродовом периоде, то оно обычно бывает хорошим. Отмечается некоторое уменьшение аппетита, но он восстанавливается через 2—3 дня. Женщина отмечает умеренную болезненность и чувство тяжести в наружных половых органах и промежности.

Иногда, особенно у повторнородящих, бывают болезненные сокращения матки, усиливающиеся при кормле-

нии. Температура тела женщины в послеродовом периоде, как правило, нормальная, а небольшие повышения ее (до $37,1-37,2^{\circ}$) объясняются процессами всасывания задержавшихся в полости матки выделений или в некоторых случаях — нагрубанием молочных желез.

Необходимо отметить, что некоторые родильницы, находясь в родильном доме, при повышении температуры даже до 38° , особенно в дни перед выпиской, пытаются скрыть это обстоятельство от врача, чтобы не задержать выписку из родильного дома и скорее попасть домой. При этом они считают, что повышение температуры было случайным и все обойдется... Однако, во-первых, не всегда удается обмануть врача, а во-вторых, при такой «удаче» родильнице вместе с ребенком нередко приходится возвращаться в родильный дом, со всеми неудобствами, связанными с таким переездом. Поэтому мы рекомендуем не скрывать от медицинского персонала ни повышения температуры, ни каких-либо других, даже небольших, отклонений от нормы и этим помочь врачу установить правильный диагноз заболевания.

Акт мочеиспускания довольно часто нарушается; задержка его объясняется расслаблением мышц брюшной стенки и мочевого пузыря, которые после родов являются растянутыми. Немаловажное значение имеет и непривычка опорожнять мочевой пузырь в лежачем положении, а также и болезненные ощущения, испытываемые женщиной при попадании мочи на трещины и ссадины входа во влагалище. Опорожнение кишечника обычно также задерживается, что объясняется, с одной стороны, пребыванием в постели в течение 3 дней, а с другой — наличием у некоторых женщин болезненных геморроидальных узлов.

ГИГИЕНА ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

Еще во время беременности в женской консультации проводятся мероприятия, которые должны обеспечить нормальное течение беременности и будущих родов. Врач женской консультации стремится предусмотреть и предупредить различные осложнения, могущие повлиять неблагоприятно на здоровье будущей матери и ее ребенка. Если не всегда удается полностью устранить

отдельные серьезные заболевания беременной женщины, как, например, ненормальности в строении таза, заболевания сердца, туберкулез легких и некоторые другие, то все же в женской консультации применяются предупредительные меры, чтобы эти болезненные состояния не ухудшались во время беременности и были бы учтены для облегчения процесса родов. Такие больные во время беременности берутся на особый учет, а результаты наблюдения за ними и соответствующие лабораторные исследования заносятся в специальную карточку беременной, с которой она поступает в родильный дом.

Но даже в отношении совершенно здоровых женщин во время беременности в женской консультации проводится ряд предупредительных мер по охране их здоровья. Когда же в связи с начавшимися родами женщина поступает в родильный дом, она находит там заботливый уход и высококвалифицированную помощь как во время родов, так и после них.

Мы уже указывали, что послеродовый период у женщины, родившей в срок, продолжается от 6 до 8 недель. В этом периоде могут иметь место различные заболевания. В первую очередь это собственно послеродовые заболевания, главным образом лихорадочные, связанные с инфекцией — воспаление наружных половых органов и слизистой оболочки влагалища, воспаление мочевого пузыря и почечных лоханок, воспаление слизистой оболочки канала шейки матки и полости ее тела, воспаление яичников, труб, тазовой брюшины и клетчатки, разлитые перитониты, заражение крови, тромбофлебиты и др.

Поскольку развитие перечисленных заболеваний зависит от проникновения инфекции в родовые и мочевые пути родильницы, ясно, что главной задачей является создание и поддержание условий, препятствующих этому. При этом следует помнить, что после выписки из родильного дома предохранение родильницы от упомянутых нами заболеваний во многом зависит от нее самой, от того, как она будет выполнять предлагаемые ей рекомендации.

В этом периоде нередко наблюдаются и другие заболевания, свойственные послеродовому состоянию. К ним относятся послеродовые кровотечения, неправильное

обратное развитие матки, заболевания сосков, молочных желез и др.

Эта группа болезней также может быть предупреждена правильным уходом за родильницей и при соблюдении ею гигиенических правил.

Третья группа заболеваний в послеродовом периоде обычно бывает связана с ненормально протекавшими родами (состояние после операций, разрывы мягких тканей, послеродовая эклампсия) или сопутствующими инфекционными процессами (гриппом, воспалением легких и другими инфекциями).

В основном эти заболевания возникают независимо от поведения родильницы. Однако соблюдение определенного режима и в этих случаях имеет огромное значение для благополучного исхода заболевания.

Общим и самым главным условием для борьбы за благополучие матери и ребенка при всех обстоятельствах является соблюдение чистоты.

Особенно большую опасность представляют грязные руки; поэтому необходимо коротко стричь ногти и мыть руки щеткой и мылом перед приемом пищи, кормлением ребенка и после пользования уборной.

Чтобы понять, насколько необходимо соблюдение чистоты, вспомним, что в полости матки сразу после родов, на месте бывшего прикрепления детского места, образуется обширная кровотокающая рана, выделения из которой стекают во влагалище, а из него наружу. Кроме того, если даже во время родов не произошло заметного разрыва промежности, то все же во влагалище и на наружных половых органах образуются мелкие трещины, ссадины и небольшие повреждения слизистых оболочек и кожных покровов. Все эти раневые поверхности следует защитить от загрязнения и последующего заражения, то есть от проникновения микробов и развития инфекции. Внесение же инфекции чаще всего производится руками.

С другой стороны, важно создать наиболее благоприятные условия для заживления образовавшихся после родов раневых поверхностей. При этом следует учесть два основных неблагоприятных момента для родильниц. Во-первых, вытекающая кровь является хорошей питательной средой для жизнедеятельности многочисленных микробов. Во-вторых, в результате родов, требующих

от женщины большого напряжения физических сил и вызывающих иногда большую потерю крови, значительно уменьшается сопротивляемость организма родильницы по отношению ко всяким вредным воздействиям, в том числе и инфекции. Вот почему родильница нуждается в полном физическом и душевном покое, и особенно в первые дни после родов. Поэтому ей предписывается строгий постельный режим.

