
Проф. В. Н. ОРЛОВ и д-р М. В. ШПАК

МАТЬ И ДИТЯ

Настольная книга
для женщин



МАТЬ и ДИТЯ

НАСТОЛЬНАЯ КНИГА
• ДЛЯ ЖЕНЩИН

СОСТАВЛЕНА ПРИ УЧАСТИИ:

д-ра С. И. ГЛАДКОВА, д-ра Г. К. ЖИВАТОВА,
д-ра А. А. ЗАРНИЦКОГО, д-ра В. Б. ЛЫСОГОР-
СКОГО, ПРИВАТ-ДОЦЕНТА Л. С. САХАРОВА и д-ра
Н. В. ЧЕРИКОВЕРА

С 92 РИСУНКАМИ



КНИГОИЗДАТЕЛЬСТВО „ОДЕСПОЛИГРАФ“

1928

окрлит № 593.

2-я ГОСТИН. ИМ. ЛЕНИНА
ОДЕССА, ПУШКИНСКАЯ 18.
ТЕЛЕФОН № 5-49.
ЗАК. № 688 ТИРАЖ 6 т. экз.

ПРЕДИСЛОВИЕ.

Настоящая книга предназначена нами для женщин, готовящихся стать матерями, и для молодых матерей, желающих получить необходимые сведения об уходе за ребенком и его воспитании.

Нужда в книге подобного характера всегда была велика. В настоящее же время эта нужда отнюдь не уменьшилась, а скорее увеличилась, поскольку после революции значительно более широкие слои женщин втянуты в общую жизнь страны, стали сознательнее относиться к отправлению своего организма и к уходу за ребенком.

Правда, огромную работу по распространению нужных сведений в этом вопросе проделывают сейчас разбросанные по всему Союзу консультации и сеть других учреждений Охматдета. Но тем не менее и сейчас женщина хочет иметь в своих руках книгу, которая помогла бы ей в общедоступной форме усвоить и закрепить в своей памяти эти сведения и дала бы ей ответы на эти самые важные вопросы ее личной жизни.

Подобная книга должна служить противовесом против нелепых и зачастую опасных советов, которые женщина и в наше время сплошь да рядом слышит из уст невежественных бабок, соседок, женщин старшего поколения.

Учитывая эти обстоятельства, я охотно пошел навстречу предложению книгоиздательства „Светоч“ принять на себя редактирование такой настольной книги для женщин, которая, отвечая требованиям современной науки, давала бы в доступном изложении все, что должна знать мать о себе и о своем ребенке.

С этой целью я, в сотрудничестве с д-ром М. З. Шпаком, опытным популяризатором медицинских знаний, пригласил к участию в составлении этой книги ряд врачей по двум специальностям: гинекологов — врачей по женским болезням и акушеров, с одной стороны, и педиатров — врачей по детским болезням, с другой. Результатом их коллективного труда и является предлагаемая вниманию читателей книга „Мать и дитя“.

Те главы ее, которые посвящены наиболее жизненным вопросам матери, написаны проф. В. Н. Орловым, приват-доцентом Л. С. Сахаровым и врачами: М. З. Шпаком, Г. К. Живатовым, А. А. Зарницким, главы же, касающиеся ухода за ребенком в раз-

личные периоды его развития, принадлежат перу врачей: Н. В. Черикова, В. Б. Лысогорского и С. И. Гладкова.

Книга открывается написанной мною главой, в которой я считал прежде всего нужным ознакомить женщину со строением ее половых органов, с их положением в тазу и отношением одного к другому. Я старался быть в изложении как можно более кратким, но в то же время привести все сведения о половых органах женщины. Вслед за анатомией я перешел к физиологии этих органов, особенно яичников, затем коснулся функции каждого из них и тех гигиенических мероприятий, какие принимаются в важные для жизни женщины моменты, как-то: менструация и половые отношения.

Приват-доцент Л. С. Сахаров в следующих главах знакомит читательницу с беременностью, родами и послеродовым периодом, как нормальным, так и болезненным, и дает ряд полезных советов женщине, как поступить в том или другом случае. Все это очень важно знать, ибо беременность, роды и послеродовой период составляют один из серьезнейших периодов жизни женщины.

Главы „Гигиена беременности и послеродового периода“, написанные д-ром М. З. Шпак, затрагивают почти все вопросы, интересующие современную женщину-мать. Довольно подробно изложены правила гигиены беременной, касающиеся ухода за телесной чистотой, этого главного профилактического мероприятия во время беременности по предупреждению заболевания родильной горячкой. При изложении ухода за грудными железами, на ряду с прежним способом „дублирования“ сосков, упоминается о более новых методах ухода, стремящихся к сохранению наибольшей мягкости и эластичности кожи грудных сосков и предохраняющих от появления трещин. Рекомендуются надлежащий уход за кожей живота (массаж), являющийся столь важным и в то же время мало распространенным гигиеническим правилом. По вопросам питания здоровой и больной беременной даны необходимые указания и отмечено значение питания для легкого родоразрешения при тех или иных особенностях строения организма женщины (диета Ламана, Проховника). Уделено должное внимание половой жизни беременной, вопросу о приеме лекарств, производству операций и другим более новым врачебным мероприятиям, как гипноз, рентген и др. Профессиональная гигиена беременной, являющаяся столь важным современным вопросом, к сожалению, в настоящей книге могла быть изложена только весьма кратко. При описании отклонений от нормального хода беременности упомянуты почти все заболевания, могущие привлечь внимание женщины. При изложении послеродового периода автором указан режим женщины в первые недели после родов, с упоминанием старых методов и более новых, известных под названием „раннее вставание“ после родов, и, в особом добавлении, сделана попытка дать ответ на волнующий всех женщин вопрос, — „сколько раз и как часто может женщина ро-

жать детей". а также приведено описание наиболее известных в настоящее время способов предупреждения беременности, являющегося, по мнению автора одним из способов борьбы с современным бичем не только женщины, но и всего человечества — искусственным абортom.

Д-р Г. К. Живатов ведет речь о заболеваниях женских половых органов, предупреждении женских болезней и их лечении, доступном больной, рекомендуя все же чаще обращаться к врачу, какой бы простой ни казалась женщине ее болезнь. В этой главе читательница почерпнет очень много полезных для себя сведений и делается более серьезной и внимательной по отношению к себе. Наблюдения над женщинами убеждают, как женщины мало думают о своем здоровье. Нужно, чтобы было много серьезно выраженных признаков в виде болей и кровотечений, и тогда только больная, спохватившись, обращается к врачу. Например, женщина может долго ходить с разрывами промежности и не обращаться за медицинской помощью, и тогда только, когда начинает выпадать матка, она идет к врачу. Еще хуже дело обстоит с злокачественным новообразованием — раком матки. Даже удивительно, как в этом случае больные невнимательны к себе. Скажем, у больной уже давно прекратились регулы, наступил климактерический возраст, вдруг, через два года появляются крови. Это ненормально, но больная все-таки не сразу обращается к врачу, а между тем рак может идти уже во всю. В этом направлении можно привести много примеров. Глава, написанная д-ром Живатовым, может научить женщину, как она должна к себе относиться, и знакомит ее с различными женскими болезнями.

Главы о ребенке посвящены уходу за новорожденным, грудным младенцем и ребенком в раннем детском возрасте.

В главе о новорожденном д-р Н. В. Чериковер останавливается подробно на всех моментах жизни новорожденного, дает ясные и подробные указания, как ухаживать за ним. Он рассказывает о жизненных особенностях новорожденного, как доношенного, так и недоношенного, о различных заболеваниях его, а главное, не упускает из виду предупреждения их, особенно гонорреи глаз, заболевания пупка и остро-заразных заболеваний, обращает внимание матерей на ряд кожных болезней, о которых обычно мало упоминают, но которые в жизни так часто встречаются у маленьких детей. Автор дает сведения о врожденных слабых детях, о пороках развития, а также о туберкулезе и сифилисе у новорожденных.

В главе „Гигиена грудного возраста“ д-р В. Б. Лысоорский останавливается довольно подробно на естественном кормлении грудью, подчеркивая необходимость его для каждой матери и ребенка научными доводами и примерами. Уделено должное внимание практическим советам, как кормить, прикармливать, отнимать от груди, ухаживать и воспитывать грудного ребенка. В изложении своем автор дает указания, как поступить в затруднительных случаях до прихода врача, и рассеивает многие распространенные вредные предрас-

судки. Часть главы посвящена гигиене матери-кормилицы. Обращено внимание матери на предупреждение наиболее часто встречающихся в грудном возрасте заболеваний (грипп, рахит и др.), при чем особенное внимание уделено расстройствам пищеварения. Дан ряд практических советов матерям, которые вынуждены прибегать к искусственному вскармливанию, как готовить и сохранять молоко, готовить смеси и отвары. блюда для детей старше 6-ти месяцев. Приведены статистики детской смертности в разных государствах и изложены меры, какие могут быть приняты и принимаются для ее уменьшения.

Д-р С. И. Гладков излагает гигиену ребенка в первые годы его жизни, останавливается подробно на его заболеваемости, столь частой в этом возрасте, и уделяет особенное внимание наиболее частым и опасным заболеваниям остро-заразными болезнями, как корь, скарлатина, коклюш, ветряная оспа и друг. Он излагает в кратких чертах необходимые сведения о каждом заразном заболевании, уходе при этих заболеваниях и о мерах предупреждения их.

Довольно подробно освещен вопрос о резко увеличившихся в последние годы глистных заболеваниях у детей.

Поднятому в последнее время среди врачей вопросу о половом развитии детей также отведено соответствующее место в работе д-ра Гладкова.

В конце книги в главах, написанных д-ром А. А. Зарницким, женщина найдет все, касающееся правовой охраны ее здоровья и труда, ознакомится с законодательством по охране ее здоровья в беременном и небеременном состоянии, а также узнает много данных о правах своих и рожденных ею детей.

Из данного мною изложения содержания книги видно, что женщина в ней найдет все необходимое, как для себя, так и для ребенка. Книга составлена на основании современных научных данных, написана удобопонятным языком и, по моему мнению, должна легко усваиваться читательницами.

Для объяснения текста книга снабжена необходимыми рисунками.

Являясь первым опытом совместной работы врачей—гинекологов-акушеров и педиатров по изданию популярного труда, пытающегося дать исчерпывающие ответы на все вопросы, интересующие беременную женщину, роженицу и мать в первые годы жизни ее ребенка, настоящая книга, естественно, не свободна от недостатков, обычно присущих коллективным трудам, но все же я хочу надеяться, что она сделается настольной книгой каждой женщины и станет для нее надежным руководителем и советником в наиболее ответственные периоды ее жизни.

Профессор В. Н. Орлов.

ГЛАВА ПЕРВАЯ

ЖЕНСКИЕ ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ, ИХ СТРОЕНИЕ, РАБОТА И ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ВСЕГО ОРГАНИЗМА ЖЕНЩИНЫ.

Наружные половые части. Влагалище. Матка. Фаллопиевы трубы. Яичник. Менструация. Первый половой акт. Оплодотворение.

Женские половые органы делятся на наружные и внутренние. К наружным принадлежат наружные половые части, к внутренним — тело матки, Фаллопиевы трубы, яичники, и связки, удерживающие на месте эти органы. Переходом от наружных половых органов к внутренним служит трубка, носящая название—влагалища.

Наружные половые части состоят из половой щели. Она окаймлена с 2-х сторон двумя парами складок, которые носят название больших и малых детородных губ. Большие губы представляют из себя складки кожи с подкожным жировым слоем, на наружной поверхности которых растут волосы; на внутренней поверхности их нет—она совершенно гладкая, розоватого цвета. В толще губ заложены, как в коже других мест, потовые и сальные железы; последних на одном квадратном сантиметре от 20 до 30 штук. У девиц большие губы закрывают половую щель, от частых же родов, совокуплений и с возрастом—они теряют свою эластичность, делаются дряблыми, и половая щель начинает зиять. Кпереди большие губы переходят одна в другую валикообразно, и это носит название передней спайки. Сзади они образуют заднюю спайку. Место, лежащее выше передней спайки, носит название Венерина бугорка.

При раздвигании больших губ обнаруживается другая пара складок, носящих название малых детородных губ.

При сомкнутых больших губах их не видно. Они представляются более нежными, тонкими, чем большие губы, красноватого цвета, сходны по форме с гребнем петуха. Они ограничивают собой преддверие влагалища; сзади они соединяются друг с другом, образуют уздечку, позади которой находится углубление, называемое ладьеобразной ямкой. Кпереди каждая малая губа разделяется на две ножки, которые образуют сверху крайнюю плоть клитора (о нем см. далее), внизу—уздечку его. Малые детородные губы имеют в своей толще сальные железы, которых больше, чем в больших срамных губах, и громадное количество нервов, а в своем поверхностном слое чувствительные нервные окончания. С течением времени малые губы значительно изменяются, выступают из наружных родовых путей, что особенно замечается у женщин, ведущих бурную половую жизнь и у занимавшихся онанизмом.

Среди верхних и нижних ножек малых губ находится особое тельце, тоже богатое кровеносными сосудами и нервами, которое носит название похотника-клитора. Закругленный конец его называется головкой клитора, и она похожа на головку мужского члена. При большом развитии клитора, его можно смешать с недоразвитым мужским половым членом и это может вести к ошибочному предположению: не имеется ли здесь гермафродитизма (гермафродитизм — такое состояние, когда имеется наличие мужских и женских половых частей), и только внимательный осмотр выводит на истинный путь. Клитор, как сказано выше, богат нервами, и на головке его находится масса нервных окончаний. Сальные железы заложены позади головки на внутренней поверхности крайней плоти. Клитор состоит из пещеристых тел, которые перекаладинами делятся на полости, где находится кровь. Эти полости срединной или центральной перегородкой делятся на две половины: правую и левую. Через отверстия в центральной перегородке они соединяются друг с другом.

Вход во влагалище прикрыт у девственниц особой перепонкой, которая носит название девственной плевы. Девственная плева имеет вид более или менее толстой перепонки с кровеносными сосудами и нервами. Она имеет большую часть одно, а иногда несколько отверстий, через которые вытекает менструальная кровь и слизистые выделения. Сосудов в иных плевах бывает так много, что при разрыве их может быть сильное кровотечение, и может потребоваться даже наложение швов.

Встречаются девственные плевы с таким большим срединным отверстием, что не только половое сношение, но даже и роды могут совершаться без разрыва плевы, а только получается сильное ее растяжение. Следовательно, при первом сношении не будет ни капли крови, что нередко и до последнего времени бывает яблоком раздора и вызывает нареkania молодого мужа на неверность жены до свадьбы.

Затем встречается такая плотная девственная плева, что она не разрывается при половом сношении, и может потребоваться оперативная помощь—разрез или даже вырезывание всей девственной плевы. Такая плотность девственной плевы нередко связана с возрастом (наблюдается у перезрелых девственниц). При ненормальном развитии нервов в девственной плеве и нервозности самой больной (истерия) развивается такая чувствительность плевы, что женщина боится полового сношения; тогда тоже приходится вырезывать девственную плеву. Наконец, пленка может не иметь вовсе отверстия; тогда при появлении менструации кровь не стекает наружу, а остается во влагалище и постепенно скопляется там; образуется, с течением времени, опухоль, которая выпячивается между наружными половыми частями. При первом совокуплении девственная плева разрывается чаще всего на два задне-боковых лоскута, вершины которых могут заходить во влагалище. На лоскутах образуются рубцы. После родов девственная плева или—лучше сказать—остатки ее разрываются на целый ряд кусочков, которые сморщиваются в комочки, сидящие по бокам хода во влагалище.

Пространство между малыми губами и девственной плевой называется—преддверием влагалища и здесь расположено отверстие мочеиспускательного канала.

По бокам девственной плевы, снаружи ее, приблизительно на середине, открываются своими выводными протоками две железы, которые носят название бартолиновых желез. Назначение их—увлажнять вход во влагалище и делать его скользким при совокуплениях.

Отделение железы—бесцветная или желтоватая жидкость, содержащая большое количество слизи. Между входом во влагалище и задне-проходным отверстием находится пространство, которое носит название промежности.

Влагалище представляет из себя трубку, в верхнюю часть которой открывается матка (рис. 1). Влагалище, как видно на рисунке, прикрепляется к шейке матки, при чем выше этого места влагалище

образует со всех сторон вогнутости, которые называются сводами влагалища; они разделяются на передний, задний и два боковых: правый и левый. Задний свод глубже всех остальных. При нормальных условиях передняя стенка влагалища лежит на задней и просвета влагалища, как такового, не существует. При нарушении целостности промежности, передняя стенка влагалища теряет свою опору и очень скоро начинает выпадать наружу, а за ней следует и мочевого пузырь; тоже самое может произойти и с задней стенкой влагалища и с прямой кишкой: выпадает задняя стенка, а вместе с ней и прямая кишка. Разрывы промежности должны быть зашиваемы, ибо, как сказано выше, быстро спускается влагалище, а вместе с ним с течением времени опускается матка, а затем выпадает наружу. Многие женщины относятся к себе в этом отношении очень легкомысленно: не обращают внимания на разрывы промежности, смиряются со своим положением, с неприятными симптомами со стороны мочевого пузыря и прямой кишки, пока не выпадает матка; тогда они прежде, чем обратиться к врачу, применяют домашние и нередко вредные средства, чтобы удержать матку на месте.

Во влагалище в нижнем отделе его находятся многочисленные, особенно резко выраженные у девиц, поперечные складки. На передней и задней стенках влагалища, они собираются в продольные складчатые валики. У девственниц складки прощупываются твердыми; от родов и частых сокоуплений эти складки постепенно сглаживаются. Самое широкое место влагалища составляют своды, а самую узкую часть—вход во влагалище, который у нерожавших и у девственниц оказывает некоторое противодействие при врачебном исследовании или при половом сношении и носит название влагалищного кольца.



Рис. 1. Влагалище и матка в разрезе.

Матка, как таковая, различается вполне к 5-му месяцу зародышевой жизни. До этого времени на месте ее существуют лишь два хода (трубки) Мюллеровы, названные по фамилии ученого, который эти ходы впервые описал. Из этих ходов образуются влагалище и Фаллопиевы трубы. Матка делится по стадиям своего развития: на зародышевую матку, на детскую матку и девичью (нерожавшую матку). В иных случаях развитие матки может остановиться на любой стадии, и взрослая женщина может обладать такой недоразвитой маткой со всеми ее последствиями: отсутствием регул, бесплодием и белями.

Вполне сформированная матка делится: 1) на дно, лежащее выше отхождения Фаллопиевых труб, 2) ниже тело матки, а еще ниже 3) шейку ее. Самая объемистая часть—это тело матки. Форма матки грушевидная, сдавленная спереди назад. Задняя поверхность матки образует выпуклость и носит название кишечной поверхности; передняя поверхность почти плоская—называется пузырной поверхностью, она прилежит к мочевому пузырю. Наполнение пузыря влияет на положение матки. Наполненный мочевой пузырь отклоняет матку кзади, а после родов ее смещает в сторону и кверху. Шейка отделяется от тела легким перехватом.

Шейка матки делится собственно на две части: на влагалищную часть, обращенную во влагалище, и имеющую своей верхней границей—прикрепления к матке влагалищных сводов, и на часть надвлагалищную, начинающуюся выше линии прикрепления сводов. Влагалищная часть матки в виде соска смотрит во влагалище, при чем у девиц и у нерожавших имеет коническую форму, а у рожавших—цилиндрическую. На верхушке влагалищной части находится отверстие, ведущее в шеечный канал матки; оно называется наружным отверстием в отличие от внутреннего, ведущего в полость матки из шейки. Передняя и задняя часть влагалищной части матки носит название передней и задней губы ее. При разрыве шейки матки во время родов эти губы резко выражены, при неразорванной же влагалищной части они различаются лишь анатомически. Разрывы шейки после родов ведут к образованию язв, на почве которых может развиваться при раздражении рак. Поэтому все разрывы шейки должны тщательно зашиваться и шейка матки должна быть восстановлена. Кроме развития рака, может быть выворот слизистой оболочки шейки матки, который дает себя знать очень обильными гнойными белями.

Размеры матки. Длина матки у нерожавшей равняется 7—8 сантиметрам, у рожавшей—9 см.; ширина у дна от $3\frac{1}{2}$ до 5 см., у рожавшей доходит до 6 см.; толщина матки спереди назад равняется 2—3 см., у рожавшей— $3\frac{1}{2}$ см.

Шейка матки имеет в длину 3— $3\frac{1}{2}$ см., ширину— $2\frac{1}{2}$ см., толщину $1\frac{1}{2}$ —2 см. Вес нерожавшей матки—40 грамм, рожавшей—120 грамм. Длина влагалищной части матки от $\frac{3}{4}$ до $1\frac{1}{4}$ см., при чем передняя ее часть имеет $\frac{1}{2}$ —1 см., задняя же от $1\frac{1}{2}$ до $2\frac{1}{2}$ см. и даже до 3-х см. На рис. 2а представлена влагалищная часть у нерожавшей, на рис. 2б—влагалищная часть у рожавшей. В первом случае мы видим наружное отверстие без рубцов, во втором оно все окружено рубцами от разрывов после родов.

На рис. 3 изображена матка и ее связочный аппарат, а также Фаллопиевы трубы и яичники.

Матка держится на связках. Часть брюшины, покрывающая матку и ее придатки, носит название широких связок. Эти связки держат матку на должной высоте. Они, покрывая матку, переходят на боковые

стерки таза. В связках заложены Фаллопиевы трубы — *а*, яичники — *б*. Впереди матки идет круглая маточная связка — *в*. Она начинается от углов матки, идет по передней ее поверхности и передней поверхности широкой связки, входит в, так называемый, паховый ка-

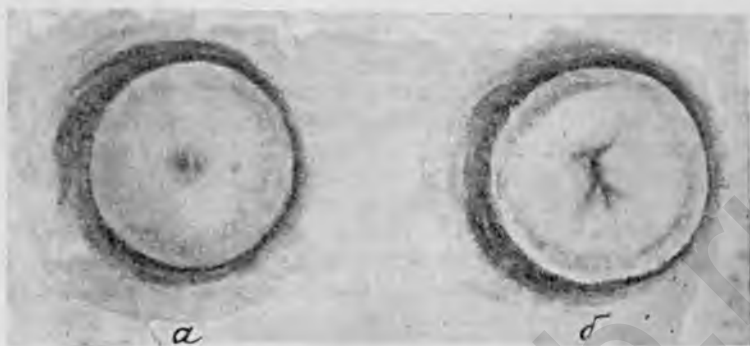


Рис. 2. Наружное отверстие матки: *а* — у нерожавшей; *б* — у рожавшей.

нал, выходит из его наружного отверстия и оканчивается в коже больших срамных губ.

Эти связки держат матку в нормальном ее положении: своим телом матка наклонена наперед, и между телом и шейкой есть тупой угол. Такое положение не вызывает у женщины никаких ощущений; другое дело, если круглые маточные связки ослабевают, тогда матка



Рис. 3. Матка со связками, яичники и трубы: *а* — труба, *б* — яичник, *в* — круглая связка, *г* — широкая связка матки.

своим телом идет назад, наклоняется назад и начинает вызывать болезненные симптомы: местные — болевые, кровотечение и общие — чисто нервные, головные боли, желудочно-кишечные явления и т. д. Такое расслабление связок и, в силу этого, развивающееся неправильное положение матки наблюдается, главным образом, после родов, или выкидыша. Разумное отношение к родовому акту и послеродовому пе-

риоду может спасти больную от подобного осложнения. Родильница не должна торопиться вставать после родов, ей нельзя лежать долго на спине, и она должна хорошо питаться. Наполнение прямой кишки и мочевой пузыря резко меняют после родов положение матки: они то поднимают матку кверху, отклоняя в сторону, то наклоняют ее наперед, то отклоняют ее кзади. При расслаблении широких связок матки, матка опускается книзу и может с течением времени даже выпасть наружу или вся целиком, или только своей нижней частью.

Кроме вышеупомянутых связок, существуют еще крестцово-маточные связки. Они отходят от задней поверхности нижней части тела матки, приблизительно, на уровне внутреннего зева и прикрепляются к крестцовой кости и к боковой поверхности прямой кишки. Эти связки тоже принимают участие в поддержании матки в нормальном положении.

Из уродств матки следует назвать двурогую матку. Мюллеровы ходы слились и образовали влагалище; они также слились на всем протяжении матки, но перегородка между ними не исчезла, и полость матки является двойной. Если перегородка не исчезает во влагалище — то образуется двойное влагалище. Если один Мюллеров ход развивается, а другой уничтожается, то у больных возникает тогда одно роговая матка. Другой случай, когда один ход превращается в матку — однорогую, а другой — в виде придатка (добавочного рога) сидит на ней, при чем с ней он не сообщается, а сообщается через Фаллопиеву трубу с брюшной полостью и соответствующим яичником. В нем может возникнуть беременность. Беременность в добавочном роге матки ведет к тем же припадкам и требует такого же оперативного лечения, как внематочная трубная беременность.

Фаллопиевы трубы. В ту и другую стороны от матки, имея исходной точкой углы ее, лежат трубчатые органы, носящие название Фаллопиевых труб. Длина их 8—10 см. и более. У зрелых они представляются сильно извитыми, у новорожденных извилины значительно сглаживаются, а у взрослых женщин имеются незначительные извилины и то лишь в наружной половине труб. Каждая труба имеет два конца: наружный и внутренний — и два отверстия, из которых одно открывается в матку, — оно так узко, что едва пропускает щетинку; другое отверстие открывается свободно в брюшную полость и значительно шире первого. Брюшная часть трубы оканчивается воронкой, окаймленной бахромой — ворсинками, при чем одна из них переходит на нижележащий яичник; эта ворсинка служит как бы мостом для перехода яйца из яичника. Сверху труба покрыта широкой связкой. (См. рис. 4).

Фаллопиевы трубы имеют такое же строение, как матка; они, соединены с маткой при помощи отверстий, и нередко заболевание из полости матки непосредственно переходит в Фаллопиевы трубы. На этой почве возникают различные воспаления труб, вызывающие тяжелые болезненные припадки. При зарощении Фаллопиевых труб на их протяжении оплодотворенное яйцо может не пройти в матку, а застревает у места сращения, и тогда начинается внематочная беременность (трубная) со всеми ее последствиями. В силу этого женщина должна обращать самое серьезное внимание на малейшее заболевание матки. Бели, какие бы они ни были, должны привлекать внимание женщины, и она должна обращаться к врачу для лечения их.

Возбудителями воспалений матки и труб бывают различные микробы; между ними главное место занимают гонококки (трипперные

микроорганизмы), затем идут гноеродные и другие болезнетворные микробы, попадающие в половые части чаще всего после родов или после выкидыша.

Яичники. Яичник имеет вид приплюснутого яйца до 4 см. длиной, $2\frac{1}{2}$ см.—высотой и $1\frac{1}{3}$ см.—толщиной. Поверхность яичника в детстве гладкая, а затем она, с течением времени, принимает все больше и больше бугристый вид, что связано с процессом овуляции (выделение яйца). В старческом возрасте яичник значительно сморщивается и постепенно атрофируется.

Задне-верхняя поверхность яичника выпукла, а передне-нижняя плоская; верхний край дугообразен, нижний же край, где входят со-

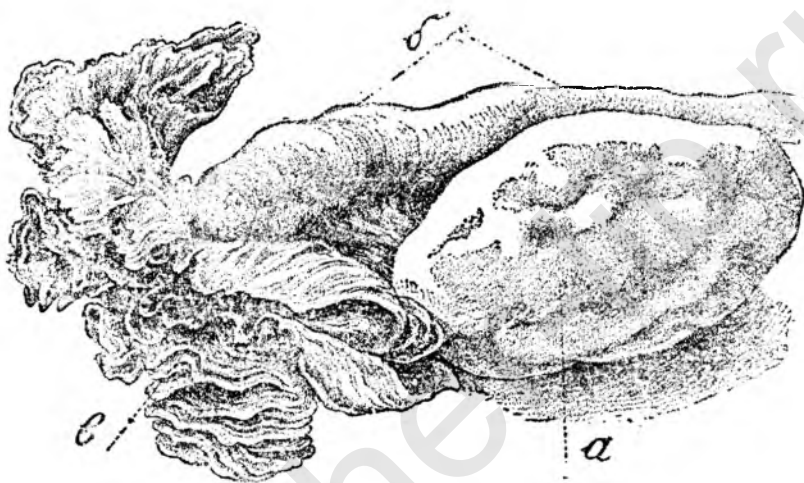


Рис. 4. Яичник и труба с бахромками: а — яичник, б — труба, в — бахромки трубы.

суды, носит название ворот яичника; через них входят в яичник кровеносные сосуды и нервы.

Яичник состоит из 2-х слоев: коркового слоя и мозговидного или сосудистого. Первый расположен по поверхности, и в нем заложены важные части яичника — это особые мешочки, которые носят название фолликулов; их в яичнике громадное количество. Из них образуются особые пузырьки, так называемые Граафовы пузырьки, в которых находится зрелое яйцо. Оно в фолликуле расположено посредине, а в Граафовом пузырьке на особом выдающемся холмике.

Яйцевая клетка резко отличается от других клеток, организма как своей величиной — она по своим размерам больше других клеток, — так и по наружному виду. Невооруженному глазу она представляется желтовато-белым шариком. Между мешочками, содержащими яйцевые клетки (яйца), находится масса кровеносных сосудов и нервов, которые окружают со всех сторон эти мешочки и управляют их жизнедеятельностью. Сосуды и нервы проходят через ворота яичника и через сосудистый слой. Для выхода яйца из Граафова пузырька он должен лопнуть.

После разрыва Граафова пузырька и выхода из него яйца оставшаяся полость наполняется кровью из сосудов разорванных стенок пузырька, и впоследствии здесь образуется особое тело, которое носит название желтого тела. С течением времени это тело постепенно уменьшается, бледнеет и в конце-концов превращается в рубец, который

имеет вид бороздки на яичнике. С возрастом женщины количество этих бороздок увеличивается, и после окончания периода менструаций яичник представляется весь бугристым и резко уменьшившимся сравнительно с молодым яичником в расцвете половой жизни женщины. Работа яичника начинает проявляться у женщины внешне с момента достижения женщиной половой зрелости, приблизительно между 12—14 г.г. жизни. Она проявляется прежде всего в форме регулярно наступающих менструальных кровотечений (менструаций, месячных, регул) из матки. Они у каждой здоровой женщины должны приходиться ежемесячно правильно, т. е. через известное число недель и продолжаться определенное число дней (3—4 дня). При заболевании яичников, матки, а также нервной системы и других органов часто изменяется порядок прихода месячных и их продолжительность. Появление менструации есть главный показатель деятельности яичников. Если есть менструации, то это значит, что происходит выход яйца из яичника; но бывают случаи, что яйцо выходит из яичника, а менструации может не быть. Так во время кормления ребенка грудью нередко не бывает менструации, а выходение яйца (овуляция) происходит правильно. Надо знать, что возможно наступление беременности без менструации. Большинство женщин во время кормления грудью ребенка считают себя гарантированными от новой беременности и иногда жестоко ошибаются—беременность наступает и великолепно продолжается.

Отсюда вывод—овуляция может быть без менструации, но менструация не бывает без овуляции. Иногда у женщины появляется менструация неправильно под влиянием различных душевных волнений или острозаразных заболеваний, но это не будет менструация, а просто кровотечение, вследствие раздражения центров спинного мозга под влиянием заразы, высокой температуры или душевного волнения, которые управляют сосудистой системой матки и ее придатков.

Время появления менструаций в первый раз зависит от многих условий: от климата, расы, конституции (совокупности свойств и особенностей данного организма). Рядом с климатом и расой весьма важное значение в отношении времени наступления половой зрелости имеют условия жизни и большей или меньшей обеспеченности. Несомненно доказано, что жительницы городов и девушки богатых классов раньше начинают носить крови, чем деревенские жительницы и женщины из менее обеспеченных классов населения.

Первому появлению менструаций предшествуют различные симптомы, часто нервного характера; нервная раздражительность без всякой видимой причины доходит до истерических припадков. Я наблюдал несколько случаев, где перед началом менструации появлялись припадки падучей болезни, и эти припадки повторялись время от времени до тех пор, пока не установился правильный тип менструации.

Во время менструации часто наблюдаются различные ощущения и изменения в отдаленных органах. Напр., тянущие боли в грудях, сопровождаемые уплотнением и набуханием желез. У некоторых женщин перед наступлением менструаций и во время них наблюдается общее ослабление физических и психических способностей. В случае наступления менструаций могут появляться заменяющие их кровотечения из других органов (зубов, носа, гортани, кишечника, легких и т. д.). Наблюдаются случаи покраснения глаз, а также понижение остроты зрения с сужением поля зрения, слезотечение, светобоязнь. Появляются отеки лица, век. Наблюдаются изменения на коже: образование угрей, краснота, зуд кожи, пигментация и т. д.

На 5-м и 6-м десятке лет, а у некоторых женщин даже на 4-м, прекращается работа яичников, и к этому времени прекращаются менструации. Очень часто не сразу прекращаются менструации, а постепенно удлиняются промежутки между двумя кровопотерями, и сила последних все ослабевает. Нередко бывают сильные кровотечения (климактерические кровотечения), вследствие слабой, недостаточно сократительной способности матки. Яичники все уменьшаются и доходят в конце концов до величины вишни. Наряду с уменьшением яичников происходит сморщивание матки, то же самое замечается на наружных половых органах и влагалище. Климактерический возраст (прекращение регул) отражается также и на всем организме в целом, что выражается в нарушении равновесия в сосудистой и нервной системе. Так, нередко бывает физиологическое повышение кровяного давления, которое сопровождается чувством стеснения в сердечной области, сердцебиением и т. п. Приливы крови в голову, то жар, то холод охватывают женщину без всякой видимой причины.

Прекращение работы яичников и наступление климактерия ведет женщину к ожирению; появляется склонность к развитию экзем. зуда, угрей и т. д. Часто появляются усы. Является известная склонность к изменению в суставах хронического характера.

Первый половой акт. На него женщина должна обращать особенное внимание, ибо первое половое сношение может вести к заболеванию, с которым всю жизнь придется носить. Я уже говорил о возможности заражения триппером; женщина тут не при чем, так как едва ли она может предугадать его присутствие у мужчины. В этом случае вся вина ложится на мужчину, который, не вполне вылечившись от триппера, вступает в брак и половое сношение. На всю жизнь женщина делается больной. Кроме триппера, женщина может заболеть и от инфекции, поступающей снаружи, как-то: может заразиться гноевыми микробами и палочками из прямой кишки. Первое половое сношение должно быть обставлено так, как будто бы дело идет о малой операции. Всякие брачные путешествия должны быть запрещены, ибо вагон и пароход очень непригодны для сохранения чистоты. Прежде было в большой моде — молодым после венца уезжать в брачное путешествие; можно допускать его лишь на 8—9-й день после первого полового сношения, когда рана на краях от разрыва девственной плевы зарубцевалась.

Обмывания половых частей водой с мылом должны стать на первом плане и производиться ежедневно, так как при грязном содержании наружных половых частей на них разводятся воздушные микроорганизмы, дрожжевые грибки, которые служат источником заболевания наружных половых частей. Это заболевание ведет к появлению белей слизистых, гнойных и слизисто-гнойных; развивается сильный зуд в наружных частях, что, в свою очередь, может вести к расчесам и экземе (гнойной). У девочек и девушек это может служить поводом к рукоблудию (онанизму). С наружных половых частей заболевание может переходить во влагалище и дальше на шейку матки и ее полость. Если нет никакого заболевания и подозрения на заражение, я не рекомендую делать дезинфицирующих спринцеваний: они могут быть не только бесполезны, но даже и вредны, так как все время раздражают слизистую оболочку и обуславливают приток крови к ней. Можно для чистоты влагалища делать промывания кипяченной теплой водой (28° R), и этого будет вполне достаточно. Некоторые женщины несмотря ни на что, спринцуются дезинфицирующими веществами; в результате этого, на почве постоянного вышеуказанного раздражения

лекарственным веществом может получиться катар слизистой оболочки влагалища в случаях, где его раньше никогда не было.

Во время менструации женщина должна себя держать также по возможности в чистоте. Для собирания крови употребляют хорошо вымытые и прокипяченные косынки из полотна или особые гигиенические подушечки из гигроскопической ваты. Они должны часто меняться в первые дни несколько раз в день, а затем 2—3 раза в день. Также рекомендуется, по крайней мере, 2 раза в день, обмывание наружных половых частей теплой водой с мылом. Затем женщина должна следить за правильностью стула. Для этого следует ставить ежедневно клизмы или принимать легкие слабительные, как-то: гемороидальный порошок (одну чайную ложку на $\frac{1}{2}$ стакана воды на ночь), Боткинский порошок (1—2 чайных ложки на $\frac{1}{2}$ стакана воды), пилюли и капли каскарина и т. п. Платье должно быть совершенно свободно, нигде не давить. При нервном расстройстве и в подавленном состоянии духа рекомендуется принимать валерьяновые капли, бромистые препараты. Во время регул должен быть полный моральный покой. Пища должна быть принимаема легкая и в умеренном количестве. Спиртные напитки, половое сношение запрещаются во время регул, и разрешаются только через 2—3 дня после них.

Общая ванна допускается также через 2 дня после регул.

Оплодотворение. Для оплодотворения нужны женское яйцо и мужская половая клетка носящая название сперматозоида.



Рис. 5. Сперматозоиды, сильно увеличенные.

Яйцо, как сказано было выше, выходит из яичника—из, так называемого, Граафова пузырька, когда он лопается. Яйцо, вышедшее из яичника, должно попасть в трубу. Обычно оно попадает в трубу той же стороны, где лопнул Граафов пузырек, путем перехода из яичника по складке, соединяющей трубу с яичником. Но яйцо может попасть и в трубу другой стороны, если оно выбрасывается из яичника прямо в свободную брюшную полость, откуда с помощью жидкости, находящейся всегда в движении в брюшной полости, вгоняется в трубу. По трубе яйцо передвигается с помощью ресничек, во-

лосков, которые все время колеблются и передают яйцо один другому; этому передвижению помогает сокращение самой стенки Фаллопиевой трубы. Передвижение яйца по трубе от яичника в матку продолжается приблизительно от 4-х до 8-ми дней. Оплодотворение

совершается в трубе ближе к ее наружному концу. Пособником оплодотворения является мужской элемент, носящий название, как я сказал выше, сперматозоида (рис. 5). Сперматозоиды обладают самостоятельными движениями, при чем последние очень энергичны. Кислая жидкость их губит, щелочная оживляет. Вот почему мы рекомендуем против беременности, как предохранение, кислые спринцевания тотчас же после полового сношения. Такие спринцевания должны быть сделаны толково, так, чтобы жидкость при спринцевании не выходила сразу наружу, а чтобы ее больше скопилось во влагалище. Для этой цели при введении наконечника во влагалище рукой закрывают влагалищную щель, а затем ее убирают, как только убедились, что воды вошло во влагалище довольно много. Выпускают воду, а потом снова рукой закрывают, и таким образом всю кружку можно провести через влагалище и все семя вымыть, тем более, что при половом сношении семя,

главным образом, попадает в задний свод. Непосредственно в шейку матки сперматозоиды попадают редко. Как только сперматозоид попал в канал шейки матки, он находится в более благоприятных условиях, хотя и здесь много сперматозоидов гибнет. Затем они проникают в обе Фаллопиевы трубы, и в ту, и в другую одинаково, так как препятствий не имеется. Наконец, в одной из труб сперматозоиды встречают яйцо и оплодотворяют его при чем для оплодотворения яйца требуется лишь один сперматозоид. Местом встречи сперматозоидов с яйцом обыкновенно считают брюшной конец Фаллопиевой трубы, который носит название, как сказано выше, в о р о н к и

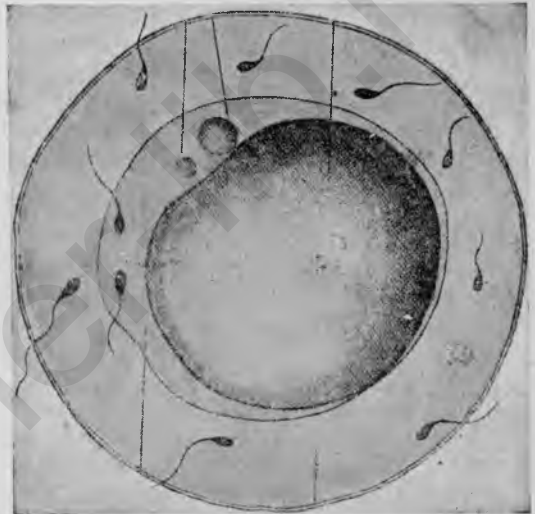


Рис. 6. Яйцо кроличихи со сперматозоидами.

трубы. Если в яйцо попало несколько сперматозоидов, то, когда один оплодотворил, остальные погибают, прекращают свои движения. Всех сперматозоидов, проникающих в половой канал, насчитывают свыше 200 миллионов; один только служит для оплодотворения, а остальные погибают. На рис. 6 показано внедрение сперматозоидов в яйцо кроличихи.

Когда оплодотворяющий сперматозоид проникнет в яйцевую клетку, хвостик его, повидимому, растворяется в существе последней. Головка набухает, превращается в мужское ядро, которое сближается с ядром яйцевой клетки и, наконец, сливается в одно ядро, из которого уже образуется зародыш. Предварительные стадии деления яйца для образования зародыша происходят в трубе, а затем яйцо переходит в матку и прикрепляется в стенке матки в различных ее частях (рис. 7), внедряется в слизистую оболочку матки, которая ко времени внедрения яйца разрастается, делается богатой кровеносными сосудами и клетками. В таком состоянии слизистая оболочка носит название децидуальной или отпадающей ткани, т. к. она после

родов отделяется и выпадает из матки. Яйцо погружается в эту ткань и сверху ею закрывается. Вокруг плодного яйца образуется особая оболочка, покрытая отростками, как видно на рис. 8. Отростки бывают вначале совершенно одинаковы, а затем на стороне, обращенной к матке, они сильно разрастаются, а на другой стороне пропадают. Отростки носят название ворсинок, и поэтому оболочка называется ворсинчатой. Из ворсинок, обращенных к матке, образуется детское место.

Затем ближе к плоду находится другая оболочка, весьма тонкая, прозрачная, которая носит название водной оболочки, так как

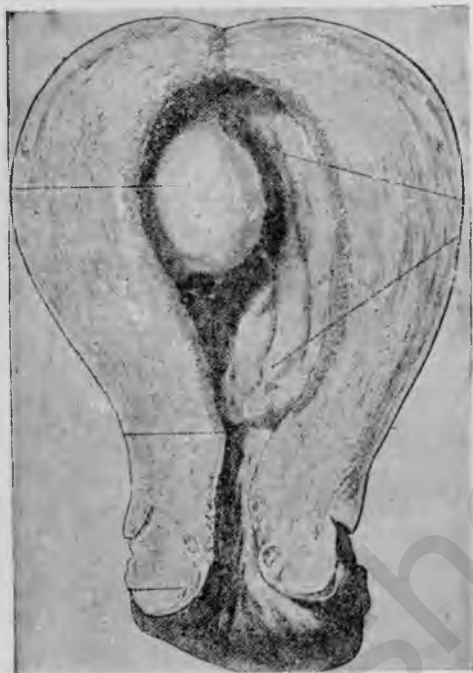


Рис. 7. Матка с плодным яйцом на 4-й неделе беременности.



Рис. 8. Плодное яйцо на 3-м месяце. Видна ворсинчатая оболочка.

она образует вокруг плода пузырь, наполненный жидкостью — околоплодной водой, в которой плавает зародыш. Вначале эта жидкость прозрачная, а затем мутная, благодаря тому, что к ней прибавляется отделяемое сальных желез кожи зародыша, волоски, поверхностные клетки кожи. Количество жидкости в конце беременности бывает различное, от $\frac{1}{3}$ до $1\frac{1}{2}$ литров. При заболевании почек количество жидкости увеличивается; при, так называемом, гидрамнионе (водянке) количество околоплодной воды достигает колоссальных размеров. При большом количестве жидкости могут устанавливаться неправильные положения плода, а затем, вследствие чрезмерного растяжения матки жидкостью, роды наступают гораздо раньше конца беременности — недоношенным плодом. При отсутствии жидкости могут быть различные уродства плода; при небольшом количестве ее роды идут медленно и с большим трудом, они называются сухими родами. Часто при этом требуется оперативная помощь в виде наложения щипцов на головку ребенка или извлечения его за ягодичный или ножной конец.

ГЛАВА ВТОРАЯ.

БЕРЕМЕННОСТЬ.

Изменения в организме женщины во время беременности. Признаки беременности. Продолжительность беременности. Развитие утробного плода. Положение и членорасположение плода.

Изменения в организме женщины во время беременности.

Поселение оплодотворенного яйца в матке вызывает ряд изменений как в самой матке, так и во всем организме женщины.

Изменения в половой сфере.

Небеременная, нормальная матка женщины имеет в длину 7—8 см. и в ширину 4 см. — у нерожавшей, а у рожавшей длина может достигать $9\frac{1}{2}$ и ширина $5\frac{1}{2}$ см.; к концу же беременности длина матки увеличивается до 36— $36\frac{1}{2}$ см., а ширина до 24—25 см. Такое увеличение объема матки объясняется, с одной стороны, увеличением самого органа, а с другой — растяжением его. Увеличение самого органа доказывается тем, что вес его в небеременном состоянии колеблется от 30 до 100 грм., к концу же беременности достигает 1000 грм. Увеличение это зависит от увеличения каждого мышечного волокна в отдельности и всей массы вместе, т. е. наблюдается истинный рост мышечной стенки матки (рис. 9). Каждое мышечное волокно увеличивается в длину в 10—12 раз, а в ширину в 3—5 раз; но не только мышца матки увеличивается, увеличиваются и другие элементы стенки матки — кровеносные сосуды (артерии и вены) становятся крупнее, стенки их утолщаются, просвет расширяется, и они удлиняются. Такое увеличение кровеносного русла является необходимым для усиления и ускорения кровообращения в целях питания плода. Интересно отметить, что утолщение стенки матки не всюду одинаково, и особенно велико там, где прикрепляется детское место. С другой стороны, замечено, что в первые три месяца на первом плане стоит утолщение стенок матки, а затем следует растяжение полости матки растущим яйцом, так что к концу беременности толщина стенки матки не превышает одного сантиметра.

Лимфатические сосуды, также как и кровеносные, весьма расширяются; соединительная ткань, в которой заложены мышцы, кровеносные и лимфатические сосуды и нервы, разрыхляется и пропитывается серозной (водянистой) жидкостью. (Лимфой называется жидкая часть крови, которая находится в тканевых щелях организма и в особых сосудах, по которым она движется).

Грушевидная форма небеременной матки постепенно переходит при беременности в шаровидную. В первые месяцы в том месте, где прикрепилось яйцо, стенка матки выпячивается, так что матка представляется несколько несимметричной. Эта несимметричность с 4-го месяца начинает сглаживаться, благодаря усиленному росту другой части матки, так что в 5-м и 6-м месяцах форма матки все больше и больше приближается к шаровидной, чтобы к концу беременности принять яйцевидную форму. Последняя форма матки является наиболее частой, хотя нередко можно наблюдать матки цилиндрические, круглые, что зависит от ряда причин, из которых немаловажную роль играет положение плода.



Рис. 9. Сравнительные размеры мышечной клетки матки.

I — во время беременности,
II — вне беременности.

Отмеченное несколько выше разрыхление соединительной ткани, увеличение числа сосудов и рост мышечных элементов влечет за собой изменения консистенции матки. Она становится мягкой, тестоватой. Иногда при врачебном исследовании удается заметить в ранние сроки беременности, что матка становится внезапно более плотной, более твердой; это указывает на то, что прикосновение к матке вызвало сокращение ее мышц.

Придатки матки — яичники и трубы, — также увеличиваются. Они становятся более полнокровными. Круглые связки матки, состоя из мышечных волокон, также утолщаются и увеличиваются в несколько раз, так что иногда могут быть прощупываемы у женщины через брюшные покровы в виде толстых шнуров.

Влагалище приобретает синюшную окраску, благодаря все усиливающемуся, с ростом беременности, венозному застою крови. Стенки влагалища делаются рыхлыми, вялыми, вены сильно расширяются, сальные железы малых губ значительно развиваются и усиленно функционируют. Выделение слизистой оболочки влагалища — ее секрет — во время беременности увеличивается в количестве, кислая реакция усиливается. В совершенно здоровом влагалище, наряду с всегда находимой и безвредной палочкой Дедерляйна (названа по имени описавшего ее ученого), иногда встречаются и др. микробы (различные кокки, а иногда и стрептококки). См. добавление — глава о женских болезнях.

Изменения в тазовых органах.

Обильное кровенаполнение и серозное пропитывание тканей захватывает не только органы таза, но и сам костный таз с его связками. Отмечается некоторое, хотя и небольшое увеличение подвижности костей таза.

Матка, увеличиваясь с ходом беременности, обычно лежит непосредственно на внутренней поверхности передней брюшной стенки, благодаря чему первым из тазовых органов, который испытывает давление, — является мочевой пузырь. Давление это препятствует свободному расширению мочевого пузыря при его наполнении, благодаря

чему возникают частые позывы к мочеиспусканию, при сравнительно небольшом наполнении пузыря. (Вообще же мочевого пузыря женщины более объемист, чем пузырь мужчины).

Это явление у многих женщин возникает в очень ранний период беременности, когда еще отсутствуют другие признаки ее. Благодаря давлению матки, развивается в стенках пузыря и мочеиспускательного канала венозный застой крови, аналогичный тому, который наблюдается, во влагалище и наружных половых частях.

Такому же давлению подвергается и прямая кишка, вследствие чего возникают запоры. Варикозные (узловатые) расширения вен ног и отеки их также до известной степени обусловливаются этим механическим сдавливанием сосудов малого таза.

Растущая матка, давя сзади на переднюю брюшную стенку, растягивает ее, при чем брюшина и подбрюшинная клетчатка от этого не страдают и растягиваются хорошо; мышцы живота в некоторых случаях истончаются (атрофируются), в других случаях гипертрофируются, т. е., увеличиваются. Средние или прямые мышцы живота несколько расходятся, благодаря имеющемуся между ними сухожильному соединению, которое и растягивается.

Поверхностный (эпителиальный) слой кожи не страдает, но волокна соединительной ткани собственно кожи расходятся, образуя, так называемые, рубцы беременности. Если рубцы беременности возникли при настоящей беременности, то они имеют синевато-красную окраску, благодаря просвечиванию глубже лежащей богатой сосудами ткани. В дальнейшем в этих рубцах развивается зрелая, непросвечивающаяся соединительная ткань, и они приобретают белый цвет (старый рубец).

Эти рубцы могут возникать не только во время беременности, они наблюдаются — при больших опухолях органов брюшной полости, при водянке живота, быстром отложении жира на животе и бедрах.

От степени растяжения брюшной стенки, а также от размеров таза зависит и форма живота беременной. Вполне понятно, что чем больше женщина рожала, тем чаще растягивались брюшные покровы; поэтому можно наблюдать у многородящих более отвислые животы, чем у первородок, как это видно на рис. 10.

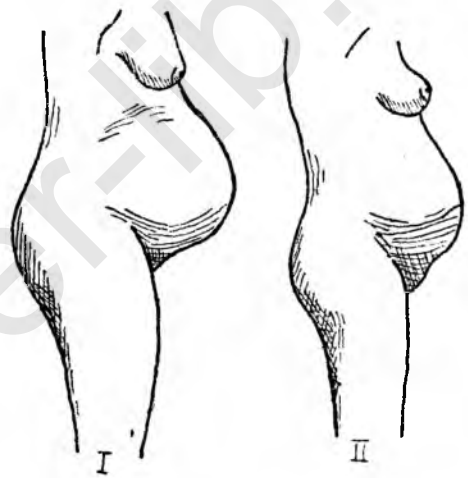


Рис. 10. Фигура живота в конце беременности: I — у многорожавшей; II — у нерожавшей.

Изменения в молочной железе при беременности.

Грудь очень рано реагирует на поселение яйца в матке и на его развитие там. Уже со второго месяца беременности молочная железа несколько увеличивается и становится плотнее. Беременные испытывают чувство наполнения груди и иногда колющие боли; это все происходит потому, что железа из состояния покоя перешла в состояние

деятельности, правда, весьма слабой по сравнению с той, которая наблюдается в послеродовом периоде, когда железа функционирует в полном объеме, выделяя молоко.

Во время беременности грудная железа выделяет сначала прозрачную бесцветную, а затем несколько мутную жидкость, которая носит название молозива. Околососковые кружки постепенно из розовых становятся бурыми, что более резко выражено у брюнеток по сравнению с блондинками. Прибавочные железы околососкового кружка выступают в виде узелков. И, наконец, сами соски тоже как бы увеличиваются и приобретают более темную окраску.

Изменения в остальном организме беременной. — Беременность и кровеносная система.

Во время беременности вес сердца женщины несколько увеличивается, благодаря небольшому увеличению левого желудочка сердца, при чем это увеличение идет пропорционально увеличению веса тела женщины. Вполне понятно, что добавочная работа, возникающая с ходом беременности и имеющая своим основанием развитие плода, рост матки и усиление кровообращения, требует от сердца увеличения его деятельности.

Кровеносные сосуды женщины, по сравнению с сосудами мужчины, более тонкостенны, и просвет их несколько уже.

Во время беременности стенки артерий напряжены, а вен расширены. Повышение кровяного давления появляется со второй половины беременности и к концу ее достигает наивысшей своей точки. Причина этого повышения давления заключается, главным образом, в затруднении кровообращения, благодаря высокому стоянию диафрагмы (грудобрюшной преграды), поднятой значительно увеличенной беременной маткой и связанной с изменением местонахождения сердца, а также уменьшенной подвижностью грудной клетки.

Немаловажное значение в повышении кровяного давления играет и некоторое увеличение общего количества крови у беременных. Из составных частей крови особенно увеличиваются в количестве белые кровяные тельца. Из кровотворных органов во время беременности увеличивается селезенка.

Беременность и обмен веществ.

Усиление обмена веществ при беременности находит себе выражение в небольшом повышении температуры тела на $0,2 — 0,3^{\circ}$. Дыхание ускоряется, что хорошо объясняется повышенным газообменом. Установлено, что беременная более потребляет кислорода воздуха, чем небеременная. Вес тела женщины в последние месяцы беременности повышается, что вызывается не только ростом плода. Увеличение веса в последние месяцы достигает 1.770 грм., из коих 1.000 грм. приходится на растущее яйцо, 150 грм. — на увеличение половых органов, а остальное увеличение веса идет за счет всего организма.

Весь обмен веществ во время беременности часто недостаточно энергичен, что особенно касается белков, в смысле переработки, усвоения и выделения их. Также и углеводный обмен (сахарный) нередко страдает. Появление сахара в моче у беременных обычно не имеет угрожающего значения, а указывает только на временное нарушение углеводного обмена.

Беременность и пищевой тракт.

Слизистая оболочка рта во время беременности более сильно, чем обычно, снабжена кровью. Слюнные железы сильнее функционируют и выделяют больше слюны. Часты кровотечения из десен. Вследствие того же усиления кровенаполнения раздражаются нервы пульпы (зубная мякоть, в которой находятся нервные окончания), и потому беременные женщины часто жалуются на зубную боль. Особенно часто страдают зубы по трем причинам: во-первых, вследствие изменения питания зубов, что ведет к их более легкой повреждаемости; затем, благодаря рассасыванию извести, которая идет на образование скелета ребенка, и, наконец, потому, что имеет место понижение способности слюны убивать бактерии, всегда находящиеся во рту и выделяющие вещества, разрушающие зубы. Очень часто наблюдаются у беременных изменение вкуса, тошнота, рвота, особенно часто по утрам и т. д.

Беременность и органы дыхания.

Старые наблюдения, что у певиц во время менструаций ухудшается голос, указывают на имеющуюся связь между гортанью и половыми органами. И, действительно, заболевания горла во время беременности обычно резко ухудшаются, как и болезни бронхов и легких.

Беременность и мочевыводящая система.

В почке даже нормальных беременных наблюдаются изменения, которые выражаются в том, что в моче находится белок. Обычно это выделение белка не имеет грозного характера, а указывает лишь на некоторую недостаточную деятельность почек. Такое выделение белка мочей, в незначительном количестве, в виде следов наблюдается у 60—70% всех беременных. Как было только что сказано, это выделение белка не является еще симптомом болезни почки, но все же требует к себе внимательного отношения и даже соответствующего пищевого режима.

Почечные лоханки и мочеточники страдают, главным образом, от давления растущей матки. Выше места сдавления мочеточника наступает его расширение, которое проходит без всяких осложнений, так как давление матки обычно кратковременно. Опасность заключается в повышенном предрасположении к инфекции, т. е. к возникновению воспаления почечных лоханок и мочеточников (о мочевом пузыре см. выше — изменения в тазовых органах).

Беременность и двигательный аппарат.

Тазовая и брюшная мускулатура во время беременности весьма полнокровна и несколько увеличена (гипертрофирована). К концу беременности нередко наблюдается некоторое расхождение мышц живота, что чаще бывает при двойнях, крупных детях, узком тазе и проч.

Беременность и кожа.

Что бросается в глаза из изменений кожи во время беременности — это ее пигментация, т. е. появление пятен бурого цвета. Происхождение этих пятен следует связать, повидимому, с усилением деятельности надпочечных желез. Интенсивность окраски зависит от основного цвета кожи, от цвета волос и от времени года. Так, например, зимой

светлые блондинки почти не имеют этих пятен беременности, в то время как летом, т. е., когда особенно сильно воздействуют солнечные лучи, пятна появляются; брюнетки же очень сильно пигментируются.

Распределение пигмента имеет свои излюбленные места, например: лоб, спинка носа, верхняя губа, виски, затем околососковые кружки, по средней линии живота и наружные половые части.

Кроме того, во время беременности иногда наблюдается необычное развитие волос, а также весьма большая склонность кожи к различным заболеваниям.

Беременность и нервная система.

Многие из перечисленных выше изменений могут быть объяснены повышенной раздражительностью нервной системы под влиянием беременности. Так, например: утренние рвоты, повышенное выделение слюны, некоторыми исследователями рассматриваются, как явления чисто нервные. Можно считать правильным то утверждение, что у нервных женщин беременность протекает с более частыми отклонениями от нормы, чем у особ с устойчивой нервной системой. В этом отношении нужно отметить особо частые извращения вкуса и обоняния. Давно известно, особенное пристрастие беременных к некоторым сортам пищи — кислому и соленому. Далее наблюдается непреодолимое стремление к тем пищевым веществам, которые у женщин в небеременном состоянии могут вызывать настоящее отвращение. Особенно интересным представляется в некоторых случаях стремление к поеданию несъедобных, вообще, веществ, хотя это стремление иногда и целесообразно, например, стремление есть известь, мел нужно объяснить недостаточностью количества солей извести в пище и усиленным потреблением ее из организма для постройки скелета ребенка. Почти всегда изменяется при беременности психика женщин, теряется, так сказать, ее устойчивость. Беременная более раздражительна, настроение ее легко меняется под влиянием ничтожных поводов, может измениться весь характер.

Беременность и внутренняя секреция.

Под железами внутренней секреции мы разумеем те, которые выделяют продукт своей деятельности через свои выводные протоки не во внешнюю среду (как напр., слюнная в полость рта, слезная в щель глаза и др. железы), но вводят его непосредственно в лимфу и кровь. Значение этих желез для организма огромное, усиление или ослабление функций их вызывает нарушение гармонии организма, и в результате, наступают тяжелые заболевания. К железам внутренней секреции относятся щитовидная железа (на шее), придаток головного мозга, надпочечник, яичник и другие.

Известно, например, что щитовидная железа при усилении своей функции вызывает пучеглазие, учащение сердцебиения, дрожание рук, прогрессивное исхудание и т. д. (Базедова болезнь). Во время беременности нормальная щитовидная железа увеличивается и такой остается до самых родов, а затем возвращается к своей первоначальной величине. Придаток мозга — гипофиз, назначением которого служит, по видимому, регуляция питания клеток всего организма, а также роста костей, во время беременности увеличивается, чем объясняется нередко наблюдаемое увеличение конечностей, носа, подбородка. Надпочечники также увеличиваются, чем, как мы видели, объясняется пигмен-

тация (пятна) кожи. Другие железы внутренней секреции также, повидимому, испытывают во время беременности изменения, но еще преждевременно что-либо говорить о значении этих изменений, так как все учение о внутренней секреции находится в стадии разработки и в настоящее время имеется еще слишком мало установленных фактов для окончательного суждения о них.

Признаки беременности.

Обычно женщина становится матерью в возрасте между 16-ю и 40—45 годами, но наблюдались случаи родов как у 12-тилетней девочки, так и у женщины, достигшей 55-тилетнего возраста.

Наиболее же плодотворным возрастом считается 20—30 лет, при чем первая беременность обыкновенно наступает до 30-ти лет.

Первый из симптомов беременности, который обращает на себя внимание — это задержка менструации; поэтому перейдем к рассмотрению его. Отсутствие менструаций только тогда дает основание заподозрить беременность, когда они вообще были у данной женщины. Задержка всегда правильно чередовавшихся друг за другом менструаций в огромном большинстве случаев служит признаком беременности, но достоверность его неполная, так как регулы могут прекращаться и от целого ряда других причин, ничего общего с беременностью не имеющих. Например, под влиянием психических переживаний и волнений (у девушек — во время экзаменов), при изменении формы питания, а также формы работы (крестьянка приходит в город на фабрику), после тяжелых кровопотерь, изнуряющих болезней — сплошь и рядом наблюдается прекращение месячных на тот или другой промежуток времени. Конечно, примеров можно было бы привести много, но из изложенного достаточно ясно то, что менструации являются одной из чувствительнейших реакций организма, и служат отражением истинного состояния здоровья, но нужно сказать, что разные организмы отвечают на внешние влияния не всегда одинаково; так, например, испуг у одной менструирующей женщины может внезапно прекратить регулы, а у другой усилить их. Изнурительная физическая работа в одном случае увеличивает, а в другом задерживает месячные; правда, последнее наблюдается реже.

Является ли отсутствие менструаций обязательным при беременности? В огромном большинстве случаев беременные менструаций не имеют, но и тут не без исключений. Иногда бывает, что в первые месяцы беременности в те сроки, когда должны были наступить менструации, наблюдаются небольшие выделения из половых частей более светлой, чем при регулах, крови, продолжающиеся более короткое время. При чем такие кровопотери чаще всего бывают 2—3 раза. Как огромной редкости, был описан случай, когда женщина менструировала во время беременности, в нормальном же, небеременном состоянии менструаций не имела.

Выше было уже отмечено, что весьма часто беременные жалуются на тошноты по утрам, рвоты, изменения и прихотливость вкуса, нетерпимость к некоторым запахам, чувство полноты и колющие боли в грудных железах и внизу живота. Все эти явления, несомненно, встречаются часто, но на них нельзя полагаться и на основании их одних устанавливать беременность неправильно.

Женщина, не желающая по каким-либо причинам быть беременной и особенно мнительная, прислушиваясь к ощущениям своим, может находить у себя признаки беременности, не имея таковой.

Несомненно, более важное значение в смысле ценности признаков беременности имеют движения плода, которые замечаются женщинами на 130—135 день, считая от первого дня последних менструаций. Правда, что ощущения движений, которые заключаются в несильных толчках, также явление весьма субъективное. Некоторые женщины способны ощущать эти движения ранее половины беременности, другие же могут не замечать их и в более поздние сроки.

О значении рубцов беременности уже было говорено выше. Относительно пятен беременности нужно сказать, что они имеют большее диагностическое значение у первобеременных, чем у повторных, так как у некоторых женщин, и особенно у брюнеток, они могут сохраняться, правда, несколько побледневшими от прошлой, беременности.

Все перечисленные признаки вместе с обнаруживаемыми при врачебном исследовании увеличением матки, ее разрыхлением, размягчением шейки матки, синюшной окраской влагалища — дают основание установить беременность, но каждый из этих признаков в отдельности, за исключением движения плода, ощущаемого не только беременной, но и посторонним лицом (ладонью, положенной на живот), относится к категории, так называемых, признаков вероятных. К достоверным же признакам относятся сердцебиение плода, прощупывание плода и его частей и, наконец, ясное ощущение движения плода.

Сердечные тоны можно прослушать, начиная с 20-й недели беременности, но обыкновенно с большим трудом, ибо сердцебиение плода еще весьма слабо, явственно же оно обнаруживается с 6-го месяца. Приблизительно в это же время удается прощупать и части плода, конечно, не с такой отчетливостью, как к концу беременности. Сердцебиение плода обыкновенно имеет частоту до 140 ударов в минуту, но может колебаться от 120 до 180 ударов.

Продолжительность беременности.

Беременность обыкновенно протекает в течение 280 дней, или 10 лунных месяцев, или 9 солнечных. Эти сроки точны только до известной степени, так как в огромном большинстве случаев не представляется возможным установить, когда имело место половое сношение, оплодотворившее женское яйцо. Те редкие случаи, где срок такого полового сношения был установлен, говорят за то, что беременность протекает в течение 270 с небольшим дней.

Обычным методом исчисления служит следующий; от первого дня последних месячных отсчитывают назад три солнечных месяца и прибавляют семь дней. Таким образом высчитанная дата будет предполагаемым днем родов. Например, последние менструации начались 1-го декабря, три месяца назад — 1-е сентября, прибавляется 7 дней, значит, 8 сентября следует ожидать роды. Этот метод основан на том, что беременность имеет 280 дней. Ошибка при этом способе исчисления может быть, как в сторону укорочения, так и удлинения, так как нам, во-первых, неизвестен момент оплодотворения, а, во-вторых, наступление родов зависит от целого ряда причин. Исходя из этого, при устанавливании срока родов, нужно всегда иметь в виду, что совершенно нормальная беременность может закончиться раньше или позже предполагаемой даты.

Замечено, что физическая работа до последних дней беременности несколько ее укорачивает. Повторнобеременные и молодые носят несколько дольше, чем первобеременные и пожилые. Высчитывать

срок родов, исходя из даты появления первого движения плода, считая его за половину беременности, не следует, так как при этом получаются еще большие ошибки, да это и понятно, так как некоторые женщины ошибочно принимают движение кишок за движение плода, другие начинают чувствовать движение ребенка раньше $4\frac{1}{3}$ месяцев, а третьи значительно позже. Имеются несомненные наблюдения, что беременность может продолжаться значительно дольше указанного срока, даже до 340 дней (запоздалые роды).

Для определения срока беременности врачи пользуются следующей схемой, основанной на том положении, что росту яйца (плода) соответствует рост матки. Обычно принято считать, что размер матки к концу 1-го месяца беременности равен размеру куриного яйца, к концу 2-го месяца — матка достигает размера гусиного яйца, в конце 3-го — величины головки новорожденного. На 4-м месяце дно матки прощупывается под верхним краем лобка на расстоянии трех поперечных пальцев, на 5-м месяце дно матки не достигает пупка на 2 поперечных пальца, на 6-м оно стоит на уровне пупка, на 7-м дно выше последнего на три поперечных пальца, к концу 8-го месяца дно матки стоит на середине расстояния, между мечевидным отростком грудины и пупком, на 9-м месяце оно стоит у самого мечевидного отростка и, наконец, на 10-м месяце матка отклоняется кпереди, при чем брюшные покровы растягиваются, дно же ее стоит на том же уровне, что и на 8-м месяце. Приведенный расчет произведен в лунных месяцах. Все изложенное, конечно,

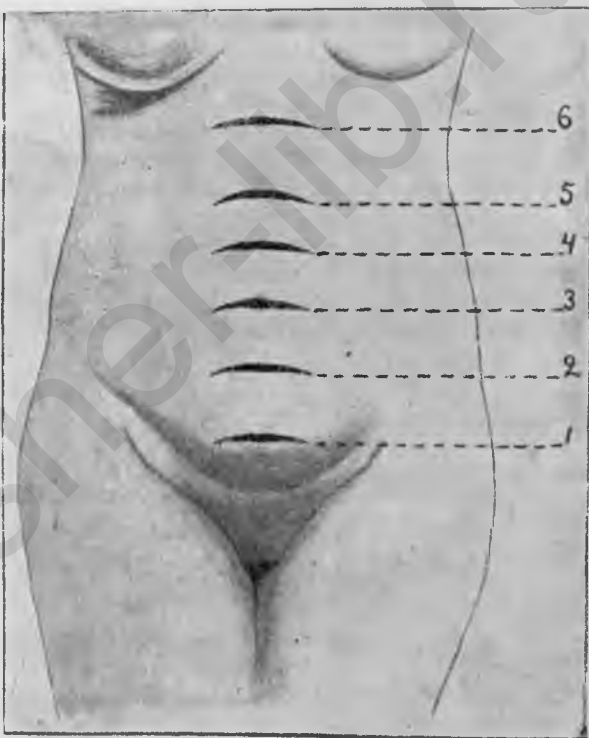


Рис. 11. Высота стояния дна матки в различные месяцы беременности: 1 — конец 4-го мес., 2 — конец 5-го мес., 3 — конец 6-го мес., 4 — конец 7-го мес., 5 — конец 8-го и 10-го мес., 6 — конец 9-го мес.

очень относительно и зависит от целого ряда причин и в первую голову — от величины плода и степени податливости или неподатливости брюшной стенки. Понятно, что чем больше плод, тем сильнее он растягивает матку и она становится больше, с другой стороны, при дряблости брюшных покровов тяжелая беременная матка с большей легкостью растягивает живот, и дно ее будет стоять ниже, чем у женщин с хорошими брюшными покровами.

Как мы видели, для установления беременности и ее срока требуется тщательное взвешивание каждого отдельного признака и уяснение его истинного значения. Еще больше затруднений встречается

при определении многоплодной беременности. Двойни наблюдаются сравнительно нередко, приблизительно один раз на 80 случаев беременности, тройни же уже значительно реже, т. е. один раз на 6.400 беременностей одиночным плодом. Четверни же представляют исключительную редкость и наблюдаются один раз на 500.000 родов; имеются сообщения только о двух случаях родов семерых младен-

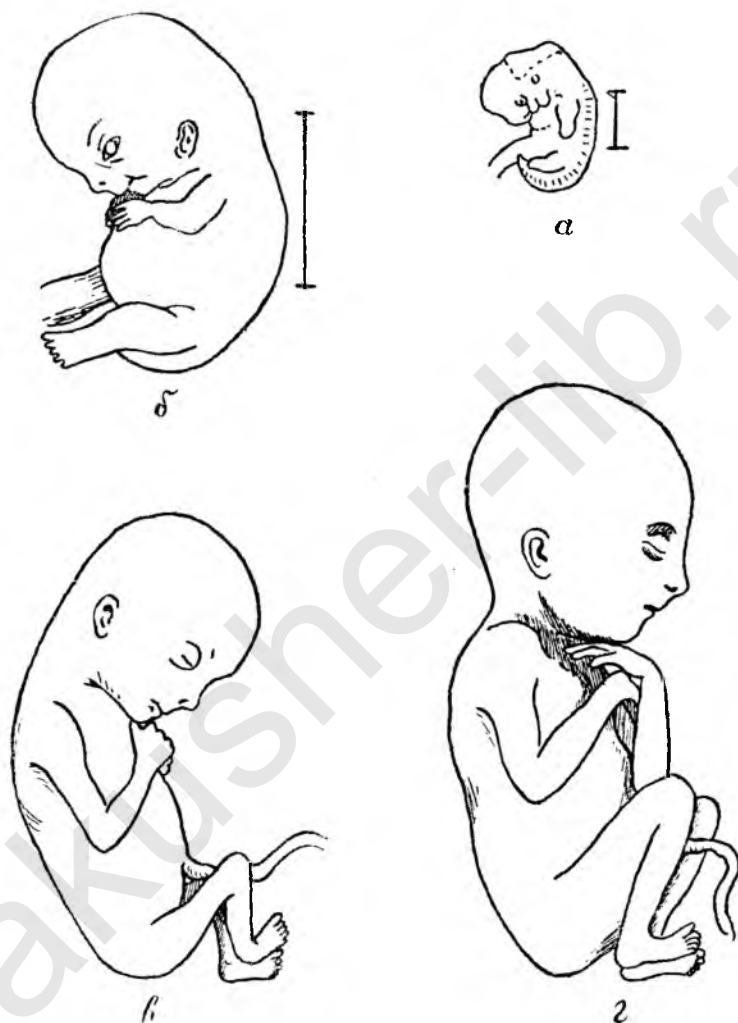


Рис. 12. Человеческие зародыши: *a* — в конце 1-го месяца (линия рядом с рисунком указывает истинную длину зародыша); *б* — в конце 2-го месяца (линия рядом с рисунком указыв. длину зародыша); *в* — в конце 3-го месяца в естественную величину и *г* — в конце 4-го месяца внутриутробной жизни.

цев, — один описан в средние века, а другой — в 1899 году. При двойнях обычно матка больше, чем полагается соответственно сроку. Часто сами беременные замечают необычайный рост живота. Верный признак наличия двойни — это прощупывание двух головок или, что еще более верно, прослушивание двух сердцебиений в разных местах. Но нередко

плоды располагаются в матке таким образом, что врачу совершенно не представляется возможным установить наличие двойни.

Развитие утробного плода.

Увеличение размера плода не идет равномерно с течением беременности, а как бы скачками. В первую половину беременности плод растет значительно быстрее, чем во вторую. Считая беременность равной 10-ти лунным месяцам, можно привести следующие данные о росте плода (рис. 12). В конце 1-го месяца он равен одному см., по внешнему виду он весьма похож на зародыш других животных. Все плодное яйцо по величине не больше — грецкого ореха. Во 2-м месяце плод увеличивается до 4-х см., и внешний вид его начинает напоминать человека, в 3-м месяце длина плода достигает 9-ти см., а вес — 20 грм., уже хорошо различимы пальцы рук и ног. В 4-м месяце длина равняется 16—17 см., вес—120 грм., наружные половые органы уже

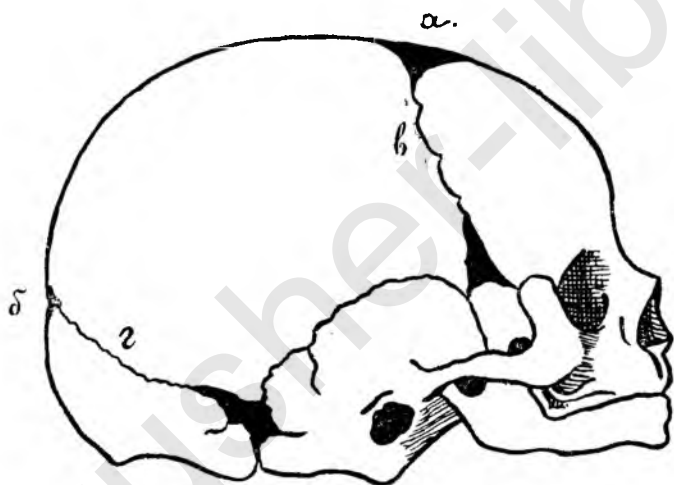


Рис. 13. Череп доношенного плода: а — большой родничок, б — малый, в и г — швы межкостные.

развились и пол различим; в 5-м месяце плод достигает длины 25—27 см., вес около 280 грм., тело начинает покрываться пушком, и развивается подкожный жир. Рожденный в этом месяце плод иногда жив, сердцебиение различимо, и ребенок может произвести несколько дыхательных движений, но он быстро умирает. В 6-м месяце длина плода уже равняется 28—34 см., а вес приблизительно 680 грм.; рожденный живым плод дышит, производит конечностями движения, но также нежизнеспособен и быстро погибает. 7-й месяц — длина плода 35—38 см., вес 1000—1200 грм., ребенок способен к правильным дыхательным движениям и даже издает слабые крики. Имеются наблюдения, где плоды весом в 700—1000 грм. оставались живыми, но это принадлежит к большим редкостям; обычно недоноски, родившиеся на 7-м месяце, несмотря на уход, погибают. 8-й месяц — длина 40—43 см., вес 1500—1800 грм., дети жизнеспособны, но требуют тщательного ухода. 9-й месяц — длина 45—46 см., вес 2500 грм., подкожная жировая клетчатка хорошо развита, ребенок представляется хорошо округлен-

ным, он жизнеспособен и требует сравнительно простого ухода, чтобы сохранить его в живых. 10-й месяц — средний вес доношенного плода в России равен для мальчиков 3300 грм., для девочек — 3000—3200 грм., средняя длина 49—51 см., пушок на теле отсутствует, за исключением межлопаточной области, ногти достигают верхушек пальцев, головка покрыта волосиками. Кости черепа тверды, швы прощупываются в виде узких полос, большой, передний родничок невелик. Доношенный плод громко кричит, сильно двигает ручками и ножками и, приложенный к груди, хорошо совершает сосательные и глотательные движения (прочие подробности см. в главе 7-ой о новорожденном).

Положение и членорасположение плода.

Под положением плода понимается отношение длинника плода к длиннику матки, например, под продольным положением разумеется то, когда позвоночник ребенка лежит параллельно оси матки (длине матки). Поперечным называется такое положение, когда ось плода (спина) перекрещивается под прямым углом с длинной осью матки и, наконец, при косых положениях длинник ребенка перекрещивается с длинником матки под острым углом.

В огромном большинстве случаев, 99,5%, наблюдаются продольные положения и только в 0,5% встречаются поперечные и косые положения.

Под членорасположением следует понимать то, как расположены части плода по отношению друг к другу. Чаще всего встречается типическое членорасположение, которое заключается в том, что позвоночник согнут, благодаря чему спинка принимает полуовальную форму, головка опущена кпереди, подбородок покоится на груди, ножки прижаты к животу и согнуты в тазобедренных и коленных сочленениях и, наконец, ручки скрещены на груди. Благодаря такому сгибанию во всех суставах, плод занимает наименьшее пространство, длина его вдвое меньше, чем в вытянутом состоянии, и весь он имеет как бы форму яйца. Это поразительное приспособление природы необходимо для того, чтобы плод мог уместиться в матке. Как сказано было выше, к концу беременности матка также принимает яйцевидную форму, т. е. до известной степени повторяет форму, которую имеет лежащий в ней плод.

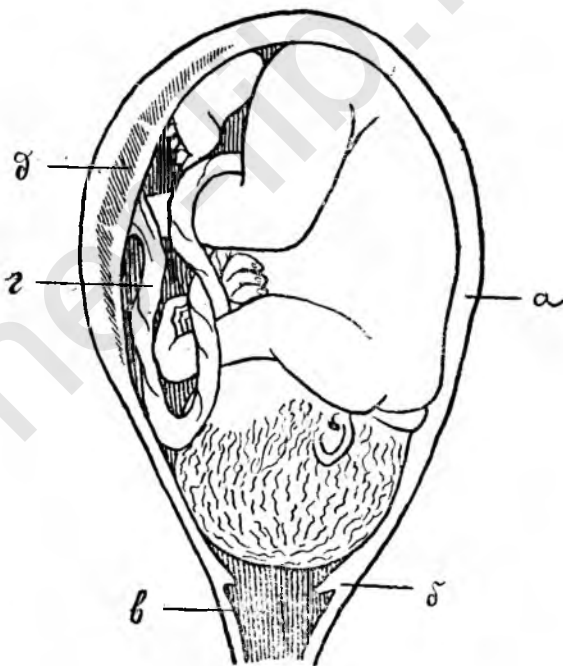


Рис. 14. Членорасположение плода. Продольное положение. Черепное предлежание.

a — матка, *б* — шейка матки, уже растянувшаяся, *в* — влагалище, *г* — пуповина, *д* — детское место.

Такое типическое сгибание плода наблюдается в 97% и только в 3% мы видим различные уклонения от него, например, разгибание головки (лобные и лицевые положения) или разгибание ножек. Кроме всего описанного, в огромном большинстве случаев спинка плода обращена к передней брюшной стенке матери и чаще в левую сторону. То обстоятельство, что в 97% плод лежит в матке головой книзу, повидимому, находит себе объяснение в том, что головка плода, развиваясь скорее, чем все остальное туловище, является более тяжелой и потому легче всего опускается книзу. Если срав-

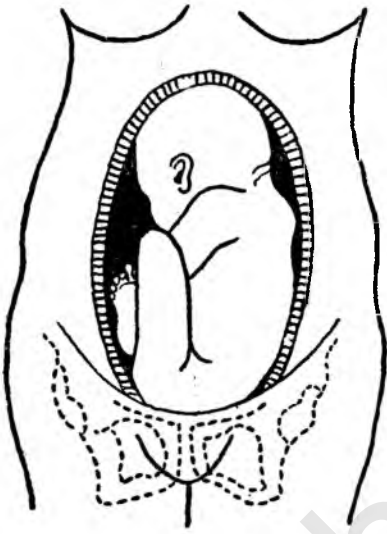


Рис. 15. Продольное положение плода.
Ягодичное предлежание.



Рис. 16. Поперечное положение плода.

нить отношение величины головки к телу новорожденного младенца с таким же отношением у взрослого человека, то ребенок нам покажется головастиком, так как череп ребенка развит непропорционально сильно. В настоящее время это объясняется тем, что поступающая в организм ребенка кровь в первую очередь омывает и тем самым питает верхнюю половину туловища, а затем уже нижнюю.

ГЛАВА ТРЕТЬЯ.

Р О Д Ы.

Причина наступления родов. Изгоняющие силы и роды. Осложнения во время родов.

Причина наступления родов.

Как мы отметили выше, беременность протекает у женщин в течение 40 недель—280 дней, в заключение чего начинаются роды или, как их называют в медицине, родовой акт. Несмотря на большое количество исследований, в сущности, нет еще исчерпывающего ответа на вопрос, почему наступают роды. Конечно, никто теперь уже не может принять древнее объяснение причины родов, заключающееся в том, что ребенок будто бы рождается сам, упиравшись ножками в дно матки и, таким образом, проталкиваясь через родовые пути. Мы, конечно, понимаем, что роды происходят, благодаря тому, что матка, представляя собой мышечный полый орган, сокращаясь, выталкивает свое содержимое — плод. Но почему начинают сокращаться мышечные слои матки? Давно было замечено, что с ходом беременности раздражимость матки (способность матки отвечать сокращениями на прикосновение, толчок, удар, тепловое раздражение, нервное потрясение и т. д.) увеличивается. Скажем для примера, в первые 2—3 месяца беременности от очень горячих спринцеваний аборт наступает в редчайших случаях; в средние месяцы — несколько чаще и, наконец, к концу — в 9-м месяце, роды могут произойти сравнительно легко. Из этого явствует, что раздражимость матки от теплового воздействия резко возрастает к концу беременности. Какие же естественные раздражители матки могут иметь место к концу родов? Их много, например — толчки, производимые при движениях ребенком, для которого к концу беременности матка становится уже слишком тесной; затем — некоторое перерастяжение самой матки сильно выросшим плодом, давление опускающейся в таз головки ребенка на нервы в области шейки матки и вокруг нее; затем — то обстоятельство, что плод, благодаря своему созреванию, потребляет большее количество кислорода и выделяет много углекислоты, которая, как известно, служит хорошим раздражителем для сокращения всякой мышцы вообще и в том числе мышцы матки. Кроме того нужно думать, что при повышенном обмене веществ выросшего плода выделяется ряд химических продуктов, способных непосредственно вызывать сокращения матки или, проходя через организм женщины, образовывать в нем соответствующие раздражители. „Многочисленность и разнообразие этиологических (причинных) фак-

торов, выставляемых различными авторами при объяснении причины наступления родов, а главное, имеющиеся в пользу каждого из этих факторов бесспорные данные, — все это невольно наводит на мысль, не является ли родовой акт результатом суммарного воздействия целого ряда моментов, из которых один играет роль непосредственного возбудителя родов, а остальные — роль предрасполагающих моментов» — пишет профессор Груздев.

Изгоняющие силы и роды.

Роды происходят благодаря сокращению мышцы матки и сокращениям мышц живота (брюшного пресса). Сокращение маточной мускулатуры носит название схваток или родовых болей. Степень их болезненности разнообразна у различных лиц: одни женщины испытывают очень сильные болезненные ощущения при схватках, другие страдают от них значительно меньше; при чем следует отметить, что у одной и той же женщины одни роды могут протекать очень болезненно, а во время других — она может значительно меньше страдать. Каждая схватка продолжается 1 — 1½ минуты, при чем сила схватки постепенно нарастает, достигая своей наивысшей точки развития, и затем постепенно слабеет, после чего наступает пауза, промежуток. Паузы эти между схватками в начале родов: достигают 10—15—20 минут, к концу же их равняются 2—3 минутам. Сила и болезненность схваток также усиливаются с течением родов, в начале их женщина обычно только стонет, к концу же, в большинстве случаев, издает сильные крики. Если положить руку на живот, то во время схватки матка прощупывается твердой, а в промежутках становится мягкой. Схватки совершенно не зависят от воли женщины, т. е. она не может по своему желанию ни вызвать их, ни прекратить, чего нельзя вполне точно сказать о потугах, которые заключаются в сокращении брюшных мышц и диафрагмы (грудно-брюшной преграды) вместе с маткой.

Потуги появляются значительно позже, в период изгнания плода (см. ниже), присоединяясь в этот момент к схваткам. Возникают они путем передачи через нервную систему раздражения, исходящего из матки. Из этого следует, что происхождение они имеют не волевое, т. е. зависящее от желания женщины, но ослабить потугу женщина может, ибо сокращение брюшных мышц может быть задержано усилием воли. Может ли женщина вызвать потугу? Она может вызвать сокращение мышц брюшного пресса и тужиться, но при этом, конечно, она не вызовет сокращения мышц матки, т. е. схватки.

Каждая схватка вызывает сильное повышение внутриматочного давления, которое равномерно распределяется по всему плодному мешку, благодаря нахождению в нем околоплодной жидкости. Это давление всюду встречает одинаковое сопротивление сокращающейся матки, и только в одном месте сопротивление более слабое — это в области шейки матки. Сокращается, главным образом, дно и тело матки, нижний же отдел и шейка во время родового акта растягиваются (открываются).

Шейка матки состоит из внутреннего зева, шеечного канала и наружного зева. У первородок открытие идет в следующем порядке: сначала растягивается область внутреннего зева, затем, весьма постепенно, шеечный канал и, наконец, наружный зев. У повторнородящих открытие идет не с такой правильной последовательностью: у них уже до родов как наружный зев, так и шеечный канал — проходимы

для пальца, и, благодаря этому, во время родов открытие совершается значительно быстрее, чем у первородящих. Огромное значение для правильности и скорости открытия играет околоплодный пузырь: вклиниваясь, он постепенно растягивает маточный зев, и роль его оканчивается в тот момент, когда зев полностью открыт. Этим кончается первый период родов — период открытия маточного зева. (См. рис. 17).

Следует упомянуть еще о том, что, собственно говоря, схватки могут сопровождать весь 9-й месяц беременности, особенно у первородок, и не вести непосредственно к родам. Это, так называемые, „предвещающие боли“; они то появляются, то исчезают на несколько дней. Обыкновенно они слабее и менее продолжительны, чем настоящие родовые схватки. Назвать их безрезультатными нельзя, так как, опять-таки, у первородок они ведут к вставлению головки в таз, в то время,

как у повторнородящих, они отсутствуют, и головка до самого момента родов остается подвижной над входом в таз. Эти ложные схватки нередко вводят в заблуждение и заставляют думать, что начались роды.

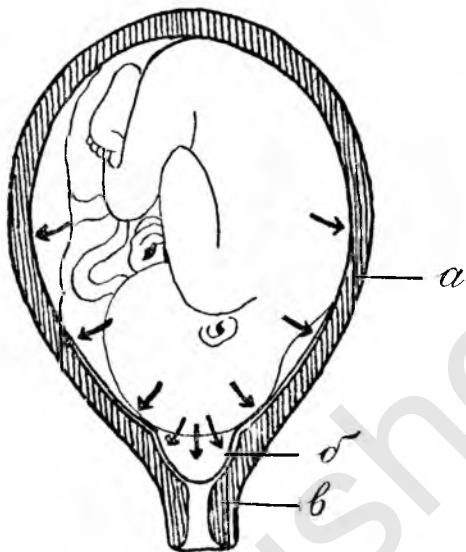
Обыкновенно, с окончанием периода открытия маточного зева, т. е., с моментом, когда диаметр зева достиг 10 сантиметров, связан самопроизвольный разрыв плодного пузыря и истечение передних вод, т. е. тех вод, которые помещались между стенкой пузыря, находящейся в нижней части матки, и той частью плода (чаще всего головкой), которая первой проходит родовым каналом. Со сглаживанием и растяжением шейки матки исчезает, так сказать, перегородка, которая существовала между маточной полостью и влагалищем, и начинается период изгнания плода (второй период родов).

Замечено, что после разрыва плодного пузыря схватки временно стихают, чтобы скоро возобновиться с прежней силой; и в это-то время появляются потуги, т. е., к со-

Рис. 17. Открытие шейки матки при помощи плодного пузыря:

a — тело матки, *б* — плодный пузырь с околоплодными водами; *в* — открывающаяся шейка матки. Стрелками указано направление внутриматочного давления при сокращениях матки.

кращению мышцы матки присоединяются сокращения мышц брюшного пресса. Эти изгоняющие силы уже направляются к проталкиванию плода. Стоявшая в начале родов над входом или во входе в таз головка, продвигаясь все дальше и дальше, проходит полость таза и, наконец, показывается наружу. Во время прохождения головки через таз женщины испытывают сильные боли, вследствие сдавливания головкой имеющихся тут нервов. Головка, достигнув дна таза, вызывает у роженицы чувство позыва на низ, так как придавливается тут прямая кишка. В это время заднепроходное отверстие начинает зиять; несколько позже опустившаяся головка начинает выпячивать промежность, а затем все больше и больше показывается в половой щели, и, наконец, наступает полное выхождение головки из щели, а за ней бы-



стро следуют плечики и все туловище ребенка (см. рис. 18). Вслед за ребенком изливаются вторые воды, т. е., те, которые находились в верхнем отделе плодного пузыря. В этот момент ребенок еще связан с организмом матери при посредстве пуповины (пупочный канатик). Рассечение последней разъединяет эту связь, и ребенок начинает самостоятельное существование.

Если до сих пор ребенок носил название плода, то сейчас он называется новорожденным. В чем заключаются различия в условиях существования плода и новорожденного? Если мы из проявлений жизнедеятельности плода, находящегося в полости матки, прослушивали сердцебиение и движения, то других проявлений не наблюдали и в первую очередь — дыхания при посредстве легких. Находясь в утробе матери, ребенок получал кислород через материнские кровеносные со-

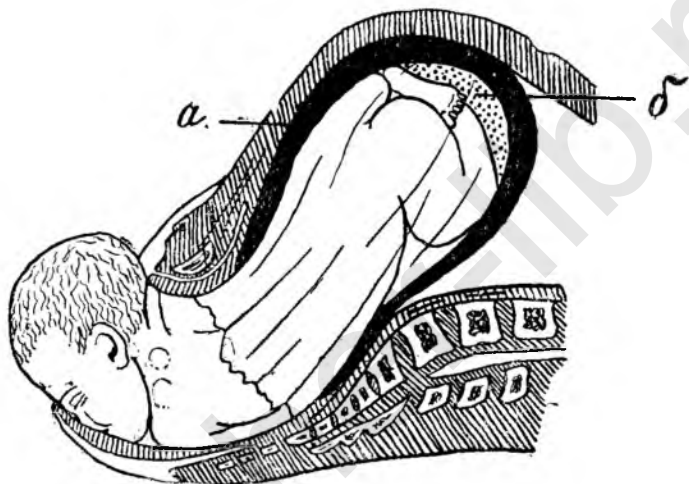


Рис. 18. Период изгнания. Прорезывание головки через наружные половые части: *a* — матка, *б* — детское место.

суды детского места, отдавая там свою углекислоту; родившись же, он потребляет кислород из воздуха и туда же отдает свою углекислоту через легкие, которые начинают функционировать или дышать. Далее, находясь в матке, он через посредство того же детского места получал питательные вещества, которые поступали в его кровь; после же рождения питание ребенка совершается исключительно через желудок и кишечник, которые во внутриутробном состоянии почти не функционировали.

Не входя в перечисление всех различий, происходящих в условиях существования, и зависящих от них изменений в функциях организма — у плода, находящегося в полости матки, и новорожденного ребенка, — еще укажем на крик ребенка. Существуют некоторые сообщения, что будто бы наблюдался внутриматочный крик ребенка, но, по-видимому, это едва ли возможно, так как крик после рождения объясняется ответом организма ребенка на его охлаждение.

Рождением плода кончается второй период родов — период изгнания плода — и начинается третий — последовый, во время которого происходит рождение плаценты (детского места, последа) и плодовых оболочек. Продолжающиеся сокращения матки, с этого времени почти всегда безболезненные или, во всяком случае, малоболезнен-

ные, отделяют детское место от стенок. Невольно возникает вопрос, почему детское место, как правило, отделяется от стенки матки только после рождения плода, другими словами, почему те сокращения матки, которые выталкивают плод, в это же самое время не отделяют детского места от его прикрепления. Это объясняется тем, что во время схваток не все отделы матки одинаково сокращаются. Как мы видели раньше, главную работу по выталкиванию плода производит дно матки, нижний же отдел и, главным образом, шейка только растягиваются; далее оказывается, что та часть матки, где прикрепляется детское место, во втором периоде родов, т. е. во время изгнания плода, также весьма мало сокращается и только после рождения ребенка (в последовом периоде) эта часть матки начинает сильно сокращаться, и тогда только детское место отслаивается от своего прикрепления. Следующие за этим сокращения выталкивают детское место, как в свое время выталкивали плод, и плацента рождается. (См. рис. 19). Этим маточным сокращениям способствуют и потуги. Рождающаяся плацента силой своей тяжести отделяет оболочки от остальной внутренней поверхности матки, и они выходят вместе с нею. Следует отметить, что процессу отслойки детского места от стенки матки помогает также то кровоотделение, кото-

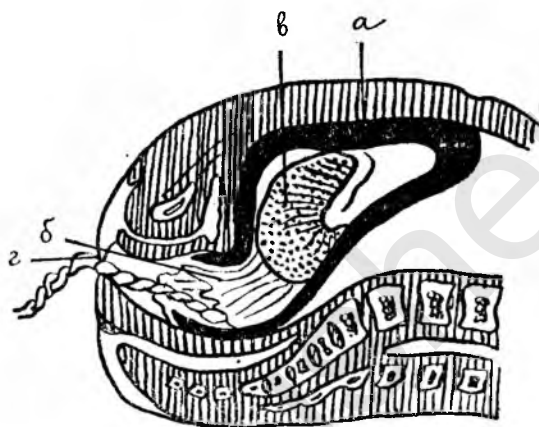


Рис. 19. Последовый период. Изгнание уже отделившегося детского места.

a — матка, *б* — плодный пузырь, *в* — детское место, *г* — пуповина.

рое происходит с самого начала этой отслойки. Изливающаяся кровь, скопясь между стенкой матки и плацентой, отслаивает неотделившиеся еще участки последней. Вот почему описываемый нами сейчас третий период родов сопровождается всегда кровопотерей. Она бывает в различных случаях неодинакова, в среднем женщина теряет от 250 до 400 грм. крови.

Матка, становясь, таким образом, совершенно пустой, имеет возможность хорошо сократиться и сжать те многочисленные и обширные кровеносные сосуды, которые только что питали плаценту, а с помощью ее и плод. После родов матка прощупывается, как плотное тело, находящееся в нижней части живота, верхним краем своим достигающее пупка. Всякие болезненные ощущения у женщины прошли, волнения о неблагоприятном течении родов исчезли, и роженица испытывает чувство освобождения от чего-то крайне тяжелого, мучительного и страшного.

В 30—40% всех случаев наступает озноб, обыкновенно довольно непродолжительный. Происхождение этого озноба следует видеть в том нервном состоянии, в котором находится женщина во время родов.

Продолжительность всего родового акта зависит от целого ряда причин; в среднем нужно считать, что первородящие рожают от 15 до 24 часов, а многородящие от 10 до 12 часов, но, конечно, колебания могут быть как в одну, так и в другую сторону. Так, например, дольше

рожают—перворождающие очень молодые (до 17 лет) и пожилые (30—35 лет); кроме того, на длительность родов имеет влияние размер таза, величина ребенка, его положение, растяжимость или неподатливость мягких родовых путей (шейка матки, влагалище, половая щель), а также частота и сила сокращения матки и брюшного пресса. Вполне понятно, что стройная, с нормальным тазом и хорошо развитой мускулатурой, женщина рождает быстрее, чем ожиревшая, хотя бы даже того же возраста, роженица. У последней все жизненные процессы организма протекают более вяло, мышцы живота развиты плохо, имеется обильное отложение жира, потуги совершаются недостаточно сильно и энергично, вследствие чего плод продвигается медленно.

Наибольшее количество времени требует первый период—период открытия, меньше—период изгнания плода и еще меньше—период изгнания последа. Обычно период изгнания плода у первородящих протекает в течение 2-х часов, у повторнородящих от $\frac{1}{4}$ до $\frac{1}{2}$ часа, период же изгнания последа продолжается от $\frac{1}{4}$ до 1 часа у обеих групп женщин; остальное же время занимает период раскрытия матки (у первородящих от 12 до 21 часа, а у повторнородящих от 9 до 11 часов).

Тотчас же после родов замечаются следующие изменения в деятельности организма матери: изменение частоты пульса и дыхания, увеличение количества мочи с частым появлением белка в ней, а также небольшое повышение температуры на $0,1-0,2^{\circ}$ С. Последнее объясняется тем, что с каждой схваткой температура тела женщины повышается на сотые доли градуса, так что небольшое повышение температуры не должно рассматриваться, как явление заражения организма бактериями.

Осложнения во время родового акта.

Как мы выше уже говорили, в 96% ребенок рождается на свет, идя головкой вперед и почти всегда при сильном сгибании головки, т. е., затылком. Прохождение головкой таза в таком состоянии является наиболее выгодным, так как при этом череп плода приспосаблиется как своими наименьшими размерами к наименьшим размерам таза, так и наибольшими к наибольшим размерам его. Если идет вперед не затылок, а лицо или лоб, то возникают чисто механические затруднения, в смысле приспособления головки к размерам таза, и тогда нередко возникает необходимость в соответствующей операции. В 3% встречаются тазовые положения (ножные и ягодичные). Для матери они имеют то значение, что при них роды протекают медленнее, чем при головных положениях, для ребенка же они являются опасными, так как при них дети нередко рождаются мертвыми.

Наиболее неблагоприятное положение ребенка—это поперечное, которое встречается один раз на 150—200 родов. В этом случае самопроизвольное окончание родов возможно только тогда, когда ребенок недоношен—меньше $7\frac{1}{2}$ месяцев,—или очень мал, затем при давно умершем в матке и размягчившемся плоде. При доношенном же нормальной величины плоде роды без акушерской помощи при поперечном положении невозможны, так как через нормальной величины таз не могут пройти одновременно головка и туловище плода. Неправильное положение ребенка, повидимому, происходит или от вредных привычек в одежде (корсет, сильная шнуровка), или от сильного расслабления мышц живота. В последнем случае матка,

не встречая опоры в передней брюшной стенке, растягивая ее, отвисает кпереди (отвислый живот).

Для течения родов играет первенствующую роль головка плода, так как, во-первых, она, как уже было указано, является самой большой по окружности из всех частей плода—а во-вторых, она состоит из костей, которые, конечно, не могут так сжаться и уменьшиться, как это происходит с остальными частями туловища; но следует все-таки отметить, что природа дала возможность головке немного уменьшать свой размер при прохождении таза. Возможность эта заключается в следующем: ко времени родов кости черепа уже достаточно плотны, но швы и роднички между ними еще не зарощены и поэтому при прохождении головки через таз происходит надвигание одной кости на другую в области швов и родничков. Это происходит потому, что головка встречает сопротивление со стороны таза и таким образом сжимается им. У цивилизованных народов, вследствие многовековой умственной деятельности, головки новорожденных несколько больше, чем головки младенцев у народов, стоящих на более низкой ступени развития.

Из изложенного видно, что представляется весьма важным у каждой отдельной женщины не только выяснить, правильно ли развит таз и насколько он велик, но, что еще важнее, установить взаимоотношения между величиной головки и величиной таза.

Под узким тазом мы разумеем такой, который в одном или во всех своих размерах меньше, чем нормальный таз женщины. Главной причиной узких тазов, вне сомнения, является английская болезнь или рахит, перенесенный еще в детском возрасте. Известно, что рахит встречается, главным образом, у детей, живущих скудно в городах; встречаясь значительно реже в деревнях, он почти не встречается совершенно у первобытных народов. Узкие тазы в настоящее время встречаются довольно часто, приблизительно в 13⁰/₁₀₀, но, конечно, не все они достигают такой большой степени сужения, чтобы служить большим препятствием для родов. Следует считать, что только в 3—4⁰/₁₀₀ тазы действительно бывают настолько узки, что затрудняют нормальное течение родового акта. Узкий таз является причиной, затрудняющей во время родов свободное прохождение нормальной головки ребенка, вследствие чего весьма часто требуется помощь акушерского искусства для сохранения жизни плода, а подчас и сохранения жизни матери.