Постель родильницы должна быть покрыта чистой простыней, поверх которой кладут клеенку, а на нее стелят подкладную простыню, сменяемую по мере ее загрязнения. В родильном доме строго следят за чистотой тела и рук родильницы. Эти навыки должны соблюдаться и по возвращении домой. Сама родильница в первые дни совершенно не должна касаться руками своих половых органов, так как именно таким путем она легко может внести инфекцию, загрязнив имеющиеся у нее ссадины и раневые поверхности на наружных половых частях. Туалет последних выполняют медицинские сестры.

Если роды протекали без осложнений и не было разрыва промежности, родильнице позволяют поворачиваться на бок в первый же день, а на 3-й день ей разрешают кратковременное сидение в кровати со спущенными вниз ногами. На 4-й день родильнице разрешается встать и для пробы сил немного пройти, сначала только до туалетной комнаты. Несвоевременное вставание родильницы и даже сидение в кровати без разрешения врача может привести к нежелательным последствиям и нередко послужить причиной серьезных осложнений.

Указанный постельный режим совершенно необходим не только для отдыха и восстановления сил родильницы. Дело в том, что при беременности и в процессе родов (даже нормальных) стенки влагалища и брюшная стенка, а также связки, поддерживающие матку, подвергаются значительному растяжению и в послеродовом периоде находятся в расслабленном состоянии. Вследствие этого преждевременное вставание или сидение в постели может вызвать опущение стенок влагалища и матки, а также ее смещение кзади. Если к такому опущению и смещению матки присоединится еще и инфекция, то возникает воспалительный процесс, переходящий на полость матки, трубы, яичники, околоматочную

брюшину и клетчатку, в результате чего в дальнейшем образуются сращения и спайки, а впоследствии и так называемый загиб матки, то есть заболевания, требующие длительного и систематического лечения.

В первые дни после родов женщина должна оставаться в постели и во время еды, и при кормлении ребенка, а для мочеиспускания и опорожнения кишечника ей дается подкладное судно. Нередко в связи с растяжением и расслаблением тканей, а также вследствие смещения мочевого пузыря родильница в первые один-два дня после родов не в состоянии самостоятельно опорожнить мочевой пузырь. Этому способствует и вынужденная необходимость лежать в постели. В таких случаях мочу выпускают катетерами не менее двух раз в день. Эта манипуляция должна производиться только опытным медицинским персоналом при соблюдении всех правил обеззараживания, так как невыполнение этих правил может привести к внесению инфекции в мочевой пузырь. Скопление большого количества мочи препятствует хорошему сокращению матки и способствует задержке в ее полости кровянистых выделений, а тем самым и развитию инфекции. Предписанный постельный режим вызывает также вялость кишечника и приводит к задержке стула. Поэтому на третий день родильнице обычно дают слабительное. В случае неудачи после приема слабительного назначается очистительная клизма. Для борьбы с запорами родильницам назначается соответствующее питание, о чем подробнее будет сказано в дальнейшем. Устранению запоров способствуют также специальные физические упражнения, назначаемые врачом. В случаях длительных запоров в дальнейшем приходится периодически применять очистительные клизмы.

При благоприятных условиях, то есть при нормальном течении послеродового периода, повторнорожавшие выписываются домой по истечении семи суток после родов, а родившие впервые — на сутки позже. Естественно, что если роды протекали с осложнениями и сопровождалась оперативными вмешательствами или разрывами промежности, то сидение в постели, вставание и выписка домой откладываются на более поздние сроки, равно как и при неблагоприятном течении послеродового периода.

Для поддержания чистоты наружных половых органов, постоянно загрязняющихся в первые дни кровянистыми, а потом сукровичными выделениями из полости матки, в родильном доме несколько раз в день применяются обмывания наружных половых частей теплой водой с мылом. После возвращения домой родильница также должна делать эти обмывания 2—3 раза в день. Это следует делать сидя на корточках над тазом и поливая воду сверху по направлению от лобка к промежности. Подмывания можно делать и лежа на подкладном судне, предварительно постелив под него клеенку. Как до подмываний, так и после них необходимо хорошенько вымыть руки щеткой с мылом, чтобы удалить грязь из-под ногтей. Ни в коем случае не следует применять спринцеваний влагалища, если только они не были назначены врачом-гинекологом. Пока у родильницы имеются выделения, ей, как и во время менструации, рекомендуется носить на поясе специальные марлевые повязки с ватой, так называемые гигиенические подушечки, имеющиеся в продаже в аптеках и аптекарских магазинах. Менять эти подушечки надо по мере их загрязнения, а загрязненные сжигать.

При общем хорошем самочувствии через 2—3 дня после возвращения домой следует помыть голову, так как за предшествующее время вследствие повышенного потоотделения и выделений сальных желез волосы и кожа головы загрязняются. Нередко при этом наблюдается значительное выпадение волос, но обычно это явление носит временный характер.

Мыться необходимо 2—3 раза в неделю, лучше всего под душем или под струей воды. Мытье в бане или в ванне даже при нормально протекающем послеродовом периоде разрешается лишь по истечении 5—6 недель.

За время нахождения в родильном доме родильница приобретает ряд навыков, помогающих ей в соблюдении гигиенических правил и в кормлении ребенка после возвращения домой.

Еще до возвращения родильницы домой в ее комнате необходимо сделать тщательную уборку (еще лучше — косметический ремонт). С этой целью из комнаты надо удалить всю лишнюю мебель и другие предметы, например мелкие украшения на столах, тумбочках

и т. д., так как на них скопляется пыль. После удаления пыли пол, двери и окна необходимо вымыть горячей водой с мылом. В последующие дни пол нужно мыть ежедневно, предварительно удалив пыль пылесосом или влажной тряпкой¹. Температура комнаты должна поддерживаться в пределах 19—20° по Цельсию. Не следует стремиться к чрезмерному отоплению комнаты, так как перегревание тела утомляет родильницу и вредно для ребенка. Абсолютно необходимо систематически проветривать комнату от 2 до 4 раз в день, в зависимости от времени года. Форточку следует открывать на длительное время, но не настежь, а под углом, чтобы проветривание происходило длительно и постепенно, конечно избегая сквозняка, а если это не удастся при непосредственном проветривании комнаты, то надо открыть дверь в следующую комнату или коридор и лишь там открыть окно или форточку. При проветривании кровать ребенка необходимо поставить в стороне от прямой струи холодного воздуха.

Занавешивать окна при очень ярком солнечном свете не следует, учитывая, что непосредственное воздействие солнечных лучей убивает микробы. Лишь во время сна ребенка нужно оберегать его глаза от непосредственного действия яркого света.

Наряду с этим важно следить за чистотой нательного и постельного белья, систематически меняя подкладную простыню. Белье родильницы должно быть только белое, поддающееся кипячению. Не следует стирать и сушить белье в комнате, где находится ребенок. Кроватка у него должна быть отдельная, так же как и предметы ухода за ним (мочалки, губки, полотенца и т. п.).

В течение первых 2—3 дней по возвращении домой родильница должна 2 раза в день (утром и вечером) измерять температуру тела; в случае повышения температуры выше 37° следует вызвать врача на дом. При общем хорошем самочувствии и нормальной температуре тела через 3—4 дня после возвращения домой можно (при хорошей погоде) выйти на улицу. Однако при этом не разрешаются резкие движения и длительная ходьба в течение первых 2—3 недель после родов.

¹ Паркетный пол достаточно натереть, а затем систематически убирать пыль пылесосом или влажной тряпкой.

В течение первых 2 месяцев после родов, то есть до полного окончания нормального послеродового периода, недопустима и тяжелая работа: мытье полов, стирка белья, подъем тяжестей и т. п. В течение всего этого времени родильницу нельзя рассматривать как вполне здорового человека, а лишь как медленно выздоравливающего. Родильница должна спать не менее 8 часов в сутки и обязательно отдыхать днем. Достаточный сон и систематическое пребывание на воздухе являются важными факторами для укрепления здоровья родильницы.

Нередко уже в день возвращения родильницы домой ее навещают родные и знакомые.

Однако это лишь утомляет родильницу, нарушает режим кормления ребенка и лишает мать необходимого для нее отдыха. Вредным обычаем является также устройство торжественного вечера по случаю рождения ребенка, так как обычно, помимо шума, это сопровождается обильным потреблением спиртных напитков и пищи, что, конечно, лишает покоя и мать, и ребенка.

Одежда родильницы должна быть удобной, свободной и соответствовать времени года. В сырую и холодную погоду особенно следует беречь от охлаждения ноги.

Первые 6 недель после родов рекомендуется носить эластичный бинт для предохранения от опущения стенок живота.

Именно в целях обеспечения нормального течения послеродового периода, для успешного восстановления сил и здоровья трудящимся женщинам в нашей стране предоставляется восьминедельный отпуск после родов. За это время женщина может вполне окрепнуть и подготовиться к продолжению своей трудовой деятельности.

Половые сношения разрешаются также не раньше чем через 2 месяца после родов, если только послеродовой период протекал нормально. Возобновление половой жизни рекомендуется начинать только после осмотра и с разрешения врача-гинеколога. Несоблюдение этого требования может вызвать маточное кровотечение либо способствовать внесению инфекции и развитию воспалительных заболеваний влагалища, матки и ее придатков.

Обычно уже через 10—12 дней после родов выделения значительно уменьшаются и становятся бесцвет-

ными или белыми. Если же кровянистые выделения затягиваются на более длительный срок или появляется яркая, алая кровь, необходимо срочно обратиться в женскую консультацию для установления причины этой ненормальности. Точно так же при появлении гнойных выделений желтого или зеленого цвета надо сразу же обратиться за советом к врачу и ни в коем случае не проводить лечение самой или по совету родственников и знакомых. Однако, к сожалению, в таких случаях женщины нередко начинают лечиться сами и применяют различные антибиотики и сульфаниламидные препараты (пенициллин, синтомицин, стрептоцид, сульфидин и тому подобные лекарства). Правильно применяемые, эти лекарства являются очень мощными средствами в борьбе с различными заболеваниями. Но беспорядочное, бессистемное их использование лишь приглушает заболевание, но не излечивает его и поэтому приносит не пользу, а вред, так как после такого самолечения необходимо лечиться вновь и очень долго.

Гнойные выделения, раздражающие кожу и слизистые оболочки (иногда они имеют дурной запах и вызывают зуд), обычно являются признаком трихомонадного поражения влагалища. Это заболевание встречается наиболее часто среди прочих женских болезней. Женщины часто называют эти заболевания грибок, хотя трихомонады, вызывающие воспаление влагалища, ничего общего с грибом не имеют. Нередко бывает так, что это заболевание имело у данной женщины еще во время беременности или даже до ее наступления и такая больная вследствие слабо выраженных признаков болезни либо не лечилась совсем, либо не закончила лечения. В подобных случаях после родов, так же как и после аборт, воспаление, вызванное трихомонадами, вспыхивает с новой силой и протекает очень бурно, мучительно и долго, особенно у родильниц. Вполне понятно, что чем раньше такая больная обратится за помощью к врачу-гинекологу, тем скорее она вылечится.