Значительно реже встречаются затруднения для нормального течения родового акта, исходящие от плода. Выше было указано, что вес новорожденного равен 3000—3300 грм., т. е., 7¹/₂—8 фунт., но нередко рождаются дети, весящие 10—12 фут., значительно реже они достигают веса 15—16 фунт. и, наконец, описаны единичные случаи, где вес доходил до 28 фунт. Конечно, такие дети-великаны рождаются с большим трудом. Кроме случаев общего увеличения размеров ребенка, имеются случаи, где непомерно увеличена только головка ребенка. Это, так называемая, головная водянка плода. (см. рис. 20). Частота этого заболевания равняется приблизительно 1 на 3.000 новорожденных и заключается в том, что в мозгу новорожденного скопляется большое количество жидкости, достигая иногда до 5 литров. Вполне ясно, что столь увеличенная головка не может пройти через таз нормальной величины, роды затягиваются, матка, продолжая сокращаться впустую, не имеет возможности продвинуть головку в таз и в конечном итоге разрывается. Понятно, что такое грозное осложнение родов должно быть избегнуто своевременной по-

мощью, заключающейся в проколе головки ребенка, чем достигаются истечение скопившейся в мозгу мозговой жидкости и последующее уменьшение черепа. Прокол головки при водянке ее иногда ведет к смерти плода, но тут нужно помнить, что вообще дети, страдающие этой болезнью, обладают плохой жизнеспособностью, а помимо того, многие врачи водянку головы родившегося младенца лечат таким же проколом. Как при узких тазах, так и при непомерно больших плодах мы имеем одно общее явление — это несоответствующее соотношение между размерами головки и таза, которое прежде всего ведет к замедлению родов. Предлежащая часть плода остается долго прижатой к тазу, благодаря продолжающимся схваткам и потугам, мягкие части полового канала женщины и покровы головки сильно сжаты между костями таза и костями черепа ребенка. Кровообращение в них затрудняется, иногда настолько сильно, что может наступить омертвление в местах прижатия. Омертвевшие ткани отторгаются, вследствие чего возникают ненормальные сообщения с соседними органами. Например, если между лобком матери и головкой младенца был прижат мочевого пузыря и соответствующий участок влагалища, и эти места прижатия омертвели, то в результате может получиться отверстие между мочевым пузырем и влагалищем. Такая больная, конечно, не может удерживать мочу, и последняя будет произвольно вытекать не через мочеиспускательный канал, а через новое отверстие. Больная постоянно мокра, моча раздражает наружные половые части и кожу бедер, следствием чего может быть целый ряд кожных заболеваний. Если раньше единственным способом, несколько облегчавшим положение такой больной, было только ношение особого приспособленного резинового мешка, куда стекала из влагалища моча, то теперь в огромном большинстве случаев удается оперативным путем закрыть это отверстие с тем, чтобы моча выделялась через естественный, предназначенный для этого мочеиспускательный канал.



Рис. 20. Головная водянка.

Кроме костных частей родовых путей, могут представить препятствие для благоприятного окончания родов также и мягкие части. Ткань шейки матки иногда бывает настолько плотной и нерастяжимой, что плохо поддается раскрытию. Медленность раскрытия влечет за собой замедление в родовом акте. Шейка матки может быть слишком плотной от разных причин, например, от образования твердых рубцов от предыдущих родов, затем у женщин, которые впервые рожают в немолодом возрасте, и, наконец, при поражении шейки матки некоторыми заболеваниями. Такая же неподатливость может наблюдаться и во влагалищных стенках, при чем сама по себе ткань влагалища

может быть не изменена, но влагалище является врожденно более узким, чем должно быть. Наблюдается также различного рода перетяжки и перемычки во влагалище. Препятствием для прохождения головки иногда служит и промежность, слабая эластичность которой в большинстве случаев наблюдается у старых первородок.

Упомянув о промежности, мы должны коснуться вопроса о разрывах ее у женщин во время родов. Разрывы промежности наблюдаются в количестве около 10% всех родов. Естественно, что в эти 10% должны войти не только старые первородки, но и ряд женщин в самом плодородном возрасте (25—30 лет). В огромном большинстве случаев разрывы встречаются при первых родах (в девять раз чаще, чем при повторных), да оно и понятно, что ткани перворожениц, не растянутые ранее, должны рваться легче, чем подвергавшиеся раньше растяжению ткани повторнородящих. Отмечено, что у полных женщин ткани, богатые жиром, рвутся легче; затем плохо растягивается промежность при отеках ее. Иногда наблюдается, что на внешний вид совершенно здоровая промежность буквально разлезается во время родов, вместо того, чтобы растягиваться. Величина плода, конечно, не остается без влияния на причину разрыва промежности. „Чрезмерная величина головки неизбежно должна вызвать разрывы, ибо растяжимость даже лучшей промежности имеет в конце концов свои пределы“, говорит проф. Бумм.

Так же, как величина головки, влияет и неправильное прохождение ее, т. е., когда головка выходит из промежности не затылком, а, скажем, лицом или лбом, ибо в этом случае она проходит через половую щель не наименьшим своим размером. Кроме всего этого, большое значение имеет и быстрота родов — быстрое прохождение головки через половую щель. Та же самая промежность при медленном растяжении может не разорваться, при быстром же — ткань ее легко рвется. Что же, собственно, при разрывах повреждается? В одних случаях наблюдаются небольшие повреждения кожи, в других — вовлекается в разрыв и мышечная основа промежности, в третьих — кожа может остаться цела, а мышцы быть разорванными, в четвертых — разрыв захватывает, кроме кожи и мышц, также и прямую кишку. Как видно из этого, большинство разрывов обнаруживается во время родов за исключением тех, которые повредили целостность мышц, не захвативши кожи.

Применяемые акушерками меры защиты промежности от разрыва, состоящие в поддержании ее рукой, или в придании роженице соответствующего положения, только до известной степени могут достичь своей цели. Сплошь и рядом, даже у молодых женщин, наблюдается так плохо растягивающаяся ткань, что уберечь промежность от разрыва не представляется возможным. Всякий обнаруженный разрыв промежности, в первую голову, конечно, с повреждением кожи, по целому ряду оснований должен быть зашит. Во-первых, он служит открытыми воротами для внедрения инфекции, так как на коже имеются всегда возбудители гнойного заражения, поверхность же разрыва служит прекрасной пищей для питания и размножения этих микробов; во вторых, предоставленный самому себе разрыв не срастается в том порядке, в каком он разорвался, т. е. не соединяются в месте разъединения концы мышц, кожа и др. ткани, а заживление идет путем образования обезображивающего рубца в течение ряда недель; в-третьих, оставшийся незащитым разрыв ведет в дальнейшем к постепенному опусканию стенок влагалища, а затем и

опусканию и выпадению матки. Следует отметить, что наша крестьянка, не обращаясь еще к специально обученному акушерскому персоналу, прибегает к помощи бабок. Бабка эта, если кое-как и умеет принять ребенка, то уж зашить промежность не сможет и к врачебной помощи, обыкновенно, не прибегает. Вот почему крестьянки и страдают, по сравнению с горожанками, занятыми физическим трудом, более частыми опущениями и выпадениями половых органов. Зашивание промежности, повторяем, тотчас после родов (в день родов или на следующий), во-первых, прилаживает друг к другу все разошедшиеся части, а во-вторых, ведет к заживлению и срастанию к 7-му дню.

При описании разрыва мягких половых частей, нельзя не упомянуть об одном весьма грозном осложнении родов — разрыве матки. К счастью, он встречается сравнительно не часто — один раз на 1500—2000 родов. Чаще всего рвется матка в нижнем своем отделе, несколько выше шейки. Большой частью разрыв имеет своим основанием чрезмерное растяжение ткани матки. Если плод, благодаря большой величине или неправильности своего положения (поперечное), а также при узости таза, не продвигается в тазовой канал, а матка продолжает сокращаться в области дна, то нижний отрезок ее (область выше шейки) подвергается перерастяжению; в конце концов матка не выдерживает такого состояния и рвется.

Как было указано, большую роль в быстроте родов играют изгибающие силы матки. Довольно нередко приходится наблюдать уклонения в сторону слабости родовой деятельности, так и в сторону ее чрезмерного усиления. Если при слабости схваток, женщина теряет много сил от крайней длительности родов, а ребенок подвергается опасности смерти в утробе матери, то чрезмерно сильная родовая деятельность имеет ту невыгодную сторону, что женщины зачастую не успевают добраться до родильного дома и рожают на улице (так называемые, уличные роды), и нередко, благодаря этому, бывают большие разрывы промежности и наружного зева. При слабости более затянувшиеся роды требуют нередко, для спасения жизни плода, родоразрешающей операции.

Наблюдается также чрезмерная болезненность маточных сокращений. В этом случае частота, продолжительность и сила каждой схватки — нормальна, она только крайне болезненна. Другой неправильностью маточных сокращений служат, так называемые, судорожные боли. Они отличаются от нормальных тем, что они более продолжительны, и матка после каждой схватки не вполне расслабляется, оставаясь как бы полусокращенной. Одной из причин судорожных болей служит прием, так называемой, спорыньи (маточные рожки). Это лекарство весьма часто дают родильницам тотчас после рождения детского места для того, чтобы матка после родов хорошо сократилась. Если женщине дать это лекарство в то время, когда плод еще в полости матки, то могут наступить судорожные боли. Они ни в коей мере не способствуют родам, так как они только сжимают плод, вместо того, чтобы с каждой схваткой его выталкивать.

Заканчивая описание ненормального течения родов, мы не можем не упомянуть о весьма грозном заболевании: о неправильном положении детского места — предлежании последа (см. рис. 31 и 32) Обычно послед развивается на дне матки, но в некоторых случаях (один раз на 500—600 родов) он образовывается в нижнем отрезке матки, недалеко от внутреннего отверстия шейки ее. Наиболее частой причиной этого является

воспаление слизистой оболочки матки, так называемый, катар ее. В первые месяцы беременности иногда предлежание детского места не дает о себе знать. Как было уже указано, в последние месяцы у женщины наблюдаются схватки, во время которых нижний отрезок матки, где в данное время расположено детское место, растягивается, благодаря чему происходит отслоение предлежащей плаценты от стенки матки. Отслойка эта открывает обширные маточные сосуды, которые питают детское место, и наступает кровотечение. Кровотечение весьма часто наступает внезапно и бывает разной силы. Первое кровотечение, обычно останавливается само собой и не ведет непосредственно к смерти, но очень ослабляет женщину; повторное же кровотечение, особенно же родовый акт, который в таких случаях всегда связан со значительной кровопотерей, при известных условиях может унести жизнь не только младенца, но и матери. Тут нужно сказать, что если другие осложнения родового акта еще могут быть кое-как устранены при домашней обстановке, т. е., на дому у больной, то предлежание детского места должно быть лечено в специальных учреждениях — родильных домах и клиниках. Всякая женщина, у которой во второй половине беременности началось кровотечение, должна быть немедленно направляема в лечебное учреждение для установления причины кровотечения и для того, чтобы остаться уже под наблюдением врачей. Такое строгое отношение к этому заболеванию необходимо и потому, что даже при применении соответствующих методов лечения и операций оно дает очень большую смертность матерей, доходящую до 2—8%.

Об эклампсии (судороги беременных) во время родов см. главу 5-ю о гигиене беременности.

ГЛАВА ЧЕТВЕРТАЯ.

ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД.

Изменения в половом аппарате. Изменения в молочных железах. Изменения в остальном организме. Послеродовые заболевания. Неправильности молокоотделения и болезни грудной железы.

Изменения в половом аппарате.

Женщина в состоянии родов, т. е. с начала открытия матки до окончания третьего периода — выхода последа, носит название роженицы, после же рождения детского места — называется родильницей.

Послеродовой период, начавшись тотчас после родов, продолжается 6—8 недель. В течение этого времени во всем организме женщины и в отдельных органах ее происходит ряд изменений. Постепенно исчезают все те явления, которые наблюдались во время беременности; но если во время беременности они развивались в течение девяти месяцев, то теперь они сглаживаются в более короткий срок. Как во время беременности подвергалась наибольшему изменению матка, так и в послеродовом периоде мы наблюдаем резкие явления в ней же. Сейчас же после родов тело матки, будучи хорошо сокращено, занимает меньшее пространство в брюшной полости, чем в конце беременности и во время родов, и дном своим матка достигает уровня пупка. С каждым днем послеродового периода величина ее все сильнее уменьшается, и на 10—12 день после родов матка скрывается уже за лобковой костью. Вес матки тотчас же после родов равняется 1.000 грм., к концу первой недели послеродового периода он равен 500 грм., к концу второй недели — 330 грм., к концу третьей — 250 грм., а к концу шестой недели 50—60 грм. Сильно разросшаяся во время беременности мышца матки в послеродовом периоде с большой быстротой уменьшается. Сильно уменьшается каждое мышечное волокно в отдельности. Претерпевают изменение не только мышечный слой матки, но и внутренний ее слой — слизистая оболочка. Из толстой она становится тонкой, нормальной; брюшинный покров матки, сильно разросшийся во время беременности, также уменьшается и становится гладким. Указанные изменения в слизистой оболочке сходны с явлениями заживления ран. Как при последних, имеются более или менее обильные отделения, состоящие, в зависимости от срока заживления, из примеси крови, белых кровяных телец (лейкоцитов), а в послеродовой матке, кроме того, и отторгающихся частей ткани внутренней оболочки матки и др. В первые три дня послеродовые очищения кровянисты, затем количество крови

в них уменьшается, они имеют характер водянисто-кровянистой жидкости, а в начале второй недели приобретают вид слизистых. Обычно к концу третьей недели всякие выделения прекращаются. В общем за первые 8 дней всего выделяется из матки до $1\frac{1}{2}$ кг. послеродовых очищений. Обычно послеродовые очищения имеют несколько пряный запах, но сплошь и рядом, особенно у полных женщин, запах этот становится неприятным.

Половая щель и влагалище, будучи сильно растянуты во время прохождения плода, постепенно сужаются, но достичь своей прежней величины они не могут — они остаются навсегда более широкими, чем были до родов. Яичники начинают выделять зрелое яйцо, повидимому, через 3—7 недель после родов, так как первые менструации могут появиться на 6—8 неделе после рождения ребенка. Кормление несколько задерживает созревание и выход яйца из яичника, но в значительно меньшей степени, чем препятствует появлению менструации, другими словами, у кормящей женщины может быть овуляция (созревание и выход женского яйца из яичника), но не быть менструаций. Из сказанного видно, как ошибочен весьма распространенный среди женщин взгляд, что если при кормлении нет менструаций, то беременность не может наступить. Наиболее часто следующая беременность после родов наступает через 8—12 мес., но был описан ряд случаев, когда она наступала уже в течение первых шести недель после родов, и следующий ребенок рождался через 10—11 мес. после предыдущего.

Изменения в молочных железах.

Если все изменения, происходящие в организме женщины в послеродовом периоде, можно рассматривать, как явления обратного развития, т. е., все то, что происходило, после родов постепенно исчезает, и организм приходит в нормальное состояние, то только в молочных железах наблюдается обратное. Только после родов они начинают функционировать, ибо роль их заключается в выделении особой жидкости — молока — для питания новорожденного. В противоположность другим железам организма, которые функционируют постоянно, — грудная железа работает только временно в определенные периоды жизни. У беременных со второго месяца и в первые три дня у рожениц выделяется только молозиво. Молозиво под микроскопом представляет собой различной величины жировые капельки и белые кровяные тельца. Оно богаче молока белками и солями; при кипячении молозиво свертывается. Молоко же под микроскопом представляется исключительно в виде жировых капелек более или менее равномерной величины; оно богато жиром и сахаром, при кипячении не свертывается. В начале кормления груди женщин выделяют в сутки около 500 грм. молока, в дальнейшем уже могут выделять до $1\frac{1}{2}$ литра. В этом отношении замечательна способность груди давать столько молока, сколько требуется для питания данного ребенка. Если ребенок мал, то, естественно, пищи ему нужно немного, и молочная железа вырабатывает соответственно немного молока. С ростом ребенок начинает требовать больше питания, в соответствии с чем и грудью вырабатывается больше молока. Здоровая мать, родившая двойню, может превосходно выкормить обоих ребят. Поэтому совершенно неправильно и неосновательно требование, которое часто предъявляется к нанимаемой мамке, чтобы она прекратила кормление своего ребенка, из опасения, что у нее не хватит

молока для питания своего питомца. Здоровая грудь способна весьма быстро давать нужное количество молока, если к ней предъявят новые требования.

Изменения в остальном организме.

Пульс в послеродовом периоде обнаруживает весьма часто явные замедления; так, например, частота его у здоровых родильниц 64—65 ударов в минуту, дыхание также замедляется. Температура нередко несколько подымается, но обыкновенно не выше 38° С. в первый день после родов, а также на третий или четвертый дни. Объяснения этому даются разные. Повидимому, это повышение температуры связано, главным образом, с всасыванием из полости матки выделений. Раньше полагали, что лихорадку можно приписать исключительно нагрубанию грудей; теперь же некоторые ученые считают, что само нагрубание имеет своей причиной то же самое всасывание выделений.

Количество мочи после родов увеличивается. Весьма часто находят в ней молочный сахар. Замечено, что если молока вырабатывается больше того количества, которое может съесть ребенок, то в моче появляется сахар. Родильницы легко потеют. Это увеличение потоотделения чисто нервного происхождения. Потеря организмом воды и др. веществ путем увеличения мочеотделения, потливости, послеродовых очищений и т. д., с одной стороны, вызывает у женщины жажду, а с другой — потерю веса. Вполне благополучно родившая всегда представляется похудевшей и побледневшей.

Послеродовые заболевания женщины.

Матка женщины тотчас после родов представляет собой большую рану. Только что от стенки матки отделились детское место и оболочки. Шейка матки, влагалище и половая щель покрыты надрывами и трещинами. Все эти ранения, как мы видели, отделяют кровь; кроме того, некоторые части слизистой оболочки матки, так называемая отпадающая оболочка, удаляются вместе с послеродовыми очищениями. Все эти поранения могут служить местом внедрения бактерий, которые в одних случаях, размножаясь, не проникают глубже полового аппарата, а в других случаях, пройдя дальше, заражают весь организм. Из повседневной жизни известно, что небольшой порез или даже укол иглой при загрязнении может вызвать в одном случае образование нарыва, в другом случае — нагноение подкожной клетчатки, а иногда даже и общее заражение организма — сепсис. Отсюда станет ясным, что загрязнение — заражение полового аппарата женщины — после родов должно представиться действительно грозным заболеванием, так как ворот для вхождения инфекции (заражения) очень много — и в половой щели, и во влагалище, а главное, в полости матки.

Большинство послеродовых заболеваний заключается во внедрении инфекции. Под словом родильная горячка или лихорадка подразумевается заражение организма женщины после родов. Еще недавно каждая женщина считала, что, рожая, она одной ногой стоит в могиле. Так, например, еще в 50—60 годах прошлого столетия в одной из Берлинских клиник из 100 родильниц умирало 16; в 70-х годах прошлого столетия в Ленинграде заболеваемость послеродовыми болезнями доходила до 65%, а смертность от них равнялась 6—10%.

Изучение условий, при которых происходит заражение, меры борьбы с ним, а главное, меры предупреждения против заражения, совершенно изменили картину. Так, например, в 1-м Одесском Родильном Доме с 1903 по 1918 годы, за время заведывания им проф. В. Н. Орловым, родило — 39.724 женщины; из них болело послеродовыми септическими заболеваниями только 5, 1%, а умерло 0,12%, т.е. умирало 12 на 10.000 родивших. Смертность от послеродовых заболеваний за 1920—1925 г.г. во 2-м Одесском Родильном Доме равняется 0,02%, причем за это время проведено 4997 родов, в особо тяжелых условиях (крайняя недостача воды, освещения, отопления и т. д.), при которых работало учреждение. Эти данные говорят, что с ходом развития нашего знания о природе послеродовых заболеваний уменьшается опасность заболеть ими и умереть от них. Первоначально лучшие умы акушерства стали на путь изучения развившегося уже послеродового заражения борьбой с ним, но с течением времени стало ясным, что лечить послеродовое заболевание, вызванное заражением, значительно труднее, чем его предупредить. Несравненно правильнее затруднить проникновение бактерий в половые части женщины путем соблюдения мер исключительной чистоты всего того, что соприкасается с половым аппаратом женщины. Специальные способы обеззараживания рук акушерки и врача, инструментов, постели роженицы и даже, если возможно, комнаты ее — вот те предупредительные меры, которые дают относительно малый процент заболеваемости и смертности женщин, по сравнению с прошлым. Нужно сказать, что значительно легче достичь этих результатов в условиях родовспомогательных учреждений, чем на дому. Особо большую опасность для роженицы и родильницы представляют те заболевания, которые вызываются, повидимому, одним и тем же микробом, — стрептококком, как например, рожа, скарлатина, некоторые виды нарывов и т. д. Нужно отметить ту огромную опасность, которой подвергает себя женщина, имея общение с больными только что указанными заболеваниями, или же с лицами, соприкасающимися с подобными больными. Большое количество послеродовых заболеваний является результатом занесения инфекции извне, но некоторые родильницы заболевают путем переноса микробов через кровеносную систему из других мест организма; так, например, нарыв на руке может служить причиной послеродовой горячки: бактерии из него проникли посредством крови в полость матки и вызвали соответствующее заболевание; затем, благодаря близости к половой щели прямой кишки и мочеиспускательного канала, из этих последних бактерии могут проникнуть во влагалище, а оттуда в матку. В самом влагалище, даже у здоровых женщин, имеются бактерии. (См. рис. 73 и 74). В настоящее время считается возможным предполагать, что бактерии эти в послеродовом периоде приобретают особые свойства сильно размножаться, проникать в ткани и вызывать соответствующие заболевания. Особо опасно проникновение бактерий во время родов и в первые 5 дней после них; после этого срока во внутренней поверхности матки произошли уже столь глубокие явления заживления, что попавшие туда бактерии, обыкновенно, не вызывают особо грозного заболевания. Но, конечно, наибольшее количество заболеваний и особо серьезные вызываются чуждыми данному организму бактериями. Проникнув в полость матки тем или иным способом, бактерии могут вызвать различного рода заболевания. Болезни эти зависят не только от рода бактерий, от степени способности их размножаться, внедряться в ткани и выделять особо ядовитые вещества, но от целого

ряда других причин, и из них на первом месте стоит сила сопротивления организма.

Под здоровьем, конечно, мы давно перестали понимать толщину человека или его краснощекость; из повседневной жизни мы знаем, что сплошь и рядом здоровый по внешнему виду человек легко утомляется, легко заболевает всякими болезнями и скверно их переносит. Если данную местность поражает эпидемия какой-либо болезни, то он ею легко заражается и переносит ее плохо со всякими осложнениями. Нередко на вид невзрачный человек со слабым организмом оказывается весьма выносливым, с трудом заражается и превосходно переносит заболевания. Разница между этими двумя людьми заключается в разнице силы сопротивления организма, которая у первого невелика, в противоположность второму, у которого она хорошо развита. Вот почему, кроме свойств самой бактерии, попавшей в организм рожениц, следует считаться с силой сопротивления организма. Другими словами, можно сказать, что сила заболевания прямо пропорциональна вирулентности бактерии и обратно пропорциональна силе сопротивления организма. Под вирулентностью мы понимаем способность к размножению, способность выделять ядовитые вещества и др. свойства бактерии. Бактерии, попавшие в родовую канал (влагалище, матка) могут: во-первых, не проникая в его стенки, размножаться на послеродовых очищениях и отмирающих и отпадающих частях тканей (бактерии эти относятся к наименее вредным видам); во-вторых, микробы могут проникнуть в самую стенку родового канала; в-третьих, внедрившись в лимфатические сосуды, они проникают посредством их в близлежащие тазовую клетчатку, брюшину, трубы или яичники и, в-четвертых, распространяясь по кровеносным сосудам и идя по ходу тока крови, могут заразить весь организм.

Таким образом, мы видим, что послеродовые заболевания могут быть местного характера и общего. Под местными заболеваниями разумеются те, которые поражают те или иные области полового аппарата женщины, под общими—те, которые захватывают весь организм. Все они имеют одно общее явление—это повышение температуры. Обычно она достигает довольно высоких цифр (более 40°C), но по ее высоте еще нельзя говорить об опасности или безопасности заболевания. Нередко при послеродовых заболеваниях замечается крайне неприятный запах послеродовых очищений, зависящий от присоединения еще микробов гнилостного разложения. Кроме применяемых специальных методов лечения большую роль в лечении послеродовых заболеваний играет поддержка сил организма. В этом отношении очень важно наладить питание больной, что нередко представляет немалый труд, так как больные роженицы часто страдают отсутствием аппетита. Меры предупреждения родильной горячки указаны в главе 5-й.

Неправильности молокоотделения и болезни грудной железы в послеродовом периоде.

Как мы видели, здоровая молочная железа должна выделять столько молока, сколько может съесть ребенок. Но имеются отклонения как в сторону недостаточного молокоотделения, так и в сторону чрезмерного образования молока. Недостаточное количество молока наблюдается у женщин с недоразвитой грудью, при чем нужно отметить, что у полных женщин грудь может быть большой, но состоящей в большей своей части из жира, а не из ткани молочной железы. У старых пер-

вородок сравнительно чаще, чем у других, наблюдается недостача молока. Это объясняется тем, что неработавшая длительное время молочная железа настолько изменилась от бездеятельности, что не может уже в достаточной мере функционировать. Грудная железа слабее работает у истощенных женщин; она может прекращать выделение молока во время заболевания с повышением температуры. Отмечается, что сильное душевное волнение уменьшает, а иногда и прекращает молокоотделение.

Значительно более редкие явления — это как чрезмерное, так и слишком продолжительное выделение молока. Обычно грудь прекращает функционировать вскоре после отнятия ребенка от нее, но в редких случаях грудь продолжает выделять молоко еще сравнительно долгое время. Был описан исключительно редкий случай, где выделение молока продолжалось в течение 32 лет.

Одним из очень частых осложнений кормления, а иногда даже и периода беременности — являются трещины сосков. Заключаются они в том, что нарушается целостность поверхностного слоя кожи, при чем обнажаются нижележащие ее слои. Кормление при наличии трещин крайне болезненно, иногда настолько, что женщины с ужасом следят за приближением часа кормления. Сосание сопровождается в таких случаях столь нестерпимыми болями, что иной раз приходится прекратить кормление. Чаще всего трещины встречаются при втянутых и плоских сосках, когда ребенок, чтобы захватить их, должен их силой вытягивать; тогда наступает перерастяжение кожи, и поверхностный слой ее расходится. Иногда причиной трещин служит особая нежность, и, наконец, грязное содержание сосков может также послужить причиной появления трещин. Грязь, скопляющаяся в бороздках и мелких складочках сосков, ведет к изъязвлению их. Кроме крайней болезненности, трещины имеют еще то важное значение, что служат воротами, через которые проникает инфекция в молочную железу и вызывает ее заболевание, называемое грудницей или маститом. В главе о гигиене беременности подробно изложено о мерах предупреждения образования трещин.

При мастите (груднице) бактерии размножаются чаще всего в отдельных дольках железы, образуя нарыв. Нарыв этот бывает то большей, то меньшей величины в зависимости от того, сколько захвачено заболеванием долек железы. Болезнь начинается повышением температуры, сопровождается ознобом. Заболевшее место груди представляется в виде плотного узла, очень болезненного при прикосновении, поверхность его красновата, боль распространяется в соответствующую подмышечную впадину, движение руки той же стороны вызывает боль в груди. Процесс может окончиться рассасыванием, и тогда температура быстро падает, боль уменьшается, и грудь становится опять мягкой. В других случаях нагноение размягчает ткань, кожа над нарывом истончается, и гной пробивается наружу. В этом случае несравненно правильнее произвести большой разрез над всем гнойником для того, чтобы не было застоя гнойного отделения, и тем предупредить образование повторного гнойника в том же или близлежащем месте. Такое хирургическое лечение мастита сокращает время выздоровления намного больше, чем в том случае, если предоставить его самостоятельному течению. Так как обычно гнойник груди захватывает небольшую ее часть, то грудь по выздоровлении, в огромном большинстве случаев, способна опять выделять достаточное количество молока вполне хорошего качества.

ГЛАВА ПЯТАЯ.

ГИГИЕНА БЕРЕМЕННОЙ.

Чистота тела и уход за кожей. Забота о чистом и свежем воздухе. Питание беременной женщины. Расстройства пищеварения при беременности. Одежда беременной женщины. Физические движения при беременности. Душевное состояние при беременности. Половая жизнь беременной женщины. Прием лекарств и операции у беременных. Профессиональная гигиена беременной. Уклонения от нормального хода беременности. Выкидыш и преждевременные роды. Внематочная беременность. Эклампсия. Предлежание детского места. Пузырный занос. Влияние беременности на течение общих заболеваний организма. Влияние беременности на заболевания половой сферы женщины. Подготовка беременной к предстоящим родам.

Беременность не есть болезнь, а нормальное и естественное состояние женского организма, и потому все происходящие в нем изменения не должны рассматриваться, как болезненные явления. Однако, при сложности происходящих во время беременности процессов многие нормальные явления могут переходить в болезненные, которые часто бывают опасны, как для беременной, так и для плода. Особенно часто наблюдается это при тех ненормальных внешних условиях, в которых живет большинство беременных женщин, тем более, что во время беременности организм женщины делается менее стойким и слабее борется с различного рода вредностями, как-то: утомлением, заразой, загрязнениями и т. д.

Гигиена беременности имеет своей задачей предупредить переход нормальных явлений в болезненные состояния, а также предотвратить ухудшение тех болезненных явлений, которые могут быть у беременной женщины.

Основное правило гигиены беременной сводится к тому, что она должна, по возможности, вести тот обычный образ жизни, к которому она привыкла, разумеется, если он был вообще разумным и гигиеничным, и если беременная при прежнем образе жизни продолжает чувствовать себя хорошо.

Чистота тела и уход за кожей.

Заботам о чистоте тела при беременности, согласно общим гигиеническим правилам, необходимо уделить большое внимание. Для этого беременные должны, прежде всего, научиться уходу за чистотой своей кожи. Покрывающая наше тело кожа является одной из самых важных частей человеческого организма. Кожа имеет множество весьма маленьких отверстий, называемых порами. В эти

поры открываются выводные протоки сальных и потовых желез. Благодаря последним, из организма выделяются многие вредные вещества. Нормальная работа кожи, необходимая в обычное время, еще более нужна во время беременности. Что кожа является важным, необходимым органом, а не простым покровом тела, видно хотя бы из того всем известного факта, что повреждение кожи на значительном пространстве ведет человека к гибели. Известно, что ожог одной трети кожной поверхности человека является для него смертельно опасным. Желая проверить значение кожи для жизни животного, ученые покрывали кожу кроликов и других животных лаком, который заклеивал поры и задерживал выделения желез, при чем оказывалось, что животное быстро погибало. Одной из важных функций кожи является дыхание, т. е. обмен угольной кислоты организма на кислород воздуха. Это кожное дыхание служит в помощь легочному дыханию. Во время беременности, в особенности во вторую ее половину, когда растущей маткой переполняется брюшная полость, легочное дыхание делается затрудненным, нередко сопровождается одышкой, сердцебиениями. Нормальное кожное дыхание может эти явления облегчить, но непременным условием этого является чистота кожи, ее свободные, незагрязненные поры.

Кроме дыхательной функции, кожа обладает еще функцией выделительной. Кожа, наряду с почками, удаляет из организма ядовитые продукты его работы, продукты „обмена его веществ“ Из почек они удаляются в виде мочи, а из кожи в виде пота. Во время беременности, при усиливающемся обмене веществ, увеличиваются и вредные продукты обмена. Почкам приходится усиленно работать для удаления из организма, кроме его отбросов, еще и отбросов плода, и часто эта работа почек становится недостаточной. В таких случаях кожа с ее потовыми железами должна взять на себя значительную долю работы почек, а это возможно только тогда, когда выводные протоки желез открываются в свободные от грязи, смешанной с кожным салом, поры. Что между работой почек и деятельностью кожи существует определенная связь, может быть известно всякому из следующего: в жаркое время, когда человек сильно потеет, у него мало выделяется мочи, зимой же, наоборот, выделяется много мочи, и почти не бывает пота. В грязи, покрывающей кожу, вместе с кожными выделениями нередко скопляются различного рода микробы, среди которых могут находиться возбудители различных болезней, вызывающие заболевания женщины, как во время беременности, так и во время родового акта и в послеродовом периоде. Забота о чистоте кожи во время беременности служит одной из важных мер предупреждения самого опасного заболевания в родовом периоде — родильной горячки.

Таким образом, становится ясным, что беременная женщина должна самым тщательным образом следить за чистым содержанием своей кожи. Для этого рекомендуется, прежде всего, предохранять кожу от возможных загрязнений и, главным образом, от попадания на нее различного рода возбудителей заразных заболеваний. С этой целью запрещается беременной женщине соприкосновение с гнойными и заразными больными (скарлатиной, рожей, ангиной и др.), при чем этого особенно строго надо придерживаться в конце беременности.

Для очистки кожи весьма полезны теплые ванны (27—29° по Реомюру), которые желательно делать не реже одного раза в неделю, а во вторую половину беременности и в особенности к концу ее — чаще. Если беременная имеет возможность, то в последние недели беремен-

ности может пользоваться ванной ежедневно. Что касается времени пребывания беременной в ванне, то такое не должно в среднем превышать 20—30 минут, но это правило не является абсолютным, и каждая женщина при этом может руководствоваться своим самочувствием. Во время приема ванны необходимо пользоваться мочалкой и мылом. Беременной со слабым физическим развитием после ванны рекомендуется отдых в течение часа. Наблюдением установлено, что ванна улучшает самочувствие и поднимает силы беременной. Теплые ванны беременная может принимать во всякое время. При пользовании ванной необходимо соблюдение особых правил. Цель ванны — очистить тело женщины от грязи, а это возможно только тогда, когда вода в ванне является достаточно чистой. Поэтому необходимо заботиться о том, чтобы вода предохранялась от лишнего загрязнения. Для этого беременная прежде, чем сесть в ванну, должна очистить части своего тела, особенно загрязненные. Прежде всего надо вымыть теплой водой с мылом подмышечные впадины, складки под грудями, наружные половые части, ступни ног и, наконец, область заднепроходного отверстия. Перечисленные места всегда бывают наиболее загрязненными, и только после их предварительной очистки беременная может погрузиться в ванну. Кроме общих ванн, разрешается пользование, так называемыми, сидячими или поясными ваннами (до талии), лишь бы вода их не была горячей. Вообще пользование при беременности горячими ваннами считается вредным, так как при них наблюдается неправильное распределение крови в организме. На том же основании запрещается пользование горячими местными (например, ножными) ваннами, а также грязевыми и рапными ваннами (рассольными). Бывающие при них приливы крови к органам таза иногда ведут к выкидышу. Ванны никогда не следует принимать после обеда или обильной еды, так как это расстраивает пищеварение. Неимеющим возможности принимать ванны, можно купаться в бане, соблюдая некоторые предосторожности. Пользование банями разрешается только в первой половине беременности. Баня не должна быть слишком жарко натопленной и переполненной купающимися. В душевой и жаркой бане у беременных нередко наблюдались головокружения и даже обмороки. Купаясь в бане, беременная должна следить за собой, чтобы не поскользнуться и не упасть, так как это может послужить толчком к перерыву беременности. Пользоваться парными отделениями в бане беременным запрещается. Лучшей баней для беременных может считаться домашняя баня, которую можно необходимым образом вычистить и натопить, что далеко не всегда бывает в банях общественного пользования. Во избежание резкого перехода из натопленной бани на открытый воздух, необходимо после ванны или бани окатить тело более прохладной водой. В первые месяцы беременности необходимо воздерживаться от приема ванн или посещения бани в те сроки, когда у женщины, если бы она не была беременной, должны были бы появиться менструации, во избежание излишнего прилива крови к половым органам, что иногда ведет к появлению кровотечения, а затем и к выкидышу. Вообще широкое пользование ваннами не рекомендуется женщинам, у которых есть склонность к кровотечениям и выкидышам.

Для общей очистки поверхности тела можно пользоваться теплыми душами. Последние, по мнению некоторых, считаются с гигиенической точки зрения наиболее удобными способами очистки тела, так как при них вода, загрязненная при мытье, стекает и заменяется свежей и чистой. Необходимо стремиться к тому, чтобы душ был достаточно

широк и мог равномерно окатывать тело. Неравномерное окатывание вызывает чувство холода и может вести к некоторому ослаблению организма, что предрасполагает его к заболеваниям. В публике весьма широко распространено мнение, что теплые ванны способствуют разрыхлению тканей и, таким образом, облегчают течение родового акта. В расчете на это „размягчение“ ванны усиленно рекомендуются первородящим перезрелым женщинам. Врачебных наблюдений, подтверждающих это, не имеется, и научных оснований предполагать подобное влияние теплых ванн также нет. Врач, советуя беременной теплые ванны, рассчитывает не на „размягчение и разрыхление“ тканей, а на упомянутое уже поддержание тела в надлежащей чистоте, гарантирующее беременной благополучное течение беременности и родов, главным образом, в смысле предохранения ее от заражения. Для ежедневного туалета кожи следует рекомендовать обмывания хотя бы груди и верхней половины туловища комнатной водой с мылом и затем вытирания досуха полотняным полотенцем. В особенности это следует делать женщинам-работницам по окончании работы. Что касается обтираний и обливанияй водой всего тела, то этого сорта процедуры должны считаться лечебными мероприятиями и потому они могут применяться только по предписанию и указанию врача. Прибегать к ним беременным женщинам по собственному усмотрению или по совету знакомых никак не следует. Запрещается также беременным принимать и холодные ванны.

К уходу за чистотой кожи относится забота о чистом содержании волос и ногтей. Волосы головы нельзя смазывать жирными веществами, так как это ведет к их загрязнению, а самым лучшим поддержанием чистоты следует считать мытье головы мылом не реже одного раза в неделю; легкий уход за подстриженными волосами, и потому моду эту надо приветствовать. Ногти должны быть всегда коротко подрезаны. Длинные ногти, с постоянной под ними грязью, опасны в смысле возможных во время сна расчесов половых органов и загрязнения последних.

Чистое содержание наружных половых частей должно быть постоянной заботой беременной женщины. Наружные половые части смачиваются обильными слизистыми выделениями влагалища, бывающими всегда у беременных в большей или меньшей степени, в особенности со второй половины беременности. При отсутствии надлежащего ухода выделения пристают к волосам на половых частях, засыхают и, смешиваясь с пылью, разлагаются и издают неприятный запах. Разложившиеся выделения действуют раздражающим образом на кожу бедер и половых частей и могут повести к развитию различного рода заболеваний, как, например, опрелость, экзема, чирья и т. д. Гнездящиеся при этом на половых частях микробы могут попадать во влагалище, вести к его заболеванию, что впоследствии весьма вредно отражается на течении послеродового периода. Наружные половые части, во избежание всего этого, необходимо ежедневно подмывать теплой, переваренной водой с мылом. При обильных выделениях такие подмывания необходимо делать дважды в день: утром и вечером. После обмывания их необходимо вытирать чистым полотняным полотенцем. Обмывание можно делать над обыкновенной миской или же на специальных подмывальных столиках-скамейках, называемых „биде“. Биде может быть сделано из металла, покрытого эмалью, или же из прорезиненного полотна. Биде бывают со складывающимися ножками, вследствие чего легко может убираться после подмываний. (См. рис. 21).

Само собой разумеется, что приборы для обмываний половых органов необходимо содержать в абсолютной чистоте. Для этого необходимо мыть их горячей водой с мылом и вытирать насухо. Хранить их необходимо в особых шкафиках, а не под кроватями, как это у многих принято. Ни для каких других целей они служить не должны. Не рекомендуется пользование при обмываниях наружных половых частей губками, ни резиновыми, ни грецкими, так как они очень трудно очищаются, и их невозможно содержать в должной чистоте. Лучше всего пользоваться чистыми свежими вымытыми полотняными тряпочками или же медицинской ватой, которая выбрасывается после обмываний, и, таким образом, для подмываний каждый раз употребляется свежая, чистая вата.

Вода для обмываний должна быть проточной. Совершенно неправильно подмывание водой, налитой в чашку или биде. Лучше всего пользоваться кружкой Эсмарха или же обыкновенным эмалированным кувшином. Обмывания половых органов устраняют с них зародышей заразных болезней, что так необходимо для благополучного течения послеродового периода.

У женщин некоторых диких народов есть обычай, что беременная сбривает себе волосы с половых частей для более легкого поддержания их в чистоте. С медицинской точки зрения это является почти идеалом поддержания чистоты половых частей. Во всяком случае желательно, чтобы женщины подстригали волосы на половых частях во время беременности, что также облегчит уход и наблюдение за их чистотой.

Многие женщины думают, что для поддержания в надлежащей чистоте половых частей необходимо делать влагалищные спринцевания. Это весьма вредный, а иногда и опасный предрассудок, основанный на незнании гигиены. Здоровые внутренние половые органы (влагалище) ни в каких спринцеваниях не нуждаются, так как они обладают способностью самоочищаться от случайных загрязнений и бороться с попавшими зародышами различных заболеваний. Если половые органы больны или же выделяют много слизи, беспокоящей беременную (бели), то устранение этих явлений является уже делом врача, к которому и надлежит обратиться за советом.

Если бы женщине пришлось пользоваться спринцеваниями, то она должна знать, какие меры предосторожности надо принимать, чтобы не причинить себе вреда. Прежде всего надо знать, что спринцевание при помощи различного рода баллонов и спринцовок с тонкими наконечниками для беременной совершенно не допускается. Наконечником можно нанести половым частям повреждения, которые могут подвергнуться загрязнению и заражению и повести иногда к тяжелым заболеваниям или же к перерыву беременности. Наблюдались случаи, когда женщины попадали наконечниками в канал шейки матки, которая при беременности бывает разрыхлена и размягчена, и нанесли себе тяжелые ранения или же нарушали целостность плодного пузыря, что влекло за собой излитие вод, а затем и прерывание беременности. Кроме того, регулировать силу поступающей жидкости (давление ее)

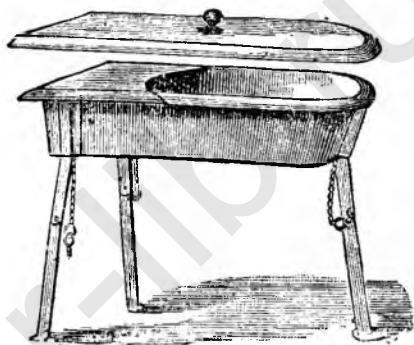


Рис. 21. Биде.

при употреблении спринцовки невозможно. Единственным прибором для этой цели должна служить обыкновенная клистирная кружка Эсмарха. Лучше всего пользоваться стеклянной кружкой, которую легко содержать в чистоте. Резина для кружки должна быть длиною 1—1½ метра, при чем при появлении на резине трещин и потере эластичности она должна быть заменена новой. Плохую резину чрезвычайно трудно содержать в чистоте. Вне употребления кружка должна висеть в определенном месте, при чем резиновая кишка должна быть закручена вокруг нее правильными кольцами, а не сложена внутри кружки. Сложенная внутри кружки резина легко ломается и портится, а также загрязняет кружку.



Рис. 22. Кружка Эсмарха.

Наконечник для спринцеваний необходимо употреблять исключительно стеклянный, который легко очищается. Перед спринцеванием он должен быть вымыт горячей водой с мылом, а затем карболовым раствором (чайная ложка очищенной карболовой кислоты на стакан переваренной воды), а еще лучше, если наконечник будет выварен в воде в течение 5—10 минут. Спринцевания надо производить обязательно лежа или же, в крайнем случае, сидя на биде. Никогда не надо это делать, сидя на корточках над чашкой или миской, так как при этом напрягается брюшной пресс, надавливает на беременную матку, снижает ее в половую щель, что может повести к каким-либо неприятным явлениям при спринцевании. Наконечник при спринцевании надо вводить неглубоко, всего на 2—3 поперечных пальца,

а кружку надо держать или вешать над кроватью на высоту не более $\frac{3}{4}$ метра (около аршина), чтобы струя жидкости не шла с большой силой, при чем для ослабления напора рекомендуется открывать кран на половину (если нет крана, то просто слегка сдавливать резиновую трубку двумя пальцами). Температура воды для спринцеваний должна быть ни слишком горячей, ни слишком холодной (около 30° по Реомюру). В течение последних недель спринцеваний лучше всего избегать. Из легких дезинфицирующих средств для спринцеваний применяются: лизоформ, борная кислота, квасцы в разведении — одна чайная ложка на кружку (один литр) воды, теплой и прокипяченной. Более энергичные дезинфицирующие средства должны быть прописаны врачом с указанием способа употребления и точной дозировкой.

Купание в реке или пруде, если женщина к нему привыкла, может быть разрешено, но при условии, чтобы вода была не очень холодной (не ниже 16° по Реомюру), морские же купанья с сильным ударом волн во время прилива считаются вредными. Беременные, имев-

шие самопроизвольные выкидыши, должны избегать речных и морских купаний в те периоды, когда у них, если бы они не забеременели, должны были бы появиться менструации, так как эти периоды наиболее опасны для появления выкидыша вновь. Купанье должно производиться на неглубоких местах, где вода равномерно нагрета солнцем и имеет в разных слоях одинаковую температуру. Неравномерное охлаждение разных частей тела беременной вредно для ее здоровья, вследствие неравномерного распределения крови в организме. Купаться можно только в хорошую погоду, соблюдая все меры предосторожности против неравномерного или чрезмерного охлаждения тела. Плавание во время купания само по себе не может считаться вредным для беременной, но в виду наблюдавшихся случаев обморока во время купанья — к плаванию необходимо относиться с известной осторожностью.

К заботам о чистоте тела относится достаточно частая смена носильного и постельного белья. Никогда не следует спать в том белье, которое носится днем. Помимо того, что оно может быть пыльным, оно часто бывает насыщено потом и выделениями сальных кожных желез. Для пребывания в постели необходимо специальное белье, которое бы освежало тело и не загрязняло постели. Постельное белье, главным образом, простыни и пододеяльники, должно меняться возможно чаще. Никогда не следует покрываться немощными суконными или ватными одеялами без подшитой полотняной простыни или пододеяльника, так как имеющаяся в них пыль иногда содержит возбудителей гнойных процессов, что может повести к разным заболеваниям беременной. Нечего и говорить о совершенной недопустимости пользования вместо одеяла — периной, являющейся одной из самых негигиеничных постельных принадлежностей. Помимо того, что перины весьма трудно подвергать необходимой чистке, при пользовании ими часто бывает усиленное потение и расстройство кожного дыхания. Охлаждение тела после потения при раскрывании во время сна может повести к появлению заболеваний.

Некоторые участки кожной поверхности тела, в силу особых условий, требуют во время беременности специального ухода. Так, уход за кожей и покрывающей грудные железы (или просто груди), является очень важным вопросом гигиены беременной женщины. Главное внимание при этом должно быть уделено уходу за состоянием грудного соска. Нормальный грудной сосок выделяется на поверхности грудной железы в виде небольшого конического возвышения. (см. рис. 23). При раздражении грудного соска пальцами или челюстями ребенка он несколько напрягается и делается более плотным и упругим. Такой сосок может быть легко введен в рот ребенка, он хорошо захватывается челюстями ребенка при сосании. Но бывает, что грудной сосок выдается над поверхностью груди в виде плоского возвышения или же не выдается вовсе. Такой сосок называется плоским. В некоторых случаях сосок не только не выдается над поверхностью груди, но, наоборот, бывает в виде впадины, запавший или втянутый сосок. На такой сосок должно быть обращено сугубое внимание, и должны быть приложены все усилия для его исправления, иначе женщина не сможет кормить ребенка грудью вовсе.

Прежде всего необходимо заботиться о предохранении соска от уплощения и западания, для чего необходимо избегать всякого на него давления со стороны нецелесообразно сшитого платья и в особенности высокого, сдавливающего груди корсета. При давлении груд-

ные железы не могут должным образом развиваться, и соски делаются плоскими.

Лечение плоского соска должно начинаться месяца за 3—4 до родов. Для исправления плоского соска необходимо применять настойчивые упражнения, состоящие в том, что сосок захватывается двумя пальцами руки (большим и указательным) и осторожно вытягивается. Это вытягивание соска необходимо прodelывать систематически и настойчиво ежедневно по несколько минут, пока сосок не будет в достаточной мере выдаваться над поверхностью груди. Если удастся иногда добиться исправления плоского соска, то почти невозможно



Рис. 23. Грудь беременной с нормальным соском.

исправить сосок втянутый. Для исправления сосков издавна пытались придумать различные приспособления и аппараты. В народе для исправления сосков применяются особые накладки, изготовленные из скорлупы орехов. Орех раскалывается надвое, внутренность ореха выбирается, края скорлупы обкладываются воском, затем скорлупой прикрывается сосок. Скорлупа удерживается одеждой. В продаже существуют особые резиновые шапочки для сосков, которые одеваются на соски ежедневно на несколько часов для придания соскам необходимой формы. Под этими шапочками, вследствие задержки кожных выделений, скопится влага, она размягчает поверхностный слой кожи, так называемый, эпидермис (мацерирует его), вследствие чего кожа приобретает легкую ранимость, что, разумеется, весьма вредно. Врач не может рекомендовать подобный способ. Применяются еще различного рода накладки в виде колец из олова или гуттаперчи. Для

исправления втянутого соска применяются специальные аппараты с воздушным насосом, употребляемые для отсасывания молока. Некоторые рекомендуют прикладывать к соскам горлышко подогретой бутылочки, при чем после охлаждения бутылочки в ней образуется разреженное пространство, и она действует на подобие воздушного насоса. Само собой разумеется, что применение воздушных насосов при исправлении запавшего соска должно быть очень длительным и требует большого терпения и настойчивости.

Кожа, покрывающая грудной сосок, представляется очень нежной, в особенности у беременных в первый раз, у которых она требует особенно тщательного ухода. У многих беременных она часто покрывается особыми корочками, вследствие засыхания вытекающего молока. Под этими корочками на коже соска тогда образуются ссадины, через которые соски могут подвергнуться загрязнению, а затем и заражению возбудителями различных гнойных заболеваний, находящимися всегда в грязи. Это иногда ведет к серьезным заболеваниям не только грудных сосков, но и грудных желез. Заболевания эти могут вести к невозможности кормить грудью, нередко длятся очень долго и истощают силы и здоровье женщины, а в тяжелых случаях являются опасными и для жизни женщины. Из этого видим, что забота о нормальном состоянии грудей никогда не должна покидать беременную женщину. Засохшие корки необходимо осторожно, но тщательно очищать комочком чистой медицинской (гигроскопической) ваты после предварительного размягчения их каким-либо жиром. Лучше всего для этой цели пользоваться непортящимися и не содержащими микробов минеральными маслами, например, американским вазелином. После очищения от корок грудные соски обмываются переваренной борной водой. Нежная кожа сосков может иногда давать трещины, что причиняет большие страдания женщине. (Рис. 24).

Если трещины остаются незамеченными до родов, то женщина не может кормить грудью ребенка, в виду сильной болезненности, либо совершает это при помощи различного рода механических приспособлений—накладок стеклянных с резиновыми сосками и тому подобное. (См. главу 7-ю). В уходе за сосками на первом плане стоит обмывание их ежедневно комнатной водой и содержание в чистоте. Чтобы предупредить появление трещин, необходимо закалить кожу сосков, для чего их ежедневно обмывают водой, смешанной пополам со спиртом, спиртом с глицерином, водкой, одеколоном, красным вином, раствором таннина, крепким чаем и т. д., а затем вытирают чистой полотнянкой. При этом кожа делается менее чувствительной и менее ранимой. Такой способ подготовки сосков называется дублированием и проводится он за 7—8 недель до родов. Между прочим, трещины и другие заболевания сосков чаще встречаются у женщин интеллигентных, изнеженных, нежели у женщин рабочего класса.



Рис. 24. Трещина соска.

По мнению некоторых врачей, дубление кожи сосков, весьма распространенное везде и всюду, слишком сушит кожу, делает ее ломкой и легко трескающейся, и потому они рекомендуют добиваться не твердости, а максимальной мягкости и эластичности кожи. Это достигается смазыванием ее жирами, при чем лучше всего втирать в кожу сосков кусочек ланолина или ланолинового крема величиной в горошину. При значительном вытекании молозива необходимо к груди прикладывать накладку из чистой ваты или полотна, чтобы предупредить засыхание молозива на коже соска и образование корок со всеми вытекающими последствиями, о которых уже упоминалось.

Помимо грудных сосков, кожа и других частей тела во время беременности претерпевает различные изменения. Так, на лице и в

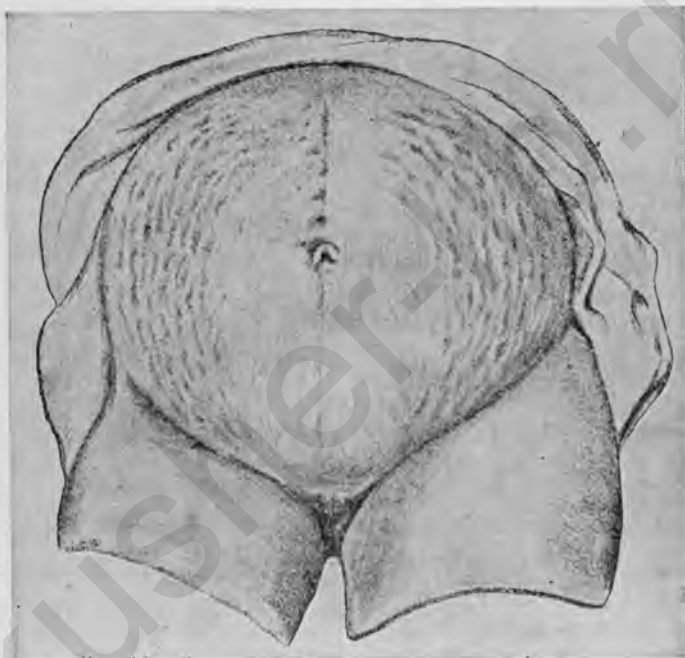


Рис. 25. Рубцы беременности.

особенности на лбу у многих беременных откладывается особый пигмент (красящее вещество), который окрашивает ее в темный цвет. Окрашенные места кожи издавна получили название „пятен беременности“. Замечено, что от действия солнечных лучей они усиливаются, а после родов они постепенно исчезают. Для предохранения от появления этих пятен необходима тщательная чистота кожи, а также надо избегать длительного действия солнечных лучей. Чаще всего пятна появляются у лиц с темной окраской кожи, т. е. у брюнеток чаще, чем у блондинок.

Кожа живота и верхних частей бедер подвергается значительному растяжению, вследствие чего происходят внутренние, подкожные разрывы тканей. На этих разрывах впоследствии появляются белесоватые рубцы. Рубцы остаются навсегда знаком бывших родов и называются „рубцами беременности“. (Рис. 25). Степень развития рубцов зависит от особен-

ностей того или другого организма. У часто рожаящих они выражены более резко и после нескольких родов почти сплошь покрывают кожу живота и верхних частей бедер. Помимо того, что рубцы нарушают естественную красоту, они еще способствуют отвисанию кожи живота, вследствие потери последней присущей ей эластичности (упругости). Во избежание сильного развития рубцов беременности рекомендуется массаж ее в виде легкого поглаживания и разминания. Поглаживать кожу следует ладонями рук, причем движения необходимо совершать по ходу кожных складок, т. е. от средней линии живота в стороны и наоборот — с боков к середине живота. При настойчивом, систематическом массаже кожи живота, начиная с половины беременности, т. е. с тех пор, как живот уже заметно выпячивается, удается почти совершенно предупредить развитие рубцов беременности и сохранить нормальную упругость кожи. Массаж делается ежедневно в течение 5—10 минут. Для предохранения кожи живота от излишнего растяжения и развития рубцов рекомендуется еще ношение хорошо приспособленного мягкого бандажа (вязанный набедренник).

Наблюдающиеся нередко во время беременности отеки нижних конечностей, значительно растягивают кожу, и она также может терять свою эластичность, что может повести к расстройству кровообращения в конечностях. Рекомендуется при больших отеках легких массаж в виде поглаживания конечностей снизу вверх. Для предохранения от появления больших отеков, помимо диетических предписаний, рекомендуется ношение эластических чулков или же бинтование конечностей. Для последней цели наиболее подходит вязанный нитяный бинт, известный в продаже под названием „Идеал“.

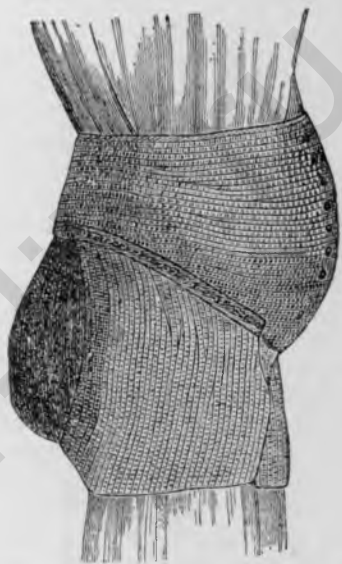


Рис. 26. Вязанный набедренник для беременных.

Забота о чистом и свежем воздухе.

Чистый и свежий воздух является крайне необходимым для нормального хода беременности. Кислород воздуха одинаково нужен, как для самой беременной, так и для плода. Так как не менее трети суток человек проводит у себя в спальне, то необходимо заботиться, чтобы комната, в которой спит беременная, была достаточно просторной и легко проветриваемой. Летом в хорошую погоду можно рекомендовать спать с открытым окном или форточкой. Продолжительность сна и пребывания в спальне не должна у крепких женщин превышать 8 часов в сутки, при чем для отхода ко сну следует считать наиболее удобным и полезным 10—11 часов вечера. Слабым женщинам продолжительность сна может быть увеличена на 1—2 часа. Ранний сон является наиболее здоровым и укрепляющим. После того, как женщина проснулась, она должна тотчас встать с постели. У некоторых женщин есть привычка лежать в постели и проводить в ней целые часы. Такая привычка является вредной, так как она изнежи-

вает организм, ослабляет ткани, ведет к неправильным отправлениям кишечника и расстраивает кровообращение. У таких женщин часто наблюдаются головные боли. Во время сна следует укрываться легкими одеялами, и спальная комната должна быть тепло, но не жарко натопленной (14—15° по Реомюру). Вредно спать с покрытой одеялом головой, так как при этом приходится дышать воздухом, бедным кислородом и насыщенным вредными выделениями собственного тела. Недостаток кислорода ведет к, так называемому, кислородному голоданию, а дыхание воздухом с избытком угольной кислоты может вызвать явления, сходные с угаром: головную боль, тошноту, шум в ушах и т. п. По этим же причинам беременная должна избегать переполненных людьми помещений. Насколько вреден для беременной спертый и неочищенный воздух, можно судить по тому, что у многих беременных при посещении мест скопления народа (церкви, клубы кино, театры и т. д.) или же помещений, где много накурено табаком, наблюдаются головокружения, обмороки, затрудненное дыхание (одышка), сердцебиения и т. д. Кроме этого, при посещениях театров и других зрелищ часто бывает сутолока и толкотня, и беременная женщина может подвергнуться сдавлению или толчкам, что может вредно отразиться на течении беременности. Во избежание этих случайностей и нежелательно посещение беременной женщиной подобных мест.

Замечено, что беременные, живущие в деревне или на даче, чувствуют себя лучше, чем живущие в городе. То же замечено и по отношению к беременным, живущим в больших и светлых квартирах, по сравнению с живущими в малых и темных либо подвальных помещениях. При дыхании беременной чистым воздухом происходит хорошая окисляемость крови внутри-утробного плода; тогда ткани его будут крепки и он родится более жизнеспособным и более стойким против разного рода вредных влияний. По этим причинам деревенская жизнь считается лучшей для беременной женщины, нежели городская.

Питание беременной.

Рациональное питание беременной женщины заслуживает исключительного внимания.

Общие гигиенические правила для нормального питания сводятся к тому, чтобы, с одной стороны, следить за нормальной деятельностью органов пищеварения, а с другой — за правильным приготовлением и приемом пищи.

На первом плане стоит забота о хорошем состоянии полости рта и зубов. В слизистой оболочке полости рта (главным образом, на языке с его вкусовыми сосочками) находятся окончания вкусовых нервов, раздражение которых пищевыми веществами ведет к появлению аппетита, т. е. желания поесть. При этом, как всякому известно, наблюдается усиленное выделение слюны („текут слюнки“ при виде чего-нибудь вкусного), играющей весьма важную роль в процессе пищеварения.

В слюне, как и в других пищеварительных соках, выделяющихся в желудке и кишках, находятся особые вещества, обладающие способностью изменять химический состав пищевых веществ, делать их растворимыми, способными всасываться в кровь и усваиваться организмом. Вещества эти называются ферментами. Главный фермент слюны называется пталином, желудочного сока — пепсином, кишечного — трипсином и т. д. Помимо химического действия составных частей

слюны на пищевые вещества, слюна обволакивает пищевой комочек слизью, делает его скользким и гладким и более удобным для глотания. Многие испытали на себе то неприятное чувство, когда приходится есть что-либо невкусно, „неаппетитно“ приготовленное,—при этом слюна или не выделяется вовсе или же выделяется в очень небольшом количестве, недостаточном для пропитывания комка пищи. Такой кусок, как говорят, „не лезет в горло“, с трудом проглатывается и плохо переваривается. Помимо пропитывания пищи слюной, для правильного пищеварения необходимо хорошее измельчение и разрыхление пищи. Это выполнимо только при хороших и здоровых зубах. Неправильно подготовленная к пищеварению пища плохо переваривается и усваивается организмом.

При плохом уходе за полостью рта на слизистой оболочке, чаще всего на деснах, появляются изъязвления, иногда очень болезненные, которые ведут к нарушению приема пищи и расстраивают питание. Развивающиеся при этом в полости рта микробы вырабатывают вещества, весьма вредно влияющие на зубы. Зубы начинают портиться, болеть, в них появляется, так называемая, костоеда или кариоз. При болезнях полости рта и зубов появляются дурной вкус и запах во рту, теряется способность различать вкус пищи, вследствие чего аппетит пропадает и питание нарушается. Во избежание этого, необходимо после приема пищи тщательно очищать рот от остатков таковой во избежание разложения и гниения их. Для этого следует полоскать рот переваренной водой после каждой еды, застрявшие между зубами остатки пищи вычищать гусиным пером или же чистой, специально отточенной деревянной спичкой, отнюдь не металлическими предметами (столовая вилка), так как они могут поцарапать зубы и ранить десны, ранения же могут загрязняться и служить источником какого-либо заболевания. Зубы необходимо чистить щеткой два раза в день, при чем обязательно это надо делать один раз на ночь перед сном, так как в течение ночи, главным образом, и происходят процессы разложения остатков пищи и брожения, которые ведут к появлению заболеваний полости рта и зубов. При появлении самых незначительных болезненных явлений, необходимо тотчас обратиться к врачу за советом. Для наблюдения за состоянием зубов необходимо периодически обращаться к врачу, чтобы во время снять, так называемый, зубной камень (винный), почистить зубы, запломбировать появившийся кариоз в самом начале, еще до появления болей и т. д.

Для того, чтобы пища тщательно перемешивалась со слюной и была хорошо измельчена, необходимо принимать ее не спеша, без излишней торопливости и жевать ее хорошо, не ленясь. По словам одного известного врача, для тщательного пережевывания пищи, необходимо каждый ее комочек, ломтик, пережевать 100 раз, после чего он легко и свободно проскальзывает из полости рта в пищевод, а затем в желудок. Может быть, в словах этого ученого есть крайность, но она говорит о той серьезности, с которой необходимо относиться к жеванию и правильному приему пищи. Принятая пища подвергается дальнейшему перевариванию в желудке, где она смешивается с желудочным соком, необходимым для пищеварения.

Замечено, что при приеме пищи небольшими порциями это смешивание ее с соком происходит более тщательно, и пища переваривается лучше, чем при приемах больших количеств пищи, при чем это в одинаковой мере относится, как к жидкой, так и к твердой пище. Например, молоко, выпитое небольшими глотками в количестве одно-

го стакана, подвергается необходимой переработке в желудке в течение одного часа, принятое же большими глотками (залпом), или же в количестве 2—3-х стаканов сразу, может оставаться в желудке в течение 2—3-х часов. Измельчаемая пища лучше и скорее переваривается, нежели принятая большими кусками.

Прием достаточного для насыщения количества пищи сопровождается особым чувством сытости, которое, прежде всего, зависит от механического растяжения желудка. Чувство сытости может быть и обманчивым, например, при растяжении желудка большим количеством жидкости. Последней, в особенности в больших количествах, за приемом пищи, принимать не следует, так как она разбавляет в сильной степени желудочный сок и делает его слабым и недостаточным для переваривания пищи.

Вообще не следует переобременять желудок пищей и питьем, так как это требует излишних сил для переваривания, а далеко не всегда может найтись необходимый их запас. В особенности этого надо избегать перед сном.

Не переварившаяся в желудке пища может разлагаться, загнивать и вести к заболеванию, вследствие, так называемого, самоотравления организма (аутоинтоксикация). Иногда самоотравление проявляется болями в животе, рвотой, иногда же нервностью, дурным расположением духа, легким недомоганием и т. д.

Окончательное переваривание пищи происходит в кишках, где части, необходимые для организма всасываются, поступают в кровь — усваиваются организмом. Неусвояемые части выделяются наружу в виде экскрементов — кала.

Хорошей пищей считается такая, которая содержит много легко перевариваемых и усвояемых организмом веществ и мало отбросов. Грубая, плохо перевариваемая пища обременяет желудок и кишечник: и своими не переваривающимися частями вызывает раздражение, а затем и заболевание кишечника. Пища, содержащая много таких веществ, называется неудобоваримой — плохо усвояемой.

К общим правилам питания относится еще то, что пищу следует принимать тогда, когда чувствуется голод или позыв на еду.

Что касается формы принимаемой пищи, то она должна быть удобной и приятной. Последнее достигается прибавлением к пище особых вкусовых веществ. Пища не должна быть слишком горячей, так как в таком случае она вызывает раздражение слизистой оболочки полости рта и желудка. Одинаково вредны пища или питье слишком холодные, так как они могут предрасполагать к заболеванию зева (ангина), желудка, в особенности, если он до этого пуст; вредно она действует и на зубы, при чем, как на больные, так и на здоровые.

При приеме за обедом нескольких блюд руководствуются личными привычками, вкусом и опытом. Никаких особых правил на этот счет нет, хоть и установлен обычай вначале есть жидкое блюдо, затем более плотное и, наконец, сладкое. Качество пищи, помимо ее состава, зависит от умения комбинировать те или другие продукты или способы их приготовления. Помимо приема веществ, необходимых для пополнения потерь организма (белки) и выработки тепла (жиры, углеводы), необходим прием еще особых веществ, способствующих пищеварению и усвоению пищи. Сюда относятся витамины, о которых будет сказано далее.

Питание беременной женщины должно сводиться к употреблению в пищу всего того, к чему она привыкла и что ей нравится, разумеемся, в умеренных количествах.

Умеренное введение пищи отнюдь не должно сопровождаться чувством голодания, и если у беременной хороший аппетит, и после приема пищи она чувствует себя хорошо, то ей можно дать полный простор.

Крепким женщинам, рожаящим крупных детей, следует вообще соблюдать умеренность в пище и питье. Им рекомендуется последние 3 месяца беременности включать в пищу белковые вещества (мясо, хлеб, яйца) в умеренном количестве и по возможности отказаться от употребления жиров, воды и углеводов (картофель, сахар, мучные блюда). Если женщина является слабой и малокровной, то ей следует советовать усиленное питание. Ввести строгое расписание гигиенического питания беременной невозможно. Часто женщину тошнит от самых лучших в смысле питания и усвояемости блюд и продуктов и, наоборот, она себя великолепно чувствует, употребляя в пищу селедку, черный хлеб и проч. Беременной женщине следует избегать употребления в пищу грубых и неудобоваримых веществ, как, например, бобов, слоеного теста, жирных пирогов, горячего хлеба, крутых каш, сала, блинов и жирного мяса: свинины, баранины, гуся и проч., обременяющих желудок и кишечник и нередко вызывающих у беременных весьма неприятную и беспокоящую их изжогу. Беременная должна избегать также кушаний, сильно приправленных острыми веществами (горчица, перец, хрен, уксус и т. п.), так как они раздражают желудок, кишечник и иногда почки.

Крайне нежелательны для беременной различного рода консервы и закуски (колбасы), которые могут вести иногда к малозаметным отравлениям организма, весьма вредно отражающимся на течении беременности. Консервированные продукты вообще, а мясные в особенности, в большинстве случаев считаются мало удобоваримыми из-за тех изменений, которые происходят в них, вследствие различного рода примесей (соль, пряные вещества, кислоты и т. д.).

Вредными считаются для беременной разные горячительные и возбуждающие напитки. Безусловно воспрещается употребление беременными спиртных напитков. Спиртные напитки весьма вредно влияют не только на беременную, но и на плод. Дети при частом употреблении алкогольных напитков беременными рождаются с склонностью к заболеваниям мозга (сумасшествие, воспаление мозга, падухая болезнь и т. д.). Небольшие количества легких виноградных вин или пива могут быть в редких случаях допустимы. Чай и кофе могут быть разрешены в виде слабого настоя (не крепкие).

Что касается введения в организм жидкости, то потребность в таковой у беременных обыкновенно повышается. Запрещать введение жидкостей (только не во время еды) нет оснований, а промывание организма должно считаться только полезным. В народе распространено мнение, что многоводие беременной и головная водянка плода зависят от чрезмерного введения жидкости. На самом же деле это предрассудок, ни на чем не основанный. Для питья лучше всего употреблять обыкновенную воду, можно с каким-либо фруктовым соком. Употребления газированных вод лучше избегать, так как они вздувают желудок и нарушают нормальное дыхание.

До настоящего времени не имеется вполне точных научных данных о влиянии различного рода питания на развитие плода, здоровье матери и течение родов, но большинство выдающихся акушеров сходится на том, что наиболее полезным следует считать молочно-растительную диету.

Мясная пища является менее подходящей, и преобладание мясной пищи, по мнению некоторых, служит одной из предрасполагающих причин весьма опасного осложнения беременности — эклампсии. Молоч-

но-растительную пищу (вегетарианскую) необходимо рекомендовать во вторую половину беременности, делая ее исключительной в последние недели, когда лучше совсем отказаться от мясной пищи. Наблюдения некоторых врачей показали, что дети женщин, придерживающихся вегетарианской диеты, рождались с более мягкой головкой, что облегчает течение родов.

Из растительных продуктов наиболее удобоваримыми и полезными являются молодые и свежие овощи: морковь, зеленый горошек, салат и друг., а также всевозможные фрукты. В овощах и плодах, кроме питательных веществ, содержатся упомянутые уже витамины. Истинная природа и состав витаминов пока еще точно не установлены, но уже выяснено, что имеется несколько видов витаминов, и что исключение из пищи того или другого витамина ведет к нарушению питания, нарушению обмена веществ в организме и к его заболеванию. Недостаток витаминов, даже при наличии приемов больших количеств питательных веществ (мяса, сала, хлеба), ведет к появлению всем известных заболеваний: рахит или английская болезнь, цинга и друг. Человек своим инстинктом угадал, что для нормального питания нужны овощи, и издавна делает их заготовки на зимние месяцы. Важным преимуществом растительной пищи служит еще наличие в ней железа и особенно извести, так необходимых для построения скелета плода. Недостаток извести в организме ведет к различным самоотравлениям организма (неукротимая рвота). Недостатком в организме извести некоторые ученые объясняют встречающуюся иногда у беременных привычку есть мел (углекислую известь), а также частую порчу зубов у беременных, вследствие усиленного расхода организмом извести на постройку скелета плода. Из овощей необходимо избегать только таких, которые обладают мочегонным действием (петрушка, укроп, сельдерей и спаржа), так как это ведет к приливам крови к половым органам, что, разумеется, нежелательно при беременности.

Что касается частоты приемов пищи, то лучше, если беременная сможет принимать пищу в определенное время, при чем желательно принимать пищу не помногу, но чаще, чем обычно.

Это предохраняет от чрезмерного переполнения желудка и сохраняет аппетит. Пища должна быть вкусной, разнообразной, не сильно просоленной; приниматься должна неторопливо и хорошо прожеванной. Самый распространенный вид смешанной пищи должен быть с ограниченным количеством мяса, с умеренным количеством жиров и с достаточным количеством хороших, свежих фруктов и овощей. Распространенное в публике мнение, что беременная должна есть за двоих (себя и растущего ребенка), неправильно. Доказано, что во время беременности происходит лучшее, чем в обычное время, усвоение и переваривание пищи, и потому чрезмерного увеличения пищи, в сравнении с обычным питанием, для роста плода не требуется. В среднем достаточно увеличение суточного рациона беременной на 3 стакана молока. Усиленное питание, если для него нет каких-либо особых показаний, например, болезнь беременной, нежелательно, так как оно дает ненужную перегрузку для пищеварительных органов. В некоторых случаях, согласно медицинским показаниям, беременным предписывается особая, специальная диета. Так, например, женщинам с узким тазом или же рожавшим ранее очень крупных детей рекомендуется диета, предохраняющая от рождения крупного ребенка, который, однако, должен быть вполне нормально развитым и жизнеспособным. Точное установление пищевого режима в таких случаях является делом врача,

но женщина все же должна знать об этом, чтобы она могла своевременно обратиться к врачу за советом, а также с большим успехом выполнять его назначения. Такого рода специальная диета назначается месяца за 3—4 до родов, количество жидкости при ней ограничивается 300—400 граммами в день. Наиболее распространены диеты д-ра Ламана и д-ра Проховника.

Диета д-ра Ламана состоит в следующем:

I. Утром в 8—9 часов: одна чашка какао, шоколада, кофе или чая с молоком, немного хлеба с маслом, фрукты.

II. Завтрак в 11—12 часов утра: редиска и кусочек хлеба с маслом или свежий творог и фрукты.

III. Обед в 2—3 часа дня: немного мяса и не каждый день, соусы из зелени, различные салаты с лимоном или сметаной, сырые и вареные фрукты всевозможных сортов, 1—2 картофелины, $\frac{1}{2}$ стакана слабого виноградного вина (не каждый день); тарелка супа изредка и не более одного-двух раз в неделю.

IV. Ужин в 6—7 часов: то же, что за обедом (стакан кислого молока, можно хлеб с маслом, макароны, орехи, фрукты).

При таком питании беременной в течение 3—4 месяцев дети рождаются нормальной длины (около 50 см.), весом около 5-ти фунтов, в жизнеспособности не уступают обыкновенным детям.

Диета д-ра Проховника:

I. Утром в 8—9 часов: небольшая чашка кофе или чая и 25 граммов сухарей.

II. Обед в 1—2 часа дня: мясо всякого рода и рыба, яйцо, немного вареной зелени, салаты, не жирно приправленные, сыр, $\frac{1}{2}$ стакана белого или красного слабого виноградного вина (не каждый день).

III. В 5 часов дня: одна чашка кофе с молоком, 10—15 граммов сухарей.

IV. Ужин в 7—8 часов вечера: то же, что за обедом с прибавкой 40—50 граммов хлеба с маслом, по желанию.

Разрешается фруктовый мус, яблоки, немного винограду.

Запрещается вода, супы, картофель, мучные блюда, сахар, груши.

При подобной диете дети могут рождаться нормального веса, но с более мягкими костями, что облегчает течение родового акта.

Расстройства пищеварения при беременности

Из расстройств пищеварения при беременности прежде всего приходится упомянуть о наблюдающемся у беременных извращении вкуса. При этом у беременных является желание, иногда переходящее в непреодолимую страсть, есть вещи, совершенно не съедобные. например: землю, уголь, жареные перья и т. п. Эти вещества часто изрыгаются наступающей рвотой. Если при своеобразных прихотях у беременной является желание есть вещества невредные для здоровья, то эти прихоти могут быть удовлетворены, если же беременные имеют склонность есть вещества не переваримые и вредные для организма, то это должно быть запрещено.

Далее расстройством деятельности органов пищеварения может выразиться появлением у беременных в первые месяцы усиленным отделением слюны. Слюнотечение тогда может появиться вдруг, причем иногда оно бывает настолько сильным, что больные должны все время отплевывать слюну, которой в течение дня может вытечь несколько стаканов. Слюнотечение продолжается 2—3 месяца и затем также внезапно может прекратиться, как и появилось. Заболевание со-

вершенно не поддается лечению, и при его появлении необходимо терпеливо ждать конца. Необходимо при этом следить за чистотой полости рта, так как от обильной влаги во рту могут разрыхляться десны, что иногда ведет к расшатыванию зубов. Часто в первые месяцы, иногда еще в то время, когда женщина не подозревает о наличии беременности, у нее появляется тошнота, нередко переходящая в рвоту.

Тошнота и рвота чаще всего появляются по утрам. Тошнота и рвота в умеренной степени являются почти постоянными спутниками беременности и опасности не представляют. Наблюдением установлено, что рвота появляется реже, если женщина после еды находится в покое и не совершает усиленных телесных движений, или же когда она ест немного, не переполняет желудок пищей.

Поэтому в таких случаях беременной рекомендуют есть небольшими порциями, но чаще и избегать после еды усиленных движений. Замечено, что если женщина поест утром, лежа в постели, затем пролежит еще $\frac{1}{2}$ часа или 1 час, то рвота не наступает. Разумеется, завтрак, принимаемый в постели, должен быть легким.

Приятные для беременной питательные вещества реже вызывают рвоты, противные же и невкусные — чаще. Поэтому последних надо избегать. Иногда беременной хорошо переносится пища в холодном виде, например, холодное молоко, мороженое, холодное пиво. Если рвота повторяется часто, и начинает нарушаться питание женщины, то временно приходится прибегать к питанию клизмами. Иногда после полного отдыха, рвоты прекращаются, и является возможность принимать пищу через рот. Разумеется, питание беременной при помощи клизм проводится под наблюдением врача и согласно его указаниям. Что касается лечения рвоты, то в большинстве оно ни к чему не приводит, а рвота с течением времени прекращается сама собой. Об этом должна знать беременная и должна запастись терпением, пока рвота не исчезнет.

Появление рвоты объяснялось, как чисто нервное заболевание, и на нервную систему обращалось внимание врача, в настоящее же время рвота рассматривается, как самоотравление организма беременной ядовитыми продуктами, которые накапливаются в организме и отравляют его. Заболевания эти называются токсикозами беременных, от слова токсин — яд.

Для выведения из организма ядовитых веществ назначается легкая диета (молочная — мочегонное действие), ванны (потение) и прием легких слабительных для усиленного выделения кишечного содержимого.

Если рвота отличается упорством, и женщина совершенно не удерживает пищи при всех принятых мерах предосторожности, то у нее начинает расстраиваться питание настолько, что появляются признаки голодания. Такая рвота носит название злокачественной или неукротимой. Появляется она не только на полный желудок, но и натощак, иногда даже во сне. Тяжелое расстройство питания при неукротимой рвоте может вести к перерыву беременности, т. е. к самопроизвольному выкидышу, после чего женщина может поправиться, или же рвота может повести к смерти беременной. Если наличие неукротимой рвоты устанавливается, то в большинстве случаев прибегают к искусственному аборту, при чем, чем раньше это бывает сделано, тем лучше. При тяжелом расстройстве питания и истощении, т. е. когда болезнь запущена, не всегда помогает и перерыв беременности.

Самоотравление организма, в результате которого наблюдается неукротимая рвота, часто наблюдается у беременных, у которых нарушен известковый обмен. Недостаток солей извести в организме должен быть пополнен введением таковых ежедневно, согласно прописи врача, к которому должна при появлении рвоты обратиться беременная. В целях профилактики (предупреждения) неукротимой рвоты при беременности необходимо питаться веществами, содержащими соли извести в избытке: молоком, яйцами, сыром, овощами.

Очень часто у беременных наблюдаются запоры, между тем, для хорошего самочувствия беременной необходимо правильное, ежедневное освобождение кишечника от экскрементов (кала). Кишечник наравне с почками и кожей принадлежит к органам, выделяющим вредные продукты обмена веществ в организме (яды), и потому должно заботиться о нормальной его деятельности. Для этого прежде всего нужно лечение диетическое и систематические моционы на воздухе.

Хорошо выпивать натошак стакан сырой воды, к которой можно прибавить чайную ложку снятого сырого молока или чайную ложку обыкновенной поваренной соли.

Для урегулирования отправления кишечника рекомендуются протокваша, фрукты, из которых наиболее популярными являются чернослив, сырое яблоко, волошские орехи, винные ягоды натошак. Иногда помогает, так называемый, швейцарский бутерброд, состоящий из хлеба, масла и меда. Из чернослива приготавливается компот по особому рецепту: 400 граммов хорошо вымытого сухого чернослива заливаются одним литром воды, прибавляется 5 чайных ложек меда. Все это настаивается в течение суток, затем варится, после чего жидкость пьют, а фрукты едят.

Из слабительных можно прибегать только к, так называемым, легким слабительным: жженная магнезия на кончике ножа (кроме слабительного действия обладает свойством устранять изжогу, отрыжку), геморроидальный порошок (чайная ложка на $\frac{1}{2}$ стакана теплой перваренной воды на ночь), тамаринды, сен-жерменский чай, боткинский порошок и др. Никогда не следует прибегать к сильным проносным средствам (сабур, александрийский лист и др.), которые могут вызвать усиленный приток крови к тазовым органам, и если женщина предрасположена к выкидышам, то может появиться и таковой. Слабительные особенно нежелательны в первые месяцы, к концу же беременности они уже почти опасны. Если все эти меры не помогают, то приходится прибегать к клизме. По мнению некоторых акушеров, клизмы совершенно безвредны, привыкания к ним нет, и потому при запорах у беременных они могут применяться совершенно спокойно ежедневно, пока не пройдет потребность в них.

При упорных запорах у беременных наступает расстройство кровообращения в органах таза, вследствие чего появляется особое заболевание кровеносных сосудов прямой кишки, известное под названием гемороя. При появлении геморoidalных шишек, во избежание их повреждения, которое может сопровождаться иногда довольно сильным кровотечением или же может повести к воспалению шишек—заболеванию очень серьезному,—необходимо уходу за ними уделить достаточно внимания. Уход этот состоит в том, что область заднего прохода необходимо обмывать утром и вечером, а также после каждого испражнения и затем вытирать чистой тряпочкой. Категорически запрещается пользование для подтираний после стула газетной бумагой (что весьма распространено), которая раздражает и загрязняет

пишки и может повести к их воспалению, весьма болезненному и мучительному. Если область заднего прохода мокнет (пот, затекание слизистых выделений из влагалища), то ее надо припудривать тальком, смазывать вазелином. Пользование, так называемыми, геморроидальными свечками допускается только по предписанию врача, в особо исключительных случаях. Для того, чтобы геморрой не беспокоил, достаточно вполне наблюдения за правильным действием кишечника и за состоянием заднего прохода.

Одежда беременной женщины.

Одежда беременной женщины должна вполне соответствовать тому состоянию, в котором находится беременная женщина, при чем здесь следует различать первый и второй период беременности. В первой половине беременности одежда беременной может быть обычной, со второй же половины она должна быть прежде всего свободной, не стесняющей движения и теплой. Живот женщины не должен сдавливаться юбками, поясами и в особенности корсетом. Корсет, есть одна из самых вредных принадлежностей женского туалета. Корсет даже не туго затянутый, сдавливает грудную клетку и органы, расположенные в полости живота. Вследствие сдавливания грудной клетки, форма последней нарушается, благодаря чему легкие при дыхании не могут правильно и достаточно расширяться. По проверенным разными учеными данным, емкость легких у женщин, носящих корсет, значительно меньше емкости легких у неносящих его. В виду недостаточности поступления кислорода воздуха в легкие, расстраивается дыхание, а затем и кровообращение. Страдание одышкой и усиленными сердцебиениями у таких женщин явление обычное. Если ношение корсета начинается в молодом возрасте, то изменения грудной клетки делаются постоянными и остаются навсегда даже, если корсет будет впоследствии оставлен.

Пережатка талии сдавливает, главным образом, печень, что весьма вредно отражается на ее деятельности. Печень, как известно, является очень важным органом человеческого организма. Сдавливание ее нарушает правильное выделение желчи, необходимой для пищеварения, и расстраивает последнее. Наблюдались случаи задержки желчи в печени, что ведет к заболеванию, известному под названием желтухи, так как при нем кожа окрашивается в желтый цвет.

Кровь, поступающая со всего желудочно-кишечного канала в печень, не может проходить через нее при сдавливании, застаивается в органах пищеварения, что может повести также к их заболеванию. Кроме этого, от давления часть клеток (вещества) печени погибает, и орган вынуждается выполнить возложенную на него работу оставшимися частями. Кроме уже упомянутых функций печени, последняя служит еще для обезвреживания ядов, вырабатывающихся в организме беременной и плода. Большая печень не в состоянии обезвреживать эти яды в полной мере, вследствие чего может наступать, уже известное из предыдущего, самоотравление организма.

Подвергаются сдавливанию корсетом также желудок и кишечник, что проявляется различного рода неправильностями пищеварения. Давление на нижнюю часть живота в особенности вредно при беременности.

Нормально растущая при беременности матка, увеличиваясь, поднимается своим дном вверх и к концу беременности достигает реберного

края. При ношении корсета это делается невозможным, т. к. дно матки отдавливается все время книзу.

Давление корсета при постоянном ношении может вредно отразиться на нормальном росте матки, а отсюда, конечно, и на росте плода.

Это давление отражается и на положении плода, которое может под этим влиянием стать неправильным. Опасность неправильного положения плода к моменту родов понятна сама собой. Помимо этого отдавленный книзу живот принимает неправильную форму и постепенно приобретает то состояние, которое известно под названием отвислого живота. (Рис. 27). Последний может образоваться и без ношения корсета под влиянием каких либо других причин, как, например, вследствие расслабления брюшной стенки после частых родов, а также при особом предрасположении данной женщины к подобному заболеванию. Нормальный живот беременной на сносях см. на рис. 10.

С целью предупреждения образования отвислого живота рекомендуется беременной женщине, начиная со второй половины беременности, ношение особого брюшного пояса, бандажа или бинта для беременных. Ношение бандажа иногда заменяется подвязыванием живота полотенцем. Полотенце обыкновенно не лежит ровно, оно свертывается, жмет и трет и чаще вредит, нежели приносит пользу; между тем условие хорошего брюшного бинта следующее: он должен давить снизу, не сдвигаться с места при ходьбе и домашней работе. Брюшной пояс делается из какой-либо эластической ткани или же вывязывается из ниток. Брюшной пояс делается непременно по форме и размерам данной беременной, при чем он считается удовлетворяющим своему назначению только тогда, когда он не сдавливает живота, а поддерживает его снизу в противоположность корсету, который, как уже упоминалось, отдавливает живот книзу.

Ношение хорошего бандажа препятствует чрезмерному наклону матки вперед и удерживает плод в нормальном положении, иногда даже помогает вставлению головки плода в таз. Бандаж несколько сглаживает изменение фигуры, вызываемое беременностью, как бы делает фигуру более стройной. При ношении бандажа движения у женщин свободнее, самочувствие лучше, при условии, если он достаточно широк и не туго затянут. (Рис. 28).

Распространенный в последние годы корсет, охватывающий фигуру до талии и носящий в общежитии название набрюшника, отличается от обыкновенного корсета только тем, что он не сдавливает грудной клетки, все же остальные недостатки корсета в одинаковой мере относятся и к нему.

Лучшими бандажами следует считать те, которые сверху держатся на помочах, а снизу прикреплены к чулкам. Иногда они снизу поддерживаются особыми тесемками или шнурами, идущими между бедрами женщины. Это усовершенствование крайне нецелесообразно,



Рис. 27. Отвислый живот.

так как шнуры, проходя в складке между половой щелью и бедром, с нежной, почти всегда влажной кожей, могут вести к раздражению кожи и ее воспалению, а нездоровое состояние кожи вблизи детородных частей может дать очень много тяжелых осложнений и заболеваний в послеродовом периоде. Вязанный брюшной пояс может быть изготовлен самой беременной из обыкновенных бумажных белых ниток для вязания. Он обматывается $1\frac{1}{2}$ —2 раза вокруг живота, застегивается на крючки, а чтобы не съезжал вверх—пристегивается к подвязкам, при чем лучше двумя парами: спереди и сзади. Пояс должен захватить весь живот от лобковых волос до реберной дуги. Пояс лучше одевать лежа в постели и туго завязывать. Вязанный пояс легок и удобен, легко сохраняется в чистоте, в виду возможности его стирать. После стирки он несколько садится, вследствие чего восстанавливается его эластичность, теряющаяся при длительной носке.

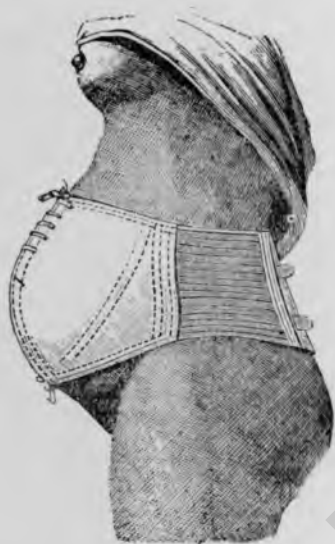


Рис. 28. Бандаж для беременной.

Ношение корсета, по мнению некоторых, не должно допускаться во вторую половину беременности; по мнению же большинства акушеров, корсет, как вредная принадлежность женского туалета вообще, совершенно не допускается у женщин с момента определения беременности.

Другой принадлежностью дамского туалета, часто вредной для беременной женщины, являются нецелесообразно сшитые панталоны. Последние должны быть не особенно узкими и затем настолько теплыми, чтобы могли держать в тепле живот и бедра беременной. Вредным приспособлением панталон является пояс с завязками, сдавливающими талию. Во избежание этого

лучше всего беременной женщине, во вторую половину беременности носить комбинезон, состоящий из рубашки, заканчивающейся внизу панталонами. Пояса и завязки в таком комбинезоне делаются совершенно излишними.

Грудные железы беременной женщины так же, как и живот, должны быть в тепле. Для правильного их развития и сохранения нормальной формы грудного соска необходимо, чтобы они не сдавливались. Для поддержания груди лучше всего носить лифчик, выкроенный с особыми местами (чашками) для груди, или же специально сшитый из мягкой материи бюстгальтер.

Живот в области талии нередко сдавливается поясами от подвязок. Во избежание этого необходимо подвязки носить не на поясе, а боковые полотняные или резиновые тесемки, поддерживающие чулки, должны иметь в верхнем конце петлю для застегивания на пуговицы прикрепленные к лифу.

Далее необходимо избегать сдавливания живота поясами от юбок. Юбки могут пристегиваться к лифу, равно как и панталоны; также можно носить их на помочах. Лучшим бельем для беременных считается белье из эластических материалов, хорошо обхватывающих тело.

Верхние платья лучше всего носить такие, которые держатся на плечах. Сюда относятся сарафаны, капоты и цельные платья типа

„реформ“. Ноги беременной женщины должны быть всегда в тепле, для чего необходимо ношение чулок. Для поддержания чулок надо избегать ношения подвязок, обхватывающих голень, так как они сдавливают кровеносные сосуды, ведут к расстройству кровообращения и способствуют развитию варикозного (узловатого) расширения вен. (Рис. 29). Особенно вредными считаются круглые подвязки, врезающиеся в тело. Лучше всего пользоваться подвязками, прикрепляющимися к чулку внизу и лифу вверху. Если женщина носит бандаж, то вверху подвязки могут пристегиваться и к нему. Обувь беременной должна быть достаточно легкой, теплой и не сдавливающей ног. Самым нецелесообразным в современной дамской обуви следует считать высокий каблук, при котором изменяются нормальные изгибы позвоночника.

При привычке к высокому каблуку от него следует отвыкать постепенно, так как новое непривычное положение туловища может вызвать боль в спине. Высокая шнуровая обувь, как сдавливающая голени и нарушающая кровообращение, не должна носиться беременной.

Верхнее платье беременной женщины не должно быть особенно узким. Его плотность и тяжесть должны вполне соответствовать как образу жизни и занятию беременной, так равно погоде и сезону года. К сожалению, приходится отметить, что в большинстве случаев женщины очень мало внимания обращают на целесообразный туалет во время беременности.



Рис. 29. Варикозное или узловатое расширение вен.

Физические движения при беременности.

Физические движения являются настоятельной потребностью для всякой здоровой беременной женщины. Во время беременности изменяется в значительной мере кровяное русло женского организма за счет кровеносной системы растущего плода. Вследствие этого, чем ближе к концу беременности, тем кровеносное русло увеличивается все больше и больше, и к сердцу беременной предъявляются все большие требования для нормального движения крови. Для нормальной деятельности сердца необходимо избегать перегрузки его усиленными физическими напряжениями, а для нормального кровообращения в периферических кровеносных сосудах (например, на нижних конечностях) необходимо избегать продолжительного телесного покоя, затрудняющего кровообращение в отдельных частях тела.

Отсюда и вытекают общие гигиенические предписания относительно физических движений при беременности, при чем в течение

первой и второй половины беременности режим должен быть различным. Наблюдениями установлено, что часто в начале беременности у женщины является потребность в телесном покое. Очень многие женщины указывают на появляющуюся в начале беременности утомляемость, сонливость. В таких случаях в течение первой половины беременности беременная может лежать, если ей этого хочется; если ей хочется больше поспать, то и это ей разрешается. Принуждать беременную соблюдать какой-либо строгий, определенный режим в таких случаях не следует. С другой стороны, ей может быть разрешена и обычная для нее физическая работа, к которой она привыкла.

Обыкновенная домашняя работа считается для беременной полезной и даже обязательной. Ничто так не изнеживает беременную, как абсолютное ничегонеделание, бесцельное и бессмысленное лежание на диване и т. д.

Умеренная домашняя работа вместе с моционом улучшает самочувствие беременной, регулирует отправление кишечника, дает хороший сон и лучше всего предупреждает угнетенное настроение духа беременной, весьма вредно отражающееся на течении родового акта, во время которого наблюдается вялая родовая деятельность (слабые потуги). Очень полезна легкая работа в саду и цветнике. Умеренная физическая работа способствует развитию мышц, что так важно для благоприятного течения родоразрешения. Чем лучше развиты мышцы, в особенности живота, тем нормальнее положение матки и плода, тем легче протекают роды.

Прогулки на воздухе пешком очень полезны беременной, так как они весьма благотворно действуют на кровообращение, дыхание и пищеварение (хороший аппетит). Разумеется, что прогулки должны совершаться с известной осторожностью, не должны вызывать значительного утомления. Могут они совершаться ежедневно, а во вторую половину беременности это делается обязательным. В последние месяцы прогулки рекомендуются ежедневно по 1 часу утром и вечером. Прогулки должны совершаться по ровному и немноглюдному месту. Шаблонный совет „гулять побольше“ часто дает повод гулять до переутомления, что, разумеется, является вредным и может иногда при злоупотреблении повести к истощению сил беременной.

Гулять можно только до появления легкой усталости, при чем летом прогулки могут быть более длительными, 1—2 часа, так как беременная может временами отдыхать; зимою короче (20—30 минут) — несколько раз в день.

Днем прогулки лучше совершать до обеда, а вечером перед сном.

Сидячий образ жизни, в особенности при усиленном питании, ведет к избыточному отложению жира и ослаблению тканей, что чрезвычайно вредно отражается на течении родового акта, во время которого женщине нередко приходится расплачиваться за нарушение правил гигиены во время беременности. Следует избегать усиленных и резких движений, как восхождение на высокие и крутые горы, частые подъемы на лестницы, беганье, поднятие и ношение тяжестей (носки воды, подымание самоваров, передвигание кроватей, поднятие сундуков и т. д.).

Женщинам материально обеспеченным при их желании это выполнить не представляется трудным, но женщины, занимающиеся тяжелым физическим трудом, работницы и крестьянки, часто бывают вынуждены выполнять тяжелые работы почти до конца беременности.

Такая усиленная физическая работа во время беременности, в особенности в последние ее месяцы, весьма дурно отражается как на

матери, так и на ребенке. Врачебными наблюдениями доказано, что женщины-работницы, пользовавшиеся отдыхом до родов в течение нескольких недель, рожают легче и при том более развитых детей. У них реже встречаются неправильности положения плода, кровотечения и другие заболевания беременных и рожениц.

Если женщина привыкла заниматься гимнастикой, то в течение первых месяцев беременности она может заниматься легкими гимнастическими движениями, в особенности, если они совершаются на открытом воздухе, в дальнейшем они должны быть запрещены. Безусловно следует избегать всех движений, сопровождающихся сотрясением тела. Сюда относится езда в экипаже по тряской дороге, езда верхом, езда в автомобиле (плохом), частые нагибания, скаканье и прыганье, езда на санях по ухабам, продолжительные путешествия по железным дорогам, когда вредно влияет не только тряска в вагоне, но и частые соскакивания и поднятия в вагон на остановках. Недлительные переезды по железной дороге и по морю, если они неустойчивы, безвредны. Прогулки на речных пароходах, если они совершаются с необходимыми удобствами, должны считаться очень полезными. Катанье на лодке, разумеется, без гребли, разрешается при условии безопасности посадки и выхода из лодки. Никогда не следует совершать длительные переезды в последние недели беременности. Вообще эти недели беременная должна проводить в обычной для нее обстановке и там, где она намерена разрешиться от бремени, в виду возможности наступления преждевременных родов или неправильного определения срока родов. Различные случайности в последние недели беременности являются нередко, и опасности их понятны сами собой. Во избежание падения и ушибов, необходимо избегать хождения по скользкой дороге. Особенно вредными при беременности считаются усиленные движения нижних конечностей, которые могут вызвать увеличенный приток крови к органам малого таза (половым органам). Сюда относятся различные танцы, сопровождающиеся круговыми движениями и прыжками, езда на велосипеде, бег на лыжах, катанье на коньках, а также шитье на швейной машине. При чрезмерных движениях подобного рода наблюдались случаи прерывания беременности. По мнению некоторых акушеров, боязнь прерывания беременности вследствие усиленных движений преувеличена. В большинстве случаев это верно, но все-таки нельзя забывать тех случаев, когда указанные движения действительно служили толчком для начала выкидыша у женщин, у которых, может быть, были какие-либо незначительные условия для нормального течения беременности. Шитье, в особенности продолжительное, на ножной швейной машине некоторые считают даже абортивным средством. Женщины, имевшие самопроизвольные выкидыши, должны особенно избегать этих движений в те сроки, когда у них должны были бы появиться менструации (если бы они не были беременны), так как эти сроки наиболее благоприятны для наступления выкидыша.

Душевное состояние при беременности.

Душевный покой беременной женщины — одно из необходимых условий благоприятного течения беременности и родового акта. Беременная должна избегать умственных переутомлений и различного рода душевных эксцессов во время развлечений.

Для этого беременной необходимо избегать бессонных ночей, не должно утомлять себя ночной умственной работой, частыми посещениями концертов, собраний, балов и т. д. Необходимо избегать различного рода душевных потрясений: испуга, сильного страха, гнева и т. п. Душевная диететика особенно необходима для женщин, не имеющих каких-либо определенных поглощающих их вполне занятий. Надо стремиться к тому, чтобы беременная сохраняла веселое, приятное и спокойное настроение духа. Необходимо предохранить беременную от всяких возбуждающих душевных движений. Существующий нередко страх перед родами, особенно у первородящих, необходимо рассеять различными объяснениями и советами. Страх бывает чаще всего в начале беременности, со второй же половины, когда женщина начинает чувствовать в своей утробе присутствие плода, дающего знать о своем существовании, у женщины появляется чувство материнства, наступает некоторое успокоение, появляется бодрость и в большинстве случаев спокойное ожидание родов. Воспрещается трусливым беременным (в первый раз) присутствовать без особой нужды при родах знакомых и родственниц.

Какие-либо занятия, заполняющие досуг беременной женщины, весьма часто устраняют наблюдающиеся у беременных мрачное настроение и страх перед родами. Для сохранения ровного душевного состояния женщины необходимо отдалить беременную от всяких неприятных впечатлений.

В публике распространено мнение, что сильные психические впечатления, поражающие беременных, служат причиной появления телесных обезображиваний у детей (например, родимых пятен). До сих пор ни один случай подобного обезображивания научным наблюдением не был установлен, и нет никаких оснований для беременной женщины думать об этом и бояться этого. Необходимо всячески бороться с весьма вредной верой беременной в „засматривание“, так как это влияет на ее душевное состояние, а отсюда и на ход беременности.

Помимо ограждения беременной женщины от грустных впечатлений, необходимо ее охранять и от слишком радостных впечатлений. Для развлечения беременная может посещать изредка театры, концерты, кинематографы, но необходимо избегать сильных, как драматических, так и комических, представлений. Зрелища не должны вызывать сильных душевных переживаний. Окружающие беременную женщину должны знать о вреде сильных душевных ощущений для беременной и должны оберегать ее соответствующим образом от этого. При чтении книг надо избегать сочинений с изображением сильных страстей, а также чтения специальных медицинских книг, написанных не для широкой публики, о различного рода болезнях, как, например, болезни беременных, родильниц и т. д. Для ознакомления с подобными болезнями беременная должна пользоваться популярной медицинской литературой.

Половая жизнь беременной.

В этом сложном вопросе нет полного единодушия среди ученых и специалистов. По мнению одних, половые сношения при беременности всегда вредны. Между прочим, они ссылаются на всем известный факт из жизни животных, которые совершенно прекращают половые сношения не только на время беременности, но даже и на весь период вскармливания детенышей грудью. Другие полагают, что уме-

ренные половые сношения не могут считаться вредными в первые 5—6 месяцев беременности. Большинство специалистов считает, что абсолютные запрещения половых сношений никем не выполняются, и поэтому запрещение не достигает желаемых результатов.

Вследствие этого они находят необходимым по возможности регулировать некоторыми гигиеническими предписаниями половую жизнь беременной женщины. Согласно этим предписаниям, половые сношения должны быть прекращены на несколько недель, как только будет распознана беременность. Установлено наблюдением, что половое возбуждение, а также раздражение шейки матки при сношении вызывает усиленный прилив крови к половым органам и может повести к появлению кровотечений, вследствие отслойки плодного яйца, и даже к выкидышу. Особенно часто это наблюдается у женщин, имевших ранее самопроизвольные выкидыши. Наиболее опасные сроки для наступления выкидыша уже упоминались—это сроки менструаций. В средние месяцы беременности умеренные половые сношения могут быть разрешены. Последние месяцы (6—8 недель) половые сношения должны быть абсолютно запрещены. Допускается возможность нарушения беременности вследствие усиленного прилива крови или механических раздражений, а также наблюдались случаи истечения околоплодных вод после бурного полового акта и наступление преждевременных родов. В последние недели беременности возникает опасность занесения в половые пути женщины какой-либо инфекции, грозящей появлением заразных заболеваний, и возможность, вследствие этого, осложнения родового акта опасной, не только для здоровья, но даже и для жизни женщины, родильной горячкой.

Прием лекарств и операции у беременных.

Беременная женщина так же, как и небеременная, может подвергнуться различного рода заболеваниям, требующим лекарственного, а иногда и оперативного лечения.

Назначение приема лекарств внутрь или же оперативного вмешательства вызывает нередко возражения со стороны беременных, вследствие боязни не только за себя, но и за судьбу плода. Часто эти страхи бывают навеяны различными предрассудками, а между тем они нередко нарушают лечение заболеваний беременных, и в конечном итоге страдают, как сама беременная, так и ее будущий ребенок.

Научными наблюдениями установлено, что многие лекарственные вещества переходят из крови матери в кровь плода и могут оказывать на него свое влияние. К этим веществам относятся препараты салициловой кислоты (аспирин, салициловый натр и проч.), препараты иода (иодистый калий), ртути и друг. Непосредственно вредных влияний этих лекарственных веществ наукой не установлено. Поэтому нет никаких запрещений к их приему в лечебных дозах.