Появление гнойных выделений, особенно на 5—7-й день после родов, иной раз служит признаком и гонорейной инфекции. Гонорея — это венерическое заболевание, протекающее иногда (особенно у женщин) совершенно незаметно. Тем не менее гонорея является очень серьезной болезнью, могущей вызвать опасные

последствия. Роды являются обстоятельством, провоцирующим скрыто протекавшую до тех пор гонорею. Иногда как раз после родов (и аборт) возникают более яркие проявления гонореи, особенно в случаях, когда раньше применялось ее неправильное и недостаточное лечение. Гонорея опасна также и для новорожденных, так как у них может возникнуть заражение глаз. Помимо этого, у девочек может произойти заражение гонореей половых органов не только во время родов, но и при пользовании предметами туалета больной матери. Очень важно также помнить, что при обнаружении гонореи у жены совершенно необходимо обследовать и обязательно провести лечение также ее мужа (и наоборот). Проявлениями гонореи в послеродовом периоде служат, кроме выделений, повышения температуры, боль внизу живота и в области поясницы, а иногда и кровотечение. Но не следует забывать, что эти же признаки заболевания могут быть не только при гонорее. Правильный диагноз болезни поставит, конечно, врач. Родильница не должна лишь скрывать от врача, если в прошлом она болела гонореей; тогда могут быть приняты своевременно надлежащие меры.

Время появления первой менструации после родов указать с определенностью трудно. В редких случаях первые месячные появляются через 2—3 месяца после родов, а затем могут опять не появляться в течение нескольких месяцев. Обычно же они возобновляются через 6—8—10 месяцев и затем приходят регулярно. Иногда первые месячные после родов бывают очень обильными, что может служить проявлением скрыто протекающего воспалительного процесса. В таких случаях рекомендуется обратиться к врачу-гинекологу. В иных случаях отсутствие месячных у кормящих грудью матерей затягивается и дольше, чем на 10—12 месяцев. Необходимо, однако, учитывать, что отсутствие менструации и кормление грудью ни в коем случае не являются гарантией от беременности в этот период. Поэтому, если повторная беременность в ближайшее время не является почему-либо желательной, необходимо принять меры по ее предупреждению. С этой целью следует также обратиться за советом к врачу и ни в коем случае не полагаться на советы друзей или родственников. Даже такое почти универсальное и хорошее средство для предупреждения

беременности, как резиновый кондом, следует применять только после совета врача, так как неправильное применение его может оказаться бесполезным, а иногда даже и вредным (например, при сухости слизистой оболочки влагалища). С точки зрения сохранения здоровья женщины рекомендуется воздержаться от повторной беременности в течение 1½—2 лет. За это время организм женщины окрепнет и силы ее полностью восстановятся. Кроме того, беременность кормящей грудью женщины может отрицательно сказаться на развитии уже имеющегося ребенка.

Во время родов и в первую неделю послеродового периода женщина теряет (с учетом веса плода, последа, околоплодных вод и кровопотери) до 15—18% веса, который она имела в последнем периоде беременности. Восстановление ее нормального веса обычно достигается в течение ближайших недель.

Однако для того чтобы процесс восстановления сил и веса родильницы протекал нормально, следует обратить особое внимание на характер и режим ее питания. При этом надо учитывать еще и интересы ребенка, питание и развитие которого также должно протекать нормально. Указать точно, какое именно питание следует назначать каждой родильнице, трудно, так как в каждом отдельном случае необходимо приравниваться к ее индивидуальным особенностям и учитывать состояние ее желудочно-кишечного тракта.

Пищу следует принимать 4 раза в день, начиная с 7 часов утра. Завтрак должен содержать 30%, а обед 45% дневного рациона. Последний раз пища принимается не позже 8 часов вечера и должна состоять из стакана молока (кефира) или компота с булочкой или печеньем.

Первые 2—3 дня пища должна быть преимущественно жидкой, богатой витаминами, разнообразной и преимущественно молочно-растительной (учитывается склонность родильниц к запорам). Поэтому в это время наиболее подходящими продуктами являются молоко, кефир, простокваша, чай, кофе с молоком, какао, булка, печенье, сухари, мясной или куриный бульон, яйца в смятку, фрукты и фруктовые соки, свежие и вареные овощи, компоты, кисели и т. п. Весьма полезны жидкие каши — овсяная, манная, ячневая, гречневая (размаз-

ня). Крепкие, наваристые супы, свежую отварную рыбу, цыплят, курицу, творог со сметаной можно давать начиная с 3-го дня и лишь после вставания перейти к другой, более грубой пище. Не следует также в первые 2—3 недели есть копчености, осгрюю, соленую пищу, сдабривать ее горчицей, хреном, уксусом и т. п. Эти нарушения отразятся на здоровье ребенка, а также могут вредно повлиять на состояние мочевых органов матери. Совершенно не следует стремиться к избыточному питанию и злоупотреблять жирной и мучной пищей.

Особенно большое значение как для кормящей матери, так и для ребенка имеет пища, богатая витаминами. Витаминов особенно много в овощах и фруктах, главным образом в сырых. Витамины способствуют более правильному использованию организмом получаемой пищи, а также нормальному росту и восстановлению клеток и тканей. При полном отсутствии в пище каких-либо витаминов возникают авитаминозы, которые вызывают различные тяжелые болезненные состояния, а недостаточное количество какого-либо витамина, так называемые гиповитаминозы, также вызывает различные нарушения основного жизненного процесса — обмена веществ. Так, например, при недостатке в пище витамина А снижается сопротивляемость кожных и слизистых покровов инфекции и их способность к восстановлению ткани. Витамин А содержится в сливочном масле, молоке, сметане, яичном желтке, моркови, печени и рыбьем жире. Эти же продукты богаты витамином D, недостаток которого вызывает развитие рахита. Недостаток в пище витаминов В₁ и В₂ вызывает, в частности, заболевания нервной системы: быструю утомляемость и повышенную нервную возбудимость, а также заболевания кожи, роговницы глаз и т. п. Витамин С предотвращает развитие цинги, кровоточивости и повышает сопротивляемость организма инфекции. Витамины В₁ и В₂ имеются в большом количестве в пивных дрожжах, горохе, фасоли и в муке грубого помола. Витамин С содержится в лимонах, плодах шиповника и черной смородины, яблоках, помидорах, квашеной капусте, картофеле и других овощах и фруктах.

При отсутствии свежих фруктов полезно приготовить витаминный чай. Его готовят из сухих плодов шиповника и черной смородины. Тех и других плодов берут

по 1 чайной ложке, заваривают их двумя стаканами кипятка, настаивают 1 час, процеживают и прибавляют по вкусу сахар. Такой чай пьют по $\frac{1}{2}$ стакана 3—4 раза в день. Мы привели лишь самые краткие данные, и совершенно естественно, что подробное регулирование пищевого рациона при наличии гиповитаминоза или авитаминоза проводится по указанию врача, тем более что часто в организме имеется недостаток не одного, а нескольких витаминов.

Кормящая родильница не должна употреблять алкогольные напитки и курить, так как алкоголь и никотин вместе с молоком матери попадают в организм ребенка и отравляют его. Точно так же необходимо учитывать попадание в организм ребенка с молоком матери различных лекарств. Поэтому принимать лекарства следует только по назначению врача.

ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Для сохранения здоровья и предупреждения возникновения заболеваний существенно важно всеми способами повышать сопротивляемость организма. Именно с этой целью как во время беременности, так и в послеродовом периоде женщинам рекомендуется делать специальные физические упражнения.

Большое положительное значение физических упражнений для родильниц состоит в том, что благодаря этим упражнениям:

1) повышается тонус нервной системы — главного регулятора всех жизненных процессов — и тем самым повышается тонус всего организма;

2) эффективнее и более быстро протекает процесс обратного развития половых органов родильницы;

3) укрепляются мышцы тазового дна и промежности, что имеет большое значение для предупреждения опущения и выпадения стенок влагалища и матки; опущение указанных органов вызывает длительные страдания (боли внизу живота и в пояснице, частое мочеиспускание, недержание мочи и т. п.);

4) уже вскоре после начала физических упражнений женщины чувствуют себя бодрее, у них улучшаются функции сердечно-сосудистой системы и органов дыха-

ния, улучшаются аппетит, процессы пищеварения и действие кишечника, регулируется и удлиняется сон, и скорее восстанавливаются силы родильницы.

В сумме эти факторы способствуют правильному течению послеродового периода и тем самым лучшему вскармливанию ребенка.

Специальными наблюдениями установлено, что количество осложнений у родильниц, проводивших физические упражнения, меньше, чем у тех, кто пренебрегал ими.

Необходимо помнить, что физические упражнения выполняются только по указанию и назначению врача и лишь в тех случаях, когда не было осложнений в родах и нет их в послеродовом периоде. Другими словами, никакая «самодеятельность» в этом отношении не должна иметь места.

Обычно применение физических упражнений можно начинать со 2-го дня после родов. Предписанные упражнения, обучение которым происходит в родильном доме, следует продолжать и после выписки домой. Комплексы упражнений для разных периодов после родов (после 2—3-й, 4—5-й и 6—8-й недель) различны и видоизменяются постепенно под наблюдением и по указаниям врача физической культуры или инструктора-методиста.

Перед упражнениями родильница должна опорожнить мочевой пузырь и забинтовать живот широким полотенцем или специальным широким куском полотна, чтобы избежать выпячиваний живота и расхождения мышц брюшной стенки.

Физические упражнения должны производиться без напряжения и не должны вызывать утомления родильницы. Они должны производиться после проветривания комнаты (летом — при открытом окне). После упражнений следует обмыть тело водой комнатной температуры, с последующим растиранием кожи полотенцем досуха. Производить упражнения при низкой температуре воздуха не рекомендуется.

Благодаря физическим упражнениям работоспособность родильницы восстанавливается быстро и полностью в течение предоставленного ей отпуска после родов. Поэтому несмотря на значительную нагрузку кормящей матери она должна стремиться к выполнению указанных ей врачом физических упражнений.

По окончании послеродового периода, то есть через 8 недель после родов, весьма целесообразно приступить к выполнению обычной гигиенической гимнастики, опять-таки лишь после совета с врачом и по его указаниям.

УХОД ЗА МОЛОЧНЫМИ ЖЕЛЕЗАМИ (ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ГРУДНИЦЫ)

К числу нередких осложнений, наблюдающихся в послеродовом периоде, относятся заболевания сосков и молочных желез.

Для предупреждения этих заболеваний в послеродовом периоде беременным еще до родов в женских консультациях даются соответствующие указания.

Из числа заболеваний, наиболее часто встречающихся у кормящих женщин, прежде всего следует отметить трещины сосков. Нередко поверхностные нарушения эпителия кожи сосков не вызывают никаких болезненных ощущений, но родильницы при наличии трещин сосков отмечают боли, иногда очень сильные (особенно у молодых и блондинок), которые даже нарушают порядок и ритмичность кормления ребенка грудью. Трещины сосков бывают мелкими, поверхностными, а иногда и очень глубокими, с образованием язвочек на сосках.

Существует много причин, вызывающих трещины сосков. К их числу относятся: 1) неправильности техники кормления ребенка; 2) неумелое сцеживание молока руками; 3) неправильный уход за сосками; 4) длительное кормление новорожденного в первые дни «пустой» молочной железой, в результате чего на сосках образуются пузырьки, а затем трещины.

Трещины сосков легко заражаются микробами, чаще всего посредством загрязненных рук либо нестерильными предметами (ватой, накладками для сосков, молокоотсосами и т. п.), а также с кожи, из воздуха, при кашле, чихании и т. п. Особенно следует опасаться переноса руками на соски послеродовых выделений, в которых имеются многочисленные болезнетворные микробы (стафилококки, стрептококки, кишечная палочка и др.), являющиеся причиной серьезных и опасных заболеваний. Трещины сосков — заболевание и само по себе очень тягостное, длительное, нередко повторяющееся

вновь после кратковременного заживления. Но особенное значение имеет опасность перехода инфекции, то есть микробов, с сосков на молочную железу и образование так называемого мастита, или грудницы (гнойного воспаления молочной железы).

Необходимо отметить, что у первородящих мастит наблюдается вдвое чаще, чем у повторнородящих.