Не следует принимать только лекарств, влияющих на сокращение мышц матки, так как они в некоторых случаях могут вызвать выкидыш или преждевременные роды. Сюда относятся препараты, главным образом, маточных рожков или спорыньи и хинина.

Что касается приема последнего при заболевании беременной малярией, то, разумеется, его принимать необходимо, согласно прописи и указанию врача, так как сама малярия, несомненно, более опасна для нормального течения беременности, нежели хинин. Без совета врача прибегать к лечению малярии хинином беременная не должна.

Безусловно воспрещается прием ядовитых, наркотических веществ в течение длительного времени, так как их действие чрезвычайно вредно отражается на потомстве.

Главное место среди вредных наркотиков занимает опиум с его препаратами (морфий). Дети у лиц, принимающих эти наркотики в больших дозах и длительное время (опиофаги, морфинисты), рождаются с явными признаками вырождения (дефективные дети); иногда же большие дозы наркотиков, грозящие отравлением, вызывают выкидыш. Между прочим, быстрое лишение беременной, привычной морфинистки, морфия также может быть причиной выкидыша.

Отрицательное отношение к тому или другому оперативному вмешательству при беременности основывалось, с одной стороны, на вредном действии (на плод) хлороформирования или другого наркоза, а с другой на опасности для течения беременности операции самой по себе.

Что касается действия хлороформа, то установлено, что во время наркоза хлороформ действительно переходит к плоду, но вредного действия, как на течение беременности, так и на самый плод, по его рождению замечено не было.

В особенности следует сказать о совершенно безвредном применении хлороформа для безболезненного проведения родоразрешения. Весьма возможно, что безвредность основывается на том, что большинство акушерских операций весьма непродолжительны. Отношение к операциям не только среди публики, но и среди специалистов-врачей не совсем одинаково. Прежде, когда вообще всякая операция давала значительный процент осложнений, от оперирования у беременных воздерживались. В настоящее время преобладает тот взгляд, что оперировать надо только тогда, когда операция без вреда для беременной не может быть отложена до родоразрешения, как, например, заболевание ущемленной грыжей, аппендицитом, раком, какой-либо опухолью, мешающей правильному течению беременности или родового акта. Некоторые смотрят более смело и прибегают к операции и в других более легких случаях. Широкое развитие оперативной помощи дало возможность накопить большой статистический материал, из которого видно, что самые сложные операции, проводившиеся у беременных, не оказывали никакого вреда ни матери, ни плоду. Более осторожно все-таки следует относиться к операциям на половых органах, хотя операции на наружных половых частях совершенно безвредны, а сложные операции на внутренних половых органах, сопровождающиеся вскрытием брюшной полости, в большинстве случаев также не приносят вреда.

Описаны случаи, когда удалялись опухоли на самой матке, и беременность продолжалась и оканчивалась нормальными родами в срок.

В прежнее время избегали оперировать беременных в случаях, где надо было вскрыть брюшную полость, из опасения растяжения растущей маткой рубца брюшной стенки и образования впоследствии грыжи. В настоящее время при усовершенствованных способах оперирования, при применении безукоризненных материалов для швов и перевязок, а также при наличии хорошего устройства операционных, заживление брюшных ран проходит настолько гладко, что вышеупомянутая опасность отпала.

Из малых операций, в которых довольно часто нуждаются беременные, следует упомянуть о вырывании зубов. Этой операции боятся многие, между тем она совершенно безопасна тем более, что делается

она для устранения сильной зубной боли, лишаящей беременную сна, покоя, приема пищи и т. д., и только тогда, когда не представляется возможность устранить зубную боль другими средствами.

В заключение в немногих словах следует упомянуть о новом лечебном методе, применяющемся в последние годы к беременным и роженицам — о гипнозе. Последний применяется, главным образом, для проведения безболезненных родов. По имеющимся в данное время наблюдениям, правда немногочисленным, гипноз безвреден, как для беременной, так и для ребенка.

В некоторых трудных случаях распознавания положения плода, неправильностей строения таза и пр. прибегают к установлению диагноза при помощи лучей Рентгена. При недлительных просвечиваниях — метод совершенно безвредный, как для матери, так и плода, и бояться его беременной нет никаких оснований.

Профессиональная гигиена беременной.

Различного рода профессии оказывают на организм беременной женщины то или другое влияние, знакомство с которым необходимо женщинам, занимающимся личным трудом.

В настоящее время, когда женщинам доступны все виды труда, вопросы профессиональной гигиены беременной приобретают все больше и больше значения, и знакомство с ними должно быть обязательным для всякой трудящейся женщины. Многие фабричные производства являются вредными для нормального течения беременности, при чем общей вредностью почти всех производств и фабрик является испорченный воздух. Особенно вредными для беременных являются те производства, где применяются для работы разные ядовитые вещества, а также те физические занятия, которые сопровождаются сильным сотрясением всего тела.

К первым относятся работы на производствах со свинцом, ртутью, мышьяком, табаком и т. п. При работе со свинцом (производство цветов, фарфоровых изделий, шляп, у печатников и т. д.) наблюдаются всегда отравления организма. Свинец является ядом крови, и влияние его на беременную сказывается тем, что расстраивается кровообращение плода, нарушается питание и наступает выкидыш. Самопроизвольный выкидыш у работающих со свинцом является обычным, часто бывают мертворождения доношенных детей.

Отравление плода свинцом ведет к неправильному его развитию и у таких детей нередко наблюдается особое заболевание мозга, называемое головной водянкой (см. рис. 20). При этом заболевании головка бывает сильно увеличенной, что мешает нормальному родоразрешению и ведет к различным оперативным вмешательствам во время родового акта.

Отравление матери свинцом сказывается на развитии ребенка, даже если он рождается здоровым по виду. Такие дети часто страдают нервными заболеваниями (падучей болезнью) и вообще являются отсталыми.

Хроническое отравление ртутью (производство зеркал, электрическое) и мышьяком (обойное производство, выделка красок и др.) вызывают катары слизистых оболочек половых органов, сопровождающиеся обильными слизистыми выделениями (бели), ведущими иногда к изъязвлению половых органов. К таким заболеваниям легко может присоединиться какая-либо инфекция, вследствие чего содержание половых органов в необходимой чистоте делается совершенно невозможным. Эти инфекционные заболевания очень опасны во время

родов и в послеродовом периоде, так как могут повести к родильной горячке. При отравлениях ртутью и мышьяком часто бывают выкидыши и преждевременные роды, а родившиеся вовремя дети являются мало жизнеспособными.

Никотин является ядом табачниц, которыми почти исключительно обслуживается табачное производство. Никотин при поступлении в кровь оказывает свое влияние на мускулатуру матки, вызывая ее сокращение, вследствие чего случаются выкидыши. Раздражение табачной пылью наружных половых органов вызывает зуд, что ведет к расчесам и заносу инфекции в родовые пути. В резиновом производстве от вдыхания вредного ядовитого газа — сероуглерода у беременных бывают выкидыши и мертво-рожденные дети.

Ко второй группе вредных для беременных производств относится, главным образом, работа на текстильных фабриках. Благодаря постоянным сотрясениям тела, у текстильщиц часто наблюдаются выкидыши и преждевременные роды. Тоже наблюдается вследствие сотрясения тела у портних, работающих на ножных швейных машинах; у телефонисток — нажимающих ногами педали аппаратов; у кондуктрис в трамваях, автобусах и конках.

Тяжелый труд крестьянок и фабричных работниц ведет к постоянному повышенному давлению в брюшной полости, что способствует расслаблению мышечного и связочного аппарата половой сферы и ведет к различным неправильностям положения матки, к опущению ее и влагища, вплоть до их выпадения из половой щели. (См. главу 12-ю). Нередко при этом беременность заканчивается выкидышем, а при вынашивании до срока наблюдаются неправильные положения плода.

Вид работы и положение тела при ней имеет большое значение для профессиональных заболеваний беременной женщины. Особенно вредно сказывается работа в одном положении: сидячем, стоячем и т. д.

Длительная работа в стоячем, мало подвижном положении (у ткацких станков, в прачешной, в пищевой промышленности, торговле и т. д.) ведет к расстройству кровообращения вообще и в нижней половине тела, в особенности. На этой почве развивается постоянный застой крови в половой сфере и нижних конечностях, что ведет к появлению отеков и расширению вен у беременных на половых частях и нижних конечностях.

Длительное сидячее положение (швеи, портнихи, машинистки и т. д.) ведет к ослаблению мускулатуры тазового дна (промежности) вследствие постоянного давления на нее и бездеятельности. На этой почве развивается расслабление аппарата, поддерживающего половые органы, что ведет к различным изменениям положения половых органов, с вытекающими отсюда последствиями, о чем уже упоминалось выше.

Борьба с профессиональными вредностями может быть двоякая: государственная и личная. Меры, предпринимаемые государством, сводятся к общему улучшению условий труда беременных: отмена ночной работы, отпуска, выдача спецодежды и спецпитания, а также меры по улучшению производства, установление пылесосов в мастерских, вентиляторов и т. д. Личными мерами борьбы с указанными вредностями являются следующие гигиенические правила: обязательно мыть руки перед приемом пищи; пища должна находиться вне помещений для работы; необходимо хорошо умываться после работы; необходимо менять белье и одежду после работы или хотя бы, в крайнем случае, вытряхивать последнюю на воздухе. Женщинам, носящим длинные волосы, особен-

но надо следить за их чистотой, так как вредная пыль задерживается в волосах и затем проникает в тело. На пыльных производствах женщины должны носить закрытые пантолоны.

Уклонения от нормального хода беременности. — Выкидыш и преждевременные роды.

Если беременность оканчивается ранее положенного срока, то такое состояние называется выкидышем или преждевременными родами. Выкидышем это называется тогда, когда прерывание беременности произошло в то время, когда плод еще не жизнеспособен, т. е. ранее 28-ми недель беременности. Преждевременные роды бывают тогда, когда плод рождается хоть и ранее срока, но при известных условиях может быть жизнеспособным (после 7-ми мес. беременности). Выкидыш может быть искусственным, когда он вызван самой беременной или же посторонним лицом (врачем, акушеркой и т. д.), или же он может быть самопроизвольным, когда он происходит сам по себе, без какого-либо вмешательства. В общегитий искусственный выкидыш называют абортom, в отличие от выкидыша естественного. На самом же деле выкидыш и аборт одно и то же, только первое есть обозначение русским словом, а второе — иностранным.

Первым признаком начинающегося выкидыша в большинстве случаев служит появление кровотечения. Если беременность небольшая (5—6 недель), то выкидыш напоминает собою менструацию, только более обильную и продолжительную. Иногда крови могут быть в большом количестве, со сгустками, продолжаются 10 и более дней, иногда сопровождаются схваткообразными болями. Плодное яйцо может выйти вместе с кровяными сгустками, и женщина может его не заметить. Если женщина при этом не обращалась за врачебной помощью, то она может и не знать, что у нее произошел выкидыш. Если беременность трех и более месяцев, то выкидыш протекает по типу нормальных родов.

Появляются схваткообразные боли, затем после лопания плодного пузыря и вытекания вод рождается плод и, наконец, выходит детское место и оболочки. При этом могут быть значительные кровотечения. При выкидышах чаще, чем при нормальных родах, могут оставаться в матке части плодного яйца. Это может вести к очень длительным кровотечениям, а при попадании инфекции — к различным воспалительным заболеваниям. В зависимости от степени заражения тяжесть заболевания может быть различной: от простого катара матки до заражения крови. При начавшемся выкидыше женщина должна тотчас лечь в постель. Главные условия, предотвращающие выкидыш при начавшихся кровях, это абсолютный покой и чистота. Нередко случается, что после нескольких дней лежания крови останавливаются и беременность продолжается. Если появляются угрожающие признаки (сильное кровотечение, лихорадочное состояние), то необходимо без замедления обратиться к врачу. При задержавшихся остатках плодного яйца — удаление таковых врачом, в соответствующей обстановке, может повести к выздоровлению. Как уже упоминалось, выкидыши обыкновенно наступают в те сроки, в какие должна была бы появиться менструация, если бы женщина не была беременной. Женщина, имевшая уже самопроизвольный выкидыш, должна составить себе предположительный календарь сроков менструации и затем соблюдать в эти дни особую осторожность, прибавляя к дням менструации несколько дней покоя до и несколько дней после менструации.

Выкидыш происходит вследствие заболевания беременной или же плода. При заболевании беременной, причиной выкидыша может быть либо болезнь организма в целом или же заболевания каких-либо отдельных его органов, среди которых болезни полового аппарата женщины занимают первое место.

Из общих заболеваний организма, вызывающих нарушение беременности, прежде всего необходимо упомянуть об острых инфекционных заболеваниях, как, например, тиф, малярия, оспа, холера. крупозное воспаление легких и друг. При этом причиной нарушения беременности служит высокая температура больных, с одной стороны. а с другой — влияние заразного начала, передающегося от матери к плоду.

Из хронических острых заболеваний организма, вызывающих выкидыш, следует поставить на первом плане — сифилис.

При заболевании сифилисом одного или обоих родителей очень редко беременность заканчивается нормальными родами. Чаще всего наступает самопроизвольное прерывание беременности, при чем выкидыш бывает большей частью в первые месяцы беременности. Если беременность повторяется и если больной супруг проводит необходимое лечение, то выкидыши наступают несколько позже, при чем сроки нового прерывания беременности с каждым новым зачатием все более и более отдаляются. Женщина может, наконец, родить и доношенный плод, но он бывает либо мертвым, либо нежизнеспособным, умирающим вскоре после родов. На почве заболевания сифилисом могут быть очень частые выкидыши, принимающие характер привычных. При настойчивом желании родителей-сифилитиков иметь ребенка необходимо специфическое лечение сифилиса, при чем таковое необходимо производить и у женщины при наступившей уже беременности. Энергичное, систематическое лечение сифилиса нередко не только предохраняет от выкидыша, но и дает возможность родить здорового ребенка.

Выкидыш может быть при заболевании сифилисом, как обоих, так и одного из родителей. Иногда наблюдается, что женщина, забеременевшая от сифилитика мужа, не имеет никаких признаков сифилиса, но родит детей с признаками сифилиса. На основании этого факта полагают, что, благодаря беременности сифилитическим плодом, женщина приобретает невосприимчивость (иммунитет) к сифилису. Эта невосприимчивость подтверждалась впоследствии, когда женщина, имевшая все шансы заразиться, оставалась, повидимому, здоровой. В настоящее время склоняются к тому, что такая женщина имеет заразу сифилиса (спирохета Шаудина) у себя в крови и поэтому, будучи уже больной, является как бы невосприимчивой к сифилису. (См. главу 12-ую). Точно также наблюдали, что дети сифилитиков тоже невосприимчивы к сифилису, между тем их невосприимчивость объясняется так же, как и невосприимчивость женщины.

Борьба с выкидышем вследствие заболевания сифилисом прежде всего должна быть предупредительной или профилактической. Каждый из желающих вступить в брак, имея у себя в прошлом сифилис, должен обратиться к врачу для проверки своего здоровья. Наружный осмотр далеко не всегда достигает цели, так как у заведомых сифилитиков могут быть скрытые формы болезни без каких-либо наружных признаков. Для точного установления состояния здоровья необходимы повторные исследования крови при помощи, так называемой,

реакции В а с с е р м а н а. (Вассерман — ученый, которому удалось путем сложных исследований установить особые свойства крови сифилистика, по которым узнается наличие болезни у людей, повидимому, совершенно здоровых).

Только при повторных отрицательных результатах реакции Вассермана, да и то, если от начала заболевания, при условии правильного лечения сифилиса, прошло не менее 4—5 лет, бывший сифилитик может вступить в брак без особой боязни заразить жену или иметь большое сифилисом потомство. Если у женщины наблюдаются частые самопроизвольные выкидыши без наличия каких-либо признаков сифилиса у нее и у мужа, то необходимо подвергнуть кровь их исследованию по Вассерману и при положительном результате подвергнуть их анти-сифилитическому лечению.

Другой хронической болезнью, вызывающей выкидыш, является, так называемая, сахарная болезнь беременной (диабет). Сахарная болезнь зависит от нарушенного обмена веществ в организме, в результате чего сахар не сгорает в нем, а удаляется с мочей. При этой болезни накаплиются вредные продукты обмена веществ, влияющие на ход беременности. Предупреждение выкидыша лежит в лечении сахарной болезни. Для того, чтобы узнать наличие сахарной болезни, необходимо делать повторные анализы мочи на сахар. Между прочим, одним из признаков сахарной болезни является упорный зуд наружных половых органов, без каких-либо видимых их поражений. При появлении зуда беременная должна тотчас обратиться к врачу. К общим заболеваниям организма, вызывающим выкидыш, следует отнести те хронические отравления, которые наблюдаются при различных профессиональных занятиях, о которых уже упоминалось ранее; там же указаны и меры предупреждения прерывания беременности.

Из заболеваний отдельных органов, ведущих к самопроизвольному выкидышу, следует упомянуть о болезнях сердца и почек. При них наступает выкидыш, вследствие нарушения питания плода и его умирания.

Из заболеваний половой сферы женщины к выкидышу чаще всего ведут различные воспалительные заболевания слизистой оболочки матки, так называемые, катары матки. Наиболее частой причиной воспаления слизистой оболочки матки является заражение весьма распространенной в наше время гонореей. (См. гл. 12—женские болезни).

Другой также весьма распространенной причиной катара матки является искусственный выкидыш и заражение при нем. Заболевшая вследствие заражения гонореей или недостаточно восстановившаяся после частых искусственных абортов слизистая оболочка матки не может дать необходимых условий для прикрепления плодного яйца и его питания, вследствие чего оно погибает, отделяется от стенки матки и изгоняется наружу. Гигиенические предписания состоят в том, что надо заботиться о предохранении от заболевания гонореей и вести борьбу с искусственным выкидышем.

Кроме воспалительных заболеваний, к выкидышу нередко ведут неправильности положения матки (загибы матки), различного рода опухоли матки (миомы), неправильности ее развития (детская матка) и друг. Из других заболеваний половой сферы следует упомянуть об опухолях яичников (кисты), которые иногда служат причиной выкидыша.

Причины последнего рода вызывают выкидыш сравнительно редко и практического значения не имеют.

Помимо указанных причин выкидыша, последний может быть обусловлен иногда более редкими, случайными причинами, как, например, падением, ушибом, испугом и т. д., о чем уже упоминалось ранее.

Помимо сифилиса, причиной выкидыша может послужить истощение мужа, вследствие каких-либо заболеваний или излишеств (алкоголь); в таких случаях семенные нити являются настолько слабыми, что не могут дать необходимой энергии для развития нормального зародыша, что ведет к его гибели и выкидышу. В самом плодном яйце также могут происходить различные изменения, которые ведут к выкидышу. Сюда относятся неправильности развития детского места, вследствие чего не может происходить нормальное питание плода, а также различные случайности, как, например, перекручивание пуповины, обвитие ее вокруг шейки плода и т. д.

Подобного рода причины выкидыша являются довольно редкими, предупредить их невозможно.

Внематочная беременность.

Внематочной беременностью называется такое состояние женского организма, когда плод развивается не в полости матки, а где-нибудь в другом месте. Внематочная беременность может развиваться в Фаллопиевой трубе или яйцеводе, в яичнике, или же в свободной брюшной полости. Оплодотворение женского яйца семенной нитью мужчины в яичнике и в свободной брюшной полости случается крайне редко, и внематочная беременность в них принадлежит к большим редкостям. Внематочная беременность в трубе встречается несравненно чаще и носит она название просто трубной беременности.

Если у женщины наступает внематочная беременность, то у нее вначале появляются те же признаки, которые бывают и при внутриматочной нормальной беременности: прекращение менструаций, нагрубание грудных желез, иногда появление молозива, темная окраска кожи, наблюдаются нередко обычная при беременности тошнота, различные прихоти и т. д., даже сама матка, несмотря на то, что в ней ничего нет, несколько увеличивается при внематочной беременности. Если женщина не обратится к врачу, то она считает себя просто беременной.

Причины внематочной беременности могут быть различными. Они бывают врожденными и приобретенными.

К врожденным причинам относятся: чрезмерная длина Фаллопиевых труб, их большая извилистость и тонкость. При этих неправильностях трубы плохо проходимы для оплодотворенного яйца, и оно в трубе застревает и начинает развиваться. К приобретенным причинам относятся, главным образом, воспалительные заболевания труб. Обычно воспаление труб присоединяется к имеющемуся воспалению слизистой оболочки матки.

Воспаление слизистой оболочки матки, как уже упоминалось, бывает чаще всего вследствие гонорройной инфекции или же заражения при аборте. В последние годы, в особенности в городах, немаловажную роль в развитии внематочной беременности играют различного рода внутриматочные манипуляции с целью предупреждения беременности (см. далее оидных впрыскиваниях в матку, предупреждающих беременность).

Все эти причины ведут к тому, что труба теряет свои реснички, делается мало проходимой, оплодотворенное в ней яйцо не может

пройти в матку, врастает в слизистую оболочку трубы и начинает в ней развиваться.

Если женщина обратится к врачу, то он может возле матки нащупать опухоль в трубе и установить внематочную беременность.

Правда, установить с точностью наличие внематочной беременности при первом осмотре не всегда удается даже самым опытным врачам, но, во всяком случае, если у врача явится только подозрение на внематочную беременность, то женщину уже можно считать вне опасности, так как такая женщина берется под наблюдение и при подтверждении предположения ей сейчас же может быть оказана соответствующая помощь.

Если внематочная беременность доходит до 2-х и более месяцев, то у женщины в области беременной трубы появляются боли, если

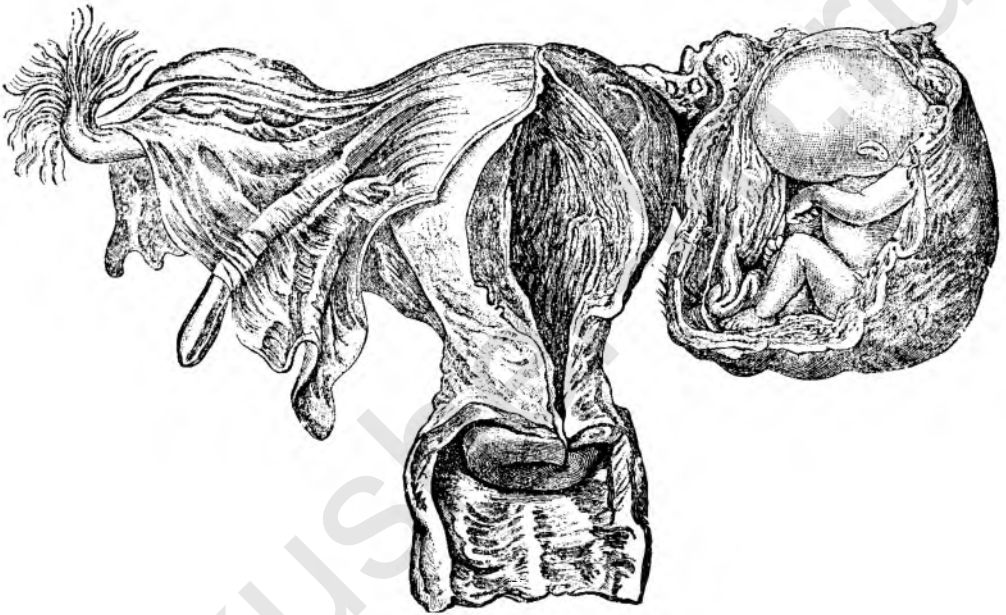


Рис 30. Трубная внематочная беременность.

же беременность развивается до более поздних месяцев, то эти боли становятся постоянными. Они становятся особенно чувствительными при движении плода.

Внематочная беременность, возникшая в необычном, неприготовленном для нее природою месте, очень редко доходит до нормального срока и прерывается значительно раньше. Иногда плод погибает от недостатка питания. Если он еще мал и не содержит костей, то он просто-напросто рассасывается и исчезает. Если у плода есть уже костное вещество, то оно остается, уплотняется, иногда же весь плодик пропитывается известковыми солями и лежит в виде камешка (литопедион). Это есть самоизлечение внематочной беременности, о котором узнают впоследствии случайно во время какой-либо внутриутробной операции, или же на вскрытии трупа женщины, умершей от другой причины. К сожалению, этот исход внематочной беременности встречается довольно редко, а гораздо чаще наступает нарушение ее, сопровождающееся кровоизлиянием в брюшную полость и являющееся

одним из самых тяжелых и опасных заболеваний женщины. В начале нарушения внематочной беременности у женщин появляются крови из половой щели, и если задержка менструации была небольшая (несколько дней), то обыкновенно женщина думает, что у нее появились месячные крови; если же задержка была более длительной (несколько недель), то она думает, что у нее паступает аборт. Часто женщины на это не обращают внимания и продолжают свой обычный образ жизни. Далее у женщины появляются схваткообразные боли в области беременной трубы и, наконец, появляются грозные явления, которые уже заставляют искать скорой врачебной помощи. Эти явления состоят во внезапном появлении сильных болей в животе и обморочном состоянии. Женщина, до того совершенно здоровая, вдруг теряет сознание, падает, а очнувшись и придя в себя, представляет собою тяжелую больную, лежащую с еле ощутимым пульсом, смертельно бледную. Эти тяжелые явления обуславливаются кровотечением в брюшную полость, вследствие разрыва беременной трубы, и общим потрясением организма (называемым в медицине шоком), происходящим в момент разрыва и кровоизлияния. В таких случаях нужна скорая оперативная помощь, иначе женщина может погибнуть.

Кровотечение в брюшную полость бывает не только при разрыве беременной трубы, но и при, так называемом, трубном выкидыше.

Последний состоит в том, что при нарушении внематочной беременности разрыв трубы не происходит, а только плодное яйцо отслаивается от стенок трубы и лежит в ней, как инородное тело, от которого труба стремится освободиться.

Мышечный слой трубы сокращается и выжимает плодное яйцо через свое брюшное отверстие в брюшную полость, что и составляет трубный аборт. Он сопровождается также обильным кровоизлиянием в брюшную полость, и имеющиеся при нем явления напоминают разрыв трубы, но в общем они несколько слабее, чем при последнем.

Если женщине с трубным абортom будет предоставлен абсолютный покой, и если кровотечение при этом не повторится, то заболевание может само собой пройти, женщина выздоровеет. Мягкие части плода и кровь рассасываются, а остальные части уплотняются. Если кровоизлияние большое, то оно не всегда рассасывается, а может нагноиться, при чем гнойник иногда прорывается наружу сам собой, через его отверстие выходит часто плод. Чем больше срок внематочной беременности, тем явления нарушения ее бывают более и более грозными. Если беременность будет доношена до нормального срока то путем оперативного вмешательства может быть извлечен живой плод. Если же оперативное вмешательство не последует, то женщина и ребенок обрекаются на гибель.

Доношенный плод при внематочной беременности только в редких случаях бывает нормальным, в большинстве же наблюдаются различного рода уродства и неправильности развития, делающие плод мало жизнеспособным. Лечение распознанной внематочной беременности только оперативное. Если операция предпринимается до кровоизлияния в брюшную полость, то она проста и не опасна, если же произошло кровоизлияние, то она спасает больную в том случае, если у женщины сохранилось еще достаточно сил.

Гигиенические предписания в борьбе с распространением внематочной беременности сводятся к устранению причин, ее вызывающих, т. е. к борьбе с заражением гонорреей, с распространением искусственного аборта и вредных способов предупреждения зачатия. В виду

того, что внематочная беременность в последние годы становится явлением довольно частым, то всякой женщине, имеющей основание думать, что она забеременела, надлежит обратиться к врачу с целью установления наличия беременности и правильности ее.

Эклампсия.

Эклампсия является очень тяжелым и опасным заболеванием беременной женщины. Это заболевание сопровождается появлением судорог всего тела и потерей сознания. Очень часто она появляется вдруг у совершенно здоровых до того беременных. Некоторые сравнивают быстроту появления эклампсии с быстротой молнии, отчего и произошло название заболевания (эклампсия — значит молниеносный). Истинная причина эклампсии до настоящего времени с точностью не установлена. Принято думать, что она является следствием отравления организма женщины продуктами жизнедеятельности яйца (плода и детского места) и потому она относится к уже упоминавшейся ранее группе заболеваний, называемых самоотравлением или аутоинтоксикацией организма (токсикозы). Эклампсия появляется чаще всего во время беременности, реже во время родового акта и еще реже после родов. Ядовитые вещества выделяются растущим яйцом у женщины при каждой беременности, но эклампсия чаще развивается у первобеременных. Несмотря на то, что самоотравление в известной мере бывает у каждой беременной женщины, заболеванию эклампсией подвержены далеко не все женщины. По последним статистическим данным, один случай эклампсии наблюдается на 500 родов.

Это говорит за то, что для появления эклампсии необходимы какие-то особые условия состояния организма беременной женщины. Наблюдением установлено, что такими предрасполагающими к заболеванию эклампсией условиями является ненормальное, болезненное состояние органов, выделяющих из организма женщины упомянутые уже ядовитые продукты обмена веществ растущего плода.

На первом плане среди этих выделительных органов стоят почки, затем известную долю участия в выделении ядов принимает кожа, нейтрализуются они отчасти кровью, обезвреживаются печенью и т. д.

Как уже упоминалось ранее, почки, которым во время беременности приходится усиленно работать для выделения из организма беременной не только вредных продуктов обмена веществ собственного организма, но и продуктов обмена плода, часто оказываются несостоятельными, и вредные продукты обмена остаются в организме женщины. Вредные продукты постепенно накапливаются и, наконец, вызывают отравление организма, проявляющееся судорожными припадками эклампсии.

Ранним признаком недостаточности почек служит уменьшение количества выделяемой мочи и появление отеков. Вначале отеки появляются в нижних отделах ног (у лодыжек), затем они поднимаются все выше, занимают все нижние конечности, доходят до половой щели, нижней части живота и т. д. Часто они бывают заметны на лице (так называемые мешки „под глазами“ есть ничто иное, как отеки вследствие скопления жидкости в клетчатке век). Если сделать медицинский анализ мочи такой беременной, то в ней обнаружится белок. Эти данные, указывающие на недостаточную деятельность почек, дают полное основание опасаться появления эклампсии, и беременная должна подвергнуться тщательному врачебному наблюдению и соответствующему

режиму, чтобы предупредить появление эклампсии. Правда, бывают иногда случаи, когда у женщины совершенно не было отеков, и повторные анализы мочи ничего не обнаруживали патологического (болезненного), и все-таки эклампсия развивалась. Это, повидимому, те случаи, где было заболевание печени, и она не могла выполнить свою роль по обезвреживанию ядов беременности, а одни почки, хоть и здоровые, не были в состоянии выделить яды. Эти случаи бывают сравнительно редко и большого практического значения не имеют.

В вопросе предупреждения появления эклампсии до настоящего времени главное внимание уделяется наблюдению за состоянием почек. Роль деятельности почек в появлении эклампсии видна также из того факта, что во время припадка эклампсии выделение мочи прекращается вовсе, а при появлении ее в избытке эклампсия проходит.

Беременная, перенесшая эклампсию однажды, редко заболевает ею при повторной беременности.

Признаки эклампсии состоят в следующем: у больной, до того чувствовавшей себя хорошо, вдруг появляется бессмысленное выражение лица, подергивание мышц лица, затем теряется сознание и появляется скрежет зубов и судорожные движения различных частей тела. Судорожные движения одних частей тела быстро сменяются судорогами других, это ведет к тому, что женщину подбрасывает на постели, а бывали случаи, когда больные судорогами сбрасывались на пол и бились на нем в припадке. Иногда судороги смыкают мышцы всего тела, при чем женщина лежит с сжатыми кистями рук, с вытянутыми или выгнутыми в дугу туловищем.

При судорожном сжатии челюстей, язык больной часто прикусывается зубами, вследствие чего дыхание делается затрудненным. Лицо женщины во время припадка синее, отекает, изо рта вытекает пена, а иногда и кровь из языка, раненного зубами.

При ощупывании пульса во время припадка он бывает еле ощутимым. Такой припадок продолжается несколько секунд, иногда до минуты, затем после некоторого перерыва может повторяться вновь. Длительность эклампсии обыкновенно от одного до 3-х дней. За это время число припадков может дойти до нескольких десятков.

После припадка у женщины наступает сон, и если припадки прекратятся, то она может придти в себя, при чем она ничего не помнит о происшедшем. Припадки эклампсии несколько напоминают собой припадки эпилепсии (падучей болезни), но отличаются тем, что после падучей никогда не бывает сна. Если припадки повторяются часто, то сон может перейти в тяжелое бесчувственное состояние, называемое в медицине коматозным (кома), и женщина, не приходя в себя, может погибнуть. Эклампсия беременной является опасной также и для плода.

Процент смертности при эклампсии очень велик и по некоторым статистикам он устанавливается в 25% для женщины и 50% для плода.

Замечено, что припадки эклампсии часто прекращаются с момента разрешения от бремени. Поэтому некоторые специалисты и предлагают для лечения эклампсии быстрое родоразрешение. С этой целью прибегают к различного рода операциям, среди которых наибольшее распространение в последнее время имеет кесарское сечение. Вначале эта операция производилась путем вскрытия полости живота, затем матки, из которой удалялись плод и детское место с оболочками. Теперь она в большинстве случаев делается через естественные родовые пути, т. е. через влагалище, при чем разрезывается шейка матки,

плод удаляется, и раны вновь зашиваются. Эта операция проще и менее опасна брюшной; опытным врачом она может быть выполнена быстро и легко. Благодаря этой операции спасено много жизней больных эклампсией матерей и их детей. Существуют и другие, выжидательные, лекарственные способы лечения эклампсии, применяемые некоторыми врачами вообще, а другими в случаях, где невозможно применить оперативное лечение, например, в домашней обстановке.

Какие бы результаты не давали указанные способы, но не в них главное в борьбе с эклампсией. Это главное состоит в профилактике, в предупреждении появления эклампсии.

Для этой цели каждая беременная женщина должна почаще (не реже одного раза в месяц в первые $\frac{2}{3}$ беременности и еженедельно в последние месяцы) являться к врачу для освидетельствования ее здоровья и контрольных анализов мочи. Если беременная перенесла ранее воспаление почек, то врачебное наблюдение за ней должно быть особенно строгим. Если у беременной в прошлом и не было отмечено воспаления почек, но она перенесла острые инфекционные заболевания (главным образом, скарлатину, наиболее часто дающую воспаление почек), то к ней надо относиться так, как будто она переболела воспалением почек. Если у беременной обнаруживается воспаление почек в первые месяцы беременности, то, по мнению многих акушеров, это служит достаточным основанием для прерывания беременности, если же это обнаруживается во второй половине беременности, то больная должна быть подвергнута энергичному лечению. Если заболевание почек не поддается лечению, то, во избежание эклампсии, беременность надо прервать путем искусственных преждевременных родов в последние месяцы беременности, когда плод может быть уже жизнеспособным.

При наличии малейших указаний на заболевание почек, во избежание дальнейшего его развития, должен быть установлен строгий пищевой режим беременной.

Наблюдения показали, что эклампсия развивается чаще всего у лиц, питающихся мясной пищей. Поэтому в целях предупреждения эклампсии наблюдаемая больная беременная должна совершенно отказаться от употребления мясной пищи. Установлено, что наиболее подходящей пищей для такой беременной является молоко и овощи. В последних содержатся соли извести, необходимые для нормального обмена веществ в организме беременной женщины, и недостаток этих солей является одной из причин появления эклампсии.

По наблюдениям некоторых врачей, назначение строгой молочно-растительной диеты в течение короткого времени (1—2 недель) до родов предупреждало появление эклампсии там, где были все основания ее ожидать. Наряду с заботой о состоянии почек необходимо особое внимательное отношение ко всему организму беременной.

Необходимы заботы об исключительной чистоте кожи, как выделительного органа, помогающего почкам и до некоторой степени их замещающего.

По словам перенесших эклампсию, у них накануне появления припадка были упорные головные боли и значительно ослабевало зрение (невозможность писать) без всяких видимых причин. Эти явления есть результат заболевания почек и они служат как бы предупреждением возможности появления эклампсии, и на них должно быть обращено должное внимание. Каждая женщина об этом должна знать, чтобы своевременно обратиться к врачу.

Предлежание детского места.

Предлежанием детского места называется такое уклонение от нормального развития беременности, при котором детское место прикрепляется не в глубине полости матки, а внизу у самого маточного отверстия. На рис. 31 представлено нормальное прикрепление детского места, а на рис. 32 — предлежание его. Мы здесь не будем касаться подробностей затронутого вопроса, так как о нем уже сказано в отделе описания родов, а скажем только, какими гигиено-диетическими правилами должна руководствоваться беременная женщина, у которой предполагается предлежание детского места. Первым признаком ненормального прикрепления детского места служит появление крови во



Рис. 31. Беременная матка с нормальным прикреплением детского места.
1 — детское место.
2 — канал шейки матки.



Рис. 32. Беременная матка с предлежанием детского места.
1 — детское место,
2 — канал шейки матки.

время беременности. Количество выделяемой при этом крови может быть различным, от незначительных кровяных капель до неукротимого кровотечения. В каком бы малом количестве не появились крови, женщина должна тотчас лечь и предоставить себе абсолютный покой, затем она должна обратиться за советом к врачу. Если у нее будет установлено наличие предлежания детского места, то она должна быть под постоянным врачебным наблюдением. Если женщина не склонна иметь ребенка, или же когда крови повторяются часто и помногу, предпочитают сделать искусственный аборт во избежание тяжелых являющихся уже опасными для женщины кровотечений в последние недели беременности. Что касается судьбы плода, то, в большинстве

случаев, он рождается мертвым или же мало жизнеспособным, вследствие расстройства кровообращения при кровотечениях. Если же женщина имеет настойчивое желание иметь ребенка, то она должна подвергнуться строгому режиму.

Для предупреждения появления кровотечений женщина должна избегать всякого рода излишеств, как физических, так и психических. Все правила гигиены относительно физической работы, усиленных движений, равно как и психических возбуждений, упомянутые по отношению ко всякой беременной, должны особенно строго выполняться женщиной, у которой предполагается предлежание детского места.

Половая жизнь женщины должна быть прекращена, как только установлено предлежание детского места.

При соблюдении всех гигиенических предписаний нередко удается женщине доносить и родить нормального ребенка. Непременным условием последнего следует считать проведение родов в соответствующей обстановке, при наличии врачебной помощи, а лучше всего в родильном доме.

Пузырчатый или пузырьный занос.

Пузырный занос есть одно из редких уклонений от нормального развития беременности.

Он состоит в том, что ворсинчатая оболочка (см. главу 2-ую о беременности) плодного яйца своеобразно изменяется, при чем ворсы ее превращаются в пузырьки. Пузырьки наполнены светлой, водянистой жидкостью и бывают величиною от хлебного зерна до лесного ореха. Принято сравнивать кисти пузырьного заноса с гроздьями винограда, на который, с первого взгляда, они бывают похожи. Пузырный занос в зависимости от степени своего развития может быть крайне опасным заболеванием для беременной; плод же при нем обыкновенно погибает. Развивается пузырьный занос в первые месяцы беременности.

При образовании пузырьного заноса женщина в начале заболевания не испытывает никаких болезненных явлений, впоследствии же начинают появляться водянисто-кровянистые выделения из половой щели, которые могут перейти в кровотечение. При наступлении схваток пузырьный занос может быть целиком изгнан из полости матки. (См. рис. 33).

На общем состоянии организма беременной присутствие пузырьного заноса нередко сказывается появлением дурного вкуса во рту и затем заболеванием почек (белок в моче, отеки). Эти явления относятся к уже упоминавшимся ранее токсикозам беременности.

Иногда пузырьный занос прорастает в вещество (мышечный слой) матки и является тогда очень опасным для женщины заболеванием. В таких случаях только своевременное врачебное вмешательство может оказать необходимую помощь. (См. рис. 34).

Борьба с пузырьным заносом в смысле предупреждения его развития не может быть поставлена должным образом, так как истинная его причина до настоящего времени науке неизвестна, что же касается лечебной стороны, то здесь на первом плане стоит своевременное обращение беременной к врачу при появлении первых признаков (кровянистые выделения), указывающих на уклонение от нормального хода беременности.

Влияние беременности на здоровье больной женщины.

Беременность во многих случаях имеет то или другое влияние на течение имеющихся у женщин заболеваний.



Рис. 33. Пузырный занос, целиком изгнанный из матки.

Наибольшего внимания заслуживает влияние беременности на туберкулез легких, являющийся в наше время одним из самых распространенных, тяжелых заболеваний. Большинство ученых специалистов сходится на том, что при беременности течение туберкулезного процесса ухудшается. По мнению некоторых из них, вред беременности

для здоровья туберкулезной настолько велик, что во всех случаях, когда диагноз туберкулеза легких установлен с несомненностью, беременность должна быть прервана. Другие же полагают, что вред заболевания не настолько велик, чтобы всегда прибегать к прерыванию беременности, так как известно много случаев, когда туберкулезные беременные прекрасно вынашивали без заметного вреда для своего здоровья. Между этими двумя крайними мнениями находится золотая середина, которой придерживается большинство: прерывать беремен-



Рис. 34. Пузырный занос, проросший матку.

ность необходимо только при, так называемой, активной форме туберкулеза, сопровождающейся выделением туберкулезных палочек в мокроте, повышенной температурой больной, потерей веса и т. д., если эти явления обнаруживаются в первые месяцы беременности, когда операция может быть сделана с наименьшей потерей сил женщины. Если туберкулезный процесс представляет более легкую, „закрытую“ форму, то женщина должна носить, конечно, при условии постоянного врачебного наблюдения, при соответствующей диете, пользовании чистым воздухом и т. д.

Если туберкулез обнаруживается во второй половине беременности, прерывать беременность не должно, так как операция может быть для беременной более опасна, чем сам туберкулез. Бывают, правда, исключительные случаи, когда беременность в срочном порядке прерывается и в последние месяцы (туберкулез гортани) для спасения больной. Все специалисты сходятся на том, что туберкулезная женщина не должна кормить и потому она должна позаботиться еще во время беременности о создании необходимых условий для должного питания ребенка.

С медицинской точки зрения, туберкулезная женщина имеет полное право на воздержание от деторождения и на применение предохранительных мер против зачатия.

Из других заболеваний женщины, ухудшающихся при наступлении беременности, следует упомянуть о тяжелом пороке сердца, сопровождающемся расстройством сердечной деятельности (отеки, одышка, общая слабость), и особом нервном заболевании, носящем название пляски святого Витта. Наличие данных заболеваний может дать основание для прерывания беременности только тогда, когда болезненные явления усиливаются, несмотря на все принятые врачебные меры для поддержания здоровья.

Влияние беременности на заболевания половой сферы женщины.

Влияние беременности на заболевания половых органов может быть различным. В одних случаях она действует благотворно, в других ухудшает течение.

Весьма благотворно беременность в большинстве случаев влияет на всем известное заболевание—загиб матки кзади (см. гл. 12—женские болезни). Под влиянием беременности это заболевание исчезает само собой даже в тех случаях, где настойчивое лечение матки в не беременном состоянии не давало никакого результата. Правда, иногда при загибах беременной матки встречается, так называемое, ущемление ее в малом тазу, матка при этом давит на соседние органы и вызывает боли. Прежде всего это сказывается на деятельности мочевого пузыря, в котором задерживается моча и нарушается мочеотделение. Исправление ущемления врачом быстро избавляет больную от указанных расстройств. Во избежание ущемления со всеми его последствиями беременная, у которой ранее был загиб матки, должна находиться под наблюдением врача, пока матка не выравняется и не поднимется в большой таз.

Также благотворно влияние беременности на гонорройное воспаление слизистой оболочки матки. Во время беременности гонококки, находящиеся в отпадающей оболочке матки обыкновенно погибают, и если в послеродовом периоде они вновь не попадут в полость матки, то заболевание ее, бывшее до беременности, проходит. Во избежание последующего попадания гонококков из шейки матки необходимо во время беременности тщательно лечить катар последней.

Неблагоприятно сказывается влияние беременности на различные опухоли матки и яичников: рак матки, миомы и кисты. (См. гл. 12-ю).

По некоторым наблюдениям, при беременности раковые опухоли начинали проявлять усиленный рост. Если у беременной женщины обнаруживается раковое заболевание в первые месяцы беременности, то удаляется оперативным путем матка вместе с плодом, если же это

случается в последние месяцы или недели, то женщина продолжает носить до срока, так как оперативное лечение в таких случаях обыкновенно мало приносит пользы. У таких беременных больных можно применить лечение радием или лучами рентгена. К счастью, рак наблюдается чаще у пожилых женщин, у которых беременность вообще бывает редко.

Под влиянием усиленного притока крови к беременной матке наблюдается увеличение имеющихся в ней миоматозных опухолей, которые, как и все ткани половой сферы, пропитываются водянистой жидкостью, размягчаются, и если они небольшие, то не служат препятствием для продолжения беременности и родового акта. Если миоматозные опухоли большие, то они могут быть препятствием во время родов. В таких случаях применяется оперативное лечение миом, причем иногда удается удалить миому, не нарушая беременности; в противном случае для сохранения здоровья и жизни приходится жертвовать плодом. Гигиенические предписания при беременности у миоматозной больной сводятся к постоянному врачебному наблюдению.

Киста у беременной женщины дает больше всевозможных болезненных явлений, нежели у не беременной; кроме того, она иногда может своей величиной и положением препятствовать нормальному течению родов. Если киста обнаруживается у беременной в первой половине беременности, то ее лучше всего оперировать, так как заранее нельзя предвидеть всех осложнений, которые могут быть до конца беременности; кроме этого, операция не осложненной каким-либо заболеванием (перекручивание ножки, воспаление и т. д.) кисты является простой и неопасной; осложнение же, да еще в конце беременности, когда нет благоприятных условий для операции, является уже заболеванием чрезвычайно серьезным.

Подготовка беременной к предстоящим родам.

Каждая беременная женщина еще задолго до родов должна известным образом готовиться к родовому акту. Прежде всего всякая беременная должна обратиться к врачу для освидетельствования ее здоровья, измерения таза, определения периода беременности, срока предполагаемых родов и т. д.

Для родоразрешения лучше всего поступить в благоустроенный родильный дом, где врачебная помощь и все необходимое могут быть к услугам роженицы. Если бы женщина не могла или не находила для себя возможным проведение родов в родильном доме, то она у себя дома должна заблаговременно к родам подготовиться. Мы говорим заблаговременно потому, что далеко не всегда можно с точностью предсказать время родов, а кроме того, роды могут наступить вообще раньше установленного срока. Словом, в последние 2—3 недели беременности все должно быть готово для проведения родов. Беременная должна заранее заручиться согласием акушерки явиться к ней в дом по первому зову, а также иметь в виду врача, который смог бы оказать необходимую помощь, если бы таковая потребовалась.

Далее женщина должна привести в надлежащее состояние свою квартиру. Квартира или комната, где будут роды, должна быть чисто выбелена, и все в ней вычищено. Если комната оклеена обоями, то стены ее нужно очистить от пыли, конечно, заранее, а не в момент родов. Постель должна иметь несколько перемен чистого белья. Хорошо, если будет приготовлена чистая соломенная подушка для подклады-

вания под роженицу, так как на жесткой подстилке удобнее проводить роды. Для защиты постели от промокания кровью или водами необходимо заготовить прорезиненную белую клеенку, достаточную для закрытия всей постели.

Лучше, если роженица может иметь подкладное судно и кружку Эсмарха с двумя отдельными наконечниками для клизмы и для подмываний половых органов. Необходимо также иметь запас стерилизованной ваты и марли. Все необходимые для проведения родов медикаменты должны находиться в акушерской сумке или же приобретаются (также заранее) по указанию врача.

Беременная женщина, следовавшая указаниям гигиены во время длинного срока беременности и подготовившаяся к родоразрешению должным образом, может с полным спокойствием и уверенностью ожидать благополучного исхода великого акта рождения на свет нового существа.

акusher-lib.ru

ГЛАВА ШЕСТАЯ.

ГИГИЕНА ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА.

Чистота тела. Соблюдение покоя. Диета родильницы. Забота об укреплении мышц после родов. Восстановление нормального состояния организма после родов.

Каждая женщина после родов должна считаться больной, так как даже самые легкие, нормальные роды наносят те или другие повреждения организму женщины. Внутренняя поверхность матки (ее полость) после родоразрешения представляет из себя довольно большую, кровоточащую рану, требующую известного времени для заживления. Слизистая оболочка влагалища и половой щели почти всегда имеет надрывы, ссадины и т. д. Для того, чтобы половые органы пришли в нормальное состояние безболезненно, необходимо родильницу подвергнуть особому режиму. Для этого прежде всего ей должен быть предоставлен необходимый отдых, полный физический и душевный покой, а затем необходимо соблюдение абсолютной чистоты в уходе за половой сферой женщины. Причем абсолютная чистота должна пониматься не в житейском, а в чисто медицинском смысле, когда все внимание ухаживающего персонала должно быть направлено в сторону предупреждения попадания в половые части возбудителей нагноения или какой-либо другой инфекции. Особенно опасно для женщины попадание в ранения половых органов возбудителей родильной горячки. Чаще всего инфекция попадает в половые части извне, при чем она может быть занесена руками самой родильницы или ухаживающего персонала или теми предметами ухода, которые соприкасаются с половыми органами. Во избежание этого запрещается родильнице дотрагиваться руками до половых органов, а ухаживающие должны после обычного мытья рук водой и мылом еще обмыть их раствором какой-либо дезинфицирующей жидкости (раствор сулемы, винный спирт и т. д.) прежде, чем дотронуться до половых органов, а еще лучше совершенно избегать дотрагивания без крайней необходимости. Все закладки половой щели должны быть приготовлены из стерилизованного, хорошо впитывающего влагу материала (марля, вата). Материал должен быть малоценным и после употребления должен выбрасываться (лучше всего сжигаться) и заменяться каждый раз новым и свежим. Храниться закладки должны в хорошо закупоренной банке или жестянке, откуда они вынимаются прокипяченным пинцетом (щипчики) и им же, а не рукой прикладываются к половой щели. Закладки должны меняться возможно чаще по мере их загрязнения. Все соприкасающиеся с половой щелью принадлежности ухода (наконечники кружки Эсмарха) должны быть прокипячены перед употреблением, а в остальное время

должны храниться в растворе дезинфицирующей жидкости (раствор сулемы, карболки в прописи врача). Обмывания наружных половых органов производятся обыкновенно два раза в день—утром и вечером—струей жидкости из наконечника кружки. Приставшие к коже вокруг половой щели или к волосам (если волосы не были почему-либо сбриты) выделения обмываются комком стерилизованной ваты, отнюдь не рукой и в особенности не губкой, которую трудно держать в надлежащей чистоте. Для обмывания необходимо брать теплую переваренную воду, к которой можно прибавлять слабые дезинфицирующие вещества (борная кислота, лизоформ, марганцево-кислый калий и др.), но не сулему, которая может попасть в ранения слизистой оболочки и вызывать отравление. Все имеющиеся повреждения на половых органах лечатся врачом или же акушеркой по его указаниям. Без врача не может быть также сделано и спринцевание влагалища, так как оно является уже лечебной процедурой и может быть применено врачом только у родильницы, у которой наблюдаются какие-либо ненормальности в течении послеродового периода. У здоровой родильницы влагалищные спринцевания могут принести только вред. После вставания с постели, к каковому времени обыкновенно выделения из влагалища прекращаются, уход за наружными половыми органами такой же, как и уход за ними у беременной. В целях поддержания чистоты тела рекомендуется производить с первых дней после родов отбирания всего тела родильницы полотенцем или салфеткой, смоченными тепловатой (24—26° по Реомюру) водой. К воде для освежения тела можно прибавить уксусу столового или ароматного, водки, одеколону и т. д. После отбирания тело необходимо обсушить полотенцем, лучше всего купальным, мохнатым. Общую ванну после родов можно принять не раньше 4-ой недели. Обмывания же из кувшина над ванной можно делать и ранее, а также разрешается принять душ вскоре после того, как женщина встала с постели.

В прежнее время родильницы подвергались длительному постельному содержанию, при чем они должны были целыми днями лежать неподвижно на спине и недели проводили в постели. В настоящее время режим этот почти всеми оставлен и, как реакция против старого метода, применяется новый, известный под названием „раннее вставание родильниц“. Стронники этого метода рекомендуют ранние активные движения в виде гимнастики (о ней см. дальше). Через двое суток после родов разрешается вставать с постели и перейти на пару часов на диван или кушетку, вначале с посторонней помощью. На кушетке разрешают быть в полусидячем положении в особенности во время приема пищи. С 4-го—5-го дня разрешается гулять по комнате, сидеть в кресле. К концу недели родильница может проводить вне постели один-два часа до обеда, а после него может не ложиться в постель вовсе. В начале второй недели она может обедать за общим столом, а в постель ложиться только для отдыха на 1—2 часа в течение дня. Раннее вставание, по мнению его сторонников, способствует укреплению мышц, правильному кровообращению, улучшает аппетит, способствует правильному опорожнению кишечника, дает хороший сон, что так необходимо для нормального течения послеродового периода. Разумеется, такой режим рекомендуется у здоровых родильниц; при повышении же температуры, появлении болей и пр., т. е. там, где нужен покой, как лечебный метод, раннее вставание неприменимо. Между этими двумя крайностями существует „золотая середина“, которую можно рекомендо-

вать большинству родильниц, а именно: со второго дня разрешается поворачиваться на бок, с 4—5-го дня — сидеть в постели (обязательно при приеме пищи), с 6—7-го дня — свешивать ноги, оставаясь в сидячем положении в постели, с 8—9-го — дня вставать, а к концу второй недели выходить на воздух. Длительное лежание на спине способствует задержке маточных выделений, запрокидыванию матки кзади, что впоследствии может причинить женщине много неприятностей. Разумеется, шаблона в данном вопросе быть не может и в каждом отдельном случае могут быть те или другие изменения режима родильницы в зависимости от состояния ее здоровья, крепости организма, тяжести родов, течения послеродового периода и т. д. Каждая родильница должна знать, что нормально протекающий послеродовой период не сопровождается повышением температуры, значительными болями в животе (иногда могут быть небольшие схваткообразные боли вследствие сокращения матки), обильным кровотечением и выделениями с неприятным запахом. Если бы появился хоть один из этих симптомов, то необходимо тотчас обратиться к врачу.

Диета родильницы в прежнее время была довольно строгой, полуголодной. Из боязни вызвать какие-либо расстройства пищеварения родильницу во все время пребывания в постели питали бульоном, супами, жидкими кашами и т. д. В настоящее время все виднейшие специалисты держатся того взгляда, что родильницу надо хорошо питать с первых дней, но пища должна быть легко перевариваемой, так как пищеварение бывает несколько ослабленным при постельном режиме. Первые 2—3 дня лучше всего давать родильнице жидкую и полужидкую пищу (бульон, суп, каши, молоко, кофе, чай, компот, кисели, сухари), с 3—4-го дня разрешается хлеб, яйца, мясо, лучше рубленое, белое, молодых животных, рыба, масло, сырые и вареные фрукты. Более основательную пищу начинают давать обыкновенно после очищения кишечника слабительным, что бывает на 3—4-ый день. Для этого лучше всего принять две столовых ложки касторового масла, но можно и английскую или глауберову соль, столовую ложку на прием; в дальнейшем, пока не восстанавливается самостоятельный стул, необходимо пользоваться клизмами.

После вставания с постели пища, обычная для кормящей грудью (см. питание кормилицы в главе 8-й о грудном возрасте). Не рекомендуется в послеродовом периоде есть черный хлеб, свежее жирное тесто (слоенки), бобовые плоды, капусту, черное мясо (дичь), жирные блюда. Для питья родильница может употреблять все, кроме алкогольных напитков.

Во время родового акта часто происходит сильное растяжение и напряжение мышц живота (брюшного пресса), тазового дна и промежности, результатом чего впоследствии является их расслабление, вялость, что может повести к появлению отвислого живота и различного рода опущений органов брюшной полости вообще и половых в частности. Эти опущения усиливаются при повторных родах и весьма вредно отражаются на здоровье женщины. Для предупреждения этих явлений рекомендуются гимнастические упражнения родильниц. Гимнастику, при нормальном течении послеродового периода, можно начинать с первых дней после родов, еще во время пребывания родильницы в постели, и для получения желаемого результата продолжать ее в течение 2—3-х месяцев. Первый прием гимнастики состоит в том, что родильница лежит в постели с вытянутыми руками и старается сесть без их помощи. Второй прием состоит в попеременном поднимании одной, а затем другой ноги до вертикального положения при

лежании в постели на спине. Эти движения укрепляют мышцы брюшного пресса. Укреплению мышц тазового дна способствует сведение и разведение бедер, производимое при некотором противодействии, оказываемом другим лицом. Упражнение производится следующим образом: родильница лежит в постели с согнутыми в коленях ногами (приведенными к животу), кто-нибудь из ухаживающих сдавливает колени в то время, как родильница стремится развести бедра. Все указанные приемы производятся два раза в день—утром и вечером, при чем каждое движение проделывают вначале 4—6 раз и постепенно доходят до 8—10 раз.

Для укрепления мышц брюшного пресса рекомендуется еще бинтование живота родильницы. Бинтование можно начинать с первого дня после родов, постепенно, как только родильница отдохнула, и производить в течение нескольких недель. Его можно делать обыкновенным полотняным бинтом, при чем, кроме живота, бинтуются также и бедра, чтобы бинт не съезжал кверху. Несколько лучше лежит и держится вязанный, нитяный бинт. Из полотна можно по фигуре женщины выкроить нечто похожее на набрюшник и для более легкого надевания приспособить застёжки. Легким и удобным приспособлением для бинтования служит повязка, носящая название „гуриты“. Состоит она из куска полотна или полотенца, к которому с обеих сторон на некотором расстоянии от концов пришит ряд полотняных полосок, шириной в три пальца.

Более узкие полоски не подходят, так как они при завязывании могут врезываться в кожу живота. Длина и ширина гуриты зависит от роста и объема женщины. Гурита должна захватывать весь живот и верхнюю часть бедер. При употреблении гуриты она подкладывается под спину родильницы, широко заходящие один за другой концы гуриты обхватывают живот и затем укрепляются тесемками; лучше, если при завязывании тесемок узлы будут несколько сбоку от средней линии живота. Пользование гуритой удобно и просто, а при загрязнении ее легко выстирать, выгладить и вновь пустить в употребление. В первоначальное состояние половые органы женщины приходят лишь к концу 6—7-ой недели после родов. Между прочим, лучше и раньше приходят в норму половые органы женщин, кормящих грудью. Иногда видимым показателем восстановления нормальных функций половых органов является появление менструаций; правда, это отнюдь не обязательно, т. к. кормящие женщины нередко совсем не менструируют во время кормления грудью. Выделение яиц яичниками начинается независимо от наличия или отсутствия менструации, и потому не менструирующая кормилица может вновь забеременеть, хоть это бывает и реже, чем у имеющих регулы. Половые сношения после родов могут быть допущены не ранее 7—8 недель. К различным профессиональным работам и в особенности к занятию физическим трудом—женщина может приступить через 6—8 недель при нормальном течении родов и послеродового периода.

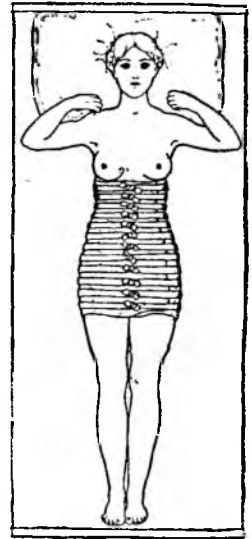


Рис. 35. Гурита.

ДОБАВЛЕНИЕ.

Сколько раз и как часто женщина может рожать детей.

В силу закона природы каждая здоровая женщина должна быть матерью. Без выполнения этой важной функции женского организма последний не может считаться законченным и совершенным. Каждой женщине должно быть известно, что уклонение от выполнения функции материнства должно в конце-концов иметь вредное влияние на ее организм. Кроме этого, женщина также должна знать, какие условия необходимы для того, чтобы беременность была ей на пользу, и при каких условиях может быть лучшее потомство. Благополучные роды и здоровое потомство могут быть только тогда, когда женщина приступает к деторождению с моментом полной возмужалости. Под этим понятием разумеется окончательное созревание женского организма, совпадающее с прекращением его роста. Полное развитие женского организма, как физическое, так и духовное заканчивается в нашем климате к 19—20 годам жизни. С этого момента женщина может вступать в брак и рожать детей. Это правило, правда, не является абсолютным и в некоторых случаях может иметь то или другое исключение.

Врачебными наблюдениями установлено, что наиболее благоприятный период для рождения детей тянется до 35-ти лет жизни женщины. Следовательно, если предположить, что женщина начнет рожать детей на 21-ом году жизни и каждые следующие роды будут повторяться через 3 года, то к 35 годам она родит 5 душ детей. По научным данным 3-хлетний промежуток между родами вполне достаточен для вскармливания ребенка, для отдыха организма и вынашивания нового плода. Указанное число деторождений, по медицинским соображениям, и следует считать нормальным. Организм женщины при этом сохраняет свою молодость, свежесть и здоровье, а потомство качественно является наилучшим.

Более ранние (до наступления полной зрелости) или более поздние (в 40 и более лет) роды протекают труднее, а при частых быстро следующих друг за другом родах нередко встречаются неправильности положения плода.

Но, ведь, далеко не всегда женщина может выполнить свою роль матери, как указано. Многие болезни не дают возможности рожать нескольких детей; социальные причины (материальная необеспеченность) также являются нередко большим препятствием к этому, иногда личная жизнь женщины (политическая или общественная деятельность) предъявляет такие требования, что женщина бывает вынуждена ограничивать деторождение.

Предупреждение беременности.

В последние десятилетия наиболее частым способом ограничения рождения детей является искусственное прерывание беременности или аборт.

Аборт является одним из самых больших зол нашего времени. От него погибают ежегодно десятки тысяч женщин, т. е. больше, чем от самых опасных и тяжелых эпидемических заболеваний; а еще больше делаются нетрудоспособными и навсегда больными, инвалидами.

Не говоря уже о том, что аборт, как явление противное природе, вреден сам по себе, он часто сопровождается различными осложнениями (заражение, повреждение внутренних половых органов женщи-

ны), которые опаснее и вреднее самого аборта. Как всякая операция вообще, искусственный аборт совершается с известным риском даже самыми опытными врачами специалистами; но неизмеримо опаснее аборт, сделанный невежественным оператором, в плохой обстановке, или же вызванный домашними средствами бабкой, знахаркой или же самой беременной.

Способ ограничения деторождения путем искусственного аборта осуждается со всех точек зрения: медицинской, государственной, моральной и т. д.

Что же может гигиена посоветовать женщине взамен аборта для ограничения и регулирования рождения детей? На этот вопрос ответом является совет женщине применять безвредные средства против зачатия.

Средств против зачатия очень много, и уже одно обилие их говорит за то, что нет среди них таких, которые могли бы на все 100% удовлетворить предъявляемым к ним требованиям: безвредности и действительности.

На первом плане среди противозачаточных средств следует поставить половое воздержание.

Распространенное в публике мнение о том, что половое воздержание является вредным для здоровья взрослого человека, ни на чем не основано, разумеется, если оно не будет воздержанием аскетов, что является уже явлением патологическим (болезненным). Половое воздержание в течение нескольких месяцев или даже 1—2-х лет, по имеющимся наблюдениям, совершенно безвредно для человека и потому, с врачебной точки зрения, может быть рекомендовано. Имеются сведения, что путешественники к полюсу воздерживались от половых сношений весьма долгое время, не испытывая никакого вреда для здоровья.

Далее идут способы предупреждения зачатия, применяемые мужчиной или женщиной.

Способов, применяемых мужчиной всего два: это незаконченный половой акт и затем — пользование кондомом. Незаконченный половой акт состоит в том, что мужчина удаляет половой орган из влагалища ранее извержения семенной жидкости, которая при этом изливается вне половых органов женщины. В виду доступности, способ этот весьма распространен. Он является очень вредным, как для мужчины, так и для женщины в одинаковой мере. Он не дает полового удовлетворения и при длительном применении расшатывает нервную систему обоих супругов и ведет к появлению особого нервного заболевания, называемого неврастенией. Кроме этого, способ этот не является вполне надежным в смысле предупреждения зачатия, так как мужчине далеко не всегда удается подметить момент излияния семени и удалить половой орган из влагалища, при чем достаточно попадания одной капли семенной жидкости, в которой могут быть многие сотни семенных нитей, чтобы наступило оплодотворение.

Применение кондома или презерватива состоит в том, что мужчина перед половым актом надевает на половой орган кондом, в который и изливается семенная жидкость. Попадание последней в половые органы женщины совершенно исключается, и потому способ этот может считаться достаточно надежным. Недостатки его в том, что кондом может лопнуть во время полового акта, а это случается нередко при плохом качестве резины, из которой, чаще всего, изготавливаются кондомы, и затем кондом несколько притупляет половое чувство. Способ почти безвредный и может быть рекомендован.

Предупреждение зачатия со стороны женщины может быть выполнено с большим выбором тех или других средств. Для этой цели

применяются способы, препятствующие попаданию семенной жидкости мужчины в половые органы женщины; затем способы, препятствующие попаданию семени в матку, если оно излилось во влагалище; далее — убивающие семенные нити лекарственные вещества, оперативные способы, биологические и т. д.

Попадание семенной жидкости во влагалище достигается применением женского кондома. Состоит он, так же как и мужской, из тонкого резинового мешочка, укрепленного на овальном ободке соответственно форме половой щели. Применяется женщиной в тех случаях, когда мужчина не хочет пользоваться кондомом. Выгоды и недостатки его те же, что и у мужского кондома.

Для предупреждения попадания семенных нитей в матку из влагалища служат различного рода резиновые колпачки или шляпки. Резиновых колпачков очень много систем и образцов, но все они в принципе одинаковы. Колпачек прикрывает собой влагалищную часть матки и препятствует прониканию семенных нитей в полость матки. Казалось бы, что колпачек является надежным средством предупреждения зачатия, но это далеко не так. Достаточно самой небольшой щели между колпачком и маточным отверстием, чтобы семенные нити проникли туда, и оплодотворение состоялось. В виду этого необходимо применение колпачка комбинировать со спринцеванием влагалища после полового акта; о последнем речь будет далее. Номер колпачка обязательно должен быть подобран врачом, который должен научить женщину пользованию колпачком. При длительном пребывании (несколько недель — от менструации до менструации) колпачка во влагалище, он задерживает естественные маточные слизистые выделения что может повести к заболеванию матки (катар матки); кроме этого, резина под влиянием постоянной влаги влагалища изменяется, колпачек может потерять свою нормальную форму и перестать быть действительным. В виду этого, пребывание его во влагалище может быть только кратковременным, и лучше, если женщина будет его вводить по вечерам, а удалять утром. При умелом пользовании способ достаточно надежен и безвреден. К группе механических предохранителей относятся различного рода вставки в канал шейки матки или же в самую полость матки. Все эти вставки (металлические грибки, штифтики, запонки, проволочки, нитки и т. д.) являются весьма вредными, так как, будучи посторонними телами в таком важном органе, как матка, они нарушают его деятельность, постоянное раздражение ведет к заболеванию матки. Присоединяющаяся к этому инфекция микробами может повести к тяжелым заболеваниям матки, труб, брюшины и т. д. Введение этих предохранителей может сопровождаться серьезным повреждением матки, заражение которого иногда ведет к общему заражению крови женщины. В виду этого применение этого сорта приборов не должно быть допускаемо.

К средствам, убивающим семенные нити или же лишаящим их способности двигаться, относятся многие лекарственные вещества.

Здесь на первом плане стоят различного рода кислоты (молочная, уксусная, лимонная и друг.), а затем обыкновенные дезинфицирующие вещества (сулема, марганцево-кислый калий) и, наконец, препараты хирина. Эти лекарственные вещества вводятся во влагалище в виде порошков, шариков и водных растворов.

Для введения порошков существуют особые порошокдуватели, пользование которыми и содержание в надлежащей чистоте затруднительно, и потому способ этот является мало применимым.

Шарики состоят из лекарственных веществ, смешанных с маслом какао. Они закладываются за несколько минут до полового сношения во влагалище. Если масло-какао хорошего качества, то шарики быстро тают, лекарственные вещества, смешиваясь со слизью влагалища и семенной жидкостью мужчины после излияния ее во влагалище, оказывают свое действие на семенные нити.

Само по себе действие шариков не вполне достаточно для предохранения от зачатия и потому рекомендуется тотчас после сношения проспринцевать влагалище. Комбинация двух процедур дает более действительный результат при тщательном выполнении, особого вреда не приносит и может быть рекомендована.

Водные растворы лекарственных веществ применяются в виде, так называемых, спринцеваний. Для выполнения этой процедуры необходима Эсмарховская кружка, уже описанная, или же специальный баллон для спринцеваний. (См. рис. 36). Баллон более портативен, и пользование им несколько проще, что в вопросе предупреждения беременности играет большую роль, и потому он заслуживает применения.

Для прекращения движения семенных нитей достаточно обыкновенной воды, для большей же уверенности лучше прибавлять какую-либо кислоту (уксус, 1—2 стол. ложки на литр воды), квасцы (1 чайную ложку на литр воды) или какое-либо дезинфицирующее вещество в прописи врачом.

Применение для спринцеваний холодной или горячей воды одинаково вредно, так как оно расстраивает кровообращение в половых органах и может дать повод к появлению каких-либо заболеваний. Лучше всего пользоваться водой температуры тела (около 29—30° по Реомюру).

Несмотря на слабую сопротивляемость семенных нитей, все же одними спринцеваниями далеко не всегда удается достигнуть цели. Объясняется это тем, что, благодаря обилию складок в слизистой оболочке влагалища, не все

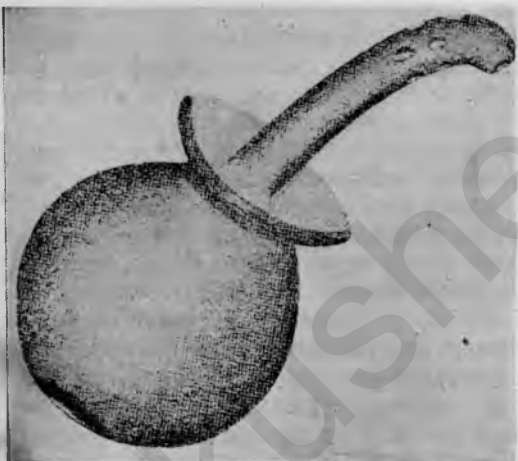


Рис. 36. Баллон для спринцеваний.

семенные нити подвергаются действию жидкости, употребляемой при спринцевании, в виду чего последнее является подсобным средством при применении других, уже упомянутых. На ряду со спринцеваниями применяются еще, так называемые, губки или тампоны.

Губки грецкие и резиновые находятся в продаже в готовом виде, заключенные в тонкую шелковую сетку с тесемкой, за которую удаляются из влагалища после полового акта. Тампон готовится из гигроскопической ваты, для чего берется комочек ваты, величиной в кулачок ребенка, привязывается ниткой, за которую может быть удален из влагалища. Губка или тампон перед употреблением смачиваются в растворе какой-либо кислоты (лучше всего столовый или древесный уксус—столовую ложку на $\frac{1}{2}$ стакана воды), выжимаются и вводятся во влагалище. После сношения губка удаляется за нитку или

тесемку, и влагалище проспринцовывается. Губку после каждого употребления необходимо тщательно мыть и содержать в чистоте. Тампон после употребления выбрасывается и каждый раз заменяется новым. Способ безвредный, при аккуратном применении достаточно действительный.

В последние годы, в особенности в городах, получило распространение с целью предупреждения зачатия впрыскивание в полость матки иодной настойки. Способ этот ведет к постоянно воспаленному состоянию слизистой оболочки матки, на чем и основывается его предохранительное действие. Болезненное состояние матки может передаваться далее на трубы, брюшину и может в некоторых случаях даже способствовать развитию внематочной беременности. Способ вредный и опасный и потому применяться не должен.

В последнее время занялись приготовлением особых сывороток, которые могли бы после впрыскивания их женщине вызывать у нее невосприимчивость (иммунитет) к беременности, на подобие того, как это делается при борьбе с заразными заболеваниями, как, например, холерой, тифом, оспой и т. д.

Если рассматривать семенную нить, как микроб, попавший в организм женщины, и являющийся каким-либо ядом, то можно представить себе и какое-либо противоядие, которое при введении в кровь женщины могло бы обезвредить семенную нить. Это противоядие в виде сыворотки ученые и пытаются отыскать в последнее время, для чего и проделывают опыты над животными.

Одни ученые брали вытяжку из яичников кроличих и впрыскивали ее морским свинкам, а через некоторое время брали кровяную сыворотку такой морской свинки и впрыскивали ее кроличихе, при чем последняя теряла способность к беременности на некоторое время. Сыворотка действовала, как яд на яйца, и делала их неспособными к оплодотворению. Такие же опыты проводились и в обратном направлении с одинаковым успехом. Другие ученые пробовали вводить в кровеносную систему или брюшную полость кроличихи семенную жидкость с живыми семенными нитями, при чем в организме вырабатывались какие-то вещества, убивающие сперматозоиды и препятствующие зачатию. Такие кроличихи становились бесплодными на 3—4 месяца. Установлено, что срок бесплодия зависит от определенной дозы впрыснутых семенных нитей. Вреда животным от впрыскиваний не наблюдалось.

Пробовали влиять на яичники с целью лишить их способности к выделению яиц путем пересадки яичников беременной кроличихи не беременной, которая и теряла после этого временно способность к зачатию, вследствие прекращения выработки яиц. Опыты пока производятся над животными в лабораториях, но надо полагать, что при перенесении их на человека в вопросе о предупреждении зачатия будет сделан большой шаг вперед, и предохранение женщины от беременности станет на строго научный путь. Эти способы, как основанные на изменении свойств живого организма без применения посторонних для него веществ, носят название биологических способов, от слова „биология“, т. е., наука о явлениях и законах жизни живых организмов.

Вызывание временной потери способности к оплодотворению может быть произведено еще при помощи рентгеновских лучей и радия, при чем можно в одинаковой степени влиять, как на женщину, так и на мужчину. Действие рентгеновских и радио-лучей на мужское яичко и яичник женщины сказывается в том, что они производят изменение в клетках, вырабатывающих семенные нити и женские яйца. На половую деятельность (способность к совершению полового акта)

лучи не влияют, нарушается только половая производительность, т. е., способность продолжать род. Действие рентгеновских лучей по последним научным данным продолжается 5 месяцев, по истечении которых сеансы при желании повторяются. Так как действие лучей все же окончательно не изучено, то во избежание вредного влияния на половые железы рекомендуется подвергать рентгенизации мужа и жену поочередно. Таким образом, промежуток между сеансами для одной особы удлиняется до 10 месяцев. Неизвестно также влияние лучей на будущее потомство женщины, которая подвергалась рентгенизации яичников, если она, отказавшись от повторения сеансов, забеременеет, в виду чего некоторые советуют этот способ предупреждения зачатия применять только у особ, которым по тем или иным причинам необходимо вовсе воздержаться от деторождения, напр., вследствие тяжелой болезни.

Бесплодие может быть вызвано еще путем оперативным. Раньше для этой цели делали кастрацию или холощение, но в виду того, что яичники являются не только плодотворными органами человека, а еще важными органами, влияющими на состояние организма в целом, то этот метод оставлен. Вместо кастрации теперь делается, так называемая, „стерилизация“, при которой как яички, так и яичники остаются неповрежденными. Стерилизация у женщин состоит в том, что врач вскрывает брюшную полость, отыскивает яйцепроводы, перевязывает их и вырезывает. Женщина навсегда после этой операции теряет способность беременеть. Эта операция, как всякая операция вообще, представляет для женщины известный риск, и для того, чтобы на нее решиться, нужны определенные, серьезные данные. У нас эта операция производится только в случаях серьезных медицинских противопоказаний для будущей беременности и родов данной женщины. Только желания женщины без медицинских требований недостаточно. Чаще всего эта операция производится неспециально, а, так сказать, попутно при производстве какой-либо другой внутрибрюшной операции, например, кесарского сечения у женщины, которая не может родить ребенка естественным путем, для того, чтобы предупредить женщину от возможности подвергнуться этой серьезной операции вторично. У мужчин стерилизация производится путем перевязки и перерезки семявыносящего протока, через который семенная жидкость из яичка выходит в половой орган. Эта операция проще и менее опасна, чем стерилизация женщины, так как семявыносящий проток находится под кожей мошонки, а не в брюшной полости, как яйцепровод женщины. Стерилизация мужчины при известных предосторожностях может быть произведена даже амбулаторно. В некоторых странах она обязательна для мужчин слабоумных, идиотов и страдающих неизлечимыми болезнями, передающимися потомству. Мера эта введена в целях евгеники, т. е. стремления к улучшению потомства, путем предохранения от рождения детей, заведомо дефективных.

В последнее время для предупреждения зачатия предложены операции на влагалищной части матки, состоящие в том, что врач вырезывает лоскут слизистой оболочки влагалища и пересаживает его на влагалищную часть матки, оставляя небольшое отверстие для стока слизи и менструальной крови. Если женщина захочет иметь ребенка, то пересаженный лоскут удаляется, способность беременеть восстанавливается. В виду небольшого числа наблюдений, определенное суждение о данном способе не может быть высказано.

ГЛАВА СЕДЬМАЯ.

НОВОРОЖДЕННЫЙ И УХОД ЗА НИМ.

Доношенный ребенок. Жизненные особенности новорожденного. Особенности развития новорожденного. Значение составных частей пищи. Питание новорожденного. Уход за новорожденным. Заболевания новорожденного и их предупреждение. Недоноски. Врожденно - слабые дети. Болезни пуповины. Повреждения во время родов. Остро - заразные заболевания у новорожденных. Заражение глаз. Кожные заболевания. Врожденные дефекты. Туберкулез. Сифилис.

Доношенный ребенок.

Ребенок, родившийся в срок, считается доношенным. У нормально развитого новорожденного, при осмотре, мы замечаем: кожа его сильно красная, покрыта сальной смазкой. (После ванны, под влиянием раздражения, краснота еще увеличивается). Концы ручек и ножек несколько синеваты, на теле встречаются пятна более темного цвета, кожа плотная, упругая, если надавить на нее пальцем, остается белый след. Подкожный жир достаточно развит, отчего формы ребенка округлые. Через несколько дней кожа делается дряблой (вследствие исхудания ребенка), а к концу месяца опять плотной и упругой; приблизительно с 4-ой недели она делается обычного для младенцев розового цвета. На переносице, сверху на спине и на плечах имеется легкий пушок, на голове небольшие волосы (3—4 снт. длины). Положение тела новорожденного ребенка сохраняется в начале такое же, как было в матке. Ребенок лежит большей частью на спине, ножки слегка искривлены и сильно прижаты к животу. Если попытаться разогнуть их, ребенку, повидимому, становится неприятно. Искривление ножек со временем проходит. Ручки согнуты в локтях, кулачки сжаты. Лицо слегка припухшее, глаза полузакрываются. Измененная во время родов форма головки обычно остается в таком виде еще около недели. Иногда края теменных костей надвинуты друг на друга и заходят на лобные кости, через несколько дней это проходит. На темени спереди имеется небольшое пространство (2 сант. в длину и столько же в ширину), остающееся между пока еще не сросшимися костями; это, так называемый, большой родничок; там легко нащупать пульсацию (поднятие и опускание). Сзади на темени иногда встречается открытый малый родничок; кое-где еще имеются длинные желобки между не вполне сросшимися костями, эти места (по сращению) называются швами (см. рис. 13, глава 2). Головка новорожденного не держится, свисает. Ногти заходят за края пальцев. У мальчиков яички спущены в мошонку, у девочек наружные половые органы вполне развиты, большие половые губы доста-

точно сближены. Длина тела новорожденного от 47 до 54 снт., в среднем около 50 снт., у мальчиков больше, чем у девочек. Длина головки от темени до шеи составляет приблизительно $\frac{1}{4}$ общей длины тела. Окружность головки от 29 до 35 с половиною снт., в среднем 32 снт.; окружность грудной клетки от 25 до 32 снт., в среднем 28 с половиною снт. Вес новорожденного бывает в среднем около 3250 грамм для мальчиков и 3000 гр. для девочек, но от этого веса встречаются большие отклонения между 2500 и 4000 гр. Дети с меньшим весом бывают слабыми, с необычно большим—гигантами. На вес детей влияет наследственность, национальность, возраст родителей, условия жизни, род занятий и т. п. В первые 2—4 дня жизни новорожденные обыкновенно теряют в весе от 150 до 300 гр., случается меньше, иногда больше—до 700 гр. Больше всего потеря в весе встречается на первый день. Затем вес опять нарастает, иногда быстро, так что к 10-му дню достигает своей первоначальной величины, иногда же более медленно, возвращаясь к первоначальной величине примерно к 14—21 дню, и это наблюдается чаще. Потеря веса новорожденным в первые дни зависит от того, что он в это время недоедает, выделяет первородный кал; некоторое влияние имеют и другие выделения. Кормить же новорожденного в первые дни много не приходится, так как выделения грудных желез матери пока незначительны, ребенок плохо умеет сосать, и процессы усвоения им пищи несовершенны.

Жизненные особенности новорожденного.

Вскоре после рождения начинается быстрый рост ребенка. В теле человека имеются различные железы; некоторые из них, помимо своего другого действия, имеют влияние на рост. Между прочим, у ребенка имеется, так называемая, вилочковая железа (сзади грудиной кости), которая позднее атрофируется. Некоторые ученые полагают, что тогда же прекращается и рост тела. В отношении роста имеют значение также щитовидная железа на шее и особая железа в мозгу (гипофиз). Половые железы также связаны с ростом и развитием тела. Большое значение для роста имеет, конечно, достаточное потребление и усвоение пищи, в том числе белков, а также, как утверждают, находящиеся в ней особых веществ—витаминов, способствующих правильному развитию тканей тела. Растут и размножаются отдельные клетки организма, и, таким образом, происходит рост его тканей и органов.

Новорожденным ребенок считается приблизительно около месяца, пока у него не изгладятся особенности, свойственные этому времени жизни. А их не мало, что мы сейчас увидим при дальнейшем изложении. Прежде всего кровь новорожденного не имеет еще такого постоянства состава, какой бывает в более поздние возрасты, количество воды в ее жидкой части (сыворотке) легче изменяется от внешних влияний. В крови еще встречаются молодые не вполне сформированные клетки (так наз., кровяные шарики), в ней значительно меньше, чем в крови взрослых, белых клеток, имеющих большое значение в борьбе организма с заразными болезнями, чем и объясняется меньшая сопротивляемость новорожденных детей, по отношению к некоторым заразным болезням. Так как новорожденный, снабженный кровью матери, в зависимости от работы ее сердца, перестает получать эту кровь и начинает дышать самостоятельно, то постепенно зарастают пупочные кровеносные сосуды, служившие связью между матерью и плодом, а равно (вследствие изменений условий кровообращения) зарастают и

некоторые другие сосуды внутри тела, а также и отверстие во внутренней перегородке сердца. Конечно, при нарушениях указанного застоя, могут происходить некоторые серьезные болезни.

Способность изнутри организма поддерживать правильность нужной ребенку температуры еще далеко не совершенна, почему новорожденный легко остывает и легко перегревается при соответственных изменениях внешней температуры. Чем ребенок моложе, тем эта неспособность принаравливаться к температурным изменениям окружающей среды резче выражена; у недоносков она может стать даже пагубной. Отдельные органы у новорожденного и управляющие их деятельностью мозговые центры еще работают несовершенно, что легко ведет к нарушениям их деятельности.

Дыхание у новорожденного неправильно по ритму, поверхностно и часто. За глубокими вздохами идут едва заметные, за быстро следующими одно за другим дыхательными движениями следует продолжительная пауза. Особенно длинной эта пауза бывает при крике ребенка, т. е. в момент выдыхания. Неправильность дыхания зависит от недоразвития дыхательного центра в мозгу. В первые дни жизни ребенка неправильность дыхания резче. В общем трудно установить точный счет дыхательных движений у новорожденного. В среднем насчитывают от 35 до 40 дыханий в минуту при спокойном сне и до 50 во время бодрствования. При малейшем возбуждении ребенка дыхание резко учащается. Дыхание у ребенка совершается через нос, хотя носовые ходы у него очень узки. У ребенка также узки гортань и бронхи, благодаря чему, при воспалительной набухлости дыхательных путей или образовании там воспалительных налетов, могут возникнуть грозные явления непроходимости дыхательных путей для воздуха и опасность задушения ребенка. Чем моложе ребенок, тем заболевание дыхательных путей у него опаснее. Чрезвычайно много детей умирает в раннем возрасте от легочных болезней. Если же дело ограничивается только насморком и залеганием носа, то и это составляет обыкновенно большое затруднение во время кормления ребенка грудью. Дыхание новорожденного ребенка совершается при значительной помощи со стороны брюшных мышц. Особенностью маленьких детей является умение кричать долго и сильно без передышки. Ребенок кричит изо всех сил до посинения, он, как говорят, заходится. Умеренный крик ребенка отчасти полезен; при этом расправляются те участки легких, которые мало принимают участия при спокойном дыхании, и отчасти упражняется грудная клетка.

Сердце. Вес его у маленького ребенка по отношению к весу тела несколько больше, чем у взрослого, деятельность его менее правильна. У новорожденных детей наблюдается наклонность к учащению сердечных ударов, случаются перебои. Пульс (т. е. прощупывание биений артерий) у новорожденных бывает от 100 до 140 ударов в минуту. При более сильном надавливании пальцем на артерию, пульс у новорожденных исчезает: слабое давление крови! Стенки артерий у новорожденных также сравнительно слабы. У детей слабых и недоношенных кровяное давление еще ниже, чем у нормальных новорожденных. Связь между частотой пульса и температурой новорожденных менее правильна, чем в позднейшем возрасте. Температура тела у новорожденных при рождении равна приблизительно 37,6, затем температура падает, так что у доношенных детей часов через 6 температура становится на 1—2 гр. ниже. У недоносков и родившихся в асфиксии (без дыхания) новорожденных температура падает даже на 4 гра-

дуса. Затем температура у новорожденных поднимается и бывает около 36,8 по утрам и 37,3 в вечернее время. Ванны, подмывание, даже простое распеленание ребенка сразу понижают температуру на несколько десятых градуса, что зависит от недостаточной работы мозговых центров, заведующих регулированием тепла в теле ребенка.

Желудок, кишки и связанные с ними пищеварительные железы в недостаточной степени вырабатывают продукты, необходимые для переваривания пищи, что вначале дает некоторую неустойчивость их деятельности, легко переходящую в настоящее болезненное состояние.

Защитные силы организма против внедрения заразных начал вырабатываются с большой постепенностью, поэтому новорожденные в значительной степени подвержены опасности заболевания заразными болезнями. Особенно нестойки новорожденные в отношении заболевания гнойными процессами, так что малейшая неопрятность, напр. в содержании пупочной раны, легко может вызвать как тяжелое местное заболевание, так и общее гнойное заражение крови. Вообще новорожденный плохо справляется с различными внешними влияниями, его организм не умеет еще, так сказать, постоять за себя, бурно реагирует на различные вредности, легко погибает. Особенно роковым является первый момент перехода ребенка от состояния плода, живущего общей жизнью с матерью, носящей его, к самостоятельному существованию. Много слабых и недоношенных детей погибают в этот момент или спустя короткое время. Но и нормально развитые, родившиеся в срок дети требуют в это время самого тщательного, умелого ухода, иначе часто не удастся сохранить их жизнь. Впрочем, в некоторых отношениях новорожденные дети имеют небольшой плюс сравнительно с последующим периодом. Так, в большинстве случаев они имеют переданную от матери невосприимчивость, называемую иммунитетом, к некоторым заразным заболеваниям; поэтому они редко заболевают корью, скарлатиной, тифом и некоторыми другими болезнями. Зато сифилис является часто их уделом с первого дня их рождения, если только плод от больных производителей не погиб в утробе матери или в момент рождения. В других случаях новорожденный является на свет без ясных внешних признаков сифилиса, но многочисленные расстройства органов его тела имеют все же сифилитическое происхождение. Бывает и так, что врожденный сифилис чувствительным образом обнаруживается только позднее. С другой стороны с молоком кормящей матери в организм младенца поступают некоторые защитные от заразных болезней вещества, так что при естественном кормлении ребенка грудью отчасти еще сохраняется оберегающая роль материнского организма по отношению к младенцу.

Особенности развития новорожденного.

Вес. Как только новорожденный вернет свой первоначальный вес, если он здоров, начинается, как было сказано, быстрая прибавка в весе, доходящая в первое время до 25 гр. в день. Взвешивают обыкновенно при помощи пружинных или рычажных весов, на верху которых имеется приспособление—корзиночка или что-либо подобное для укладывания туда ребенка. Взвешивать ребенка лучше всего утром до первого кормления сухим без одежды и пеленок, а если с последними, то надо знать их вес и вычитать его. Под влиянием получения ребенком пищи вес его в течение дня может дать разницу на 150 и даже 500 гр. Случается, что ребенок, дающий плохую прибавку веса вначале, впослед-

ствии особенно энергично увеличивает ее. Иногда бывает и наоборот, так что придавать исключительное значение цифрам веса и надбавкам этих цифр нельзя, тем более, что эти цифры, как было уже указано, колеблются в довольно значительных пределах в зависимости от многих причин. Чтобы судить об общем состоянии и развитии ребенка, он должен быть наблюдаем и изучаем со всех сторон.

Рост ребенка подвержен еще большим колебаниям, чем вес. Большое значение имеет, конечно, рост родителей, а также телосложение ребенка, и другие обстоятельства. В общем рост увеличивается с меньшей правильностью, чем вес, идет часто скачками, при чем чередуются периоды повышения роста и приостановки его. В общем в первое время жизни рост очень энергичен. Случается иногда, что ребенок почему-либо недоедает, вес его падает, тем не менее рост в некоторых случаях может увеличиваться. Все собственно ткани и органы тела новорожденного еще недостаточно совершенны в момент рождения, они продолжают развиваться, вместе с тем улучшается, конечно, и развивается работа органов и приспособляемость ребенка к жизни.

Кожа у новорожденного очень нежная, легко подвергается наружным вредным влияниям, способна быстро мокнуть (часто появляются опрелости, особенно в складках и сгибах), подвержена шелушению и слущиванию, Кожные кровеносные сосуды новорожденного легко возбуждаются. Подкожный жир у здоровых новорожденных развит обыкновенно хорошо; этот жир несколько иного качества, чем у взрослых, почему кожа у младенцев, при похолодании, становится более твердой. Постепенно кожа несколько грубеет. Сальные железы кожи, хотя не вполне развитые, дают сравнительно большие выделения, что часто бывает особенно заметно на голове. Потовые железы работают слабо. Волосы новорожденного в течение первого месяца выпадают, заменяясь новыми.

Мышцы новорожденного слабы. Это особенно заметно в отношении мышц, поддерживающих головку и выпрямленное положение спинки. Несмотря на энергичные движения, мышцы ручек и ножек еще не приспособлены для более тонких движений, напр., для хождения. В первое время новорожденный ребенок производит различными органами тела порывистые беспорядочные движения. Отчасти это зависит от недоразвития нервной системы, которая управляет деятельностью мышц. Равно и скелет ребенка не представляет еще достаточно крепкой опоры для мышц. При этих условиях, напр., бывает опасно, держа ребенка на руках, преждевременно лишать его спинку надлежащей опоры, так как легко могут развиваться искривления позвоночника. В виду этого при держании ребенка на руках необходимо соблюдать способ, изображенный на рис. 37. Но и не следует стеснять движений ребенка разными свивальниками и т. п. Это мешает его дыханию и необходимым упражнением мышц, приводящих в движение члены тела.



Рис. 37. Правильный способ держания новорожденного ребенка на руках.

Кости новорожденного сравнительно мягки. Некоторые кости или участки их еще не готовы, и вместо них существуют хрящи, которые окостеневают впоследствии. Если с этим не считаться, как было только что упомянуто, то можно искалечить детский скелет, потому что тельце ребенка, недостаточно поддерживаемое мышцами, свисает в силу тяжести, а податливые кости принимают неправильное положение.

Зубы. В очень редких случаях дети рождаются с несколькими зубами. Обыкновенно же первое прорезывание зубов отодвигается на дальнейший период жизни ребенка.

Нервная система. В зависимости от развития нервной системы прежде совершенствуются движения ребенка, затем его способность к ощущениям и, наконец, понимание. Держать и поднимать головку ребенок обыкновенно выучивается сейчас же за первым периодом новорожденности, т. е. на 2-ом месяце. Тогда же он начинает поворачивать ее в направлении звука и света. Соответственно относительно большому размеру головки новорожденного и вес его мозга относительно больше, чем у взрослого. У последнего он составляет $\frac{1}{40}$ веса всего тела, тогда как у новорожденного он равен $\frac{1}{8}$. Но головной мозг новорожденного во многих отношениях еще плохо развит, особенно те части его, которые управляют более тонкими и в особенности сознательными движениями. Благодаря этому, другие отделы мозга оказываются в это время как бы более самостоятельными. Роль этих отделов сравнительно автоматическая. В силу недоразвития высших центров мозга, дети самого младшего возраста особенно склонны к судорогам. Новорожденный, когда не спит, делает массу еривистых беспорядочных движений. Ребенок выучивается управлять своими мышцами только впоследствии, т. е. когда достаточно разовьются в мозгу заведующие движениями нервные центры. Новорожденный выражает свой голод и жажду чмоканьем губами и сосательными движениями. Зевание, глотание, кашель бывают с первого дня рождения. Плач новорожденного происходит без слез. Слезы появляются впоследствии (в конце 1-го месяца). В первое время у ребенка часто замечается косоглазие, вследствие неустановившейся работы глазных мышц; кроме того, наблюдаются своеобразные дрожательные движения глазных яблок. Вследствие недостаточной согласованности работы обоих глаз, вначале ребенок плохо видит, несколько дней почти ничего не слышит; к 3-ей неделе новорожденный выучивается пристально смотреть; затем ребенок начинает понимать ласковый и сердитый тон голоса. К концу месяца, при удовольствии, он начинает улыбаться, пытается даже произносить нечленораздельные звуки. Голосом иногда даже удается успокаивать ребенка.

Спит ребенок в это время часов 19—20 в сутки, прощаясь только для утоления голода и при раздражении кожи мочей и калом. В раннем детском возрасте, как уже было упомянуто, для жизнедеятельности ребенка имеет значение особая железа, лежащая в грудной части тела, так называемая, вилочковая, но она начинает перерождаться с первых месяцев жизни и затем почти исчезает.

Аппарат пищеварения у новорожденного развит довольно хорошо, но еще не вполне совершенен. По большей части дети сейчас же после рождения уже умеют сосать. Когда они получают в рот грудной сосок или любой предмет, тотчас же у них автоматически начинаются сосательные движения. При этом выделяется слюна, которой в начале жизни обыкновенно бывает мало. От этого во рту у

новорожденного сравнительно сухо. Действие слюны незначительно. Выделяются также пищеварительные соки. При сосании происходит также упрямление губ, языка и челюстей. Кормление с рожка меньше возбуждает деятельность ребенка и поэтому менее полезно. Пищевод у новорожденного ребенка составляет приблизительно $\frac{1}{3}$ длины его тела, тогда как у взрослого он составляет $\frac{1}{4}$.

Желудок. У новорожденного величина желудка по сравнению с величиной всего тела меньше, чем в позднейшее время; желез, выделяющих пищеварительные соки, также значительно меньше (раз в 15, чем у взрослого). Круговая мышца желудка, замыкающая вход в него в сторону пищевода после прохода пищи, несколько слаба. Это часто способствует обратному выбрасыванию пищи, т. е. срыгиванию. Отчасти этому также способствует более отвесное положение желудка, чем в старшем возрасте, и слабое развитие искривления и расширения боковой его стенки, называемой дном. Вместимость желудка новорожденного невелика. По исследованиям, она на первом месяце равна всего лишь 150 куб. сант.; значит, желудок новорожденного может вместить сразу полстакана или немного более жидкости. Время прохода пищи из желудка в кишки равняется при грудном кормлении в среднем 2—3 часам, доходя даже до 4-х часов; при кормлении же коровьим молоком это время увеличивается до 3—4 часов в среднем и доходит даже до 8 часов. Само собой разумеется, что с этими цифрами необходимо считаться при вскармливании ребенка, иначе можно нанести ему вред. А между тем многие матери любят перекармливать ребенка, надеясь этим ускорить его развитие. Как раз наоборот, с некоторым недокармливанием ребенок вообще лучше справляется, чем с чрезмерным кормлением. Последнее часто способствует серьезным заболеваниям ребенка, между тем как недокармливание, не перешедшее известных границ, сравнительно легко возмещается. При желудочно же кишечных заболеваниях подчас требуется даже известный отдых для желудка, т. е. полное голодание, правда, на весьма короткое время, затем дальнейшее ограничение пищи. Вообще больные органы пищеварения чрезвычайно чувствительны, как к количеству, так и составу пищи, так что пренебрежение матери указаниями врача на этот счет может иметь роковое значение. Это касается не только периода явной болезни, когда состояние ребенка и его отправления вызывают беспокойство, но и периода, когда ребенок, по видимому, начинает приходить в норму и усиленно требует пищи. Вот тут-то малейшая неосторожность может в корне испортить дело, потому что болезненные изменения в органах пищеварения на самом деле еще не выравнялись (что видно врачу и не видно матери), и давать в это время усиленную работу органам пищеварения ребенка значит играть не только его здоровьем, но и жизнью. Не столько младенческих жизней уносят болезни, возникающие от других причин, сколько неумелое или небрежное вскармливание. Особенно это сказывалось в недавнем прошлом в деревнях. Но и в городах этот вопрос стоит особенно остро. Недаром советская власть повсюду заводит консультации, где матери могут получать целесообразные указания в отношении питания и других вопросов применительно к здоровому и больному ребенку. Указания там даются не в общей форме, а применительно к отдельным детям, потому что каждый в отдельности ребенок, в зависимости от своего телесного состояния и от хода развития, требует особого подхода к нему. Все это учитывается и проверяется в консультациях; и там же в не-

обходимых случаях выдают для детей необходимые молочные продукты или приготавливаемые из них смеси, которые служат не только питательными веществами для ребенка, но имеют и лечебное значение. Вообще кормление грудного ребенка составляет задачу величайшей важности, никаких твердых шаблонов здесь не может быть, и если в книжках даются указания, то на них нужно смотреть, как на общие линии для руководства, но применительно к каждому отдельному случаю необходимо все же эти общие правила согласовать с указаниями детской консультации, которая следит за ребенком, оценивая, при каждом посещении, его общее состояние и развитие.

Желудочный сок у доношенного ребенка имеет все составные части, как и у взрослого, в том числе соляную кислоту и пепсин, необходимые для переваривания белковых веществ пищи, также ферменты, способствующие створаживанию молока и воздействию на крахмал пищи, ведущему к превращению его в питательный для организма сахар. У нежизнеспособных недоносков желудок совершенно не может переваривать пищи. У новорожденного содержание соляной кислоты слабо, в дальнейшем повышается, ферментов тоже мало. В общем пищеварительный аппарат новорожденного, приуроченный исключительно к питанию женским молоком, плохо справляется, а иногда даже вовсе не справляется с другой пищей, напр., с коровьим молоком, требующим большей силы пищеварительных соков. Кроме того, некоторую часть ферментов, нужных для пищеварения, грудной ребенок получает вместе с молоком матери, напр., фермент, способствующий перевариванию жира. В желудке пища не вполне переваривается, этот процесс продолжается дальше в тонких кишках. Сейчас же по выходе пищи из желудка в кишки к ней примешивается сок из особой железы, называемой по месту своего нахождения под желудком — поджелудочной, и желчь, доставляемая печенью. Сок поджелудочной железы у новорожденного содержит ферменты, нужные для переваривания белковых веществ пищи, жира и крахмала, но этих ферментов еще мало. Желчи, особенно помогающей усвоению жиров, а также косвенно и белков, тоже выделяется мало. Непосредственным продолжением желудка является вся кишечная трубка, у самого желудка называемая двенадцатиперстной кишкой, затем идут тонкие кишки и далее толстые, оканчивающиеся прямой кишкой с заднепроходным отверстием. Кишечник детей относительно длины тела в $1\frac{1}{2}$ раза длиннее, чем у взрослых. В тонких кишках также выделяются ферменты, необходимые для пищеварения, но в кишечнике соляной кислоты не выделяется, как в желудке, напротив, кишечные соки, прибавляясь к кислой пище, перешедшей из желудка, доставляют ей столько щелочных продуктов, что вся масса становится постепенно щелочной, и это необходимо в целях дальнейшего окончательного переваривания пищи. С возрастом кишечный сок становится несколько богаче ферментами. В тонких кишках, после достаточной подготовки и переработки, всасываются все главные составные части пищи, т. е. белки, жиры и, так называемые, углеводы (крахмалистые и сахаристые вещества). При расстройствах пищеварения, в особенности вследствие неправильного кормления, в кишках могут усиленно расплодиться бактерии, способствующие брожению, или другие бактерии, способствующие гниению. Обыкновенно эти бактерии имеются в кишечнике в меньшем числе и тогда они в известных пределах даже помогают усвоению пищи. В разных отделах кишечника преобладают различные виды бактерий, и заселение, напр. (при изменившихся условиях питания), бактерий,

обычно встречающихся в толстых кишках, в тонкие кишки, далеко не безразлично для организма. При чрезмерном развитии бактерии нарушают правильность пищеварения, способствуют выработке вредных и даже ядовитых для организма веществ и, кроме того, вызывают в кишках болезненно-воспалительные явления. Благодаря бактериям, способствующим брожению, иногда пищевая масса в тонких кишках, вместо щелочной, становится кислой, и это раздражает стенку кишек и вызывает поносы. Различные пищевые вещества (крахмалистые и белковые) способствуют жизнедеятельности тех или иных бактерий; поэтому для вытеснения разных чрезмерно расплодившихся бактерии приходится при соответственных заболеваниях менять состав пищи, по указаниям консультации или врача. Во всяком случае естественное питание молоком матери составляет в нормальных условиях наилучшую пищу для грудного ребенка, и чем он моложе, тем это имеет более важное значение. Всякая же другая пища предъявляет большие требования к работе желудка, пищеварительных желез и кишечника, с чем не всегда может справиться здоровый ребенок, тем более больной. Кишечная стенка новорожденных, особенно в первые дни жизни, легче, чем у более старших детей, пропускает внутрь тела содержимое кишек.