Само собой понятно, что предупреждение образования трещин сосков является в то же время важнейшим условием предупреждения заболеваний маститом. В связи с этим основной задачей является соблюдение чистоты всего тела и особенно рук, так как загрязнение сосков и кожи груди родильницы является главной причиной, способствующей возникновению мастита.

Поэтому перед каждым кормлением руки должны быть тщательно вымыты, после чего они протираются стерильной марлей, обильно смоченной 0,25%-ным раствором нашатырного спирта. Необходимо также систематически коротко подстригать ногти и удалять из-под них грязь с помощью щетки и мыльной воды. Очень полезно ежедневное обмывание молочных желез и верхней части туловища водой с мылом. Сосок и околососковую поверхность перед кормлением следует обмыть свежей кипяченой водой комнатной температуры (для закаливания кожи). Применять какие-либо дезинфицирующие растворы для обмывания соска без указания врача не рекомендуется.

Необходимо чаще сменять постельное и нательное белье, и в особенности лифчики. При наличии больших, свисающих молочных желез их следует приподнимать при помощи косынки, оставляя свободными верхнюю часть груди и соски. Не следует стремиться укутывать молочные железы, так как укутывание их не только не предохраняет от заболевания маститом, но даже способствует его возникновению. Это объясняется тем, что у родильницы часто бывает повышенная потливость кожи и нередко молоко выделяется само, смачивая соски и кожу вокруг них. Таким образом, вследствие укутывания молочных желез они подвергаются воздействию влажного тепла, под влиянием которого кожа и соски разрыхляются, и тем самым снижается их сопротивляемость, что, в общем, создает благоприятные условия для размножения микробов.

Существенное значение для предупреждения образования трещин сосков имеет правильность прикладывания ребенка к груди.

Чтобы не травмировать сосок, надо стараться как можно раньше начинать кормить ребенка сидя, а не лежа. Ребенку надо давать грудь, вводя в ротик не только сосок, но и околососковый кружок.

Образованию мастита способствует также неправильное сцеживание молока из груди или неумелый массаж, при котором происходит разминание и размозжение отдельных участков молочных желез и их протоков.

Само собой разумеется, что родильница должна получить указания врача, как следует лечить трещины сосков и как производить сцеживание молока, необходимость в котором возникает, если ребенок плохо сосет.

При недостаточности питания родильницы либо недостатке в пище витаминов, при ее утомлении или неблагоприятных условиях ее быта также легче возникают трещины сосков и груди.

В конечном счете, важнейшее значение имеет общее состояние организма родильницы, его способность к сопротивляемости инфекции и повышение этой сопротивляемости теми гигиеническими мероприятиями, с которыми мы познакомили читателей в главе о гигиене послеродового периода.

В случае, если уже появились трещины на сосках или боли в молочной железе, недомогание и повышение температуры, необходимо срочно обратиться к врачу (лучше даже вызвать его на дом), но ни в коем случае не применять домашнего лечения по своему разумению или по советам друзей и родственников. В частности, не следует применять без совета и подробных указаний врача даже таких, казалось бы, безвредных средств, как смазывание сосков различными маслами или дезинфицирующими средствами, так как в таких случаях легко можно дополнительно инфицировать имеющиеся трещины сосков.

В дополнение к сказанному выше следует заметить, что иной раз у родильницы под влиянием психической травмы или вследствие других ненормальностей наблюдаются различные изменения в деятельности молочных желез и независимо от величины молочных желез в них нарушается процесс образования молока — в виде не-

значительного его уменьшения или даже полного отсутствия. Иногда эти нарушения наблюдаются с самого начала, тотчас после родов. В других случаях значительное уменьшение молока или полное прекращение его образования имеют место вторично, то есть спустя некоторое время, хотя сначала процесс кормления был совершенно нормальным. Естественно, что такие явления очень нежелательны, так как они могут нарушить правильное вскармливание и развитие ребенка.

Такое вторичное недостаточное образование молока, а затем и полное прекращение его образования чаще всего происходят в результате неправильной техники кормления.

Отделение молока поддерживается лучше всего раздражением, которое производится сосательными движениями ребенка. Большое значение имеет также периодическое, возможно более полное опорожнение молочной железы, для чего следует давать ребенку в одно кормление только одну грудь, а в следующее — другую.

В некоторых случаях недостаточное образование молока может быть обусловлено общими истощающими заболеваниями матери.

Следует указать, что при налаживании правильной техники кормления грудью и при правильном пищевом и общем гигиеническом режиме матери можно устранить имеющиеся нарушения в молокообразовании, и оно вновь становится достаточным. Само собой разумеется, что лечение таких состояний должен проводить только врач.

КРАТКИЕ СВЕДЕНИЯ О КОРМЛЕНИИ РЕБЕНКА И УХОДЕ ЗА НИМ

Мы считаем необходимым дополнить наше изложение советами по уходу за новорожденным и по вопросу его кормления.

Мать и ребенок в нашей стране окружены особым вниманием и заботой, и это открывает советским женщинам большие возможности в обеспечении правильного ухода за новорожденным и создании ему надлежащих условий. Так, например, в женской консультации еще во время беременности женщинам читаются лекции из цикла «Школа матерей». Таким образом, забота о ре-

бенке осуществляется еще до его рождения. Все советы, которые получает беременная женщина в женской консультации по вопросам режима питания, быта и труда, являются необходимыми не только в интересах самой беременной, но и для того, чтобы будущий ребенок мог правильно развиваться.

До рождения плод находится в весьма благоприятных условиях и получает от матери через плаценту все необходимое для его роста и развития (кислород, питательные вещества и пр.). После рождения и перерезки пуповины непосредственная связь между ребенком и организмом матери прекращается и ребенок начинает самостоятельно дышать, а затем в известной степени и самостоятельно питаться. Сразу после рождения ребенок попадает в новую, непривычную для него внешнюю среду и может, следовательно, подвергнуться ряду неблагоприятных воздействий. Это касается многих факторов, и особенно сохранения тепла, так как он может быстро охлаждаться или, наоборот, перегреваться. Естественно, что новорожденный ребенок лучше и быстрее приспособится к новым условиям жизни лишь при правильном уходе за ним.

Уход за ребенком

Сразу после рождения ребенок нуждается в особом тщательном уходе. Для предохранения от гонорейной инфекции новорожденному закапывают в оба глаза по 1 капле 1—2%-ного раствора азотнокислого серебра (ляписа). Кроме того, девочкам такое же закапывание раствора ляписа производится в половую щель. Далее акушерка, принимающая ребенка, соблюдая строжайшую чистоту (асептику), перевязывает и перерезает пуповину и после смазывания ее остатка йодной настойкой накладывает стерильную повязку. Пуповинный остаток чаще всего отпадает на 7—8-й день после родов, и наблюдение за его подсыханием и отпадением ведется во время пребывания матери и ребенка в родильном доме.

В родильном доме новорожденные находятся отдельно от матерей; их приносят к ним 6—7 раз в сутки только для кормления. Уход за ребенком в отделении новорожденных осуществляется врачами-педиатрами и

медицинскими сестрами, которые следят не только за подсыханием пуповинного остатка, но и за температурой, изменениями веса, отправлениями кишечника и пр. Персонал отделений новорожденных хорошо обучен уходу за детьми, и мать ребенка может быть уверена, что за время ее пребывания в родильном доме для ребенка будет обеспечено все необходимое. Однако нужно, чтобы мать еще до выписки из родильного дома сама овладела знаниями по уходу за новорожденным в домашней обстановке и могла бы создать условия для правильного развития ребенка.

Во время пребывания в родильном доме, накануне выписки, детский врач обучает родильниц правилам ухода за ребенком. Кроме того, в 1-й или на 2-й день после выписки домой мать и ребенка посещает патронажная сестра, а затем и врач детской консультации, которые осуществляют наблюдение за ребенком и в дальнейшем.

Родители новорожденного должны позаботиться, чтобы для него было отведено наилучшее место в комнате и чтобы около его постели было достаточно света и воздуха, о чем мы уже указывали в главе о гигиене послеродового периода.

Большое значение для предупреждения весьма опасных для жизни новорожденного гнойничковых заболеваний имеет уход за кожей. Кожу ребенка необходимо осматривать ежедневно и обращать внимание на места, где образуются складки. При появлении красноты эти участки кожи надо смазывать стерильным вазелином, подсолнечным или каким-либо другим растительным маслом. Для стерилизации пузырек с маслом затыкают ваткой и кипятят в кастрюле с водой, налитой выше уровня масла, в течение 5 минут, а затем охлаждают.

Стул у новорожденного бывает обычно несколько раз в сутки, и после каждого испражнения ребенка необходимо обмывать теплой водой, лучше всего под текущей струей кусочком ваты или чистой тряпочкой. Подмывание следует производить спереди назад, по направлению к заднему проходу, чтобы не загрязнить испражнениями половые органы, что особенно опасно для девочек.

Купать ребенка надо каждый день, но начинать купание только с разрешения врача, после отпадения пупо-

винного остатка.купают ребенка в детской ванночке, которая должна содержаться в чистоте. купание продолжается не более 5 минут. Температура воды должна быть 36° по Цельсию, причем измерять температуру нужно не рукой, «на глазок», а ванным термометром. Перед измерением температуры воды ее следует хорошенько перемешать, чтобы избежать ожогов. купать ребенка лучше вечером, перед последним или предпоследним кормлением; после кормления купание не рекомендуется. Во время купания следует положить ребенка спинкой на предплечье левой руки, чтобы головка лежала на локтевом сгибе. Головку необходимо поддерживать над водой, чтобы вода не попадала в уши, рот или нос ребенка. Сначала правой рукой обмывается водой с мылом передняя поверхность тела (грудь, живот, ноги), затем ребенка поворачивают на живот и обмывают спину, руки и ноги, после чего обливают его теплой чистой водой. Обмывание производится ватой (которую после купания выбрасывают) или матерчатой перчаткой. После купания осторожно обсушивают кожу ребенка чистой простыней или полотенцем, прикладывая их, но не растирая кожу.

Одежда ребенка не должна стеснять его движений. В первое время на ребенка надевают распашонку, а затем заворачивают его в две пеленки. Первую пеленку следует сложить треугольником и покрыть ею, как платком, головку ребенка; далее одним концом пеленки покрывают ручку и этот конец подкладывают под противоположный бок ребенка. Другим концом пеленки закрывается вторая ручка, и затем этот конец кладут за спинку в противоположном направлении. Во вторую пеленку ребенка заворачивают до шеи, нижний край пеленки подгибают кверху, наподобие конверта, настолько, чтобы ребенок мог свободно двигать ногами и вытягивать их. Под ягодицы поверх пеленки кладут клеенку размером 16 × 16 см, после чего ребенка заворачивают в одеяло. Для ребенка необходимо иметь следующий комплект белья: 20 тонких летних пеленок, 4 байковых или бумазейных пеленки, 4—6 тонких распашонок, 4 теплые кофточки, простыни для купания, а также летнее и теплое одеяло. Белье ребенка, даже только что приобретенное, следует стирать, обязательно кипятить и проглаживать горячим утюгом, так как при этих условиях

достигается убивание микробов и предохранение кожи ребенка от гнойничковых заболеваний.

У ребенка должна быть отдельная постель; класть его в общую постель со взрослыми нельзя. Матрац лучше иметь жесткий, потому что мягкий матрац может привести к искривлению позвоночника. Поверх матраца кладется клеенка и простыня.

Не следует бояться выносить маленького ребенка на прогулку — ребенку нужны чистый воздух и дневной свет для предупреждения рахита и малокровия. Со здоровым доношенным ребенком можно начать гулять с двухнедельного возраста; если ребенок родился зимой, то лучше выносить его на прогулку с четырехнедельного возраста. Начинают прогулки с 25—30 минут и, постепенно удлиняя их, доводят до 2—3 раз в день по 1 часу. Зимой надо следить, чтобы ребенок был тепло одет. Летом его не следует держать на солнце, а в жаркую погоду гулять с ребенком можно только в тени.