Толстые кишки доканчивают работу всасывания пищи, нижняя их часть служит для выделения пищевых отходов. В первое время жизни у здорового грудного ребенка обычно в кишках не бывает процессов гниения, там преобладают процессы брожения, благодаря чему пищевая масса опять становится в меру кислой; у рожковых детей преобладает гниение, и если даже оно в меру, то все же при этом, в силу щелочной реакции, затрудняется всасывание содержимого, т. е. поступление в организм некоторых пищевых продуктов. Из всего сказанного здесь очевидно, что естественное вскармливание новорожденного и вообще младенца материнской грудью является ничем незаменимым питанием. Ни коровье молоко не может заменить молока матери, ни козье, которым так увлекались недавно. По последним научным исследованиям, козье молоко оказывается даже менее полезным, чем коровье.

Значение составных частей пищи. В общем для питания ребенок нуждается в тех же самых основных веществах, что и взрослый, только в иных взаимных пропорциях и в ином отношении к весу тела.

Организм новорожденного гораздо богаче водой, чем тело взрослого человека; в составе его тела воды имеется две трети, тогда как у взрослого всего три пятых. К тому же грудной ребенок чувствительнее к потере воды. Это надо особенно иметь в виду в жаркие летние дни, когда при недостаточном получении воды искусственно вскармливаемым ребенком, при питании его слишком густыми смесями, у него могут развиваться весьма серьезные болезненные явления: высокое повышение температуры, судороги, потеря сознания. Недостаток воды также плохо отражается и на почках. Помимо прочего, вода способствует росту тканей младенца. С пищей младенец должен также получать в достаточном количестве вещества белковые, жировые и углеводы, а равно железо и различные соли, без которых невозможен ни рост тканей, ни даже самая жизнь. Все составные части, получаемые организмом с пищей, служат для различных надобностей его, при чем белки являются преимущественно строительным материалом тканей и органов, жиры и углеводы в меньшей степени, но зато они легче

сгорают в организме и углеводы, напр., при этом особенно способствуют образованию тепла и работе тела. Весьма разнообразное значение для организма имеют различные соли. Между прочим, соли кальция (известковые) содействуют росту костей. Железо содержится в красных кровяных шариках и необходимо для дыхания. В молоке кормящей матери содержится несколько меньше железа, чем необходимо грудному ребенку. Правда, у новорожденного имеется некоторый запас его в печени, но по мере израсходования его в более старшем возрасте исключительное питание ребенка одним грудным молоком будет для него недостаточно (как в других отношениях, так и в этом). Кроме других пищевых веществ, необходимо поступление с пищей витаминов, о чем уже была речь. Здесь надо отметить, что, при высоком нагревании молока, употребляемого при искусственном вскармливании, разрушаются важные для жизни витамины, последствием чего бывают серьезные заболевания ребенка.

Моча новорожденного светло или коричневатого желтая, слегка мутноватая до 5-го дня. Имеются указания, что до рождения плод выделяет мочу в околоплодную жидкость. Нередко новорожденный выделяет мочу при самом рождении; поэтому в первый день жизни новорожденный иногда совсем не мочится, а затем моча выделяется раз 6—8 в сутки, в дальнейшем еще чаще, до 10—15 раз.

Кал. В первые 3—4 дня новорожденный выделяет кал черно-зеленый, который состоит отчасти из выделений самого кишечника, отчасти из проглоченных во время утробной жизни плодовых вод. К калу часто примешивается слизь. Со второго дня, под влиянием питания ребенка, к первородному калу примешиваются обычные испражнения. Кал грудного ребенка, в первые недели его жизни, однообразный по виду, обыкновенно является полужидким; цвет его оранжевый или золотистый; запах кисловатый; при лежании на воздухе кал делается зеленым. Иногда у нормального ребенка бывает кал с примесью зеленоватых кусков, белых комочков и слизи. Если при этом нет никаких других болезненных явлений, и такой стул продолжается короткое время, сменяясь опять обычным, это не вызывает беспокойства. При искусственном питании кал обыкновенно плотнее, светложелтого цвета с неприятным запахом. При прибавлении к пище углеводов, запах кала делается более кисловатым, а цвет коричневатым. Белые комочки, которые иногда встречаются в кале, обыкновенно суть не остатки молочного творога, но особые соединения извести (известковые мыла). Марается ребенок 1—2 раза в сутки, но случается 3—5, при этом он обычно несколько беспокоится. Нормальные испражнения промачивают пеленку на 3—4 пальца вокруг своих плотных частей.

Питание новорожденного. В первые дни после рождения ребенок получает то молоко, которое дает мать. т. е. молозиво. Последнее отличается более желтоватым цветом и несколько другим составом пищевых веществ. В среднем в промежутке между 3-м и 5-м днем молозиво переходит в обыкновенное молоко.

В первый день рождения обычно ребенок не нуждается в питании, равно и мать требует отдыха, к тому же молозива у нее очень мало. Если ребенок не все время спит, то можно ему давать подслащенную воду или слабый чай. Можно оставить новорожденного без грудного кормления от 12 до 24 часов. Но если ребенок видимо голоден, несколько беспокоится, в особенности если он слабенький, то хорошо давать ему грудь 2—3 раза в 1-й день. На вторые сутки новорожденного кормят 3—5 раз, на третьи 5—6 раз, и затем 6—7

раз. Но если молока выделяется достаточно, и ребенок хорошо сосет, то довольно 5 — 6 раз. В первые дни новорожденный высасывает очень мало молока: вначале всего по 10—25 грамм за раз, с 3-го дня по 30—45, с 4—5 дня по 50—70 гр. На 8-ой день уже около 500 гр. за сутки. Известный немецкий специалист так вычисляет обычно потребляемое новорожденным за сутки количество молока в граммах: оно равно числу дней жизни без одного, умноженному на 70 или 80, напр., на 4-ый день оно равно $(4 - 1) \times 70$ или $80 = 210$ или 240 гр.

Считается, что материнское молоко полезнее для новорожденного, чем обычное молоко другой женщины.

К концу первого месяца ребенок в среднем высасывает 80—90 куб. сант. за раз, но здесь могут быть у разных детей большие колебания, а равно у одного и того же ребенка. Так, иной раз он может высосать 50 гр., а зато в следующий раз—125. Чтобы судить, сколько молока ребенок выпил за сутки, нужно взвешивать его перед каждым кормлением и после и складывать прибавки веса. Новорожденных приходится обыкновенно кормить чаще, чем более взрослых детей: раз 6 за день, через каждые 3 часа с 6 часов утра и до 9 часов вечера и один раз ночью. Но эта норма средняя; и, в зависимости от потребности ребенка, ее можно слегка увеличить или уменьшить.

Перед первым прикладыванием новорожденного к груди необходимо тщательно и осторожно вымыть грудь теплой водой с мылом, затем раствором борной кислоты (чайную ложечку на стакан кипяченной воды). В дальнейшем надо до и после кормления обмывать соски кусочком ваты, смоченной кипяченной всдой или борным раствором. Конечно, руки матери должны быть при кормлении безукоризненно чисты, должны быть также очищены и ногти. Вначале приходится кормить ребенка, лежа в постели. (См. рис. 38). Ребенка кладут вдоль тела матери, головка его не должна быть согнута вперед, так как это может помешать ему глотать. Под головку можно положить или чистую подушечку, или свернутую в несколько раз пеленку. Мать стряхивает первые капли молока во избежание загрязнения их микробами, после чего вкладывает в ротик ребенку сосок возможно поглубже, чтобы ребенок захватил и часть околососкового кружка: это усиливает раздражение грудной железы, и она начинает лучше отделять молоко; кроме того, самый сосок не так дергается и поэтому больше предохраняется от трещин. (См. рис. 46). Мать все время пальцем должна оттягивать грудь от ноздрей ребенка, чтобы дать ему возможность свободно дышать. Обмытый после кормления сосок закрывается или чистой марлей или сложенным в несколько раз полотняным платком. Это предохраняет сосок от трения о рубашку, а также лучше защищает его от пыли и грязи. Когда мать уже встает, тогда она кормит новорожденного, сидя на стуле. Одну ногу она ставит на скамейку, верхнюю часть туловища несколько сгибает вперед. Ребенок лежит, на приподнятых коленях. Грудь дается левой рукой, при кормлении правой грудью, и наоборот. При очень тугой груди иногда ребенку не удается захватить сосок; тогда приходится предварительно сцедить немного молока, и дело обыкновенно налаживается. Бывает иногда наоборот — груди, из которых молоко идет очень легко, как бы самопроизвольно; тогда приходится следить, во-первых, чтобы ребенок не захлебнулся, а во вторых, чтобы не перекормить его. Обыкновенно матери боятся, что ребенок получает мало молока и голодает. О насыщении ребенка можно судить по его спо-

койному поведению после кормления; кроме того, видно, насколько опорожнилась грудь. Еще вернее взвесить ребенка до и после кормления; тогда можно узнать количество высосанного ребенком молока. Никогда не следует кормить ребенка до срыгивания. В течение особенно первой недели жизни, если приходится недокармливать ребенка, то это обыкновенно здоровому ребенку не приносит вреда, да и в дальнейшем ребенок легче справляется с некоторым недокармливанием, чем перекармливанием.

В среднем новорожденному потребно выпить за сутки количество



Рис. 38. Кормление ребенка лежа.

молока, равное $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{6}$ части его веса. Расчет этот, конечно, весьма приблизителен. Если молока у матери вначале недостаточно, то все-таки следует настойчиво прикладывать ребенка к груди, так как это способствует постепенному увеличению выделения молока. Бывают случаи, когда молоко у матери появляется впервые лишь спустя много дней после родов, а также, что оно, пропадая при тяжелых болезнях, вновь возвращается. Если матери не запрещают кормить грудью из-за болезни,

то обыкновенно для новорожденного неопасны ни туберкулез, ни сифилис ее.

Туберкулезные палочки в исключительно редких случаях передаются с молоком. Сифилис, при болезни матери, бывает врожденным у ребенка, хотя бы в скрытой форме. Если у ребенка явные признаки сифилиса, а мать видимо здорова, то, при исследовании ее крови, у нее обычно оказывается положительная на сифилис реакция. Единственное исключение, когда ребенок может остаться здоровым, это если мать заболела сифилисом после 7-го месяца беременности, и тогда она его не должна кормить. Если мать заболевает острой заразной болезнью не в тяжелой форме, то ребенка можно кормить грудью, но при условии самой большой осторожности, тщательно отделяя его от матери в свободное от кормления время и соблюдая полнейшую чистоту, тем более, что новорожденные обычно невосприимчивы к некоторым заразным болезням, например, к кори, к скарлатине. Во всяком случае при болезнях матери, сопровождаемых кашлем и насморком, она во время кормления должна надевать на рот и на нос маску (см. рис. 39); особенно надо остерегаться заражения ребенка гриппом, к которому дети чрезвычайно восприимчивы, и который часто дает у них весьма серьезное течение и опасные осложнения. При заболевании матери натуральной оспой, коклюшем или острым воспалением мозговых оболочек ребенка кормить совершенно не следует, при ветряной оспе, роже и дифтерите у матери, допустимо кормление сцеженным

молоком, но ребенок должен быть отделен. Так называемый, „приросший язычек“ (короткая уздечка языка) у ребенка обычно не мешает кормлению, и подрезывания его, что так нравится матерям, совершенно не требуется. Если у матери грудные соски плоски или втянуты, то ребенку трудно захватить их, стараются вытягивать их пальцами, а также молокоотсосом (см. гл. 5-ую — гигиена беременной), или кормят младенца при помощи накладки на грудь резинового или стеклянного колпачка (см. рис. 40). Однако, при этих условиях ребенок высасывает недостаточное количество молока. При тугих сосках ребенку трудно сосать, и он скоро утомляется. Если в течение обычного времени его кормить не удастся, то приходится его кормить чаще. Иногда попадают новорожденные, не умеющие сосать, их надо приучать частым прикладыванием к груди и в первое время докармливать сцеженным молоком. Если такие дети остаются живыми, то они обычно скоро выучиваются сосать. У новорожденных, наследственно обремененных в отношении нервной системы, бывает иногда страх перед сосанием, упорное нежелание брать сосок, сопротивление, плач; со временем обыкновенно удается приучить ребенка к сосанию. Такая же боязнь сосания наблюдается также при язвах во рту у ребенка или при очень тугих сосках у матери, а также при некоторых заболеваниях желудка у ребенка. Наконец, рождаются дети с врожденным недостатком способности сосать или даже глотать, в зависимости от недоразвития участков мозга, управляющих этою деятельностью, это также встречается при слабоумии и идиотизме. Иногда молоко матери или кормилицы совершенно не переносится новорожденным, вызывая рвоту и понос, но такие случаи исключительно редки. Если у матери молока мало, или она редко может кормить, то новорожденного, конечно, приходится прикармливать. Когда матери совершенно запрещается кормить, вследствие ее болезни, то ребенка приходится питать искусственно. Однако, это является чрезвычайной опасностью для новорожденного, значительно ухудшает его развитие и даже может угрожать его жизни. Женское молоко содержит ферменты, имеющие значение для питания ребенка, вещества, способствующие защите от заразных заболеваний, а самое главное, не говоря уже о надлежащем распределении в нем пита-



Рис. 39. Кормление грудью при насморке или кашле у матери.



Рис. 40. Стеклянный колпачок с резиновой соской для кормления при плоских сосках.

...и даже может угрожать его жизни. Женское молоко содержит ферменты, имеющие значение для питания ребенка, вещества, способствующие защите от заразных заболеваний, а самое главное, не говоря уже о надлежащем распределении в нем пита-

тельных частей по количеству и качеству, белковые вещества грудного молока являются природными для человеческого организма, не чужими для него, что, по новейшим научным исследованиям, имеет чрезвычайное значение. Но если даже при различных способах искусственного питания дети развиваются относительно сносно, все же в большинстве случаев они остаются слабыми и особенно предрасположенными к желудочно-кишечным заболеваниям, рахиту и к остро-заразным болезням. Смертность среди рожковых детей значительно превышает таковую же среди грудняков. Здоровая кормилица может до некоторой степени заменить мать. Само собой разумеется, что не следует прикладывать к ее груди ребенка, больного сифилисом.

При искусственном кормлении, коровье молоко, даваемое новорожденному, следует разводить кипяченной водой; вначале на одну часть молока давать две части воды, постепенно переходить на равные части молока и воды, при условии, если ребенок будет хорошо это переносить без расстройств пищеварения. Сюда же необходимо прибавлять обыкновенный сахар, начиная с $\frac{1}{3}$ чайной ложечки на каждое кормление новорожденного ребенка и до целой чайной ложечки через 2—3 недели его жизни. Само собой разумеется, что к каждому новорожденному нужен свой подход, в зависимости от его общего состояния и условий его развития. Ясно, что при болезнях ребенка, его питательный режим должен быть изменен. Последнее слово, как и в других подходящих случаях, должно принадлежать консультации, на что уже указывалось. В одной из русских хорошо поставленных клиник практикуется такой способ искусственного вскармливания новорожденного. На каждый день берется 250 куб. снт. десяти-процентной сахарной воды (т. е. 25 гр. сахару), к которой прибавляется столько порций по 100 гр. молока, сколько ребенок имеет по весу килограммам; вся эта смесь делится на число суточных кормлений. Если замечают, что ребенок плохо развивается, но хорошо переносит смесь, то пробуют вместо порций в 100 гр. молока прибавлять соответственное количество по 115 гр.

Уход за новорожденным. Самое главное правило при уходе за новорожденным состоит в безукоризненной опрятности и соблюдении полнейшей чистоты. Новорожденный со стороны кожи и слизистых оболочек, выстилающих естественные отверстия тела, необыкновенно восприимчив ко всевозможного рода заразным заболеваниям. Всегда следует подходить к новорожденному с тщательно вымытыми водой с мылом руками, при аккуратном очищении щеткой ногтей. Ясно, что и после ухода за ребенком руки должны быть также тщательно вымыты. Больше всего надо опасаться переноса к ребенку гнойной или гнилостной заразы, так как открытая у него в первое время пупочная ранка чрезвычайно легко заражается, как в этом отношении, так еще и столбнячной болезнью, при помощи приносимых извне бактерий. Все эти болезни чрезвычайно опасны, часто смертельны; от столбняка почти нет никакого спасения. Предупредить эти заболевания можно только чистотой и чистотой. Но при этом надо знать, как и что делать, чтобы чего-нибудь не упустить. Даже собственная мать представляет большую опасность для новорожденного, пока у нее продолжаются послеродовые выделения, а если она заболела родильной горячкой, то тем более. В таком случае новорожденного требуется отделить от матери и подносить к ней только во время кормления, когда перед этим мать обмыта, переодета в чистое белье, у нее обмыты руки и грудные соски

Как только ребенок родился на свет, перерезана пуповина (об этом см. далее стр. 124), ему делается первая ванна для удаления кожной смазки. Тельце ребенка смазывается вазелином или прованским маслом, затем моется непременно в кипяченной воде, при температуре 28—29° по Реомюру, нераздражающим мылом, например, яичным, марсельским или кокосовым. После первой ванны у ребенка цвет кожи бывает ярко красным, через 1—2 дня краснота исчезает, остается небольшое шелушение. Температуру воды необходимо изменить термометром, отнюдь не на ощупь. После ванны пуповину надо обернуть гигроскопической ватой, пропитанной натуральным спиртом в 70°, раночку засыпать обеззараживающим порошком, например, ксероформом или дерматолом (можно также жженным гипсом или белой глиной, но при том необходимом условии, чтобы они были предварительно обеззаражены нагреванием до 170—200°, во избежание заражения столбняком). Вместо присыпок пуповину можно смачивать формалином (в прописи и по указанию врача), хорошо высушивающим ранку и убивающим микробов. После этого пуповину закрывают гигроскопической ватой и завертывают в свежую марлю. В таком виде пуповину кладут на живот, и через нее вокруг живота накладывается для удержания ее марлевый бинт. Еще лучше удерживается марлевый бинт, если он прошит в 4 слоя, вроде передничка, и к последнему пришиты несколько батистовых тесемок, которые проводятся не только вокруг живота, но и вокруг плеч. Перевязки пуповины делаются ежедневно после обмывания ребенка. Остаток пуповины высыхает и отваливается при нормальных условиях на 5-й день, случается и на 7—10-й. Недели две еще надо ухаживать за оставшейся ранкой. Ванночки новорожденному после отпадения пуповины и заживления ранки продолжают делать ежедневно из кипяченной воды той же температуры, что и первая ванна, продолжительностью от 5 до 10 мин. Более продолжительные ванны ослабляют ребенка. В комнате, где делается ванна, должно быть тепло: 15—16° R. Если нет специальной ванночки, то допускается и самое чистое корыто, которое должно служить только для этой цели, и в нем ни под каким видом не должно промываться какое-либо белье взрослых или самого ребенка.

Воды надо наливать настолько, чтобы все туловище ребенка с плечами было под водой, головку, шейку и верхнюю часть позвоночника ребенка в ванне надо поддерживать левой рукой, а правой рукой моют ребенка.

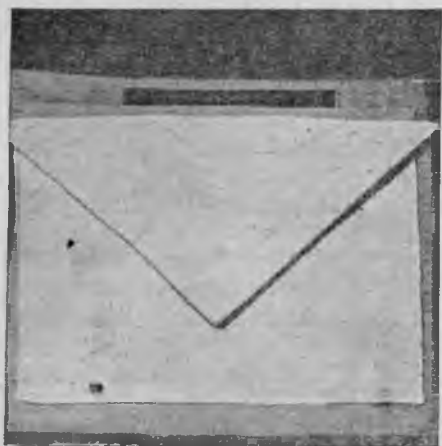
Ванночку лучше всего делать вечером перед сном, но можно и днем до кормления. Обмывать лучше намыленной ваткой или чистой тряпочкой, но не губкой. Лицо ребенка должно быть обмыто чистой водой из отдельного сосуда. Но надо стараться, чтобы мыльная вода не попала в глаза, уши и нос. Особенно тщательно надо обмывать складки тела, а также наружные половые части и задний проход. Вынув из воды ребенка, его быстро обливают более прохладной водой (22—25° R), затем заворачивают в теплую мохнатую простынку;



Рис. 41. Правильный способ держания ребенка в ванне.

обсушивают ребенка прижиманием простынки, но ни в коем случае не растиранием, так как растиранием можно повредить кожу ребенка. После купанья ванночку опрокидывают вверх дном и накрывают, чтобы не попала пыль, чистой простыней. После обсушивания вся кожа ребенка, а в особенности складки, припудривается химически чистым тальком (аптечным), отнюдь не, так называемым, детским порошком (ликоподием), который, портясь при промачивании, раздражает кожу. Затем ребенка одевают и укладывают в постельку. Кроме ванны, делаемой раз в день, необходимо после каждого испражнения и мочеиспускания подмывать ребенка теплой кипяченной водой, держа его над тазиком или над раковиной. После подмывания обсушивают прикладыванием пеленки и затем припудривают. Подмывать девочек необходимо только спереди назад, никогда не в обратном направлении, во избежание загрязнения калом их половых органов. После подмывания все загрязненные пеленки и прочее бросают обязательно в особое ведро, отнюдь не на пол. При шелушении кожи ванны можно делать с отрубями. Если имеется раздражение кожи, краснота, то необходимо обратиться к врачу за советом, а отнюдь не применять домашних средств. Рот обтирать у здорового ребенка при обычных условиях не следует, так как это часто вызывает ссадины и ранки. На этих ссадинах и ранках легко прививается особый грибок, который дает заболевание, называемое молочницей. (При этом заболевании пораженные места покрыты как бы молочно-белым налетом). Собственная слюна ребенка сама достаточно очищает рот. Но зато глаза новорожденного требуют специального попечения: в особой чашечке со свежес приготовленным дезинфицирующим раствором, напр., борной кислотой (чайную ложку размешать на стакан кипятку, подождать пока раствор сделается чуть тепловатым) намачивают ватку и проводят ею по краям век в направлении от уха к носу. Уши и нос очищают тонкими ватными фитильками. Соску ребенку не следует давать, так как она раздражает полость рта, и кроме того, она легко загрязняется, особенно при падении ее. Ребенок как можно больше должен пользоваться свежим воздухом. В теплое время новорожденного можно выносить на воздух со 2-й недели жизни, в особенности, когда температура наружного воздуха теплее комнатной; в холодное время года—только к концу первого месяца. Перед этим полезно постепенно приучать ребенка к воздуху путем „прогулок“ в комнате с открытой форточкой или окном. Для первой прогулки в холодное время на открытом воздухе достаточно 5—10 мин. при условии, если нет ветра и мороз не сильнее 5° R. Затем время прогулки постепенно несколько увеличивается.

Одежда ребенка должна быть вполне просторная, не стесняющая его движений, как это было указано выше. Всякое тугое пеленание ребенка вредно: оно мешает дыханию и упражнению органов его тела. На верхнюю часть тела ребенка надевают полотняную распашонку, которая завязывается сзади тесемками, затем надевают бумазейную или фланелевую кофточку с рукавами, надевающуюся сзади наперед и завязывающуюся спереди, нижняя половина тела завертывается в подгузник (рис. 42 а), сделанный из полотна или бумазейной ткани, в виде треугольной косынки. Ребенка кладут на подгузник, нижний угол косынки вытаскивается из-под промежности и им заворачиваются бедра, а верхние боковые концы заворачиваются на живот (рис. 42 б, в, г). Поверх подгузника кладут две пеленки: снизу полотняную, сверху бумазейную, между ними клеенку. Затем ребенок за-



а



б



в



г



д



е

Рис. 42. Правильный способ пеленания ребенка.

вертывается в шерстяное или бумазейное одеяло, которое прикалывается английскими булавками (рис. 42 *d, e*). Бывшие в употреблении промокшие пеленки ни в коем случае не следует вторично употреблять после просушки, их надо стирать с кипячением. При таком пеленании у ребенка остаются совершенно свободными ручки, и ножки имеют достаточно свободы для движений. В комнате ребенка незачем надевать чепчик, на улице же, смотря по температуре воздуха, надевают бумазейный или полотняный, а то и шерстяной чепчик. При теплой погоде можно и на улице ребенка носить без чепчика. Для ношения ребенка иногда употребляются особые конвертики, состоящие из нижнего матрасика и верхней более мягкой части, но без них легко можно обойтись. Ребенка надо укладывать в кроватку, но не в люльку для укачивания. Класть ребенка в кровать матери недопустимо. Качать его для усыпления безусловно воспрещается, а также в высшей степени необходимо предостерегать лиц, ухаживающих за ребенком, от употребления отвара мака для усыпления беспокойного ребенка, а также от других напитков подобного рода. Запрещается раздражение половых органов ребенка (шекотание), так как этим ему может быть нанесен чрезвычайный вред. Пологи у кроватки не допустимы, чтобы не мешать притоку воздуха. Летом от мух кроватку надо завешивать кисеей. В кроватку кладут матрац из конского волоса или морской травы, поверх него клеенку. Под головку кладут невысокую подушку. Никаких лишних украшений, а тем более гардин или ковров в комнате новорожденного не должно быть. Мебель должна быть только самая необходимая, гладкая, легко моющаяся. Комната должна быть светлая, достаточно просторная, с окнами лучше всего на юг или на юго-восток; недурно, если они выходят в сад. Два раза в день комнату надо проветривать, а в теплое время года по возможности держать с открытым окном и весь день. Стены обоями оклеивать не следует. Коптящих ночников употреблять не надо. Пол хорошо покрывать линолеумом, так как его легко содержать в чистоте. Для новорожденного температура в комнате должна быть 15° R. Если надо измерить температуру тела ребенка, то удобнее всего вставить термометр, смазанный вазелином, в задний проход на расстоянии 3-х сант. и держать его там 2—3 мин. Можно также пользоваться для этого подмышечной или паховой складкой. Когда нужно сделать клизму ребенку, употребляют резиновый баллончик с мягким наконечником, который, при боковом положении ребенка, вводят осторожно в задний проход на несколько сантиметров, при этом впрыскивают теплой воды 25° R. около 2-х столовых ложек (30 гр.). (См. рис. 63). Посторонних лиц лучше вообще не допускать к ребенку, в особенности кашляющих, чихающих, их не следует даже пускать в комнату ребенка, ибо они являются распространителями различных болезней, в том числе туберкулеза и гриппа, столь губительных для младенцев. При чихании и кашле разбрасываются слюна и слизь, которые заражают не только в момент распыления, но также и после высыхания, носясь в воздухе в виде мельчайшей пыли, содержащей микробы. Особенно опасны поцелуи для ребенка. Если у матери или у няни болит горло, или она простудилась, то надо тщательно полоскать горло и нос, мыть руки и, ухаживая за ребенком, надевать, как сказано, маски. Насколько важно исполнять все указываемые меры для ухода за ребенком, видно из статистики детской смертности. Дореволюционная Россия со своей темнотой и невежеством в этом отношении побилла печальный рекорд, заняв первое место, среди других стран. В большинстве стран смертность была в два раза меньше, чем в России,

а в некоторых в три—в три с половиной раза. За год в России вымирало до 1500000 младенцев. Дорогой ценой расплачивалась Россия за прегрешения старого режима! Заканчивая обзор ухода за новорожденным, я приведу слова одного известного профессора, который говорил: „Отказ в молоке матери, где оно могло быть дано младенцу, морально равносильно сознательному покушению на убийство. А сколько матерей чрезвычайно легко смотрят на этот вопрос, запихнут в рот ребенку рожок с коровьим молоком и думают: хорошо. Конечно, младенец им на это ничего не возразит, но за то за него возразит природа“.

Болезненные состояния новорожденного и их предупреждение. Как только ребенок родится и перестает получать через пупочные сосуды (соединяющие через посредство детского места его кровообращение с кровообращением матери) окисленную материнскую кровь, он делает первый вздох и при этом кричит. Причиной начала дыхания новорожденного ребенка служит недостаток в его крови кислорода воздуха и накопление в ней угольной кислоты, продукта перегорания тканевых элементов, при помощи того же кислорода, приносимого кровью: это накопление угольной кислоты в крови раздражает дыхательный центр в мозгу, и ребенок начинает самостоятельно дышать. Раздражению дыхательного центра содействует и раздражение кожи ребенка при выходе его из теплого материнского тела в более холодную наружную среду. Если по каким-либо причинам еще до рождения ребенка на свет или при прохождении его через половой канал во время самых родов ослабевает или прекращается (например, при преждевременном отделении детского места, сдавливании пуповины и т. п.) доставка материнской крови ребенку, то он может сделать преждевременные дыхательные движения, но это ему не доставит нужного кислорода, наоборот, он может присосать плодные воды и захлебнуться в них, или же, если это бывает позднее и воды уже прошли, ребенок все же задыхается без наружного воздуха, и после рождения на свет у него не появляется дыхание: ребенок тогда, как говорят, в асфиксии. Однако, если сердце новорожденного не остановилось и продолжает биться, то ребенка часто удается спасти при помощи некоторых мер. При легкой форме асфиксии ребенок рождается синим с замедленным, напряженным пульсом и с хорошо сокращающимися мышцами. В тяжелых случаях заметна сильная бледность кожи, руки висят, как плети, нижняя челюсть отвисает, пульс частый, еле прощупывается. В первом случае достаточно похлопать ребенка по ягодицам или обрызгать водою, чтобы вызвать дыхание ребенка и крик. Сильнее действует быстрое погружение ребенка в холодную воду, и сейчас же теплая ванна на короткое время. В тяжелых случаях надо прямо прибегнуть к искусственному дыханию. Если, при введении пальца в зев, у ребенка появляются глотательные, тошнотные или дыхательные движения, то, значит, асфиксия его первой степени, если же нет, — то второй степени. Пальцем, обернутым марлей, очищают рот и зев ребенка от слизи, нос очищают мягким ватным тампоном, из дыхательного горла высасывают слизь и околоплодные воды при помощи резиновой трубки (катетра) или особого прибора. Можно периодически правильно потягивать язык ребенка 20 — 30 раз в минуту. Если это не помогло, то надо применить искусственное дыхание при помощи одного из следующих способов:

1) Медленно поворачивают ребенка на бок, потом лицом вниз, спинку в это время растирают.

2) Поднимают руки выше головы, медленно опускают и прижимают к туловищу.

3) Ритмически сдавливают грудную клетку руками, при чем большие пальцы лежат на груди, а остальные на спине.

4) Ребенок кладется на спинку на край стола, так что головка свисает. При этом, стоя с правой стороны ребенка, головку поддерживают левой рукой и сгибают ее то вперед, то назад, в это же время правой рукой захватывая голени ребенка, то прижимают ножки ребенка с согнутыми коленями к животу, то опять их отводят.

Более сложные способы оживления ребенка—доступны только врачу.

Конечно, лучше, если и другие указанные здесь манипуляции будут проделывать врач или опытная акушерка. Если при попытках оживления бледность кожи исчезает и усиливается деятельность сердца, это благоприятный признак, но если через полчаса—час дыхание не восстанавливается—дело плохо. Однако, надо продолжать искусственное дыхание, пока еще бьется сердце. Очень многие дети, родившиеся в асфиксии, умирают в ближайшие дни. У выживших часто возникают мозговые явления в связи с повреждениями во время родов или при слишком рьяном оживлении. После оживления за новорожденным надо неослабно следить, так как незаметно дыхание у него может опять остановиться, и ребенка вдруг находят мертвым. Позднейшая остановка дыхания может случиться не только у детей, родившихся в асфиксии, иногда она (вследствие слабости дыхательного центра) наступает даже у детей, родившихся со слабым дыханием и криком. Ребенка надо часто будить, тормошить, заставлять кричать, когда надо—делать осторожные растирания кожи и горячие ванны с прохладными обливаниями. Если приступы удушья выявляются при кормлении ребенка, то его временно приходится кормить при помощи клизм.

В других случаях затруднение дыхания возникает после родов в зависимости от особых болезненных причин. Тогда внимание должно быть направлено на эти основные болезни, и от них же зависит и дальнейшая судьба ребенка. Особенное значение здесь имеют болезни и повреждения мозга, врожденный сифилис, а также некоторые другие болезни. Если ребенок рождается не в асфиксии, то все же первым делом, как только он покажется на свет, удаляется слизь изо рта. Иногда она при дыхании может попасть в дыхательные пути. Вслед за очисткой рта сейчас же промывают глазки ребенка борным раствором и впускают в каждый глаз по капле двухпроцентного раствора азотистокислого серебра или другой серебряной соли, с целью предохранить от заражения гонорреей. (Это делается обыкновенно акушеркой.) До введения этого способа многие дети теряли зрение, заражаясь гонорреей в родовых путях матери. Такое обращение с глазами тем более необходимо, что часто женщина сама не знает, что заражена гонорреей, так как последняя у нее может протекать в скрытой форме. После рождения ребенка ждут, пока прекратится биение пульса в пуповине, что происходит через 5—20 минут, и тогда перевязывают пуповину. Ребенок в это время лежит между бедрами матери, прикрытый стерилизованными (обеззараженными) пеленками. Пуповину перевязывают стерилизованной тесьмой в двух местах, между которыми ее перерезывают стерилизованными ножницами, оставляя самый небольшой кусок пуповины около пупка ребенка (3—4 сант.). Если даже пуповину не перевязывать, а только перерезать при прекращении в ней пульсации, то ребенок не может изойти кровью, как это

думают несведущие матери. При такой перерезке может вытечь несколько капель крови, не более, так как кровотечение в пуповине, если ребенок родится не слабым, не в асфиксии, прекращается само собой. Способ перевязки открытого конца пуповины уже был указан.

Срыгивание ребенка. О срыгивании ребенка была уже речь. Особенно легко срыгивание происходит при качании ребенка, при перепеленании. Конечно, кормить ребенка до срыгивания не нужно, пользы от этого никакой не бывает, а вред тот, что ребенок теряет часть высосанного молока. При срыгивании ребенка надо положить на бок, чтобы молоко стекало, и ребенок не захлебывался. От срыгивания надо отличать настоящую рвоту, которая представляет болезненное явление с более тяжелым течением. После срыгивания ребенок обыкновенно остается веселым.

Вследствие относительной недостаточности работы почек, в моче у новорожденного часто бывает ненормальный продукт—белок, а также мочевой песок почечного происхождения (из почечных канальцев). Моча в это время бывает мутной с красным осадком. Песок состоит, главным образом, из мочекислых солей, он может выделяться 3—5 недель, часто при этом во время мочеиспускания бывает резь, и ребенок плачет. У новорожденных мальчиков крайняя плоть спаяна с головкой полового члена (впоследствии эта спайка по большей части рассасывается), у девочек нередко из влагалища выделяется слизь, к которой иногда примешивается несколько капель крови. И у мальчиков, и у девочек новорожденных наблюдается припухлость грудных желез. При надавливании, оттуда можно выдавить несколько капель жидкости, похожей на молозиво матери. Однако, выдавливать это „молочко“ не следует, и вообще в это время надо особенно избегать всякого раздражения желез, иначе легко может дойти дело до их воспаления. Если же при воспалении разовьется нагноение, то оно, разрушая ткань железы, может сказаться впоследствии, когда девочка сама станет матерью.

У значительного большинства новорожденных (у 80%), начиная со второго, третьего дня жизни бывает небольшая желтуха кожи; этому содействует некоторая слабость работы сердца и происходящий вследствие этого застой крови. В легких случаях замечается слегка желтоватая окраска кожи груди и лица. Моча не изменена, белки глаз не окрашены. В более тяжелых случаях оказываются окрашенными в желтый цвет и белки глаз, кожа на теле окрашена резко, моча содержит желчь (желчные пигменты). Через неделю все это обыкновенно проходит без вреда для ребенка. Если же желтуха тянется больше недели, то для этого обыкновенно бывают особенные причины, напр., какие-нибудь расстройства желудка или что-нибудь другое. Иногда у новорожденных на 3—4 день жизни в течение нескольких часов бывает лихорадочное состояние до 38—39°. Повидимому, это обуславливается падением веса.

К числу болезненных состояний надо особенно отнести недоношенность новорожденного, так как при этом ребенок является не приспособленным к самостоятельному существованию, и оберегать его жизнь и способствовать его развитию приходится, пока он недостаточно окрепнет, искусственными мерами. Но даже и при последних не всегда удается спасти жизнь ребенка; чем ребенок более недоношен, чем меньше его вес, тем опасность для него больше. Многое зависит также и от аккуратности ухода за ним. О недоношенности ребенка можно узнать как по сроку беременности, так, после родов, и по осмотру его. Если ребенок выношен 7—8

лунных месяцев, вес его не менее 2000 грамм, а длина тела более 40 снт., то, при отсутствии у него неправильностей развития, он может быть жизнеспособным, его жизненная энергия достаточно высока, но вследствие его недостаточного созревания ему трудно приспособиться к условиям самостоятельного существования, т. е. к работе, требуемой жизнью для органов его тела; ему труднее также бороться с различными вредными влияниями. Но у ребенка могут быть жизненно-слабые органы и независимо от недоношенности. Если это сочетается с недоношенностью, тогда дело еще хуже. Жизненно-слабые недоношенные дети в большинстве случаев погибают. Иногда их можно спасти самым безукоризненным уходом, но и то они потом плохо развиваются и остаются слабыми. Из числа болезней родителей, в особенности матери, влияющих на рождение жизненно-слабых детей, надо отметить туберкулез, сифилис, алкоголизм, свинцовое и фосфорное отравления, а также болезни сердца и почек. Минимальной нормой доношенности ребенка считается вес 2500 гр., рост 45 снт. и окружность груди 30 снт. У недоноски кожа вялая, морщинистая, висит складками, желтушно окрашена, иногда синевата. Пушок имеется не только на плечах, но и на лбу, на лице. Иногда зрачки затянуты особой оболочкой. Туловище длинное, ноги короткие. Ногти в редких случаях доходят до конца пальцев. У девочек половая щель значительно открыта, у мальчиков часто отсутствуют яички в мошонке. На голове редкие тонкие волосы. Ушные раковины малы и мягки, плотно прилегают к черепу. Роднички и места сближения черепных костей (швы) широки. Ребенок слабо плачет, скорей пищит. При положении недоноски на боку, иногда замечается особенность: нижняя половина тела у него становится красной, а верхняя остается бледной. Особенно у недоносков плохая регуляция температуры, они склонны к низким температурам (случается у них падение т-ры даже до 33°, конечно, весьма опасное); недоноски сонливы, плохо дышат. У них часто бывают остановки дыхания.

Малейшая инфекция (заражение) у недоносков гибельна, поэтому необходимо особенно тщательно ухаживать за ними в смысле обеззараживания рук и всех предметов ухода.

Врожденно-слабые дети, хотя бы и доношенные, отличаются общей дряблостью тела, со слабым развитием подкожного жира и мускулов, они плохо сосут, иногда отказываются брать грудь, плохо борются с различными вредностями и часто погибают в первые дни после рождения или вскоре, без заметных новых заболеваний или же от гнойно-гнилостных процессов. У этих детей также понижена температура; сердце и легкие, а также аппарат пищеварения работают слабо.

Судьба недоношенного ребенка, как сказано, в значительной степени определяется его весом: при весе в 2000 грамм. имеется надежда выжить ребенка, при весе ниже 2000 грамм. это удается чрезвычайно редко, точно также при длине ребенка ниже 35 снт. Но если недоноски и слабые дети выживают после рождения, то и в дальнейшем они плохо развиваются, часто болеют и гибнут. Недоносков необходимо усиленно питать, охранять от охлаждения и от заразных заболеваний. Недоноскам считают нужным давать одну пятую часть их веса в сутки в виде продуктов питания, что при питании молоком равняется 200 гр. молока на килограмм веса. До второй недели жизни обычно недоноски не могут высосать достаточное количество за раз, поэтому их приходится кормить чаще — до десяти раз в сутки; если недоносок не умеет сосать, ему нужно вливать в рот из ложечки сцеженное молоко и в то же время приучать к сосанию. (В некоторых

случаях ребенок даже не умеет глотать, тогда его кормят через зонд, вводимый через нос). У недоносков и слабых детей кормление грудным молоком имеет самое громадное значение. Если ребенок не может сосать грудь, то его кормят, как сказано, из ложечки или при помощи особого баллона с двумя трубками, одну из которых мать держит у себя во рту и насаживает ею в баллон молоко, откуда оно по другой трубке с соской поступает в рот ребенку (см. рис. 43). В виду быстрой утомляемости ребенка приходится кормить его поменьше, но чаще. Излишек молока, во избежание исчезновения его у кормящей матери, надо сцеживать. Если приходится кормить недоноска искусственным молоком, то его надо больше разводить, чем обыкновенно для новорожденного, давать ребенку такие молочные препараты, где белки молока уже несколько обработаны. При необходимости искусственного кормления недоноска надо прибегать к услугам врачебной кон-



Рис. 43. Баллон для кормления слабых детей. Соска вставляется в рот ребенку, а через другую трубку мать отсасывает молоко в баллон.

сультации, так как только там могут быть даны все необходимые для этого указания и наставления. Для кормления недоносков надо будить и во время кормления тормошить, так как они чрезмерно сонливы. Когда приходится недоношенных детей обнажать для купанья, подмывания или переодевания, надо проделывать все это очень быстро, во избежание остуживания ребенка. Особенно чувствителен недоношенный ребенок к потере тепла. Неослабное поддержание температуры в среде, в которой он находится, не менее чем $25^{\circ} R$ составляет существенное условие при уходе за ним. Недоноска обыкновенно не купают (не считая первой ванны), а только быстро обмывают теплой водой. Первая ванна для них делается теплее, чем обычно (до $30-31^{\circ} R$). Хорошо держать недоносков в особых комнатах, где поддерживается температура $18-20^{\circ}$ Реомюра при достаточной вентиляции. Иногда недоносков держат в особых металлических ваннах с двойными стенками, между которыми вливают горячую воду, при чем в ванне, где лежит ребенок, необходимо все время проверять термометром температуру воздуха. Для согревания недоносков применяют также различного рода грелки или бутылки с кипятком, которыми обкладывают ребенка. (В кроватку ребенка кладут четыре бутылки с горячей водой, конечно, хорошо закупоренных, завернутых и закрытых вместе с ребенком подушками. Каждые 4 часа меняют одну из бутылок. За температурой под подушками все время следят при помощи термометра). Более совершенно можно поддерживать температуру ребенка при помощи особых согревательных ящиков (грелок), в которых устроены приспособления для саморегуляции тепла и для смены воздуха. Хорошо также укутывать ребенка ватой, укрывать шерстяным одеяльцем. Такой уход за недоноском надо продолжать до тех пор, пока температура у него не станет более устойчивой, и он не станет правильно прибавляться в весе.

Болезни пуповины. Как было сказано, при нормальном развитии ребенка, пуповина новорожденного высыхает и на 5-ый, 6-ой день

отваливается, а оставшаяся ранка заживает приблизительно на 10-й, 12-й день. Но это возможно только при безукоризненно чистом уходе за пуповиной, как было изложено выше. В противном случае легко возникают воспалительные заболевания пуповины.

Причина заключается в заражении попадающими извне микробами. Обычно после отпадения пуповины пупочная ранка слегка гноится, но в некоторых случаях, особенно при недостаточном уходе, нагноение усиливается. Это часто наблюдается после затянувшегося отпадения пуповины. В таком случае припухшие края пупочной ранки сближаются или даже слипаются, и гной из-под них не находит выхода: нагноение поддерживается; вследствие раздражения от него, на ранке развивается, так называемое, дикое мясо, в виде грибка, иногда сидящего на тонкой ножке. Грибочек этот, в свою очередь, поддерживает нагноение, которое может тянуться иногда неделями, но если нагноение увеличивается и им захватывается окружающий участок ткани, тогда дело принимает значительно более серьезный оборот. Это уже будет настояще^е воспаление пупка. При этом вся область пупка становится красной, болезненной, выпячивается. Температура тела повышается, ребенок беспокоится, кричит. Еще хуже обстоит дело, когда нагноением захватываются пупочные сосуды. Свернувшаяся в них пробка крови распадается вследствие нагноения, появляется опасное кровотечение. Кроме нагноения, может возникнуть в области пупка гнилостный процесс (от соответственных микробов). Заболевший участок омертвевает, делается черным, издает отвратительный запах. При этих воспалительных заболеваниях пупка легко делается заражение крови, и тогда, обычно, нет спасения. Здесь еще раз подчеркивается, что только образцовая чистота при уходе за новорожденным, а в особенности за его пуповиной и пупочной ранкой может служить предупреждающей мерой от подобных заболеваний.

Общее заражение крови у новорожденного может возникнуть не только из нагноившейся пупочной ранки (что бывает наиболее часто), но из любой открытой подвергшейся заражению ранки на теле. Такие ранки у ребенка могут быть при повреждении акушерскими щипцами, при случайных царапинах, при опрелостях кожи, при ритуальном обрезании. Причинение ссадин пальцем во рту и горле ребенка, при неосторожном удалении слизи после родов, а также при ненужном обтирании рта до и после кормления, подрезании язычка, проглатывание и всасывание загрязненных плодных вод—все это может быть источником заражения. Оно может получиться и со стороны других органов, например, уха, носа, глаз, мочеполовых органов и кишечника. Картина заражения крови довольно разнообразна: то появляются гнойники на коже и во внутренних органах, гнойные воспаления суставов, то на первый план выступает общее отравление организма, потеря сил, сонливость, иногда резкая желтуха, часто различные кровотечения в коже и в других органах. В громадном большинстве случаев дело заканчивается смертью, в особенности при отсутствии грудного кормления.

Пупочные кровотечения из неотпавшей пуповины могут возникать при расстройствах дыхания, так как только при правильном дыхании у новорожденного кровь в надлежащей мере поступает в легкие, и пупочные сосуды запустевают. Необходимо следить за дыханием ребенка. Пуповина должна быть тщательно перевязана. После отпадения пуповины возможно кровотечение из оставшейся пупочной ранки, если почему-либо еще плохо заросли кровеносные сосуды:

чаще бывают кровотечения из пупочной ранки при развитии уже упоминавшегося нами „дикого мяса“. В легких случаях кровоточащие места смазываются иодом или ляписом (последнее врачом), затем накладывается обеззараженная давящая повязка. В более тяжелых случаях необходима врачебная помощь.

Пупочная грыжа. Случается, что пупочное кольцо, через которое проходила пуповина, не зарастает плотно, и тогда постепенно стенка живота в этом месте может выпячиваться под давлением изнутри живота. В это выпячивание втягивается кусок кишки. Этому способствует слабость брюшной стенки, особенно у недоносков, частый и сильный крик ребенка и натуживание при запорах. На область грыжи кладут гигроскопическую ватку, а сверху заклеивают липким пластырем. Соблюдая чистоту, эту повязку довольно часто меняют.

Повреждения во время родов.—Кровяная опухоль головы встречается довольно часто у новорожденных (приблизительно у одного из 200 родившихся детей). Она причиняется давлением на головку ребенка во время родов и зависит от кровоизлияния между костью и надкостницей. Такое кровоизлияние может случиться не только при наложении щипцов, но даже и без этого. На второй—третий день жизни ребенка у линии соединения костей (швов) замечается, по большей части на темени, иногда на затылке, мягкая опухоль от ореха до яйца и более величиной. Иногда бывают две таких опухоли. Дальше шва опухоль не идет. У края возле шва она тверже, как бы окружена валиком, а вообще опухоль бывает мягкой, несколько тестоватой в начале и зыблящейся впоследствии. Несколько дней опухоль увеличивается, со 2-й недели начинает рассасываться, что и кончается приблизительно в 3—4 нед., при больших же опухолях в 6—8 нед. Опухоль безболезненна, кожа на ней нормальна. Самочувствие ребенка не нарушено, и общая его температура не повышена.

Реже, помимо кровоизлияния под надкостницей, происходит кровоизлияние между костью и мозговой оболочкой. Если оно велико, то это может вызвать болезненные явления, вследствие давления крови на мозг. Обычно кровяная опухоль протекает вполне благополучно, если только она не нагнаивается от каких-либо причин, например, от зараженных ссадин, царапин кожи. Тогда, конечно, требуется хирургическое лечение. Кровяную опухоль необходимо оберегать от давления. В некоторых случаях, если она плохо всасывается, требуется врачебное вмешательство. Помимо кровяной поднадкостничной опухоли, в зависимости также от давления во время родов, встречается опухание, разлитой отек мягких покровов черепа, с кровоподтеками под кожей и в коже. Через 1—2 дня такая опухоль исчезает. Случаются и в разных местах на коже повреждения, ссадины, царапины и кровоподтеки также на слизистой оболочке глаз и во рту. При чистом содержании они скоро проходят. Между родовыми повреждениями надо отметить кровоизлияние в одну из мышц шеи (грудино-ключично-сосцевидную). Спереди на шее обнаруживается безболезненная опухоль величиною до голубиного яйца и отек по соседству с ней. Положение головы при этой опухоли бывает кривое. Для рассасывания опухоль приходится массировать и производить осторожные движения шеи. Обычно через несколько недель дело приходит в норму. Иногда впрочем, особенно при значительных повреждениях, остается все же кривошея.

Параличи зависят от повреждения либо самих центров в мозгу, управляющих движениями, либо от повреждения по ходу нервов. Повреждения могут происходить, как до родов, так и во время самого акта

родов. Наиболее часто встречаются параличи руки в зависимости от местных нервных повреждений во время родов. Это случается то с верхней частью руки, то с нижней; пораженные части бездействуют, вяло висят. В этих случаях требуется врачебное вмешательство. Паралич лицевого нерва (обычно односторонний) зависит также от местных повреждений во время родов. У ребенка рот оттягивается в здоровую сторону (парализованная сторона не действует), глаз на большой стороне он не может закрыть. Легкие случаи проходят даже без лечения, при более тяжелых требуется врачебная помощь. Этот паралич обыкновенно благополучно проходит. Серьезнее и опаснее случаи кровоизлияний между оболочками мозга или в самом мозгу, зависящие также от повреждений. Наступает тяжелая картина мозговой болезни, определяемой врачом. При этом наблюдаются судороги и возбужденное состояние, потом обширные параличи, подавленность и смерть. Если дети выздоравливают, то все же часто в качестве последствий остается водянка головного мозга или другие нервно-мозговые болезни: эпилепсия (падучая), слабоумие и пр.

Повреждения костей реже бывают на черепе, потому что ко времени родов кости эти не вполне сращены, эластичны и подвижны на швах (могут во время родов отчасти даже заходить друг на друга). Иногда, впрочем, здесь встречаются небольшие повреждения, которые протекают более или менее незаметно. Более часто встречаются повреждения других костей, например, ключицы, которые обыкновенно заживают легко; переломы плечевой кости требуют наложения повязки и шины, также и более редкие переломы бедра. Упомянутые повреждения бывают обыкновенно при неумелом оказании помощи роженице (бабкой) или же при грудных операциях, производимых во время неправильных родов.

Остро-заразные заболевания у новорожденных. Ко многим из них новорожденные мало восприимчивы, получив эту невосприимчивость до рождения от матери, также отчасти при питании грудным молоком (о чем была уже речь). Особенно новорожденные невосприимчивы к заражению корью, скарлатиной, свинкой и отчасти дифтерией горла, но дифтерией могут заражаться пупочные и другие раны, также нос, а у девочек и наружные половые части; к коклюшу новорожденные также несколько восприимчивы, так что в отношении дифтерита и коклюша нужно принимать обычные меры предосторожности. При кори у других детей, новорожденный от них обычно не заражается. Заболевшей скарлатиной матери иногда даже разрешают кормить новорожденного ребенка. Ветряная оспа встречается у новорожденных, а также тифы; более восприимчивы новорожденные к натуральной оспе, к роже. Особенно опасен для новорожденных столбняк, благодаря открытой ране пуповины, где легко развиваются микробы. В Румынии, например, по статистике за 1904 год, из всех новорожденных, умерших от каких бы то ни было причин на первом месяце жизни, половина умерла от столбняка. Предохранить от заражения столбняком может только наиболее тщательное соблюдение идеальной чистоты ухода за ребенком и в особенности за его пупочной ранкой. Микробы (палочки) столбняка встречаются в земле, а также в пыли; они могут быть переносимы руками ухаживающих за новорожденным, необеззараженными инструментами, присыпками, из последних особенно непрокаленной глиной и гипсом. При столбняке у ребенка появляется беспокойство, отказ от пищи, сведение челюстей. Постепенно судороги захватывают все тело. Руки и ноги сведены, глаза закрыты, лоб наморщен, напряжены мышцы живота, спины, шеи. По-

добные судорожные сведения на время прекращаются, возникая опять при всяком прикосновении к ребенку. Температура часто очень высока, до 40—42°. Выздоровление от столбняка редко наблюдается, только в самых легких случаях.

Трипперное заражение глаз. О мерах предохранения от него во время родов уже было сказано. Но и после родов возможно перенесение заразы на глаза, например, грязными руками матери. Родовое заболевание проявляется с третьего дня жизни. Глаза опухают, краснеют, из глазной щели выделяется гной, иногда с примесью крови. Если воспаление переходит на роговую оболочку (среднюю часть наружных покровов глаза), то остаются после излечения помутнения, рубцы (бельма), от которых может быть даже полная слепота. При этом заболевании иногда встречаются осложнения в виде опухолей суставов трипперного происхождения, а также общего трипперного заражения крови. Кроме трипперных, у новорожденных, конечно, могут встречаться и простые воспаления глаз. При заболевании глаз новорожденного требуется самая неотложная помощь врача.

Кожные заболевания. Опрелости часто встречаются у новорожденных, особенно в области ягодиц и наружных половых органов, под влиянием загрязнения калом и мочей. Необходимо, конечно, чистое содержание, подмывания и присыпки. При сильном шелушении кожи иногда замечается значительная сухость ее. Полезны ванны с отрубями и смазывание жиром, напр., борным вазелином. У мальчиков иногда бывают отеки полового члена, мошонки и всей кожи прилегающей области. Обыкновенно эти отеки проходят без особого лечения. У новорожденных детей на первой неделе жизни иногда появляется на всей коже, кроме кистей и подошв, сыпь в виде яркой красноты, напоминающей скарлатинозную. Кое-где среди покрасневших мест встречаются небольшие слегка возвышенные белые пятнышки. Краснота через 1—2 дня исчезает без всяких последствий. Думают, что она зависит от расстройства пищеварения.

Пузырчатые высыпи у новорожденных (назыв. пемфигус), величиной от просяного зерна до горошины или чечевицы, бывают то более легкие — доброкачественные, то злокачественные — тяжелые. В первых случаях пузырьков немного, они мелки, на ладонях и подошвах их не бывает, температура остается нормальной, самочувствие ребенка не нарушено, болезнь проходит сравнительно скоро. При злокачественной форме — пузырей много, они большой величины, болезнь затягивается, может наступить истощение ребенка или общее гнойное заражение крови. Болезнь зависит от заражения кожи гнойными и гнилостными микробами, легко передается другим детям, а также в видоизмененной форме и взрослым. Возможен также перенос с одного участка кожи на другие, что надо иметь в виду при уходе за больным ребенком. Ребенка надо отделить от других детей, продезинфицировать ванну и все предметы, бывшие в соприкосновении с ребенком. И затем, конечно, дело лечения надо предоставить врачу.

Иногда наблюдается особое заболевание кожи (родственное по происхождению пузырьковому), при котором происходит покраснение и разбухание кожи, после чего от нее отторгаются верхние пласты большими кусками. Эта болезнь почти всегда смертельна. У недоношенных, слабых и больных другими болезнями детей, в особенности болезнями легких и сердца, иногда развивается широко распространенное в разных местах тела затвердение кожи, иногда с отечностью, иногда без нее. Кожа холодна на ощупь. Температура понижена. При этом заболева-

нии (назыв. склеремой или склеродермой) дети часто погибают. Необходимо ребенка обложить грелками, делать горячие ванны, полезен легкий массаж с теплым маслом. (Вообще для развития болезней кожи имеют большое значение погрешности в уходе за нею, т. е. недостаточное опрятное содержание, а также раздражение ее, напр., чрезчур горячими ваннами, не говоря уже о прямом внесении в нее заразных микробов).

Случается, что дети рождаются с расщеплением верхней губы (это называется заячьей губой). Иногда бывает одно расщепление по середине, иной раз два боковых. При небольшом расщеплении, сосание может быть не нарушено, и наоборот, сосание может быть чрезвычайно затруднено при больших дефектах губы, в особенности, если еще присоединяется расщепление твердого неба и, так называемой, небной занавески (волчья пасть). В этих случаях пища попадает в дыхательные пути и вызывает воспаление их. Дети часто погибают. Устранить болезнь может операция; однако, при волчьей пасти ее приходится откладывать до значительно более позднего возраста. Кормление детей с волчьей пастью обыкновенно производится с ложечки.

Туберкулез, равно как и сифилис, не являются специальными болезнями новорожденных, но все же, благодаря некоторым особенностям, необходимо остановиться на них. Туберкулез происходит вследствие заражения особым микробом в виде палочки, открытой Кохом в 1882 году. Если заражение плода произошло во чреве матери, при помощи распространения бактерий, первоначально проникших в ее кровь, далее через детское место в кровь плода, то такие дети обычно умирают еще в самой матке, после чего и изгоняются наружу. В чрезвычайно редких случаях дети рождаются с признаками туберкулеза; такие дети тоже не живучи. Родившиеся от туберкулезных родителей дети туберкулеза обычно не имеют, но обладают в той или другой степени слабым организмом, с одной стороны, предрасположенным к заболеванию туберкулезом, с другой — вообще недостаточно приспособленным для борьбы за свою жизнь. Обремененные в этом смысле тяжелой туберкулезной наследственностью дети нередко скоро погибают. Присоединяющаяся иногда недоношенность еще ухудшает положение таких детей. Менее слабые дети могут выживать. Питание материнской грудью, если у матери вырабатывается молока достаточно и хорошего качества, по большей части ничем не грозит новорожденному, ибо бактерии, обычно, в молоко матери не переходят; напротив, естественное питание составляет выгодное условие для новорожденного. Однако, новорожденному в высшей степени грозит пребывание в атмосфере, заражаемой микробами от больных родителей и других соприкасающихся лиц. Если выделения, содержащие микробы, как-нибудь попадают в окружающий воздух, напр., во время плевания, кашля, чихания, даже во время разговора, с каплями мокроты или слизи, то очень легко можно вдохнуть эту „капельную“ заразу и получить болезнь, но и высохшие капли, попавшие на пол или на предметы в размельченном виде в качестве пыли, носятся в воздухе. Опасно также целование ребенка, особенно в губы, большими лицами, употребление общей посуды, салфеток для обтирания и т. п. Каждый посторонний человек, хотя бы самый цветущий на вид, должен считаться подозрительным в отношении туберкулеза, так как туберкулез у него может быть в более или менее скрытом виде. Во всяком случае, нельзя позволять посторонним лицам целовать детей.

Туберкулезная зараза в высушенном состоянии не очень стойка; при достаточном доступе свежего воздуха и солнечных лучей, микробы туберкулеза сравнительно быстро погибают. В тесных, темных, плохо проветриваемых, недостаточно чисто содержимых помещениях, наоборот, туберкулезные палочки свивают себе прочное гнездо. Вот почему туберкулез в значительной мере есть болезнь городского пролетариата, живущего подчас в самых скверных квартирных и вообще плохих жизненных условиях. Чем заразившийся ребенок моложе, тем болезнь у него протекает хуже и опаснее. Дети, заразившиеся в самые ранние периоды жизни, обычно весьма скоро погибают. По врачебным исследованиям, большинство людей рано или поздно заражаются туберкулезом, но если это происходит тогда, когда защитительные силы организма достаточно выработаны, то или болезнь протекает в скрытой форме, или с ней можно жить многие годы; возможно даже излечение. Таким образом, встает большой вопрос, как предохранить новорожденного от заражения со стороны его родителей, страдающих открытой формой туберкулеза? Во Франции в последние годы стали применять способ отдачи ребенка, сейчас же после рождения, на вскармливание к здоровым деревенским жителям, и это давало отличные результаты: дети в большинстве случаев оставались здоровыми. При невозможности применить эту меру, приходится подумывать о других. О необходимости соблюдения педантической чистоты в помещении, было уже сказано, а также о значении чистого воздуха и света.

Заражение туберкулезом возможно также и от больных туберкулезом домашних животных (коров).

В последнее время, как будто, обещает большой успех в борьбе с ранним заражением новорожденных туберкулезом способ двух французских ученых. Они выращивали вне организма на особых питательных составах с примесью желчи громадный ряд поколений бычачьих туберкулезных палочек и этим настолько ослабляли их силу, что их оказалось возможным давать в известном количестве проглатывать новорожденному без вреда для него. Новорожденному дают эти разводки с ложкой молока три раза: на четвертый, шестой и восьмой день после рождения или на 5-й, 7-й и 9-й день. В результате у новорожденных вырабатываются защитные вещества против микробов и таким образом они страхуются от заражения более вредоносными микробами. Проверка этих французских опытов уже началась и в Москве, Ленинграде и других городах.

Сифилис. Болезнь происходит от заражения, так называемой, бледной спирохетой (нитеобразным, очень мелким микробом, штопорообразной формы, открытым в 1905 году Шаудиным).

Сифилис у новорожденных детей обнаруживается или при рождении ребенка или позднее, на первой неделе жизни. Впрочем, случается иногда что наследственный сифилис выявляется еще значительно позднее. Главные приметы врожденного сифилиса: насморк, пупырчатая сыпь на кистях и стопах и увеличение селезенки. Насморк встречается очень часто при врожденном сифилисе, иногда уже при рождении, иногда позднее, даже через несколько недель. Вначале он бывает сухим, только с припухлостью слизистой оболочки носа. У новорожденного затрудняется дыхание, и он сопит. Кормление его трудно. Позднее может появиться гнойное отделение из носа, иногда с примесью крови. Насморк то проходит через несколько недель, то тянется дальше. Часто вовлекаются в страдание хрящи и кости носа,

отчего он иногда получает курносую или седлообразную форму. Пузырчатая сыпь состоит из кругловатых пузырей, величиною от чечевичного зерна до вишни; весьма характерно их расположение на ладонях и подошвах, а также на поверхностях рук и ног. Дети чаще всего рождаются с пузырьчатой сыпью, иногда сыпь появляется на первой неделе после рождения, редко позже. Пузыри или ссыхаются, покрываясь струпьями, или лопаются, обнаруживая обнаженный кровотокающий слой кожи.

Дети, родившиеся с пузырьчатой сыпью, обыкновенно довольно скоро погибают. Увеличение селезенки определяется врачом. У детей с врожденным сифилисом бывают также тяжелые поражения различных органов и тканей тела. Часто страдает печень, иногда почки, бывают заболевания хрящей и костей и характерное воспаление радужной оболочки глаз. Нервные заболевания и другие сыпи обыкновенно развиваются позднее.

Чем позднее у новорожденного выявляются сифилитические поражения и чем более крепким он родился, тем более надежды на сохранение его жизни. Многое зависит также от ухода за ним. Очень важно кормление материнской грудью. Совершенно недопустимо поручать сифилитического ребенка здоровой кормилице, чтобы не заразить ее. Точно также больная кормилица может заразить здорового ребенка. Что же касается новорожденного ребенка и его матери, то если у одного из них нет видимых признаков сифилиса, то все же они вполне безопасны друг для друга, и мать смело может и должна кормить своего ребенка.

ГЛАВА ВОСЬМАЯ.

ГРУДНОЙ ВОЗРАСТ.

Детская смертность. Естественное вскармливание. Препятствия к кормлению грудью. Правила кормления грудью и уход за ней. Питание и гигиена матери. Выбор кормилицы. Смешанное вскармливание. Прикармливание и отнятие от груди. Искусственное вскармливание. Правила при искусственном вскармливании. Нормальный ход развития грудного ребенка. Уход за ребенком. Детская комната, одежда и постель. Физическая культура в грудном возрасте (прогулки, закаливание, обмывания, ванны, гимнастика). Воспитание грудного ребенка. Главнейшие заболевания грудного возраста, предупреждение их Рахит и судороги.

Детская смертность и заболеваемость.

Смертность детей зависит от многих причин: от богатства страны, от здоровья населения, степени его культурности и грамотности, благоустроенности жизни, а, главное, от правильного ухода и вскармливания. Чем семья богаче, чем она грамотнее и меньше придерживается вредных обычаев, предрассудков и чем лучше уход за ребенком, тем меньше детская смертность.

Так, в прежней—дореволюционной—России, когда народ был темен и беден, из каждых 100 детей умирало на первом году:

В богатых семьях	9
В семьях с средним достатком.	17
В семьях рабочих	31
Внебрачных (беспризорных) детей.	35

Если мы сравним детскую смертность в разных государствах за 1903 год, то увидим, что Россия занимала первое место. На каждую тысячу детей умирало:

В Норвегии	79	В Германии	196
„ Франции	137	„ Австрии	205
„ Англии	145	„ России	260
„ Италии	172		(См. рис. 44).

Детская смертность в значительной степени зависит от способа кормления детей.

Из 100 детей, вскормленных грудью, умирает	7—8
„ 100 „ „ без груди, „	40—50

т. е. смертность при искусственном кормлении в 6—7 раз больше, чем при грудном.

Большую детскую смертность дают дети родителей, больных различными болезнями, как-то: туберкулезом, сифилисом, а также дети алкоголиков.

Так, из 100 детей выживает до года:

У здоровых родителей	80
„ туберкулезных родителей	70
„ пьяниц родителей	58

Во многих государствах Западной Европы давно поняли, что богатство и могущество населения зависит от равномерного и хорошего прироста населения. Правда, рождаемость там с каждым годом падает, но зато и смертность грудных детей значительно уменьшается, так что прирост населения остается почти на одной и той же высоте.

Нижеследующая таблица показывает, что у нас при огромной рождаемости была наибольшая смертность, и прирост населения составлял приблизительно 1½%, т. е. на каждую тысячу человек населения прибавлялось 15 детей.

	На 1000 населения родилось	На 1000 населения умерло	На 1000 родившихся умерло на 1-м г.	Перевес рождаемости над смертностью
Франция (1906 г.)	19,6	19,3	143	0,3
Бельгия (1908 г.)	24,9	16,5	147	8,4
Швеция (1908 г.)	25,6	13,7	85	11,9
Англия (1909 г.)	25,6	14,5	109	11,1
Норвегия (1908 г.)	26,2	13,5	76	12,6
Швейцария (1908 г.)	26,3	16,6	108	9,7
Дания (1908 г.)	28,3	13,3	123	15,0
Голландия (1908 г.)	29,1	13,7	99	15,5
Германия (1909 г.)	31,0	17,1	170	13,8
Япония (1908 г.)	32,4	20,0	158	12,3
Италия (1908 г.)	32,4	21,4	148	11,0
Австрия (1907 г.)	33,6	22,3	209	11,2
Венгрия (1909 г.)	37,0	25,1	212	11,9
Россия (1901 г.)	48,0	29,5	272	18,5

Из этой же таблицы видно, что у нас каждый 3-й или 4-й ребенок напрасно родится, напрасно мать несет тяжесть беременности, муки родов, трудится над вскармливанием и уходом за новорожденным. Если бы смертность у нас была такой же, как в Норвегии, то мы сохранили бы на каждую тысячу лишним живых 196 детей, что в год составило бы больше 1.000.000.

Все же наша Советская Республика, несмотря на пережитые войны, голод и эпидемии, показала, что может сделать дружная работа государства, общества и отдельной семьи. За последние годы Отдел Охраны Материнства и Детства развил огромную деятельность в городах и селах. Были созданы „Дома Грудного ребенка“, ясли и консультации в огромном числе. Несмотря на то, что во многих отраслях хозяйства

мы не достигли довоенного уровня, мы видим поразительное явление при сравнении детской смертности до года за 1913 и 1923 годы.

		На 100 детей умерло	
		1913 год	1923 год
Во	Владимирской губ.	29,9	17,5
"	Московской	27,6	13,7
"	Ленинградской	23,0	12,9
"	Тверской	32,4	14,8
"	Ярославской	27,6	16,3
"	Белорусской	31,4	10,5
"	Смоленской	33,6	12,4
"	Нижегородской	34,4	17,3

Эта таблица показывает, что при многих лишениях, но при распространении знаний и правил по уходу за ребенком во многих

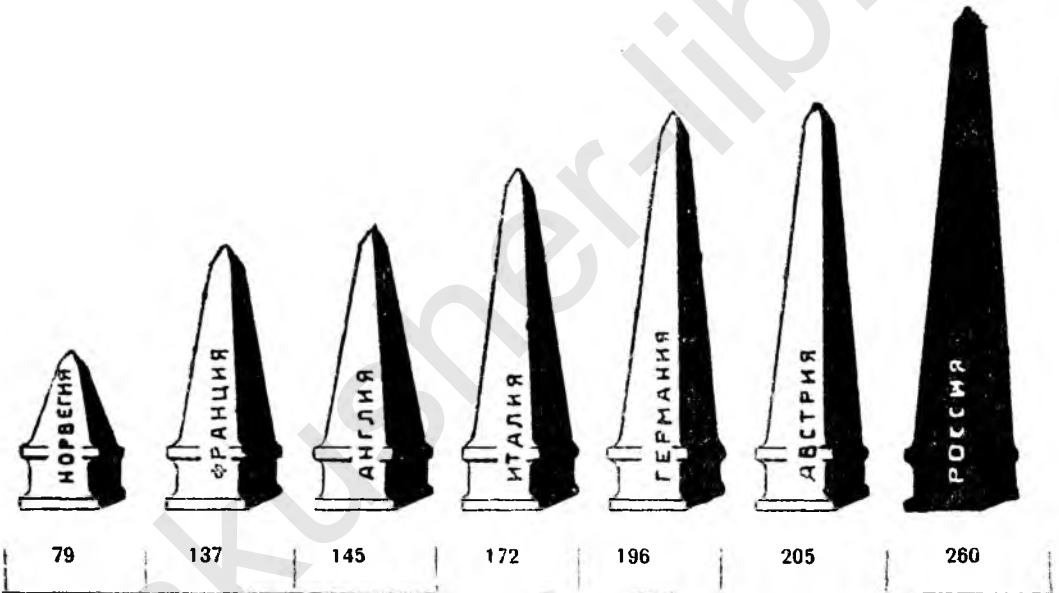


Рис. 41. Смертность грудных детей в разных странах.

губерниях смертность упала вдвое. Все же она очень велика по сравнению с европейскими и вне-европейскими странами.

Так, в 1923 году на 100 детей умерло:

В Новой Зеландии	4,2	В Германии	13,2
" Норвегии	6,3	" Италии	14,0
" Австралии и Швеции	6,5	" Австрии и Испании	15,5
" Соединенных Штатах	7,5	" Японии	19,0
" Швейцарии и Англии	8,0	" Чили	26,8
" Франции	12,0		

Теперь нам не приходится уже сравнивать детскую смертность с „довоенной“, а необходимо стремиться понизить ее до таких же

цифр, как в более культурных странах. Ни одна страна не развернула такой мощной сети детских консультаций, яслей, как у нас, но все же нужно признать, что западные соседи богаче и грамотнее нас, учреждения их лучше обставлены, персонал более подготовлен, а население легче и быстрее усваивает полезные сведения.

При нашей огромной смертности, естественно, должна быть еще большая заболеваемость, так как не всякая болезнь ведет к смерти. Особенно располагает к заболеваемости грудной возраст, который настолько нежен, что незначительные причины вызывают у него тяжелые заболевания. Так, например, невинный насморк может повести к заболеванию легких, а небольшие гнойнички или фурункулы могут распространяться по всему телу и привести даже к заражению крови.



Рис. 45. Грудные дети одинакового возраста.

Слева—грудняк, справа вскармливаемый искусственно.

Плохие жилища, скученность, плохое освещение и недостаточное проветривание, однообразное питание и монотонная жизнь особенно тяжело сказываются на искусственно вскармливаемых детях. (См. рис. 48).

Они отстают в весе, росте и развитии, чаще всего заболевают хроническими расстройствами кишечника, малокровием, рахитом (английской болезнью) и туберкулезом, если живут в семье, где есть легочные больные.

Итак, для того, чтобы понизить детскую смертность и заболеваемость и дать государству и семье сильных и здоровых работников, надо беречь каждого ребенка со дня рождения. Для этого родители и особенно мать должны знать, что:

1. Чем богаче страна, тем меньше умирает грудняков.
2. Чем меньше невежества, предрассудков, скверных обычаев и чем население грамотнее, тем меньше детская смертность.
3. Грудное вскармливание понижает детскую смертность и заболеваемость и создает крепких и сильных детей.
4. Где меньше население болеет хроническими болезнями (туберкулез, сифилис, малярия), хроническими отравлениями (алкоголь, морфий, свинец) или душевными болезнями, тем меньше детская смертность и потомство крепче.
5. Чем условия жизни и окружающей обстановки (свет, воздух и солнце) лучше и чем уход правильнее, тем легче вырастить нормального, здорового ребенка.

Естественное вскармливание.

Выше мы видели, что дети, вскармливаемые грудью, умирают реже, в 7—8 раз меньше, чем рожковые. Но помимо этого, всякая мать может надеяться выкормить вполне здорового, нормального ребенка только лишь в том случае, если она его сама кормит. Ни одна

кормилица и никакая наилучшим способом приготовленная пища не может дать того, что дает родная мать. Недаром говорится, что молоко и сердце матери ничем заменить нельзя.

Кормление грудью полезно не только ребенку, но также и самой матери. Когда мать кормит, матка после родов быстрее возвращается к своей нормальной величине, беременность наступает реже, чем у не кормящих.

При кормлении грудью любовь матери к ребенку укрепляется. Большинство матерей находят в нем глубокий смысл, интерес; они очень поправляются, „расцветают“, укрепляют свою нервную систему и с удовольствием вспоминают о периоде кормления, как о прекрасно пережитом времени.

Кормление грудью представляет самый выгодный, дешевый и полезный способ вскармливания. При ином способе кормления мы имеем больше вредных сторон. Молоко животного, прежде чем попасть к ребенку, проходит много рук и часто бывает подмешанным, особенно рыночное. Приготовление его и хранение в чистоте очень хлопотно и требует много предосторожностей, которые в жизни очень трудно соблюсти. Между тем в груди матери молоко прежде всего чисто, там никогда не бывает бактерий, разве только иногда в первых каплях молока, теплота его всегда одна и та же и как раз приспособлена к ребенку.

Как показал целый ряд опытов и наблюдений над детьми и животными, лучше всего усваивается молоко родной матери. Белок женского молока лучше всего подходит для грудника, белок коровьего молока лучше усваивается телятком и т. п.

Так, пробовали кормить женским молоком щенков, но они плохо развивались и заболели. При кормлении новорожденных морских свинок и кроликов коровьим молоком, они худели и через несколько дней 80% из них погибало. Когда же им давали 3—4 дня сосать грудь матери, а потом коровье молоко, то погибало меньше, от 10 до 25%. Отсюда ясно видно, насколько материнское молоко повышает противодействие организма вредным влияниям.

В молоке матери находится ряд особых веществ, так называемых ферментов, которые улучшают пищеварение и помогают лучше усваивать переваренную пищу. Они имеют особенное значение для недоносков, слабых детей и перенесших различные тяжелые кишечные заболевания, так как у них пищеварительные железы выделяют мало соков, содержащих фермент.

Это делает понятным, почему врачи таким слабым детям назначают только кормление грудью матери, так как этим способом легче спасти ребенка от смерти.

Далее, исследования показали, что в молоке матери есть ряд защитных веществ против разных болезней.

Так, многие матери (около 80%) в своей крови имеют защитные вещества против дифтерии. Эти вещества при кормлении грудью переходят к ребенку и предохраняют его. Напротив, если кормить ребенка молоком животного, то хотя и оно имеет эти защитные вещества в молоке, но они никогда не переходят в организм ребенка; в организм же животного той же породы они переходят и защищают его.

В последние годы нашли в грудном молоке особые „добавочные вещества“, „витамины“, которые влияют на усвоение пищи и на развитие ребенка.

Все эти вещества, а также белки, жиры, углеводы и различные соли имеются и в молоке животных, но количество, качество и некоторые свойства их значительно разнятся от грудного молока.

Так, в 100 частях или 100 граммах содержится:

	В женском молоке	Коровьем молоке	Козьем молоке
Белка	1,0—1,5	3,0—4,0	3,5
Жиров	4,0	3,0 4,0	4,0
Сахару	7,0	4,0	4,4
Солей	0,2	0,8	0,1—0,7

Отсюда мы видим, что в женском молоке меньше белков и солей, чем в коровьем и козьем, но почти одинаковое количество жиру.

Для роста тела нужны прежде всего белки и соли. Грудной ребенок удваивает свой вес между 5-м и 6-м месяцами жизни, т. е. на 150—180 день, а теленок на 47 день. Отсюда и понятно, что коровье молоко должно содержать более белков и солей. Грудному ребенку первых месяцев жизни очень трудно усвоить такое количество веществ коровьего молока, и если долго кормить его цельным молоком, то оно действует на него, как яд. Ребенок заболевает, делается как бы отравленным.

Коровье молоко вообще медленнее свертывается в желудке ребенка и образует крупные хлопья, в чем убедились при исследовании рвотных масс.

С каждым годом ученые и врачи в грудном молоке находят новые свойства и полезные отличия от молока животных.

Помимо этого, материнское молоко содержит все свои составные части в таком соотношении, что оно лучше всего усваивается ребенком. Поэтому все попытки и стремления создать искусственно такую же „белую кровь“ — „материнское молоко“ не удались до сих пор и, вероятно, никогда не удадутся. Все это приводит нас к тому, что молоко животных не может заменить женского молока, что в последнем ребенок имеет пищу, близкую температуре своего тела, всегда чистую, свободную от бактерий. В нем находится все необходимое для жизни и роста и в самой удобной форме, в нем имеются и защитительные тела от болезни, и ферменты, облегчающие переваривание, и „витамины“.

Коротко говоря, молоко матери, самая натуральная пища для грудного ребенка и никогда не было и не может быть лучшей, более подходящей пищи для грудняков, особенно первых 3—4 месяцев жизни.

Если материнское молоко так ценно и важно, то напрашивается вопрос, могут ли все матери кормить грудью, и бывает ли плохое молоко. В последнее время у многих матерей замечается стремление освободиться от этой обязанности. Они заявляют, что у них молока мало, что они больны, нервны, раздражительны, а потому не могут кормить. Необходимо указать, что 95—98% матерей могут кормить своего ребенка, по крайней мере, в течение нескольких месяцев, многие кормят и больше года без вреда для себя. Есть даже такие матери, которые дают около двух литров молока в сутки и могут выкормить, помимо своего ребенка, и другого, и третьего. Опыт консультаций и домов грудного ребенка показывает, что такие матери не раз спасали жизнь детей, оставшихся без груди матери.

Многие по незнанию или невежеству или из-за плохих советов бабушек, теток или соседок, прекращают кормление на том основании,

что молоко у них плохое, что оно водянистое, что из-за него ребенок не поправляется, не набирает весу, часто кричит и сучит ножками. Если бы мать знала, что молоко матери никогда не бывает плохим для ее ребенка, что оно не может повредить ему, то она не прекращала бы кормления. Даже при таких заболеваниях, как туберкулез, тиф или инфлюэнца, мать может кормить своего ребенка, но опасность заключается не в молоке, а в близости к матери и возможности заражения ребенка, а также в истощении для самой матери. Поэтому, если врач разрешит кормить, необходимо соблюдать большую осторожность: покормить ребенка и тотчас его унести в другую комнату, или же, еще лучше, сцедить молоко и давать ребенку с ложечки или из бутылочки с соской.

Не надо прекращать кормления, если молока бывает мало. Не следует сразу решать, что его не будет совсем. Грудь, как всякий орган, развивается при упражнении, а потому, если даже мало молока, необходимо прикладывать каждый раз ребенка, когда наступит час кормления. При настойчивости и терпении можно добиться появления молока в значительном количестве. Если ребенок слаб и плохо сосет, можно приложить к груди матери чужого, более сильно сосущего ребенка. Конечно, надо быть уверенным, что чужой ребенок здоров и не болен сифилисом. Это может узнать врач путем осмотра и анализа крови (реакция Вассермана).

Препятствия к кормлению грудью.

Препятствия и затруднения бывают либо со стороны матери, либо со стороны ребенка.

Таковыми препятствиями со стороны матери служат: неправильная форма соска, трещины или воспаление молочных желез (грудница или мастит), некоторые болезни матери.

При плоском или втянутом соске мать не должна бросать кормления. Надо приучать ребенка захватывать околососковый кружок; если же это не помогает, то можно улучшить сосок постепенно вытягиванием его пальцами или накладками или молокоотсосами. (См. гл. 5-ую — гигиена беременной).

Трещины часто образуются у женщин с тонкой нежной кожей, чаще у блондинок, чем у брюнеток.

Для предупреждения трещин у кормящей надо ребенка правильно прикладывать к груди, так, чтобы он захватывал не только сосок, но и всю его окружность, кормление не затягивать более 15—20 минут, не давать играть или „мусолить“ сосок. (См. рис. 46).

Если же появились трещины, то необходимо принять срочные меры, так как при ненадлежащем уходе они скоро загрязняются. В них попадают с рук и с платья гноеродные бактерии, которые образуют грудницу или нарыв в груди.

Трещины излечиваются разными способами. На первом плане стоит абсолютно чистое содержание грудных сосков, затем кормление при помощи накладки или сцеживания. Перед кормлением грудь должна быть обмыта (борной водой), при чем смываются и лекарственные вещества с грудных сосков, которые применяются при лечении, согласно указанию врача. После кормления грудь также должна быть обмыта. При этом надо помнить, что грудь должна быть опорожнена и высоко подвязана, чтобы она не подвергалась трению. При надлежащем уходе трещины быстро заживают.

При воспалении грудной железы образуется затверждение и покраснение кожи, появляется сильная боль. При воспалении отнимать от груди не следует. Наоборот, отсасывание уменьшает напряжение и облегчает заживление, и как показывают многочисленные наблюдения врачей, само молоко не вредно даже и в том случае, если в грудной железе имеется гной. Во всех случаях заболевания грудей лучше всего посоветоваться с врачом и поступить по его указанию. При заболевании маститом одной груди, другая грудь совершенно не страдает и ею можно спокойно кормить ребенка. При этом наблюдается, что здоровая грудь дает больше молока, так что хватает для кормления.

Затруднения к кормлению бывают при тугой груди или резком приливе молока. В таких случаях для уменьшения упругости груди обыкновенно бывает достаточно сцедить перед кормлением немного молока и затем приложить ребенка. Сцеженное молоко надо дать ребенку.

Мы уже говорили, что молоко не портится ни при какой болезни. Но все же есть болезни, при которых не следует давать грудь, так как это вредно матери. К ним относятся: рак, хроническое воспаление почек, тяжелые пороки сердца с нарушением его деятельности, сахарная болезнь и далеко зашедший открытый туберкулез. Изю всех этих болезней чаще всего встречается и опаснее, как для матери, так и для ребенка, открытый туберкулез. Если женщина страдает туберкулезом в начальной стадии, не выделяет мокроты и туберкулезных палочек, при кормлении не теряет в весе, и у нее температура не повышается, то такая мать может и должна продолжать кормление. Но она должна соблюдать осторожность при уходе, так как трудно бывает точно установить, когда закрытый хорошо протекающий туберкулез переходит в открытую, заразительную форму. Поэтому в такой семье ребенок не должен находиться с матерью в одной комнате, мать не должна его целовать в губы и лицо, брать к себе в постель. В последнее время врачи убедились, что туберкулез взрослых берет свое начало в детстве, большей частью, еще с грудного возраста.

При сифилисе ребенка мать сама должна кормить его, так как мать в этих случаях всегда больна, даже тогда, когда наружно у нее нет никаких признаков болезни. Передавать же здоровой кормилице ребенка-сифилитика ни в коем случае нельзя, так как он может заразить ее.

Часто матери задают вопрос, можно ли кормить ребенка при ангине, гриппе (инфлуэнце), который проявляется в насморке, кашле, повышенной температуре и болях в спине, груди, ногах. Несмотря на то, что эти болезни заразительны, препятствием к кормлению они не должны служить, мать должна при кормлении завязать рот и нос платком, чтобы не передать заразы. (См. рис. 39).

Матери ошибочно поступают, когда, по совету окружающих, прекращают немедленно кормление по разным неосновательным причинам — вследствие худобы, нервности, раздражительности, малокровия, или при колотье в боку, болях в груди, а также при наступлении менструации и беременности.

Беременность не уменьшает молока и не причиняет такого вреда, как об этом многие думают. Поэтому при подозрении на беременность не следует сразу обрывать кормление, а надо делать это постепенно в интересах ребенка и матери, согласно указаниям наблюдающего врача.

Препятствия со стороны ребенка встречаются так же редко, как и со стороны матери. Заячья губа (расщепление губы) и волчья пасть (расщепление неба) у грудного ребенка требуют операции, хотя при заячьей губе не раз наблюдалось удачное вскармливание, если только щель в губе вполне закрывается соском. При волчьей пасти, как упоминалось уже в главе 7, ребенок вскармливается с ложечки материнским молоком.

Слабые или недоношенные дети часто плохо сосут или совсем отказываются от груди. Они либо плохо захватывают сосок, либо быстро устают от незначительного сосания. В таких случаях мать выдавливает молоко в стакан или сцеживает его при помощи молокоотсоса и дает ребенку в определенные промежутки 6—7 раз в сутки. При этом мать должна следить, чтобы ребенок не захлебнулся.

Как только ребенок окрепнет, надо его снова прикладывать к груди, и если он будет мало высасывать, то надо его докармливать сцеженным молоком. При таком способе молоко в грудях не пропадает, а ребенок крепнет настолько, что через неделю, другую начинает крепко сосать.

Иногда препятствием для сосания груди являются насморк, язвочка или молочница („цвет“) во рту. Во время кормления ребенок дышит носом, а при насморке он бывает заложен. Поэтому для облегчения дыхания следует очищать носик от засохших корок скрученным фитильком из ваты, смазанным вазелином или лучше всего миндальным маслом.

Встречаются дети с плохим аппетитом, которых немцы называют „ленивцами“. Им необходимо перед кормлением выжать в рот несколько струек молока, и тогда лишь они охотно начинают есть.

Часто матери жалуются на то, что ребенок плохо сосет, „щелкает“, из-за короткой уздечки языка, и просят ее подрезать. Такие жалобы обычно неосновательны, так как короткая уздечка не мешает сосанию, с течением времени она сама растягивается, и подрезывание ее является совершенно излишним.

Таким образом, видно, что препятствий к кормлению грудью очень мало, и долг и собственная польза матери обязывают ее вскармливать естественно.

На отнятие от груди раньше установленного срока и в первые месяцы жизни мать не должна решаться без совета врача, даже при тяжелом заразном заболевании своем или ребенка.

Правила кормления грудью и уход за ней. Питание и гигиена матери.

При кормлении грудью необходимо соблюдать особенную чистоту. Перед кормлением мать должна хорошенько вымыть руки, а грудь обтереть теплой водой или борным раствором. После кормления снова обмыть ее и прикрыть чистой полотняной тряпочкой.

Иногда бывает, что когда мать кормит из одной груди, из другой сочится молоко или же из обеих грудей сочится в промежутках между кормлениями, особенно по ночам. Это может повести к загрязнению кожи соска и воспалению груди. Нужно в таких случаях грудь обертывать двумя, тремя слоями полотняных, мягких тряпочек, которые могли бы достаточно впитывать молоко. Тряпочки должны в течение дня несколько раз меняться и вывариваться.

Многие матери в стремлении к чистоте заходят слишком далеко. После каждого кормления они протирают ротик ребенка тряпочкой или ватой. Вместо пользы они приносят большой вред ребенку, т. к.

при обтирании рта они ранят нежную слизистую оболочку (кожицу рта), и на ней поселяются различные микробы, которые вызывают молочницу („цвет“, „плеснявку“) или же афты (язвочки на языке и щечках). Ребенок сам очищает себе ротик движением языка и щек, поэтому обтирание совершенно излишне и даже вредно.

Мать может кормить ребенка в лежачем положении, если она слаба после родов, или же сидя.

При лежании мать поворачивается на бок той грудью, которой она желает кормить ребенка, и следит за тем, чтобы грудь не закрыла носика ребенка. (См. рис. 46).

В сидячем положении мать усаживается на низкий стул таким образом, чтобы она могла опереться о спинку, подставляет табуреточку или маленький стульчик под ту ногу, на которую она укладывает голову ребенка, для того, чтобы она выше лежала. При таком кормлении мать меньше устает.

Перед кормлением мать должна встряхнуть грудь, чтобы с первыми каплями молока удалить те микробы, которые успели проникнуть в наружные протоки железы. Остальное молоко никогда не содержит микробов. Между тем многие матери перед самым кормлением сцеживают первые струйки и выливают их. С ними удаляется более жидкая часть и остается жирное молоко, а одно оно вызывает срыгивание, колики, иногда рвоту и понос.

Мать кормит ребенка до того времени, пока он не насытится, выпустит грудь и заснет. Здоровый сосун успевает это сделать в 5—10 минут, но обычно дети должны сосать не больше 15—20 минут, так как их легко



Рис. 46. Сосущий ребенок.

перекормить. Если ребенок быстро засыпает после нескольких глотков, то следует его разбудить, пощекотав ему носик или подбородок.

Не следует давать ребенку играть у груди, начинать и прекращать кормление: это создает вредную привычку у ребенка, а у матери может повести к трещинам соска.

Некоторые матери определяют насыщение ребенка по его настроению, самочувствию, поведению, а также по срыгиванию или по опорожнению груди. Срыгнул ребенок, значит, уже сыт.

Конечно, все это неточные показания. Там, где есть весы, лучше всего определить количество выпитого молока за сутки. Иные поступают неправильно: берут количество выпитого за одно кормление и умножают на число кормлений. Нужно знать, что ребенок в различные часы дня выпивает неодинаковые количества,—по утрам больше, чем вечером. Для правильного определения надо взвесить каждый раз до и после кормления, а затем сложить результаты, полученные за сутки.

По наблюдениям многих врачей установлено, что здоровый ребенок

на 3—4 неделе	высасывает за раз:	90—120 гр.	за сутки:	500—600	грамм
„ 5—8	„	„	„	600—650	„
„ 9—12	„	„	„	650—700	„
„ 13—16	„	„	„	750—800	„
„ 17—20	„	„	„	800—850	„
„ 21—24	„	„	„	850—900	„
и старше	„	„	„	1000	„

Пользуясь этой таблицей, можно определить, достаточно ли молока в груди, и сколько времени ребенок должен сосать.

Теперь перейдем к вопросу о частоте кормлений, т. е. через сколько часов кормить и сколько раз в сутки.

На основании целого ряда исследований зондом (мягкой, резиновой трубкой) желудка после кормления и просвечивания рентгеновскими лучами, пришли к заключению, что грудное молоко переваривается в желудке через 2½—3 часа, а коровье через 3—3½ часа. После работы надо желудку дать отдохнуть для того, чтобы он с новой силой мог переварить следующую порцию молока. Отсюда и понятно, что кормить грудью надо не чаще, чем через 3 часа, а коровьим молоком — через 4 часа. В различных странах придерживаются разного числа кормлений в сутки. Немецкие врачи рекомендуют кормить 5 раз в сутки, через 4 часа, даже ребенка 1-го месяца жизни. Англичане и французы кормят несколько чаще, но все же не больше 7—8 раз в первые недели жизни. У нас большинство врачей в первые недели жизни разрешают кормить 6—7 раз в сутки, до 4-х месяцев 5—6 раз, а с 5-го месяца до конца года 5 раз в сутки.

Часы распределяют так:

Если кормят 6 раз в сутки:

в 6 часов утра
„ 9 „
„ 12 „ дня
„ 3 „
„ 6 „
„ 9 „ вечера

Если кормят 5 раз в сутки:

в 6 часов утра
„ 10 „
„ 2 часа дня
„ 6 „
„ 10 „ вечера

Ночью лучше не кормить. При беспокойстве ребенка можно дать 3—4 чайных ложки теплой кипяченной воды.

Матери часто задают вопрос, будить ли ребенка, если наступил час его еды. Днем лучше будить для того, чтобы приучить его к определенному порядку. Ночью необходимо дать полный покой желудку ребенка; поэтому ночью будить ребенка ни в каком случае не следует.

Жизнь и опыт показывают, что при 5—6 разовом кормлении с перерывами в 3—4 часа днем и 7—8 часов ночью дети лучше всего развиваются, меньше всего болеют расстройствами пищеварения, гораздо спокойнее и доставляют меньше забот и беспокойств матери и окружающим.

Сплошь и рядом матери грешат тем, что не соблюдают промежутков между кормлениями, дают грудь, как только закричит, „жалел“

ребенка, укладывают с собой в постель и кормят его несколько раз за ночь. Это наихудший вид неправильного и беспорядочного кормления, который скоро приводит к поносам, рвотам, исхуданию ребенка, а иногда и к тяжелому заболеванию желудка и кишек. Такие матери объясняют крик и плач ребенка только голодом. Не знают или забывают, что ребенок может кричать, если он туго стянут, либо пеленка мокрая, либо ему неудобно лежать, или блошка укусила. В летние жаркие дни ребенок может кричать и от жажды. Поэтому не следует затыкать рот и успокаивать грудью, а выяснить причину его крика и тогда успокоить его. В первые месяцы жизни ребенок часто кричит от болей в животике, от колик, так как кишечник его еще не вполне развит, и он не в состоянии переварить хорошо пищу. У ребенка собираются газы, животик вздувается. Для облегчения мать может сделать ребенку круговой массаж, слегка поглаживая животик справа налево. Если ребенок очень кричит, сучит ножками, корчится, полезно положить ему на животик согревающий компресс или припарочку или сделать теплую ванночку. Если при этом ребенок не испражнялся день-другой, то можно сделать ему клизмочку из тепловатой кипяченой воды или отвара ромашки. Даже при незначительных расстройствах желательнее советоваться с врачом.

Другое важное условие правильного кормления—каждый раз давать только одну грудь: то правую, то левую—по очереди. Такой способ кормления имеет много выгодных сторон. Во-первых, происходит лучшее отсасывание молока из груди, чем увеличивается прилив молока, во-вторых, меньше портятся соски, в-третьих, при полном отсасывании одной груди ребенок получает все необходимые части молока: вначале более жидкое, а затем, в конце кормления, более жирное, питательное молоко. Если же кормить ребенка из обеих грудей, то он будет получать только первые порции молока, верхушки, очень бедные жиром, и скоро начнет бледнеть и отставать в весе, а в грудях у матери пропадет молоко.

Обе груди можно давать только тогда, когда посредством взвешивания убеждаются, что молока мало, что ребенок выпивает меньше необходимого ему количества. Но даже и при кормлении обеими грудями нужно соблюдать очередь: раз начать с правой, другой раз с левой, а не переключать ребенка зря от одной груди к другой.

Ребенок быстро узнает, из какой ему легче сосать, и тогда он отказывается сосать из туго опорожняющейся груди, вследствие чего молоко в ней может совершенно исчезнуть.

Вообще надо следить за тем, чтобы после кормления не оставалось в груди молока. Если в груди много молока, или же ребенок вследствие слабости плохо сосет, то надо опорожнять грудь рукой или молокоотсосом. Если при надавливании груди молоко брызжет струйками, то это показывает, что в ней есть еще достаточно молока.

Для сцеживания мать вымывает прежде всего руки мылом, а сосок кипяченой водой, охватывает грудь рукой и равномерным сжатием по направлению к соску сдаивает молоко (см. рис. 47—сдаивание груди чисто вымытыми руками). Если кто-либо другой удаляет молоко, то тот садится против матери, кладет большой палец на сосок, а остальные на грудь и сжимает их ритмически, начиная от мизинца, до тех пор, пока не перестают брызгать струйки. Молокоотсос хуже сцеживает; кроме того, его трудно чистить; его нужно хорошо мыть горячей водой с содой и держать сухим.

Среди матерей распространено мнение, что от горя, неприятностей, испуга или страха молоко может внезапно исчезнуть или портиться

настолько, что нужно немедленно отнять ребенка от груди. Конечно, это предрассудок, так как молоко почти не изменяется и не исчезает. Правда, при душевных волнениях или неприятностях бывает иногда судорожное сокращение мышц груди, протоки железы закрываются и временно прекращается выделение молока. В этом случае достаточно успокоить мать, после чего появляется молоко, которым мать может снова спокойно кормить.

Таким же предрассудком является мнение, что молоко „перегорает“, если мать долго не кормит. Дело в том, что в организме не бывает такого состояния, при котором соки тела или молоко может „перегореть“, и потому мать может без боязни возобновить кормление, если она сделала короткий перерыв.

Матери боятся при различных заболеваниях принимать лекарства из-за опасения, что это может повредить ребенку. Большинство лекарств или совершенно не переходит в молоко или поступает в таком незначительном количестве, что мать может без опасения их принимать. Такие лекарства, как бром, иод, мышьяк и салициловая кислота переходят в молоко при длительном употреблении. Избегать надо морфия и алкоголя. Доказано, что если мать пьет часто вино или водку, то содержащийся в них алкоголь переходит в молоко и вызывает беспокойство ребенка, раздражительность, необычайную чувствительность, общую красноту, поносы и значительное исхудание. Употребление алкоголя сказывается затем на детях и в старшем возрасте, когда они могут заболеть нервными и душевными болезнями. Следовательно, мать во время кормления безусловно не должна пить спиртные напитки.

Пища кормящей матери должна быть такой, к какой она вообще привыкла. Так как ей приходится отдавать ребенку ежедневно около литра молока, то для покрытия расхода она должна выпивать один или полтора литра хорошего коровьего молока. Для улучшения качества молока мать должна употреблять в пищу свежие овощи, фрукты, сливочное масло, яйца и др. продукты, содержащие „витамины“. Поэтому пища кормящей матери должна быть разно-



Рис. 47. Сдаивание груди чисто вымытыми руками.

образна, но надо избегать пряных и копченых веществ, как уксус, горчица, перец, лук, колбасы, консервы, хрен, чеснок; от этих веществ молоко портится и приобретает дурной запах, что вызывает отказ ребенка от груди.

Молоко у некоторых женщин вызывает потерю аппетита, сильные запоры. Мать, конечно, может заменить его другими питательными продуктами, которые к тому же действовали бы регулирующим образом на кишечник, напр., ситным хлебом, медом, маслом, овощами, фруктами, простоквашей, сладким кефиром, отварами и компотами из слив, яблок. Можно обойтись и без молока совсем, если остальная пища достаточно питательна, а повышенную жажду можно удовлетворить обильным питьем слабого чая или кипяченной воды.

Совершенно неразумно и вредно для матери сидеть на постной и однообразной пище, питаться только молоком и мучнистыми веществами, надеясь этим не расстроить пищеварения ребенка, а в груди усилить отделение молока. Многие покупают даже рекламируемые в газетах патентованные препараты. Все эти „млекогонные“ средства большей частью не оказывают никакого действия. Они бывают полезны только тем, что, как и всякое усиленное питание, повышают здоровье матери. Польза, которую видят матери от этих средств, есть результат внушения.

Во время периода кормления мать не должна сидеть сложа руки. Она может выполнять свою обычную работу—физическую или умственную, лишь бы она протекала в нормальных условиях и не была изнурительна. Наряду с разнообразной пищей, умеренной работой, мать должна вести правильный образ жизни, следить за ежедневным опорожнением кишечника, каждый день бывать на свежем воздухе, часто купаться, не менее одного раза в неделю, иметь разумные развлечения, избегать нервных потрясений и излишеств в половой жизни, спать не менее 8 часов в сутки.

Одежда матери должна быть свободна, не стеснять груди и легко растегиваться спереди, у груди. Материал должен быть такой, чтобы его можно было часто стирать. Очень важно, чтобы рубашки были всегда чисты, мягки и не раздражали груди.

Таким образом, мы видим, что для правильного вскармливания ребенка мать должна:

1. Соблюдать чистоту вокруг себя и ребенка, не подходить к нему с грязными руками.
2. Не протирать ротика.
3. Кормить ребенка не больше 15 — 20 минут, в первые недели 6 — 7 раз в сутки и постепенно перейти к 5-ти кормлениям.
4. Соблюдать перерыв между кормлениями не менее 3 — 4 часов, а ночью 8 часов.
5. Грудь чередовать, при каждом кормлении давать только одну грудь.
6. При первом крике ребенка не кормить его, а выяснить причину.
7. Питаться разнообразно, есть сырые и вареные овощи в умеренном количестве, выпивать литр молока.
8. Вести обычный образ жизни, заниматься умеренным трудом и избегать всяких излишеств и употребления алкоголя.

Выбор кормилицы.

Мы видели, как мало бывает серьезных причин, когда мать не должна кормить своего ребенка. Хотя материнское молоко ничем не может быть заменено, но когда его нет, то единственным спасением для ребенка в первые недели может служить молоко кормилицы.

Кормилицу часто принимают в дом, не заботясь о судьбе ее ребенка. Этим увеличивают смертность в бедных семьях, так как собственные дети кормилицы, как показывает статистика, не переживают года. Кормилица должна быть здорова и иметь достаточное количество молока. Она прежде всего должна быть осмотрена врачом. К ней предъявляются гораздо большие требования, чем к матери. Если кормилица больна трахомой, гонореей, туберкулезом, сифилисом, или же имеет вонючий пот, или же у нее трещины на грудях, — она не годится. Особенно трудно решить вопрос о сифилисе. Кормилица должна показать своего ребенка. Бывает, что женщины, страдающие сифилисом, после родов не имеют никаких признаков болезни; и ребенок может казаться совершенно здоровым. Поэтому лучше всего исследовать кровь у кормилицы на сифилис (Вассермановская реакция).

Для определения годности кормилицы надо исследовать ее грудные железы. Груды должны быть не малы, на ощупь теплы, с хорошо развитой железистой тканью, с выступающими, удобными для захватывания сосками. Кожа соска и груди должна быть цела, при легком надавливании молоко должно выделяться несколькими струйками, а не каплями. Необходимо определить количество выделяемого молока.

Возраст кормилицы особенного значения не имеет, но лучше брать от 20 до 35 лет. Многие требуют, чтобы ребенок кормилицы был одинакового возраста со вскармливаемым ребенком. Но это совершенно излишне, так как молоко не изменяется резко в течение всего кормления. Надо обращать внимание, чтобы было достаточно молока, так как кормилицы прибегают к хитростям и усиливают прилив молока посредством застоя. Если кормилица уже кормит ребенка, то надо настаивать, чтобы она после каждого кормления сцеживала оставшееся молоко, так как обычно слабые или недоношенные дети плохо сосут; грудные железы поэтому недостаточно работают, и молоко в груди может исчезнуть.