Кормление ребенка

Для нормального роста и развития ребенка, кроме ухода, исключительно важное значение имеет правильное его кормление. Каждая мать должна проникнуться сознанием, что наиболее естественным и полезным является грудное молоко, содержащее все необходимые для правильного роста ребенка питательные вещества (белки, жиры, углеводы, минеральные соли, витамины). В материнском молоке имеются также и особые защитные вещества, которые предохраняют ребенка от многих болезней, а в случае возникновения заболеваний помогают организму ребенка бороться с ними. Особое значение имеет непосредственное кормление ребенка грудью матери, что благоприятствует нормальному течению послеродового периода и благотворно отражается на состоянии ребенка.

Перед кормлением мать должна тщательно вымыть руки с мылом, а затем обмыть сосок ватой, смоченной кипяченой водой, и только после этого ребенка можно приложить к груди. Держать ребенка при кормлении нужно так, чтобы ему удобно было сосать и дышать.

Во время каждого кормления ребенка следует прикладывать только к одной груди. При этом достигается

полное освобождение молочной железы, что способствует достаточной выработке молока.

В первые дни мать кормит ребенка лежа. При кормлении правой грудью мать должна лежать на правом боку и держать ребенка на предплечье правой руки, а левой рукой поддерживать грудь. При кормлении левой грудью мать должна лежать на левом боку. В последующие дни, когда матери уже разрешается садиться, она должна кормить ребенка, сидя на стуле, хорошо прислонившись к его спинке и поставив ногу на скамеечку (при кормлении правой грудью — правую, при кормлении левой — левую).

Доношенного и здорового ребенка до 3 месяцев следует кормить через 3 часа (всего 7 кормлений, с перерывом от 12 часов ночи до 6 часов утра). Этот перерыв необходим и ребенку для нормальной деятельности его желудка и кишечника, и матери, нуждающейся в отдыхе и сне. В возрасте от 3 до 5 месяцев ребенка кормят через 3½ часа (6 кормлений в сутки), а после 5 месяцев — через 4 часа (5 кормлений).

Ребенка следует держать у груди 15—20 минут. Активно сосущий ребенок в состоянии насытиться и быстрее. Но есть менее активные дети, которые сосут медленнее, с перерывами, и их надо кормить дольше (30 минут).

Ребенка необходимо кормить только грудью до 5 месяцев, после чего ему уже бывает недостаточно одного материнского молока и он нуждается в прикорме. В каждом отдельном случае вопрос о времени и разнообразии прикорма должен решаться не самой матерью, а обязательно после совета с врачом.

Как мы уже указывали выше, в первый или второй день после выписки домой мать и ребенка посещает врач или участковая сестра детской консультации. Данные о весе, росте и состоянии новорожденного сообщаются детской консультации при выписке из родильного дома. В дальнейшем, в зависимости от состояния ребенка, врач и медицинская сестра навещают его на дому еще некоторое время. Позднее мать должна систематически показывать ребенка врачу детской консультации, не реже двух раз в месяц. Во время этих посещений врач наблюдает за его дальнейшим развитием. Все советы врача и медицинской сестры относительно ухода

за ребенком и его кормления должны тщательно выполняться, так как это является необходимым для правильного развития ребенка и предупреждения болезней.

При возникновении у матери каких-либо подозрений на заболевание ребенка нужно вызвать врача на дом или отнести ребенка в детскую консультацию.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основной целью авторов настоящей брошюры было научить читательниц практически использовать полученные сведения. Поэтому мы резюмируем вкратце наиболее важные положения для родильниц.

1. Комната, белье и постель, где находятся родильница и ребенок, должны содержаться в чистоте. Уборка комнаты влажным способом должна проводиться ежедневно, и проветривать комнату надо от 2 до 4 раз в день. Чистый воздух предохранит вас и вашего ребенка от заболеваний.

2. Утром и вечером ежедневно обмывайте наружные половые органы теплой водой с мылом. После обмывания обсушивайте половые органы прикладыванием чистой проглаженной салфетки. До и после обмывания руки надо мыть с мылом.

3. Мытье в бане и ванне разрешается через 5—6 недель после родов. До этого следует мыться под душем, а при отсутствии душа — под струей воды из таза.

4. Половую жизнь можно возобновить только через 7—8 недель после родов, лишь после осмотра и разрешения врача.

5. Через неделю после выписки из родильного дома следует обратиться к врачу-педиатру детской консультации, а через 10 дней — к врачу женской консультации. При явке в консультацию предъявите обменно-уведомительную карту беременной со сведениями, заполненными в родильном доме.

6. Питание родильницы может быть обычным, но следует избегать острой, соленой пищи. Наиболее полезны овощи, фрукты, содержащие много витаминов, а также молочные продукты. Спиртные напитки (пиво, водка, вина) и курение вредны как для матери, так и для ребенка.

7. При возникновении недомоганий не лечитесь сами, а сразу же обращайтесь к врачу. Это особенно важно для ребенка при появлении у него каких-либо отклонений от нормы.

8. Лучшим питанием для ребенка является молоко матери. Кормить его надо в определенные часы, указанные врачом.

9. Молочные железы необходимо обмывать 2 раза в день теплой водой с мылом. Перед кормлением ребенка тщательно мойте руки с мылом. Соски перед кормлением ребенка обмывайте свежевскипяченной остуженной водой.

10. Купать ребенка можно после отпадения пуповины только с разрешения врача. Ребенок должен находиться в отдельной кроватке. Не следует его укачивать, особенно после кормления. Оберегайте его от мух и прочих насекомых.

11. Кормление ребенка не предохраняет женщину от возникновения повторной беременности. По вопросу о предохранении от беременности следует обратиться к врачу женской консультации. Возобновление менструации бывает в различные сроки после родов (от 6 недель до года и больше).

12. Не уклоняйтесь от выполнения назначенных вам физических упражнений. Они помогут вам быстрее восстановить работоспособность и укрепят ваше здоровье.