При упражнении часто кормилицы могут кормить двух детей, особенно, если ее ребенок хороший сосун. Если попадаетея кормилица с ребенком старше 3—4 месяцев, то его можно прикармливать 2—3 раза коровьим молоком с отваром (см. ниже) и постепенно отнять от груди. Таким образом, ребенок кормилицы не становится жертвой искусственного кормления.

Иногда бывает, что ребенок на молоке кормилицы не поправляется; мать в таких случаях решает, что молоко ее не годится; причина может быть не в кормилице, а в природе или „конституции“ ребенка. В таких случаях не надо менять кормилицу, а показать ребенка врачу.

Уход и питание кормилицы должны быть такими, как у родной матери. Кормилица должна есть то, к чему она привыкла, с прибавлением одного литра молока. Она не должна перекармливаться.

Она может производить домашнюю работу, но в интересах чистоты не следует заставлять ее делать грязную работу.

За кормилицей нужен постоянный присмотр, чтобы она правильно кормила, соблюдала часы и количество кормлений, не брала к себе ребенка в постель, не целовала его в губы, лицо, не шекотала и не развивала в нем скверных привычек (онанизма), не успокаивала его некоторыми веществами, которыми пользуются кормилицы, напр., маком, леденцами. Вообще нужно сказать, что кормилицы доставляют много хлопот матери.

Многие опасаются приглашения кормилицы потому, что посредством молока она может передать ребенку привычки, наклонности и даже черты своего лица. С другой стороны, мать с тревогой следит, чтобы кормилица не съела чего-нибудь запрещенного (овощи или фрукты) или боится отпускать к родным и знакомым и даже подышать свежим воздухом час—другой. Боясь порчи молока, мать иногда исполняет все капризы и прихоти кормилицы, отчего та становится тираном в доме. То и другое совершенно неправильно. На состав молока не имеют влияния ни черты характера, ни капризы и настроения кормилицы; характер же ребенка складывается из его наследственных свойств, правильного развития и воспитания, которое зависит во многом от окружающих.

Смешанное вскармливание.

Когда мать после настойчивых усилий и попыток убедилась, что в груди мало молока, и ребенок плохо развивается, она должна пополнять недостающее количество смесью. Такое питание грудью и молоком животных в первые месяцы жизни ребенка называется смешанным. По данным статистики, встречается около 20% таких матерей, у которых мало молока.

Прежде в обществе очень боялись смешения грудного молока с коровьим молоком, но теперь убедились, что женское молоко является основой развития ребенка, и не следует прекращать кормления, если в груди его очень мало и хватает на одно или два кормления.

Прикармливание совершается двумя способами: либо дают рожок 2—3 раза вместо груди, в зависимости от количества молока в ней, либо после груди тотчас дополняют определенным количеством разведенного молока.

Оба эти способа одинаково пригодны и приносят большую пользу, но при этом нужно заботиться, чтобы ребенок не отучался сосать грудь. По этой причине полезен первый способ, особенно тогда, когда мать работает вне дома.

При втором способе надо всегда раньше прикладывать ребенка к груди для того, чтобы он крепко сосал и поддерживал этим прилив молока, а затем уже давать бутылочку. Прикорм можно давать с ложечки, но если дают рожок, то нужно выбирать твердый сосок и сделать в нем очень тонкое отверстие раскаленной иглой. (См. рис. 48).



Рис. 48. Выжигание раскаленной иглой дырочки в соске.

При большом отверстии молоко легко льется, ребенок часто захлебывается; кроме того, он так привыкает к легкому сосанию, что не хочет потом брать грудь и требует только бутылочку. Количество смеси и степень разведения такие, как при искусственном вскармливании, о котором говорится ниже; если мать дает рожок тотчас после груди, необходимо знать среднее количество выпиваемого женского молока; в бутылочку наливать только дополнительное количество, чтобы ребенок не перекармливался. Так, например, на 16-ой неделе ребенок должен получать 160 грамм; если у матери, допустим, в среднем бывает около 100 грамм, то в бутылочку не следует наливать больше 60 грамм смеси, т. е. 4 столовых ложки

Прикармливание и отнятие от груди.

Смешанное питание является вынужденным кормлением для детей раннего возраста, когда прикорма еще не полагается, и потому оно полезно менее грудного.

Женское молоко по мере роста и развития ребенка не покрывает после полугода всех его потребностей. Первые месяцы ребенок растет быстрее, на что требуется много белка, солей и жидкости, но так как он много спит, то затраты и расходы его не очень велики; с 5—6 месяца ребенок становится очень деятельным, спит меньше и производит огромное число движений руками, ногами и всем туловищем, на что уже требуется больше углеводистой пищи. Кроме того, женское молоко содержит мало извести и солей железа. Ребенок рождается с запасом этих солей только на 5—6 месяцев. К тому же с начала 2-го полугодия количество молока постепенно падает, и если оставить ребенка на одном грудном молоке, то он будет плохо развиваться, станет малокровным, вялым, дряблым и будет есть без аппетита. Отсюда понятно, почему с полугода надо прикармливать ребенка.

Многие матери во время кормления избегают употребления овощей и фруктов, чем лишают свое молоко „витаминов“, нужных для роста и развития ребенка. Чтобы восполнить этот недостаток, особенно у бледных, плохо развивающихся и отстающих в весе детей, надо давать им различные фруктовые или овощные соки с 3-х месяцев, в промежутке между кормлениями, за час или полчаса до еды. Начинают с $\frac{1}{2}$ ложечки один или два раза в день. Если ребенок хорошо переносит сок, то увеличивают постепенно количество на 1 чайную ложку с каждой неделей и доводят до 3—4 столовых ложек в день.

Приготовление соков из фруктов и овощей.

Берут апельсин или мандарин, очищают от кожицы, кладут в марлевую салфетку и выжимают из него сок. Так же поступают с виноградом. Фрукты предварительно обмываются кипятком, нарезаются на части и выжимаются либо чисто вымытыми руками, либо при помощи особого прибора, имеющего вид стеклянной острой горки с желобком вокруг; сок выжимается при вращении вокруг горки. Его потом процеживают и дают пить в сыром виде. Можно фруктовый сок заменить соком из помидор, моркови, желтой репы или брюквы. Для этого сырые овощи натирают на терке и выдавливают их через салфетку или ложкой через волосяное сито.

Прикармливание ребенка начинают так: с 6-ти месяцев обычно заменяют одно кормление в середине дня манной кашей или бульоном с крупой. У детей, склонных к запорам, лучше начинать с бульона. Новая пища должна быть дана небольшими порциями, остальное ребенок должен досасывать из груди, так чтобы через несколько дней он привык съесть прикорм в 200 грамм (до 1 стакана). В питании ребенка вообще нужно соблюдать осторожность и постепенность. Поэтому каждый новый сорт пищи надо давать понемногу, выждать несколько дней, и когда ребенок хорошо переносит ее, тогда лишь увеличивать до полной порции.

Таким образом, с 6-ти месяцев кормления распределяют так:

в 6	час.	утра	—	правую грудь
„ 10	„	„	—	левую „
„ 2	„	дня	—	кашу или бульон с крупой и овощами
„ 6	„	„	—	правую грудь
„ 10	„	веч.	—	левую грудь.

Приготовление бульона.

Возьмите четверть фунта мелко нарезанного нежирного мяса, или пару лапок или крылышек курицы, налейте два стакана воды, прибавьте на кончике ножа соли, варите на небольшом огне в течение 2-х часов, пока не останется половина. Затем процедите через сито или густую марлю.

Если ребенок привык к бульону, то можно через 2—3 дня прибавить туда картофеля, моркови, шпинату, брюквы, которые варятся вместе с мясом и потом процеживаются.

Вначале чистый бульон без овощей дается потому, что некоторые дети, особенно нервные, отказываются есть бульон из-за запаха, который придают ему овощи.

Через несколько дней к процеженному бульону можно добавить одну-две чайные ложки манной или рисовой крупы и варить ее около 20—30 минут.

Когда ребенок становится старше, можно протереть ему морковку или картошку в бульон.

Приготовление каши.

Налейте один стакан воды в кастрюльку, прибавьте немного соли, поставьте на огонь и дайте закипеть. Потом всыпайте постепенно две чайных ложечки манной, рисовой крупы или тапиоки и, все время помешивая, варите ее около 20—25 минут. Затем влейте туда $\frac{1}{2}$ стакана сырого молока, всыпьте 1 чайную ложку сахарного песка или 1 кусок пиленого сахара, прокипятите 2—3 раза, все время помешивая, пока каша не будет иметь густоты сметаны.

Если ребенку 7—8 месяцев, то можно брать стакан молока и 3 чайных ложки с верхом крупы. Можно кашу готовить из овсяной, пшеничной или рисовой муки.

Так, берут 2 чайных ложечки муки (10—12 грамм), растирают в небольшом количестве холодной воды, все время помешивая, пока не начнет густеть. Добавляют $\frac{1}{2}$ стакана молока, немного соли и 1 чайную ложку сахарного песка и варят до густоты сметаны.

В возрасте 7—8 месяцев можно снова одно кормление грудью заменить либо кашей, либо пюре из моркови, картофеля, молодой репы, цветной капусты, тыквы или шпината.

Тогда кормления распределяются так:

- в 6 час. утра — грудь.
- „ 10 „ „ — кашу, кисель или протертое печеное яблоко с сахаром.
- „ 2 „ дня — грудь.
- „ 6 „ „ — бульон с крупой и пюре из овощей.
- „ 10 „ веч. — грудь.

Приготовление киселя.

Кисель готовится из различных ягод или фруктов, как-то: черники, клубники, малины, земляники, смородины, клюквы, вишен, яблок, груш и слив. Для одной порции берут свежих ягод две столовые ложки, а сухих — две чайных, или же полфунта свежих фруктов. Варят ягоды в 2-х стаканах воды до того, пока не получится один стакан отвара, затем разминают ягоды ложкой и процеживают через марлю или мелкое волосяное сито, одну часть отвара оставляют на огне, прибавляют по вкусу сахару 1—2 чайных ложки, а другую, меньшую, охлаждают, размешивают в ней одну чайную ложку картофельной муки, затем вливают в кипящий отвар, помешивают и дают раза 2—3 вскипеть всей смеси. При приготовлении киселя из фруктов надо раньше всего их вымыть, очистить от кожицы и разрезать на части. При склонности к поносам, лучше всего готовить кисель из груш и кожицы с них не снимать.

Приготовление пюре.

Берут полфунта овощей, моют их, очищают от кожицы, нарезают на мелкие кусочки, кладут в кастрюльку с двумя стаканами воды, добавляют немного соли и варят около получаса, пока овощи не делаются мягкими, и протирают через сито. К протертым овощам добавляют либо бульон, либо молоко или же полложечки сливочного масла.

С 9-ти месяцев можно заменить снова одно кормление либо цельным молоком, либо кашкой из сухарей.

В течение последних 2-х месяцев года мать может заменить два грудных кормления цельным молоком или кофе с молоком и сухарем или печением.

Таким образом, к концу первого года жизни, ребенок получает:

- в 6 час. утра — стакан молока или кофе с молоком с печением или сухарем.
- „ 10 „ „ — кашу на цельном молоке.
- „ 2 „ дня — обед из 2-х блюд: бульон с протертыми овощами. Фруктовый кисель или мус.
- „ 6 „ „ — пюре из овощей. Протертое яблоко с сахаром или апельсины или виноградный сок.
- „ 10 „ веч. — стакан молока с печением.

Матери часто обращаются с вопросом, можно ли давать детям, получающим прикорм, шоколад, конфекты, настоящее кофе, печенья в сухом виде, яйца и мясо. Как правило, лучше не давать, особенно какао, шоколад, настоящее кофе и чай, так как в них содержатся возбуждающие вещества, а яйца вызывают у многих детей острый зуд и сыпи, беспокойство, плохой сон, а иногда рвоту и понос. К шоколаду ребенка не следует приучать рано, так как он отвращает детей от простых здоровых кушаний. В отдельном случае здоровому ребенку без наклонностей к поносу или сыпям можно давать яичный желток в бульоне 2—3 раза в неделю; если у ребенка прорезались несколько зубов, то можно дать погрызть сухарик. Малокровному ребенку, старше 9-ти месяцев, можно дать в бульон или пюре 1—2 чайных ложечки протертой куриной печенки или же молотого мяса или фрикадельку.

Бывает, что дети отказываются от прикорма, но нужно быть настойчивой, удлинить промежуток между кормлениями. Мне лично приходилось видеть в яслях, как дети в течение 2—3 недель отказывались от картофельного пюре, хорошо приготовленного. После настойчивого кормления дети начали есть и охотно продолжали его впредь.

Нельзя, конечно, быть шаблонным; иногда надо приспособиться к вкусу ребенка. Так, некоторые дети очень любят молоко, от бульона или супа отказываются. Тогда можно к супу прибавить 2—3 столовых ложки молока и удовлетворить требования ребенка. При каждом кормлении прикорм следует давать не больше одного стакана, не увеличивать отдельных составных частей, особенно муки и сахара, так как углеводы вызывают брожение в кишечнике и приводят к поносам. Одностороннее питание, особенно мучнистыми веществами, может вести к тяжелому заболеванию организма.

Когда ребенок привык к разнообразной пище и не страдает расстройствами пищеварения, его можно отнять от груди.

В различных странах врачи держатся разных взглядов. Так, в Германии советуют раннее отлучение, не позже 9-ти—10-ти месяцев

жизни, объясняя это тем, что у матери молоко к этому времени значительно уменьшается и содержит мало белков. Французы не торопятся с отлучением и разрешают кормить до 13—15-ти месяцев, а при слабости ребенка даже до 16—17 месяцев. В Англии и у нас рекомендуют кормить около года.

Но, если ребенок слаб или обладает склонностью к поносам, или же время отнятия от груди падает на летние месяцы, то не следует отлучать. Не следует также отнимать от груди, если ребенку не минул еще год, а у матери обильное количество молока. Прекращение кормления должно производиться постепенно, так как тогда понемногу уменьшается молоко в грудях, и отнятие совершается без всяких трудностей для матери.

Если мать решила отнять ребенка, она прекращает кормление, принимает слабительное, на грудь накладывает вату, хорошо прибинтовывает и в течение 2-х дней пьет мало жидкостей. Обычно молоко исчезает в 3—4 дня из-за прекращения раздражения.

Искусственное вскармливание.

В тех трудных случаях, когда у матери совсем нет молока и нет возможности пригласить кормилицу или пользоваться сцеженным молоком, приходится прибегнуть к неестественному или, как его давно называют, искусственному вскармливанию, посредством молока животных. Чаще всего употребляют коровье или козье молоко.

Некоторые врачи предпочитают козье молоко, так как козу легко содержать в чистоте, молоко ее, благодаря сухому калу, меньше загрязнено, кроме того, козы болеют реже туберкулезом, чем коровы. Но зато козье молоко имеет и большие недостатки: оно часто бывает неприятного вкуса и, как показали последние наблюдения врачей, при продолжительном кормлении им развивается упорное малокровие.

Поэтому большинство чаще всего употребляет коровье молоко, о котором мы впредь и будем говорить. Конечно, при искусственном кормлении нельзя быть уверенным, что все пройдет гладко, но опыт показывает, что при соблюдении строжайшей чистоты, разумного питания, правильного ухода и постоянного врачебного контроля и наблюдения можно выкормить ребенка, не на много отстающего от грудника. Чаще всего это бывает тогда, когда мать рано обращается в консультацию, получает оттуда молочные смеси и строго следует советам врача.

Если же нет консультации поблизости, то, прежде всего, нужно доставать безупречное, свежее, незагрязненное и не подмешанное молоко, лучше всего от разных коров из хорошей фермы. За границей настолько далеко пошли в этом отношении, что там многие врачи требуют при доении и хранении молока такой-же чистоты, как при производстве операции. Еще более нужна такая чистота при приготовлении смеси в домашнем обиходе. Если молоко не загрязнилось от рук доильницы, вымени или посуды, то оно содержит небольшое число безвредных микробов. Когда же молоко стоит открытым при комнатной температуре, 15° по Реомюру, то оно загрязняется микробами из воздуха, из окружающей пыли, в которой часто бывают туберкулезные палочки.

Нижеследующая таблица показывает, как быстро размножаются микробы при таком хранении молока.

В одном куб. см. молока после доения содержится около 9 тысяч микробов.

Через 3 часа в 2 раза больше — 18 тысяч микробов.

„ 6 „ „ 20 раз больше — 180 тысяч „

„ 9 „ „ 110 раз больше — 1 миллион „

Понятно, что необходимо стремиться получать молоко из первых рук. Где нет фермы, там надо брать из-под коровы и не переливать его часто из одной посуды в другую. Перед кипячением необходимо процедить молоко через густую марлю, как это делают в молочных кухнях при консультациях. Кипячение не должно быть продолжительным, не более 2—3 минут, так как за это время бактерии погибают, а молочный сахар, ферменты, витамины и защитительные тела не изменяются. При более продолжительном кипячении все эти полезные вещества разрушаются и портятся.

Сырого молока давать ребенку нельзя, так как не раз наблюдались эпидемии брюшного тифа, дизентерии, скарлатины из-за зараженного молока. Если корова больна жемчужницей (туберкулез), то сырым молоком можно заразить ребенка.

После кипячения надо молоко тотчас охладить, а затем хранить его на холоде ниже 10° R. в леднике, холодильном ящике, погребке и, в крайнем случае, в холодном месте в чашке с холодной водой, которую нужно почаще менять.

Многие думают, что если долго стоявшее молоко не скисает при кипячении, то оно хорошо и годится для употребления. Это большое заблуждение. Кипячение не уничтожает вредных продуктов несвежего, долго стоявшего молока, так как микробы погибают, разлагаются и выделяют яды, которых кипяченое молоко не обнаруживает. Отсюда понятно, почему лучше для грудника доставать 2 раза в день свежее молоко, тотчас его кипятить и охлаждать и чаще готовить смеси.

В молочных кухнях употребляют довольно сложные способы обеззараживания молока, как-то: стерилизацию (обеспложивание горячим паром) и пастеризацию (нагревание в водяной бане до 70° C.). В домашней обстановке удобно пользоваться, так называемым, аппаратом д-ра Сокслета. Он состоит из жестяной кастрюльки, в которой имеется стойка для нескольких бутылочек. Раньше приготавливают нужную смесь из молока, воды или отвару, сахару, соответственно возрасту или весу ребенка, разливают ее в 5—7 бутылочек, по числу необходимых кормлений. При этом не надо забывать о лишней бутылочке на всякий случай. (См. рис. 49).

Бутылочки закрываются особыми резиновыми пробками с металлическим колпачком, ставят их в кастрюлю, наливают воду выше уровня молока в бутылочках и накрывают крышкой. Прибор ставится на огонь. Когда вода в приборе закипает, то оставляют воду еще 3—5 минут кипеть. В приложении к прибору указывается, что нужно кипятить до 45 минут, но это, как мы уже несколько раз говорили, только разрушает полезные части молока, и потому вредно для вскармливания. Затем аппарат снимают, отли-



Рис. 49. Аппарат д-ра Сокслета.

вают горячую воду и постепенно так приливают холодной воды, чтобы бутылки не лопнули. После этого весь прибор ставится в холодное место. Необходимо быстро охлаждать бутылочки, так как при медленном охлаждении бактерии, которые не успели погибнуть при этом способе обеззараживания, могут размножиться и испортить молоко. Если нет средств приобрести аппарат, можно обойтись обыкновенным кипячением молока не более 2—3 минут в чистой кастрюле. На рис. 50 видны справа предметы, необходимые при кормлении ребенка коровьим молоком, а слева—запрещенные к употреблению рожки, пустышки, жевки и т. д. Назначение предметов ясно из рисунка.

Как же давать молоко, в каком разведении, с каким отваром и в каком количестве?

Мы уже упоминали, что дети первых месяцев жизни не переносят молока в цельном виде. В первую неделю дают новорожденному мо-



Рис. 50. Предметы, необходимые при кормлении ребенка.

локо в разведении 1:2, т. е. одну часть молока на 2 части воды, со второй недели пополам с водой, а со 2-го месяца со слизистым отваром. В последнее время врачи советуют начинать разведение пополам с первых дней жизни, так как при большем разведении очень часто наблюдали недокорм новорожденных детей.

С 4-го месяца можно брать 2 части молока и 1 часть отвара муки или крупы, а цельное молоко можно давать не ранее полугода. Слизистые отвары, как показали наблюдения врачей, помогают пищеварению ребенка тем, что обволакивают белок коровьего молока, содержа углеводы и различные соли, и приближают его по свойствам к женскому молоку. У детей первых месяцев выделяется мало слюны, но на основании опытов проф. Павлова нужно заключить, что если вводить ребенку немного слизистого отвара (1%), то и слюна будет отделяться в большем количестве, что способствует хорошему усвоению углеводов.

Отвары из круп или муки готовят так:

Для приготовления 1⁰/₀ отвара для детей до 3-х месяцев берут 1/2 чайной ложки крупы (ячменной, овсяной или рисовой), промывают ее в воде, заливают 2 стаканами холодной воды, добавляют немного соли и варят ее на медленном огне, пока не выкипит половина (около 40—45 минут), затем процеживают, не выжимая, сквозь густую марлю или частое сито и добавляют кипяченной воды до 2-х стаканов.

Для детей старше 3-х месяцев берут 2 чайных ложки крупы на 2 стакана воды, вместо крупы можно брать пшеничную, овсяную, рисовую или маисовую крупу.

Приготовление мучного отвара.

Берут одну чайную ложку муки, размешивают в стакане тепловатой воды, прибавляют соли на кончике ножа, дают кипеть 10—15 минут и добавляют столько кипяченной воды, сколько выкипело, т. е. чтобы получился 1 стакан. Отвары, как и молоко, должны сохраняться в холодном месте.

Приготовление смесей дома производится двумя способами:

1-й способ. Когда нет аппарата Сокслета, то делают так. Кипятят молоко, приготавливают отвар с сахаром, вычисляют, сколько нужно смеси, пользуясь нижеприводимой таблицей. Вся смесь разливают в бутылочки, закрывают их чистой ваткой и наливают в кастрюлю холодную воду так, чтобы уровень воды был выше уровня молока в бутылке. Дальше поступают так, как при аппарате Сокслета.

2-ой способ. Кипятят молоко в эмалированной посуде в течение 2—3 минут, все время помешивая, чтобы оно не пригорало, затем охлаждают его в той же посуде под крапом или в холодной воде. Когда молоко остыло, закрывают его крышкой и сохраняют в холодном месте. Перед кормлением размешивают ложкой молоко, отливают необходимую порцию в бутылочку, добавляют отвару и сахару. Вместо сахару можно готовить сироп. Для этого берут одинаковое количество сахара и воды, дают им вскипеть, все время помешивая, затем процеживают через марлю и сохраняют в отдельной посуде. 2 чайных ложечки сиропа равняются 1 чайной ложке сахару.

Когда бутылочка готова, надевают чистый сосок, опускают ее в теплую воду около 40—45 градусов и пробуют молоко, наливая его на тыл руки или в ложечку. Можно встряхнуть согретую бутылку, приложить к веку, и если получается ощущение приятной теплоты, то можно давать ребенку сосать. Брать соску в рот не следует.

Что касается количества молочной смеси на раз, то при искусственном кормлении надо давать столько же, сколько выпивает ребенок из груди матери.

Для удобства запоминания можно указать, что в первую четверть года ребенку необходимо суточное количество, равное 1/5 веса его тела; во вторую четверть—1/6 веса, в 3-ю четверть—1/7, а в последнюю четверть 1/8 или 1/9 веса.

Немецкий профессор Пфундлер при искусственном вскармливании ребенка от 2 до 6 месяцев дает такой совет: „Возьмите свежего коровьего молока в количестве 1/10 части веса ребенка, прибавьте сахару 1/100 этого же веса, разбавьте водой до 1 литра, разделите все на 5 порций и из каждой порции дайте ребенку столько, сколько он охотно выпьет“.

Все же нужно сказать, что искусственное вскармливание очень серьезная и ответственная задача, требует большой осторожности, знания и опыта и поэтому дать точные указания для каждого ребенка очень трудно. Лучше всего это может сделать врач в консультации. Там, наблюдая часто ребенка, он сумеет назначить ту или иную питательную смесь, считаясь не только с весом и возрастом его, но со всеми особенностями и свойствами его организма.

Для тех матерей, которые лишены возможности посоветоваться с врачом, мы приводим таблицу, которой мать может руководствоваться при изготовлении питательных смесей.

Таблица разведений коровьего молока для искусственного вскармливания здорового ребенка от рождения до 6 месяцев:

Возраст ребенка	Сколько раз кормить в сутки	Величина отдельной порции в граммах	Как разводить молоко	Сколько надо брать на сутки		
				Молока	Воды или отвара	Сахару
1-й день	отвар	чая вода	—	—	—	—
2-й "	6	10 гр.	одна	30 гр.	30 гр. воды	2,5 гр.
3-й "	6	20 "	часть	60 "	60 " "	5 "
4-й "	6	30 "	молока	90 "	90 " "	6 "
5-й "	6	40 "	и	120 "	120 " "	9 "
6-й "	6	50 "	одна	150 "	150 " "	10 "
7-й "	6	60 "	часть	180 "	180 " "	12 "
2-я неделя	6	80—100 гр.	воды	240—300	240—300 "	20 "
3-я "	6	120 гр.		360 гр.	360 " "	25 "
4-я "	"	"		"	"	"
2-й мес.	5	140-160 гр.	1 ч. мол. и 1 ч. 1%	350—400	350-400 отв.	25 "
3-й мес.	5	160 гр.	отвара	400 гр.	400 " "	30 "
4 и 5 "	5	180 "	1 ч. мол. и 1 ч. 3%	450 "	450 " "	30 "
			отвара			
6-й мес.	5	180-200 гр.	1 ч. мол. и 1 ч. 3%	450—500	450—500 "	30—35 "
			отвара			

Больше литра смеси даже детям старше полугода давать не следует; лучше не переходить за 800—900 грамм в сутки.

При пользовании этой таблицей при отсутствии весов можно измерять молоко и сахар ложками.

1 чайная ложка содержит	5 гр.
1 десертная "	10 "
1 столовая "	15 "
1 стакан "	200 "

Лучше всего количество жидкости отмерять стаканом с делениями, а сахар отвешивать.

После 6-ти месяцев прикармливание ведется так, как при грудном или смешанном кормлении, т. е. заменяют каждый раз одно кормление кашей, бульоном или пюре.

Не надо забывать о соках, киселях и протертых яблоках для искусственно вскармливаемых, так как они особенно расположены к малокровию и рахиту.

При кормлении коровьим молоком надо быть осторожным с перекормом, особенно в летнее жаркое время. Лучше всего тогда уменьшать каждую порцию на 20 — 30 грамм, т. е. на 1 или 2 столовые ложки.

Надо иметь в виду, что вышеприведенная таблица годится только для нормального здорового ребенка. Показателем же правильного роста и развития служит не только вес и рост, но и вообще состояние ребенка: розовый цвет лица и кожи, хорошее напряжение тканей (тургор), отсутствие кожных складок, достаточный подкожный жировой слой, веселый, спокойный и жизнерадостный вид ребенка, нормальный сон.

Таблицей не надо также пользоваться шаблонно: если ребенок хорошо поправляется на какой-нибудь смеси и набирает весу до 200 гр. ($\frac{1}{2}$ фунта) за неделю в первые месяцы жизни, то не надо ее менять только из-за того, что ребенок стал старше. Известно, что у детей различная наследственность, различная природа и приспособляемость к пище и окружающим условиям или, как теперь коротко говорят ученые, „конституция“ детей различна. Одни хорошо усваивают белки, другие жиры, третьи сахар. При одних и тех же смесях одни набирают в весе, а другие страдают поносами, малокровием. Всякое нарушение развития при искусственном вскармливании не следует запускать и надо немедленно обращаться за советом к врачу.

При кормлении смесями требуется исключительная чистота соски, бутылки и посуды.

Соску необходимо после употребления промыть горячей водой с содой или борной кислотой и держать в сухом виде в стакане, прикрытом крышечкой или блюдечком. Бутылки должны быть гладкие, чтобы они легко мылись, с делениями на граммы, чтобы они вмещали смеси не более одного стакана. После кормления их наливают водой, чистят щеткой, песком или размельченной яичной скорлупой, полощат и опрокидывают их вверх дном для просушки.

Таким образом, при искусственном вскармливании надо соблюдать следующие условия:

1. Доставать молоко от различных коров или же от одной коровы, если известно, что она здорова и содержится в чистоте.
2. Быстро кипятить, остудить и держать в холодном месте.
3. Следить за чистотой соски, бутылки и посуды.
4. Точно вычислять количество составных частей, не перекармливать. летом уменьшать немного порции на 1—2 столовые ложки.
5. Недопитого молока в другой раз не давать.
6. До 4-го месяца давать молоко пополам со слизистым отваром, а с 4-го до 7-го две трети молока с отваром.
7. Рано начинать давать фруктовые и овощные соки (с 3-го мес.).
8. В случае поноса, рвоты—прекратить кормление на 8—10 часов и давать только чай или кипяченую воду и немедленно обратиться к врачу.

Нормальный ход развития ребенка на первом году жизни.

Грудной ребенок по строению и особенностям своего организма не представляет собой уменьшенной копии взрослого человека. Голова у взрослого равняется $\frac{1}{8}$ длины тела и значительно уже груди, у грудника она составляет $\frac{1}{4}$ длины и шире груди, сама грудная клетка имеет цилиндрическую форму. Кости довольно мягки, не срослись еще. На темени, где сходятся черепные кости, находится промежуток, затянутый тонкой кожей; это есть большой родничок.

При правильном питании и росте в костях отлагается достаточно извести, кости сближаются между собой, и к 14—16 месяцу родничок зарастает.

Показателем правильного развития служит вес и общее состояние ребенка.

Средний вес доношенных детей бывает $7\frac{1}{2}$ — $8\frac{1}{2}$ фунтов (3.000—4.000 гр.). Мальчики обыкновенно весят больше девочек.

В первые дни после рождения новорожденный теряет в весе около 200—300 гр., которые он восстанавливает в течение 2—3 недель.

При правильном кормлении вес ребенка постепенно нарастает, в первые месяцы на 20—30 грамм ежедневно, затем прибавки уменьшаются— к первому полугодию до 15 гр. в день, а в конце года до 10 гр.

Средний вес детей нарастает приблизительно так:

При рождении в 3000 гр.			В 3200 гр.
Первый	месяц	3750 гр.	3800 гр.
Второй	"	4450 "	4600 "
Третий	"	5150 "	5600 "
Четвертый	"	5650 "	6200 "
Пятый	"	6150 "	6600 "
Шестой	"	6600 "	7300 "
Седьмой	"	7050 "	7700 "
Восьмой	"	7435 "	8200 "
Девятый	"	7900 "	8500 "
Десятый	"	8300 "	8800 "
Одиннадцатый	"	8675 "	9200 "
Двенадцатый	"	9000 "	10.000 "

Из этих таблиц видно, что ребенок прибавляет в среднем от 150 до 200 грамм в неделю в первом полугодии, а во втором полугодии от 75 до 150 грамм, на 5-м месяце удваивает свой вес, а к концу 1-го года утраивает.

Так нарастает вес детей, вскормленных грудью матери. Рожковые дети не так правильно прибавляют и отстают значительно в весе.

Не надо стремиться к слишком большим прибавкам, так как они не служат признаком хорошего здоровья: толстые и перекормленные дети гораздо хуже переносят заболевания, чем нормальные дети. Перекорм ведет обычно к рахиту и различным заболеваниям кожи.

Матери слишком волнуются, если ребенок в течение одной или другой недели немного потеряет, но это не имеет значения, так как при правильном уходе и кормлении дети довольно быстро нагоняют свой вес.

Взвешивание при нормальном развитии достаточно производить один раз в неделю в один и тот же час перед кормлением.

Рост в первом полугодии идет быстрее, чем во втором, в первую и вторую четверть года увеличивается по 7—8 см., а в третью и четвертую по 3—4 см., так что к концу года ребенок должен иметь 70—74 см. в длину.

Рост головки идет меньше развития груди, и если голова к концу года еще превосходит грудь на несколько см. в окружности, то такого ребенка надо показать врачу.

Кожа у грудного ребенка необычайно нежна, после рождения она красновата, затем бледнеет и делается розовой. Только тогда, когда ребенок болеет, живет в сырой комнате, не бывает на воздухе и долго питается только женским или коровьим молоком и не получает прикорма с 6-ти месяцев, он становится бледным. У таких детей уши имеют бледно-желтый—бескровный и прозрачный вид. Кожа у слабых недоношенных детей или очень перекормленных имеет склонность к сыпям, опрелостям в сгибах и складках. На голове происходит значительное отделение сальных желез и образуются желто-бурые корочки. Для удаления их смазывают на ночь каким-нибудь маслом и затем смывают теплой водой и мылом.

Мышцы ребенка постепенно развиваются. У новорожденного ребенка, если его приподнять, головка свешивается в сторону. К концу 2-го месяца или в начале 3-го ребенок приподнимает головку с подушки, на 3—4-м месяце головка держится прямо, на 6—7-м месяце ребенок может уже сидеть, если ему подложить под спинку подушечку. Немного старше он сам садится, в 7—9 месяце ребенок стремится ползать или стать на ножки, в 9—10 месяцев он может уже стоять, держась за спинку кровати или стульчика. К концу года ребенок начинает понемножку самостоятельно ходить.

Не надо ребенка принуждать сидеть или ходить. Как только у него разовьются мышцы и окрепнут кости, у него самого появится в этом потребность. Родители должны только помочь ему. Все же нужно знать, что раньше 5—6 месяцев ребенок не должен сидеть, так как это может повести к искривлению спины.

Зубы у грудного ребенка скрыты в деснах, и в течение первых 6-ти месяцев идет подготовка к прорезыванию. На 7-м месяце появляются два нижних средних резца, через месяц — другой — два верхних резца, потом два крайних верхних резца, а затем нижние боковые резцы, так что к концу года он имеет восемь зубов.

Бывает, что и у здорового ребенка зубы запаздывают, что зависит от его наследственных свойств.

Многие матери постоянно утверждают, что прорезывание зубов вызывает рвоту, понос, судороги и сыпь и готовы всякую болезнь приписать „зубкам“. Это является глубоким предрассудком, так как прорезывание зубов болезни не вызывает; изредка наблюдается слюнотечение, беспокойный сон и раздражительность ребенка, но матери сваливают все случайные совпадения на „зубки“ и, таким образом, пропускают время для лечения настоящей болезни.

Совершенно бесполезно употребление различных ленточек, колец, палочек для быстрого прорезывания зубов.

Испражнения также служат показателем нормального развития. Со второй недели ребенок марает 3—4 раза в день. Испражнения имеют вид золотисто-желтой густой мази, с кислым непротивным запахом. У ребенка, вскармливаемого молоком, испражнения светлее, бывают реже, один раз в день, более вонючи и плотны. При злоупотреблении мо-



Рис. 51. 8-мимесячный ребенок стоит при незначительной поддержке.

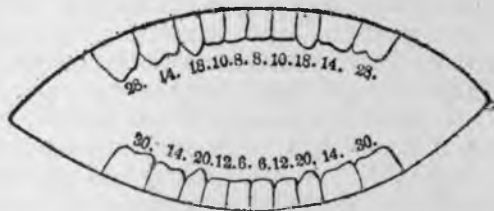


Рис. 52. Прорезывание молочных зубов. Цифрами обозначен возраст ребенка в месяцах и порядок прорезывания зубов.

локом они становятся настолько тверды, что не размазываются на пеленке, а скатываются с нее.

У детей, кормящихся грудью, даже без всяких заболеваний, иногда испражнения бывают до 5—6 раз, зеленоваты, иногда с белыми комочками. Если ребенок прибавляется в весе, хорошо себя чувствует, то нечего беспокоиться.

Иное дело у рожкового ребенка. При учащении у него испражнений или значительном изменении вида их надо немедленно обратиться к врачу, особенно, если это бывает летом.

Мочится ребенок в 4—5 раз больше числа кормлений, т. е. около 20—24 раз в сутки, больше всего, когда бодрствует, и выделяет с мочей около двух третей выпитой жидкости.

Моча у ребенка прозрачная и бесцветная.

Сон ребенка в первые недели жизни длится около 20-ти часов в сутки. Ребенок просыпается только для еды, пеленания, купания. Чем старше ребенок, тем он спит меньше, но все же к концу года ребенок должен спать не меньше 14-ти часов в сутки.

Подобно физическому развитию происходит постепенное развитие органов чувств и сознательности ребенка.

Ребенок рождается с развитым чувством осязания, кричит от холода и успокаивается в теплой ванночке, отличает пищу по вкусу, охотно пьет молоко матери, отказывается от соленого или кислого и различает грудь матери по запаху и отказывается от нее, если сосок смазан чем-нибудь плохо пахнущим. Слух и зрение при рождении плохо развиты. Вначале ребенок отличает только темноту и яркий свет, от которого он тотчас же смыкает веки, но постепенно приучается смотреть и поворачивать головку к несильному освещению.

Обычно ребенок при рождении совершенно глух, так как у него полость среднего уха занята не воздухом, а студенистой жидкостью. Только лишь на 3—4 неделе ребенок начинает слышать и поворачивать головку в сторону, откуда слышится звук.

Мозг новорожденного представляет собой „неоконченную модель человеческого мозга в уменьшенном виде, в которой много еще должно быть вырезано, вылеплено и отделано“. Сообразно с этим, у новорожденного очень мало сознательного. Лишь на 2-ом месяце жизни ребенок начинает следить за движениями предметов, и появляется первая улыбка. Ясные признаки ума обнаруживаются на 3—4 месяце. К этому времени он выражает удовольствие или неудовольствие—улыбкой или слезами, научается смотреть на выбранный предмет, узнает окружающих, особенно мать, выражает радость свою движением, смехом и веселым криком. На 4-м месяце управляет своими движениями и научается брать рученками предметы.

В конце 1-го полугодия начинает подражать движениям взрослых и мало-по-малу понимать выражения голоса, а затем и слова и целые фразы. К 9—10 месяцам научается говорить „папа“, „мама“. Дальнейшее развитие речи наступает на 2-ом году.

Вообще, физическое и духовное развитие ребенка в высокой степени зависит от ухода и любви, которыми он окружен. Если о ребенке не заботятся, то он развивается медленнее и производит впечатление отсталого ребенка. Но с другой стороны, вредно усиленно развивать ребенка, преждевременно усаживать его, заставлять его ходить в „ходульке“.

Для того, чтобы родители могли судить об отклонениях, мы приводим таблицу д-ра Келера о ходе развития здорового ребенка на 1-ом году жизни.

Первая улыбка	на 2-ом месяце.
Поднимание головки при положении на животе	„ 6—8 неделе.
Преследование глазами предметов, которые держат перед ними	„ 2-ом мес.
Плач и лепет	„ 2-ом „
Держание головки несколько минут	„ 3-ьем „
Узнавание близких лиц	„ 3—4-м „
Упираание ножками при поддержке под мышками	„ 4-ом „
Хватание блестящих предметов	„ 5-ом „
Удвоение первоначального веса	конец 5-го „
Сидение на руках матери	на 5-ом „
Самостоятельное сидение	„ 6-ом „
Прорезывание средних нижних резцов	„ 6—7-ом „
Стояние при поддерживании	„ 7—8-ом „
Прорезывание средних верхних резцов	„ 8-ом „
Вставание на ножки в кровати	„ 9-ом „
Первые шаги с посторонней помощью	„ 10-ом „
Прорезывание крайних верхних резцов	„ 9—10 „
Понимание слов и фраз и выражения просьбы жестами	„ 10—12 „
Прорезывание крайних нижних резцов	„ 11—12 „
Самостоятельное умение ходить	конец 12 „
Утроение веса	на 12 „

Уход за ребенком.

Наряду с естественным кормлением имеют огромное значение правильный уход и окружающая гигиеническая обстановка.

Если внимательно присмотреться к новорожденному, то увидим, как он беспомощен, слаб, чувствителен ко всему тому, что взрослому не причиняет никакого вреда. Кожа его тонка, легко ранима, кости мягки, мышцы дряблы, дыхание поверхностно, он часто мочится, испражняется, быстро охлаждается. Поэтому с первых же дней жизни надо следить за чистотой и температурой ребенка. Наиболее опасный враг — это грязь, так как в ней находятся, большей частью, микробы, вызывающие разные болезни. Мать должна следить за чистотой своего тела и одежды, так как с них могут попасть на грудь и сосок пыль и невидимые глазом бактерии.

За кожей нужен особый уход. Она выполняет очень важную работу: неповрежденная кожа служит защитой от проникновения микробов, регулирует температуру тела, выделяет с потом отработанные вредные части и дает знать своей чувствительностью об окружающих раздражениях. Для чистоты в первые полгода ребенка надо купать ежедневно, а позже — через один или два дня. Лучше всего купать в эмалированной, фаянсовой или цинковой ванне; конечно, если этого нет, то можно обойтись и корытом. Правда, в нем от употребления образуются трещины, куда попадает грязь, от которой корыто трудно очистить. Поэтому перед купанием необходимо корыто вымыть щеткой и горячей водой со щелоком. Корыто должно служить только для купания, и стирать в нем пеленки безусловно нельзя. Вода для грудничка должна быть 28° Р. и измерена специальным термометром для воды. Если его нет, то можно испробовать воду локтем, а не ру-

ками, так как чувствительность рук у многих людей бывает изменчива и не раз приводила к несчастьям. Теплая ванночка очень успокаивает ребенка, ее лучше всего делать вечером, перед последним кормлением. Этим мать удлиняет его сон и освобождает себя от ночного кормления. Если же вечернее купание возбуждает ребенка, то оно может быть перенесено на любое время дня, но надо помнить, что после еды нельзя лежать. Во время еды происходит прилив крови к пищеварительным органам и отлив от других частей тела, от мозга. Каждый человек это может обнаружить на себе, так как после еды чувствуется усталость и клонит ко сну. Если ребенку сделать после еды ванночку, то кровь будет отвлечена от пищеварительных органов в расширенные сосуды кожи и наступит неправильное распределение



Рис. 53. Купанье ребенка в ванне.

Для избежания раздражения кожи достаточно два раза в неделю мыть мылом. Лучше всего употреблять марсельское, яичное, миндальное или глицериновое мыло. Пахучие туалетные мыла раздражают кожу ребенка. Для мытья употребляют мягкие мочалки, тряпочки из стираного белья или лучше всего гигроскопическую вату; мочалка и тряпочка после мытья вымываются и прячутся от пыли, а вата выбрасывается. Губок не следует употреблять, так как их трудно чистить.

После купания обсушивают тельце мягким полотенцем или пеленочкой прижатием ее, но не трением, но все-таки так, чтобы нигде не оставалось мокрого места, особенно в паху, под мышками, на шейке. Затем присыпают эти места тальком, но можно и рисовой и картофельной мукой. Домашние средства, как крахмал и мука, вообще менее пригодны: они образуют комки и иногда загнивают. Присыпать лучше из баночки с крышкой с отверстиями.

Крови. Кроме того, при различных движениях в ванночке легко вызвать у ребенка рвоту. Температура в комнате должна быть обычная, т. е. около $15-16^{\circ}$ Р., натапливать слишком не следует; окна и двери должны быть закрыты, чтобы не было сквозняков.

До купания готовят белье и одежду ребенка.

Наливают раньше в ванночку столько воды, чтобы она могла покрыть тельце ребенка, измеряют температуру воды. Затем опускают голого ребенка в воду, подложив правую руку под ягодицы, а левой поддерживают головку и спину. Потом освобождают правую руку, которой моют тельце водой, переворачивают ребенка спинкой вверх и вымывают тщательно все складки, где собирается грязь. (См. рис. 41, 53). Надо следить, чтобы вода не попала в рот, уши и глаза.

После того, как ребенок вымыт, обсушен, завернут в пеленку и укрыт, ему обмывают лицо чистой кипяченной водой из отдельной чашки мягкой тряпочкой или ватой, которые нужно каждый раз брать свежие.

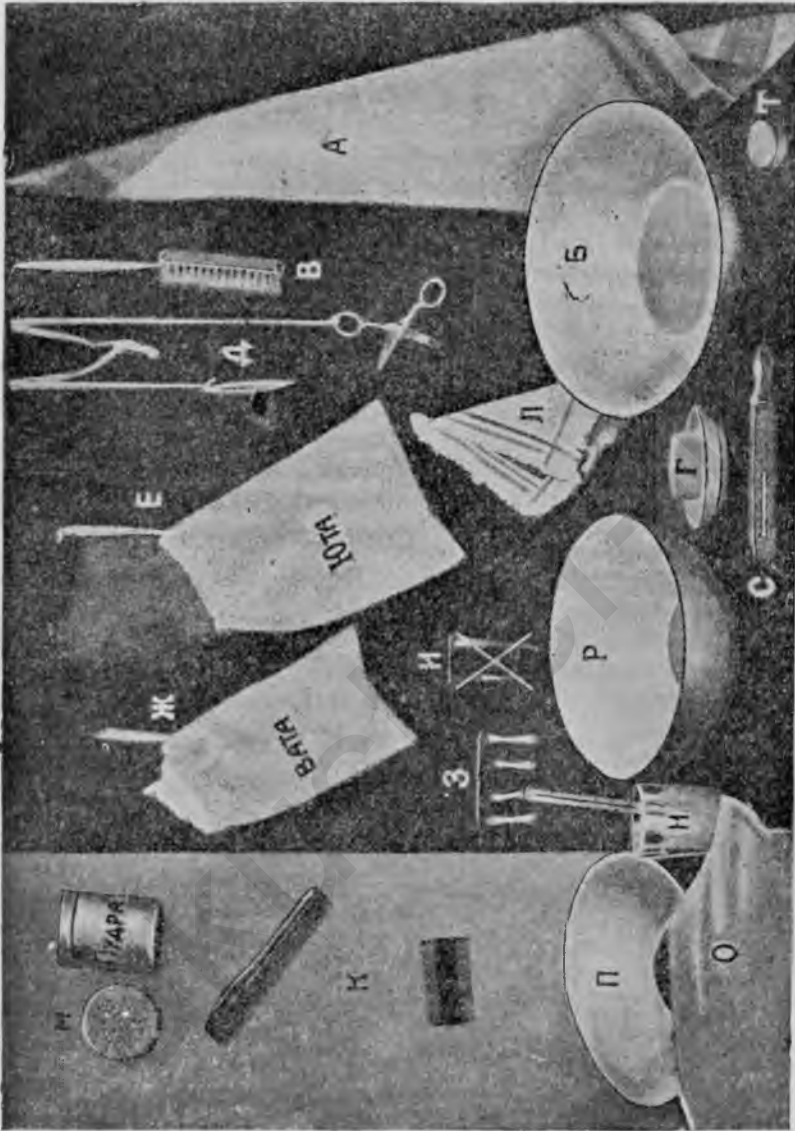


Рис. 54. Предметы для ухода за грудным ребенком.

- А. Ручное полотенце для няни.
 Б. Таз для мытья рук няни.
 В. Ручная щетка для няни.
 Г. Чашка для мыла.
 Д. Салфетка для мыла (ее нужно чисто содержать).
 Е. Ножницы для ногтей и ногтепестика.
 Ж. Ватные тампоники для носа и ушей.
 З. Запрещается пользоваться для носа и ушей деревянной палочкой с накрутой на нее ватой.
 И. Стакан для термометра.
 К. Горсть для ванны.
 Л. Тазик для обмыв. лица ребенка.
 М. Тазик для обмыв. тела ребенка.
 Н. Ванный термометр.
 О. Коробочка с вазелином.
 П. Горсть для обмыв. лица ребенка.
 Р. Тазик для обмыв. тела ребенка.
 С. Ванный термометр.
 Т. Коробочка с вазелином.

В течение дня приходится подмывать детей. У девочек надо делать это спереди назад, а не от заднего прохода к половой щели, так как таким образом можно внести заразу в половую щель.

После мочеиспускания нет необходимости каждый раз подмывать ребенка. Достаточно обменять пеленку, обсушить и присыпать его. Для обмывания глаз можно употреблять кипяченную воду или раствор борной кислоты ($\frac{1}{2}$ чайной ложки на стакан воды; ваткой легко обти-

рают глаз от виска к носу по тому направлению, по которому слеза естественно течет и смывает постороннее тело. Для очищения уха от серы, носа от корок скручивают фитилек из ваты, смачивают его водой или миндальным маслом, вводят в нос или в ухо. Затем другим фитильком обсушивают. Ни в коем случае не следует употреблять булавку, шпилек, спичек. Ими можно поранить слизистую оболочку носа или барабанную перепонку в ухо. Необходимые предметы по уходу за грудным ребенком видны на рис. 54.

Мы уже упоминали, что ротик не следует протирать. Ребенок сам его очищает движениями щек и языка.

Волосы надо стричь. Среди матерей существует предрассудок, что на 1 году нельзя стричь ребенка и что легко простудить его голову. Ногти надо коротко обрезать, а не откусывать, так как этим можно вызвать воспаление пальцев. Длинными ногтями дети царапают себе лицо, тело, а мы знаем, что всякий нарушенный, даже ничтожный участок кожи является открытыми воротами для микробов. Кроме того, под ногтями собирается грязь, которую легко внести в нежную кожу и вызвать сыпь и гнойнички. Если ребенок запревает или ягодицы очень мокнут, то лучше несколько дней не мочить этих мест, а смазывать их прованским, миндальным или прокипяченным подсолнечным маслом.

У мальчиков иногда под крайней плотью на половом органе скопляется грязь, в виде сыровидной смазки, трудно смываемой мочей. Для удаления грязи подогревают немного масла, смазывают им и, оттягивая мешок, вычищают ее ваткой.

В уходе за ребенком надо следить за температурой тела и уметь измерять ее. Температура ребенка колеблется между 36,8 и 37,3. Утром между 6—8 часами она бывает ниже; к вечеру, к 5—6 часам, температура поднимается, так как работа мышц и кишечника за целый день вызывает образование и накопление тепла.

Температуру измеряют в заднем проходе. Для этого кладут ребенка на бок, одной рукой придерживают ножку, другой вводят намазанный вазелином или маслом конец термометра и держат его 3—5 минут. После измерения термометр обмывают мылом или спиртом и встряхивают. Можно измерять в паху или под мышкой, но тогда прижимают ручку или ножку к телу и держат 10—12 минут.

Детская комната, одежда и постель.

Взрослый человек проводит в комнате только часть суток, иногда только ночь. Грудной ребенок вынужден оставаться в комнате почти круглые сутки, и от того, как устроено и обставлено его жилище, во многом зависит его здоровье. Для грудного ребенка лучше всего иметь отдельную комнату. В ней легче поддерживать чистоту и предупредить заболевание ребенка.

Детская комната должна быть достаточно просторна, не менее 5—6 кубических саженей, суха, выходить окнами на юг, освещаться солнцем и хорошо и быстро проветриваться. Если нет возможности иметь отдельную комнату, то надо выбрать такой угол, который легче содержать в чистоте. Он должен быть ближе к окну, к свету и не заставлен многими предметами.

Лучшим отоплением детской являются голландские печи. Они полезны тем, что во время толки испорченный воздух уносится тягою печи, а при открытой форточке идущий снаружи воздух постепенно и равномерно нагревается. Также хорошо водяное и паровое отопле-

ние, но при последнем надо следить, чтобы в комнате не было большой сухости. Для избежания этого можно налить в плоскую чашку воды или развесить чистое мокрое полотенце. Температура в детской должна быть 14—16° Р.

Сырая комната очень вредна для ребенка, она располагает к рахиту. При выборе комнаты или угла надо следить, чтобы не было пятен сырости на стене, сырого запаха. По этой же причине не следует стирать, сушить белье и пеленки в детской комнате. Детскую надо проветривать не менее 2-х раз в день, утром и вечером перед сном; летом окно или форточка должны быть открыты целый день.

Матери часто спрашивают, опасен ли для грудника „сквозник“. Если ребенок здоров, хорошо укрыт, то сквозник неопасен. Сквозной ветер лучше всего очищает комнату, так как своим током свежего воздуха удаляет бактерии, которые застревают в темных трудно проветриваемых углах. Если есть возможность, то лучше унести ребенка в другую комнату, вынести на свежий воздух постель, матрасик, устроить сквозной ветер, дать согреться комнате и тогда внести ребенка.

В детской не должно быть пыли. Стены и потолок должны быть гладкие, светлые, чтобы можно было тотчас увидеть загрязнение. Желательно, чтобы нижняя часть стены в рост человека была выкрашена масляной краской. Пол должен быть гладкий, крашенный или покрытый линолеумом, так как он хорошо моется, не имеет трещин и предохраняет от холода.

В комнате должно быть достаточно света, чтобы площадь окон составляла не менее $\frac{1}{8}$ части площади пола. Освещение по вечерам может быть электрическое, но некоторые родители почему-то считают его вредным. Последние исследования показали, что оно наиболее полезно и гигиенично, причиняет меньше вреда и требует меньше забот, чем газовое и керосиновое. Во всяком случае надо избегать ночников, лампадок и различных фитильков и свечей, которые дают копоть и портят воздух.

В комнате ребенка не должно быть лишней мебели, ковров, занавесей, ширм, потому что они вбирают много пыли и их трудно чистить.

Самая важная часть обстановки детской — постель. Нет необходимости подчеркивать, что каждый ребенок должен спать отдельно. Это полезно матери, но особенно ребенку. Если мать спит с ребенком, то во сне она может придушить его, легко передать свою болезнь (грипп, туберкулез), или кормить его, как это обычно бывает, так как мать ночью успокаивает ребенка грудью. Взрослый человек дышит, выделяет много испарений, кровать его не может быть в такой идеальной чистоте, как это нужно молодому, еще не развитому организму.

С первых же дней жизни надо приобрести кроватку, а где это невозможно, то ребенка на первых порах можно уложить на 2-х стульях с широкой подушкой или же в бельевую корзину, обтянув ее прежде простыней. Кроватку лучше всего покупать железную, с прутьями, окрашенную белой краской, около 100—105 см. вышины, и 75 см. длины, 50 см. ширины. Боковые стенки не должны быть сплошными, чтобы воздух свободно проникал в кроватку и чтобы ребенок, лежа в ней, мог видеть и знакомиться с окружающим его миром. Одна из стенок должна откидываться, чтобы удобнее было перестилать и укладывать ребенка. Маленькому груднику может служить кроватью детская коляска, но она не должна быть обтянута кожей или материалом, плохо пропускающим воздух, а лучше всего легко моющимся чехлом

Безусловно вредно пользоваться люлькой или кроваткой-качалкой. Укачивание влияет на головной мозг, как дурман, вызывает головокружение, отчего ребенок быстро засыпает. Укачивание иногда вызывает срыгивание (рвоту). Укачивание „на руках“ — вредная привычка, от которой потом трудно освободиться.

Часто бывает, что ребенок кричит от болей в животе, жажды, укуса блохи, а мать вместо того, чтобы выяснить причину и устранить ее, с остервенением качает ребенка, бегая с ним по комнате до тех пор, пока он не уснет, т. е. доводит его до потери сознания.

В кроватку кладутся матрасик и подушка, набитые конским волосом, морской травой или чистой мочалой; менее пригодны солома и сено, так как дают пыль. Самый мешок матраца должен быть из

плотного материала и хорошо стираться. Не следует употреблять пуховики, перины; в них ребенок сильно потеет и быстро опревает, кроме того, их трудно чистить.

Чтобы туфляк не портился, не загнивал от мочи, нужно покрыть его во всю ширину клеенкой с тесемками, которые завязывались бы под кроваткой.

Кроватку летом защищают от мух и комаров тонкой кисеей. Мухи своими липкими лапками разносят микробы, а комары передают малярию, если насосутся кровью у заболевшего ею.

Одежда грудного ребенка должна быть простой, теплой из пропускающей воздух материи, из бумажной ткани или стиранного полотна, не должна стеснять ребенка, так как движения дают ему тепло и укрепляют мускулы. Нижняя часть тела закутывается прежде всего в подгузник, т. е. в пеленку, сложенную треугольником. Широкая часть пеленки лежит на спине, нижние концы проводятся между ножками, а боковые закрепляются на животе. Сверх подгузника ребенок одевается зимой в две пеленки, нижнюю полотнянную и верх-



Рис. 55. Одежда грудного ребенка. А. Теплая пеленка. Б. Клеенка. В. Большая холодная пеленка. Г. Подгузник. Д. Кофточка. Е. Распашонка. З. Распашонка и кофточка (одна в другой). Ж. Нагрудник.

нюю бумазейную, между ними кладется небольшая клееночка 25—30 сант.

Для верхней половины тела служит распашонка и кофточки либо вязанки. Они должны быть без швов, завязываться тесемками и без пуговиц. Распашонка надевается спереди назад, а кофточка, у которой длинные рукава, сзади наперед.

Такой способ пеленания и одевания защищает ребенка от охлаждения, не стесняет дыхания и кровообращения и дает простор движениям. (Пеленание см. на рис. 42, одежда грудного ребенка изображена на рис. 55).

Излюбленный старый способ свивания ребенка и превращения его в мумию очень вреден и теперь оставляется даже отсталыми народами.

На головку надевать чепчик совершенно излишне; он вызывает потение головки, не пропускает воздуха к волосам; на шее от завязок получается трение, а если ребенок слюнит или срыгивает, то образуется опрелость.

Для слабых и маленьких детей употребляют конвертики, но в них не следует класть ваты. Вообще долго держать ребенка в конвертике вредно, потому что это ведет к перегреванию и ослаблению ребенка.

Для детей старше 6-ти месяцев годятся платица, чулочки и мягкие вязанные туфельки. Когда ребенок начинает ползать, лучше всего надевать ему штанишки, чтобы защитить животик и половые органы от загрязнения.

На стирку белья мать должна обратить серьезное внимание. Раньше всего нужно вымывать хорошо пеленки, потом вываривать, выстирывать мылом и хорошо проглаживать. Некоторые матери сушат смоченные мочей пеленки в комнате ребенка и пускают их без стирки в ход. От таких пеленок в комнате образуется скверный воздух, а нежная кожа детей страдает от оставшихся на пеленках солей. Когда мало пеленок, нужно их хотя бы тотчас после мочи прополоснуть, высушить и тогда лишь пользоваться ими.

Физическая культура в грудном возрасте.

(Прогулки, закаливание, обмывания, обыкновенные, соленные, воздушные и солнечные ванны, гимнастика).

При описании ухода за ребенком мы говорили, что детская комната должна быть просторна, хорошо проветриваема и не служить спальней для взрослых. Как бы часто ни проветривать, воздух в комнате не может быть таким, как на улице, в саду. Как показывают исследования комнатного воздуха, он содержит в себе постоянно вредные примеси: углекислоту, пыль, в которой часто содержатся остатки высохшей мокроты с туберкулезными палочками и другими бактериями, испарения белья, пота взрослых. В наружном же воздухе, особенно вдали от дорог, в садах, благодаря обилию света и солнца и дыханию растений, меньше пыли, бактерий, углекислоты и больше кислорода. Поэтому необходимо выносить ребенка на свежий воздух.

Так как новорожденные быстро охлаждаются, то зимою выносить для ежедневной прогулки следует не раньше 3—4 недель. Но пройти с ребенком 2—3-х недель жизни в консультацию раз в неделю совершенно безопасно. Вообще нужно считаться с погодой. В бурю или мороз сильнее 10° по Реомюру выносить не следует. Летом разрешаются прогулки со второй недели. Во время прогулки надо избегать пыльных, шумных улиц с большим движением.

В первые дни выносят ребенка на 5—10 минут и следят за состоянием его. Если ребенок не мерзнет, не синееет, то мало-по-малу увеличивают прогулку на 10 минут и доходят постепенно до 2—3 часов в сутки. Летом ребенок может находиться целый день в тени и только на ночь отправляться в комнату.

Для прогулки грудных детей можно вывозить в специальных колясочках или же выносить на руках. Необходимо соблюдение особых

правил держания ребенка на руках, так как при мягкости скелета ребенка нередко наблюдались искривления позвоночника и грудной клетки вследствие неправильного держания на руках. (См. рис. 56, 57).

Матери часто спрашивают, можно ли выносить ребенка в сырую погоду, после дождя или снега, не простудится ли, не заболеет ли гриппом. — Здорового ребенка можно выносить в сырую погоду, даже в дождь или снег, если он хорошо укутан и защищен и нет сильного ветра. Наоборот, воздух после дождя или снега чище, так как дождевые капли и снежинки уносят пыль с бактериями и освежают воздух. „Простуда“, грипп является заразной болезнью и переходит от одного к другому, большей частью от взрослых.

Простуживаются чаще всего дети изнеженные, рахитичные и мало гуляющие на воздухе.

Боясь простуды, матери держат часто в душной непроветренной комнате детей, заболевших насморком, бронхитом, воспалением легких. Они приходят в ужас, когда рассказываешь во время бесед в консультации, что в лучших детских больницах за-границей и у нас, в Ленинграде и Москве, таких детей выносят на воздух или укладывают на специально устроенных балконах, защищенных от ветра.

Таким образом, мать должна знать, что чистый воздух лечит, улучшает аппетит, настроение ребенка и никогда не приносит вреда.

Прогулки являются первой мерой закаливания. Многие понимают под этим словом постоянные обливания холодной водой или же приучение к хо-



Рис. 56. Правильное держание грудного ребенка на руках.

лодной погоде. Но это вредно для грудного ребенка. Под закаливанием надо понимать такой способ вскармливания и ухода, чтобы ребенок мог противостоять болезням всем своим организмом: легкими, кишечником, кожей, нервной и костной системой.

Другой мерой закаливания являются купания и обмывания. Ванны, помимо чистоты, имеют огромное влияние на нервную систему и кишечник. Капризный и крикливый ребенок в теплой ванне успокаивается, газы отходят, и ребенок блаженно засыпает. На больных детей, особенно с судорогами, имеют хорошее действие теплые ванны. Обыкновенная ванна делается из простой воды 28° Реомюра; после нее обливают водой на 1° ниже.

При рахите делают соленые ванны. К обыкновенной воде при-мешивают от $\frac{1}{4}$ до $\frac{1}{2}$ фунта соли на ведро воды. Прибавление соли, как и сама вода, усиливает обмен веществ, а это при достаточном и правильном питании ведет к нарастанию тканей и укреплению организма.

Многие дети с, так называемым, „экссудативным диатезом“ отличаются значительным отделением сальных желез на голове, склонностью к сыпям, чирьям, нарывам, гнойникам. На голове у них образуются желто-бурые корки, в складках кожи опрелость, часто болеют бронхитом и поносами, плохо спят и страдают от зуда кожи. На таких детей с различными сыпями очень хорошо действуют ванны из отрубей, из дубовой коры, ореховых листьев, из таннина.

Ванна с отрубями. Насыпают 200 грамм ($\frac{1}{2}$ ф.) пшеничных отрубей в полотняный мешок, разваривают в 1 литре (5 стаканов) воды в течение $\frac{1}{2}$ —1 часа в кастрюле; отвар вместе с мешочком выливают в ванну.

Ванна с дубовой корой. 400 гр. (1 ф.) дубовой коры варят в 2 литрах (10 стаканов) воды в течение 2-х часов. Получившийся отвар процеживают и разливают в 2 бутылки. На 1 ванну берут 1 бутылку отвара.

Ванна с таннином. 20 грамм таннина на ванну из 2-х ведер воды.

В лечебной ванне надо держать ребенка около 10—15 минут, после нее обливают простой тепловатой водой, т. е. приготавливают воду для ванны, отливают в кувшин, а за время купанья вода остывает немного и годна для обливания.

Для закаливания начали в последние годы пользоваться воздушными и солнечными ваннами не только для взрослых, но и для детей грудного возраста.

Воздушная ванна состоит в том, чтобы постепенно приучать голого ребенка к окружающему воздуху, сначала в комнате, а затем летом—на воздухе. Начинают с того, что оголяют при температуре комнаты в 15—16° P. ножки и ручки на 2—3 минуты. Через несколько дней раздевают кофточку и распашенку и оставляют только в одном подгузнике. Если ребенок не зябнет, не синее и у него не дрожит нижняя челюсть, то его раздевают совсем голым. С каждым днем увеличивают время на 2—3 минуты и доводят ванну до 1 или $1\frac{1}{2}$ часов в день. Затем переходят к ваннам на воздухе. Когда температура поднимается выше 20° по Реомюру в тени и ребенок приучен гулять на воздухе в легкой одежде, то поступают так же, как и в комнате, но только с тем, чтобы воздушная ванна производилась не на солнце, а в тени. Обращаем внимание матерей, что под деревьями не всегда бывает сплошная тень: между листьями пробиваются лучи солнца, которые могут причинить неподвижно лежащему голому ребенку сильный ожог кожи.



Рис. 57. Неправильное держание грудного ребенка на руках.

Когда ребенок приучен к воздушным ваннам, можно осторожно перейти к солнечным ваннам.

Солнечные лучи играют большую роль в природе и оказывают могучее влияние на человека. Они убивают бактерии, улучшают движение крови и состав ее, повышают обмен веществ, вырабатывают полезные продукты во всем теле и в коже, образуя темный цвет или загар. Если ребенок не загорает под влиянием солнечных ванн, то значит, что он слаб и требует внимания врача.

Солнечные ванны вначале делают в комнате, при закрытом окне, на подоконнике. Голую ребенка, приученного к воздушной ванне, оставляют у окна в течение 2—3 минут, чтобы он „купался“ в лучах солнца. Надо только следить, чтобы лучи не попадали в глаза ребенку; для этого обвязывают головку ребенка белой марлевой повязкой или же кладут его так,

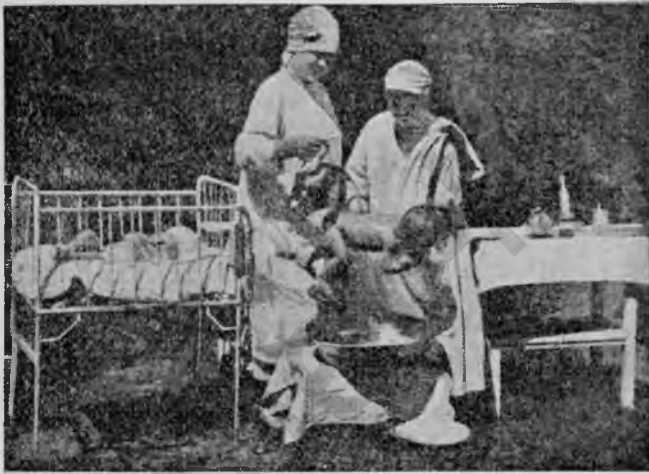


Рис. 58. Солнечная ванна.

чтобы головка была вне солнца. С каждым днем увеличивают время ванны на 2—3 минуты и приучают ребенка лежать спокойно на животике, на грудке, на одном и другом бочку и доводят ванну до одного часа.

Когда наступают теплые дни (20—22° Р.), то приучают к воздушным ваннам и постепенно делают солнечные ванны на воздухе в кроватке. (См. рис. 58).

Надо помнить, что солнечные ванны требуют большой осторожности и наблюдения. Солнце и летний зной могут привести к солнечному и тепловому удару, а также к тяжелому расстройству пищеварения. Некоторым детям стоит побыть несколько минут под лучами солнца, как у них образуется ожог. Поэтому очень важно следить за состоянием ребенка во время солнечной ванны. Если кожа сильно краснеет, ребенок очень потеет, или же возбужден, или ванна вызывает рвоту и понос, то надо ее прекратить и потом снова начать, оставляя ребенка меньше времени на солнце. Солнечные ванны, как и купанье, не следует делать тотчас после еды, лучше всего за час до еды.

После солнечной ванны полезно облить из кувшина теплой водой и осторожно растереть тело мягким мохнатым полотенцем. Воду можно брать, начиная от 25°, и понижать ее постепенно до 20° по Реомюру. Солнечные и воздушные ванны и обливания полезны не только

здоровым детям, но и слабым, нервным, раздражительным. Особенно они приносят пользу детям, склонным к хроническим воспалениям кожи, дыхательных и пищеварительных путей (дети с экссудативным диатезом), туберкулезным, слишком ожирелым и вообще изнеженным и склонным к простуде.

Так как дети обладают различной „конституцией“, то есть различными свойствами, особенностями и приспособляемостью к окружающим условиям, лучше всего, чтобы закаливание проводилось под контролем врача.

В последние годы грудному возрасту начали уделять много внимания, появляется много научных работ, сообщений и наблюдений, показывающих, что выносливость ребенка не так уж мала, как об этом раньше думали. Уже давно знали, что с физическим развитием ребенка связано и психическое, но больше всего занимались последним. Развитию мышц, укреплению его связок, всей костной системы уделялось мало внимания.

Несколько лет назад Германия повела борьбу с инвалидностью, и среди ряда мер врачи начали вводить гимнастику с грудного возраста для предупреждения рахита¹⁾.

Воспитание грудного ребенка.

Когда матери удивляются, что ребенка надо воспитывать на 1-м году жизни, им приходится приводить слова одного великого английского врача. Одна мать обратилась к нему с просьбой дать ей указания, как поступать с капризным ребенком, так как ему минул уже год и пора его воспитывать. В ответ врач ей сказал: „Вы, матушка, опоздали ровно на год, надо было начать воспитание с первых дней жизни“. Действительно, в обществе считают, что грудного ребенка нечего воспитывать, так как он мало понимает. Но это глубокая ошибка. Уже с первых дней у ребенка устанавливаются навыки, привычки или, как ученые говорят, условные рефлексы, которые постепенно в дальнейшей жизни укрепляются.

Первая и наиболее важная мера в воспитании грудного ребенка—приучение его к определенному порядку и умеренности. Ребенок должен получать пищу в назначенные часы и точно соблюдать промежутки между кормлениями (через 3 или 4 часа). Надо будить его днем, если пришел час еды, ночью совершенно не кормить. Опыт многих врачей и культурных и сознательных матерей показал, что это вполне возможно. Такой порядок предупреждает перекармливание, полезен для пищеварения ребенка и вырабатывает у него привычку владеть собой. Если ребенок кричит, то в первое время надо немного потерпеть и не давать груди; постепенно ребенок привыкает, успокаивается и научается требовать грудь в определенные часы. Матери страшно бояться крика ребенка. Если ребенок здоров, испражнения его нормальны, то покричать немного ребенку даже полезно, так как врачи находят, что он развивает этим легкие.

Другая важная мера—укладывание ребенка в определенный час без укачивания и пения. Лучше всего перед

1) В книжке Нейман-Нейроде — „Гимнастика для детей грудного возраста“ (цена 30 к.)—мать найдет подробные указания с рисунками, как выполнять гимнастику в домашней обстановке. Советуем только, на основании нашего личного опыта, быть осторожными или даже опустить упражнения №№ 3, 5, 13 и 14 и начинать гимнастику не раньше 6-ти месяцев. В. Л.

сном сделать ему ванночку, покормить и положить его в кроватку при ровном несильном освещении. Мать же часто при первом крике перед сном берет его на руки, бегаёт с ним по комнате, поёт до усталости или успокаивает пустышкой.

Если так поступают часто, то ребенок привыкает и кричит до тех пор, пока мать не удовлетворит его желания.

Отучить же потом ребенка от этой привычки почти не удастся и так же трудно, как и лишить его пустышки.

Пустышка далеко не безвредная вещь: она часто загрязняется, развивает излишнюю привычку к сосанию, отвлекает ребенка от окружающего мира и придает ребенку тупое, однообразное выражение лица.

Кроме того, укачивание, пустышка доказывают, что мать не желает потрудиться над воспитанием своего ребенка, чаще всего, что она сама нервна и раздражительна и не имеет достаточно терпения, чтобы создать у ребенка определенные привычки и умение владеть собой.

Часто при крике ребенка мать тотчас затыкает ему рот пустышкой; успокоив ребенка, не выяснив причины крика, она может пропустить, таким образом, серьезное заболевание у него.

При желании и настойчивости можно совершенно обойтись без пустышки. После того, как матерям указывался вред пустышки и разъяснялось, как воспитывать ребенка, многие потом обходились совершенно спокойно без нее. Только очень нервному ребенку, с позволения врача, можно разрешить пустышку.

Если мать создала эту привычку и не может отучить от нее, она строго должна следить за чистотой пустышки, мыть ее горячей водой с содой, держать ее в прикрытом стакане. Пустышка должна быть с костяным кольцом и не должна наполняться какой-либо пищей; иначе она будет походить на „жевку“, от которой так много умирает детей в деревне.

С 3—4 месяцев надо приучать ребенка к опрятности.

Для этого необходимо держать ребенка над горшочком и понуждать его возгласом помочиться. Ребенок быстро начинает понимать и выполнять требуемое.

Сажать на горшочек можно с 4—5 месяцев. Ребенок скоро привыкает испражняться, так как он стремится освободиться от неудобного положения на горшке. Во всяком случае, к 9—10 месяцам ребенок должен быть приучен к чистоте. (См. рис. 59).

До полугодия не следует слишком развлекать ребенка, после полугодия можно начать планомерно забавлять его. Но все же не надо забывать, чтобы ребенок умел сам себя занимать и не требовал постоянно присутствия взрослого для развлечения его.

Для этой цели служат кроватка с решеткой или манеж с привешенными игрушками и разумная обстановка комнаты. (См. рис. 60).

Манеж и кроватка могут служить не только для отдыха, но и для передвижения и упражнения мышц. Ясно, что держать ребенка в свивальнике не следует, так как это не дает развиваться мышцам и костям. Ребенок плохо дышит, легкие плохо выделяют углекислоту, и ребенок находится в состоянии постоянного медленного отравления плохим воздухом. В кроватке в одном подгузнике ребенок быстро вытягивает ручки и ножки, с удовольствием играя ими. Надо только следить, чтобы у ребенка не развивалась навязчивая привычка к сосанию одного или нескольких пальцев. Если замечается такая склонность, то нужно отвлекать от этого ребенка или надевать полотняную рукавичку.

Обстановка комнаты развивает ребенка и потому должна иметь ряд простых рисунков, понятных детям: цветы, животные, игрушки.

Рисунки должны быть ясны, не высоко повешены, хотя грудняки отличаются дальноркостью.

В комнате не должно быть однообразия, так как это утомляет и раздражает ребенка.

Игрушка является важным предметом в жизни ребенка, и как учит педагогика, не только забавой, а инструментом, прибором, по которому ребенок учится жить.

Поэтому на игрушки надо обращать серьезное внимание. Ими ребенок развивает свои органы чувств. Игрушки должны быть просты, удобны, гигиеничны и соответствовать возрасту ребенка.

С 3—4 месяцев можно пользоваться домашними предметами, чайной или столовой ложкой, деревянными или костяными небольшими предметами без острых концов. Надо следить, чтобы ребенок не причинил себе вреда ими и чтобы они были в чистоте.

Надо быть осторожными при покупке игрушек. Они должны быть без красок, легко мыться и чиститься. Лучше всего резиновые предметы в виде зверя, человека или птицы, или же целлулоидные куклы. (См. рис. 61).

Игрушка должна быть такой величины, чтобы ребенок не мог втянуть ее в рот. Как показали наблюдения над грудными детьми в яслях, чем больше предмет, тем реже тянет его ребенок в рот.

Большую пользу приносят погремушки и мячи. За шаром или мячом ребенок тянется, ползает, стремится захватить его обеими руками, чем упражняет глаза и обе руки.

Для ребенка 3—4 месяцев лучше всего повесить игрушку над кроватью на особой стойке с ящиком. Как только она наскучила ребенку, надо ее убрать и спустить другую. Сразу несколько игрушек давать не следует, так как они утомляют ребенка и рассеивают его внимание.

Для старших детей игрушки просто прикрепляют резиновыми тесемочками к кроватке или манежу, чтобы они не падали на пол и не грязнились.

Не следует давать ребенку первый попавший под руку предмет, так как ребенок все тащит в рот и может занести вместе с грязными предметами различные бактерии.

Родители должны проявить при воспитании настойчивость и твердость уже с 6-ти месяцев. В это время ребенок уже хорошо



Рис. 59. Приучение ребенка к опрятности.

узнает мать, отца, няньку, хорошо отличает веселую мину от суровой, ласковое обращение от брани.

Если пригрозить ему пальцем или ударить по ручке, то он ясно



Рис. 60. Манеж с игрушками.

понимает, что это означает. Конечно, нужно добиваться всего от ребенка лаской, но при упрямстве и нежелании надо и пригрозить ему. Бить его не следует, даже шутя. Дети скоро начи-



Рис. 61. Игрушки для грудных детей.

нают подражать взрослым, и у плохих матерей к концу первого года жизни ребенка можно видеть, как дети бьют их рученками, когда матери заставляют их укладываться спать, купаться или переодеваться.

С такими капризами надо медленно, но настойчиво бороться.

Для того, чтобы ребенок был здоров и весел, нужно, чтобы окружающая обстановка была радостной и уютной. Часто бывает, что в семье слишком много развлекают ребенка, преждевременно развивают еще неокрепший мозг, спешат, чтобы он скорее стал похож на „взрослого“, и делают из него игрушку для окружающих. Это так же вредно, как оставление ребенка без всякого внимания и без разнообразия впечатлений.

В этом можно было убедиться на детях в больничных учреждениях, детских приютах, домах грудного ребенка. Однообразная жизнь, голые стены, белые халаты у всех, отсутствие впечатлений и ласки так плохо действуют на детей, что при тщательном уходе и достаточном питании они отстают физически и психически. Как только же эти дети попадают в домашние условия, иногда худшие, чем в учреждениях, они быстро поправляются и хорошо развиваются.

При воспитании ребенка надо соблюдать ровность и справедливость, не подходить к нему в состоянии раздражения, не оставлять капризов, приступов гнева, ярости безнаказанными.

Здоровых детей следует приучать не дичиться посторонних лиц, открывать рот, показывать язык и зубы для того, чтобы врач, в случае болезни ребенка, не встретил с его стороны препятствий при осмотре, а со стороны матери излишних волнений.

Вообще нужно сказать, что порядком и регулярностью матери могут себя освободить от огромного числа лишних забот и беспокойств.

Главнейшие заболевания детей грудного возраста, предупреждение их.

Если снова обратиться к цифрам смертности, то увидим, что из 1000 детей на первом году жизни умирает:

от желудочно-кишечных болезней	84.
„ врожденной слабости	32.
„ болезней дыхательных путей	21.
„ остро-заразных болезней	11.

Но многие болезни, если и не ведут к смерти, то все же очень ослабляют ребенка, оставляют глубокий след на всю жизнь, если его вовремя не лечат. К ним относятся, так называемые, социальные болезни: рахит, сифилис и туберкулез.

Как видно из приведенной таблички, чаще всего бывают расстройства пищеварения. Дети, вскармливаемые грудью, болеют реже и переносят болезни легче, чем рожковые.

Расстройства пищеварения начинаются поносами или рвотой. Нормальные испражнения золотисто-желтого цвета делаются зелеными, водянистыми, иногда имеют вид рубленых яиц, приобретают кислый или гнилостный запах; к ним примешивается слизь, гной и даже кровь. Ребенок теряет аппетит, становится раздражительным, плаксивым; температура повышается у него. В таких случаях до обращения

к врачу лучше всего прекратить кормление и дать в течение 8—10 часов только кипяченую воду. У здорового ребенка, вскармливаемого грудью, пищеварение быстро восстанавливается. Иное дело рожковый ребенок. С ним нужно быть очень осторожным, особенно летом. Без медицинской помощи, пока начинают применять домашние средства и теряют время, за поносом начинается рвота, испражнения учащаются до 14—20 раз в сутки. брызжут, как из спринцовки, температура тела повышается, а руки и ноги становятся холодными, родничек западает, щеки и губы синеют, начинаются судороги, ребенок теряет сознание и нередко погибает.

Расстройства пищеварения бывают:

- 1) от перекармливания, реже — при голодании;
- 2) „ недоброкачественной пищи, загрязнения ее;
- 3) „ заражения ребенка гриппом, ангиной или другой заразной болезнью;
- 4) при перегревании, главным образом, летом;
- 5) „ резком охлаждении.

Лучшей защитой и мерой предупреждения поносов является кормление грудью. Расстройства пищеварения у грудного ребенка бывают чаще всего от неправильного кормления: либо мать не соблюдает промежутков в 3—4 часа, либо слишком долго и много кормит, особенно, ночью. Когда ребенок при кормлении грудью голодает, он перестает прибавлять или теряет в весе, плохо спит, худеет; кожа собирается в складки; у него или образуется запор, или его начинает слабить скудными, темными испражнениями. В таких случаях надо определить, сколько ребенок высасывает из груди и тогда лишь начать прикармливание.

Обычно заболевания бывают чаще всего при перекорме, при кормлении молоком, или же при длительном употреблении мучных отваров без молока. Особенно много вреда приносят различные патентованные фабричные препараты; также вредно кормление в первые месяцы жизни различными суррогатами (подделками) молока, о которых много кричат газетные рекламы. Если нет груди, то заменой ее может служить только свежее коровье молоко в определенных разведениях, но ни в коем случае не различные сорта муки, фабричные смеси или сгущенное молоко.

Иногда бывает, что врач назначает после острого поноса какой-нибудь слизистый отвар на 2—3 дня; мать же продолжает кормить отварами, кашами, без молока, все лето, чем вызывает тяжелейшее и с трудом поправимое заболевание.

На частоту поносов и тяжелое течение их особенно влияет летнее жаркое время. В душной, плохо проветренной комнате, в перине или слишком теплом ватном конвертике легко перегреть ребенка. Это ведет к ослаблению и уменьшению сопротивляемости его. Матери забывают, что летом грудной ребенок испытывает жажду, как и взрослый человек. Необходимо поэтому давать ребенку несколько ложечек воды или слабого чаю без сахару в промежутках между кормлениями или тотчас после еды. При искусственном вскармливании не надо увеличивать отдельных составных частей, особенно сахара, так как излишек его вызывает брожение и поносы.

Летняя жара понижает аппетит, затрудняет пищеварение ребенка, располагает его к поносам. Поэтому отдельные порции летом должны

быть меньше обычного. Если ребенку на 4-м месяце полагается 160 гр. смеси за раз, то лучше давать ему 120—130 гр.

Летом же особенно приходится следить за качеством покупаемого молока животных, приготовлением смесей, охлаждением их и хранением в холодном месте. Надо беречь молоко от пыли, мух, которые часто разносят инфекционные болезни.

Из заразных болезней на 1 году жизни чаще всего встречаются болезни дыхательных путей, особенно грипп. Нет почти ребенка, который в младенчестве не болел бы гриппом один или несколько раз. У ребенка появляется жар до 40°, краснота в горле, насморк и кашель; ребенок капризничает, теряет аппетит и сон, становится беспокойным. Часто присоединяется понос, особенно у детей, искусственно вскармливаемых. Заражение происходит, большей частью, от взрослых, у которых бывает кашель или насморк, на который они мало обращают внимания. А у ребенка заболевание протекает тяжело, 3—5 дней, и сопровождается иногда осложнениями: воспалением уха, легких.

Для предупреждения заболевания не надо допускать к ребенку лиц с кашлем, насморком, не разрешать его целовать, брать на руки; вообще следует держать ребенка подальше от больных. Если мать заболела гриппом, то она должна при кормлении обвязать рот и нос платком, чтобы не заразить ребенка. (См. рис. 39).

Оспа. Для предупреждения заболевания оспой необходимо каждому грудному ребенку в возрасте от 4-х месяцев сделать прививку оспы. Среди матерей установилось мнение, что прививку оспы можно делать только весной, но это совершенно неправильно. Привить ребенку оспу можно в любое время года, за исключением жарких, знойных месяцев.

Рахит. Рахит наиболее распространенная социальная болезнь раннего возраста, которая встречается у 90% всех детей и проявляется от 2-х месяцев до конца 2-го года, чаще всего с 6-го месяца жизни. Рахит известен с древности, но в прежние времена встречался реже. Люди тогда вели иной образ жизни, которая протекала в физической борьбе за существование, в постоянных передвижениях на открытом воздухе, под лучами яркого солнца, при разнообразном питании. Постепенно, с появлением культуры, жизнь и быт человека меняются; он поселяется и оседает в одном месте, живет скученно, ведет сидячий образ жизни, мало или односторонне упражняет свои мышцы, питается однообразно, преимущественно мясной пищей, и мало времени проводит на лоне природы. Это, помимо других причин, ведет постепенно к ослаблению и вырождению человека и его потомства. Оттого мы видим, что с ростом культуры рахит приобрел широкое распространение с 17-го столетия, и сейчас он достиг наибольшего развития в густо населенных местах в Западной Европе и у нас. Наоборот, в гористых местностях, в полярных странах, у диких народов, например, у африканских негров, мы редко встречаем рахит. Чаще всего он встречается и в более тяжелой форме среди пролетариата больших городов, особенно в зимние и весенние месяцы. Первоначальной причиной рахита мы точно до сих пор не знаем, но полагают, что он зависит от врожденного предрасположения, при котором происходит недостаточное отложение известковых солей в костях. Но зато мы знаем хорошо те моменты и условия, которые особенно располагают к нему, и знание их дает нам возможность облегчать и предупреждать тяжелые формы этой болезни.

Прежде всего рахит вызывается неправильным кормлением грудью, во 2-х, искусственным вскармливанием и расстройствами пищеварения.

Дети, питающиеся грудью, не перекормленные, болеют реже рахитом. У последних рахит особенно развивается, когда их перекармливают, или дают в первой половине года мучную пищу, или поздно начинают прикорм соками и овощами. Затем недостаток света, солнца, скученность жилищ, плохое проветривание и отсутствие прогулок на свежем воздухе — способствуют рахиту.

Кроме того, большое значение имеет наследственность. Недоноски, близнецы и слабо-рожденные дети уже с ранних месяцев обнаруживают признаки рахита и требуют еще больше внимания в смысле ухода и питания, чем обыкновенные дети. Рахит представляет собой болезнь всего организма, но проявляется чаще всего в костях, позвоночнике („рахис“ в переводе — позвоночник). Обычно болезнь начинается исподволь, постепенно. Ребенок теряет свой прежний веселый вид, начинает капризничать, становится бледным. Головка, особенно затылок, начинает потеть гораздо больше, чем это бывает во время кормления. Подушечка становится мокрой на большом пространстве от потения головки, которая к тому же лысеет в месте лежания. Затылок, вследствие недостаточного отложения извести, становится мягким, как пергаментная бумага. У здорового ребенка большой родничек и швы постепенно зарастают к 13—16 месяцу жизни. У рахитика из-за рассасывания костной ткани происходит увеличение родничка и расхождение швов, лобные и теменные бугры, наоборот, утолщаются, и вместо нормальной овальной формы головка принимает квадратную форму. Большой родничек у рахитиков зарастает поздно, к концу второго года, а иногда и к третьему.

Прорезывание зубов часто запаздывает, начинаясь со 2-го года, идет неправильно, не попарно, а по одному, не в том определенном порядке, о котором мы, в главе о нормальном развитии детей, говорили. Зубы начинают рано портиться.

Грудная клетка уплощается с боков, грудная кость выпирает вперед, образуя, так называемую, „куриную грудь“. На груди, на месте перехода хряща в кость, можно прощупать утолщение на ребрах, которые называются четками. У исхудавшего рахитика их можно видеть глазом по обеим сторонам груди; если такого ребенка начать рано усаживать, заставлять ходить или даже носить его только на одной руке, то под влиянием тяжести, вследствие мягкости костей, позвоночник искривляется, образуя „горб“ и боковые искривления грудной клетки (сколиоз), ноги делаются изогнутыми и становятся похожими на саблю („ноги колесом“).

Когда не принимают во время мер, и кости отвердевают в таком положении, то это ведет к тяжелым последствиям и уродствам. Внутренние органы от искривления позвоночника и всей грудной клетки изменяются, легкие с трудом расправляются, плохо дышат, и потому рахитики очень склонны к заболеваниям дыхательных путей. Неправильная, вследствие рахита, форма таза у девочек в будущем действует затрудняющим образом на нормальное течение родов. Рахитики начинают поздно сидеть, ходить. Походка у них с развальцем, похожа на утиную.

При рахите страдают не только кости, но и мышцы, которые делаются вялыми и дряблыми. При неправильном вскармливании образуются часто газы, кишечник вздувается и давит на слабые мышцы

живота, вследствие чего образуется огромный „лягушечий живот“ (См. рис. 62).

С развитием мышц у грудного ребенка связано и развитие психики. Поэтому рахитики часто отстают в развитии, раздражительны и очень легко возбудимы. Если рахитики очень нервны, беспокойны и возбудимость очень велика, то у них могут появиться судороги лица, конечностей. Английская болезнь часто сочетается с другой болезнью (спазмофилией), при которой обычно бывают судороги. Особенно опасны судороги голосовой щели (ларингоспазм). Ребенок при наступлении приступа бледнеет, откидывается назад, губы синеют, вначале почти исчезает дыхание, а потом ребенок дышит с шумом, так как воздух с трудом протискивается через суженную гортань. Если приступ быстро не проходит, то до прихода врача надо опрыскать ребенка водой, всунуть в рот палец и придавить немного корень языка. С того момента, как вернулось дыхание, лучше всего оставить ребенка в покое. При судорогах вообще до прихода врача можно сделать ребенку теплую ванну.

При спазмофилии часто бывают судороги, которые в обществе называют конвульсиями („родимчик“). У таких детей может и не быть рахита.

Располагают к спазмофилии большей частью те же моменты, что и к рахиту. Дети, которые кормятся грудью, редко страдают явлениями спазмофилии, которая наблюдается чаще всего при искусственном кормлении.

Судороги у таких нервных детей встречаются только зимой и весной, летом они совершенно исчезают. Погрешности в питании, перекармливание или одностороннее кормление молоком или мучными отварами вызывают до того скрытую склонность к судорогам. После различных заболеваний, гриппа и воспаления легких также происходят спазмоф и льные судороги. Они обычно бывают в возрасте от 3 месяцев до конца 2-го года жизни. У нервных детей при беспокойстве, излишнем крике, при резком охлаждении могут быть судороги, которые повторяются много раз. Склонность к судорогам чаще всего передается детям по наследству, и особенно часто бывает тогда у детей, когда они мало бывают на воздухе и остаются взаперти по целым дням в комнатах.

Для предупреждения рахита или для ослабления тяжелых форм и различных осложнений его необходимо соблюдать следующее:

1. Кормить детей грудью, не перекармливать, особенно рожковых.
2. Дать ребенку светлую, сухую, солнечную комнату; часто проветривать ее. При отсутствии отдельной комнаты выбрать чистый угол, поближе к окну.
3. Выносить ребенка круглый год на воздух.
4. Купать в соленых ваннах, делать ему воздушные и солнечные ванны.



Рис. 62. Рахитичные дети.

5. Начать с 6-ти месяцев заниматься осторожно гимнастикой при ранних признаках рахита.

6. С 3—4 месяцев давать фруктовые или овощные соки и прикорм в виде супа с овощами с 5—6 месяцев.

7. Кормить ребенка рыбьим жиром, в 2—3 месяца по 15—20 капель 2 раза в день, старшим детям давать по $\frac{1}{2}$ чайной ложечки 2—3 раза в день.

8. С больными уже рахитом детьми обращаться бережно, не сажать их, не ставить на ножки, укладывать на ровной поверхности. Ждать, пока ребенок сам почувствует потребность в сидении, стоянии и ходьбе.

9. Стремиться к раннему распознаванию болезни, носить ребенка в консультацию или показать врачу.

Большинство этих мер пригодно также для предупреждения и лечения судорог (спазмофилии), и, оберегая ребенка от рахита, мы тем самым уменьшаем и судорожные заболевания.

ГЛАВА ДЕВЯТАЯ.

ПЕРВЫЕ ГОДЫ ЖИЗНИ РЕБЕНКА.

Питание. Уход за ребенком в раннем детстве. Детская комната. Образ жизни ребенка. Соблюдение чистоты тела. Действие водяных процедур и закаливание детского организма. Солнечные ванны. Одежда ребенка. Игры, занятия, прогулки. Общее понятие о болезнях детей. Главные правила ухода за больным ребенком. Хронические болезни детского возраста. Болезни нервной системы. Глисты. Болезни верхних дыхательных путей. Острые заразные болезни. Половой инстинкт и половое влечение в раннем детстве.

Введение.

С первым годом жизни кончается период грудного возраста и второй год является началом самостоятельного выступления ребенка на жизненном пути. В то время, как в течение первого года жизни грудного возраста ребенок физиологически тесно связан с организмом матери, питаясь ее молоком в нормальном состоянии, — начиная со 2-го года, он вступает в период самостоятельного, по крайней мере, в смысле физиологическом, независимого существования. И задачи гигиены по отношению к этому периоду будут иные, чем по отношению к грудному возрасту. Если в грудном возрасте гигиена сводилась почти целиком к вопросам питания: обеспечению ребенку идеальной для него пищи, самой природой ему предназначенной — молока матери, регулированию доставки этого, почти единственного в течение первого года, питательного материала, то задачи гигиены следующего возраста значительно расширяются и усложняются.

Вопросы питания перестают занимать свое прежнее господственное положение, и выступают вперед другие проблемы физической и духовной культуры ребенка: физические упражнения, игры, воспитание органов чувств и т. д. Если в первый год жизнь грудного ребенка характеризуется бурным ростом его тела, то со второго года, начала его самостоятельного существования, наступает затишье в бурном росте: к 6-ти месяцам рост удваивается, к году утраивается, а дальше идет замедление роста.

С концом этого раннего периода совершается постепенный переход к другому периоду — к школьным годам, к 7—8 годам, когда почти заканчивается рост головного мозга, начинается усиленная деятельность половых желез и начинается смена молочных зубов. С 8-ми лет ребенок считается настолько окрепшим физически и умственно,

что уже может быть подвергнут школьным дисциплинам и обучению. Поэтому настолько благодарна и плодотворна роль гигиены в раннем детстве: она должна обеспечить ребенку свободу развития в условиях, наиболее приятных для упражнения и проявления всех скрытых в нем сил, физических и духовных.

В раннем детстве происходит формирование тела и духа, закладывается фундамент, от прочности которого зависит телесное и духовное благополучие будущего человека. Поэтому в истории индивидуального развития раннее детство играет огромную роль. Этот период является тем периодом жизни человека, в котором устанавливается его тип и закладываются основы его нравственного характера и не только для нормального развития, но и для болезненных изменений, оставляющих след на всю жизнь. Этот возраст имеет нередко решающее значение. В этом возрасте кладется начало порче характера, раздражительности, капризам и другим аномалиям. Корни каждой человеческой жизни — в детстве. Нет и не может быть нормального роста физических и духовных сил человеческой личности, если первые годы существования протекают в нездоровых, антигигиенических условиях. Потому необходимо всестороннее знакомство с гигиеной воспитания растущего организма, еще неокрепшего, легко подвергающегося ущербу под влиянием тех или других неблагоприятных моментов, дабы во-время уметь разобраться в тех или других отклонениях и помочь ребенку выйти на правильную дорогу самостоятельной жизни и приступить к школьному обучению в обстановке, ему незнакомой, и при условиях, заставляющих его физический и духовный организм подчиняться тем или другим дисциплинам, новым нормам жизни, лишаящим его прежнего беззаботного и свободного развития.

Поэтому правильное воспитание и умелый уход за ребенком есть краеугольный камень фундамента всей будущей здоровой жизни.

Со второго года жизни ребенок уже отнят от груди матери; он может теперь переваривать пищу, приближающуюся по составу к пище взрослого, надлежащим образом выбранную.

Питание.

Если мы зададим себе вопрос, как кормить ребенка, то для того, чтобы ответить, мы должны, прежде всего, рассмотреть анатомические и физиологические особенности пищеварительных органов в указанном возрасте. По окончании грудного возраста пищеварительные органы не только увеличиваются в размере, но и изменяются. Характерной особенностью пищеварительных органов в детском возрасте являются молочные зубы.

Молочные зубы меньше и слабее постоянных: на 5—6-м году они начинают притупляться, от 6-го года, приблизительно, они начинают выпадать, уступая место более крепким, снабженным более стойкими корнями, так называемым, постоянным зубам. В раннем детстве зубы представляют довольно ничтожную жевательную поверхность. Маленькие, вначале очень острые, но вскоре притупляющиеся, молочные резцы и клыки приспособлены только для откусывания и измельчения небольшого количества пищи.

На 5-ом году жизни обыкновенно появляются уже первые постоянные коренные зубы, позади молочных, но как раз в это время молочные зубы оказываются уже притупленными и стершимися, а у многих детей даже кариозными (больными костоедой); они ослабевают

под влиянием давления со стороны растущих кверху постоянных зубов и выпадают.

Итак, мы видим, что в течение всего раннего детского возраста, до 7—8 лет, детские зубы оказываются менее совершенными, чем зубы взрослых, и менее приспособленными для разжевывания и измельчения пищи. Эти соображения с полной ясностью доказывают ошибочность распространенного мнения, будто бы детям тотчас по окончании грудного возраста, после года, нужно давать пищу взрослых. Зубы ребенка не могут разжевывать такую пищу; только постепенно развивается у ребенка жевательная способность.

Подобно тому, как в детском возрасте совершается постепенный переход от детских зубов к зубам взрослого, также постепенно переход совершается и в строении остальных пищеварительных органов.

Наиболее подходящей для ребенка нужно считать жидкую пищу: молоко, чай с молоком (молочный суп). Пища по возможности должна быть кашицеобразной консистенции или должна растворяться, или разбухать в воде, или же легко размельчаться. Необходимо поэтому избегать всяких твердых кусков, большого количества сырых овощей, капусты, шелухи от фруктов, твердых и незрелых фруктов, грубого хлеба, картофеля в кусках, твердого мяса, особенно сухожилий. Продолжительное употребление этих веществ вызывает у детей расстройство пищеварения и тем легче, чем меньше ребенок в состоянии разжевать пищу, т. е., чем он моложе.

Количество пищи должно быть так рассчитано, чтобы оно покрывало, лучше всего с некоторым избытком, пищевую потребность, указанную в таблицах.

Кормить детей мы должны смешанной пищей: все мягкие сорта мяса, в виде свежей рыбы, свежей дичи (котлеты), яйца в смятку, молоко и все молочные блюда, каши, пуддинги, супы, творог свежий, масло, все сорта хлеба—сухого, гренки, зеленые овощи—только вареные и в небольшом количестве. Все сорта капусты в разваренном виде, стручковые овощи и картофель в форме пюре или мягко свареный (жареный картофель—только старшим детям). Мягкие, очищенные от кожицы фрукты, лучше всего в вареном виде.

На основании этого и с помощью приведенной таблицы мы можем составить меню для ребенка, а также контролировать, насколько целесообразно и достаточно он питается. Приведем таблицу, пригодную для обычного пользования детей здоровых:

Суточный примерный паек для здоровых детей в возрасте от 3 до 5 лет с средним весом в 15 кило

Название продуктов	Количество
Хлеб белый	200,0 — $\frac{1}{2}$ ф.
Молоко	400,0 — 2 ф.
Мясо	50,0 — $\frac{1}{8}$ ф.
Масло коровье	20,0 — 5 зол.
Яйца	1 шт.
Картофель	50,0 — $\frac{1}{8}$ ф.
Крупа	40,0 — 10 з.
Овощи свежие	50,0 — $\frac{1}{8}$ ф.
Сахар	20,0 — 5 зол
Фрукты свежие	1 небольшое яблоко или груша

В приведенной таблице указывается норма, несколько превышающая физиологическую; но необходимо учитывать неполную усвояемость вводимой в организм пищи. Можно в среднем признать, что 10—15% принятой пищи не усваивается. Во главе всех пищевых средств для ребенка стоят жидкие и кашицеобразные вещества, молоко, молочный и мясной супы, каши. Молоко, хотя оно по окончании грудного возраста и не является уж исключительной пищей, все же служит для ребенка самым важным, самым удобоваримым и самым дешевым пищевым средством. Вследствие высокой степени питательности и удобоваримости молочных блюд, особенно надо настаивать на их употреблении.

Почти такую же важную роль, как молоко, играют в питании детей мясные супы (не чистый бульон), засыпленные всевозможными крупами и овощами.

Необходимо избегать в пище ребенка таких вкусовых средств, как горчица, перец и другие пряности, так как они вредно отражаются на здоровье ребенка, особенно впечатлительного.

Чрезвычайно вреден для детей алкоголь, в виде ли пива, вина и т. д., так как под влиянием его несомненно устанавливается недостаточное физическое развитие (замедление роста), малая сопротивляемость по отношению к инфекционным заболеваниям (особенно к туберкулезу), нервная слабость, недостаток умственного развития и эпилепсия (падучая). Нет ни одной хорошей стороны в употреблении алкоголя у детей, которую можно было противопоставить этому множеству расстройств, вызываемых им. В виду изложенных оснований нужно решительно предостеречь от употребления спиртных напитков в детском возрасте.

Из других вкусовых средств надо указать на кофе и чай. Оба эти напитка далеко не безразличны, так как в них содержатся ядовитые вещества, кофеин и теин, которые вызывают повышенную возбудимость нервной системы. А так как нервная система ребенка и без того отличается легкой возбудимостью и раздражимостью, то кофе и чай на ребенка производят особенно сильное действие, которое при продолжительном употреблении этих напитков ведет к болезненному повышению возбудимости нервной системы. Нередко последствием регулярного употребления кофе, чаю в детском возрасте появляются нервные сердцебиения, головокружение, бессонница и т. д. Все эти симптомы чаще наблюдаются при употреблении кофе. Мягче и менее возбуждающе действует какао, шоколад. Кроме того, в этих препаратах заключается довольно значительное количество белков и жиров. На этом основании можно давать ребенку умеренное количество этих веществ.

Лучше всего вовсе исключить из диеты ребенка сладости в виде конфет, так как в большинстве случаев они заключают в себе пряности, краски, эфирные масла и т. д., не безвредные для ребенка.

Вообще, при приготовлении пищи нужно возможно меньше прибавлять пряных веществ и не пересаливать пищи, так как обычно блюда даже при малом количестве соли содержат достаточное количество солей. Продолжительное же раздражение пищеварительных органов может вызвать предрасположение к заболеваниям.

Итак, относительно всех вкусовых средств, спиртных напитков и пряностей известно, что они приносят много вреда организму ребенка и в то же время не приносят никакой пользы. Поэтому все они не должны иметь места в диете ребенка. Опыт показывает, что ребенка необходимо кормить 4 раза; распределение питания на 4 приема

вполне соответствует требованиям гигиены; часы приема могут быть намечены приблизительно так: 9 час. утра—завтрак, 1 час дня—обед, 5 ч. дня—полдник, 7 ч. вечера—ужин.

Необходимо соблюдать регулярность в приеме пищи. Сверх обычных приемов пищи, ребенку не следует давать никакой другой пищи или вкусовых веществ, не давать фруктов или сладостей в промежутках между приемами пищи. Это не только портит аппетит, вследствие чего ребенок получает меньше питательных веществ, но при известных обстоятельствах может вызвать какое-нибудь заболевание. Если соблюдать строгую регулярность в приеме пищи, можно добиться того, чтобы здоровый ребенок обнаруживал нормальный аппетит и съедал всю порцию.

Ребенок должен есть или научиться есть всякую подходящую для него пищу, но суровых принуждений при этом не должно применять. Мы, с своей стороны, должны применять все средства, чтобы пища была вкусной. Необходимо пользоваться каждой возможностью и каждым моментом, способным возбудить аппетит и тем самым улучшить пищеварение. Необходимо приложить все силы и средства к тому, чтобы достигнуть лучшего вкуса пищи. Пища, которая приходится по вкусу ребенку, уже этим самым приобретает для него питательную ценность. Особенно это важно при уходе за больным ребенком.

Кроме вкуса, другим еще более важным требованием, которое гигиена питания предъявляет к пище ребенка, является ее разнообразие, а для растущего организма это требование имеет особое значение. В диете детей необходимо поэтому добиваться всеми средствами разнообразия так, чтобы в течение недели, по крайней мере, состав обедов не повторялся. Давать на ужин то же, что было к обеду, нельзя считать гигиеничным. Вообще характер ужина должен быть иной, чем характер обеда. Он должен быть не столь плотным, как обед, и по преимуществу состоять из пищи, легко перевариваемой и усвояемой. Наиболее рациональным для ужина является следующее: протокваша, яйцо в смятку, молоко, молочный или какой-нибудь другой кисель и т. п.

Недостаток разжевывания пищи или слишком быстрая еда могут принести вред ребенку. Нужно устранять мягкими мерами воздействия эти дурные привычки.

Итак, скажем коротко: простой гигиенический домашний стол, состоящий из обычного количества приемов пищи с небольшими изменениями обычных, годных и для взрослых, форм пищи, — составляет для ребенка наилучшее питание.

Уход за ребенком в раннем детстве.

Для того, чтобы развить ребенка в физически совершенно взрослого человека, необходимо не только целесообразное питание; нужен еще целый ряд мер, которые способствуют развитию ребенка, устраняют от него вредное влияние или до возможного минимума ограничивают действия последнего. Одним словом, ряд мер, которые мы объединяем под общим понятием „ухода“. Меры эти должны касаться, как забот обо всем теле, так и о уходе за отдельными органами, при том не только в состоянии здоровья, но и при заболеваниях ребенка, и в последнем случае меры ухода заслуживают особого внимания, так как именно при заболеваниях некоторые органы нередко подвергаются глубоким видоизменениям.

Прежде всего рассмотрим, какого ухода требует в общем тело здорового ребенка.

Детская комната.

Начнем с жилища. Оно дает человеку защиту от непогод, но не должно лишать его воздуха, света и естественного тепла. Оно должно служить уютным и приятным убежищем в тяжелой борьбе за существование и эстетическим отдыхом после дневной работы для ребенка, который во всех отношениях более впечатлителен, чем взрослый.

Все те качества, которые мы требуем от здоровой уютной квартиры для взрослых, мы еще в большей мере должны требовать для ребенка.

Происходит ли сырость в квартире от дождя или почвы, от недостаточной просушки или плохого проветривания— это безразлично. Но сырая квартира на ребенка действует еще вреднее, чем на взрослого, слишком высоким содержанием влаги в воздухе, плохой вентиляцией через сырые стены и т. д. Итак, отсутствие сырости— первое требование, которое мы должны предъявлять к жилищу, предназначенному для ребенка.

При выборе помещения для ребенка мы, по возможности, должны предпочитать комнату, расположенную к югу, востоку или западу. Окна в детской комнате должны быть достаточно велики, отношение поверхности окон к поверхности пола должно равняться 1:5.

Устройство комнат ребенка. Прежде всего комната должна быть так устроена, чтобы в ней сохранялась, по возможности, одинаковая температура, без внезапного колебания, но при возможности хорошей вентиляции. Наилучшая температура— 14—16° по Р. Такая температура и наиболее приятна и в то же время, как показывает опыт, лучше всего защищает от, так называемых, простудных заболеваний. Не следует оставлять детей в течение долгого времени в нетопленном, холодном помещении. Продолжительность пребывания в недостаточно согретом помещении опасна для здоровья ребенка, особенно во время сна его: продолжительное охлаждение лица (и верхних дыхательных путей в нетопленном помещении), не влияя на закаливание, может повести к заболеванию дыхательных путей или, по крайней мере, к излишней потере тепла и энергии.

Необходимо прибегать к отоплению помещения, проветриванию, в целях осушки его и очищения воздуха, по крайней мере, в течение дня, с утра и под вечер.

Освещение детской комнаты. Освещать комнату большую часть года приходится искусственным освещением. Слишком большую яркость освещения (электрический свет) можно смягчить матовым стеклом или несколько затенять тонким слоем папиросной бумаги. Электрическое освещение вовсе не дает порчи воздуха, и в то же время оно дает некоторое количество лучистой теплоты; освещение керосиновыми лампами, употребляемое часто при этом и для нагрева помещения, мало пригодно в гигиеническом отношении. Керосиновые лампы дают часто много копоти, портят воздух продуктами сгорания и небезопасны в пожарном отношении; потому для детской комнаты мы должны требовать не только достаточного количества света, но и такого устройства освещения, при котором ребенок не мог бы нанести себе вреда; другими словами, лампы должны быть так расположены, чтобы ребенок не мог их достать.

Стены и пол детской комнаты. Наряду с отоплением и освещением мы должны также обращать наше внимание на стены и пол детской комнаты. Пол и стены должны быть так устроены, чтобы их легко можно было чистить. Пол, кроме того, должен быть непроницаем для нечистот. Пол, покрытый толстым линолеумом представляется самым красивым и целесообразным во всех отношениях; вполне удовлетворяют своей цели крашенные масляными красками деревянные полы, при условии их прочности и отсутствия в них трещин, которые обычно забиваются мусором. Постилка на полы ковров с гигиенической точки зрения вредна, особенно в детской, так как ковры обычно служат вместилищем пыли, легко загрязняются и могут служить источником заражения детей инфекционными заболеваниями.

То же, что сказано относительно пола в детской комнате, относится и к стенам ее. Непригодны масляные краски для стен в детской комнате, так как при такой окраске почти совершенно устраняется естественная вентиляция через стены. Допустима окраска масляными красками стен в нижней их трети, для удобства более частого обмывания их, две трети верхние остаются некрашенными; там производится побелка их клеевой краской, повторяемая время от времени; в целях дезинфекции помещения целесообразнее, практичнее, дешевле и гигиеничнее красить все стены сплошь клеевой краской, так как мы этим самым предоставляем ребенку возможность располагать стенами, согласно его эстетическим потребностям, украшать их, соответственно своему вкусу и подбирать соответствующие рисунки, изделия, что не совсем возможно на масляных стенах и при обоях.

Вообще клеевую окраску стен, ежегодно возобновляемую, следует предпочитать масляной и обоям. Оклейка стен обоями представляет немало неудобств в детской: они часто обрываются и загрязняются, а естественная вентиляция уменьшается почти вдвое.

При клеевой окраске стен и при небольших средствах возможно изукрасить стены детской художественными украшениями, в форме фризов, в верхней части стен, как более постоянной, а в нижней части чаще сменять те или другие картины, доступные пониманию ребенка; все это будет способно развить художественный вкус у ребенка, будить в нем чувство красоты.

Обстановка комнаты. Что касается обстановки комнаты, то и в этом отношении нетрудно согласовать требования гигиены и красоты. Так, например, недопустимы гардины на окнах детской, они легко загрязняются и служат источником накопления пыли. Простая и гладкая занавесь гораздо гигиеничнее.

Вся мебель детской: столы, стулья, скамьи, шкафы, игрушки, гимнастические приспособления должны отличаться возможной простотой, и чем проще обстановка комнаты, тем она красивее и гигиеничнее. Мебель не должна иметь острых краев, она должна иметь крепкие, устойчивые, широко расставленные ножки и гладкую поверхность. Такую мебель легко мыть и чистить. Если ребенку, за неимением детской спальни комнаты, приходится спать в общей спальне, со взрослыми, то, во всяком случае, он должен иметь отдельную кровать. Все возможные заразы, недостаточно глубокий сон, нередко следуют за совместным сном. Само собой разумеется, что необходимым условием спокойного сна являются соответствующие возрасту размеры кровати. Кровать должна быть на 10—20 см. больше роста ребенка; подстилкой служит тонкий, жесткий матрасик из морской травы, но

лучше из конских волос, следует избегать перин. Матрац покрывают полотняной простыней. Подушкой пользоваться тонкой из конских волос, укрывать ребенка полотняной простыней и поверх шерстяным одеялом, смотря по сезону.

Для детей младшего возраста подкладывают под простыню клеенку и приподнимают решетку с боков кровати, чтобы ребенок не мог выпасть.

Чистота детской—необходимое условие здоровья ребенка.

Надо избегать излишних, загромождающих детскую спальню, предметов домашнего обихода.

Образ жизни ребенка.

Сон. Какой образ жизни наиболее подходящ для ребенка? Мы должны позаботиться о достаточном сне для ребенка, так как таковой крайне необходим для его физического и духовного развития. Мы из ежедневного опыта знаем, что чем моложе ребенок, тем больше он спит.

На третьем году жизни ребенок спит 12—14 часов в сутки, считая и дневной сон, на 5—6-ом году—11—12 часов. Дневной сон очень полезен, особенно для нервных детей, и следует всегда способствовать ему, пока сам ребенок не отказывается засыпать днем, что бывает обычно в конце 3-го года. С 4—5 года ребенок перестает спать днем.

Гигиена сна. Что касается глубины сна, то дети раннего возраста обычно спят наиболее глубоко, и в общем сон наиболее глубок в течение первых часов. Чем дольше продолжается сон, тем более проходит утомление ребенка. Такой продолжительный и глубокий сон составляет правило для ребенка, пока он здоров и пока какие-нибудь нецелесообразные условия в образе жизни и в окружающей обстановке не нарушают его сна, что часто случается при запорах, вследствие накопления газов, и при глистах. Если ребенок проводит день в протях, свойственных его возрасту, играх в прохладном помещении, если его регулярно и во время укладывают в постель, то он будет спать достаточно долго и глубоко, чтобы на другой день проснуться бодрым, свежим и веселым. Когда ребенок проснулся, то вредно оставлять его в кровати.

Ужин должен проходить не менее, чем за 1 час до сна, при чем нельзя давать ребенку много есть и пить на ночь. Лучше всего ограничиться одним стаканом молока и куском булки. Физические занятия (бег и игры), а у более старших детей умственные упражнения должны прекратиться за полчаса до сна. Воздух в спальне должен быть чист, свет только затемнен. Не следует допускать детей спать в одежде, обуви, даже в чулках. Это затрудняет кожное дыхание и изнеживает детей. Самый глубокий сон бывает у детей в течение первого часа по засыпании, потом он постепенно ослабевает и на 5-ом часу оказывается наиболее чутким. На основании этого следует будить малых детей и сажать на горшок, для плотности, часа через 3 после засыпания и под утро, когда сон довольно глубок и ребенок не чувствует своей потребности. Важно не забывать также об опорожнении мочевого пузыря на ночь. Будить детей в случае необходимости следует осторожно и нежно; тогда это не отзывается на их здоровье никакими вредными последствиями. Сон—верный показатель здоровья. Если ребенок плохо засыпает, тревожно спит, слишком рано просыпается утром, то это указывает на

нарушение основных гигиенических требований. Сильные физические или умственные утомления, тяжелый ужин, возбуждающие напитки (чай и кофе), на ночь страшные рассказы ухудшают сон; но нередко плохой сон зависит от общей раздражимости и слабости нервной системы ребенка.

Соблюдение чистоты тела.

Дыхательная и выделительная деятельность кожи у ребенка более энергична, чем у взрослого. Всякое загрязнение кожных покровов препятствует этой деятельности. Кроме того, кожа детей очень нежна и, следовательно, легко ранима. Поэтому различные сыпи, особенно паразитарные, наблюдаются чаще всего у детей первых лет жизни. Ребенок постоянно играет на полу, возится с песком или с домашними животными, грязнится от них, а иногда и заражается. Самое верное средство предупредить развитие кожных болезней — это чистоплотное содержание ребенка. Не следует также держать в доме животных (кошек, собак) или позволять детям играть с ними, так как, кроме обычных паразитов, дети могут заразиться от собак и кошек теми или другими глистами, получить паршу и стригущий лишай; играть чистым песком можно позволить, но нельзя играть землей, так как в ней нередко находятся бактерии столбняка.

Для соблюдения чистоты тела следует мыть детей в ванне мылом не менее одного раза в неделю, температура воды 26—27°Р. В летнее время, кроме ежедневных ванн, рекомендуется еще купание в ванне при температуре 22° по Реомюру. Когда ребенок сидит в воде, следует наблюдать, чтобы уровень воды достигал только до его сосковой линии, при большей погруженности тела давление воды будет сильно стеснять дыхание и кровообращение. Верхнюю свободную часть тела следует поливать во время ванны, а перед ванною надобно всегда смочить голову прохладной водой.

Прогулки в летние дни босыми ногами по речному или морскому песку могут быть полезны, но при обувании необходимо вымывать ноги. Хождение босыми ногами по теплой воде также вреда не представляет, но нельзя позволять детям садиться и лежать на сырой земле и мокрой траве, так как это предрасполагает к заболеваниям.

При заботах о чистоте тела следует наблюдать за тем, чтобы дети мыли себе руки перед едой, а также чистили зубы и мыли лицо утром и на ночь.

Надобно заметить при этом, что употреблять мыло для рук необходимо, так как без мыла нельзя отмыть грязи, но для других частей тела оно представляется нежелательным, так как от действия мыла растворяется кожная смазка сальных желез а при ее удалении кожа становится сухой и легко раздражается от внешних влияний. К чистоте тела относится еще гигиена ногтей и волос, к рассмотрению которых мы переходим.

Гигиена ногтей. Длинных ногтей у детей быть не должно. Грязь, скопившаяся под ногтями детей, как показали научные исследования, содержит массу микробов и нередко туберкулезные палочки, яйца глист. У некоторых детей замечается привычка кусать себе ногти или сосать пальцы. Сосание пальцев, равно как и обкусывание ногтей, у некоторых очень нервных и раздражительных детей составляет один из признаков общей нервозности.

Уход за ногтями очень прост: ногти на руках и в особенности на ногах следует аккуратно и часто подстригать. Кожицу, пе-

реходящую с пальцев руки на ногти, надобно отодвигать тупыми концами ножниц, во избежание заусениц. Руки следует мыть утром, вечером и перед едой и тщательно вытирать пальцы также во избежание заусениц.

Ноги моют возможно чаще (ежедневно). Длинные ногти легко врастают в кожу, если их своевременно не подрезывать.

Гигиена волос. — Рекомендуют сохранять волосы детей на зиму, так как они греют голову, и стричь их на лето. При всех тяжелых заболеваниях следует также, не жалея волос, немедленно остричь голову ребенка. Своевременное удаление волос уменьшает прилив крови к мозгу и значительно облегчает воздействие компрессов и льда на голову. Жалеть волосы в этих случаях не следует, так как после болезни они все равно будут падать, между тем при таких болезненных состояниях ребенка длинные волосы безусловно беспокоят его и усиливают головные боли. Если ребенок носит длинные волосы, что чаще допускается у девочек, то необходимо наблюдать, чтобы они не падали на глаза, так как это портит зрение, и чтобы они не закрывали плотно ушей, так как это ослабляет слух. Туго завязывать волосы—вредно для роста волос. Волосы ребенка необходимо расчесывать два раза в день: утром и вечером. Мыть голову при длинных волосах надо 2 раза в неделю, смачивать волосы по утрам не следует, так как вода только растворяет скопившуюся на них грязь. У некоторых детей наблюдается при сухих волосах много перхоти на голове, у других волосы оказываются, наоборот, очень жирными. В первом случае надо смазывать голову американским вазелином. во втором случае—лучше стричь волосы и чаще мыть голову мылом.

Действие водяных процедур и закаливание детского организма.

Мы уже кратко коснулись вопроса об уходе за чистотой водяными процедурами. Посмотрим, какое действие производят они на организм. Ясно, что как частичные обмывания рук и лица, так и общие обмывания всего тела и ванна, прежде всего способствуют очищению тела; поэтому необходимость пользования ими в этом отношении не требует особых доказательств. Но затем, кроме побочного, механического и химического раздражающего действия, вода производит более или менее сильное тепловое раздражение в зависимости от ее температуры. Такое раздражение по своему местному и общему действию различно, смотря по тому, употребляем ли мы холодную или теплую воду и в зависимости от продолжительности раздражения. Мы знаем, что целесообразным применением прохладных ванн мы повышаем работоспособность мускулатуры тела и сосудов, а применение теплых ванн понижает ее.

Прохладными ваннами мы повышаем, теплыми понижаем возбудимость нервной системы.

Применением теплых ванн мы можем влиять на выделительную деятельность кожи, в особенности на отделение пота.

Точно также при помощи раздражения холодом и теплом мы можем в значительной степени воздействовать на механизм дыхания.

Затем можно действовать на местное или общее распределение тепла, применяя холодное или теплое обмывание, ванны или обертывание и т. д.

Мы знаем, что на всякое воздействие, в том числе и на температурное раздражение, детский организм реагирует значительно сильнее,

чем организм взрослого человека. Неприятное и вредное действие водных процедур так же, как и полезное действие их, у ребенка обнаруживается с особенной силой.

Поэтому если, с одной стороны, мы знаем, что подходящее лечение водою успокаивает лихорадящего ребенка, укрепляет деятельность его сердца и легких, то, с другой стороны, нам известно, что слишком холодная ванна может губительно повлиять на ребенка, и систематическое применение холодной воды с целью закаливания во многих отношениях оказывает вредное действие на здоровье ребенка.

Нередко под влиянием такого рода закаливания развивается тяжелое малокровие и появляются признаки возбуждения нервной системы (припадки ночного страха, раздражительность).

Большая часть этих вредных действий обуславливается нецелесообразным, противным природе ребенка, способом применения воды. Поэтому необходимо, чтобы все водяные процедуры избирались для ребенка в строгом соответствии с состоянием его организма, с его чувствительностью и т. д., чтобы всякое лечение водой, в том числе и меры, служащие для закаливания ребенка, производилось под руководством врача.

В каждом случае должно начинать все гидропатические меры кратковременными обмываниями, обертываниями и ваннами при температуре воды, близкой к температуре тела, в то же время наблюдать за действием назначенных водяных процедур, и только тогда, когда действие оказывается подходящим, можно постепенно перейти к более продолжительным процедурам и постепенно понизить температуру воды.

Закаливание имеет целью общее укрепление организма и, в частности, предохранение детей от простуды. Дело в том, что кровеносные сосуды кожи играют большую роль при сохранении и отдаче тепла с поверхности тела. От влияния холода кожные сосуды сжимаются и тем сохраняют в организме тепло. В жаркие дни сосуды расширяются, и отдача тепла с поверхности тела увеличивается. Привычка и способность организма регулировать отдачу и сохранение тепла в теле имеет громадное жизненное значение. И чем совершеннее деятельность кожных сосудов, тем более стойким является человеческий организм в борьбе с внешними атмосферными влияниями. Закаливание тела усиливает и совершенствует деятельность его кожных сосудов, и под закаливанием мы разумеем такого рода внешнюю раздражимость, при помощи которой мы пробуждаем к действию скрытую в органах и тканях силу, полезную для индивидуума. Говоря о закаливании, мы имеем в виду укрепление и увеличение сопротивления всего организма путем воздействия на тот прибор, который играет решающую роль в борьбе человека за сохранение жизни и здоровья, — на всю его нервную систему. — и кожа является той обширной поверхностью, через посредство которой разнообразные физические и химические влияния, благодаря разветвлениям в ней многочисленных нервных окончаний, могут воздействовать на центральную нервную систему.

Способы закаливания бывают различны. В домашней обстановке для детей можно рекомендовать на практике следующий прием. Начиная с одного года, ежедневно обтирать все тело ребенка влажной губкой, смоченной в тепловатой воде с солью (1 столовая ложка поваренной, столовой соли на каждую бутылку воды). Соль действует возбуждающим образом на кожные нервы. Вся процедура занимает не более 3-х минут,

после чего ребенка быстро вытирают мохнатой простыней досуха так, чтобы кожные покровы его слегка покраснели. Приучать детей к обтиранию лучше всего в летнее время, при чем берут воду 25° по Реомюру; через 1—2 месяца доходят до 20° по Реомюру, а для детей 3-х лет и старше — постепенно понижают температуру воды до комнатной— 15° по Реомюру. Наиболее удобное время для обтирания— утро, когда ребенок встает, если он не потный, но можно обтирать детей и вечером перед сном. При начале обтирания маленькие дети нередко капризничают. Следует заметить только, что очень нежные и слабые дети зябнут даже от воды в 25° по Реомюру. Для них тогда надобно брать воду более теплую— 28° . Встречаются дети, которые совсем не выносят обтираний; подобные дети после обтирания плохо согреваются, бледнеют и жалуются на холод; в таких случаях обтирание надо прекратить, так как у ребенка может развиться повышенная нервная раздражимость. В этих случаях следует прибегнуть к теплым, в 28° по Реомюру, ваннам, и только тогда, когда ребенок окрепнет, можно приступить к обтиранию.

Описанный способ закаливания можно рекомендовать для всех детей до 5-тилетнего возраста. Начиная с 5-тилетнего возраста, обтирания становятся уже неудобными, так как размер детей не позволяет проводить их быстро, а при медленном обтирании значительно охлаждается поверхность тела. Вместо обтирания в таких случаях прибегают к обливанию детей из кувшина, сначала тепловатой водой в 25° , а затем и комнатной водой, с последующим обтиранием мохнатой простыней.

При окачивании ребенка, его ставят раздетого в таз и затем обливают водою, начиная с плеч. Описанный способ обтирания действует на нервную систему через посредство кожных нервов, укрепляет ее и тем способствует лучшему влиянию ее на кожные сосуды, т. е. правильной регуляции при отдаче и сохранении тепла в организме.

Очень полезная форма пользования водою— купание, летом речное и морское, при температуре не ниже 18° по Реомюру, и только впоследствии, при привычке, в 16° по Реомюру, в продолжение от 3 до 10 минут. Во время купания необходимы движения для согревания, и плавание при этом является одним из самых здоровых видов физических упражнений. Дети научаются иногда плавать с 5-ти лет. Морские купания разрешаются детям не моложе 7-ми лет, так как более раннего возраста дети не справляются с морской волной, но пребывание у морского берега очень желательно предоставить детям и более раннего возраста.

Нужно избегать крайностей: реакция на температурное раздражение у ребенка значительно сильнее, чем у взрослого. Не следует приступать к закаливанию ребенка во время болезни, а только долгое время спустя, после окончательного выздоровления. Закаливания ребенка можно достигнуть при помощи кратковременных обмываний, т. е. при помощи непродолжительных раздражений холодом, но не при помощи продолжительных потерь тепла.

Нужно отказаться от холодных и горячих ванн и обливаний, если они вызывают у ребенка неприятное ощущение или если они не сопровождаются немедленной благодетельной реакцией (приятное ощущение, теплая кожа, бодрость, аппетит, желание играть). Температура воды не должна резко отличаться от температуры тела, т. е. не ниже 24° и не выше 32° по Реомюру. Всякая водяная процедура должна продолжаться не более нескольких минут. Конечно, дело врача выбрать

в каждом отдельном случае, особенно при наличии каких-либо ненормальных явлений, наиболее подходящие водяные процедуры.

Солнечные ванны. Действие солнечных ванн разнообразно и в высшей степени благотворно. Солнце действует непосредственно на кожу, вызывает прилив к ней крови, улучшает ее питание и усиливает ее дыхательные функции. Солнечный свет ускоряет рост и обмен веществ. Глубокое и благотворное действие солнца на кожу производят не столько тепловые, сколько химические лучи солнца. Поэтому важно непосредственное действие лучей на кожу. Стекло пропускает тепловые лучи, но задерживает химические.

Солнечный свет не только оживляет обмен веществ, но и усиливает сопротивление организма вредным влияниям. Так, окраска кожи—пигмент, при загаре, по наблюдениям исследователей, является средством защиты организма от сухости и влажности.

Как средство закаливания и укрепления организма, солнечная энергия должна занять в физическом воспитании ребенка одно из первых мест. Еще более важное значение имеют солнечные ванны для детей, страдающих золотухой, рахитом, малокровием.

Продолжительность первых солнечных ванн должна быть 3—5 минут; постепенно удлиняют время лежания на солнце, в зависимости от самочувствия, до 1—2 часов. Время—за полчаса до еды и через 2 часа после еды. Голова ребенка должна быть затенена легким белым колпаком или платком, или легкой соломенной шляпой. После солнечных ванн рекомендуется кратковременное обмывание с целью освежения.

Одежда ребенка.

Одежда детей не должна стеснять движения их, не должна задерживать развитие отдельных частей тела или препятствовать правильному обращению крови. Она только должна препятствовать чрезмерной отдаче тепла и охлаждению тела, другими словами, она должна уменьшать потерю энергии. Летом она должна защищать от слишком больших колебаний температуры, от действий лучей солнца, сквозняков, дождя. Для того, чтобы одежда могла удовлетворять указанным требованиям, она должна прикрывать большую часть тела. Не совсем соответствует гигиене обыкновение оставлять и в холодное время года большую часть поверхности тела ребенка открытым, чрезмерно оголять ноги, руки, шею и верхнюю часть груди, т. е. 40% всей поверхности тела. Регулировка тепла остальных 60% поверхности тела при помощи покрывающей его одежды не может играть особенно большой роли, так как слой теплого воздуха, облегающий кожу, улетучивается через одежду, открытую на груди и ногах. Выше мы видели, что потеря тепла через кожу у ребенка относительно больше, чем у взрослых. Поэтому при указанном способе одевания ребенка, имеющем в виду его закаливание, потери тепловой энергии слишком велики по сравнению с достигаемыми результатами, и такой способ закаливания очень сомнителен и не верен. Правда, при такой манере одевать ребенка достигается субъективная нечувствительность открытых частей тела к потере тепла, но сомнительно, достигается ли при этом нечувствительность всего организма по отношению к, так называемым, простудным заболеваниям. То обстоятельство, что здоровые дети при такой одежде не страдают даже в холодное время года и редко простуживаются, доказывает только большую сопротивляемость этих детей, а не то, что они закалены более, чем если бы

они одевались иначе, а для нежных детей такая манера одеваться очень опасна.

Ребенка можно закалить, приучая кожу его к воздуху, слабо циркулирующему сквозь порозную одежду.

Обнажая половину тела и вызывая, таким образом, чрезмерную отдачу тепла и энергии, мы вовсе не достигаем этой цели, а закаливания ребенка, как мы уже указали, можно достигнуть при помощи только кратковременных обливаний, т. е. при помощи непродолжительного раздражения холодом и ни в коем случае при помощи продолжительной потери тепла. Поэтому мы должны одевать ребенка от шеи до ног, по крайней мере, во все прохладное время года.

Самым гигиеническим для одежды нужно считать тот материал, который лучше всего удерживает тепло и в то же время гарантирует наилучшую вентиляцию. При этом имеет значение не то, из чего ткань сделана, а то, каким образом она сделана. Чем менее плотна ткань, тем лучше ее всасывательная способность, и тем больше она способствует рациональному закаливанию кожи, а с другой стороны, препятствует накоплению пота и устраняет опасности, связанные с обильным потением, например, простуду и связанные с ней заболевания. Такое всасывание пота возможно, однако, только при известной однородности одежды, т. е. если в одежде нет слоев из плотной, почти непроницаемой ткани (холотно и т. п.). Применяя на практике все эти основные правила, мы будем одевать ребенка следующим образом: одежда не должна стягивать, стеснять движения ребенка, во избежание затруднения дыхания и кровообращения. Обычно, поверх голого тела, надевают рубаху и кальсоны из неплотной ткани и длинные чулки. Удерживать чулки при помощи круглых резиновых подвязок не следует; переднюю часть чулка следует прикрепить к кальсонам или лифчику при помощи длинных резиновых подвязок. Лифчик не должен быть слишком узок, чтобы не стеснять дыхания. Девочки сверх этого носят одну или две юбки с лифчиком и верхнее платье, которое прикрывает половину шеи и руки до кистей. Все эти части одежды должны быть тоже сделаны из неплотной материи (фланель) и подбиты подкладкой из неплотной порозной материи. Мальчик поверх нижней одежды надевает костюм из материи такого же качества, вместо лифчика можно пользоваться для укрепления брюк подтяжками. Разумеется, отдельные части одежды, смотря по сезону, делаются из материи различной плотности. При выходе на воздух в осеннее и зимнее время дети надевают на ноги теплые панталоны или гамаша. Галоши не рекомендуются, так как они задерживают испарение ног и, кроме того, отягощают их, что мешает ребенку ходить и свободно бегать. Лучший головной убор для девочек — капор, а для мальчиков — теплая шапка, надвинутая на уши; применять наушники нельзя рекомендовать, так как они, ослабляя слух, мешают ребенку свободно ориентироваться на улице и тем подвергают его опасности. Для шеи в морозные дни достаточную защиту служит башлык. На руки детям надевают теплые варежки и делают в пальто широкие карманы. Верхний костюм ребенка не должен быть слишком тяжел и не должен стеснять движения.

В жаркое летнее время надевают на голову ребенка легкую шляпу для защиты от солнца, так как маленькие дети предрасположены к мозговому приливу крови. Шляпа делается с полями из материи, пропускающей воздух; таким образом, не допускаются клеенчатые и лакированные фуражки и шляпы — они не гигиеничны.

Не рекомендуется без особой необходимости надевать на детей фуфайки и шерстяные чулки, так как подобным путем ребенка только изнеживают и предрасполагают к заболеваниям.

При выборе обуви необходимо, прежде всего, обращать внимание на то, чтобы она соответствовала строению детской ноги, т. е. была бы широка в передней части и узка сзади, скошена от большого пальца по направлению к мизинцу и допускала свободное движение пальцев ног. Подошва должна иметь покатость кнаружи для того, чтобы ребенок не мог ступать на внутреннем крае стопы. Лучше всего сидят на ноге башмаки со шнуровкой.

Каблуки должны быть низки. Доказано, что высокий каблук и узкие носки не только препятствуют росту пальцев и уродуют их, но могут обезобразить и форму всей стопы.

Обувь ребенка должна быть легка, не должна задерживать испарений, не должна стеснять кровообращения в ступне; она должна предохранять от неровности почвы и не давить на ногу, т. е. не вызывать боли или мозолей.

Всем означенным условиям будет удовлетворять обувь, сделанная из мягкой, пористой кожи (замша, шевро, но не лакированная кожа), без резиновых вставок, достаточно широкая и с достаточно толстой подошвой.

Сапог с голенищем не рекомендуется вследствие своей излишней тяжести.

Простая, в гигиеническом отношении, одежда дает наилучшие результаты в воспитательном отношении. Чистота и опрятность одежды содействуют не только физическому развитию ребенка, но оказывают также благотворное влияние на его духовное развитие.

Игры, занятия и прогулки (физкультура).

Одевшись и быстро покончивши с завтраком, ребенок приступает к своему „дневному труду“—и самый маленький ребенок трудится. Его прогулки, занятия и игры преследуют определенную цель: воспитать физическое и умственное здоровье и возможные совершенствования человека. Физическое и умственное воспитание настолько сплетаются друг с другом, что разделить их оказывается невозможным.

Лучше всего, если ребенок большую часть дня проводит под открытым небом. Пребывание ребенка на открытом воздухе находится в зависимости от климатических условий и от погоды. На свежем открытом воздухе представляется наилучший случай воспитывать ребенка, развивать его органы чувства: зрение, слух, осязание, обоняние. Здесь, на лоне природы, он лучше всего знакомится с предметами и живыми существами и здесь он научается обращаться с людьми и животными. На каждое животное ребенок смотрит с доверием, как на лучшего своего друга, и часто предлагает ему свои услуги в игре; конечно, ребенком надо умело руководить, чтобы ему животным не был нанесен какой-либо вред. Новые впечатления, которые он здесь постоянно получает, волнуют его душу, возбуждают в нем интерес, и он засыпает вас бесконечными вопросами. Необходимо на все вопросы давать понятные для ребенка ответы. Не следует грубо отклонять задаваемые ребенком вопросы, так как, только получая толковые ответы, он обогащает запас своих познаний.

Много возможностей для воспитания ребенка представляют подвижные игры, которые желательно проводить под открытым небом.

Игры для ребенка составляют могучий биологический фактор; они выполняют важную и сложную функцию в развитии детей. В играх больше, чем в какой-нибудь другой деятельности, формируются и укрепляются способности ребенка, в них проявляются его влечения, симпатии, антипатии и заложенные в нем эгоистические и социальные инстинкты.

Игры — это рычаг воспитания в раннем возрасте ребенка, как естественное орудие его развития — подготовительная школа к самостоятельной жизни, к школьным годам. Они представляют поле для наблюдения над ребенком, в целях правильного воспитания его, соответственно его влечениям и способностям.

Роль игры в общем развитии ребенка имеет еще первенствующее значение потому, что тот глубокий интерес и увлечение, которыми игра всегда сопровождается, придают игре привлекательность, отвлекая внутренним побуждением ребенка, указывая выход скрытым в нем силам и упражняя разносторонние способности. Игра, как всякое удовлетворение органической потребности, является источником радости и удовольствия, является фактором здоровья и развития ребенка. В этом отношении никакой вид гимнастики не может заменить, по своему благотворному влиянию на организм, свободных игр, сопровождающихся веселым и радостным возбуждением всего организма. Чего совершенно нет в гимнастических упражнениях. Поэтому последние совершенно нежелательны в раннем детском возрасте, как противоречащие природе ребенка.

Гимнастика допустима только в более старшем возрасте.

Удовольствие и веселье, сопровождающие игру ребенка, — есть самый ценный и могущественный фактор его здоровья. Это есть естественный раздражитель мозга, без которого не мыслимо жизненное развитие. Эти элементы в игре ребенка равносильны солнечному свету для растения, они — необходимые возбудители для химических процессов питания. Интерес и удовольствие в игре, возбуждая мозг, не только влияют на его развитие, но через него возбуждают и оживляют работу желез внутренней секреции, выделяющих вещества, необходимые для общего жизненного тонуса. Игра является для ребенка в то же время и формой детского труда. Влечение к деятельности поддерживается и укрепляется в игре; удовольствие, любовь и влечение к труду находят естественную пищу в игре. Играя, ребенок развивает в себе любовь к труду, желательному и приятному для него, если и в труде заложены те же элементы удовольствия, что и в игре.

Во всех играх и физических упражнениях следует наблюдать за тем, чтобы дыхание не задерживалось, а происходило правильно, не встречая препятствий со стороны какой-либо части костюма.

В жизни ребенка игре должно принадлежать господство. Этого требует природа ребенка. В трудовой жизни ребенка может найти себе место и работа, но в пределах ограниченных и при соблюдении строгих мер предосторожности.

Работа ребенка должна заключать в себе существеннейшие черты игр: свободу выбора, привлекательность и интерес; переход ребенка от игр к работе не должен быть чувствительным, он должен быть только смешанной формой труда не в ущерб настроению, свойственному игре; нет основания исключать из трудовой жизни ребенка

всякую работу; такие работы, как умывание, чистка зубов, уборка своей постели, ребенок должен приучаться рано сам делать. Таким образом, он приучается к самостоятельному труду, в нем развивается чувство независимости, доверие к своим силам и, кроме того, в нем создаются и укрепляются гигиенические навыки.

Ребенку могут быть также поручены некоторые несложные обязанности по уборке комнаты. Заслуживает поощрения легкая работа даже самых маленьких детей на открытом воздухе, летом — в огороде и саду, зимой — сгребание снега и т. д. Необходимо при этом заботиться о том, чтобы инструменты соответствовали росту и силам детей. И только при таких условиях эти занятия будут способствовать физическому развитию ребенка.

Под физической культурой в раннем детстве мы разумеем физическое воспитание, построенное на строго-гигиенических требованиях. Физическая культура в истинном смысле слова ничуть не преследует цели наращивания только мышц или достижения физических сил атлета, что негигиенично. Наоборот, физическая культура есть культура гармонического развития не только внешних форм, но внутренних органов — сердца, легких и др., а также душевных сил и способностей ребенка. Элемент физической культуры — игры на открытом воздухе, а для более взрослых детей — спорт, при пользовании водой во всех видах и солнцем.

Общее понятие о болезнях детей.

Все болезни разделяются на местные и общие. Первые поражают какой-либо отдельный орган или часть тела. При вторых страдает весь организм. Несмотря на это, всякое расстройство в деятельности известного органа отзывается косвенным образом на функции других органов и может сопровождаться общими болезненными явлениями, но тем не менее, если болезнь начинается с известного органа и болезненный процесс ограничивается в своем течении только этим органом, мы говорим о болезни местной. С другой стороны, если болезненный процесс, хотя и локализовался в одном органе, вызывает ряд изменений в строении и функции других органов, то мы признаем болезнь общей. По своему течению болезненные процессы разделяются на острые и хронические; первые продолжаются днями и неделями, вторые могут тянуться месяцами и годами.

Болезни детей в общем те же, что и у взрослых, но анатомические особенности растущего организма могут изменить течение болезни и, что еще важнее, в результате болезни остаются нередко последствия, которые не наблюдаются у взрослых людей; чтобы правильно лечить ребенка, необходимо знать его организм и все условия развития. Общая заболеваемость детей значительно выше, чем взрослых. Объяснение этого факта лежит в физической слабости детского организма и в том обстоятельстве, что все растущие организмы находятся в состоянии напряженной энергии роста, а следовательно, менее стойки в борьбе с внешними вредными влияниями. Так, наибольшая заболеваемость падает на грудной возраст, когда энергия общего роста сильнее всего выражена. Второе место по частоте заболеваний принадлежит возрасту полового развития, когда наступает вторичное усиление энергии роста. Наоборот, наиболее благоприятным в отношении здоровья оказывается возраст от 4—12 лет, т. к. тогда процессы роста идут равномерно из года в год со средней энергией.

Главные правила ухода за больным ребенком.

Гигиеническая обстановка больного составляет первое условие успешного лечения. При плохом уходе нередко затягивается течение болезни, и в прямой зависимости от недостатка гигиенических условий появляются различные осложнения.

Согласно особенностям каждого рода болезни, мы здесь и рассмотрим прежде всего уход при страдании острой лихорадочной болезнью. Главное условие правильного ухода состоит в необходимости поставить организм для борьбы с болезнетворным началом в обстановку, наиболее благоприятную. Основная задача будет заключаться в том, чтобы усилить все окислительные и выделительные процессы организма и поддержать силы больного при помощи рационального питания. Для больного требуется просторная, светлая комната, снабженная чистым воздухом. Эти требования объясняются тем обстоятельством, что все бактерии гибнут под влиянием света и проветривания; наоборот, они усиленно развиваются в сырых и темных помещениях. Окислительные процессы организма также замедляются при отсутствии света и воздуха. Держать больного ребенка в темноте ни при каких болезнях не полагается, даже при кори. В публике установился ложный взгляд, что при этой болезни необходима темнота. Это не так; но при воспалительном состоянии глаз, что бывает при кори, яркий солнечный свет должен быть смягчен серыми полотняными шторами и только.

Температура воздуха в комнате должна быть в пределах 13—16° по Реомюру. Необходимо проветривать помещение больного ребенка 2—3 раза в день, для чего, на время проветривания в холодное время года, ребенка переносят в другую комнату.

Другим необходимым условием ухода является забота о чистоте помещения и о чистоплотном содержании ребенка; нечистоплотное содержание тела ведет к развитию различных кожных сыпей, образованию пролежней и пр. Необходимо, чтобы больным детям ежедневно мыли лицо и руки; необходима забота о чистоте полости рта больного при помощи полоскания, у маленьких детей — при помощи обтирания ее раствором борной кислоты; необходимо следить за чистотой глаз; при нагноении их необходимо прикладывать компрессы из борной кислоты до прихода врача. Полость носа и уха очищать, в случае закупорки, ватой, смоченною дезинфицирующим раствором или мазью.

Важно заботиться о чистоте белья больного ребенка, менять его, по возможности, чаще.

В комнате больного ребенка не должно быть места мягкой мебели, и все вещи и пол ежедневно надо обтирать влажной тряпкой.

Дача лекарств. Все лекарства даются ребенку, согласно предписанию врача, днем; ночью и во время сна следует воздерживаться от беспокойства ребенка дачей лекарств, чтобы не тревожить сна ребенка. Большинство лекарств дается перед едой за 10—20 минут, во-первых, потому, что они скорее всасываются из пустого желудка, во-вторых, при желудке наполненном неприятный вкус некоторых лекарств может вызывать рвоту. Рвота легко происходит и в тех случаях, элли лекарство дается натощак, т.е. утром, как только проснется ребенок, а потому не следует давать лекарств и в это время, пока ребенок не выпьет утренней порции молока или чая.

Относительно пищи следует помнить, что острые, болезненные процессы, поражая весь организм, отзываются и на деятельности желудка: время пребывания пищи в желудке замедляется, а пищеварительная сила его падает. Основываясь на этих соображениях, мы должны требовать, чтобы пища была легко перевариваемой и в то же время достаточно питательной для поддержания сил больного.

В течение всего лихорадочного периода, т.е. в разгаре болезни допускается исключительно жидкая пища; так, ребенку дают молоко, жидкую кашу, кисель, бульон, желе, иногда яичные желтки в виде гоголь-моголя. Необходима забота о введении в лихорадящий организм достаточного количества жидкости в виде остуженной кипяченной воды с прибавлением лимонного сока или слабого чая с сахаром; вода не только утоляет жажду, но способствует обмену веществ в организме и повышает количество мочи, а следовательно, и выведение токсинов (ядов). Все пищевые вещества даются в небольшом количестве, но в частых приемах (5—6 раз в день), чтобы не обременить деятельности желудка; воду предлагают ребенку каждые 30—60 минут, по несколько чайных ложек. Общее количество, пищи достаточное для больного, должно равняться $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$ его нормальной потребности при здоровом состоянии организма. Так, здоровый ребенок поддерживает свое существование, получая 6 стаканов молока в сутки, для больного ребенка того же возраста достаточно $1\frac{1}{2}$ —2 стаканов в сутки. Насильственное введение большого количества пищи или питья может повести только к расстройству деятельности кишечника.

Если больной ребенок упорно отказывается от всякой пищи или он находится в бессознательном состоянии, то приходится прибегать к питательным клизмам.

Клизмы эти делают из молока (4 стол. ложки) или мясного бульона; старшим детям прибавляют яичный желток. Питательная смесь, подогретая до 20—22° по Реомюру, вводится из резинового баллона, на костяной наконечник которого надевают мягкий тонкий катетр. (Рис. 63). Клизму ставят 2—3 раза в сутки после опорожняющего клистира для того, чтобы питательная жидкость лучше всосалась.

Одним из общих условий гигиенического ухода за ребенком является наблюдение за регулярной функцией кишечника. В кишечнике существует постоянная возможность к развитию бродильных процессов. В начале острых заболеваний во многих случаях оказывается полезным очистка кишечника ребенка при помощи касторового масла—ребенку 3-х лет столовую ложку на прием. Частое назначение слабительных не рекомендуется, так как они раздражают кишечник и ослабляют организм больного ребенка. Ежедневные клистиры безвредны. Для полного эффекта требуется вводить не слишком теплую воду и в достаточном количестве, иначе от тепла и малого размера жидкость легко всасывается и потому недействительна. Детям старше года требуется для очистки вводить 1— $1\frac{1}{2}$ стакана воды от 20 до 22° по Реомюру. Прибавка в воду для клистира—соли, мыла без указаний врача не допускается, так как, в виду нежного строения слизистой оболочки кишечника у детей, упомянутые вещества легко вызывают воспалительные явления, но не следует бояться масляного клистира, цельного или с водой, так как прибавление масла (1—4 столовых ложки) только усиливает действие клистира. Более взрослым детям, свыше 2—3 лет, клистир делается при помощи кружки Эсмарха и тоже с применением мягкого катетра на костяном наконечнике.

Когда ставят клистир, ребенок должен лежать на кровати лучше на левом боку с согнутыми и приведенными к животу ногами; катетр смазывается вазелином и вводится в кишку на протяжении 5—10 см. Общие технические правила следующие:

1. Надо выпустить воздух из трубки клистира; с этой целью пропускают сначала через кружку некоторое количество жидкости и зажимают трубку.

2. При введении катетра в кишку следует постепенно, а не сразу впускать жидкость, сдавливая грушу, или поднять на 1 аршин над кроватью больного кружку.

3. При удалении катетра слегка сжимать ягодицы ребенка пальцами руки, чтобы задержать на несколько минут жидкость в прямой кишке.

4. Вода для клистира должна быть кипяченной, а руки перед тем, как ставить клистир, надобно вымыть. Кроме обыкновенных

клистиров, применяют еще клизмы, как указано выше, питательные и также лекарственные; при помощи последних вводятся средства наркотические, возбуждающие сердечную деятельность, или жаропонижающие. Иногда они назначаются и с целью местного лечения при воспалении толстых кишек.

Питательные клизмы и местные успокоительные (слизистый отвар, опий) ставятся из резиновой груши, а для лечения катара толстых кишек применяют также большие клизмы (1½—2 стакана), которые делаются обязательно из кружки, так как дезинфицирующий раствор должен промыть и опорожнить кишечник на значительном протяжении.

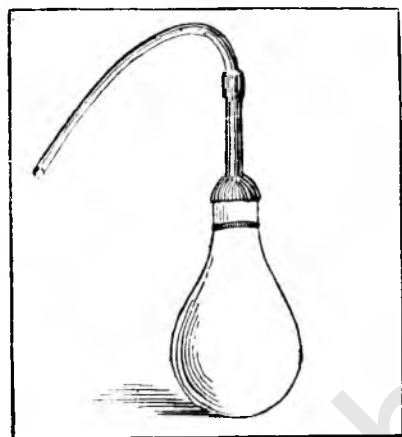


Рис. 63. Баллон для клизмы с надежной резиновой трубкой (катетром).

Одним из главных признаков большинства острых болезней является лихорадка, т.-е. повышение температуры тела. При всякой лихорадке требуется регулярное измерение температуры тела ребенка, что необходимо для распознавания болезни. Чтобы ртуть в термометре остановилась на высшей точке, необходимо держать термометр не менее 8-ми минут. Удобнее всего и безопаснее ставить термометр в подмышечную впадину; приводят руку ребенка к туловищу и слегка удерживают ее в этом положении 5—8 минут. В большинстве случаев бывает достаточно измерить температуру тела больного утром и вечером: в 8 часов утра и 6 часов вечера, а в некоторых случаях бывает необходимым измерение температуры 4 раза: в 8 часов утра, 12 часов дня, 4 часа дня и 8 часов вечера.

Нормальная температура ребенка, независимо от его возраста, всегда колеблется в границах — 36,4—37,0° С. Всякое повышение сверх 37° должно считаться уже лихорадочным.

Само повышение температуры тела есть одно из могущественных средств самозащиты человеческого организма. Наиболее опасными заразными процессами будут те, где при тяжелом общем состоянии ребенка температура его тела невысока, а иногда и понижена. Эти процессы почти безнадежны: повышение температуры всецело зави-

сит от хода болезненного процесса, представляет естественную защиту заболевшего организма против заразного начала и указывает на усиление сгорания ядовитых веществ в организме при болезни; насильно понижать температуру не всегда целесообразно.

Высокая температура может внушить опасения только в тех случаях, когда лихорадка затягивается, если она с течением времени все усиливается, и если больной ребенок сильно истощается. Но все указанные явления зависят тогда не столько от того, что температура высока, а от самого болезненного процесса, который ее вызывает и поддерживает. И поэтому желание окружающих во что бы то ни стало понизить температуру, якобы очень опасную для ребенка, будет мало основательно.

Для того, чтобы лечить лихорадящего ребенка, необходимо прежде всего определить причину болезни, а, следовательно, и самой лихорадки. Добиваться во что бы то ни стало понижения температуры, не понявши, в чем дело, противоестественно и вредно. Самое повышение температуры у детей не так уж страшно и не представляет опасности.

В большинстве случаев обыкновенно лучше обходиться без приема жаропонижающих средств, и против высокой температуры тела бороться только с помощью постепенно охлаждающих ванн или гидротерапии. Ванны с лечебной целью разделяются на теплые (28—29° по Реомюру) и постепенно охлаждаемые. Первая ванна, теплая, очищает кожные покровы, облегчает работу сердца, выравнивает дыхание, способствует отделению мочи и, наконец, успокаивает нервную систему. Благоприятное действие теплых ванн на лихорадящих больных заставляет настаивать на их применении.

Постепенно охлаждаемые ванны имеют своей задачей бороться с высокой лихорадочной температурой, которую они понижают при помощи усиленной отдачи тепла через кожные покровы. Эти ванны делаются в 28—29° R., и, постепенно прибавляя холодную воду, мы доводим температуру ее до 26—24° по Реомюру. Ребенок остается в ванне не более 5—10 минут, при хорошем самочувствии ребенка ванна делается ежедневно; можно делать их в таких случаях и 2 раза в день.

Благоприятный эффект от ванн обнаруживается тем, что самочувствие больного ребенка после ванны улучшается, наступает сон, понижается температура, и нередко ребенок сам просит ванну.

Поверхность тела у ребенка в отношении его объема представляется большею, чем у взрослого, и при резком охлаждении тела возможно серьезное расстройство в кровообращении внутренних органов. На этом основании не следует применять у детей ванны ниже 24° по Реомюру.

Если ванна по какой-либо причине не может быть сделана больному, а общее его состояние требует понижения лихорадочной температуры, то мы прибегаем к обертыванию ребенка.

Для обертывания берется простыня, намоченная в комнатной (15—20° по Реомюру) воде, выжатая почти досуха, и складывается вдвое; ребенка заворачивают в простыню до подбородка, затем быстро заворачивают поверх простыни в шерстяное одеяло и оставляют лежать завернутым в течение 15—30 минут, смотря по самочувствию.

Кроме ванн и обертываний, применяют еще обтирания поверхности тела лихорадящего ребенка комнатною водою пополам с уксусом или водкой. Эта процедура совершенно безвредная, между тем она

понижает несколько температуру тела и заметно улучшает самочувствие больного ребенка.

К обтиранию мы прибегаем в легких случаях заболеваний: губкою, смоченною в воде с уксусом и слегка выжатою, мы обтираем все тело больного и затем, обсушив его простыней, не вытираем насухо, чтобы оставшаяся влага при своем испарении способствовала лучшему понижению лихорадящей температуры.

Кроме указанных методов гидротерапии, очень часто применяют всем известные согревающие компрессы на воспаленные части тела и холодные компрессы или лед на голову. Согревающий компресс слабо действует на лихорадящую температуру, но он улучшает кровообращение в воспаленных органах и уменьшает болезненные ощущения. У детей применяют воду для компрессов в 15°—20° по Реомюру. Менять компресс следует, когда он сильно нагрелся, но не чаще как через 3—4 часа, и не прерывая сна ребенка для смены компресса.

Холодные компрессы на голову применимы во всех случаях, где лихорадочная температура сопровождается приливом или застоем крови в мозгу, а следовательно, и головной болью.

Компресс этот делается из холодной (ледяной) воды, иногда с примесью уксуса или одеколона (одна столовая ложка на стакан воды). Кладется он на лоб и темя ребенка, часто меняясь. Если волосы на голове длинные, то лучше их остричь. Вместо холодного компресса можно применить резиновый мешок со льдом, что удобнее. Мешок необходимо привязывать к изголовью кровати, так, чтобы он не давил на голову. Между мешком и кожным покровом помещается вдвое сложенное полотенце. Лед держится на голове с известными перерывами в 1—2 часа.

Действие жаропонижающих лекарств временное. Через 2—3 часа температура снова повышается. Главное неудобство и даже вред от жаропонижающих заключается в том, что при продолжительном применении они влияют на сердце и кору головного мозга. На основании этого следует всегда предпочитать ванны, как жаропонижающее средство, перед внутренним назначением всякого рода жаропонижающих медикаментов (антипирин, фенацетин, пирамидон и т. д.), которые могут быть принимаемы только по назначению врача.

Хронические болезни.

Хронические болезни протекают у детей при повышении температуры или без нее. Задача лечения в этих случаях сводится к укреплению больного и усилению общего обмена веществ у него.

Могущественные средства для борьбы с хроническими болезнями нам дают силы природы в виде чистого воздуха, света солнца и воды. Для хронических болезней детей нужна сухая местность, чистый лесной воздух. Детям с золотушным поражением желез и рахитикам особенно полезно пребывание в местности с морским климатом.

Чаще всего приходится иметь дело с детьми, страдающими туберкулезом костей и лимфатических желез; к таковым особенно расположены дети анемичные, золотушные и рахитичные.

Что касается водолечения, то оно применяется почти при всех хронических болезненных процессах в виде речных, морских купаний или лечебных ванн. Речные купания в некоторых случаях разрешаются с 5-летнего возраста, но применение их в лечебных целях ограничено. Купания морские рекомендуются при общем ожирении, мало-

кровии, золотухе и некоторых нервных заболеваниях, но они не могут применяться ранее 7-летнего возраста.

Важными средствами для лечения хронических болезней и для общего укрепления организма служат соленые и грязевые ванны.

Соленые ванны применяются при всех безлихорадочных хронических процессах; они возбуждают деятельность нервной системы, раздражают кожные нервы и, кроме того, усиливают общий обмен веществ. Ванны эти делаются из морской или поваренной соли. Морской и поваренной соли берут $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ фунта на каждое ведро воды.

У некоторых детей соленые ванны сильно раздражают кожные покровы, вызывают красноту и зуд, тогда рекомендуют прибавлять в ванну $\frac{1}{2}$ —1 ф. соды. Общее правило при назначении соленых ванн следующее: обычное число соленых ванн до 30. Опыт показывает, что дети лучше переносят соленые ванны при назначении их через день. Температура воды ванны для больного 27 — 28° по Реомюру, продолжительность пребывания в ней больного ребенка от 10—15 минут.

Лучшее время для ванн за 2—3 часа до сна, или днем перед едою.

Летнее теплое время предпочтительнее холодному, так как тогда можно назначать ванны днем на чистом воздухе.

Перед ванной смачивают голову ребенка прохладной водою, после ванны оканивают ребенка теплою водою и насухо вытирают.

Через 2—3 месяца можно повторить лечение солеными ваннами.

Грязевые ванны применяются у детей почти исключительно при местных туберкулезных процессах в костях или суставах. Они действуют более энергично, чем соленые, и имеются только на известных курортах.

Дети слабые с очень раздражимой нервной системой не переносят иногда соленых ванн, так что приходится готовить их предварительно лечением ваннами с применением отвара каких-либо ароматических трав. $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ фунта мелко изрубленных трав отваривают на легком огне, в течение часа, затем процеженный отвар выливают в ванну, после 7—10 таких ванн можно будет перейти к соленым.

Питание детей при всех хронических болезнях должно быть усиленным; для детей раннего возраста: яичные желтки 1—2 в день, овсянка, какое-либо белое мясо, рыбий жир, кефир.

Среди болезней детей раннего возраста главное место занимает „общее расстройство питания“.

Под этим названием мы разумеем различные расстройства в обмене веществ организма, которые выражаются замедлением развития детей и болезненными явлениями со стороны внутренних органов. Причиной указанного расстройства может служить наследственность, когда ребенок уже рождается слабым, вследствие плохого питания или какого-либо хронического отравления в утробе матери, затем возможна передача самой болезни или какой-либо слабой функции отдельных органов. Но главными причинами всех расстройств питания являются антигигиенические условия, которым подвергаются дети в течение грудного возраста.

Недостаток питания, чистого воздуха, света, неподходящая пища—все эти условия крайне резко отзываются на растущем организме, вызывая в результате замедление физического развития, а также рахит, золотуху, анемию и пр.

Особенно вредное влияние на развитие ребенка оказывают по своим последствиям хронические расстройства пищеварения, когда яд из кишечника медленно, но постепенно отравляет организм, вызывая ряд хронических воспалительных изменений во внутренних органах. Всеми указанными моментами и обусловливается развитие общих расстройств питания или конституциональных болезней, при чем эти болезни встречаются чаще всего в периоде усиленного роста ребенка, т. е. от 1 до 4 лет. У маленьких детей очень часто заболевание дыхательных органов, так как они в виду недостаточного физического развития очень склонны еще к инфекции обычно окружающих нас микробов. Соблюдение гигиенических условий в обстановке заботы о правильном питании детей и будут предохранительными мерами всех указанных заболеваний.

Перейдем к описанию некоторых конституциональных заболеваний.

1) **Туберкулез.** Туберкулезные палочки попадают в организм, размножаются и образуют особый воспалительный фокус в виде узелков или бугорков, почему болезнь и называется бугорчаткой. Увеличиваясь в числе, эти бугорки часто поражают лимфатические железы. Током крови или лимфы бактерии эти разносятся иногда по всему организму и тогда возникает общий туберкулезный процесс.

Заражение чаще всего происходит через воздух, при соприкосновении с больными туберкулезом. Новорожденные дети свободны от туберкулеза, но с годами заражаемость их увеличивается; так, в возрасте 5—6 лет половина уже бывает заражена туберкулезом, и у большинства туберкулез остается в скрытом состоянии до благоприятного момента для его развития.

Золотушные дети в особенности склонны к заболеванию туберкулезом. Часто коклюш, корь, грипп и др. заболевания дают лишь толчок к тому, чтобы к ним присоединился туберкулезный процесс, который, в зависимости от сил и сопротивляемости больного, может с течением времени или заглотнуть, или принять более острое течение. Распространение инфекции током лимфы, поражая те или другие органы, дает диффузные или рассеянные формы туберкулезного поражения органов; в зависимости от распространения туберкулезного процесса и степени его проявления, находится и тяжесть заболевания.

У детей чаще поражаются железы и костный скелет— позвоночник, суставы, как еще недостаточно окрепшие и еще находящиеся в стадии окостенения.

Предупреждение сводится к соблюдению, по возможности, условий наименьшей заражаемости, в особенности, где есть больные туберкулезом, в улучшении общих условий жизни, в лучшем питании и гигиенической обстановке. Для детей эти моменты предупреждения заболевания туберкулезом должны лежать в основе всего воспитания, в особенности для детей предрасположенных, — родившихся от туберкулезных родителей, отягощенных туберкулезной наследственностью.

2) **Золотуха.** Установлено, что золотуха может передаваться по наследству в чистой форме, а также от родителей туберкулезных или страдающих сифилисом.

Во многих случаях болезнь является приобретенной, вследствие нерационального питания и антигигиенической обстановки детей.

Недостаток воздуха, света, избыток мучнистых и сладких веществ в пище— вот главные причины приобретенной золотухи. Обыкновенно болезнь встречается в возрасте старше 1 года и нередко совместно с рахитом.

Признаки золотухи составляют.

- 1) Упорные мокнувшие сыпи на теле.
- 2) Продолжительное воспаление слизистой оболочки: носа, уха или глаз.

3) Хроническое увеличение лимфатических желез.

В одних случаях эти дети представляются жирными, бледными, лицо их одутловато, мышцы дряблы, подкожный жировой слой развит сильнее обыкновенного, они апатичны.

В других—дети представляются худыми, малокровными, нервными, раздражительными.

Сущность болезни заключается в усиленной деятельности и в повышенной раздражительности лимфатической системы, а также в замедленном обмене веществ, в недостаточной окислительности процессов в организме.

Как важную особенность золотушных детей, следует отметить их сильную склонность к заражению туберкулезом, при чем туберкулезные процессы принимают обыкновенно местный характер: так, поражение лимфатических желез, суставов, костей, позвоночника. Лимфатические железы шеи распухают и сливаются в пакеты, которые выступают на шее, как плотные опухоли.

При туберкулезном горбе выдающиеся позвонки образуют острый горб, а не тугой, как бывает при рахите.

При поражении суставов и костей образуются белые тестоватые опухоли, так как поверхность их не краснеет. Все туберкулезные местные процессы очень склонны к переходу в продолжительное нагноение, при чем гной в незначительном количестве медленно выделяется через узкие фистулезные ходы в коже.

Исход золотухи зависит от степени ее болезненных изменений; в большинстве случаев она успешно излечивается при укрепляющем режиме. Более серьезные предсказания дают случаи осложненные местным туберкулезом; течение туберкулезных процессов затягивается иногда годами, и ребенок остается под угрозой общего туберкулеза.

Могущественное средство при лечении золотухи представляет климатическое лечение, солнечные и грязевые ванны; для апатичных, вялых, жирных детей с дряблыми мышцами рекомендуется морской климат, теплые морские ванны, гимнастика, массаж. Пища: масло, яйца; следует избегать мучнистых и сладких блюд. Золотушным, худым, нервным детям рекомендуем климат умеренный, теплый и лесной, ванны хвойные (с примесью соснового экстракта) и соленые; а в пищу: разнородные каши, молоко, жирные вещества.

При местном туберкулезном процессе советуют грязевые или соленые ванны, морские купания.

Из лекарств на первом месте: рыбий жир, железо и мышьяк.

3) Анемия (малокровие): развивается у детей при недостаточно чистом воздухе, недостатке света и неудовлетворительном питании, в количественном и качественном отношениях.

У детей в возрасте старше 1 года частыми причинами анемии служат хронические запоры и глисты; возможно, что в обоих случаях ядовитые вещества образуются в кишечнике, всасываются в кровь, разрушающим образом действуют на красные кровяные шарики.

Под названием анемии мы подразумеваем уменьшение в крови ее красящих веществ—гемоглобина, который является носителем кисло-

рода; в силу этого все окислительные процессы у детей малокровных оказываются замедленными и питание организма нарушается.

Признаки анемии составляют: бледная окраска кожных покровов, слизистых оболочек, приступы сердцебиения и одышки, рассеянные нервные боли по всему телу.

Лечение. Необходимые условия: чистый воздух, свет и рациональное питание. Показано также применение соленых ванн.

Болезни нервной системы.

Из болезней нервной системы мы остановимся на заболеваниях, наиболее часто встречающихся среди детей раннего возраста.

1) Судороги, или „родимчик“, происходят вследствие раздражения верхних слоев коры головного мозга.

Они сопровождаются иногда потерей сознания. Причины их различны: судорожные припадки могут быть вызваны отравлением коры мозга разнообразными ядами, например, бактериальными ядами; так они встречаются в начале заразных заболеваний, при отравлении из кишечника, вследствие разложения пищи, при заболевании почек, когда моча задерживается в организме, при отравлении алкоголем. Судорожные припадки наблюдаются и при глистах, а у детей с особой раздражимостью нервной системы и от случайных причин (испуг), у малых детей наблюдаются при рахите. Судороги у детей старше 3—4-х лет в большинстве случаев относятся к эпилепсии (падучей болезни).

Во время припадка следует уложить больного ребенка, на голову холодный компресс, промыть кишечник клизмой, к ногам и затылку горчичники — в дальнейшем укрепляющее лечение и устранение причин, вызывающих припадки: изгнание глист, устранение из пищи раздражающих и вредных для ребенка веществ (трудно перевариваемая пища, спирт).

2) Менингит или воспаление мозговой оболочки. Обусловливается он почти всегда проникновением в мозг микробов; так, туберкулезный менингит вызывается туберкулезной палочкой Коха.

Острый гнойный менингит бывает вследствие ушиба или при распространении гнойного процесса из среднего уха вследствие проникновения микробов. Микробы проникают в мозг через кровь или лимфатическими путями. Одни формы менингита развиваются быстро, другие медленно, например, туберкулезный.

Симптомы менингита — головная боль, неукротимая рвота, лихорадка, общие судороги, потемнение сознания, сведение затылка. Продолжительность воспаления мозга различна в зависимости от формы болезни, приблизительно от 2-х недель до 2-х месяцев.

3) Ночное недержание мочи также в некоторых случаях бывает следствием заболевания нервной системы. При лечении необходимо правильное физическое воспитание, соответствующая диета, укрепление организма и психотерапия.

Глисты.

Особенно часто болеют дети глистами, и за последнее время, вероятно, вследствие ухудшения жилищных условий и скученности населения в общих квартирах, констатирована большая заболеваемость глистами детского населения. У детей паходят часто отдельные виды глист, и нередко 2 и 3 вида глист вместе.

Глистами заболевают дети с раннего возраста, приблизительно, с момента их ползания по полу, когда они хватают пальцами все, попадающееся на полу, и тащат в рот.

Все виды глист разделяются на два класса: круглые и ленточные (лентецы). Среди первых встречаются у детей: 1) аскариды, внешним видом напоминающие дождевых червей, но они значительно больше последних по размеру и достигают длины до 25 см., 2) острица или оксиурис — тоже в виде маленькой ниточки (5—6 мм.) и 3) хлыстовик или власоглав или волосатик — в виде обрывка нити, длиною в 4—5 см., с более острым головным концом и более тупым у хвоста.

Из лентецов наиболее часто встречаются: солитер свиной, бычий, рыбный и карликовый. Длина солитера достигает 5—10 метров; по виду похожи они на длинную ленту, разделенную на отдельные членики. На конце глисты членики постепенно уменьшаются во всех размерах и переходят в нитевидную шейку, которая заканчивается головкой солитера, похожей на булавочную головку.

Болезненные расстройства, которые вызываются глистами, разделяются на явления общие и местные. К числу общих относятся: малокровие, нередко очень резкое, судороги, хорея, (пляска св. Витта), сыпи, плохой тревожный сон. Конечно, такое длительное состояние под влиянием глист у растущего организма может окончательно подорвать его силы, и на почве упадка в состоянии здоровья появляются, как результат ослабления: золотуха, туберкулез, задержка в росте и развитии ребенка.

Означенные явления объясняются влиянием на кровотворную или нервную систему яда, который вырабатывается глистами, что определенно доказано для аскарид.

Местные явления при глистах выражаются в болезненных признаках со стороны кишечника: то поносы, то запоры, боли в области живота, очень часто боли в правой подвздошной области, в области слепой кишки и червеобразного отростка — аппендикса. Боли эти, часто сильно выраженные, дают полную картину аппендицита. Кроме того, аскариды и острицы обладают способностью передвижения и могут вызывать со стороны других органов, болезненные явления, более опасные.

Аскарида живет в тонких кишках, но при помощи своих передвижений может попасть в узкий канал пищеварительных органов и вызвать их закупорку. Описаны случаи нарыва в печени, вследствие проникновения глисты в желчный проток, случаи гнойного воспаления брюшины вследствие прорыва ею кишечной стенки, случаи задушения детей, когда аскариды, изверженные рвотой из желудка, попали в дыхательное горло и закупорили его просвет. (Рис. 64).

Острица живет в слепой и тонких кишках. Оплодотворенные самки спускаются к заднему проходу для отложения своих яиц, что обыкновенно наблюдается у детей в ночное время, когда тело ребенка согреется в постели. Своими движениями острица причиняет зуд и воспалительную красноту в окружности заднего прохода (рис. 65).



Рис. 64.
Аскарида.

Хлыстовик или власоглав незначительного размера, 5—6 см., живет в слепой кишке. Тонким головным концом он глубоко внедряется в толщу слизистой оболочки и прочно держится на месте. Он лишен способности передвигаться и трудно изгоняется.



Рис. 65.
Острица в виде белой ниточки, длиной в 5—6 мм.

Внедрив свою острую головку в слизистую кишки, он разрыхляет ее и тем способствует инокуляции, т.е. проникновению в слизистую кишки бактериям из кишечника, и здесь, таким образом, появляются какие-либо инфекционные заболевания: припадки аппендицита, колита, дизентерии и др. инфекционных заболеваний — тифа и т. д.

Присутствие в организме власатика характеризуется, по наблюдению некоторых исследователей, чрезвычайно тяжелым нервным припадком, симулирующим воспаление мозга, эпилепсию, так называемым, псевдоменингитическим эпилептоидным припадком, ночью — недержанием мочи, общим повышенным нервным состоянием. Дети обыкновенно малокровны, худеют, раздражительны, капризничают, всегда недовольны, страдают отсутствием аппетита, жалуются на постоянные боли то в спине, то в груди, то в животе. Боли эти — нервного характера,



рис. 66. Власатик, или хлыстовик, в виде белой нити, толщиной в 1 мм. и длиной: самец с загнутым концом — 40—45 мм, и самка, в виде хлыста, 50 мм.

повидимому, вследствие отравления ядами паразита. Конечно, чем большее число паразитов в кишечнике, тем тяжелее общее состояние. Яйца круглых глист попадают в кишечник через посредство загрязненных пищевых продуктов и воды, при соприкосновении с домашними животными: кошками, собаками. Острица может передаваться непосредственно при совместном спанье с больным.

Лентецы неподвижно обитают в тонких кишках и только выделяют членики; попадают их яйца в кишечник через недостаточно проварен. мясо свиней, быков и рыб. (Рис. 67).

Довольно часто наблюдается одновременное присутствие всех трех видов круглых паразитов и вместе с ними карликового лентеца, и тогда положение ребенка отягчается. Замечено, что под влиянием глист изменяется и состав крови: уменьшается количество гемоглобина, форменных элементов крови — красных и белых кровяных шариков. У девочек глисты проникают иногда в отверстия половых органов, вызывая зуд и воспалительные процессы на половых частях, что дает повод к онанизму.

Борьба с глистами, изгнание их из кишечника необходимо. Изгнание глист довольно затруднительно; если можно тем или другим средством выгнать отдельные экземпляры, как аскарида, лентец, то сказать с уверенностью, что кишечник очищен от их яиц и мелких экземпляров, часто глубоко внедряющихся в толщу кишек, нельзя. Мы никогда не видели изгнания, напр., власатика, он прочно сидит в толще слизистой слепой кишки, глубоко внедрившись в нее своим головным концом. Раньше, чем гнать глисту, необходимо установить ее присутствие и вид, так как соответственно породе глист применяют и различные средства. Верным признаком присутствия глист у ребенка служит выхождение паразита или нахождение яиц при микроскопическом исследовании испражнений.

Но не всегда можно обнаружить в испражнениях яйца глист; бывают моменты, когда тот или другой вид глист не дает яиц, да и сам не выходит. В таких случаях установление глистного заболевания является чрезвычайно трудным и доступно только опытному врачу. Успешное изгнание глист — дело нелегкое, особенно это относится к волосатику. Все средства для изгнания глист обладают ядовитыми свойствами и потому должны быть назначаемы врачом. На первом плане борьбы с глистными заболеваниями должна быть поставлена профилактика, состоящая в соблюдении чистоты тела (рук, главным образом), в доброкачественности продуктов, питьевой воды, в надлежащем приготовлении пищи.

Болезни верхних дыхательных путей.

Из болезней верхних дыхательных путей в возрасте раннего детства следует остановиться на болезнях зева.

Гипертрофия (увеличение) миндалин и лимфатических желез. (Рис. 68) По обеим сторонам зева, вблизи корня языка, расположены миндалевидные железы; при осмотре горла они представляются в виде двух небольших подушечек, оставляющих при нормальном своем состоянии достаточно широкий проход для воздуха.

Обе боковые миндалины при помощи лимфатических сосудов соединяются с 3-й миндалевидной железой, которая помещается на задней стенке глотки против носовых задних отверстий. (Назначение в организме миндалевидных желез заключается в борьбе их с бактериями ротовой полости). Иногда эти железы у детей разрастаются и тогда хроническое увеличение миндалевидных желез для детского организма во многих отношениях оказывается весьма вредным. Обыкновенно бывают увеличены все железы — и боковые, и носоглоточная, но в некоторых случаях увеличение ограничивается боковыми миндалинами или поражается одна задняя миндалина. Увеличение миндалины носоглотки носит название „аденоид“.

Причиной гипертрофии (увеличения) миндалин является наследственность, а также золотуха или предрасположение к ней. В других случаях разрастание желез наблюдается в результате повторных ангин, а также тех острых заразительных болезней, при которых поражается полость зева (дифтерия, скарлатина, корь).

Последствия гипертрофии миндалин — серьезны. На первом месте стоит затруднительное дыхание через нос, тогда как оно чрезвычайно важно для здоровья детского организма, так как 1) наружный воздух согревается при проходе через узкий носовой ход, 2) он освобождается от бактерий, как бы фильтруется слизистой носовой полостью.

Продолжительное ограничение дыхательного движения ведет к ослаблению в организме окислительной функции; в результате развиваются признаки общего малокровия. Гипертрофированные минда-



Рис. 67. Головной конец ленточной глисты.

лины часто подвергаются воспалительным процессам. Последние могут переходить на полость носа, отчего развивается хронический насморк, на среднее ухо — возникает его воспаление, также на гортань и даже на глаза.

Сильная степень гипертрофии желез отзывается и на росте некоторых частей, изменяя наружную форму носа, твердого неба и задерживая развитие грудной клетки. При постоянном дыхании через рот лицо больного ребенка принимает характерный вид — одутловатый. Голос ребенка принимает носовый оттенок, слух более или менее притупляется, вследствие закрытия миндалинами внутреннего отверстия евстахиевых труб. Такое страдание детей влияет на их школьные занятия: они невнимательны, мало успевают; кроме малокровия, у них наблюдается нервные расстройства, как припадки астмы, ложного крупа, как недержание мочи; такие дети отстают в росте и развитии во всех отношениях.

Единственное верное средство при увеличении миндалин — это немедленное их удаление, поскольку они вызывают серьезные расстройства (постоянный насморк, малокровие, задержку в развитии грудной клетки). Удаление это возможно с раннего возраста, и операция совершенно безопасна.

При легких степенях гипертрофии оказывается полезным морской климат, соленые ванны, ежедневное обтирание водой тела и шеи.

Воспаление зева — ангина — часто наблюдается в начальном периоде острых заболеваний ребенка.

Признаки болезней составляют: краснота и припухлость слизистой оболочки зева, увеличение миндалин.

В других случаях на припухших миндалинах наблюдаются отдельные сероватые точки (фолликулы), иногда сплошные налеты (пленки). Болезнь начинается быстро; при общем недомогании резко повышается температура, до 40°C , голос изменяется, нередко рвоты, боль в горле и затруднение глотания. (Рис. 69).

До прихода врача лечение состоит в полоскании зева раствором борной кислоты, поваренной соли (1 чайная ложка

на стакан воды). Другие назначения делаются врачом. Так как все ангины происходят от заражения различными микробами, то они

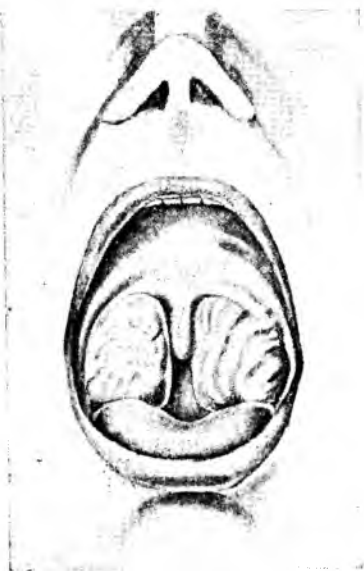


Рис. 68. Гипертрофия (увеличение) миндалин



Рис. 69. Ангина фолликулярная. По сторонам зева увеличенные миндалины и на поверхности их заметны сероватые точки (фолликулы).

представляют собою болезнь заразную. Поэтому требуют отделять заболевшего ангиной от других детей в отдельную комнату.

Остро-заразные болезни.

Перейдем теперь к уходу за детьми, больными остро-заразными (инфекционными) болезнями. Коснемся здесь, главным образом, так называемых, „детских заразных болезней“, названных так потому, что ими болеют в большинстве дети, в силу их особенной восприимчивости к заражению и малой сопротивляемости. Болеют ими и взрослые, но реже и сравнительно легче; повидимому, большинство из них не болеет потому, что в детстве они успели уже переболеть и с тех пор еще сохранили к ним невосприимчивость — иммунитет. Когда этот иммунитет ослабевает, они вновь заболевают, но в более легкой степени.

Способы передачи заразных болезней различны: заболеть можно посредством соприкосновения с больным и его выделениями или слезью, главным образом, из носоглотки.

К такого рода заболеваниям относятся: корь, дифтерия, скарлатина, грипп, свинка (заушница). Предполагают, что входными воротами для инфекции служат верхние дыхательные пути.

Ветряной оспой заражаются во время шелушения от засохших чешуек.

При других болезнях, как тиф, дизентерия, холера, — заражаются через кишечные выделения больных, загрязняющие почву и воду.

Скрытый период (инкубационный). От момента заражения, т.-е. внедрения в организм микроорганизмов, главным образом, через верхние дыхательные пути, до появления первых признаков заболевания, проходит различный срок, смотря по виду микробов.

Так, при дифтерите	проходит	1 — 5	дней.
„ скарлатине	„	1 — 7	„
„ кори	„	9	„
„ гриппе	„	1 — 3	„
„ коклюше	„	6 — 14	„
„ свинке			
„ (заушнице)	„	18	„
„ ветряной оспе	„	14	„

Так, мы видим, что при некоторых инфекциях скрытый (инкубационный) период установлен точно, при других приблизительно. В стадии скрытого периода заражение не передается.

За этим инкубационным периодом при некоторых заразительных болезнях наступает, так называемый, период предвестника — продромальный — с неясно выраженными симптомами, и в этом периоде больной становится уже заразительным. Так бывает при кори, в первые 3—4 дня до появления сыпи и повышения температуры, при коклюше в первые дни, когда кашель еще не имеет характерных судорог, приступов рвоты.

При дифтерии и при скарлатине нередко предвестников совсем не бывает или они совсем кратковременны, не более одних суток. В большинстве случаев эти два заболевания наступают вдруг, остро.

После перенесения заболевания, даже в легкой степени, организм становится невосприимчивым ко вторичным заболеваниям в течение нескольких лет, в зависимости от вида бактерий, так как за

время болезни в организме вырабатываются противоядия, которые остаются в крови в течение более или менее продолжительного срока, в зависимости от вида бактерий, а также от индивидуальных свойств организма. Встречаются организмы, которые скоро утрачивают иммунитет. На этом основании уже давно построена профилактика натуральной оспы. После перенесения легкого заболевания при искусственной прививке ослабленной телячьей оспы, ребенок становится невосприимчивым к настоящей натуральной оспе в течение, по меньшей мере, 7—8 лет, через каковой срок и рекомендуется повторение прививки телячьей оспы.

При инфекционных болезнях уход за больным ребенком разделяется на заботы о самом больном и на меры предохранения против заражения окружающих.

Главные условия гигиенической обстановки больных указаны выше, при разборе острых заболеваний. Эти условия сохраняют полное значение и при болезнях остро-заразных.

Что касается мер предохранительных, то они несколько отличаются при отдельных заболеваниях, в зависимости от характера болезни и от свойств ее инфекции; в общем все они сводятся:

1. К своевременному удалению здоровых детей.

2. К изоляции, т.-е. отделению больных от окружающих.

Но эти меры не всегда дают благоприятный результат на практике. Причинами неудач служит заразительность некоторых болезней уже при начальных, еще невыясненных признаках их проявления, а затем и летучесть заразного начала (контагия). Так бывает, например, при детском гриппе, кори, коклюше и др. Но другие заразные болезни, как скарлатина, дифтерия во многих случаях допускают своевременную изоляцию зараженного ребенка.

Из указанного ясно, что для правильного выполнения изоляции больного родители должны быть знакомы с главными признаками отдельных заразительных болезней, с периодом, когда данная болезнь начинает передаваться окружающим, с характером инфекции и с продолжительностью заразной силы. Все эти условия будут указаны при частном описании заразных болезней. Здесь будем говорить только об общих мерах предосторожности, которые должны быть выполнены при всех заразительных болезнях ребенка, представляющих особую опасность для других детей.

Самое действительное средство предохранения от заразы заключается в своевременном удалении из дома ее источника, т.-е. самого больного.

Перевозить заразного больного необходимо в особой санитарной карете.

После удаления больного, комната, где он помещался, немедленно закрывается, и в ней производится дезинфекция всех вещей, что составляет обязанность санитарного персонала, так как произвести дезинфекцию домашними средствами — дело почти невозможное.

Если больной ребенок остается дома, то изоляция его может считаться действительной в смысле безопасности для окружающих только при выполнении следующих условий: комната, где помещается больной, должна иметь отдельный ход; дверь, ведущая в соседнее помещение, заклеивается бумагой. Лицо, ухаживающее за заразным больным, не имеет никаких сношений с другими членами семьи. Посуда для больного должна быть отдельной, моется и сохраняется отдельно. Все выделения больного обливаются 5% раствором карбо-

ловой кислоты и через 1—2 часа выливаются. При входе в комнату к больному ухаживающий персонал надевает длинный полотняный халат, при выходе из комнаты больного ухаживающий обязательно моет руки в сулемовом растворе или в теплой воде с мылом. Белье больного вымачивают в сулемовом растворе 1:2000, вываривают и отдельно стирают.

Ребенок остается изолированным в течение всего периода заразительности болезни, и перед своим выходом после болезни он должен принять не менее 3-х теплых ван.

Дифтерия.

Дифтерия представляет собой заразную болезнь. Бациллы ее передаются: 1) через воздух, 2) непосредственно от больного ребенка, 3) через предметы и вещи, его окружающие, 4) возможно заражение и через 3-е лицо, которое посещало больного, не соблюдая при этом необходимой предосторожности.

Инкубационный период, т.е. скрытый период заражения, определяется в среднем в 1—5 дней.

Период предвестников (недомогание, лихорадка) продолжается сутки—двое.

Заразное начало (микроб) дифтерии не распространяется на большое пространство, микроб не особенно летуч, но он довольно долго, месяцами, сохраняется в помещении, которое занимает больной, и поэтому после дифтерийного больного требуется основательная дезинфекция помещения.

Интересен факт нахождения дифтерийных бацилл у здоровых людей, когда эти бациллы для носителя не представляются опасными в смысле заражения его самого при здоровом состоянии его организма. Но если организм попадает в условия неблагоприятные, он ослабевает; его защитительная способность уменьшается, тогда становится возможным самозаражение дифтеритом.

Предохранительные меры те же, что были упомянуты при общем изложении ухода за заразными больными.

В виду частого заболевания детей всякого рода ангиной, с чего и начинаются в большинстве случаев инфекционные заболевания их (дифтерия, корь, скарлатина), необходимо приучать малых детей с раннего возраста показывать свое горло, приучать прополаскивать горло теплой кипяченной водой, во время чистить зубы утром и вечером.

При всех лихорадочных заболеваниях у детей необходимо, прежде всего, осмотреть зев. (Рис.70). Дифтерия только путем такого рода осмотра и определяется. Она требует скорого диагноза для применения сыворотки, так как целебный эффект тем вернее, чем раньше произведено впрыскивание.



Рис. 70. Дифтерия. По сторонам зева на резко покрасневших миндалинах сероватые пленки, налеты, плотно прилегающие к миндалинам.

Однако, по наружным признакам дифтерии не всегда удастся с уверенностью поставить диагноз, и в таких случаях необходимо микроскопическое исследование слизи или пленок зева.

Ребенок, заболевший дифтерией, допускается в школу через 3 недели по выздоровлении, когда не находят у него при микроскопическом исследовании в выделении из слизистой оболочки зева и носа дифтерийных палочек.

Братья и сестры больного, бывшие в соприкосновении с заболевшим, считаются подозрительными по дифтерии в течение 2-х недель.

Главное и единственное средство против дифтерии составляют подкожные впрыскивания противодифтерийной сыворотки.

Противодифтерийная сыворотка, впрыснутая больному ребенку, действует, как противоядие, обезвреживая яды, выделяемые дифтерийными палочками, и кроме того она действует на все его органы, повышая их сопротивляемость и заставляя некоторые органы вырабатывать в усиленном количестве вещества, убивающие дифтерийные бактерии.

Сущность дифтерии заключается в том, что ее бактерии поражают обычно слизистую оболочку верхних дыхательных путей. В очень редких случаях встречается развитие дифтеритических налетов на слизистой оболочке женских половых органов. Дифтерийные бактерии прочно укрепляются на месте своего поселения. Дифтерийные пленки идут из глубины слизистой зева, бактерии вырабатывают яд, который и действует через кровь на весь организм. В тяжелых случаях, оказывающихся смертельными, находят дифтерийные бактерии и во внутренних органах.

В таких случаях дифтерия, несмотря на свое местное проявление, представляет общую болезнь всего организма.

Из внутренних органов чаще других поражается при дифтерии нервный аппарат сердца, последствием чего и бывает иногда смертельный исход.

Наблюдаются воспаления почек, легких, желудочно-кишечного тракта. В результате дифтерии, спустя 10—12 дней после выздоровления, может произойти паралич сердца и отдельных мышц: мягкого неба, глаза, конечностей; последние осложнения не представляются опасными и обыкновенно проходят после соответствующего лечения (солёные ванны, электричество).

При распространении дифтерии на гортань (истинный круп), во избежание задушения ребенка, необходима интубация, т. е. введение трубки в горло для дыхания, или трахеотомия, т. е. разрез трахеи и вставление трубки в разрез для той же цели.

Клиническую картину дифтерита напоминает отчасти заболевание — ложный круп. Эта болезнь чаще всего развивается внезапно и обыкновенно ночью, преимущественно у детей от 2-х до 5-ти лет. Внезапный приступ лающего кашля, затрудненное, свистящее дыхание, острое беспомощное состояние ребенка, посинение покровов, лихорадка.

Припадок ложного крупа не опасен и может повториться в ночь 2—3 раза.

Сущность крупа состоит в воспалительном припухании слизистой оболочки гортани, обыкновенно той ее части, которая лежит ниже голосовых связок. В некоторых случаях воспаление распространяется на всю гортань, тогда к лающему гортанному кашлю присоединяется охриплость голоса ребенка.

Причиной ложного крупа служит, главным образом, заражение микробами, вызывающими катар слизистых оболочек; нередко он наблюдается в начальном периоде детского гриппа, иногда при кори, и чаще всего у детей предрасположенных (аденоиды).

Предупредительные меры. Закалить ребенка и оперировать при наличии аденоидных разрастаний в зеве его.

Коклюш

Коклюш — представляет собой спазматический заразный кашель. В течении болезни различают 4 периода: 1) инкубационный — скрытый период — от 6 дней до 2-х недель, 2) период предвестника, или обыкновенный катаральный кашель — недели две, 3) период судорожного кашля, или собственно коклюша, — тянется от 2-х дней до 5 недель.

Приступы судорожного кашля вначале редки, потом делаются чаще. Продолжительность приступа — от нескольких секунд до 10—15 минут и более. В конце судорожного периода коклюша, на 5-й—6-й неделе, уменьшается как частота, так и продолжительность отдельных приступов, они реже сопровождаются рвотой, и болезнь вступает в 4-й период — период разрешения, при чем кашель становится снова катаральным. После окончательного выздоровления в некоторых случаях у детей остается повышенная раздражимость гортани, так что иногда в течение года каждый бронхит легко делается коклюшеобразным.

Микроб коклюша до сих пор еще с точностью не установлен.

Зараза передается только при непосредственном соприкосновении здоровых детей с больными и передается легко и быстро: достаточно нескольких минут общения между детьми.

Необходимо изолировать больного ребенка, и после коклюша помещение его должно подвергнуться дезинфекции. Продолжительность отделения больного определяется в 5 недель от начала кашля, если к этому времени исчезают спазматические приступы.

Здоровые дети, бывшие в соприкосновении с коклюшными, считаются подозрительными по коклюшу и не допускаются в школу в течение 3-х недель.

Признаки коклюша. В начальном периоде коклюш трудно отличить от гриппозного кашля. В обоих случаях мы имеем повышение температуры, насморк, кашель, общее недомогание ребенка; мы не знаем, с какой болезнью мы имеем дело. И только с начала третьего периода, периода спазматического кашля, мы устанавливаем диагноз коклюша, хотя нужно заметить, что иногда подобные признаки судорожного кашля наблюдаются и при аденоидном разрастании в зеве, и в таком случае исследование у ребенка носоглотки разрешает вопрос.

Осложнения. Возможен иногда переход инфекции на легкие, и тогда развивается катаральное воспаление легких; при судорожном кашле появляется иногда носовое кровотечение, кровоподтеки на веках и в глазном яблоке, язвочки на уздечке языка вследствие порезов ее зубами, образование грыжи, выпадение прямой кишки. В более редких случаях появляется расширение сердца и кровоизлияние в мозг с последующими параличами.

Дети при коклюше обычно теряют аппетит, плохо спят, становятся малокровными, раздражительными, истощаются и делаются склонными к заболеванию инфекционными болезнями, например, туберкулезом, и чем моложе ребенок, тем осложнения более возможны.

Коклюш мы почти бессильны лечить, можем только теми или другими средствами смягчить приступы судорожного кашля. Если у ребенка нет лихорадки, его необходимо чаще выносить на свежий воздух и заботиться, по возможности, о проветривании комнаты; в теплое время полезна поездка по морю, реке, желательны пребывание в сосновом лесу. Во время приступа кашля необходимо поддерживать головку ребенка рукою, наклонять ее вниз, у малых детей необходимо удалять пальцем слизь при скоплении ее во рту.

Пища: жидкая, мягкая, чтобы не вызывала кашля. Стараться не давать сейчас же после приступа, во избежание рвоты. В сырую и холодную погоду ребенка, во избежание осложнений, лучше держать в постели. В случаях затяжных рекомендуется переменить место, выехать из города в деревню, даже и в зимнее время. Больные дети должны быть отделены от здоровых, во избежание разноса заразы.

Все применяемые лекарства мало действительны. и нет специфического лекарства от коклюша. Из наружных средств, облегчающих иногда приступы, применяют вдыхание распыленного пульверизатором соснового или эвкалиптового масла.

Инфекционные заболевания, сопровождающиеся сыпью.

К числу сыпных инфекционных болезней относят корь, краснуху, скарлатину, натуральную и ветряную оспу.

Все указанные болезни относятся, главным образом, к детскому возрасту. У взрослых они встречаются сравнительно редко.

К о р ь.

Корью болеют почти все дети. Небольшой процент минует это заболевание в детском возрасте, и тогда заболевание ею происходит в более старшем возрасте. Чем моложе ребенок тем опаснее для него заражение.

Заразное начало кори довольно летуче. Так, в доме, где появился коревой больной, заражение легко распространяется по всему дому. После коревого больного помещение нуждается в дезинфекции. Заражение корью передается от больного через его вещи и через третье лицо.

Заразительность болезни начинается еще в периоде предвестника и оканчивается вместе с шелушением кожи, причем корь наиболее заразительна при своих продромальных явлениях (в периоде предвестников).

В течении кори различают, как и при всех инфекционных процессах, три периода.

В первом периоде — инкубационном — зараза остается скрытою в течение 9-ти дней.

Во втором периоде — продромальном — наблюдается у ребенка незначительное и неправильное повышение суточной температуры, появляются насморк и кашель, иногда светобоязнь и общее недомогание; через 4—5 дней, т. е. через 13—15 дней от момента заражения, на лице больного показывается коревая сыпь.

Третий период — распространение сыпи в течение 3—5 дней на туловище и конечностях. Одновременно с высыпью температура тела резко повышается до 39—40° С. и остается повышенной на все время высыпи. Сыпь при кори имеет вид отдельных пятен, слегка возвышенных. Еще за 3—5 дней до появления коревой сыпи на коже, такие же пятна бывают заметны в зеве больного и на внутренней поверхности

шек. На 5—8 день болезнь обыкновенно благоприятно оканчивается и вскоре начинается мелкое шелушение кожи, которое продолжается 7—9 дней.

Из осложнений при кори надо отметить воспаление легких, которое часто происходит во время кори, когда коревые бактерии переходят на легкие. Особенно опасно воспаление легких при кори для детей золотушных, у которых встречаются туберкулезные бактерии в лимфатических железах. Коревая зараза вызывает их воспаление, и туберкулезные палочки могут рассеяться по организму и вызвать общий туберкулез. В виду этого обстоятельства, необходимо всех детей, страдающих золотухой или увеличением лимфатических желез, оберегать от коревой заразы до более позднего периода роста.

Из других осложнений часто наблюдается переход воспалительного процесса зева или бронхов на гортань, в результате появляются приступы ложного крупа. Нередко бывает воспаление среднего уха в периоде выздоровления.

Предохранительные меры при кори заключаются в своевременном и полном разобщении больных и здоровых. К сожалению, своевременная изоляция иногда бывает недостижима. Продолжительность отделения при кори составляет 3 недели от начала высыпи, если шелушение и кашель прекратились.

Здоровые дети, которые находятся в соприкосновении с больными, не допускаются в школу в течение 14-ти дней, т. е., пока окончательно не выяснится, что они остались незараженными.

При кори, как и при других болезнях, требуется строгое соблюдение гигиенических правил: просторная комната, чистый воздух при температуре 16° по Реомюру; солнечный свет, в виду воспаления глаз, может быть только затемнен шторой, но не следует оставлять больного в темноте.

Пища должна быть легкая, питательная. Чистота тела при кори особенно необходима: теплые ванны в теплой комнате не повредят и даже желательны, хотя бы через день; ванна в 28° 10—15 минут; мыть руки, лицо тепловатой водой необходимо ежедневно.

Хорошо обтирать все тело больных ежедневно, чередуя с ваннами, губкою, смоченной в воде пополам с уксусом.

Необходимо полоскание рта борной кислотой, глаза надо промывать раствором борной кислоты. Лекарства по назначению врача.

Краснуха.

По своим признакам краснуха чрезвычайно похожа на легкую форму кори. Микроб ее неизвестен. Заражение происходит непосредственно от больного и через лиц, его окружающих.

Скрытый период краснухи продолжается около 2-х недель.

Продромальный период (предвестник заболевания), в отличие от кори обыкновенно отсутствует, так что болезнь начинается внезапно, незначительной лихорадкой и сыпью, напоминающей коревую сыпь. Краснуха протекает обыкновенно очень легко и в 3—4 дня оканчивается, осложнений никаких обыкновенно не бывает.

Детей в школу не пускают в течение 2-х недель от начала болезни; братьев и сестер больного также не разрешается пускать в школу в течение 2-х недель.

Необходимы: постельное содержание больного в течение лихорадочного периода и жидкая пища.

Скарлатина.

Скарлатина представляет собой наиболее опасную, в тяжелых случаях, болезнь детского возраста.

Скрытый инкубационный период болезни длится от нескольких часов до 7-ми дней.

Период предвестника — продромальный — очень короток, так что в большинстве случаев начало скарлатины наступает внезапно, начинаясь сильным жаром, рвотою и резкою краснотою зева. На следующий день на шее, верхней части туловища становится заметна краснота в виде очень мелкой сплошной сыпи. При давлении на нее пальцем остается бледное пятно.

Сыпь постепенно, в течение 4—7 дней, покрывает все тело; в зеве появляется серая слизь, миндалины увеличиваются, и на них выступают серовато-белые точки, покрытые также слизью.

Шейные лимфатические железы припухают, а язык, сначала обложенный и покрасневший, понемногу очищается от налета и весь становится ярко-красным с заметно увеличенными сосочками, — „малиновый язык“, характерный для скарлатины.

Общее состояние больного подавленное, бывают сильные головные боли, сонливость; скарлатинозная сыпь распространяется и на лицо, за исключением подбородка, верхней губы и носа; это место без сыпи, в виде белого треугольника, для скарлатины также характерно.

В случаях благополучного исхода на 5—7 день болезни, когда сыпь заняла уже все тело, и лихорадочная температура начинает постепенно понижаться, а на 10—11 день появляется на коже шелушение, при чем верхний слой ее отделяется лоскутами, а не чешуйками, как при кори. Шелушение продолжается от 4 до 12 дней.

Общая картина болезни представляет, однако, большое разнообразие. Ангина в той или другой степени налицо всегда. Легкие случаи скарлатины сопровождаются незначительной лихорадкой и слабо выраженной сыпью, которая может исчезнуть через несколько часов, так что в один—два дня ребенок оказывается совершенно здоровым.

В тяжелых случаях температура достигает 40° С. Общее состояние ребенка подавленное, сыпь очень густая, красно-синего цвета, и быстро покрывает все тело. Ангина сильно выражена. Миндалины сильно увеличены и покрыты густой слизью. Здесь возможен смертельный исход в течение нескольких часов, вследствие отравления крови.

Между описанными крайними формами существует ряд переходных. Разнообразны при скарлатине и осложнения. При тяжелых формах скарлатины можно встретить образование гнояников в лимфатических железах, гнойное воспаление легких и плевры, поражение сердца и нервной системы, особенно часто гноетечение из ушей и воспаление почек.

Естественно, что при таких разнообразных осложнениях исход скарлатины в виде полного выздоровления не всегда может быть предсказан с уверенностью.

При слабом проявлении признаков скарлатины иногда можно принять ее за другую болезнь, но подобные легкие случаи скарлатины, заражая других детей, могут вызвать у них тяжелую форму скарлатины с явно выраженными признаками, а потому, во избежание подобных случаев, вернее будет считать сомнительные случаи за настоящую скарлатину и немедленно изолировать больного.

Предохранительные меры. Заразительность скарлатины начинается с момента проявления болезни, но наибольшей силы она достигает в период, шелушения. В виду относительно слабой заразительности начального периода скарлатины, следует настаивать на отделении здоровых детей, даже в тех случаях, когда они провели несколько дней (3—5) вместе с больными. Продолжительность отделения определяется в 8 недель со дня появления сыпи, если шелушение окончилось.

Здоровые дети, которые находились в общении со скарлатинозными больными, считаются подозрительными и не допускаются в школу в течение 14-ти дней.

Что касается предупреждения скарлатинозного заражения, то мы знаем уже, что хотя яд скарлатины мало летуч, но очень стоек и может сохраняться месяцами, поэтому дезинфекция после скарлатины обязательна.

Заражение происходит от больного через его вещи и при посредстве окружающих лиц. Восприимчивость к скарлатине наиболее выражена в возрасте от 6 мес. и до 12-ти лет, а после 12-ти лет заразительность ослабевает.

В настоящее время рекомендуют предохранительные от скарлатины прививки. Есть уже массовые наблюдения, показывающие, что среди привитых заболевания реже, и если бывают случаи заболевания скарлатиной, то они протекают легко.

Прививки безвредны, их необходимо сделать не менее 3-х раз, увеличивая дозы, промежутками между прививками от 5 до 6 дней, смотря по состоянию ребенка.

Действительность прививок сохраняется до полугода и несколько больше, так что в разгаре эпидемии их надо рекомендовать.

Скарлатинозного больного необходимо держать в постели, по крайней мере, в течение 2—3 недель. В течение всего лихорадочного периода скарлатинозный больной получает исключительно молочную пищу.

По прекращении лихорадки разрешается кисель, каша, хлеб, вареные фрукты, овощи; мясной бульон ранее 3-х недель давать не рекомендуется во избежание раздражения почек.

Весьма полезным средством при скарлатине являются теплые ванны в 28—29° по Реомюру; они благотворно действуют на нервную систему больного, облегчают работу сердца и почек и, наконец, поддерживают в чистоте кожные покровы. Если ребенок хорошо переносит ванны, то их делают ежедневно по 5—10 минут.

После ванны наблюдается понижение лихорадочной температуры на 0,5—1,8, появляется спокойный сон, но в некоторых случаях бывает, что больной чувствует себя в ванне плохо и облегчения не получает; тогда ванны отменяют и назначают влажные обертывания.

С лечебной целью в тяжелых случаях применяется в настоящее время сыворотка из крови больного, перенесшего скарлатину, и сыворотка, получаемая от лошади—в количестве в среднем 100 куб. см. При вприскивании человеческой сыворотки результат вполне благоприятный, температура резко падает, и самочувствие больного улучшается. Но ее трудно получить. Необходимо достать выздоровевшего от скарлатины человека, который согласился бы дать кровь.

При сыворотке лошадиной—явления улучшения менее резко выражены.

От осложнений, как первая, так и вторая не предохраняют.

Из лекарственных средств употребляют только средства, возбуждающие сердечную деятельность; применять их можно только по предписанию врача.

Осложнения. Самым частым осложнением является скарлатинная жаба, опухоль лимфатических желез, при нагноении коих необходима операция. Воспаление среднего уха, воспаление почек — чаще всего развивается в начале 3-й недели болезни. Оно возникает даже и в легких случаях скарлатины. Предвидеть и предупредить развитие нефрита (воспаление почек) мы не можем. Поэтому необходимо производить исследование мочи для наблюдения за состоянием почек по крайней мере, в течение 2—3 недель, начиная со второй недели заболевания.

Ветрянка или ветряная оспа.

Инкубационный период ветряной оспы—14 дней, период предвестников—около суток, заболевание ветряной оспой выражается лихорадкой и общим недомоганием.

Затем на разных частях тела показываются красные пятна, в центре которых вскоре появляется пузырек с прозрачной жидкостью. На второй день жидкость мутнеет и, вскоре подсыхая, образует корочку. Сыпь эта при ветрянке распространяется неравномерно: одни пузырьки появляются, другие уже подсыхают. Температура держится около недели, до окончательной высыпи. Болезнь эта оканчивается обыкновенно благополучно и не опасна. Иногда сыпь при ветрянке появляется и во рту, и в зеве.

Иногда легкая форма настоящей оспы, так называемый, вариолоид, очень похожа на ветряную оспу. Отличие заключается в том, что пузырьки ветряной оспы не имеют вдавления в центре, что характерно для настоящей оспы, и затем при начале заболевания ветряной оспой нет резко выраженных болей в пояснице, что при натуральной оспе почти постоянно бывает.

Заражение ветряной оспой легко передается через воздух. Заразительность продолжается до отпадения корок (10—14 дней) через вещи и от корок. После 12 лет восприимчивость к заражению ветряной оспой резко понижается. Перенесшие ветряную оспу дети не должны посещать детский сад в течение 18-ти дней, а также дети, бывшие в соприкосновении с больными, не допускаются в школу.

Лечение. Постельный режим, жидкая пища, полоскание рта раствором борной кислоты. В периоде подсыхания корок не расчесывать, во избежание рубцов на лице.

Заболевания натуральной оспой, очень опасного и заразительного, мы не касаемся, в виду того, что с этой болезнью в обиходе не приходится встречаться при поголовной и своевременной прививке предохранительной оспы (см. главу 8-ю—грудной возраст).

Заушница — паротит или свинка.

Болезнь называется так потому, что она выражается в воспалении околоушной железы, непосредственно лежащей несколько впереди и книзу от уха, у угла нижней челюсти. При опухании желез с обеих сторон больные напоминают видом свинку. Кроме околоушной железы иногда поражаются при этой болезни и другие железы, например, подчелюстные, у мальчиков — яички, а у девочек — яичники.

Болезнь эта очень заразительна, обыкновенно передается в семье всем детям. После одного-двух дней недомогания, повышения температуры, больные жалуются на боль при открывании рта, затем впереди уха и под ухом появляется припухлость, чаще на обеих сторонах, лицо становится одутловатым, через 4—5 дней обычно температура понижается, и опухоль спадает, а через 7—10 дней ребенок обыкновенно выздоравливает. Во время болезни необходимы постельное содержание, забота о чистоте рта, жидкая пища.

Половой инстинкт и половое воспитание в раннем детстве.

Детство раннего возраста не может считаться возрастом вполне нейтральным в половом отношении. В раннем уже возрасте — с 3-х лет, а иногда и ранее — мы видим, как дети, движимые инстинктом, выбирают тот или другой вид игр, характеризующий их пол. Изучение половой жизни детей важно в целях правильного воспитания их.

Поэтому необходимо знакомиться с половой жизнью ребенка, необходимо изучать половой инстинкт в тот момент, когда он едва только появляется.

Необходимо установить определенные моменты, которые играют роль направляющих факторов в деле полового развития детей. Необходимо установить те гигиенические условия, при которых половая жизнь ребенка может протекать нормально.

Ребенок рождается на свет уже с готовым половым инстинктом, и развитие этого инстинкта или его пробуждение к действию произойдет своевременно в возрасте, отвечающем требованию культуры, или преждевременно. Половой инстинкт предопределен в своей структуре и таит в себе разнообразные возможности и разные пути развития, которые открываются перед ним и на которые его толкают различные условия, в которых протекает его рост.

Среди этих условий унаследование свойств нервной системы и индивидуальные особенности нервно-психической организации ребенка занимают, несомненно, первенствующее место и могут сыграть огромную роль. Но во всяком случае невозможно умалять огромного влияния внешних факторов и среды, из которых складывается воспитание.

Излишняя возбудимость нервной системы и особенно головного мозга, которая часто является в результате условий жизни и тех влияний как физических, так и психических, которым подвергается ребенок, служит первой причиной раннего полового чувства, раннего его пробуждения, и не подлежит сомнению, что исключение этих влияний из житейского обихода ребенка, разумный, целесообразный уход за ним должен привести к уменьшению возбудимости нервной системы и значительно более позднему проявлению половых влечений.

Поэтому необходимо бороться с ранним проявлением полового инстинкта. От того, в какой мере и в каком направлении при воспитании в окружающей среде происходит постоянное внушение или раздражающее воздействие на организм, обладающее специфической способностью возбуждать прямо или косвенно половую сферу, зависит развитие полового инстинкта и тот или иной срок и те или иные формы его проявления.

Сексуальность (половой инстинкт), как уже сказано, заложен в самой природе ребенка, и среда не порождает инстинкта (сексуальности), но условия воспитания и среды могут тормозить или уско-

рять его рост и проявление, а главное, эти именно условия, больше, чем что-либо другое, в состоянии придать детской сексуальности ту или иную специфическую окраску. По тому, как ребенок ведет себя в своих сексуальных поступках, можно получить представление не столько о нем самом, сколько о той среде, из которой он вышел.

В ранние годы жизни в самой сексуальности нет ничего патологического. Цель воспитания заключается во внимательном и всестороннем изучении инстинкта, в создании соответствующей обстановки и применении рациональных педагогических методов, а главное, в упражнении сил, заложенных в самом детском организме. В нормальном развитии проявления полового инстинкта в раннем детстве заключается центр тяжести половой проблемы.

Для правильной борьбы с нежелательными формами проявления сексуального чувства в детстве необходимо, прежде всего, установить верный взгляд на последствия, которыми грозят вредные половые привычки. В данном случае мы коснемся столь распространенной, в особенности, в школьные годы и не очень редкой и в ранние годы, мастурбации (о нанизма). Вредное влияние мастурбации на нервную систему ребенка несомненно, так как часто повторные нервные и душевные переходы, сопровождающие этот акт от крайней степени возбуждения к подавленному состоянию и апатии, отражаются неблагоприятно на всей нервной системе ребенка, еще мало устойчивой: при склонности к повторному онанированию ребенок становится апатичным, вялым, рассеянным.

Основные принципы профилактики преждевременного острого возбуждения полового инстинкта и борьба с нежелательными проявлениями его, все, так называемое, сексуальное воспитание должно базироваться на правильном освещении этого вопроса, на воспитании воли ребенка в борьбе с уклонениями, на мягком и внимательном разъяснении, а не на запугивании и унижении личности, как это часто делается.

Окружающая обстановка представляет в условиях физического существования ребенка многочисленные причины раннего пробуждения полового инстинкта, а потому необходимо устранить из жизни ребенка все моменты, влияющие прямо или косвенно на раздражение полового центра или возбуждение полового ощущения; их значение не маловажно, особенно в ранние годы жизни, когда и случайное раздражение чисто физического характера играет гораздо чаще роль возбуждителя половых ощущений, чем сознательное стремление. Так, постоянно жарко натопленные помещения, слишком теплая мягкая постель (перина), часто горячие ванны могут способствовать раннему половому возбуждению.

Слишком обильная и питательная пища, большое количество мяса, приностей, употребление чая, кофе, какао, шоколада, — все это может служить причиной полового возбуждения и усиливать его, в особенности еще при неблагоприятной наследственности. Сильное влияние на пробуждение полового инстинкта оказывают спиртные напитки.

Необходимо обратить внимание на покрой одежды, который не должен вызывать трения и раздражения в области половых органов. Поэтому не совсем рационально ношение брюк маленькими детьми, по крайней мере, такого покроя, при котором плотно, как у взрослых, они застегиваются на пуговицы. Более рациональны совершенно свободные, подвешенные к лифчику и незастегивающиеся штанишки, с разрезом посредине, чтобы ребенок мог свободно, без затруднения мочиться; к тому же

при таком покрое нет и чрезмерного согревания половых органов ребенка.

На чистоту постельного белья, на абсолютное содержание в чистоте всего тела и конечностей, в частности половых органов, надо обратить внимание, но в то же время целесообразно особенно выделять эту область тела и сосредоточить внимание ребенка на ее чистоте, как на предмете исключительных забот.

Ни в чем не должно проявляться и подчеркиваться особенное внимание к этой части детского организма. Половые органы должны быть объектом внимания наравне с другими частями тела. Недопустимо в целях успокоения плачущего ребенка щекотать половые его органы, желая вызвать у него вместо плача смех.

Зуд в области заднего прохода или половых органов и вызываемые им расчесы могут быть источником половых ощущений, дать толчок искусственному повторению их, путем раздражения. Необходимо во всех случаях, когда ребенок обнаруживает стремление часто дотрагиваться до половых органов, тереть их или расчесывать, исследовать, не накаплиется ли грязь, нет ли глистов-остриц, которые при выходе из прямой кишки вызывают зуд заднего прохода и половых органов, и часто заползают у девочек во влагалище и даже проникают иногда в матку и тем дают повод к онанизму.

Следует давать детям перед сном обильной горячей пищи или горячих напитков, ужин должен быть легкий. Не следует черезчур согревать нижнюю часть тела, прикрывая ее слишком теплым одеялом, так как теплота вообще является одним из факторов, возбуждающих половое ощущение. На преждевременное развитие полового чувства оказывают влияние еще различные болезни: малокровие, золотуха, рахит. Все эти болезни вызывают у детей слабость и неустойчивость нервной системы, обуславливая усиление полового инстинкта.

Неправильное распределение занятий и отдыха, сидячий образ жизни, отсутствие движения — влекут за собой застой крови в области половых органов и могут также служить причиной раннего возбуждения полового чувства. Неуместны для детей как в раннем детстве, так и в последующие периоды, — балы, танцы, так как они не мало вносят в обиход детской жизни раздражающих моментов со специфическими особенностями. Они совершенно непригодны и вредны для неокрепшего детского организма, не говоря уже о той негигиеничной обстановке, среди которой все это происходит: пыль, шум, духота.

Все перечисленные профилактические мероприятия — физического характера; они легко выполнимы. Гораздо более сложными представляются психические воздействия, служащие для борьбы с дурными влияниями, которым ребенок подвергается как в общественной, так и в семейной среде, которые обладают способностью прямо или косвенно пробуждать половой инстинкт или даже придать ему в ранние годы извращенный характер.

Для борьбы с вредными сексуальными проявлениями у детей, в частности с мастурбацией, на первом месте должно стоять психическое воздействие не в форме запугивания, угроз, воздействий теми или другими названиями, принижающими и позорящими индивидуальность, а в виде мягкого, доброго разъяснения. Умный и осторожный подход в этом отношении играет чрезвычайно важную роль, а не угрозы, которые дают отрицательный результат и развивают еще большую скрытность.

Нет сомнения, что половая сфера в отдельных своих элементах,

задевается в большей или меньшей степени в разных играх, и требования правильного сексуального развития диктуют активное и внимательное отношение к играм детей, как к могущественному фактору, играющему огромную роль в деле умственного, нравственного и физического развития ребенка.

Поэтому необходимо устранять из игр способами мягкими и тактичными элементы цинизма, грубости, жестокости, которые имеют тесное соприкосновение с половой сферой; необходимо из режима, обстановки и игр ребенка устранять все моменты, раздражающие половой центр или могущие вызвать половое ощущение.

Влечение к игре не только не должно быть заглушено, наоборот, оно должно быть всегда поощряемо в интересах отвлечения нервных сил ребенка от путей специфически сексуальных.

Наряду с играми необходимы прогулки, работа в саду, огороде и всякого рода занятия на открытом воздухе, у более старших — легкая форма спорта. С точки зрения сексуальной гигиены, усталость в известных пределах имеет целебное действие и, притупляя повышенную чувствительность, вызывает глубокий сон.

С целью укрепления нервной системы или ослабления повышенной возбудимости уместны специальные лечебные приемы: обтирание, обливание, соленые или теплые ванны и т. п.

Ни в каком случае недопустимо спанье двух детей в одной кровати или совместно со взрослым, так как, с точки зрения сексуальности, оно является далеко не безопасным, в силу чрезмерной согреваемости, телесной близости, случайных подражаний и даже непосредственного полового возбуждения. Во всяком случае, начиная с 6-ти лет настоятельно рекомендуется, чтобы мальчики и девочки спали раздельно.

Просто и естественно, без всякого подчеркивания должны проводиться те или другие мероприятия по отделению одного пола от другого, будет ли это касаться отдельной спальни, купания, тех или других отправок и т. д.

В заключение повторяем, что с ранним появлением полового инстинкта и его извращениями бороться необходимо созданием гигиенической обстановки и соответствующего режима, отнюдь не мерами суровых, строгих воздействий и запугиваний.

ГЛАВА ДЕСЯТАЯ.

ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И МЛАДЕНЧЕСТВА.

Учреждения по охране материнства и младенчества. Учреждения открытого типа. Консультация для детей. Консультация для беременных. Юридическая консультация. Ясли.
Закрытые учреждения. Дом грудного ребенка. Дом матери и ребенка.

Задача охраны материнства и младенчества заключается, главным образом, в сохранении здоровья и жизни матери и ее ребенка, для чего необходимо создание таких условий, при которых было бы наиболее обеспечено их физическое и духовное развитие. В наших советских условиях задачи охраны материнства и младенчества значительно расширяются, законодательство наше, а также органы Наркомздрава и Наркомтруда, стремятся разрешить проблему материнства в полном объеме, т. е., создать такие социально-экономические условия, при которых женщина-работница могла бы одновременно и быть матерью, и участвовать наравне с мужчиной во всех отраслях строительства рабочего государства.

Учреждения по охране материнства и младенчества.

Для руководства всей работой в области охраны материнства и младенчества при Наркомздраве РСФСР, а также при Наркомздравах других союзных Республик существует специальный отдел охматмлада. В губернских и окружных центрах для руководства работой на местах существуют при губ и окрздравах подотделы охматмлада. Вся работа учреждений охматмлада по преимуществу является санитарно-профилактической и ведется по твердо установленному принципу, что „оздоровление трудящихся — есть дело самих трудящихся“. Поэтому все органы охматмлада стремятся вовлечь в свои организации, в работу их широкие массы трудящихся и, в особенности, организованных работниц, которые привлекаются через женотделы. В основу всех учреждений охматмлада, особенно сети учреждений для детей грудного возраста, положен тот принцип, чтобы во всех учреждениях не прерывалась связь матери со своим ребенком, так как для нормального развития ребенка, а подчас и для жизни его, безусловной необходимостью является кормление материнской грудью. Все учреждения по охране материнства и младенчества делятся на открытые, закрытые и смешанного типа.

Нами здесь будут перечислены все виды учреждений охматмлада, хотя в некоторых городах того или другого типа учреждений может и не быть.¹⁾

1) При составлении настоящего отдела, мы широко пользовались очень интересным трудом прив.-доц. Р. М. Курзона — „Охрана материнства и младенчества“.

Учреждения открытого типа.

Консультации для грудных детей, а также малых детей, с целым рядом вспомогательных учреждений:

санитарно-просветительным патронажем, выставкой по охране материнства и младенчества, молочной кухней, советом социальной помощи и юридической консультацией.

Консультации являются школой для матери: она при систематическом посещении консультации обучается правильному гигиеническому уходу за своим ребенком.

В самой консультации врачом систематически производится осмотр как здоровых, так и больных детей. Матери, после подробного обследования развития ребенка, получают от врача совет как относительно кормления ребенка, так и ухода за ним.

1) Санитарно-просветительный патронаж состоит из специально подготовленных сестер, которые не только в дежурные дни присутствуют на приеме врача, но значительную часть своего времени уделяют посещению матерей с детьми на дому, где они следят, как все советы, данные врачом, претворяются в жизнь.

2) Выставка по охране материнства и младенчества.

Выставка эта находится при консультации; в ней сосредоточивается вся культурно-просветительная работа, там имеются целые серии красивых таблиц, дающих наглядное представление матери, как ухаживать за своим ребенком, как вскармливать его и т. д.

3) Молочная кухня. Работа молочной кухни состоит в изготовлении питательных молочных смесей, которые отпускаются детям, находящимся по предписанию врача на искусственном или смешанном кормлении.

4) Советы социальной помощи.

Они состоят из персонала, работающего в консультации, представителей профессиональных и общественных организаций, делегатов от завкомов предприятий, которые обслуживаются данной консультацией, и представителей от матерей. На сов. соц. помощи лежит забота по оказанию материальной помощи нуждающимся матерям.

5) Юридические консультации. Задача подобных консультаций состоит в правовой защите матери и ребенка.

Как видно из этого перечня, детская консультация постепенно расширяется и в нее вливаются все новые учреждения.

Наша задача будет состоять в том, чтобы вкратце выяснить всю ту роль, какую играют все эти учреждения, стремящиеся сохранить здоровье матери и ребенка.

Как уже указывалось ранее, огромная детская смертность падает на возраст до 1 года, и наибольшее распространение ее в этом периоде особенно наблюдалось в царской России и, главным образом, среди рабочего и крестьянского населения.

Смертность младенцев до 1 года во Владимирской губернии в 1913 г. было 29%, в 1925 году — 17 $\frac{1}{4}$ %, по Московской в том же 1913 году смертность была 28%, а в 1925 году — 14%. (Тезисы доклада Заведующей Охматмлада Наркомздрава В. Н. Лебедевой).

Падение детской смертности нужно отнести за счет профилактической работы детских консультаций охматмлада.

И совершенно прав проф. Г. А. Сперанский, говоря: „Пропаганда грудного кормления и правильного ухода за ребенком раннего возраста—это один из активных способов борьбы с детской смертностью“.

Пропаганда грудного кормления у нас в Союзе не ставится так остро по сравнению с Западом, потому что грудное кормление распространено у нас довольно широко, как среди крестьян, так и среди городского населения. Наоборот, у нас грудное кормление против положенных для него сроков нередко затягивается. В Ленинграде кормят грудью до 1 года — 74%, до 1 года 6 месяцев — 14%. (Проф. Маслов).

Это затяжное кормление может вредно сказываться на развивающемся ребенке; так же вредно сказывается и несвоевременный прикорм.

Для того, чтобы консультация могла вести более или менее правильные наблюдения за развитием ребенка и устранять недочеты в уходе и вскармливании его, мать, получая советы уже в родильном доме от врача-акушера или, если имеется возможность, и от врача по детским болезням, не должна только этим ограничиться, а по выходе из родильного дома сейчас же связаться с детской консультацией. Иначе говоря, консультация должна иметь свое начало в родильном доме, чтобы с первых дней рождения ребенка иметь свое влияние на уход за ним.

Советы, которые дает врач в консультации по вопросам вскармливания и ухода за ребенком, очень часто не могут быть исчерпывающими, во-первых, из-за недостатка времени, коим располагает врач при обширном приеме, и, во-вторых, потому, что врач часто незнаком с той обстановкой, в которой проживает та или иная мать — и вот в таких случаях ближайшими помощниками врача являются патронажные сестры. Получив в консультации адрес, патронажная сестра отправляется к матери и здесь, применяясь к условиям домашней обстановки матери, углубляет ту работу, которую начал врач в консультации. Она, во-первых, следит, выполняет ли мать все назначения врача, правильно ли она вскармливает, здесь же на месте она обучает технике ухода за младенцем, при чем мать сама в присутствии сестры выполняет все гигиенические предписания по уходу (пеленание ребенка, купанье и проч.).

Патронажная сестра по адресам, полученным в родильном доме попадает в дом матери, которая со своим ребенком еще ни разу не была в консультации, и здесь на сестре лежит обязанность подробно ознакомить мать с теми преимуществами в смысле здоровья ее ребенка, которые она приобретает, если направится в консультацию, прослушает советы врача и точно будет их дома выполнять. Кроме этого патронажная сестра на дому периодически проверяет развитие ребенка, делая об этом соответствующие отметки в патронажном листке.

Патронажная сестра, ознакомившись с гигиеническими условиями обстановки, в которых находится ребенок, стремится, если эти условия ненормальны, изменить их к лучшему.

Этим сестра значительно облегчает работу врача в консультации, который подчас незнаком с социальными условиями матери.

Задача консультации в наших современных условиях — не только предупреждать заболеваемость детей, то-есть, выполнять задачу чисто профилактическую, но на ней лежит и функция лечебная.

В связи с лечебными задачами консультации — патронажная сестра выполняет иногда по назначению врача на дому ребенка те или иные лечебные мероприятия (ставит клизму и т. п.). Как видно из одного только перечисления обязанностей, работа патронажной сестры чрезвычайно сложна и трудна, а поэтому каждая мать должна это учитывать и оказывать сестре, заботящейся о здоровье ее ребенка, полное содействие.

Целый ряд научных авторитетов признает, что развитая сеть детских консультаций способствует падению детской смертности. Тем не менее матерями мало сознается это значение консультации, и поэтому для привлечения матерей со своими детьми в консультацию в некоторых местностях нашей Республики прибегают к своеобразному принуждению. Так, матери, получающие в течение 9-ти месяцев пособие на кормление из страхкассы, обязаны представлять в нее бумагу с соответствующими отметками о регулярном посещении консультации.

О том, какую пользу приносит матерям все возрастающее число консультаций, можно судить по интересным данным доктора А. Антонова:

При первом посещении консультации матерями, из них кормили своих детей правильно по часам:

в 1912 г.	—	20 ⁰ / ₀
„ 1915 „	—	27 ⁰ / ₀
„ 1922 „	—	50 ⁰ / ₀

Влияние работы патронажной сестры на правильность кормления ребенка и улучшения ухода за ним особенно отчетливо видно из следующей таблицы Самарской железнодорожной консультации.

	При 1-ом посещении сестры.	При последующих посещениях сестры
Матери неправильно одевали ребенка	72 ⁰ / ₀	37 ⁰ / ₀
„ „ купали ребенка	59 ⁰ / ₀	42 ⁰ / ₀
„ „ ухаживали за органами чувств	42 ⁰ / ₀	17 ⁰ / ₀

Эта таблица очень разительно показывает, какую большую роль играет работа патронажной сестры в деле воспитания матери.

Если сравнить работу открытых и закрытых учреждений охматмлада, то преимущество нужно безусловно отдать открытым и смешанным учреждениям (консультациям и яслям), так как эти учреждения несравненно более целесообразны и доступны широким массам рабочего населения.

Если в 1917 году городских консультаций было всего только 17, то в 1925 году число их выросло уже до 347 (отчет В. П. Лебедевой на XII съезде Советов в 1925 году). Понятно, количество их является недостаточным, если припомнить, что в Германии таких консультаций насчитывается 2600.

К учреждениям открытого типа нужно причислить и консультации для беременных, которые у нас стали возникать с 1921 г. Число этих консультаций стало быстро расти, и к концу 1924 г. достигло 159.

В целом ряде мест консультации для беременных соединяются с детскими консультациями и образуют единое учреждение с широкими профилактическими целями.

Консультация для беременных ставит своей задачей наблюдение за здоровьем беременной, за течением беременности. Врачи-акушеры в этих консультациях также обучают беременных женщин гигиене

беременности, родов, послеродового периода, а также сообщают будущей матери основные сведения о гигиене ребенка.

„Главнейшая и основная задача консультации, — говорит д-р Парышев, — разумеется, профилактика, т. е. предупреждение всех возможных заботеваний, связанных с беременностью.“ Далее упомянутый нами д-р Парышев (один из старейших работников Ленинграда в области охраны материнства) говорит, что вся задача консультации для беременных выражается в одном: подготавливать беременную к акту родов для того, чтобы эти последние протекали нормально. Каждая беременная, обращаясь в консультацию, должна знать, что хотя ее беременность,



Рис. 71. Взвешивание ребенка в консультации.

а затем и роды являются нормальными физиологическими актами, тем не менее они могут давать целый ряд осложнений, угрожающих ее жизни или жизни ее ребенка. Возникающая для матери опасность во время родов или после них — часто силами врача не может быть устранена попросту потому, что современная медицина не выработала еще достаточно хороших, т. е., верных средств для борьбы с этими опасными заболеваниями. Часто такие заболевания, не поддающиеся лечению, можно предотвращать, если беременная своевременно, т. е., с начала беременности будет обращаться в консультацию. А предотвращать эти заболевания можно потому, что они возникают не сразу в конце беременности или во время родов, а развиваются постепенно в течение всей беременности, подчас незаметно для самой женщины. Заметить их во-время и повести против них борьбу может только акушер — врач консультации. Опасности эти заключаются в развивающемся плоде или могут заключаться в организме самой матери. Плод может быть опасным для женщины, когда он болен, когда у него, например, развилась внутри-утробная водянка головы, которая иногда принимает такие размеры, что плод самостоятельно не может пройти половой канал, и если не будет

соответствующей медицинской помощи, то мать с таким плодом в утробе может погибнуть. (См. стр. 38). Совершенно здоровый нормальный плод тоже может быть опасным для матери, примерно, если он лежит неправильно—поперечно, ибо при таком положении сама беременная без оперативной помощи врача родоразрешиться не сможет. Далее, источником опасностей является и сама мать. Причины этих опасностей могут заключаться в патологических изменениях скелета матери, следствием чего могут явиться узкие и неправильные тазы, неправильное прикрепление детского места, уклонения от нормы со стороны сердца, печени и т. д. Эти причины, по мнению некоторых гинеколо-



Рис. 72. Осмотр ребенка врачом в консультации.

гов, нужно считать случайными. Правда, утверждение о случайности таких причин не совсем правильно, потому что эти причины под влиянием определенных и постоянных условий внешней среды—домашнего быта, профессионального труда—могут стать причинами постоянными, угрожающими матери теми или иными опасностями во время беременности или родов. Угроза, которая более или менее постоянно висит над беременной женщиной, исходит от ее почек и влагалища.

Почки, являясь в организме человека одним из главных выделительных органов, во время беременности сильно перегружены в своей работе, так как им приходится быть выделительным органом продуктов обмена веществ не только матери, но и растущего плода. С заболеванием почек тесно связано одно грозное заболевание, наблюдающееся в конце беременности или во время родов; это заболевание—эклампсия. Характерные признаки этого заболевания—потеря сознания, судороги всего тела, по временам высокая температура, почти полное отсутствие мочи, объясняемое резкими изменениями в почках под влиянием тех ядов, которые образуются в организме беременной. Забо-

левание это довольно грозное, так как влечет за собой большую смертность матерей и детей. По данным Ленинградского родовспомогательного заведения, в 1920 году смертность для матери равнялась 29,5%, а для детей 21,8%. По данным одного из авторитетных гинекологов в нашем Союзе, профессора Л. А. Кривского, в Обуховской больнице в Ленинграде смертность от эклампсии за период времени с 1912—1921 г.г. достигла для матерей—28,8%, а для детей—30%. За 1919—21 г.г. смертность матерей от эклампсии равнялась 36,8%, а для детей—35,6%.

До сих пор точно причина этого заболевания не выяснена, лечение наступившей эклампсии не всегда удачно, так как настоящего радикального лечения пока нет.

С другой стороны известно, что это заболевание возникает не сразу, а постепенно; если во время заметить, то заболевание очень часто может быть предотвращено. И вот, одна из современных основных задач консультации для беременных это—предотвращение, профилактика этого грозного заболевания—эклампсии. Начинать борьбу с эклампсией нужно не в момент судорог, а значительно раньше, когда начинают появляться первые симптомы несостоятельности почек. Эти первые симптомы грозной болезни может во время заметить только врач, если беременная будет аккуратно и периодически являться в консультацию на осмотр и для всех необходимых исследований. (Об эклампсии см. также главу 7-ю—гигиена беременной).

Другой постоянной причиной опасности во время родов и послеродового периода, как нами уже указывалось, является влагалище, понятно, не само по себе, а вследствие невидимых обитателей—микробов, которые там появляются уже на 1—2-й день после рождения девочки. Эти микробы существуют во влагалище в течение всей жизни женщины. В период же беременности под влиянием, повидимому, прилива крови ко влагалищу, количество этих микробов возрастает, и они часто служат причиной послеродовых септических заболеваний, сопровождающихся высокой температурой, и если организм не в состоянии справиться с проникшими в матку из влагалища микробами, то они попадают дальше в кровь, и такая женщина после родов может погибнуть. Послеродовое заражение является очень грозным заболеванием, так как современный врач-акушер не обладает верными средствами для лечения этого заболевания.

Главная опасность инфекции заключается в, так называемом, самозаражении, т. е. попадании в послеродовую матку тех микробов, которые находятся во влагалище. Опасность же внесения инфекции извне теперь, благодаря тщательной дезинфекции рук, надеванию резиновых перчаток, кипячению инструментов, сведена к самому минимуму. С инфекцией, т. е. микробами, мы можем успешно более или менее бороться в период беременности, пока они еще не попали в матку. После же попадания их в матку, а затем в кровь, наша борьба с ними становится уже почти невозможной. Поэтому главная задача борьбы с послеродовым сепсисом (послеродовым заражением крови) заключается в профилактике этого заболевания, так как в лечении его мы пока бессильны. Главные профилактические мероприятия консультации должны быть направлены:

1. К усилению общей невосприимчивости организма к инфекции.
2. К устранению условий, которые благоприятствуют проникновению микробов в организм.

Усиление невосприимчивости организма беременной достижимо при наших условиях общими санитарно-гигиеническими мерами, улуч-

шением условий труда и быта, обереганием беременной от случайных заболеваний, уходом за кожей и т. д.

Что касается второго пункта, то целый ряд исследований выяснил условия, до некоторой степени благоприятствующие проникновению и развитию в организме беременной бактерий.

Исследования эти показали, что половина всех беременных в первые месяцы беременности имеют влагалище довольно загрязненным; с нарастанием беременности увеличивается также и загрязнение влагалища.

Исследование под микроскопом выделений влагалища в таких случаях дает огромное количество всякого рода бактерий (см. рис. 74).

Под влиянием профилактического лечения, предпринимаемого с целью предупреждения послеродового заражения, содержание выделений влагалища значительно очищается. Наблюдение над беременными, которые подвергались в консультации профилактическому лечению, и над теми, которые ему не подвергались, говорят в пользу широкого применения профилактики. так как процент лихорадящих в послеродовом периоде был значительно больше у беременных, не подвергавшихся профилактическому лечению.

Исходя из этих данных, рекомендуется каждой беременной посещать консультацию, где у нее, по усмотрению врача, регулярно будут производиться исследования выделений влагалища, и в случае надобности будет применено соответствующее профилактическое лечение. В задачи консультации, кроме профилактической борьбы с такими грозными явлениями, каковыми являются у беременной и роженицы эклампсия и сепсис, входит еще не менее важная задача, как вылавливание таких заболеваний, как туберкулез, сифилис и гоноррея беременных.

Туберкулезные больные направляются в тубдиспансер, а венерические заболевания могут лечиться тут же в консультации.

Особое внимание консультация обращает на бич не только женщины, но и всего человечества — сифилис.

Сифилис матери передается почти всегда ребенку. Такие дети помимо того, что они рождаются зараженными этой ужасной болезнью, очень часто и не выживают. А между тем, если во время распознать болезнь, то она даже в период беременности излечима. Если во время беременности женщина подвергнет себя лечению, то она может родить совершенно здорового ребенка.

Для выяснения вопроса, больна ли мать сифилисом, приходится брать на исследование ее кровь, часто даже повторно, так как внешних признаков сифилиса у матери очень часто может и не быть, а однократное исследование крови не даст результатов, ибо сифилис протекает иногда скрытно.

В виду этого в большинстве консультаций введено исследование крови каждой обращающейся туда за советом женщины.

И на такое исследование крови каждая беременная должна идти охотно, ибо это производится в интересах ее здоровья и здоровья ее будущего ребенка.

Деятельность консультации для беременных, понятно, не исчерпывается только этим перечисленным нам кругом болезней, а она должна заниматься профилактикой всех заболеваний и отклонений от нормы, связанных с беременностью.

Консультация при помощи патронажных сестер может и должна войти во все детали условий труда и быта беременной женщины, ибо только таким образом можно устранить вредное влияние внешней среды на беременную и на развивающийся в ее утробе плод. Одной из

ближайших задач консультаций является стремление охватить патронажем всех беременных своего района, а также всех вообще женщин производительного возраста, т. е., способных рожать детей, завести для них соответствующие карточки и вести полный учет всех тех отклонений, которые могут произойти в здоровье, труде и быте каждой женщины.

Чтобы закончить обзор учреждений охматмлада открытого типа, мы остановимся вкратце на значении относительно нового учреждения юридической консультации.

Первые юридические консультации были открыты в 1923—1924 г. Первоначально в задачу этих учреждений входило оказание юридической помощи малолетним и несовершеннолетним. Советское законодательство достаточно полно охраняет права матери и ребенка, но огромная масса населения из-за своей некультурности еще мало знает о своих правах; матери же подчас совершенно не разбираются, как закон охраняет не только ее, но и ее ребенка. Поэтому теперь основной задачей юридической консультации является широкая популяризация законодательства в деле охраны матери и ребенка.

Задача консультации не ограничивается только разъяснениями прав матери, но в задачу ее входит научить мать и осуществлять свои права.

В юридических консультациях женщинам даются советы, составляются заявления, жалобы. Кроме этого, представители консультации выступают на суде и в других учреждениях по всем делам, в которых нарушаются интересы матери или ребенка. Ценность деятельности юридической консультации становится еще более высокой, если принять во внимание современное положение о браках и разводах, легкость расторжения браков, при которой страдающей стороной является почти всегда женщина.

Одинокая, оставленная без всяких средств к существованию подчас с грудным ребенком на руках, несчастная женщина не знает, что ей делать; она готова подбросить своего ребенка. И здесь юридическая консультация своим советом и проведенным в суде делом об алиментах дает женщине возможность содержать своего ребенка, а не увеличивать число обитателей закрытых учреждений, т. е. консультация предотвращает подкидывание матерями своих детей.

Если относятся к учреждениям смешанного типа, но, по своей организации, ближе стоят к учреждениям открытым; они делятся на фабричные и районные. Эти два типа яслей являются постоянными и организуются обычно при крупных заводах или по городским районам. Кроме этого типа яслей существуют еще временные, летние сельские ясли, которые организуются во время летней полевой работы, для того, чтобы дать матери-крестьянке принять участие в обработке земли.

Постоянные ясли в городе, по возможности, организуются для небольшого количества детей грудного возраста с расчетом приблизительно на 30 человек.

Для избежания инфекции и создания удовлетворительных гигиенических условий, помещение для яслей подбирается, по возможности, обширное. Оно состоит из приемной, детских спален и изолятора.

В приемной производится прием и отпуск детей, в этой комнате большей частью происходит и кормление их матерью.

Следующими комнатами являются спальни; в каждой такой спальне имеется определенное количество кроваток с номерами. Нумерация кроваток необходима, так как каждый ребенок должен пользоваться постоянно одной и той же кроватью. Кроме кроватей и шкафчиков для

белья, в этой комнате для детей, начинающих ползать и становиться на ножки, имеется манежник (см. рис. 60.)

Если кто-либо из детей заболевает, то он вместе со своей кроваткой переводится в особое помещение—изолятор и остается там до прихода матери.

В яслях для детей от одного года до трех имеется еще одна комнатка для игр, а также и столовая.

Понятно, далеко не всегда указанное количество комнат бывает в тех или иных яслях,—все зависит от финансовой мощности того или иного государственного учреждения, открывающего ясли.

Сеть яслей на протяжении целого ряда лет растет. Так, в 1917 г. яслей было 17, а в 1925 г. число их достигло 778.

Огромный рост яслей объясняется тем, что они раскрепощают женщину-работницу, освобождая ее от хлопот по уходу за детьми, и дают ей возможность не бросать того производства, где она работает в течение дня.

Закрытые учреждения.

Дома грудного ребенка предназначены для детей-сирот или покинутых детей. Дети эти нуждаются в грудном кормлении хотя бы в течение первых 3—4 месяцев, и потому для вскармливания их существуют наемные кормилицы: 6—7 кормилиц на 20 детей. Наемные кормилицы ведут уход за детьми только в случаях нехватки персонала. Всю работу по уходу за детьми ведут сестры, специально для этого подготовленные. При возникновении тех или иных заболеваний—заболевшие дети переводятся в специальный изолятор. Дети в подобного рода домах пребывают до 1 года, затем они переводятся в дома ребенка. Эти учреждения рассчитаны на детей в возрасте от 1 года до 3-х лет. В этот период времени дети являются более стойкими по отношению к внешним вредным условиям; они развиваются при правильном питании и соответствующем гигиеническом уходе значительно лучше. В этот возрастной период детям в таких учреждениях угрожает, вследствие их восприимчивости, целый ряд детских инфекционных заболеваний, как, например, корь, коклюш, скарлатина и т. д. С целью предотвращения этих заболеваний предпринимается в таких учреждениях целый ряд профилактических мероприятий: чистота в уходе, предохранительные прививки, своевременное и быстрое изолирование заболевших детей, прием новых детей после необходимого карантина. Медицинский персонал такого дома состоит из врача-педиатра и кадра сестер по уходу за детьми раннего возраста. Наряду с тщательным медицинским уходом ведется и педагогическое наблюдение за ребенком.

Дома матери и ребенка имеют своей целью—одиноким беременной или одинокой матери с грудным ребенком облегчить тяготу материнства. Дома матери и ребенка делятся на 2 типа:

1-й тип. В этих домах женщины проводят весь полагающийся им по Кодексу законов о труде отпуск.

2-й тип предназначен для матерей с грудными детьми.

В этом доме матери пребывают весь период грудного вскармливания, особенно когда они имеют работу вне дома.

ГЛАВА ОДИННАДЦАТАЯ.

ОХРАНА ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ.

Отпуск по беременности. Командировки служащих беременных. Ночные и сверхурочные работы беременных. Плановые отпуска беременных. Отпуск при выкидыше. Тяжелые работы беременных. Посылка беременных из посредбюро. Порядок увольнения беременных. Охрана труда кормящих. Отпуск на кормление. Ночные и сверхурочные работы кормящих. Социальное страхование беременной. Пособие на приданое новорожденному. Пособие роженицам. Пособие безработным беременным и роженицам. Пособие при беременности женам рабочих, инвалидов и т. д.

Хотя беременность и является нормальным, физиологическим актом для женщины, тем не менее она предъявляет к организму этой женщины целый ряд требований, которые могут вывести организм ее из нормального состояния; например, некоторые во время беременности страдают неукротимой рвотой, некоторые так ослабевают, что едва могут ходить. Каждая женщина вообще должна знать, что организм ее во время беременности несколько ослабевает, так как развивающийся в ее матке плод в значительной мере забирает те пополнения, которые организм ее получает. Следовательно, несколько ослабленный во время беременности организм более подвержен внешним влияниям жизни, к каковым нужно отнести домашний труд, а также труд женщины на фабриках и заводах.

Если работница на производстве продолжает работать до последних месяцев беременности, то она подвергает свой организм, а также растущий организм ее будущего ребенка тем вредностям, которые свойственны тому или иному производству, например, влиянию пыли—табачной, свинцовой, различных газов и т. д. Целым рядом гинекологов отмечается частота у работниц бесплодия, а при наступившей беременности естественных выкидышей и преждевременных родов. По данным Штрассмана, у работниц-швей наблюдается 13% естественных (т.-е. происшедших без постороннего вмешательства) выкидышей, а неправильных родов — 10%.

По данным Гамбургера, у женщин буржуазных классов естественные выкидыши составляют около 10%, мертворождения тоже около 10%; у работниц же цифры эти нужно увеличить в два или три раза. Рождающиеся же у работниц дети весьма часто умирают в младенчестве. В старой России из 100 родившихся детей у фабричных работниц на 1-м году жизни умирало 42 младенца, у женщин же буржуазных классов умирало только 10 детей. Здесь только кратко приведены те данные, которые заставляют рабочий класс всего мира, в числе прочих требований, выдвигать и охрану труда работницы.

Понятно, лучше всего труд работницы во все периоды ее жизни охраняется у нас в СССР, так как только у нас фактически охрана здоровья рабочего класса находится в руках у него самого.

Самым совершенным во всем мире кодексом об охране женского труда является наш советский кодекс.

Мы приводим здесь только те отделы его, которые касаются законов об охране женщины-работницы до родов и после.

Отпуск по беременности. (Ст. 132 Код. Зак. о Труде).

Каждая женщина, занятая физическим трудом на фабрике или заводе, имеет право на отпуск за 8 недель до родов и на 8 недель после родов. Женщины, занимающиеся конторским и умственным трудом, имеют право на отпуск за 6 недель до родов и на 6 недель после родов. Разница в сроках отпуска для работниц физического и умственного труда объясняется тем, что физический труд более угрожает здоровью беременной женщины, чем труд умственный—конторский. Однако, есть целый ряд профессий чисто умственного труда, которые так же, как и физический труд, могут вредно отразиться на здоровье беременной; поэтому работницы таких видов труда нашим законодательством приравниваются к работницам физического труда, т.-е., получают отпуска за 8 недель до родов и на 8 недель после родов. Таких профессий имеется значительное количество:

- 1) Телефонистки на телефонных станциях.
 - 2) Телеграфистки.
 - 3) Массажистки.
 - 4) Врачи, фельдшерицы и надзирательницы больниц для душевно-больных.
 - 5) Врачи и фельдшерицы сельской разъездной службы по оказанию помощи, врачи и фельдшерицы передвижных отрядов.
 - 6) Врачи и фельдшерицы хирургических, инфекционных и родо-вспомогательных учреждений.
 - 7) Женщины-врачи, фельдшерицы, сестры милосердия и лаборантки, работающие в рентгеновских кабинетах полный рабочий день.
 - 8) Женщины врачи, фельдшерицы и сестры милосердия, работающие по борьбе с эпидемиями чумы, холеры, оспы и сыпного тифа, ухаживающие за больными.
 - 9) Зубные врачи советских амбулаторий.
 - 10) Руководительницы и воспитательницы детских домов, садов, колоний, домов дефективного ребенка и реформатриев.
 - 11) Учительницы сельских школ.
 - 12) Воспитательницы интернатов 1 и 2 ступени.
 - 13) Инструкторши физического воспитания.
 - 14) Лица, ведущие культурно-просветительную работу в местах заключения.
 - 15) Артистки драмы, оперы, цирка и балета, выступающие на сцене.
 - 16) Все женщины, занятые ночной работой.
 - 17) Инспектрисы и инструкторши, работающие не постоянно в одном месте (с передвижением).
 - 18) Фармацевтки.
 - 19) Сортировщицы почты и почтово-телеграфных пунктов.
 - 20) Продавщицы в советских распределительных пунктах.
 - 21) Машинистки, пишущие на машинках.
- (Список профессий, кои дают право на отпуск по беременности,

равный с отпуском для беременных женщин физического труда. „Вопросы страхования“, № 3, 1922 г. и Постановление Народного Комиссариата Труда от 15-го июля 1924 г., № 356, газета „Труд“, 22 июля 1924, № 164).

Если после родов женщина заболевает и использует, еще не выздоровев, предоставленные ей законом 2 месяца, то предприятие не имеет права ее увольнять в продолжение следующих 2-х месяцев, т.е. в таком случае работница имеет право на лечение и отдых в течение 4-х месяцев. Относительно 2-х последних месяцев ей необходимо будет представить удостоверение амбулатории или врачебно-контрольной комиссии о ее болезни.

Командировки беременных. (Ст. 113 Код. Зак. о Труде)

Начиная с 5-го месяца беременности, беременная женщина имеет право требовать, чтобы ее не отправляли в командировку, если место таковой находится не в том городе, где она работает.

Ночные и сверхурочные работы беременных. (Ст. 131 Код. Зак. о Труде).

К ночной и сверхурочной работе беременные и кормящие грудью не допускаются.

Вопрос о ночных работах женщин и детей был всегда актуальным вопросом рабочего движения всего мира. Запрещение ночного труда для женщин и подростков является еще и сейчас не потерявшим силу боевым лозунгом рабочих Запада. Например, по данным Изы Штрассер, ночная работа женщин запрещена только в 13 из 48 штатов Америки. И это в „самой передовой“ капиталистической стране. У нас в советской стране ночные работы вообще для женщин запрещены, как вредно отражающиеся не только на ее половой сфере, но и на всем организме. В настоящее время, несмотря на бурный рост нашей промышленности, наблюдается все таки значительная безработица среди женщин-пролетарок; вот почему в виде временной меры допускается ночной труд женщины; но, начиная с 5-го месяца беременности, ночной труд для женщины безусловно воспрещается. С этого момента беременности запрещаются вообще и всякого рода сверхурочные работы. (О запрещении сверхурочных работ женщинам, занятым физическим трудом, начиная с 5-го месяца беременности. Постановление Народного Комиссариата Труда, „Известия“ Всероссийского Центрального Исполнительного Комитета—1920 г., № 264).

Плановые отпуска беременных. (Ст. 119 Код. Зак. о Труде).

Каждая женщина, непрерывно проработавшая на предприятии $5\frac{1}{2}$ месяцев, имеет право на двухнедельный отпуск. Отпуск этот может быть и более длительным в зависимости от коллективных договоров. В 4-хмесячный отпуск, который полагается работнице на время беременности и после родов, эти две недели не входят.

Отпуск при выкидыше. (Постановление Народного Комиссариата Труда, „Известия“ ВЦИК'а, № 151 — 1920 г.).

Каждая работница после непроизвольного или произведенного врачом в советской больнице, клинике или лечебнице выкидыша имеет

право на трехнедельный отпуск. Работницам умственного труда закон предоставляет двухнедельный отпуск.

Трудовое законодательство, как видно из этого закона, охраняет женщину-работницу и после произведенного ей выкидыша, потому что законодательство учитывает те опасности, которые несет женщине естественный или искусственный выкидыш вообще, а именно: вхождение заразного начала в полость матки, последствием чего может явиться воспаление окружающих частей, яичников, труб, клетчатки, а также плохое сокращение матки после аборта, последствием чего бывают частые кровотечения.

Все это может еще усугубиться, если женщина приступает к тяжелой физической работе на предприятии. После аборта, как и после родов, женскому организму необходим покой. Матка должна притти к норме, выделения должны прекратиться, а для этого потребно времени не менее 2-х недель.

Тяжелые работы беременных. (Постановление Народного Комиссариата Труда от 5/IX 1920 г. „Правда“, 5 сентября 1920 г.).

Тяжелая физическая работа вообще может вредно отражаться на здоровье женщины, и законодательство поэтому предусматривает ту предельную норму тяжести, какую может переносить одна женщина. При беременности же тяжелая работа может отразиться на нормальном течении беременности и вызвать выкидыш или преждевременные роды. Поэтому инспектору труда, по просьбе женщины, или если он сам замечает, что женщина выполняет тяжелую работу, предоставлено право переводить беременных женщин с тяжелых работ на более легкие.

Существует целый ряд работ, предусмотренных законом, как особенно опасные для здоровья беременной женщины. К числу таких работ нужно отнести работы по сплаву леса. К такого рода работе беременные женщины не допускаются и работать не могут не только по найму, но и в артелях. К работам по сплаву леса также не допускаются и кормящие грудью женщины. (Постановление Народного Комиссариата Труда № 144/173).

Беременные женщины и кормящие грудью не могут быть кондукторами, истопниками и смазчиками в железнодорожном и водном транспорте. (Постановление Народного Комиссариата Труда, „Известия“ ВЦИК'а, № 224—1919 г.).

Посылка беременных из посредбюро в очередь. (Циркуляр Народного Комиссариата Труда от 15-го августа 1922 г. за № 375/119, газета „Труд“ за 1922 г., № 184).

Посредбюро должны посылать на работу в одинаковую со всеми очередь работниц, — как беременных до 6-ти месяцев, так и небеременных, а хозяйственные органы не имеют права отказать беременной работнице в предоставлении службы только на том основании, что она беременна.

Порядок увольнения беременных женщин. (Циркуляр Народного Комиссариата Труда от 14-го июля 1922 г., № 367. Газета „Труд“, № 188, 27-го августа 1922 г.).

Увольнение беременной женщины допускается только после того, как истек 4-месячный срок с первого дня отпуска по беременности.

Подобное увольнение может быть допустимо после указанного срока только в исключительных случаях и то в последнюю очередь.

Хозорган при каждом увольнении работницы должен уведомить инспектора труда, а последний, ознакомившись с порядком увольнения, может запретить увольнение беременной. Хозяйственный же орган, увольняя беременную женщину, не может отговориться тем, что он не знал, что она беременна. (Изв. Наркомтруда, № 2—3, 1923 г.).

Для того, чтобы не было подобного рода разговора с хозорганами, рекомендуется всякой работнице, как только она забеременеет, получить удостоверение врача и сдать его на предприятие в завком.

Обязанности инспектора труда при увольнении беременных см. постановление Народного Комиссариата Труда,—газета „Труд“ от 24-го июля 1922 г.

Охрана труда работниц, кормящих грудью.

Кормление грудью для новорожденного имеет очень большое значение. Дети, вскормленные материнской грудью, развиваются лучше детей, вскормленных искусственно. Смертность детей, вскармливаемых матерью в 2 слишком раза меньше, чем при искусственном вскармливании. Исходя из этих соображений, советское законодательство старается поставить мать в такие условия, чтобы она сама могла кормить ребенка.

Отпуска на кормление. (Ст. 134 Код. Зак. о Труде).

Каждая работница, кормящая грудью, кроме общих перерывов в работе, получает право через каждые $3\frac{1}{2}$ часа на особый получасовой перерыв в работе для кормления своего ребенка. За указанные перерывы вычеты из заработной платы не допускаются. Заработная плата выдается работнице полностью, как за 8-ми часовой рабочий день.

Запрещение кормящим ночных и сверхурочных работ.

Кормящим женщинам воспрещены ночные и сверхурочные работы. Этот закон введен с исключительной целью, чтобы излишне сверхурочными работами не переутомлять кормящую женщину, а ночью дать ей возможность не расставаться со своим ребенком.

В виду особо тяжелых условий работы, кормящим воспрещены:

1) Работы при сплаве леса. (Изв. Народн. Комиссариата Труда, № 14, 1924 г.).

2) Работы на транспорте в качестве истопников, смазчиков и кондукторов на поездах и пароходах (Известия ВЦИК'а, 8/х—1919 г.).

Социальное страхование беременной.

Согласно нашего Кодекса Законов о Труде, как выше это уже приводилось, каждая беременная работница получает 6-ти и 8-ми недельный отпуск. С этого момента она уже перестает получать зарплату на том предприятии, где она работает, и переводится на социальное страхование, т. е. она приравнивается на весь срок своего отпуска к лицу, временно потерявшему трудоспособность, и весь этот период она получает пособие из кассы социального страхования.

Это пособие полностью соответствует ее заработку.

Техника получения этого пособия не сложна. Для этого работница должна отправиться в амбулаторию или консультацию к врачу гинекологу и получить у него справку, когда предполагаются у нее роды. Затем, эта справка или заверяется районной врачебно-контрольной комиссией или непосредственно препровождается работницей в контору завода или учреждения. Если по справкам видно, что работнице осталось до родов 6—8 недель, то предприятие обязано предоставить ей полагающийся отпуск и выдать справку о размере ее заработка за 2 последние месяца. Эту справку вместе с удостоверением врача работница представляет в страхкасу, и с этого момента она аккуратно, каждые две недели, получает полностью весь свой заработок.

Пособие на приданое новорожденным.

С момента рождения ребенка то пособие, которое получает работница, может оказаться недостаточным для покупки необходимых вещей для ребенка и потому, согласно Кодексу, страхкасса обязана выдавать каждой беременной работнице за 1 месяц до родов, помимо ее заработка, еще некоторую сумму на приданое для ребенка. Размер этого дополнительного пособия небольшой. Он равен половине среднего заработка данной местности. Но даже это небольшое дополнительное пособие поможет иногда работнице выйти из затруднительного положения, когда ей придется покупать предметы ухода за ребенком.

Пособие роженицам.

Для того, чтобы страхкасса продолжала аккуратно выплачивать пособие, работница сейчас же после родов должна получить в отделе Записи Актов Гражданского Состояния (Загс) метрику ребенка и представить такую в страхкасу.

При предъявлении этой метрики работница не только будет продолжать получать в течение 6—8 недель полный свой заработок, но и сверх того ей будут еще выдавать особое пособие „на кормление ребенка“. Размер этого пособия равен четверти пособия, полученного ею уже для покупки приданого ребенку, и выдается оно страхкассой ежемесячно в течение 9 месяцев. Для получения этого пособия работница должна представлять справку домкома или милиции о том, что ребенок ее находится в живых. Пособие это выдается матерям и не кормящим грудью.

Если период после родов осложнен у работницы каким-либо заболеванием, и она уже использовала те 6—8 недель отдыха, которые ей полагаются по закону, то она может не приступать к работе до полного своего выздоровления, и страховая касса ей будет продолжать выдавать в дальнейшем пособие, если она представит „листок о болезни“ с отметкой районного врача или больницы о том, что состояние ее здоровья не позволяет ей приступить к работе.

Пособия безработным беременным и роженицам.

Работница пользуется всеми правами не только тогда, когда она находится на фабрике или в учреждении, но и тогда, когда она находится без работы.

Безработные женщины освобождаются от явки в посредбюро за 6 недель до родов и на 6 недель после родов.

В продолжение всего этого периода они получают пособие в том размере, который установлен для безработных высшей группы.

Безработные женщины в тех же размерах получают пособие на кормление и приобретение приданого для новорожденного.

Для получения пособия безработные должны представлять в страхкассы те же документы, что и работающие.

Пособия при беременности женам рабочих, женам инвалидов и т. д.

По Кодексу жены рабочих, инвалидов также имеют право на получение из страховой кассы пособий на „приданое ребенку“ и на кормление, а также на бесплатную родовспомогательную помощь. Это право на пособие распространяется и на жен инвалидов труда, получающих пенсию или содержание в инвалидном доме; жены призванных в армию и флот рабочих и служащих также обладают правом на получение перечисленных пособий при одном только условии, если роды произошли в течение месяца со дня призыва их мужей на военную службу.

Все перечисленные категории женщин для получения пособий, помимо представления в страхкассу удостоверения врача, выписи из Загса, должны еще представить доказательства, что они имеют все права на получение означенных пособий. Таковыми доказательствами могут служить: расчетная книжка мужа, удостоверение о службе и т. д.

ГЛАВА ДВЕНАДЦАТАЯ.

ЖЕНСКИЕ БОЛЕЗНИ.

Что такое женские болезни? Каковы особенности женского организма? Что такое конституция женщины? Какие главные признаки женских болезней? Что нужно вспомнить и рассказать врачу на приеме? Отчего происходят женские болезни? Как лечатся женские болезни? Какие бывают женские болезни? Заболевания местные, системные, смежные и отдаленные.

Что такое женские болезни?

Наука о женских болезнях называется гинекологией. Эта наука особенно развилась в течение последних десятилетий, хотя она была известна еще в глубокой древности. Так, Гиппократ, живший свыше чем 2.300 лет тому назад, в своих книгах описывает воспаление матки, выпадения ее и расстройство месячных. Гинекология близко связана с акушерством, так как много женских болезней возникает в результате беременности, родов или послеродового периода. И наоборот, многие женские болезни тяжело отражаются на беременности.

Что же такое женские болезни? Почему удел женщины подвергаться всегда риску заболеть женскими болезнями, а мужчины свободны от специальных „мужских“ болезней?

Женские болезни — это те, которые связаны с заболеванием женских половых органов или вызываются их расстройством деятельностью. Половые органы мужчины предназначены только для полового акта и оплодотворения, женские — еще и для вынашивания и рождения. У женщины половая система так сложна, так интимно спаяна со всей ее личностью, что заболевания женской половой системы глубоко и разрушительно отражаются на всей ее жизни. Женщина и вне болезней глубоко подчинена деятельности половой системы. Резкие изменения созревающей девушки, менструации, беременности, роды, кормление, материнство, климактерий — все это глубоко отражается на физической и психической личности женщины. Этим объясняется, почему женские болезни имеют глубокое значение для организма женщины, а специальные мужские половые болезни не так отражаются на здоровье мужчины.

Некоторые натуралисты-философы говорят, что в человеческой жизни страдания неизбежны. Из всех живых существ, населяющих нашу землю, самым большим страдальцем является все же человек.

Он переживает не только все те боли и неприятности, которые испытывает и всякое животное, но, кроме того, подвержен и целому ряду чисто человеческих страданий. За свое „особое“ место в природе человек платит не мало. Таким образом, источником страданий являются те условия, которые царят в живой природе, которые связаны с деятельностью тела, которых нельзя изменить и власть которых прекращается только вместе с жизнью.

Каковы особенности женского организма?

Женщина отличается от мужчины не только тем, что у нее другие половые органы, чем у мужчины. Во всем ее организме сказывается половое различие, так как вне пола нет живых существ. Когда на женские болезни смотрели как на чисто местный процесс, то иногда врачи прежних времен из-за матки не видали самой женщины. Мы теперь никогда не рассматриваем женские болезни, как местные, но всегда ищем последствий женских болезней во всем организме. Или, наоборот, выискиваем, как болезни организма отражаются на женской половой деятельности. Чтобы это понять, нужно знать, каковы характерные особенности женского организма вообще.

Женщина в среднем меньшего роста, чем мужчина. Так, средний рост женщины — 160 см., мужчины — 172 см. Разница заметна и при рождении, при чем рост новорожденной девочки на 0,5—1,0 см. меньше роста мальчика. Соответственно разнице в росте имеется разница и в весе. Средний вес женщины — $3\frac{1}{2}$ п., мужчины — 4 п. При рождении девочка также весит меньше.

Кривая роста у женщины имеет совершенно другой вид, чем у мужчины. До конца десятого года рост девочек и мальчиков протекает одинаково, но затем наступает повышение в росте девочек, которое длится до 15-ти лет. В течение этого периода девочки превосходят мальчиков также в весе. К концу 15-го года, однако, мальчики перегоняют в росте девочек и, начиная с этого момента, последние растут медленнее мальчиков. Женщину следует признать вполне взрослой в 20 лет, мужчину — в 23 года.

Половое различие, или, как говорят естествоиспытатели, половой диморфизм, заключается не только в этом. Женщина имеет более длинное туловище; так, длина туловища у женщин равняется 37,8% общей длины тела, у мужчин — 35,9%. Эта большая длина туловища обусловливается, главным образом, более длинным животом, объемистость которого представляет собою физиологическую необходимость в интересах лучшего развития будущего плода. В связи с этим живот женщины представляется более выпуклым, нежели живот мужчины, и образует легкий свод. Последний придает женскому животу своеобразную красоту, отмеченную уже античной пластикой.

Длина рук и ног у женщины меньше длины мужских. Так, длина женской руки равняется — 45,5% общей длины тела, длина мужской руки 46,6%. Ширина плеч у мужчин больше, нежели у женщин; напротив, ширина бедер больше у женщины. Большая ширина бедер у женщины находится в связи с большими размерами женского таза и в частности с большей шириной женской крестцовой кости. Крупные размеры таза женщины находятся в биологической зависимости от выполняемой функции и от роли большей вместимости таза для развития плода и специально для акта родов.

Если взять женщину и мужчину одинакового роста, то получим следующую таблицу:

Размеры	Женщина	Мужчина
Рост	170	170
Ширина плеч	37	45
„ талии	20	24
„ бедер	33	26
„ крестц. кости	11	7

Таким образом, женщина превосходит мужчину того же роста по ширине бедер на 7 см., по ширине крестца — на 4 см., но уступает в ширине плеч на 8 см. и в ширине талии на 4 см.

Точные измерения показали, что женщина обладает абсолютно большей головой, нежели мужчина. Лицо женщины заметно уже и ниже. Лоб женщины спускается более круто; череп — более ровный и круглый, нос и рот меньше, губы тоньше, ушная раковина меньше и тоньше. Вся костная система развита у женщин слабее. Отдельные кости имеют более нежное строение и на поверхности своей более равны. Мускулатуры меньше, но жировой подкладки больше.

	Женщина	Мужчина
Общий вес тела	55,40 клг.	55,75 клг.
Скелет	8,30 „	11,46 „
Мускулатура	19,85 „	23,06 „
Жир	15,67 „	6,16 „

У мужчины в общем более крупный организм, чем у женщины, поэтому вес отдельных органов у него больше. Но если вычислить вес отдельных органов по отношению к весу организма, т.е., взять относительный вес, то оказывается, что вес очень важных для жизни органов у женщины больше, чем у мужчины. Это имеет громадное жизненное значение.

Орган	Женщина	Мужчина
Сердце	0,49%	0,48%
Легкие	1,67%	1,59%
Печень	3,15%	2,91%
Почки	0,55%	0,49%
Селезенка	0,33%	0,26%

Отношение веса мозга к общему весу тела равно:

у мужчин 1:47,27
у женщин 1:44,17

т.-е. относительный вес мозга по отношению к весу тела у женщины больше, чем у мужчины.

Подводя итоги сказанному, можно отметить, что:

у женщины: меньший рост и вес; узкие плечи и талия; широкие бедра; сильное развитие подкожного жирового слоя и связанные с этим мягкие, закругленные формы; более мелкие черты лица; длинные волосы на голове; тонкая нежная кожа и ее придатки, высокий голос.

у мужчины: более высокий рост; больший вес тела; широкие плечи, узкие бедра, более мощное развитие всего скелета и мускулатуры и связанные с этим упругие и угловатые формы; более резко выраженные черты лица; борода и усы, сильно развитая волосистость на теле, кадык; более грубая кожа и ногти; низкий голос.

Если к этому внешнему и внутреннему половому различию между женщиной и мужчиной присоединить еще особенности их духовного мира, то станет очевидным, что разница между женщиной и мужчиной заключается не только в строении половых органов, но и во всем организме. Поэтому, чтобы понять, что такое женские болезни, нужно уяснить себе, что такое в биологическом отношении женщина, и понять, как глубоко ее половая деятельность влияет на всю ее жизнь.

Что такое конституция женщины?

Помимо того, что женщины резко отличаются от мужчин, женщины отличаются еще между собой по конституции (по строению или складу своего тела). Чтобы правильно оценить болезнь и здоровье женщины, нужно знать ее индивидуальные особенности, ее тип. Конституция женщины — это совокупность всех ее внешних форм и функциональных особенностей органов, которые определяют своеобразное течение физиологических и болезненных процессов. Различные ученые предлагают делить женщин на определенные конституциональные типы. Некоторые делят на три основные типа: женственный, мужественный и детский.

Женственный, нормальный тип (женщина-мать), отличается хорошим развитием наружных и внутренних органов, при чем все половые признаки хорошо выражены. Волосы на голове длинные, мягкие, под мышками и на лобке короткие и более грубые. На лице и на теле волосы отсутствуют. Грудные железы округлы и полны с хорошо сформированными упругими сосками. Жировая клетчатка скапливается преимущественно в области груди и бедер, таз имеет тупой лонный угол.

Для мужественного типа (женщина-мужчина) характерны высокий рост, относительно длинные ноги, при чем поперечник плечей больше поперечника бедер, а таз имеет острый лонный угол. Волосы на лобке растут в виде четырехугольника с верхушкой, направленной к пупку. Грудные железы малы и плоски. Половые органы часто недоразвиты.

При детском (инфантильном) конституциональном типе замечается количественная и качественная недоразвитость. Рост ниже среднего,

грудная клетка воронкообразная, размеры таза уменьшены, ноги короткие, волосатость на лобке и под мышками скудная, на спине и плечах пушок, грудные железы развиты слабо. Малые губы непокрыты большими губами, влагалище узкое, матка маленькая, шейка относительно длинная, коническая.

По отложению пигмента и цвета волос женщины разделяются на блондинок, шатенок, брюнеток и рыжих. Темперамент определяется, как сангвинический, холерический, флегматический и меланхолический.

Сангвиник живо реагирует на все раздражения, мысли и желания, ярко вспыхивает, но, натолкнувшись на препятствия, быстро остывает.

Меланхолик отличается тем, что все переносит спокойно, страдальчески терпеливо; он всегда грустен, подавлен.

Холерик отличается настойчивостью своих настроений и стремлений. Зародившаяся мысль гнездится глубоко, вызывая настойчивый труд.

Флегматик характеризуется спокойствием в своем отношении к внешнему миру; мысли и желания в нем протекают медленно, намерения выполняются постепенно, без бурных порывов и мучительных сомнений.

Все эти конституциональные типы не предрешают собою тех или иных болезней, но при возникновении каких-либо болезней они дают своеобразное их течение. Современная гинекология придает большое значение конституции женщины в смысле предрасположения к тем или иным заболеваниям (бесплодие, опухоли, привычные выкидыши, плохое сокращение матки после родов, внематочная беременность, вялое течение инфекционных заболеваний, опущение внутренних органов и проч.).

Какие главные признаки женских болезней?

Для того, чтобы женщина была здорова, а это важно не только для нее, но и для ее семьи, она должна обязательно быть знакома с главными признаками женских болезней. Всякую болезнь нужно или предупредить, или захватить в начале. Лечить далеко зашедшую болезнь значительно труднее, а иногда и невозможно. Главные признаки женских болезней—это расстройство месячных, появление белей и болей. К этим основным признакам могут при соединиться признаки заболевания смежных или отдаленных органов.

Расстройство месячных может выразиться в усилении регул (меноррагия), в появлении крови даже в промежутках между месячными очищениями (метроррагия), в уменьшении месячных (олигоменоррея) и в исчезновении месячных (аменоррея).

Нужно твердо помнить каждой женщине, что расстройства месячных не являются болезнями сами по себе, но что это признаки каких-то глубоких заболеваний половых органов или всего организма.

Усиление месячных бывает при загибе матки кзади, при опущении и выпадении ее, при нарушении кровообращения в тазовых сосудах вследствие сильного стягивания талии или работы в сидячем положении (швейная машина и пр.), при острых заболеваниях околоматочной клетчатки, при слишком бурном или извращенном половом сношении (недоконченном, прерванном сношении), половой слабости мужа, онанизме, при воспалении слизистой оболочки матки в результате гонорреи или заражения после родов, выкидыша, при доброкачественных опухолях матки, при заболевании яичников.

Неправильные кровотечения вне периода месячных вызываются нарушением беременности, неправильным течением послеродового периода, злокачественными опухолями и пр. Если беременность прерывается абортom, то обязательно наступают кровотечения. Также наступают кровотечения при неправильной, внематочной беременности. Однако, наружные кровотечения при неправильной внематочной беременности не бывают так обильны, как при выкидыше. Тяжелые и в высшей степени опасные кровотечения бывают в конце беременности при предлежании детского места впереди плода подле шейки матки. В послеродовом периоде кровотечения возникают при задержке остатков детского места.

При злокачественных новообразованиях кровотечения возникают вследствие распада ткани опухоли и разъедания стенок сосудов. Самая тяжелая злокачественная опухоль—это рак матки. Самым ранним признаком рака служит межменструальное появление крови. Кровотечение иногда, особенно вначале, может быть незначительно, в виде розоватого или коричневого оттенка выделений, а при более обильных выделениях они имеют кровянисто-разжиженный вид, на подобие мясных помоев. Иногда кровь может сразу хлынуть в угрожающем количестве. Кровотечения при раке часто возникают или усиливаются под влиянием какого-нибудь внешнего повода, например, длительной ходьбы, резких движений, поднятия тяжести. Особенно женщины должны обращать внимание на появление кровотечения после сношения, что часто указывает на появившийся рак, а при раке особенно важно рано его узнать, чтобы немедленно оперировать. Такие неправильные кровотечения бывают также при слизистых полипах матки, при неправильном наступлении старческого (климактерического) периода, при заболеваниях крови и пр.

Уменьшение месячных бывает вследствие тяжелых заболеваний или истощений всего организма, вследствие общего недоразвития всего тела или неполного развития женской половой системы, вследствие пониженной деятельности яичников.

Прекращение месячных может быть в результате развития беременности, кормления грудью и старческого периода; тогда это нормальное явление. Во всех других случаях нужно считать прекращение или непоявление месячных признаком какой-то болезни. Непоявление вообще месячных (в наших широтах они должны быть в 13—14 лет) может быть в результате недоразвития органов или зарощения наружных половых органов. Прекращение месячных бывает чаще вследствие внеполовых заболеваний женщины (инфекционные заболевания—тиф, инфлюэнца, малярия, туберкулез; отравления—морфием, алкоголем, никотином; нарушение обмена веществ—сахарное мочеизнурение, ожирение, Базедова болезнь, нефрит, раковое истощение заболевания нервов—неврастения, переутомление, истерия; душевные заболевания—меланхолия, преждевременное слабоумие, прогрессивный паралич).

Боли являются очень частым симптомом женских заболеваний. Боли бывают разные: острые, пронизывающие, колющие, рвущие, тупые, сверлящие, ноющие, шемящие, давящие. Иногда эти боли связаны с менструациями, иногда со сношениями, иногда могут появляться после ходьбы, работы, или при всяком физическом напряжении. Боли возникают при многих женских болезнях.

Бели также являются одним из основных признаков женских болезней. Бели бывают различного цвета: желтые, белые, зеленые, розоватые, то жидкие, то густые, то оставляют пятна на рубашке, а иногда

имеют запах (слабый, прелый, сильный, зловонный). Бели сопровождаются иногда жжением, зудом, иногда заливают женщину, иногда только оставляют пятнышки; бели в некоторых случаях истекают толчками.

Не все бели местного болезненного происхождения; чтобы разрешить этот вопрос, нужен осмотр врачом-специалистом. Влажное состояние слизистых оболочек полового аппарата—это нормальное явление. У совершенно здоровых женщин может быть увеличение отделения: при беременности, при возбуждении нервной системы, при половом возбуждении, при глубоких душевных переживаниях. Однако, в подавляющем большинстве бели появляются вследствие инфекции воспалительного характера, вследствие попадания микробов. Во влагалище здоровых женщин всегда имеются некоторые виды микробов. (Нет микробов только у новорожденных девочек и то не дольше 2-х суток после родов). Эти микробы нужны влагалищу, так как они предохраняют влагалище от попадания чуждых

микробов, которые могут вызвать воспаление. Это мирное сожительство между микробами и женщиной называется микробизмом. (Рис. 73). Как только под влиянием тех или иных причин попадают чужеродные или воспалительные микробы и дают воспаление, эти нормальные микробы исчезают. Они вновь появляются только после окончания воспаления. И вот под влиянием этих чужеродных микробов и возникают бели, которые вырабатываются воспаленными слизистыми оболочками труб, полости матки, шейечного канала, влагалища и входят во влагалище. Раз есть бели, нужно сделать исследование их под микроскопом, чтобы определить, какой микроб возбудитель, и чтобы начать соответствующее лечение (против гонорреи, туберкулеза, кишечной палочки, стафилококка и пр.) Однако, могут быть бели ненормальные и без местного воспаления, а от других болезней полового аппарата (загиб матки кзади, выпадение ее, доброкачественные опухоли, при разрастании слизистой оболочки матки, при старых разрывах шейки или промежности и пр.) Также могут появляться бели и при общих или отдаленных заболеваниях женщины (туберкулез, белокровие, сахарное мочеизнурение, болезни сердца и легких, опухоли брюшной полости, хронические запоры и проч.)

Из всего этого обзора главных признаков женских болезней видно, что женские болезни нельзя считать местными заболеваниями, но что они интимно связаны со всем организмом. Поэтому, женщина, обнаружив хотя бы один из указанных признаков, должна считать, что заболело все ее тело, а не одни половые органы. Отсюда вывод, что женщина должна показываться врачу-специалисту не только тогда,



Рис. 73. Микробы, живущие всегда во влагалище здоровой женщины. На рисунке видны клетки плоского эпителия, покрывающего влагалище, и между ними палочки Дедерляйна, поддерживающие защитную кислотность влагалища.

когда она совсем больна, но когда она замечает некоторые, хотя бы незначительные, изменения менструального цикла, появление болей или белей.

Что нужно вспомнить и рассказать врачу на приеме?

Идя к врачу, женщина должна припомнить все, что относится к ее болезни, и постараться наиболее ясно и полно рассказать врачу и затем дать себя спокойно исследовать. Нужно помнить, что определение болезни значительно облегчится, если женщина ясно и толково объяснит свои жалобы, а от правильного диагноза зависит правильное лечение. Поэтому женщина должна рассказать о своем детстве и девичестве, о первой менструации, о своем замужестве, возрасте; была ли она беременна; если нет, то принимала ли меры против зачатия и какие; были ли у нее аборт, искусственные или естественные; сколько раз и как рожала, как протекал послеродовой период. Нужно сообщить, как у нее теперь протекают менструации; если неправильно, то как и когда начались; есть ли бели, какие, много ли, вызывают ли зуд. Нужно рассказать подробно о болях, когда появились, какого характера, где, отчего усиливаются. Нужно рассказать, как действует кишечник, нет ли частых позывов на мочеиспускание, болей при этом. Больная должна сообщить, какой у нее сон, спокойный или тревожный, бывают ли волнующие сны, как отзывается на настроении менструация, каков ее характер. Больная не должна ничего скрывать от врача и не бояться коснуться „больного места“. Сознательная больная, имея доверие к врачу, должна сама дать ему возможность заглянуть в ее ненормальную, быть может, интимную жизнь со всеми ее физиологическими особенностями, с ее половыми стремлениями, удовлетворенностью и проч. Только при полном и искреннем рассказе больной, при полном доверии к врачу, — он поймет больную, сможет поставить правильный диагноз, назначит соответствующее лечение и тем окажет ей полную помощь.

Больная, идя к врачу, должна быть готова к внутреннему половому исследованию. Без него невозможно поставить диагноз. Так как на точность исследования влияет наполнение кишек, то необходимо до того, как идти к врачу, если не было стула, поставить клизму или еще лучше принять накануне слабительное (1 стол. ложку касторового масла или 1 полную стол. ложку английской слабительной соли на $\frac{1}{2}$ стакана теплой воды). Спринцеваться ни в коем случае не надо, чтобы дать возможность врачу видеть количество и качество белей, а также для того, чтобы врач произвел бактериологическое исследование микробов влагалища.

Отчего происходят женские болезни?

Причины женских болезней самые разнообразные. Из них наиболее важные следующие:

1) инфекция, 2) повреждения, 3) опухоли, 4) недоразвитие, 5) нарушения гигиенических мероприятий.

1) Инфекция. Микробы могут легко попасть в половые пути при аборте, родах и в послеродовом периоде (если они протекают не под наблюдением врача). При них полость матки широко зияет, имеется большая раневая поверхность, организм ослаблен потерей крови и утомлением. Согласно современным взглядам, чтобы произошло заражение, необходимы три фактора: наличие специфического возбудителя,

попадание его в определенный орган и ослабление защитных сил организма. Микробы не только передаются от одного субъекта к другому через соприкосновение (половое сношение, руки, грязное белье), но могут еще до болезни существовать во влагалище в ослабленном состоянии, не вызывая болезни, и лишь только когда создались удобные условия, они сразу размножаются и дают заболевание. (Рис. 74).

В результате весьма многочисленных инфекций возникают всевозможные воспаления женской половой сферы.

Самой распространенной инфекцией женских заболеваний является гоноррея (триппер), которая передается через сношение и лишь как исключение—руками, губкой, бельем и пр. Редко это заболевание проходит для женщины невинно, но очень часто сопровождается тяжелыми местными и общими явлениями. Различная сила заболевания гонорреей зависит от неодинаковой вредности гонококков (микробов триппера) и от расположения ослабленного организма или ослабленных тканей.

2) Повреждения возникают преимущественно при родах. Разрывы промежностей у первородок даже в руках опытных акушеров иногда достигают 20⁰/₀. Если имеется глубокое повреждение, то в дальнейшем может возникнуть выпадение влагалища и матки, с нарушением деятельности мочевого пузыря и прямой кишки. Также возникают неправильные положения матки, из которых самое тяжелое—это наклон и загиб матки кзади. Зияние половой щели при старом разрыве служит удобным условием для попадания микробов, и в результате возникают воспаления. Затянувшиеся и тяжелые роды могут вызвать смерть части тканей и тем самым вызвать мочевые и каловые свищи. Моча и кал, выделяясь непрерывно наружу, раздражают кожу на наружных половых частях и бедрах, издадут дурной запах; больная не только делается ранним инвалидом, но ее личная жизнь становится невыносимой.

3) Опухоли являются частой причиной женских болезней. В зависимости от быстроты их роста и способности распространения на соседние органы различают опухоли злокачественные и доброкачественные. К наиболее частым злокачественным опухолям относится рак матки, который быстро ведет к гибели, если не приступлено во время к лечению. К доброкачественным опухолям относятся миомы матки и кисты яичников. Миомы матки становятся опасными для здоровья, если они сопровождаются кровотечением, а это бывает тогда, когда миома растет по направлению к полости матки. Кисты яичников пред-

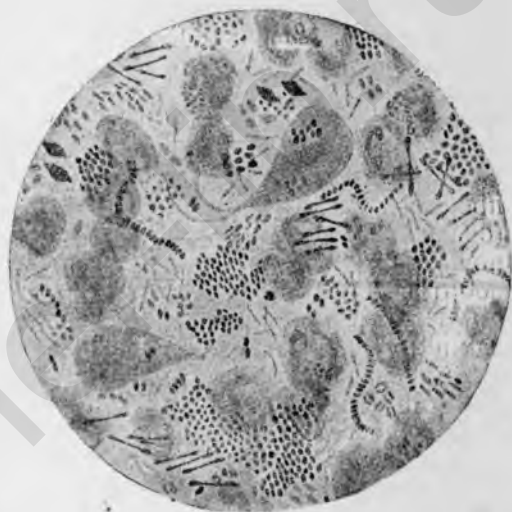


Рис. 74. Микробы во влагалище больной женщины. На этом рисунке мазка из влагалища заболевшей женщины видны многочисленные шаровидные микробы (кокки), которые растут или в виде цепочек (стрептококки), или в виде гроздей винограда (стафилококки), а также палочки (бациллы), гнойные клетки (лейкоциты) и проч

ставляют из себя наполненные жидкостью пузыри, которые вырастают до громадных размеров, если их не оперировать. Они постоянно угрожают злокачественным перерождением, перекручиванием, нагноением, и с течением времени делают женщину нетрудоспособной.

4) Недоразвитие или неправильное развитие половых органов служит частой причиной женских страданий. В некоторых случаях младенцы рождаются без матки или влагалища; хотя это не угрожает жизни, но лишает права на материнство. Иногда зарастают наружные половые пути, и тогда с началом менструации образуется опухоль вследствие собирающейся выше менструальной крови. Иногда недоразвитие выражается в сильном изгибе наперед матки с конической шейкой, что влечет болезненные менструации и бесплодие. Иногда бывает врожденный загиб матки кзади, который вызывает бесплодие, а в некоторых случаях боли в пояснице и неправильные, обильные месячные. При плохом развитии половых органов могут быть привычные выкидыши и послеродовые кровотечения.

5) Нарушения гигиенических мероприятий могут вызывать разные заболевания. Недоконченный, прерванный половой акт в конце-концов вызывает боли в пояснице, тяжесть внизу живота, неправильные месячные, боли. К тому же ведут многие другие ненормальности и извращения половой жизни. Ряд расстройств вызывают и профессиональные условия работы. К расстройствам ведут мастурбация (онанизм), длительное неопорожнение мочевого пузыря и прямой кишки, ношение корсетов или тугое стягивание талии, раннее вставание после аборт и родов, нечистоплотное содержание полового тракта и пр.

Помимо всех этих причин, многочисленные общие болезни как острые, так и хронические, вызывают также женские заболевания. Тиф, скарлатина, оспа, дифтерия, туберкулез сопровождаются патологическими изменениями в половых органах (заращение влагалища, перерождение яичников, нарушение их деятельности и пр.). К тому же ведут хронические отравления (морфий, алкоголь, табак). Болезни сердца и легких часто влекут кровотечения вследствие застоя крови. Наконец, мы уже знаем, что душевные заболевания и нервные болезни также часто влекут за собой женские болезни (в смысле неправильной деятельности половых органов).

Раз так разнообразны причины женских болезней, то естественно, что должны быть разнообразны и меры предупреждения и лечения женских болезней.

Как лечат женские болезни?

Чтобы понять современные способы лечения, нужно знать, что врач никогда не лечит признаков болезни, но лечит болезнь самоё, вернее, лечит самого больного.

Все виды лечения распадаются на 2 больших отдела: оперативные методы и неоперативные (консервативные) методы. Идеал будущей медицины—это отказ от хирургического удаления того или иного больного органа, но излечение и оставление уже здорового органа в теле женщины. Теперь в лечении проводится следующий принцип: все, что можно, нужно лечить неоперативно.

Все неоперативные методы разделяются на три группы: I) лекарственное лечение, II) физические методы лечения и III) психотерапия.

I. Лекарственный способ лечения женских болезней основывается на применении разнообразных лекарств. Эти лекарства предназначаются для различных целей, и их очень много

Каждая сознательная женщина должна твердо помнить, что она может принимать только те лекарства, которые выписаны врачом лично ей, но не лекарства, которые помогли ее знакомой, или о которых она вычитала. Лекарственные лечение есть лишь маленькая частица в лечении женских болезней. Помимо того, самое главное в лечении это поставить диагноз, то есть, определить, что за болезнь, и отчего она произошла, а это может сделать только врач.

Особенно женщины должны быть осторожны со средствами, якобы вызывающими аборт при задержке месячных. Во-первых, не всякая задержка месячных происходит вследствие беременности, во-вторых, эти средства рассчитаны на отравление всего организма женщины. И бывает так: задержались месячные, женщина приняла „абортивное“ средство, и пошла крови; как она, так и все окружающие начинают считать, что вот, дескать, хорошее „абортивное“ средство. А на самом деле другое: была задержка без беременности (усталость, страх, общие болезни, тяжелая работа и пр.), и крови пошла потому, что они вообще пошли бы. Если же иногда и вызывается аборт такими лекарствами и средствами, то только у больных женщин, которые страдают самопроизвольными привычными выкидышами и у которых выкидыш произошел бы-сам и без этих „абортивных“ лекарств.

Много вреда причиняют себе женщины, которые сами назначают себе лечение. Если современное санитарное просвещение и распространяет сведения общего характера (напр., отчего происходят женские болезни и как их лечат), то не для того, чтобы женщины назначали сами лечение, а чтобы они понимали лечение, назначенное врачами, чтобы они относились к врачам с полным доверием, своевременно обращались бы со своими жалобами, а также для того, чтобы внушить больным женщинам ту энергию, которая нужна для благополучного завершения лечения.

II. Физические методы лечения применяются в гинекологии очень широко и в самых разнообразных видах: 1) грязелечение, 2) водолечение, 3) светолечение, 4) лечение теплом, 5) лечение электричеством, 6) лечение механическими средствами, 7) лечение лучами рентгена и радия и проч.

1) Грязелечение является могучим средством для лечения хронических воспалительных заболеваний женских половых органов, а также для лечения некоторых видов бесплодия. Грязелечение основывается не только на том, что прогревается определенный участок тела, но и на особых лечебных свойствах самой грязи (пластичность, теплоемкость, теплопроводность, радиоактивность, ряд биологических свойств). Лечебная грязь нагревается до определенной температуры или паром, или лучами солнца, в зависимости от того или иного курорта. Грязелечение проводится в виде грязевых ванн, местных сидячих грязевых (гинекологических) кресел, припарок и грязевых тампонов. Припарки и грязевые тампоны можно проводить и вне курорта, так как они требуют сравнительно небольшого количества грязи. Для лечения на дому применяют грязевые припарки, которые делают следующим образом: наполняют грязью кастрюлю средней величины и вставляют ее в кастрюлю большей величины, в которой кипит вода. Когда грязь нагреется до известной температуры, ее распластывают в лепешку толщиной в 2—3 пальца такой величины, чтобы она закрыла низ живота, при чем лепешку предварительно обертывают в полотно. Больная укладывается в постель, на низ живота накладывают лепешку, сверху клеенку и подушку. В некоторых случаях кладут еще грязевую

лепешку под больную. Температура грязи и время лежания лепешки назначается врачами. В общем температура нагрева от 34° по Реомюру до 42—44° по Реомюру, а время—от 15 мин. до часу. Это домашнее лечение недорогое, но очень хорошее, особенно, если оно применяется вместе с лечением тампонами и общеукрепляющим лечением.

Расширенное грязелечение не применяется у очень ослабленных больных, а также у страдающих одновременно тяжелым заболеванием легких, сердца и почек. В первой половине беременности, а также при менструации грязелечение не противопоказано. Современное грязелечение на корортах никогда не ограничивается одними грязевыми процедурами, но одновременно присоединяются и другие виды физических и лекарственных методов лечения.

2) Водолечение заключается в применении воды различных температур различными способами и с различным составом. Водолечением весьма успешно лечат хронические женские заболевания и укрепляют весь женский организм. Его широко применяют при многих специальных показаниях, как в гинекологии, так и в акушерстве.

Наиболее распространенным видом водолечения является спринцевание. Спринцеванием не следует злоупотреблять; всякая здоровая женщина, живущая нормальной половой жизнью, не должна спринцеваться чаще 2-х—3-х раз в неделю. При наличии белей, воспалительного состояния половых органов обычно назначается спринцевание 1—2 раза в день. Спринцевание нужно делать только лежа. Кружку на 4—5 стаканов воды не надо вешать высоко, а лучше всего на 1 аршин над кроватью. Лучший наконечник—это стеклянный с одним центральным отверстием. Если вода берется температурой 32—40° по Реомюру, то такое спринцевание называется горячим; если 26—32° — теплым; если 22—26° — тепловатым и 16—22° — холодным.

Горячие спринцевания вызывают прилив крови к больным органам, что ускоряет их излечение. В некоторых случаях маточных кровотечений (после аборта, родов и др.) горячие спринцевания останавливают кровь, вызывая сокращение мышц матки.

Холодные спринцевания теперь почти не применяются. Обычно для гигиеническо-лечебных целей применяют спринцевание в 26—32°.

Если спринцевание назначено продолжительное, в $\frac{1}{2}$ часа или 1 час, с непрерывным подливанием воды в кружку, то эта процедура уже носит название влажной души. Иногда применяются постоянные орошения, которые длятся целый день для чего существуют специальные приборы.

При различных воспалительных заболеваниях женских половых органов, геморрое, упорных запорах, сильных болях в области таза большую пользу и облегчение приносят горячие клизмы, которые делаются 1—2 раза в день. Наилучшая температура 35° по Реомюру, при чем на 4 стакана воды берется 1 чайная ложка соли.

Общие души применяются в гинекологии для лечения расстроенной деятельности половой системы (при болезненных менструациях, при их неравномерном приходе, в климактерическом возрасте, когда появляются приливы крови к лицу, голове и пр., а также для укрепления нервной системы). При душах комбинируется лечебное действие воды и сила удара водяной струи.

Ванны разделяются на общие, сидячие и ножные. Сидячие и ножные ванны назначаются в случае, если мы хотим местно подействовать и тем самым дать более высокую температуру (чем меньше участок воздействия, тем выше может быть дана температура). Сидячие ванны не оказывают

такого сильного влияния на всю сосудистую и нервную систему организма, как общие ванны; поэтому в гинекологии сидячие ванны более применимы, тем более, что при сидячих ваннах дается температура в $36-38^{\circ}$ по Реомюру. Они применяются при хронических воспалительных заболеваниях матки, околоматочной клетчатки, брюшины, фаллопиевых труб и яичников.

Общие ванны действуют на организм своим теплом, давлением и растворенными солями. Если ванна по своей температуре близка к температуре тела, то она называется безразличной, индифферентной ($27-28^{\circ}$ R.); эти ванны действуют успокаивающим образом на весь организм (вызывают хороший сон, успокаивают боли, укрепляют тело). Горячие ванны ($30-35^{\circ}$ по Реомюру) влияют сильно на организм, увеличивают обмен веществ, способствуют всасыванию воспалительных выпотов, почему и назначаются при воспалении матки, ее придатков и окружающей матку клетчатки и брюшины. Время пребывания больной в ванне до $15-20$ минут. Для того, чтобы усилить эффект ванны, больная не должна сидеть в ванне неподвижно, но производить движения (массирование рук, ног, растирание живота и пр.).

Для усиления действия ванны на кожу, сосудистую систему, на воспалительный очаг и на весь организм целесообразно прибавлять обыкновенную или морскую соль. Для этого берется $\frac{1}{2}$ или 1 фунт соли на ведро; время сидения $15-20$ минут. Наилучшая температура $29-31^{\circ}$ R; курс лечения $15-20$ ванн. Хорошее влияние оказывают морские ванны.

При старых заглохших хронических процессах, с давно прошедшими острыми явлениями и отсутствием резкой чувствительности пораженных органов, при наличии неврастенических жалоб назначаются морские, а при невозможности — речные купания. Они являются самыми доступными и распространенными видами водолечения. Морские и речные купания назначаются не только больным женщинам, но и здоровым для укрепления всего организма и для накопления запасных сил. Этого никогда не должна забывать женщина, как не забывает современный врач-профилактик.

Если весь эффект действия речных купаний относится исключительно к температуре и продолжительности купания в воде, то действие морских купаний на организм нужно рассматривать, как влияние комбинированной силы трех лечебных факторов: воздуха, света и воды. Чистота воздуха имеет огромное значение для здоровья. Насколько загрязнен воздух городов, видно из известного факта, что в воздухе Парижа в 1 кубическом метре воздуха содержится от 10 до 20 тысяч микробов при плохом химическом составе, в то время, как на берегу при хорошем химическом составе только полторы — три тысячи микробов, а в море за 30 верст от берега в 10 кубических метрах только один микроб. Чистый воздух способствует правильному обмену веществ, хорошим окислительным процессам, улучшает работу легких и сердца. Солнечные лучи влияют на тело своими химическими и тепловыми лучами, о чем будет сказано дальше. Наконец, сама морская (речная) вода вызывает купальную реакцию в виде сокращения поверхностных и расширения глубоко лежащих сосудов, углубления дыхания, возбуждения нервной системы.

Если купающаяся не имеет чувства меры, то она может себе принести непоправимый вред, расшатав нервную систему и нарушив работоспособность сердца. Если купающаяся долго находится в воде — то к обычной купальной реакции присоединяются сильный озноб, дрожь

во всех членах, синюха, сердцебиение, головная боль и, в результате, неврастения, разбитость, вялость, бессонница.

Для морских купаний выработаны следующие правила:

- 1) Купаться 1 раз в день.
- 2) Не купаться на тощий желудок, но и не ранее, чем через час после легкой еды.
- 3) Не входить в воду потной, но и не ожидать переохлаждения („гусиная кожа“), а ощущать собственную теплоту тела.
- 4) Купаться совершенно обнаженной.
- 5) В воде двигаться (плавать, ходить, растираться).
- 6) Не ждать вторичного озноба, появления „гусиной кожи“, головокружения, побледнения пальцев.
- 7) По выходе из воды быстро и досуха вытереться.
- 8) После купания хорошо предпринять небольшую неустойчивую прогулку.

Все эти правила дают возможность подкрепить силы, набраться бодрости и не вредить здоровью. Весьма целесообразно присоединять еще и воздушные ванны, пользуясь морским климатом. При этом следует помнить основные условия всякой воздушной ванны, а именно принимать ее днем, в тени, длительностью от получаса до 2 часов, через 2 часа после еды и не лежать неподвижно, а делать движения.

Чтобы закалить свое тело, необходимо регулярно применять самый доступный вид водолечения — холодные обливания и обтирания. Эти процедуры доступны всем и всегда и действуют укрепляющим, тонизирующим образом на весь организм женщины.

Перед обтиранием или обливанием нужно согреть тело движением (гимнастика), при чем производить гимнастические манипуляции в комнате, где температура в пределах 15—16° по Реомюру. Начинать обтирание теплой водой 24—26°, в дальнейшем дойти до 15°. Производятся они следующим образом: раздеваются догола, салфетку (губку) намачивают водой, обтирают руки, грудь, спину, ноги; вытирая, растирают тело лохматым полотенцем и затем быстро одеваются. После месячного обтирания приступают к обливаниям: становятся в ванну или таз (лохань, корыто) и из ведра льют широким потоком воду, затем обтираются насухо лохматым полотенцем, делая легкий массаж.

Водолечение — великий источник человеческого здоровья; нужно только не переходить границ дозволенного наукой; поэтому нужно не только быть под постоянным наблюдением врача, но и тщательно выполнять его указания.

3) Светолечение. Одна итальянская пословица говорит: „Куда не заглядывает солнечный луч, туда часто заходит врач“. Это глубоко верно, так как солнечные лучи не только закаляют человеческое тело, но и лечат многие болезни. Вот почему лозунг последних лет: „К солнцу!“ — так широко распространился, и лечение солнцем является теперь самым популярным способом лечения.

Для того, чтобы оценить солнечные лучи, нужно знать их свойства. Если какой-либо металл нагреть свыше пятисот градусов, то он начинает светить. Сначала получается фаза красного каления с красными лучами, потом фаза желтого каления с оранжевыми, желтыми, зелеными, синими, фиолетовыми лучами и, наконец, фаза белого каления с невидимыми ультрафиолетовыми лучами, не воспринимаемыми глазом. Температура солнца равна 6 — 7 тысячам градусов. И вот, если пропустить белый свет солнца через призму, можно разложить его на ряд видимых и невидимых лучей. Невидимые инфракрасные

лучи несут солнечное тепло, а невидимые ультрафиолетовые несут химическую энергию, без чего невозможна жизнь на земле.

Инфракрасные лучи	Красный	Оранже- вый	Желтый	Зеленый	Голубой	Синий	Фиолето- вый	Ультрафиолето- вые лучи
Тепловые лучи	С вет о в ы е л у ч и							Химические лучи
Невидимые лучи	В и д и м ы е л у ч и							Невидимые лучи

Благодаря различным лучам, свет вызывает ряд физических и биологических явлений. К последним относятся: замедление и уничтожение роста микробов, вызывание пигментации кожи, ее покраснение, ожог и даже омертвление. Ультрафиолетовых лучей, обладающих особой химической активностью, приходится менее 1% на всю солнечную энергию. Они отличаются ничтожной способностью проникновения: пыль, туман, облака, дым мешают им достичь земной поверхности. Их также не пропускает обыкновенное оконное стекло (но пропускает кварц, а также изобретенное только недавно особое стекло—витаглаз). Для искусственного получения большого количества ультрафиолетовых лучей изобретена специальная кварцевая лампа и аппарат, называемый „горное солнце“.

Наиболее натуральный вид светолечения—это солнечные ванны. Солнце укрепляет и предохраняет организм от ряда болезней, закаливает наше тело. Прекрасное самочувствие, увеличение энергии, освежение памяти, телесная крепость—вот первые дары солнечных ванн, если их правильно принимать. Лечение солнечным светом приносит несомненную пользу при хронических воспалениях матки и придатков, в особенности, если они сопровождаются зудом, расстройством пищеварения, атонией кишек, аппендицитом, начальной формой легочного туберкулеза, кожными воспалительными поражениями (чирья, угри, экзема), малокровием, ревматизмом и заболеваниями нервной системы в виде ишиаса и невралгий или неврастении с явлениями апатии, усталости, бессонницы, вялости и истощения.

Для того, чтобы „источник здоровья“ не превратился в „источник болезней“, нужно запомнить следующие выработанные физиотерапевтами „десять солнечных заповедей“ для солнечных ванн:

- 1) Избирать места, обращенные на юг и защищенные от ветра (обширные поляны, берега реки, террасы и пр.).
- 2) Принимать ванну непременно лежа.
- 3) Голова должна быть защищена зонтом или мокрым полотенцем.
- 4) Первые дни — по 5 минут. после появления загара — от 15 минут до 1 часа.
- 5) Менять положение, чтобы загорать со всех сторон.
- 6) Сохранять одно положение только до появления пота.
- 7) После солнечной ванны—обливание в 20 — 25° по Реомюру, или купание в реке, в море, озере, с последующим хорошим вытиранием.
- 8) Принимать ванны через час или полтора после еды.

9) Чаще взвешиваться: потеря в весе требует прекращения ванн.

10) При сильной кожной реакции (краснота, чувство жжения, жара, зуда) необходим перерыв и смазывание вазелином. У чувствительных к лучам лучше применять при первых ваннах цветные покрывала (красные, розовые, желтые), пропускающие световые и тепловые лучи и задерживающие химические.

Особенно нужно быть осторожным при применении солнечных ванн на берегу моря. Вода поглощает массу тепловых лучей, а от гладкой водяной поверхности на тело падают в большом количестве ультрафиолетовые лучи. Этому отражению еще способствуют скалы, песок, представляющие как бы естественный световой рефлектор. Также прохождению лучей способствует чистый воздух прибрежной полосы. Техника проведения световых ванн у моря следующая:

1) Если пляж песчаный, то подстелить простыню; если из гравия, то одеяло или мохнатую простыню.

2) Голову защитить широкополой шляпой или зонтом. Очень вредно действуют завязание головы полотенцем или ношение резиновых чепцов (испарина, приливы крови).

3) При глазной боли от света лучше надевать дымчатые очки.

4) На область сердца и голову класть мокрые компрессы.

5) Если после первых же ванн наступает головокружение, тошнота, одышка, сильное сердцебиение, бессонница, раздражительность, усталость и апатия, то сократить или даже на время прекратить солнечные ванны.

6) Принимать ванну лежа

7) Для равномерного загара необходимо поворачиваться каждые 2—5 минут на $\frac{1}{4}$ оборота.

8) Сначала лежать 5—8 минут, ежедневно удлинять на 5 минут и таким образом дойти до 1—2 часов.

9) Принимать ванну через 1 час после легкой еды.

10) Лучшее время для солнечных ванн от 8 до 12 ч. дня.

11) Блондинкам и рыжим нужно быть более осторожными, чем шатенкам и брюнеткам; при ожоге прекратить ванны.

12) Нельзя купаться перед ванной, но можно купаться спустя полчаса после приема солнечной ванны

Эти правила принятия солнечных ванн нами нарочито приведены полностью, так как обычно женщины отправляются принимать солнечные ванны и купаться в море, не узнавши предварительно у врача-специалиста технику светолечения.

Искусственные тепловые и химические лучи также широко применяются в гинекологии. Для этой цели устроены электро-световые ванны, которые состоят из дуги с прикрепленными угольными лампочками накаливания и которые ставятся на область низа живота. Температура в этих ваннах может быть доведена до 60°, продолжительность ванн около получаса. Эти ванны хорошо действуют при старых воспалительных заболеваниях, особенно в явлениях выпота (инфильтрата).

При наружных половых воспалительных заболеваниях (нагноение Бартолиниевых желез, фурункулез, катар) хорошо действует красный свет, при болях успокаивающе действует синий свет (красная или синяя угольные лампочки в рефлекторе).

4) Лечение теплом является необходимой составной частью почти всех консервативных методов лечения женских болезней. Мы уже видели, что при грязелечении, водолечении, лечении светом

в той или иной форме применяется тепло, которое также развивается при ряде электролечебных процедур.

Наиболее простой вид применения тепла—это грелка (резиновый мешок, бутылка, фляжка с горячей водой), которую очень часто прикладывают к низу живота. Она успокаивает боли (особенно спазматического, схваткообразного характера). Тысячи женщин спасаются грелкой при болезненных менструациях.

Затем часто применяются припарки из минеральной грязи, глины или льняного семени. Льняное семя распаривается в кипятке до густоты кашицы, заворачивается в полотняную тряпочку и кладется на живот больной, при чем при остывании заменяется другой. Грелки и припарки, сдавливая живот и оттесняя кишки, передают свое тепло подлежащим больным тканям.

Более сильный тепловой эффект получается при применении электросветовых ванн.

Влажное тепло применяется в виде согревающих компрессов: кусок тряпочки или полотенца смачивается комнатной водой и выжимается, потом кладется на низ живота; поверх кладется клеенка или вощеная бумага настолько широко, чтобы она заходила за края полотенца, сверху накладывается серая вата или шерстяная материя и все это завязывается бинтом или шерстяным платком.

Кроме тепла, в гинекологии применяется холод. При острых стадиях воспаления и при резкой чувствительности кладется пузырь со льдом. После двух часов лежания пузыря нужно дать полчаса отдохнуть коже, иначе можно отморозить ее. Потом пузырь опять кладут на два часа и вновь дают получасовой отдых.

5) Лечение электричеством занимает почетное место в лечении женских болезней. Для этой цели применяются различные виды электрического тока.

6) Лечение механическими средствами играло и играет большую роль. На первом месте нужно поставить гимнастику, как общую, так и местную. Общая гимнастика применяется в качестве профилактической меры, преимущественно в молодом возрасте, чтобы создать крепкий, здоровый организм; однако, нужно предостеречь от спортивного увлечения в этом вопросе. У взрослой женщины с лечебными целями гимнастика применяется при ожирении, вялости кишечника, слабости мышечной системы и дряблости всего организма.

Гимнастические упражнения необходимо производить систематически по утрам не больше 15 минут, после чего делать обтирания холодной водой и массаж. Это удивительно освежает тело, делает его гибким, сильным, выносливым и создает бодрое настроение. Кто хоть раз испытал, что такое бодрость после гимнастики, всегда будет находить в ней величайшее удовлетворение. 15 минут ежедневной физической культуры сберегает многие годы здоровой жизни. Во время гимнастики не должно быть никакого переутомления, ее нужно делать спокойно, чтобы не было сердцебиения или одышки. Между отдельными гимнастическими приемами нужно производить глубокие вдыхания и выдыхания, что облегчается отведением рук кзади и поднятием тела на носки.

Простейшие упражнения следующие (делать по несколько раз): 1) сгибание и разгибание туловища вперед и назад, 2) приседание и вставание, 3) поворачивание туловища и сгибание его в сторону, 4) вращение туловища при неподвижном тазе, 5) приведение бедра к животу, 6) вращение ног в лежачем положении, 7) поднятие туловища

из лежащего положения в сидячее и 8) лежа на животе, подытаться на руках. После этого идет обтирание холодной водой с последующим вытиранием досуха и, наконец, растирания ладонями: ног, рук, лопаток, груди, поясницы, боков.

Местная гимнастика употребляется для укрепления мышц промежности и брюшных стенок, ослабленных (перерастяженных) во время беременности и родов или недостаточно вернувших свою эластичность и крепость вследствие слабости мышечной системы (отсутствие тренировки мышц, сидячий образ жизни, детская, астеническая конституция).

В некоторых случаях рекомендуется гимнастика в кровати (после родов, после болезней, ослабленным женщинам и др.), которая не должна быть ни в коем случае утомительной. Состоит она, главным образом, из систематического по несколько раз поднятия ног, рук и туловища (рис. 75).

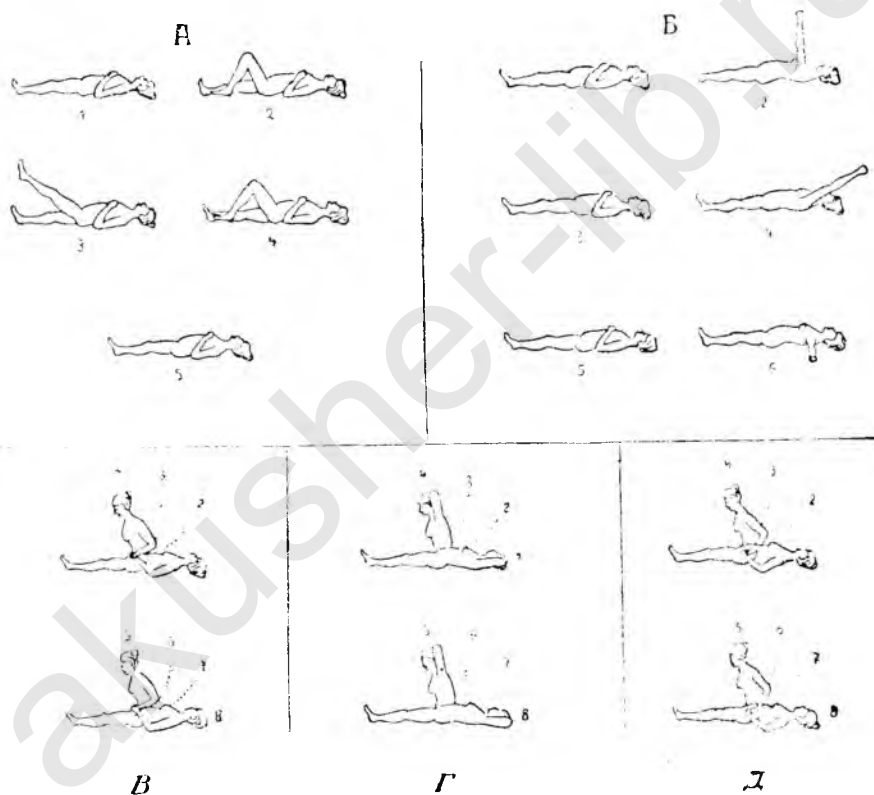


Рис. 75. Гимнастика в кровати. А — движения ногой; Б — движения рукой. В, Г, Д — поднятие туловища из горизонтального положения: В — с руками, сложенными на животе, Г — с руками, расположенными позади головы, Д — с руками, упирающимися в бедра

В гинекологии применяется общий и гинекологический (местный) массаж. Общий массаж назначается для укрепления организма, а также при ожирении, вялости мышечной системы и пр. Местный массаж производится только врачом и применяется при неправильных положениях матки, при остатках воспаления околоматочной клетчатки, при сращениях матки, при хронических ее воспалениях. Массаж делается, как руками, так и аппаратами (вибрационный, дрожательный массаж).

После массажа и возвращения матки на место, чтобы удержать ее в этом положении, применяются специальные кольца, так называемые, пессарии. Вставление пессария производится врачом.

К механическим мерам лечения отчасти относится вставление тампонов, которые так широко применяются при лечении хронических заболеваний женской половой сферы. При тампонации одновременно врачи лечат давлением и введением противовоспалительных лекарственных веществ (ихтиол, танин, глицерин). Некоторые врачи ставят небольшие тампоны из кусочка ваты (или бинта), другие ставят длинные тампоны из бинта (последний способ называется коллюмнизацией). На следующее утро после постановки тампона больная должна сама его вытащить и лежа проспринцеваться.

При вялых брюшных стенках, при опущении внутренностей, при рубцах после чревосечения, при отвислом животе во время беременности — назначается бандаж. Бандаж назначается только тогда, когда гимнастикой, массажем, гигиено-диетическими мероприятиями уже не удается возобновить силу и упругость брюшной стенки. Бандажи имеют то отрицательное свойство, что при них мышцы еще больше ослабевают, так как их работу берет на себя бандаж. В медицине есть основной закон: орган, который не работает — уменьшается, пропадает, атрофируется (атрофия от бездействия). Так и с мышцами. Вот почему ношение бандажа должно находиться под контролем врача. Никогда нельзя ограничиваться одним ношением, но еще необходимо присоединить активные механические меры лечения (гимнастика, массаж, диета, прогулки и проч.). Бандаж должен быть сделан бандажистом по мерке сообразно фигуре больной и назначенной цели.

7) Лечение лучами Рентгена и радия достигло в последние годы громадного успеха. Особенно оно применяется при лечении злокачественных (рак, саркома) и доброкачественных опухолей (миома) матки, а также при некоторых видах маточного кровотечения,

Итак, из всего обзора способов лечения женских болезней видно, что гинекологи обладают большим лечебным арсеналом. Однако, если имеется так много способов лечения, почему же так много еще больных женщин?

Дело в том, что способ лечения далеко еще не означает способа излечения. Лечение больной не только зависит от искусства врача, но еще больше от состояния ее природных защитных сил, от характера болезни и тяжести случая.

Сплошь и рядом женщины обращаются тогда к врачу, когда болезнь уже зашла слишком далеко. Залог успешного лечения — это раннее обращение больной по поводу ее страдания. Болезнь, захваченная рано, излечивается легче и быстрее, чем запущенная болезнь, которая успела подорвать основные силы организма, те силы, на которые рассчитывает врач, применяя все вышеуказанные способы.

Нужно твердо помнить, что лечение больной заключается не в том, что врач откуда-то вводит новую силу, которая излечивает болезнь, а в том, что он всяческими способами оживляет, подстегивает, возбуждает силы самой больной, которая с этой приданной энергией вступает в борьбу с болезнью.

Итак, врач лечит не болезнь, а больного человека; отсюда вывод — будучи здоровой, женщина должна рядом гигиенических мероприятий накапливать жизненную энергию, что именуется здоровьем, а при заболевании — немедленно обращаться к врачу.

Вот лучший способ лечения болезней.

Какие бывают женские болезни?

Женские болезни бывают ограниченные (местные), системные, смежные и отдаленные. При местных заболеваниях поражается какая-либо часть половой системы (наружные половые органы, влагалище, матка, трубы, яичники, клетчатка или брюшина), при чем остальные части половой сферы могут быть здоровы. При системных заболеваниях поражается вся половая система женщины или в смысле ее деятельности (бесплодие), или в смысле распространения болезней на все отделы (гоноррея). Кроме того, женские болезни могут находиться в связи с заболеваниями соседних органов (мочевой пузырь, прямая кишка, аппендикс) или отдаленных органов (сердце, органы внутренней секреции, нервная система и пр.).

Местные заболевания.

Болезни наружных половых органов.

Острое воспаление наружных половых органов вызывает боль, чувство жжения, зуд, слизисто-гнойные выделения. При образовании нарыва температура сильно повышается. При осмотре видно, что слизистая оболочка резко красная, а местами имеются поверхностные язвочки; большие и малые губы покрыты слизисто-гнойным налетом. Причина заболевания кроется в попадании микробов (гонококков, стафилококков, стрептококков, кишечной палочки, разных грибков). Возможны другие причины: онанизм, фистулы, стекание заразного начала из влагалища, опрелость у тучных особ и пр. Лечение заключается прежде всего в устранении причины; если она ясна, то в местном применении лекарства: обмывания 2% раствором борной кислоты, примочки из свинцовой воды, при болях—применение льда; если образуется нарыв, то припарки из льняного семени или применение красного света.

Хроническое воспаление вызывает нестерпимый зуд и постоянные боли. Слизистая оболочка утолщается, покрывается сосковидными возвышениями, делается сочной, красной, со следами расчесов; иногда появляются местами язвочки, иногда гнойнички, пузырьчатая сыпь, экзема. Нестерпимый зуд по ночам вызывает бессонницу, раздражает нервную систему. Лечение проводится в виде смазывания и прикладывания наркотических и вяжущих мазей.

Зуд часто бывает и в виде самостоятельной болезни. Этот зуд может быть в разнообразной форме—то в виде жжения, то щекотания. Больная лишается сна, покоя, появляется подавленное состояние. Зуд может быть настолько нестерпимым, что больная начинает чесать, не стесняясь присутствия посторонних лиц. Такое чесание может повести к онанизму с его тяжелыми последствиями. Самое чесание вызывает расчесы, язвочки и воспаление наружных половых органов. Лечение состоит в удалении основной причины (бели, глисты, неправильно растущие волосы, сахарное мочеизнурение, самовнушение и пр.) Местно лечат смазыванием, примочками, мазями.

Воспаление Бартолиновой железы выражается в виде покраснения средне-нижней части половых губ, опухания лежащей там железы и выделения гноя из протока; при нагноении появляется сильнейшая боль, невозможность ходить, повышение температуры с образованием нарыва. В остром периоде назначается лед, наркотические свечи в задний проход, а при нарыве,—хирургическое вскрытие.

Острые кондиломы представляют из себя разращения в виде цветной капусты большей или меньшей величины, рассеянные по поверхности наружных половых органов. Иногда они превращаются в большие образования величиной с кулак. Острые кондиломы особенно начинают расти во время беременности. Они вызывают боли, неловкость при ходьбе, препятствуют половым сношениям, кровоточат, изъязвляются, покрываются серо-грязным налетом, издают зловоние. Самое лучшее лечение—это хирургическое.

Чрезмерная чувствительность девственной плевы вызывает резкую боль при дотрагивании, вследствие чего невозможны половые сношения. Эта боль бывает не только при неповрежденной девственной плеве, но и возникает некоторое время после разрыва и даже после родов. Зависит от большого развития или перерождения нервных окончаний. Лечение чисто-хирургическое—вырезывание ножницами девственной плевы.

Болезни влагалища.

Воспаление влагалища возникает, главным образом, при попадании инфекции (гонококк, стрептококк, стафилококк). Часто возникает от попадания грибков, глист. Могут вызвать воспаления пессарии, тампоны, инородные тела, прижигание крепкими химическими веществами, едкие выделения из матки, фистул и пр.

При катаральном кольпите слизистая оболочка утолщена, сочна, гиперимирована, в красных пятнах, кровоточива. При старческом кольпите наблюдаются сращения, сухость и бледность слизистой, легкая ее ранимость и кровоточивость, прогрессирующее сморщивание.

При язвенном воспалении на слизистой образуются язвы, которые легко кровоточат при повреждении их серого налета. Иногда вся слизистая покрывается пузырьками, и такой кольпит называется эмфизематозным. Иногда появляется дифтеритический налет и образуются омертвевшие участки. При лечении прежде всего удаляют причину (заболевание вышележащих путей, пессарии, фистулы, гоноррея и пр.). Затем назначают дезинфицирующие или вяжущие спринцевания, прижигания и т. д.

Рубцы и сужения влагалища возникают в результате воспаления (язвенные кольпиты, нарывы), ожогов, повреждения, омертвления. Лечение: механическое—растягивание инструментами, тампонами, аппаратами, или хирургическое—вырезывание рубцов и разрезание сужений (разрез в одном направлении и сшивание в другом направлении делает влагалищную трубку шире).

Разрывы влагалища и промежности происходят, главным образом, во время родов, преимущественно по задней стенке. Как их величина, так и форма различны. Иногда разрыв происходит при падении, изнасиловании малолетних, при невежественном аборте, а также при бурном сношении. В последних случаях иногда происходят жестокие кровотечения, требующие немедленной помощи. Обычно, при разрывах во время сношений, разрывается задний свод. Лечение исключительно оперативное—зашивание разрыва.

Смещение и выпадение стенок влагалища происходит в результате незашитых разрывов промежности после родов. Также бывают смещения при врожденной слабости тканей, при плохом обратном развитии в послеродовом периоде, при росте опухолей. Когда выпадает передняя стенка влагалища, она тянет за собой мочевою пу-

зырь, и возникает выворот части мочевого пузыря, что влечет расстройство мочеиспускания. При выпадении задней стенки влагалища выпадает часть прямой кишки, что влечет постоянные запоры. На выпавших частях от трения платьем возникают ороговение, краснота и язвы. С течением времени сначала опускается, а потом и выпадает сама матка. Больные постоянно жалуются на чувство тяжести, нелады с мочеиспусканием, частые позывы. Зияющая половая щель способствует развитию воспалений, влечет бесплодие и делает половой акт безразличным, как для женщины, так и мужчины. При сильных разрывах возникают недержание мочи, кала и газов. Наилучшее лечение — хирургическое. Для этого срезают рубцовые ткани, сшивают концы ранее разорванных мышц и фасций между собой.

Болезни матки.

Острое воспаление слизистой оболочки матки возникает на почве инфекции: при заражении гонорреей, при послеродовых заражениях (стрептококк, стафилококк), после аборт, при несоблюдении правил асептики и антисептики, при прижигании эдкими веществами. Температура повышается до 38—39°, появляются гнойные выделения из матки с примесью крови, возникают сильные боли внизу живота, чувство разбитости, позывы на низ, схваткообразные боли, при чем живот вздувается. При влагалищном исследовании определяется увеличенная, дряблая, болезненная матка. Лечение должно быть весьма осторожное: покой, лед на живот, легкие дезинфицирующие спринцевания, внутрь наркотические вещества и болеутоляющие свечи.

Хроническое воспаление слизистой оболочки матки возникает или в результате острого воспаления, или самостоятельно, минуя острую стадию. Они бывают инфекционного происхождения (гоноррея, туберкулез, смешанная инфекция) и не инфекционного (смещения матки, впрыскивания прижигающих веществ, неправильная половая жизнь).

Хроническое воспаление сопровождается различными проявлениями: болями во время менструации, чувством тяжести внизу живота, иногда кровотечениями при менструациях и в промежутках между ними, выделениями белей. Эти длительные, изнуряющие симптомы в конце концов тяжело отзываются на больной. Развивается неврастения, слабость, исхудание; больные делаются крайне раздражительными, начинают страдать бесплодием, а если наступает беременность, то сплошь и рядом происходит самостоятельный выкидыш.

Лечение воспаления очень трудное, порой длительное.

Хроническое воспаление мышечной части матки имеет 2 периода: в первом периоде матка большая, мягкая, отечная, наполненная кровью, вторым — она становится несколько меньше, но делается чрезвычайно плотной. Больные жалуются на кровотечения, боли, частые позывы на мочеиспускание, на чувство тяжести внизу живота. Лечение заключается во внутриматочных впрыскиваниях иода, в применении горячих душей, в приеме внутрь кровоостанавливающих лекарств и противонервных средств. При невозможности остановить кровотечение применяют освещение лучами Рентгена селезенки, яичников или оперативным путем удаляют всю матку.

Воспаление шейки матки обычно присоединяется к воспалению тела матки, или, наоборот, является исходным пунктом.

Под влиянием раздражающих выделений из полости матки получают красные пятна (эрозии), легко кровоточащие при дотрагивании, сношении, спринцевании. На этих местах иногда возникает рак. Среди больных эти пятна называются „язвочками на шейке“, что тяжело действует на психику, так как больная начинает думать, что у нее рак. Эти пятна подлежат непременно лечению, так как они поддерживают воспаленное состояние. При воспалении шейки появляются слизистогнойные бели различных оттенков (белые, зеленые, розовые), при сношении появляется обычно кровь, больные жалуются на боли, покалывания, тяжесть. Лечение состоит в прижигании иодом, ляписом, тампо-

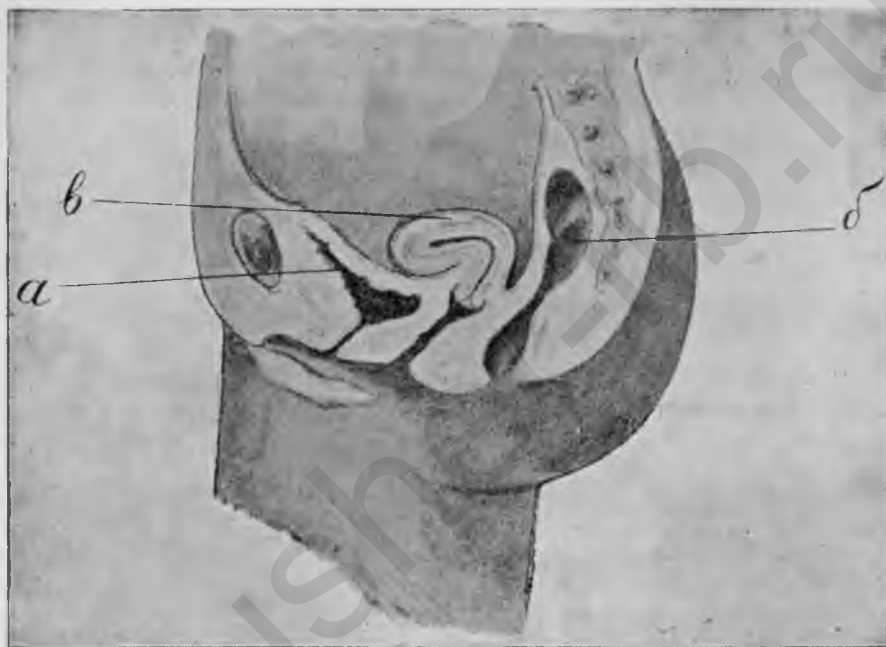


Рис. 76. Правильное положение в тазу матки, имеющей наклон и изгиб наперед (а — мочевого пузыря, б — прямая кишка, в — матка).

нации ихтиолом и в соскабливании эрозий. В случае, если эрозия имеет пышный рост и особенно кровоточива или плотна, то обязательно вырезается кусочек для исследования под микроскопом, нет ли здесь начальной стадии рака. Всякое лечение шейки матки должно сопровождаться лечением всей матки, а также лечением отдаленных признаков (слабость, нервность, подавленность и проч.).

Неправильные положения матки являются частой причиной женских страданий. Находясь посреди таза, матка не только может отклоняться во все стороны, но и изгибаться. Нормальным положением матки считается ее наклон и изгиб тела кпереди по отношению к шейке, при чем дно должно стоять в плоскости входа в таз (рис. 76). Все другие положения считаются неправильными с точки зрения местонахождения, загиба, наклона, поворота и высоты стояния. Неправильные положения матки бывают врожденные, а также вследствие разрывов промежности после родов, неправильного обратного развития

после абортов, а иногда возникают в результате тяжелой работы, резкого исхудания и пр.

При сильном наклоне всей матки наперед она давит на мочевой пузырь, вызывая частые позывы. При сильном изгибе наперед между телом и шейкой получается острый угол, что сужает просвет канала шейки. В результате женщина страдает болями до выхождения наружу менструальной крови (дисменоррея), а как только первые порции крови расширили канал, боли прекращаются. Боли бывают настолько нестерпимы, что делают женщину совершенно разбитой, а в послед-



Рис. 77. Загиб матки кзади — неправильное положение матки (а — мочевой пузырь, б — прямая кишка, в — матка).

ствии нервной, истеричной. Это страдание сопровождается бесплодием. Для лечения производят расширение шейки и вырезают клинышек из задней губы шейки матки.

Наибольшие болезненные явления возникают при загибе и повороте матки кзади (рис. 77). В таких случаях возникают боли в крестце, запоры, вследствие давления матки на прямую кишку, кровотечения, вследствие застоя крови, боли при менструациях, бесплодие, бели, а с течением времени развивается нервное состояние, головные боли, бессонница и пр. Лечение может быть консервативное (массаж и вставление кольца) или оперативное, когда матку подшивают или притягивают за связки к передней брюшной стенке.

Выпадение матки вызывает ряд тяжелых симптомов: тяжесть внизу живота, выхождение из половой щели органов во время хождения, работы, натуги, кашля, вставания и пр.; возникают боли в пояснице, паху; мочеиспускание задержано, затруднено, возможно только при поддержании руками выпавшего органа; возникают упорные запоры,

на выпавших частях развиваются язвенные поверхности (рис. 78). В результате женщина делается нетрудоспособной. Лечение выпадения делится на неоперативное (вставление кольца из толстой резины) и оперативное (подшивание матки).

Опухоли матки делятся на доброкачественные и злокачественные. Доброкачественными называются те опухоли, которые не прорастают в соседние и отдаленные органы (мочевой пузырь, прямую кишку, печень и пр.), а злокачественными те, которые легко переобразуются в другие органы, где дают дальнейший пышный рост, истощая больную. К доброкачественным относится фибромиома, которая состоит из мышечной и соединительной ткани.

Рост фибромиомы медленный, но она может достигать громадной величины — описаны случаи, где фибромиомы весили свыше 2-х пудов). (Рис. 79, 80, 81).

Фибромиомы при своем росте часто вызывают маточные кровотечения, глубоко изнуряющие больную; затем они вызывают боль, особенно подслизистые, которые дают спазматические сильнейшие боли. Помимо этого, фибромиомы влияют на весь организм, вызывая ряд расстройств со стороны сердца, пищеварения и нервной системы. Всякая фибромиома подвержена риску злокачественного перерождения с его тяжелыми последствиями. Фибромиомы, преимущественно, возникают в предклимактерическом возрасте и с наступлением климактерия большей частью прекращают свой дальнейший рост.

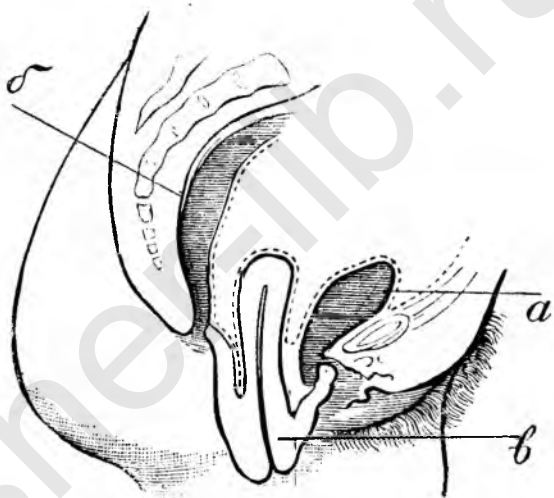


Рис. 78. Выпавшая наружу матка (а — мочевой пузырь, б — прямая кишка, в — матка).

Лечение фибромиом проводится или лучами Рентгена, или оперативно. При оперативном удалении стараются вылущить отдельные узлы, не удаляя матки. Если вся матка превратилась в опухоль и потеряла свое значение, как орган развития плода с последующей родовой деятельностью, тогда ее удаляют вместе с миоматозными узлами.

Миома может служить препятствием для родов. (Рис. 82).

Наиболее тяжелым заболеванием женской половой сферы является рак матки. Причины его появления до сих пор неизвестны. Предрасполагающими моментами являются пожилой возраст, многие роды, разрывы шейки, эрозии, местные раздражения. Чаще всего рак развивается в возрасте 40—50 лет, т. е. в начале климактерического периода.

Наиболее частая форма рака матки, это рак шейки. (Рис. 83). Он растет то в виде цветной капусты, заполняя влагалище, то в виде язвы, то в виде ракового пропитывания, прорастания шейки. Если рак начал расти из шеечного канала, то он дает громадную

кратерообразную язву. При раке тела матки он заполняет полость матки (рис. 84).

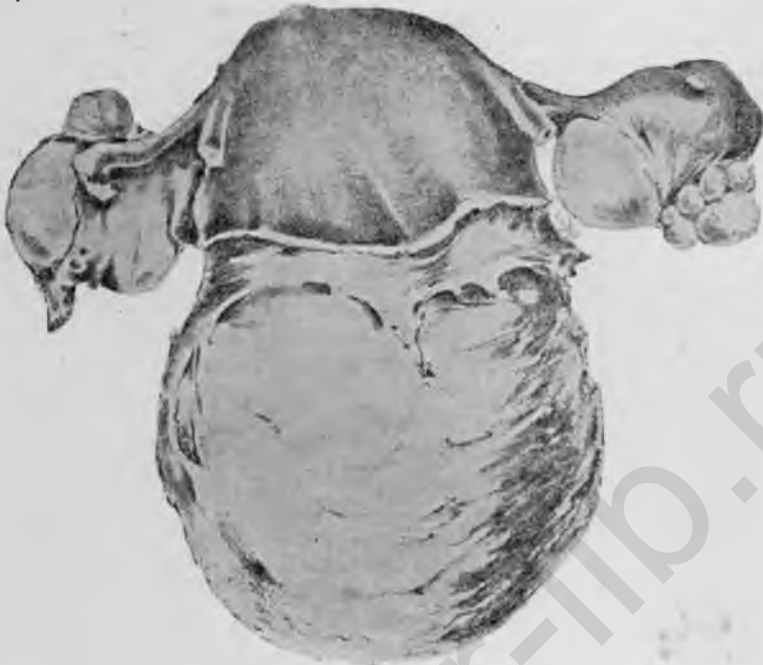


Рис. 79. Миома матки.

Самый первый симптом рака шейки — выделения, самый угрожающий — кровотечения, самый неблагоприятный — боли. Выделения



Рис. 80. Больная до операции удаления фибромиомы, весом 1 п. 20 ф.



Рис. 81. Та же больная после операции удаления фибромиомы.

вначале бывают обычного вида, но когда начинается распад опухоли, то выделения приобретают вид „мясных помоев“. От разложения вы-



Рис. 82. Миома и беременность. Миома выполнила всю полость малого таза, поэтому роды невозможны, так как плод не сможет родиться наружу.



Рис. 83. Рак шейки матки в виде глубокой язвы.



Рис. 84. Рак полости матки.



Рис. 85. Множественная миома матки (узлы миомы в полости матки и в стенке, на шейке матки — раковая язва).

деления становятся невероятно зловонными, что делает совместную жизнь больной среди других невозможной. Кровотечения возникают тогда, когда опухоль прорастает в сосуды, или когда повлияют внешние причины (половые сношения, спринцевания, исследования). Поэтому нужно считать за правило, что если при сношении появляется кровь, то нужно немедленно показаться врачу. Боли возникают тогда, когда тяжи рака уже проросли далеко за матку и достигли нервов таза. К сожалению, этот признак появляется тогда, когда уже поздно оперировать. Если опухоль прорастает в мочевого пузырь или прямую кишку, то появляется ряд тяжелых осложнений. В начале рака общее состояние больной мало изменяется, но при распространении опухоли, при ее распаде, при кровотечениях, при истощающих болях наступает исхудание, истощение, которое называется раковой кахексией.

При раке полости матки появляются кровянистые выделения и спазматические боли. Он протекает несколько менее злокачественно, чем рак шейки.

Для лечения рака лучшим способом является оперативное удаление всей матки, особенно в начальных стадиях. Для этого предложены особые методы операции, при которых удаляется матка с трубами и яичниками и с окружающей клетчаткой. Многие гинекологи лечат рак шейки матки лучами Рентгена и радия и достигают хороших результатов. Если рак зашел далеко и перешел все возможности быть оперируемым, то тогда лечат симптоматически, чтобы облегчить существование больной. Против кровотечения назначаются давящие тампоны с кровоостанавливающими лекарствами (полуторахлористое железо, адреналин и пр.). Против зловонных белей — спринцевания раствором марганцевокислого калия, формалина, лизола, перекиси водорода. Боли успокаиваются морфием, кодеином, пирамидоном и теплыми сидячими ваннами.

Иногда рак шейки или полости матки комбинируется с фибромиомой (рис. 85).

Саркома матки встречается реже рака. Она злокачественно прорастает стенки матки, заполняя ее полость. Из матки выделяется огромное количество „мясных помоев“, а больные испытывают жестокие схваткообразные боли. Единственное лечение — немедленное удаление матки.

Болезни Фаллопиевых труб.

Воспаление труб происходит вследствие попадания микробов. В подавляющем большинстве к воспалению труб присоединяется воспаление яичников, и тогда заболевание носит название сальпингооофорита. При воспалении труб обычно зарастает брюшное отверстие трубы, и различные жидкости начинают в ней накапливаться, растягивая ее и превращая в мешотчатую опухоль. Наибольшие страдания больной причиняет скопление гноя в трубе, которое дает частые обострения болей с повышением температуры. В процесс обычно вовлекаются матка и яичники, поэтому месячные могут отсутствовать на долгое время, а иногда, наоборот, может быть длительное кровотечение, с трудом поддающееся лечению.

Иногда мешотчатая опухоль трубы сливается с воспалительной кистой яичника и получается трубно-яичниковая киста, которая вызывает ряд тягостных ощущений у больной (рис. 86).

Во время острого периода воспаления больную укладывают в постель, кладут лед на низ живота, успокаивают боли свечками или при-

емом внутрь морфия, кодеина, опия и др. В хронической стадии применяют все виды физических методов лечения. Если опухоль не поддается излечению и причиняет сильные страдания, то тогда оперативным путем ее удаляют.

Опухоли труб новообразовательного типа сравнительно редки.

Болезни яичников.

Воспаление яичников происходит вследствие попадания тех же микробов, что и при воспалении труб (гонококки, стрептококки, стафилококки, кишечная палочка и пр). При остром воспалении происходит отечное, гнойное или кровяное пропитывание яичника, или получается один большой гнойник. Острое воспаление начинается бурно, сопровождается высокой температурой, сильными болями, при чем часто гнойник вскрывается в кишку, пузырь, влагалище или наружу. Так как воспалительный процесс разыгрывается и по поверхности яичника, то получаются многочисленные спайки с около лежащими органами. При под острым течении эти процессы несколько менее выражены, при хроническом они до- нельзя изнуряют больную своим длительным, ноющим, изводящим течением. Повседневная работа становится трудной, ходьба болезненной, половая жизнь невозможной из-за болей, настроение подавленным. В результате больные делаются нервными, истеричными, исхудавшими, истощенными, больными телом и душой. Для лечения применяются все виды физических методов лечения женских болезней.

Опухоли яичников разделяются на доброкачественные и злокачественные, на кистозные (мешотчатые) и плотные. Наиболее часто встречаются кисты яичников, которые представляют из себя пузырь, наполненный жидкостью. Кисты бывают однополостные и многополостные (рис. 88). Иногда покрыты сосочками

Кисты могут достигать огромных размеров (рис. 87). В некоторых случаях кисты содержат сало, волосы, зубы, и тогда называются дермоидами.

Рак яичников бывает большей частью двухсторонним в виде плотных бугристых опухолей, дает очень быстро переносы опухолей



Рис. 86. Трубно-яичниковая киста. а — Фаллопиева труба, б — киста яичника.

в брюшину и вызывает накопление жидкости в брюшной полости (асцит).

Саркома яичников также часто делается двухсторонней, встречается в более молодом возрасте, чем рак.

Признаки опухолей яичников вначале очень незначительны и выражаются в тянущих болях внизу живота и в чувстве давления, тяжести. В зависимости от доброкачественности или злокачественности опухоли дальнейшие симптомы нарастают медленно или катастрофически. Опухоли, достигнув большой величины, располагаются высоко в брюшной полости, вызывают чувство тяжести и давления, препятствуют работе; те же, что остаются в тазу, давят на мочевой пузырь и прямую кишку. Злокачественные опухоли, помимо вышесказанного, вызывают водянку, затруднение дыхания, исхудание, слабость и быстро приводят к полному истощению.



Рис. 87. Больная с громадной кистой яичника.

Лечение опухолей яичников почти единственное — немедленное оперативное удаление. Это объясняется тем, что каждая доброкачественная опухоль может перейти в злокачественную, что опухоли могут перевернуться на своей ножке, дать нагноение, омертвление и что опухоли яичников, начав расти, растут непрерывно, пока не сделают больную инвалидом или не погубят ее.

Системные заболевания.

Гоноррея (триппер).

Гоноррея женщины является одним из ужасающих заболеваний как по своему широкому распространению, так и по тяжести болезни. Гоноррея является тем заболеванием, при котором никогда нельзя сказать, чем оно кончится. То триппер протекает исподволь, незаметно, постоянно истощая женщину, то вызывает ряд страданий, делающих женщину инвалидом, то делает жизнь сплошным страданием. Триппер широко распространен не только среди женщин, но и среди мужчин. Так, по некоторым данным число переболевших мужчин в возрасте 20—30 лет доходит до 80%, а число зараженных триппером женщин равняется 20—25%, т. е., $\frac{1}{5}$ или $\frac{1}{4}$ всех женщин были больны гонорреей, или из 5—4 женщин одна больна триппером теперь или была раньше больна.

Триппер вызывается гонококками, шаровидными бактериями, располагающимися в тканях попарно. Они обладают изумительной способностью к размножению, и достаточно попадания небольшого количества бактерий на слизистую оболочку, чтобы спустя короткое время вспыхнуло острое воспаление (рис. 89).

Заражение происходит почти исключительно путем полового сношения. У женщины острая гоноррея может получиться как от острой, так и от хронической гонорреи мужчины. Если даже у женщины триппер протекает почти незаметно, то мужчина может заразиться от нее триппером в острой форме. Если супруги заражают друг друга триппером, протекающим с едва заметными симптомами, то треть

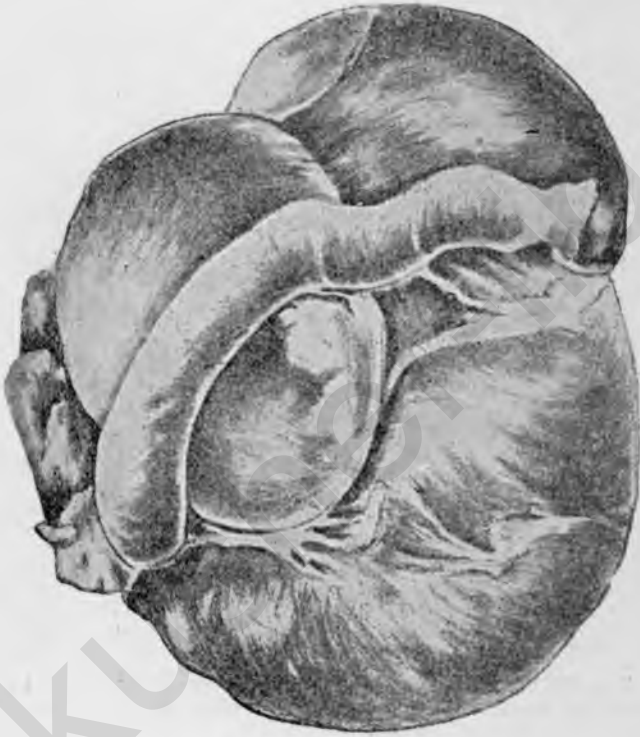


Рис. 88. Многополостная киста яичника.

лицо может заболеть острым триппером в то время, как сами супруги остро не заболевают. Наличие хронического триппера не предохраняет от заражения новым триппером в острой стадии.

При наличии острой гонорреи у мужчины—у женщины заболевает сначала мочеиспускательный канал, отдельно или одновременно с шейкой матки. При наличии хронической гонорреи у мужчины—у женщины, большей частью, сначала заболевает шейка. В первом случае триппер разыгрывается уже через 12 часов, во втором—спустя 1-2 дня. В то время, как у мужчины триппер имеет однообразную картину, у женщины он приобретает самое разнообразное течение.

Триппер поражает все части женской половой системы: наружные половые органы, влагалище, шейку, матку, связки матки, трубы, яичники, брюшину (рис. 90).

Обычно триппер распространяется по половому тракту снизу вверх. Способствуют этому распространению триппера следующие моменты: 1) менструация, когда зияет маточный зев и отверстия Фаллопиевых труб; 2) послеродовой период, когда матка представляет из себя сплошную раневую поверхность; 3) излишества в половой жизни и опьянение.

Хроническая гоноррея женщин становится для мужчин более заразной во время или незадолго до менструации, при усиленной половой жизни, а также во время обострения при лечении женщины физическими методами лечения (грязелечением, электросветовыми ваннами и пр.). Женская гоноррея выражается во многих формах, которые большей частью комбинируются между собою.



Рис. 89. Гонококк, полученный из выделения шейечного канала больной женщины (среди гнойных клеток видны кучки гонококков).

Гоноррея наружных половых органов проявляется покраснением с отеком слизистой оболочки. При остром воспалении больные жалуются на жжение и зуд, а мочеиспускание вызывает боль. При хроническом появляются упорные бели. Иногда в процесс вовлекается Бартолиниева железа; тогда появляется опухоль и боль, а при ее нагноении образуется нарыв. Также могут быть при хроническом кольпите (воспалении влагалища) острые кондиломы.

Гоноррея влагалища бывает значительно чаще, чем думали до сих пор. Слизистая при этом красного цвета, преимущественно пятнами, полосками, точками. При остром воспалении появляются трещины, изъязвления, которые легко кровоточат и всегда сопровождаются желтыми гнойными, разъедающими белями, частыми позывами на мочеиспускание, жжением и резью при мочеиспусканиях, жаром и зудом в наружных половых частях. В некоторых случаях гонорройное воспаление может протекать почти бессимптомно, и при этом заразность его

может остаться полная. Для лечения гонорройных воспалений влагалища требуется большая настойчивость со стороны врача и большое терпение со стороны больной.

Гоноррея матки, труб и яичников происходит тогда, когда гоно-

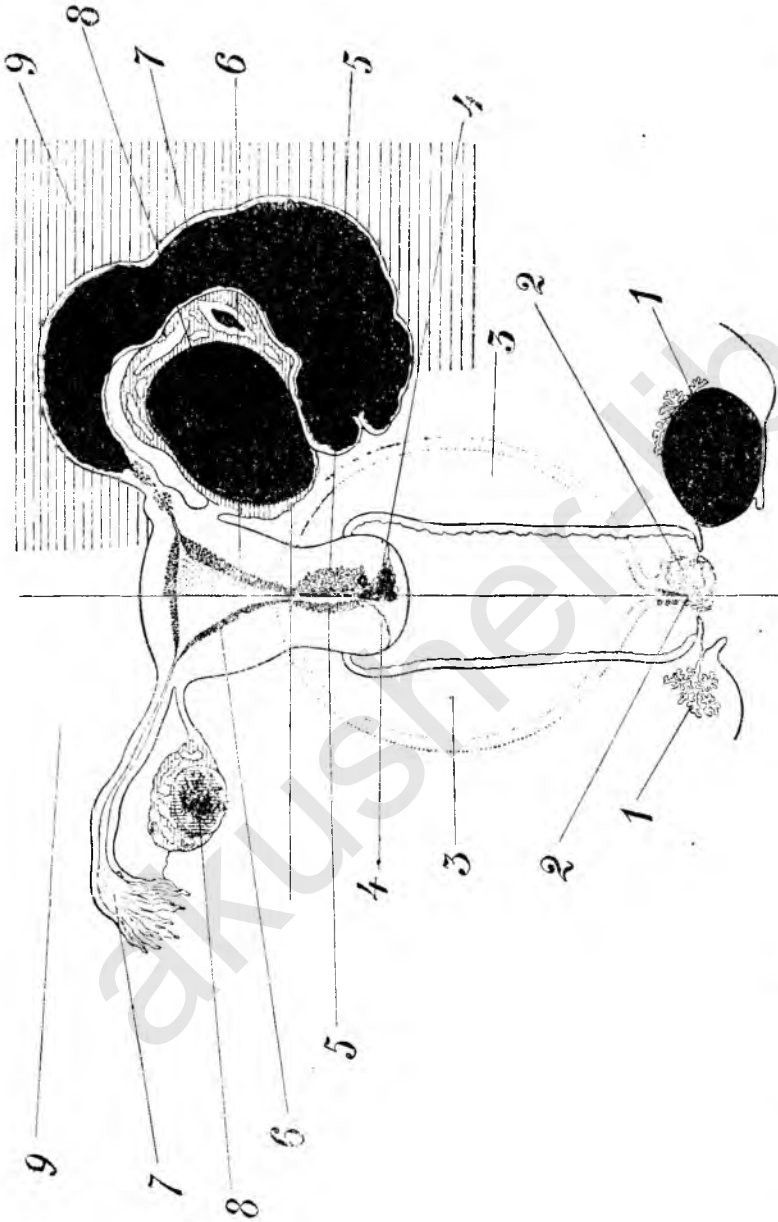


Рис. 90. Схема гонорройного заболевания женского полового канала. Слева — нормальные половые органы; справа — изменения в отдельных органах под влиянием гонорройной инфекции. 1. Гнойник Бартолиновой железы. 2. Воспаление мочеиспускательного канала. 3. Воспаление мочевого пузыря. 4. Эрозия на шейке. 5. Воспаление слизистой оболочки шеечного канала. 6. Воспаление слизистой оболочки полости матки. 7. Гнойник в трубе (пиосальпинкс). 8. Гнойник в яичнике (пиоооарум). 9. Воспаление тазовой брюшины.

кокки проникают вверх по половому каналу. Если это происходит при острых явлениях, то развиваются бурные симптомы, сильные боли в животе, повышение температуры, головная боль, бессонница, запор, вздутие живота, резкая болезненность при дотрагивании. Иногда

заболевание может протекать медленно, исподволь, но с течением времени делает женщину инвалидом (рис. 91.)



Рис. 91. Гонорройные изменения труб и яичников. На поверхности гнойных опухолей, образовавшихся из пораженных яичников и труб, видны многочисленные спайки и сращения с соседними органами.

Гоноррея мочеиспускательного канала дает симптомы только вначале—жжение при мочеиспускании и частые позывы. Хроническая

стадия может не давать никаких признаков, поэтому иногда приходится прибегать к, так называемым, провокационным методам (смазывание канала, массаж его), после которых появляется много гонококков, если гоноррея не излечена.

Из вышеизложенного обзора видно, как разнообразно и как коварно может протекать триппер у женщины.

Когда женщина может считать себя здоровой? — Конечно, о выздоровлении можно только тогда говорить, когда больная от гонорреи лечилась у врача, и когда этот вопрос был разрешен врачом. Для решения этого вопроса необходимо произвести не менее, чем 3-х кратное микроскопическое исследование выделений, взятых сейчас же после менструации или после применения провокационных мер. Даже при отрицательных результатах целесообразно, чтобы мужчина при сношениях пользовался еще в течение нескольких месяцев презервативом (кондомом). В течение долгого времени женщина должна находиться под наблюдением врача и при малейших обострениях должна показываться врачу.

Излечима ли гоноррея? — Гоноррея излечима, если она не перешла на внутренние органы, т.е., если она не запущена. Запущенные формы тоже поддаются лечению, но это лечение уже очень длительное, может длиться годами. Поэтому, чтобы не запустить гонорреи, нужно немедленно обращаться к врачу, если появляются бели, частые позывы, особенно, жжение при мочеиспускании. Пусть, быть может, иногда тревога будет напрасная, но зато не будет пропущен благоприятный момент для лечения.

Сифилис.

Сифилис, как и гоноррея, является народным бедствием. Сифилис не является местным заболеванием половых органов, но болезнью всей женщины, всего ее тела. Сифилис не только серьезное заболевание, делающее жизнь больной тяжелой и мало интересной, но отражается и на потомстве, сифилис может передаваться по наследству, сифилис ведет к вырождению. Нужно помнить, что сифилис теперь излечим, и его тяжелые формы, делающие человека живым трупом, лишь результат личной некультурности больной, не обращающейся за медицинской помощью. Если гоноррея может протекать в скрытой форме, то сифилис с самого начала обычно дает ряд симптомов.

Сифилисом женщина заражается, обычно, в результате полового сношения, если мужчина был болен сифилисом. Вызывается сифилис „бледной спирохетой“, проникающей через ничтожные повреждения слизистой оболочки (рис. 92). После 3-хнедельного скрытого периода, на месте проникновения спирохет образуется легкое изъязвление, сидящее одиноко и не дающее воспаления по окружности.

В течение нескольких дней это изъязвление поднимается над уровнем кожи или слизистой оболочки наружных половых органов, а середина ее покрывается налетом. Изъязвление принимает твердость при ощупывании и носит название — твердый шанкр. Вокруг твердого шанкра тянется медно-красный ободок. Эта язва кишит бледными спирохетами и она крайне заразительна. При сношении в половые части мужчины втираются бледные спирохеты, и таким образом распространение сифилиса идет дальше.

В дальнейшем к твердому шанкру присоединяется упруго-плот-

ный отек больших губ. Паховые железы опухают, ясно прощупываются, но совершенно безболезненны.

Это, так называемый, первичный сифилис. Вторичный сифилис проявляется уже на всем теле, приблизительно, через несколько месяцев. В частности, вторичный сифилис может проявляться на наружных половых органах в виде папул — плоских, круглых, плотных, приподнятых, медно-красного цвета образований. Они покрываются налетом, мокнут, сливаются, выделяют серозную жидкость, кишащую бледными спирохетами. Особенно опасны, так называемые, широкие мокнущие папулы, которые на соприкасающихся, трущихся половых частях изъязвляются, издают зловоние и выделяют заразную жидкость. Некоторые из них начинают, наоборот, сильно разрастаться, походить на цветную капусту, достигая величины яблока. Сифилис влагалища встречается реже, чем сифилис наружных половых органов или шейки. Во влагалище он выражается в виде твердой язвы, как и на шейке.

Сифилитические заболевания внутренних половых органов отличаются упорными кровотечениями, неподдающимися обычным кровоостанавливающим средствам.

Лечение заключается в содержании половых частей в полной чистоте, спринцевании сулемой, присыпках, изолирующих повязках, в установке укрепляющего режима жизни (отдых, сон, гимнастика, солнечные ванны, морские купания, спорт, обтирания, диета) и применении специфического противосифилитического лечения (ртуть, бисмут, мышьяк, иод).

Каковы меры личной профилактики? — Если женщине труднее, чем мужчине предпринять меры по уничтожению попавших спирохет (так как ее половые части имеют много складок), то, с другой стороны, женщине легче осмотреть половые органы мужчины и определить, нет ли на них подозрительных затвердений и язв.

После подозрительного сношения нужно тщательно мылом вымыть половые органы, обмотав палец ватой, так же мылом вымыть влагалище, лежа проспринцеваться самым тщательным образом сулемой (2 столовые ложки 2% раствора сулемы на 4 стакана воды), подмыться этим раствором и втереть 33% мазь из каломеля.

Мягкий шанкр.

Мягкий шанкр вызывается стрептобациллой Дюкре. Через 2 — 3 дня после сношения появляется красный узелок, из которого образуется язвочка, начинающая быстро увеличиваться. Края язвы красные, подрытые; дно изрытое, покрытое желтым распадом; вокруг язвы широкий воспалительный венчик. Язва отделяет много чрезвычайно заразительного гноя. Язвы располагаются обычно на задней спайке, на малых губах, в области мочеиспускательного канала и во входе во влагалище. Мягкий шанкр у женщины редко бывает одиночным, так как появляется вскоре на противоположной трущейся стороне или



Рис. 92. Бледная спирохета, вызывающая сифилис.

идет на соседние участки. Однако, мягкий шанкр протекает у женщины легче, чем у мужчины. Расчесы, укусы насекомых, трещины, экземы способствуют новому внедрению стрептобацилл и появлению новых язв мягкого шанкра.

Паховые железы на соответствующей стороне становятся резко болезненными и нагнаиваются. Мягкий шанкр заболевание чисто местное, не распространяется на весь организм.

Течение мягкого шанкра обычно благоприятное. Лечение язвы местное различными дезинфицирующими веществами.

Личная профилактика, как при сифилисе.

Бесплодие.

Бесплодный брак зависит или от мужчины, или от женщины, или от обоих супругов. Принято считать, что если в течение 4 — 5 лет не наступает беременность, то брак бесплодный. Таких бесплодных браков — до 10%. Принято считать, что в одной трети случаев прямым виновником бесплодия является муж, в другой трети случаев муж является не прямым виновником бесплодия (когда он заражает жену гонорреей) и только в одной трети случаев виновна сама жена. В среднем на 100 женщин, живущих половой жизнью, приходится 15 бесплодных, на 100 мужчин—20 бесплодных.

Бесплодие мужчины зависит или от невозможности произвести половое сношение (половое бессилие), или от перерождения спермы, которая иногда совсем не содержит живчиков, а иногда содержит малое количество вялых, плохо подвижных сперматозоидов. Нормальная сперма кишмя кишит живчиками, быстро двигающимися во всех направлениях и стремящихся к женскому яйцу. Если у женщины не образуются в яичниках женские яйца, или если они не могут попасть в трубы для встречи с живчиками, или если они не в состоянии прикрепиться к слизистой оболочке матки для созревания, или если имеются препятствия по пути движения сперматозоидов,—то возникает бесплодие, зависящее от женщины.

Непосредственными причинами женского бесплодия могут быть: зияние влагалища вследствие разрыва промежности, вызывающее обратное истечение спермы, судорожное сокращение входа во влагалище, заращение влагалища, воспаление влагалища с изменением его биологических свойств, недоразвитие половых органов, резкие загибы матки наперед или назад, катары шейки и слизистой матки, воспаление труб с заращением их просвета, недоразвитие и воспаление яичников, воспаление брюшины, закрывающее брюшное отверстие труб и окутывающее яичник массой перепонок, иногда половая холодность женщины и мн. другое. Главными причинами женского бесплодия являются—недоразвитие половых органов и гоноррея.

Лечение бесплодия тем трудно, что не всегда ясна причина его. Поэтому прежде всего врач старается тщательно определить причину бесплодия и сообразно с этим лечить тем или другим способом. Иногда хорошие результаты дают физические методы лечения, иногда оперативные.

В последние годы стали применять искусственное оплодотворение в тех случаях, когда уж нет налицо воспалительных явлений, когда трубы проходимы (что определяется при помощи специальных методов) и когда сперма мужа вполне здорова. Искусственное оплодотворение заключается в том, что сперма мужа впрыскивается маточным

шприцом в полость матки. Для получения спермы супруги перед оплодотворением имеют сношение, при чем муж надевает презерватив, из которого затем набирается сперма. Этот метод пока себя полностью не оправдал, но ему принадлежит большое будущее.

Смежные заболевания.

Болезнь заднего прохода.

В окрестности заднего прохода часто встречаются надрывы кожи большей или меньшей величины, которые служат источником сильнейших болей при испражнении. Эти боли так пугают больных, что они искусственно не испражняются, сами создают себе искусственный запор. Причиной являются твердые каловые массы („твердый стул“), онанизм и геморой. Лечение состоит, главным образом, в регулировке стула и наблюдении за чистотой заднего прохода. Иногда помогает только растяжение под наркозом заднего прохода двумя пальцами.

Особое значение имеет геморой, как встречающийся чрезвычайно часто. Гемороидальными шишками называются расширение вен заднего прохода. Различают наружные и внутренние шишки. Появление шишек зависит от многих причин — сидячего образа жизни, хронического запора, беременности и родов. Гемороидальные шишки бывают при беременности почти у одной трети беременных.

Иногда геморой протекает незаметно, иногда в виде давления и тяжести, жжения и зуда, а иногда в виде сильнейших болей не только в области заднего прохода, но и крестца, и мочевого пузыря. Особенно возникают боли при ущемлении шишек. В некоторых случаях геморой сопровождается кровотечением, которое иногда благотворно облегчает, а иногда приводит к истощению и малокровию.

Приступы гемороя сопровождаются тяжелым, подавленным настроением.

Лечение состоит в устранении причины, регулировке стула, диеты, режима жизни, гимнастике, холодных обмываниях заднего прохода, легких слабительных. При ущемлении — лед, успокаивающие свечи. При значительном геморое нужно прибегнуть к оперативному удалению.

Аппендицит.

Часто аппендицит комбинируется с болезнями яичников и труб. Если появляется боль внизу живота, особенно справа, отрыжка, рвота, обложенный и сухой язык, задержка газов и стула, то тогда нужно думать о возможности заболевания червеобразного отростка. Если к этому присоединяются еще сильные боли внизу живота, отдающие в ногу, расстройство месячных, то нужно предположить вовлечение в процесс и придатков матки. В остром периоде — покой, лед, регулировка стула, в хроническом — оперативное удаление с тщательным осмотром придатков матки.

Хронические запоры.

Хронические запоры бывают особенно часто у женщин. Вялости кишечника способствуют постоянно наблюдающиеся растяжения стенок живота после родов, также своеобразный образ жизни домашней хозяйки. В результате запоров развивается вздутие и переполнение

живота, отсутствие аппетита, чувство тяжести в голове, головокружения, бессонница, тяжелое настроение духа, нервозность.

Лечение должно быть, прежде всего, диететическим. Основное правило диеты в таких случаях заключается в даче пищи, вызывающей перистальтику вялых кишек. Сюда относятся овощи, плоды, сахар, мед, хлеб из непросеянной муки („докторский“), яблоки с кожцей, салат, чернослив, пиво, кефир, кумыс, сливки, холодная вода или молоко натощак, компот, простокваша и пр. Затем, массаж, гимнастика, холодные обтирания живота и клизмы. Только при неуспехе этих мер прибегают к легким слабительным, как например, геморроидальный порошок по одной чайной ложке на прием.

Отдаленные заболевания.

Вагинизм.

Вагинизмом называется непроизвольная судорога мышц промежности и даже ног и поясницы, которая возникает у женщины при попытке к половому сношению. Это получается в результате сложного психического процесса самозащиты. Причиной этого психического рефлекса является представление, воспоминание о боли, неприятных ощущениях, боязни их. Иногда происходит от самовнушения, что после первого сношения может не появиться кровь, и муж узнает, что она не девственница. Иногда причиной вагинизма может быть повышенная чувствительность входа во влагалище, плотность девственной плевы, неподдающейся разрыву при первых сношениях, ее болезненные надрывы, затем импотенция мужа, недоконченные сношения, наконец, отвращение к половому акту. Вагинизм лечится преимущественно психотерапией. Также прибегают к следующему приему: больную укладывают в кресло, заставляют натужиться и ввести самой особый расширитель, что легко обычно происходит. Если имеется еще местная причина, то подвергают больную соответственному лечению: смазыванию трещин ляписом, вырезыванию плотной девственной плевы и пр. Назначают противонервное и укрепляющее лечение, гидротерапевтические процедуры, гимнастику, воздержание от половых сношений до окончания курса лечения.

Половая холодность женщины.

Половая холодность женщины — диспарейния — включает в себе две стороны: отсутствие нормального полового влечения (либидо) и отсутствие сладострастия (волюптас). Определить в каждом данном случае причину отклонения порой весьма трудно, так как они спаяны с интимными сторонами жизни супругов. Часто причиной является брак не по любви, физические недостатки сожителя, длительное употребление предохранительных средств, недоконченные сношения, недоразвитие половой системы, душевные заболевания, болезненность при сношении вследствие хронического воспаления половой сферы. При лечении этой болезни врач должен обследовать также мужа больной.

Половые извращения.

Половые извращения—весьма тяжелые заболевания психики больной. Если половое влечение направлено на себя, то оно называется

онанизмом, если на свой пол, то гомосексуализмом, если на животных, то гетеросексуализмом.

Онанизмом (мастурбацией) называется искусственное половое раздражение до появления оргазма. Физическое раздражение вызывается руками, трением бедер или инструментами. Чувствительными местами у женщин являются: клитор, грудные соски и влагалищная часть матки. Может быть также психический онанизм, т.е. увлечение сладострастными картинками и соответствующими рассказами.

Причины онанизма весьма разнообразны. При половом созревании — совращение ровесницами, езда на велосипеде, зуд, чтение порнографической литературы, возбуждающие картины, отсутствие нормального полового воспитания; при половой зрелости — вынужденное длительное воздержание; в браке — применение предохранительных способов с их неудовлетворением и с конечным влечением отсюда к онанизму; в старшем возрасте — сила привычки и душевные болезни. Онанизм влечет ряд тяжелых расстройств: похудание, бессоницу, отсутствие аппетита, раздражительность, боли при менструации, аменоррею, вагинизм, половую холодность, отвращение к естественному половому акту, боль в крестце, слабость в конечностях, чувство давления в голове; часто онанизм кончается душевными расстройствами.

При лечении нужно прекратить половые раздражения, что достигается иногда длительным лечением. У детей нужно рационализировать воспитание, исключить раздражающие моменты, танцы, легкомысленное кино, чтение бульварных романов, тряскую езду и пр.; приучить к спорту, гимнастике, холодным обтираниям. В зрелом возрасте применяют сложные способы психотерапии, а также советуют брак.

ПЕРЕЧЕНЬ РИСУНКОВ.

№№	стр.	№№	стр.
1. Влагалище и матка в разрезе . . .	9	19. Послеродовый период. Изгнание уже отделившегося детского места	36
2. Наружное отверстие матки не рожавшей и рожавшей	11	20. Головная водянка	39
3. Матка со связками, яичниками и трубами	11	21. Биде	53
4. Яичник и труба с бахромками . . .	13	22. Кружка Эсмарха	54
5. Сперматозоиды	16	23. Грудь беременной с нормальным соском	56
6. Яйцо кроличьих со сперматозоидами	17	24. Грудь с глубокой трещиной соска (вверху)	57
7. Матка с плодным яйцом на 4-й неделе беременности	18	25. Рубцы беременности	58
8. Плодное яйцо на третьем месяце. Видна ворсинчатая оболочка	18	26. Вязанный набедрник для беременных	59
9. Сравнительные размеры мышечной клетки: во время беременности и вне беременности	20	27. Отвислый живот у беременной	69
10. Фигура живота в конце беременности у многорожавшей и у нерожавшей	21	28. Бандаж для беременной	70
11. Высота стояния дна матки в различные месяцы беременности	27	29. Варикозное или узловатое расширение вен нижних конечностей	71
12. Человеческие зародыши в конце 1-го месяца, в конце 2-го месяца, в конце 3-го месяца и в конце 4-го месяца	28	30. Трубная внематочная беременность	83
13. Череп доношенного плода с родничками и межкостными швами	29	31. Беременная матка с нормальным прикреплением детского места	88
14. Членорасположение плода. Продольное положение. Черепное предлежание	30	32. Беременная матка с предлежанием детского места	88
15. Продольное положение плода. Ягодичное предлежание	31	33. Пузырный занос, целиком изгнанный из матки	90
16. Поперечное положение плода . . .	31	34. Пузырный занос, проросший матку	91
17. Открытие шейки матки во время акта родов при помощи плодного пузыря	34	35. Гурита	98
18. Период изгнания плода. Прорезывание головки через наружные половые части	35	36. Баллон для спринцевания	102
		37. Правильный способ держания новорожденного ребенка на руках	109
		38. Кормление ребенка лежа	116
		39. Кормление грудью при насморке или кашле у матери	117
		40. Стекланный колпачок с резиновой соской для кормления при плоских сосках	117
		41. Правильный способ держания ребенка в ванне	119
		42. Правильный способ пеленания ребенка	121

№№	СТР.
43. Баллон для кормления слабых детей с соской для ребенка и трубкой для насыпания матерью молока в баллон	127
44. Смертность грудных детей в разных странах	137
45. Грудные дети одинакового возраста при вскармливании грудью и искусственно	138
46. Сосуший ребенок	144
47. Сдаивание груди руками	147
48. Выжигание раскаленной иглой дырочки в соске	150
49. Аппарат д-ра Сокслета	155
50. Предметы, необходимые при кормлении ребенка	156
51. 8-месячный ребенок, стоящий при незначительной поддержке	161
52. Прорезывание молочных зубов	161
53. Купанье ребенка в ванне	164
54. Предметы для ухода за грудным ребенком	165
55. Одежда грудного ребенка	168
56. Правильное держание грудного ребенка на руках	170
57. Неправильное держание грудного ребенка на руках	171
58. Солнечная ванна	172
59. Приучение ребенка к опрятности	175
60. Манеж с игрушками	176
61. Игрушки для грудных детей	176
62. Рахитичные дети	181
63. Баллон для клизмы с резиновым катетром	202
64. Аскарида	209
65. Острица в виде белой нити	210
66. Волосатик или хлыстовик	210
67. Головной конец ленточной глисты	211
68. Гипертрофия (увеличение) миндалин	212
69. Ангина фолликулярная	212
70. Дифтерит	215
71. Взвешивание ребенка в консультации	231

№№	СТР.
72. Осмотр ребенка врачом в консультации	232
73. Микробы, живущие всегда во влагалище здоровой женщины	253
74. Микробы — во влагалище больной женщины	255
75. Гимнастика в кровати	264
76. Правильное положение матки в тазу	269
77. Неправильное положение матки в тазу — загиб матки кзади	270
78. Выпадение матки наружу	271
79. Миома матки	272
80. Больная до операции удаления фибромиомы весом 1 п. 20 ф.	272
81. Та же больная после операции удаления фибромиомы	272
82. Миома и беременность. Миома выполнила всю полость малого таза, поэтому роды невозможны, так как плод не сможет родиться наружу	273
83. Рак шейки матки в виде глубокой язвы	273
84. Рак полости матки	273
85. Множественная миома матки и рак шейки матки	273
86. Трубно-яичниковая киста	275
87. Больная с громадной многополостной кистой	276
88. Многополостная киста яичника	277
89. Гонококк, полученный из выделений канала шейки матки	278
90. Схема гонорройного заболевания женского полового аппарата	279
91. Гонорройные изменения труб и яичников. На рисунке изображена матка, удаленная вместе с пораженными гонорреей яичниками и трубами	280
92. Бледная спирохета, вызывающая сифилис	282

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.

А

- Аборт—66, 75, 77, 78, 79, 99
искусственный—79
начавшийся—79
первые признаки его—79
привычный—80
профилактика его—80
самопроизвольный (естественный)—79
трубный см. внематочная беременность
угрожающие признаки—79
Аденоид—211, 217
Адреналин—274
Акушерская сумка—94
Акушерские щипцы—128
Александрийский лист—67
Алкоголь—82, 147, 186
Аменоррея—251, 286
Анализ мочи см. моча
Ангина—211, 212, 220
 фолликулярная—212
Английская болезнь см. рахит
Анемия (малокровие) 201, 207, 261
Антипирины—201
Аппарат пищеварения—110
Аппарат д-ра Соклета—155
Аппендицит—76, 209, 266, 284
Аппетит—60, 72, 151, 170
Ароматические травы—205
Артерии—22, 107
Аскариды—209
Аспирин—75
Астма—212
Асфиксия—107, 123
 легкая-синяя—123
 тяжелая-бледная—123
Асцит (брюшная водянка)—276
Атония кишечника—261
Атрофия—106
Атрофия от бездействия—265
Аутоинтоксикация см. самоотравление

Б

- Базедова болезнь—24
Бактерии—112
Баллон для сиринцевания—53, 102
 для клизмы—122, 201
 для кормления—127

- Бандаж—59, 265
Барабанная перепонка—166
Бартолиниевы железы—8, 262
 воспаление их—265
Башмаки—197
Безработные беременные—243
Бели—15, 53, 77, 266, 269
Белки, белковые вещества—62, 63, 106,
 113, 118
 женского молока—139
 коровьего молока—139
Белок в моче—23, 89
Белье (носильное, постельное)—55, 70
Бельма—131
Беременность—19, 68, 72
Бесплодие—103, 266, 270, 283
Бессонница—186, 260, 261
Биде—52
Бинтование—98, 154
Бинт „Идеал“—59
 полотняный—98
 марлевый—119
Бледная свирехета (Шаудица) см. спи-
 рохета
Блюда молочные—186
Болезни почек—81
 сердца—81
 родителей—126
 социальные—177
 грудного возраста—177
 детские—199
 желудочно-кишечные—11
 заразные (инфекционные)—108, 214,
 218
 нервной системы—268
 дыхательных путей—211
 влагалища—267
 конституциональные—206
Боли в животе—146, 168
 головные—60, 220, 260
 в паху—270
 в поясице—270
 скваткообразные—97
Борная кислота—54, 96, 115, 266
Борьба с профессиональными вредностя-
 ми—78
Боткинский порошок—62
Брак—285, 286
Брюки—106, 224
Брюшина—265

Брюшной пояс (бандаж, бинт для беременных)—69, 70
 Брюшной пресс—33, 97, 98
 Бугорчатка—см. туберкулез
 Бульон—151, 152
 Бумага газетная—67
 Бюстгальтер—70

В

Вагинизм—285, 286
 Вазелин—165, 168, 192, 262
 Ванны—цинковая, эмалированная, фаянсовая—163
 воздушные—171, 260
 горячие—124
 грязевые—265
 с дубовой корой—171
 электрические—262
 лечебные—171
 на берегу моря—262
 нежные—51
 прохладные—192
 постепенно охлаждаемые—203
 поясные—51
 рассольные—51
 родильницы—96
 с ароматическими травами—205
 сидячие—51
 соленые—170, 205
 с отрубями—120, 171
 солнечные—171, 172, 261
 теплые—50, 192, 203
 холодные—52
 Варежки—196
 Варикозное расширение вен (варикозные узлы)—21, 71
 Вариолоид—222
 Вассермана реакция—81, 108, 141, 149
 Вага—95
 гигроскопическая—57, 108, 119, 164
 серая—263
 Вегетарианская пища—см. пища
 Венерин бугорок—7
 Венерические заболевания см. заболевания
 Вес девочек—159
 мальчиков—159
 нарастание—160
 новорожденного—105
 средний—165
 Весы пружинные—108
 рычажные—108
 Ветер сквозной см. сквозник
 Вздутые животика—146
 живота—284
 Вино—186
 Виноград—151
 Винные пары—67
 Вирулентность—47
 Витализм—261
 Витамины—62, 64, 106, 114, 139, 147, 151
 Вкусовые нервы—60
 Вкусовые сосочки—60
 Вкусовые средства—186
 Вкус—162
 дурной во рту—89
 извращенный—65

Вкус ребенка—153
 Влагалище—9, 53
 воспаление—267
 выпадение—268
 Влагалищная часть матки—10, 104
 Влагалищное кольцо—9
 Власоглав (волосатик, хлыстовик)—209, 210
 Внематочная беременность—82, 103
 борьба с ней—84
 грозные явления при ней—84
 исход—83
 лечение—84
 нарушение ее—84
 причины (врожденные, приобретенные)—82
 самоизлечение—83
 трубный выкидыш—84
 Внушение—148
 Вода—262
 горячая—102
 холодная—102
 Водная оболочка—18
 Водолечение—193, 204, 260, 262
 Воды околоплодные—18
 вторые—35
 Водяная поверхность—262
 Водянка брюшная см. асцит
 Водянка головного мозга—130
 головная—38, 39, 63, 67
 Водяные процедуры—192
 вредное действие—193
 механическое раздражение—192
 местное действие—192
 общее действие—192
 продолжительность—194
 тепловое раздражение—192
 химическое—192
 Возмужалость—98
 Воздух—59
 испорченный—77, 165
 лесной—204
 плохой—174
 Волна морская—194
 Волосы—52, 78, 109, 166
 Волошские орехи—67
 Волчья пасть—132, 143
 Волюпас—285
 Воля, воспитание ее—224
 Воспитание грудного ребенка—173, 174
 органов чувств—133
 умственное—197
 физическое—197
 Впрыскивание—103, 215
 Врачебные советы—153
 Всасывание пищи—см. пища
 Вскармливание—111
 естественное—111, 138, 139, 145
 искусственное—115, 154
 смешанное—150, 158
 Выделительные органы—85
 Выделения послеродовые—97, 118
 в виде мясных помоев—272, 274
 Вымя—154
 Вырождение—75, 271
 Выставка санитарно-гигиеническая—228

Г

Газы—146, 190
 Галоши—196
 Гамашы—196
 Гардины—189
 Гемоглобин—207, 210
 Геморой—67, 284
 Геморoidalные свечи—68
 Геморoidalные шишки внутренние—284
 наружные—284
 ущемленные—284
 уход при них—67
 Геморoidalный порошок—67, 285
 Гермафродит—8
 Гетеросексуализм—285
 Гигиена грудного возраста—133
 детства раннего—184
 воспитания—184
 волос—191
 ногтей—191
 послеродового периода—95
 сна—190
 Гидрамнион см. многоводие
 Гидропатические меры—193
 Гидротерапия—203
 Гидротерапевтические процедуры—285
 Гимнастика—73, 96, 172, 198, 260, 263
 упражнения родителей—97
 в кровати—264
 Гинекология—262
 Гипертрофия—21
 миндалин—210
 Гипноз—77
 Гипофиз (придаток мозга)—106
 Гипс—119
 Глаза—164, 165
 Глисты—191, 207, 208, 266
 круглые—209
 ленточные—209
 Глицерин—265
 Глотка—110
 Гной в трубе—275
 Гнойнички—166
 Гнойное заражение крови—108
 Гнойный процесс—108
 Гоголь-моголь—201
 Головокружение—186
 Голодание—66, 178
 Гомосексуализм—285
 Гонококк—275, 278
 Гоноррея—81, 92, 266, 277, 280
 излечимость—281
 причины—278
 предупреждение—278
 распространение—278
 Горб при рахите—180
 при туберкулезе—207
 Горное солнце—см. кварцевая лампа
 Гортань—106, 212
 сужение ее—181
 Граафов пузырьки—13
 Гравий—262
 Гребля веслами—73
 Грелка—127, 263
 Грипп—116, 141, 142, 152, 179, 206
 Грудно-ключично-сосковая мышца—129
 Грудная клетка—68, 180

Грудница (мастит)—48, 141, 142
 Грудное кормление—111
 Грудной возраст—135
 Грудной сосок см. соски
 Грудные железы (груды)—55, 70, 115
 Грудняк—138, 154, 155, 167
 Грудь куриная—180
 Грыжа—217
 ущемленная—76
 пупочная—129
 Грязелечение—262, 278
 Грязь—163, 164, 262
 Губка—96
 грецкая—53, 102, 164
 резиновая—53, 102
 Губы половые—266
 большие—7, 105
 малые—7
 Гурита—98
 Гусиная кожа—260.

Д

Давление крови—107
 Дальзоркость см. зрение
 Движения редкие—72
 усиленные—72
 семенных нитей—102
 Девственная плева—8
 чувствительность ее—267
 Дезинфекция—214, 215, 217, 218, 221
 Дезинфицирующие вещества—101, 102
 растворы—200
 Держание ребенка на руках
 неправильное—171
 правильное—170
 Дермид—276
 Дети—анемичные—104
 из больничных учреждений—177
 великаны—38
 гиганты—106
 из детских приютов—177
 дефективные—76, 104
 из домов грудного ребенка—177
 здоровые—177
 ленивцы—113
 мертворожденные—77
 нежные—196
 нервные—131
 рахитичные—170
 рожковые—160
 Детская заболеваемость—135
 Детская комната—166, 174, 175, 188
 Детская смертность—135
 Детские заболевания—212
 Детский порошок (ликоподий)—120
 Детское место (плацента, послед)—18,
 35, 132
 предложение его—41
 развитие неправильное—82
 Децидуальная ткань—18
 Диабет см. сахарная болезнь
 Диафрагма—22, 33
 Диатез экссудативный—171
 Диагноз—216, 254
 Дикое мясо—128
 Дисменоррея—270
 Диспарейния—285

Дифтерия—116, 130, 211, 215
 Диета Ламина—65
 молочно-растительная—87
 Проховника—65
 специальная—64
 ребенка—16
 родильницы—97
 Диететика душевная—74
 Диететическое лечение—284
 Дно тазовое—97, 93
 Доење коров—154
 Докторский хлеб—285
 Дом грудного ребенка—136, 236
 матери и ребенка—236
 Дыхание—50, 63, 107
 искусственное—123, 124
 Дубовая кора—171
 Дурман—168
 Душ—51
 Душевное состояние беременной—73

Е

Евгеника—104
 Евстахиевы трубы—212
 Езда автомо-билем—73
 верхом—73
 в экипаже—73
 на велосипеде—73
 по железной дороге—73
 по морю—73

Ж

Жаропонижающие средства (медика-
 менты)—203, 204
 Жевка—16, 174
 Жемчужница—155
 Железы:
 вилочковая—160
 внутренней секреции—124, 128
 лимфатические—2, 6, 207
 околоушная—222
 поджелудочная—112
 подчелюстная—222
 половые—106, 183
 потовые—50
 слюнные—109, 160, 171
 слюнные—23
 щитовидная—106

Железо—113, 114, 151, 207
 Желтое тело—13
 Женские конституциональные типы—250
 Желтуха—63, 125
 Желудок—68, 108, 111
 Желудочный сок—62, 112
 Желчный пигмент—125
 Желчь—68, 112
 Живот лягушечий см. рахит
 Живчик см. сперматозоид
 Жир рыбий—182, 205, 237

З

Заболевания венерические—234
 местные—189, 266
 общие—199
 острые—199

Заболевания отдаленные—285
 системные—266
 смежные—2, 4
 хронические—199, 204
 Загар—172, 261, 262, 270
 Загс—212
 Задний проход, его заболевания—284
 Задушение см. асфиксия
 Закаливание—170, 192, 193
 Закладки для родильниц—95
 Запавеси—167, 189
 Запоры—67, 148, 178, 207, 270, 284
 Заражение крови см. сепсис
 Зараза см. инфекция
 Заушница см. свинка
 Заячья губа—132, 143
 Зев, заболевания его—211
 Земляника—152
 Злокачественное перерождение—271
 Зонд—115
 Зрение—162, 197
 дальновзоркое—175
 Зубной камень—61
 Зубы молочные—110, 180
 смена их—1, 3
 прорезывание—161
 запаздывание его—161
 болезни «зубкамь»—161
 резцы—161
 клыки—184
 коренные—184
 показывание—177
 расшатывание—65
 вырывание—76
 кариозные—61, 181, 184
 Зуд—78, 81, 183, 205, 209, 225, 232, 266

И

Игрушки—175
 Игры—183, 190, 197, 198
 Известь—114, 241
 Излияние семени см. семя
 Изнасилование—167
 Изоляция—217, 230
 Иммунигет—89, 183, 213, 214
 Импотенция—25
 Инвалид—93, 277
 Индивидуализм—193
 Индивидуальные свойства организма—
 214
 Инкубационный период см. период
 Инокуляция—219
 Инспектор труда—211
 Инфантильный—250
 Инфекция—43, 74, 77, 78, 101, 118, 132,
 133, 274, 267
 Инфлуэнца—111
 Иод—282
 Иодные выписывания—82
 Испарина—262
 Испражнения (экскременты, кал)—62, 67,
 161
 грудных детей—114
 при кормлении грудью—161, 162
 " " искусственным—114
 " " молоком—162
 нормальные—177

Ихтиол—263
Ишиас—261

К

Каблук—71, 197
Какао—102, 153, 186, 224
Калий мург. щелочно-кислый—274
Каломель 2.2
Кальций см. известь
Кальсола—1.6
Капот—70
Капуста—185
цветная—152
Карболка—96
Карноз (зубы)—61, 184
Карманы—196
Касторовое масло—201
Кастрация—101
Катар слизистых оболочек—77
толстых кишок—2.2
Катаральное воспаление легких—217
Катетр—123, 201
Кашель—110
гортанный—216
катаральный—217
лающий—216
судорожный—217
Кварцевая лампа (горное солнце) 261
Квасцы—54
Кесарское сечение—86, 87, 191,
Кефир—265, 285
Кино, кинематограф—74, 286
Кисель, приготовление—152
Кислород—53, 68, 123
Кислоты—101, 102
Киста, кистозная опухоль 81, 92, 276
воспаленная—275
дермоидная—276
однокамерная—276
многочамерная—276
сосочковая—276
трубно-яичниковая—214
Кишечная палочка—266, 275
Кишечник—68
вялость его—244
Кишки—108
двенадцатиперстная—112
прямая—112
толстая—112
тонкая—112
Клетка—94, 120, 168
Клетчатка околоматочная—264
Клизма (клизир)—67, 122
лекарственная—262
масляная—201
опорожняющая—201
питательная—66, 201
правильно поставленная—202
успокаивающая—202
Клизмочка—146
Климактерий—15, 271
Клитор—8, 286
Клубника—152
Кодекс законов о труде—242
Кожа—49, 85, 160, 191
заболевания ее—131
новорожденного—109

Кожа недоноски—126
шелушение ее—109
лакированная—137
Кожная смазка—119
Кокки—2.5
Коклюш—116, 206
Коллоидизация—265
Колпачок для предохранения от зачатия—101
для кормления—117
Кольпит см. воспаление в агавища
Кома, коматозное состояние—86
Комбинезон—70
Комиссия врачебно-контрольная—242
Компресс—102
согревающий—146, 204, 262
холодный—204
Коперник—169
Кон. и лом. острые—278
Кондом—103, 2.1
мужской—100
женский—101
Консервативные методы лечения—262
Консультация—111, 136, 151, 228
Конституция—149, 159, 173, 250, 261
Кормилка—139
выбор ее—148, 149
возраст—149
годность—149
капризы и прихоти—150
присмотр за ней—149
управления—149
Кормление в 6 месяцев—151
коровьим молоком—145
лежа и сидя—115, 141
неправильное—146
ночью—145
правильное—160
при беременности—142
прекращение—154
с ложечки—132
проверка его взвешиванием—144
взгляды врачей немецких—145
английских—145
французских—145
Корсет—68
Корь—206, 218, 219
Кофе—112, 153, 186, 224
Коффеин—186
Кошки, опасность их—191, 210
Крайняя плоть—125, 166
Краска, выделка ее—77
клевая—189
масляная—167, 189
Краснуха—219
Крем ланолиновый см. ланолин
Кривошея—129
Кроватка—122, 167
качалка—168
Кровать—189
передвигание ее—72
Кровеносная система—71
Крови межменструальные—231, 252
Кровоизлияние—83
Кровообращение—68
расстройство его—78
Кровопускание—268
Кровотечение—79

Кровотечение из пуповины—128
 Кровь, неправильное распределение 161
 Кровяная опухоль головы—129
 Кровяное русло—71
 Кровяные шарии—106
 белые—43, 210, 255
 красные—207, 210
 Кружка Эсмарха—53, 54, 91, 102, 201
 Крупа—рисовая, овсяная, ячная—157
 Крупозное воспаление легких—80
 Ксероформ—119
 Купание—170
 в реке—54
 морское—54, 260
 в пруде—54
 ребенка в ванне—164

Л

Лампадка—167
 Ланолин (крем лаполиповый)—58
 Ларингоспазм—181
 Легкие, воспаление—179, 200, 219
 емкость—68
 развитие—173
 (см. также катаральное и крупозное воспаление легких)
 Лед—192
 Лед на голову—204
 Леденцы—149
 Лейкоциты см. кровяные шарии белые
 Лекарственные вещества—101
 дача их ребенку—200
 прием их—75
 * кормилицам—147
 Лечение механическое—263
 теплом—262
 Либидо—235
 Лизол—274
 Лизоформ—51, 96
 Ликоподий см. детский порошок
 Лимфа—19, 206
 Лимфатические сосуды 19
 Лимонный сок—201
 Линолеум—167, 189
 Липкий пластырь—129
 Литопедион—82
 Литр—54, 158
 Лифчик—70, 196
 Лихорадка—202
 Лихорадочное состояние—79
 Лихорадочный период см. период
 Лицо, обмывание—165
 Лицо одутловатое—222
 Ложка чайная—175
 десертная—175
 столовая—175
 Лунный месяц—126
 Лучи—171, 172, 260
 зеленые, желтые, красные, оранжевые, лиловые, синие, фиолетовые—260
 видимые, невидимые 260, 261
 тепловые—195, 261
 химические—195, 261
 инфракрасные—260
 ультрафиолетовые 260
 Рентгена—76, 92, 103, 145, 265, 274

Лыняное семя—266
 Лыжи—73
 Люлька—122, 168
 Ляпис—129

М

Магнезия жженная—67
 Мазь—161
 вяжущая—266
 наркотическая—266
 Мак—149
 Малярия—75, 80, 138
 Манеж—174, 175
 Маска для кормления—116
 Масло минеральное—57
 коровье—185
 подсолнечное—166
 прованское—166
 основное—218
 Мастит см. грудница
 Мастурбация см. онанизм
 Матка—10
 воспаление ее—268, 269
 детская—81
 Маточные рожки (спорынья)—41, 75
 Матрасик—122
 Мебель—167, 189
 Меконимум см. первородный кал
 Менингит—208
 Меноррагия—251
 Менструация—14, 25, 98
 Метрика—242
 Метроррагия—251
 Мешотчатая опухоль см. опухоли
 Мешки под глазами—85
 Микробы—154, 261
 Микроскоп—269
 Микроскопические исследования — 210, 216
 Миндалины—211, 220
 Минеральная грязь см. грязь
 Миома—81, 92, 265
 Млекогонные средства—148
 Многоводие (гидрамнион) 18, 63
 Мозг—162
 головной—168, 223
 Мозговые оболочки—129
 центры—108
 Мокрота—169
 Молозиво—22, 41, 114
 Молоко животного—139
 матери—108, 148
 кормилицы—148
 коровье—113
 козье—113
 сгущенное—178
 сырое—155
 дурной запах его—148
 хранение—154
 Молокоотделение 48
 Молокоотсос—117, 141, 146
 Молочко новорожденного—125
 Молочная диета см. диета
 Молочница—120, 143, 144
 Морская трава—168
 Морской берег—193
 климат—201

Морфий—76, 274, 275
 Морфинизм—76
 Моча—114, 162
 исследование ее 222
 анализ—85
 Мочалка—164, 168
 Мочевой пузырь—20, 266
 Мочегонные—64
 Мочегоннодальные—66
 Мочеспускание—165, 270
 Мочекислые соли—125
 Моцион—67, 72
 Мука—рисовая, овсяная и пр. 157, 164
 Мышцы см. мышцы
 Мухи—168
 Мыло—119, 161, 164, 191
 известковое 114
 Мышечный аппарат у рахитика см.
 рахит
 Мышцы—109, 161, 168, 174, 268
 Мышцы желудка—111
 Мышьак—77, 207
 Мясные помой см. выделения
 Мясо—185, 210
 Мяч—175

Н

Набрюшник 59, 69
 Надкостница—129
 Надпочечник—24
 Накладка для исправления сосков—56
 для кормления—57, 117
 Наконечник для спринцевания—57, 95
 Наркотические вещества—75
 Нарыв—171, 266
 груди см. грудница
 Наследственность—106, 162, 180, 205
 Насморк—107, 138, 143, 212
 Насос воздушный—57
 Невралгия—261
 Неврастения—100, 260, 261
 Недержание газов 268
 мочи—208
 Недокармливание—111, 116
 Недоносок—107, 112, 125, 143, 180
 Нервная система—100, 109, 193
 слабость—186
 Никотин—77
 Новорожденный—105, 110
 приданое его—242
 уход за ним—118
 Ноги беременных—71
 колесом—180
 Ногтечистка—165
 Ногти, уход за ними—166
 Ноздри ребенка—115
 Нос—166
 курносый—131
 седлообразный—134
 Носовое кровотечение—217
 Ночник—122

О

Обезболивание—76
 Обеззараживающие вещества 19
 Обертывания влажные—203

Обливания—170, 194, 260
 Обмен веществ—22, 66
 усиленный—204
 Обмывания—197
 Обойное производство—77
 Обоияние—197
 Обтирания—191, 200, 201, 213, 260
 Обувь—71, 197
 Овощи—147, 185
 Овсянка—152, 205
 Овуляция—14, 44
 Одежда беременной—68
 грудного ребенка—168
 детская—164, 166, 195
 матери—148
 новорожденного—120
 покрой ее—224
 Одеколон—96, 204
 Одышка—60, 63, 262
 Озноб—260
 Олигоменоррея—251
 Оанизм—149, 210, 221
 психический—26
 Операции—75, 154
 Опий—76, 202, 275
 Оплодотворение—16
 искусственное—283
 Опрелость—109, 168, 265
 Опухоли—76
 доброкачественные 271
 злокачественные—271
 мешотчатые (кистозидные) 275, 276
 плотные—276
 Опущение половых органов 78, 97
 Оргазм—285
 Организм и укрепление его—179, 195,
 204, 207
 Органы внутренней секреции—266
 Органы чувств—175, 176
 Освещение—162, 167, 188
 Оспа натуральная—80, 116, 179, 214
 Оспа ветряная—222
 Острицы—209, 225
 Осызание—102, 197
 Отвар (приготовление)—152, 156
 Отеки—53, 85, 89, 129
 Отнятие от груди—151, 153, 154
 Отопление—166, 168
 Отравление хроническое—81, 205
 Охлаждение—195
 резкое—178
 продолжительное 188
 Охматдет—3
 Охматмлад—227

П

Падучая болезнь см. эпилепсия
 Палочка Деделерляйна—20
 Пальцы, сосание их 174, 191
 Панталонсы—70, 196
 Панулы—282
 Паралич—217
 глаз—216
 конечностей—216
 мягкого неба—210
 сердца—216
 Паротит см. свинка

- Парша—191
 Пастеризация—155
 Патентованные препараты—118
 Патронаж—228
 Пах—167
 Паховая складка—122
 Пеленание—169, 120
 Пеленка—108, 120, 163, 164
 Пемфигус—131
 Пепсин—60, 112
 Первородный кал (меконий)—196
 Первый вздох—123
 Пергамент—180
 Перегревание—178
 Перекармливание—111, 116, 138, 178
 Перекись водорода—271
 Перина—55, 168, 190, 224
 Период изгнания—34, 37
 инкубационный—213
 кормления—139
 лихорадочный—201
 открытия—34, 37
 последовый—35, 37, 43
 продромальный—212, 218
 самостоятельного существования—120
 Перхоть—192
 Песок—191
 мочевой—125
 Пессарий—265, 267
 Печень—68, 112, 153
 нарыв в ней—209
 Пиво—186
 Пигментация кожи—23, 24, 26, 261
 Пинцет—95
 Пирамидон—204, 274
 Питание—184
 Питание матери—113
 кормилицы—147
 смешанное—151
 целесообразное—187
 Питание нормальное—186
 однообразное—153
 усиленное—72
 Пища вегетарианская—64
 вкусная—127
 жидкая—97
 легко перевариваемая—201
 натуральная—140
 неудобоваримая—62
 однообразная—148
 полужидкая—97
 постная—148
 разжевывание—187
 разнообразная—187
 регулярные приемы ее—167
 смешанная—185
 удобоваримая—62
 всасывание ее—113
 качество ее—111
 количество—111
 усвояемость—186
 Пищеварение—153
 расстройство—153, 172, 177
 Пищеварительные органы—184
 Пищевая промышленность—78
 Плавание—55, 194
 Платье—70, 71
 Платице—169
 Плацента см. детское место
 Плесневка см. молочница
 Плод—153
 оболочки его—35
 черепное—30
 предлежащие его:
 — газоевое—31
 — ягодичное—31
 членорасположение—30
 Пляска св. Витта (хорея)—92, 200
 Пляж—262
 Подвязки—70, 71, 196
 Подгузник—120, 168
 Подмывание девочек—165
 Подмышечная впадина—122, 202
 Позвоночник—119, 180, 206
 искривление—109
 Половая деятельность—103
 Половая производительность—31, 104
 Половая холодность—235, 286
 Половое бессилие—283
 Половое воздержание—100
 удовлетворение—100
 Половой акт—15, 98
 недоконченный—110, 285
 отвращение к нему—286
 Половой инстинкт—223
 Половой центр—224
 Полог у кровати—122
 Подоскание—200
 Помидоры (сок)—151
 Пояс—113, 146, 147, 153, 179
 Порок сердца—92
 Порошки—101
 Порошковдуватель—101
 Послеродовые очищения—44
 Посредбюро—240
 Постель—167
 Пот—149, 261
 Потение—66
 Потуги—33, 34
 слабые—72
 Почечные каналы—125
 Почки—23, 85, 116
 воспаление—220
 раздражение—221
 Поцелуй—122, 149, 179
 Предклимактерический возраст—271
 Предметы по уходу—166
 Предупреждение беременности—99, 100,
 101, 102
 способ биологический—100
 способ механический—101
 Презерватив см. кондом
 Прикорм—150, 153
 Примочка—266
 Припарка—146, 263
 Приучение ребенка к порядку—173, 174
 Прихоти беременных—82
 Провокационный метод лечения—281
 Прогулки—72, 169, 191
 Пролезни—200
 Промежность—78, 97, 264
 разрывы ее—40, 267
 Простокваша—67, 187, 285
 Простуда—170
 Профвредности см. борьба
 Профгигиена—77

Прямая кишка—20, 266
 Прямые мышцы живота—21
 Привности—48, 186, 224.
 Психотерапия—208, 255, 286
 Пудинг—185
 Пузырь шей запас—89
 Пузырь околоплодный—33
 Пульверизатор—218
 Пульпа зубная—23
 Пульс—105
 Пуповина—35, 82
 перевязка ее—119
 Пупок—124
 болезни его—127, 128
 Пупочная ранка—108
 Пупочное колцо—129
 Пупочные сосуды—128
 Пылесос—78
 Пыль—167, 169, 189
 Пюре—152, 153, 185
 Пятна беременных см. пигментация.

Р

Работа легкая—199
 почная—233, 241
 ребенка—198
 сверхурочная—239, 241
 профессиональная—98
 тяжелая—240
 умственная—74, 118
 случайная—72, 148
 Радий—92, 103, 265, 274
 Рак—5, 75, 92, 142, 265, 271, 276
 Распашенка—120, 108
 Расчесы—78, 225
 Рахит—38, 64, 118, 138, 153, 167, 170,
 179, 180, 181, 204
 внутренние органы у рахитика—180
 головка у рахитика—161, 180
 живот у рахитика—180
 мышцы у рахитика—180
 походка у рахитика—180
 Рвота—65, 146, 153, 161, 200
 злокачественная—66
 неукротимая—64
 новорожденного—125
 Ребенок:
 доношенный—105
 беспокойство его—143, 147
 влечения его—198
 грудной—166
 качание его—125
 крик его—107, 173
 нервный—174
 насыщение его—116
 плаксивый—177
 развлечение его—177
 раздражительный—177
 рост его—109, 160, 183
 перегревание его—169
 питательный режим—118
 развитие его правильное—159
 грудь—160
 духовное (психическое)—
 173, 197
 органов чувств—162, 197
 половое—293

Ребенок, развитие речи—162
 физическое—173, 197
 способности—198
 уход за ним—163, 187
 характер его—150, 184, 187

Резина—101
 Резиновое производство—78
 Резиновый мешок для льда—204
 Реклама—178
 Рентген см. лучи
 Репа—151
 Рефлексы психический—285
 Рефлектор—262
 Рис—151
 Рисунки—175, 189
 Родильная горячка см. сепсис
 Родильница—43, 97
 раннее вставание—96
 режим ее—95, 97
 Родильный дом—93
 Родимые пятна—74
 Родимчик—105, 181, 207
 Роднички головные—29, 38, 159, 183
 Родовой акт (роды)—32
 безболезненные—76
 затяжные—106
 преждевременные—79
 ранние—99
 уличные—00
 страх перед родами—74
 Рожа—116
 Роженица—43
 Рожок—150
 Ромашка—146
 Рот—65, 164, 177
 Ртуть—75, 202, 233
 Рубаха—196
 Рубцы беременности—21, 58
 влагалища—267
 послеоперационные—76
 Руки—155, 191
 Рыбий жир см. жир рыбий

С

Сабур—67
 Салициловая кислота—75, 147
 Салициловый натр—75
 Сальпингоофорит—275
 Самоволнение—285
 Самоотравление (аутоинтоксикация)—66, 85
 Сангвиник см. темперамент
 Сарафан—70
 Саркома—265, 274, 276
 Сахар—22, 112, 178, 175
 Сахарная болезнь (сахарное мочеизнурение, диабет)—81, 142, 266
 Сахарный песок—152
 Свет—162, 167, 180, 195, 260
 Светолечение—260, 262
 Свечи—167
 наркотические (успокаивающие)—266
 Свильник—109
 Свиванье—109
 Свинка (заушница, пиритит)—222
 Свинцовая вода—266
 Свиное производство—77
 Сексуальность—223

Сексуальное проявление—225
 развитие—226
 Селезенка—22, 268
 Семенные нити см. сперматозоид
 Семя—110
 Семявыносящий проток—109
 Селсис (заражение крови, родильная горячка)—45, 78, 79, 118, 128
 Сера ушная—166
 Сердечные тоны—26
 Сердце—107
 Сердцебиение—26, 68, 186, 260
 Серозная жидкость—18, 282
 Сероуглерод—78
 Синюха—260
 Сито—151, 152
 Сифилис—80, 108, 116, 133, 281, 282
 Скарлатина—211, 218, 220
 Сквозник—162, 167
 Скелет—109, 170
 Склерема—132
 Сколиоз—180
 Слабительное—104, 154
 Сладости—186
 Сладострастие—285
 Слезы—162
 Слепая кишка—210
 Сливы—152
 Слизистая оболочка—10
 Слизь—102, 104, 114, 177, 220
 Слоенки—97
 Слух—162, 192, 197
 Слюна—60, 110, 156
 Слюнные железы см. железы
 Слюноотделение—65
 Слюнотечение—65
 Смазка сальцеая—105
 сыровидная—166
 Смеси питательные, приготовление—152, 154, 155, 157, 158
 Собаки (опасность их для детей)—199, 210
 Соблюдение чистоты тела см. тело
 Совет социальной помощи—228
 Согревающий компресс см. компресс
 Соки овощные—151, 153
 пищеварительные—111, 112
 фруктовые—151, 153
 Соли—113, 114
 извести (кальция)—150, 179
 Солитер—209
 Солнечный удар—172
 Солнечные ванны см. ванны
 Солнечные заповеди—261
 Солнце—180
 Соль—193
 Соляная кислота—112
 Сон—72, 110, 158, 162, 190
 Сонливость—71
 Сосание—110
 страх перед нм—116, 117
 Сосновое масло см. масло
 Соска—150, 157
 Соски—48, 55, 56, 57, 110, 115, 116, 117, 141
 трещины их—48, 57, 149
 Сосочки—276
 Социальное страхование—237
 Спазматические приступы—117
 Спать совместное—189, 226

Сперма—283
 Сперматозоид (семенная пить, живчик)—16, 17, 102, 233
 Спец одежда—78
 Спец-питание—78
 Спина искривленная—161
 Спинка—164
 Спирохета бледная Шаудина—80, 271
 Спирт—95, 119, 208
 Спиртные напитки—224
 Спорт—199
 Спорынья см. маточные рожки
 Способ держания ребенка на руках—109
 правильный—170
 неправильный—171
 Спринцевание—15, 17, 53, 54, 96, 101, 133, 267
 Спринцовка—55
 Среда (ее влияние на детей)—203
 Средняя линия живота—98
 Средства закалывания—197
 защиты—195
 против зачатия—100
 (см. также предупреждение беременности)
 Срыгивание—111, 116, 125, 144
 Ссадины—95
 Стадия окостенения—206
 Статистика—7, 149
 Стафилококки—266, 275
 Стены—177, 180
 Стерилизатор—104, 124, 155
 Стерильность—122
 Столбняк—118, 130, 191
 Страхасска—242
 Страх ночной—193
 Страхование социальное см. социальное страхование
 Стрептобациллы Дюкре—282
 Стрептококки—266, 275
 Стригущий лишай—191
 Стул самостоятельный—97
 твердый—264
 Судно подкладное—94
 Судороги—113, 208
 Сулема—282
 Суп (приготовление)—153, 185
 Суррогаты—178
 Суставы—206
 Сутки—166
 Сухарь—153
 Сухость—167
 Схватки (роловые)—33, 34, 41
 Сыворотка—103, 106, 215, 221
 противудифтерийная—216
 Сыпи—153, 218
 Сырость—67
 Сытость—62

Т

Табачная пыль—78
 Табачница—78
 Таблицы—145, 155, 157, 158, 159, 163, 185
 Таз узкий—38, 64
 у рахитичек—180
 Талия—68
 Тальк—68, 120, 164

Тамаринды—67
Тампоны—60, 102, 163, 265
Танин—171, 265
Танцы—73
Тапиока—152
Теин—186
Текстильное производство—78
Тело, соблюдение чистоты его—49, 191
Темперамент—251
 меланхолический—251
 сангвинический—251
 флегматичный—251
 холерический—251
Температура—80, 107, 154, 164, 166, 188
Тепло—166
 отдача его—195, 200
Терка—151
Термометр—122, 163, 165
Террасы—261
Тесемки—70
Типы конституциональные женщин см. женские
Тиф—80, 108, 210
Ткацкий станок—78
Токсикозы беременных—66, 85, 89
Токсин—66, 201
Тошнота—65
Трахеотомия—216
Трахома—149
Триппер см. гонорея
Тубдиспансер—234
Туберкулез—90, 91, 116, 132, 133, 142
 154, 202, 206
Туберкулезная палочка—116
Тургор—158
Тыква—152
Тюфяк—168

У

Угар—60
Углеводы—62, 63, 112, 113, 114
Угольная кислота—60, 123
Угри—261
Удар тепловой—172
Ужин—187, 190, 225
Укачивание—168
Уксус—102
Улыбка—162
Ум—162
Умывание—199
Упрямство—176
Уродство—180
Усталость—164
Уши—160, 164, 179, 219, 220

Ф

Фабричное производство—77
Фаллопиевы, трубы—12, 17, 82, 275
Фенацетин—204
Ферма—154, 155
Ферменты—60, 112, 139, 147
Фибромиома—271
Фигура беременной—69
Физкультура—169, 197, 198, 262
Фистулы—266, 267
Фистулезные ходы—207

Фитилек—166, 167
Фланель—196
Флегматик см. темперамент
Фокус воспалительный—206
Формалин—119, 274
Фризы—189
Фрякадельки—153
Фрукты—152, 185
Фурункулез—262

Х

Химические процессы—198
Хинин—75, 101
Хирургическое вскрытие—266
Хлеб—185
 докторский—285
Хлороформ—75, 76
Хлыстовик см. власоглав
Ходулька—162
Холера—80
Холод—263
 раздражение им—194
Холошение см. кастрация
Хорея см. плика св. Витта
Хрящи—210
Художественные украшения—189

Ц

Цвет во рту, см. молочница
Цветная капуста—267
Цветы—77, 175
Цынга—64

Ч

Чай—114, 183, 180, 224
 сенжерменский—67
Чепчик—122, 169
Черника—152
Чирья—171, 261
Чувство материнства—79
 независимости—199
Чулки—59, 71, 195, 197
Чулочки—169

Ш

Шаблон—97
Шаблонный совет—72
Шанкр мягкий—282
 твердый—281
Шарики предохранительные—101, 102
Швейная машина—78
Швейцарский бутерброд—67
Швея—78
Швы—29, 38, 105
Шелушение—119, 218, 219, 220, 221
Шитье—73
Школьные годы—183, 198
 занятия—212
Шляпка предохранительная см. колпачок
Шляпы—77, 196
Шоколад—152, 186, 224
Шпинаг—153
Штанишки—169, 224
Шторы—200

Щ

Щеки—166
Щелочь—112
Щель половая—165
(подмывание ее)
Щетка—163, 165

Э

Эгоистические инстинкты—198
Экзема—261, 273
Экламсия—42, 63, 85, 86, 87, 233
Эксcreменты см. испражнения
Экссессы душевные—73
Эластичность—70, 264
Эластическая ткань—69
Электрический ток—263
Электрическое производство 77
Электричество—216
Электролечение—263
Элементы—189, 199
Энергия—195, 201, 260, 261, 262
Эпидермис—56
Эпилепсия—падухая болезнь—63, 77, 86,
130, 186, 208
Эррозия—269
Эффект—201, 203
Эфирные масла—186

Ю

Юбки—70, 196

Я

Яблоко—152
глазное—217
Ягоды—152
Ягодницы—164, 166, 202
Ягодичное предлежание плода см. плод
Ядовитые вещества (яды)—75, 77, 78, 155
Язвенное воспаление—267
Язвочки—269
узлечки языка—217
Язвы—267, 272
Язык малиновый—220
приросший—117
узлечка его—116
Язычок, подрезывание 128
Яички—105, 222
Яичники—153, 177
воспаление их—275, 277
Яйца—153, 177
Яйцевая клетка—13, 16
Ящепроводы см. Фаллопиевы трубы
Ясли—136, 153, 230, 235
Ящик холодильный—155

ИСПРАВЛЕНИЯ И ОПЕЧАТКИ.

Страница	Строка	Напечатано	Следует читать
33	15 снизу	усилем	усилием
63	6 сверху	(мясо, хлеб, яйца)	(мясо, яйца)
83	5 снизу	внут, нутробной	внутрибрюшной
113	10 сверху	бактерие	бактерий
114	20 снизу	При прибавении	При прибавлении
122	18 сверху	шекотание	шекотание
157	8 сверху	маисовую крупу	маисовую муку

ОГЛАВЛЕНИЕ.

Профессор В. Н. ОРЛОВ.

	Стр
Предисловие	3—6
ГЛАВА ПЕРВАЯ. Женские половые органы, их строение, работа и значение для всего организма женщины	7—18
Наружные половые части	7
Влагалище	9
Матка	10
Фаллопиевы трубы	12
Яичники	13
Менструация	14
Первый половой акт	15
Оплодотворение	16

Приват-доцент Л. С. САХАРОВ.

ГЛАВА ВТОРАЯ. Беременность	19—31
Изменения в организме женщины во время беременности	19—25
Признаки беременности	25
Продолжительность беременности	26
Развитие утробного плода	29
Положение и члено-расположение плода	30
ГЛАВА ТРЕТЬЯ. Роды	32—42
Причины наступления родов	32
Изгоняющие силы и роды	33
Осложнения во время родов	37
ГЛАВА ЧЕТВЕРТАЯ. Послеродовой период	42—48
Изменения в половом аппарате	43
Изменения в молочных железах	44
Изменения в остальном организме	45
Послеродовые заболевания	45
Неправильности молокоотделения и болезни грудной железы	47

Доктор М. З. ШПАК.

ГЛАВА ПЯТАЯ. Гигиена беременной	49—94
Чистота тела и уход за кожей	49
Забота о чистом и свежем воздухе	59
Питание беременной	60
Расстройства пищеварения при беременности	65
Одежда беременной женщины	68

	Стр.
Физические движения при беременности	71
Душевное состояние при беременности	73
Половая жизнь беременной женщины	74
Прием лекарств и операции у беременных	75
Профессиональная гигиена беременной	77
Уклонения от нормального хода беременности. — Выкидыш и преждевременные роды	79
Внематочная беременность	82
Эклампсия	85
Предлежание детского места	88
Пузырный занос	89
Влияние беременности на здоровье больной женщины	90
Влияние беременности на течение заболеваний половой сферы женщины	92
Подготовка беременной к предстоящим родам	93
ГЛАВА ШЕСТАЯ. Гигиена послеродового периода	95—98
Чистота тела	95
Соблюдение покоя	96
Диета родильницы	97
Забота об укреплении мышц после родов	97
Восстановление нормального состояния организма после родов	98
Добавление	99—104
Сколько раз и как часто женщина может рожать детей	99
Предупреждение беременности	99

Доктор Н. В. ЧЕРИКОВЕР.

ГЛАВА СЕДЬМАЯ. Новорожденный и уход за ним	105—134
Лоношенный ребенок	105
Жизненные особенности новорожденного	106
Особенности развития новорожденного	108
Значение составных частей пищи	113
Питание новорожденного	114
Уход за новорожденным	118
Болезненные состояния новорожденного и их предупреждение	123
Недоноски	125
Врожденно-слабые дети	126
Болезни пуповины	127
Повреждения во время родов	129
Остро-заразные заболевания у новорожденных	130
Заражение глаз	131
Кожные заболевания	131
Врожденные дефекты	132
Туберкулез	132
Сифилис	133

Доктор В. Б. ЛЫСОГОРСКИЙ.

ГЛАВА ВОСЬМАЯ. Грудной возраст	135—182
Детская смертность и заболеваемость	135
Естественное вскармливание	138
Препятствия к кормлению грудью	141
Правила кормления грудью и уход за ней	143
Питание и гигиена матери	143

	Стр.
Выбор кормилицы	148
Смешанное вскармливание	150
Прикармливание и отнятие от груди	151
Искусственное вскармливание	154
Нормальный ход развития грудного ребенка	159
Уход за ребенком	163
Детская комната, одежда и постель	166
Физическая культура в детском возрасте (прогулки, закаливание, обмывания, ванны, гимнастика)	169
Воспитание грудного ребенка	173
Главнейшие заболевания грудного возраста, предупреждение их	177
Расстройство пищеварения	178
Грипп	179
Оспа	179
Рахит	179
Спазмофилия	181

Доктор С. И. ГЛАДКОВ.

ГЛАВА ДЕВЯТАЯ. Первые годы жизни ребенка	183— 226
Введение	183
Питание	184
Уход за ребенком в раннем детстве	187
Детская комната	188
Образ жизни ребенка	190
Соблюдение чистоты тела	191
Действие водяных процедур и закаливание детского организма	192
Солнечные ванны	195
Одежда ребенка	195
Игры, занятия, прогулки (физкультура)	197
Общее понятие о болезнях детей	199
Главные правила ухода за больным ребенком	200
Хронические болезни детского возраста	204
Болезни нервной системы	208
Глисты	208
Болезни верхних дыхательных путей	211
Остро-заразные болезни	213
Инфекционные заболевания, сопровождающиеся сыпью	218
Свинка или паротит	222
Половой инстинкт и половое влечение в раннем детском возрасте	223

Доктор А. А. ЗАРНИЦКИЙ.

ГЛАВА ДЕСЯТАЯ. Охрана материнства и младенчества	227— 236
Учреждения по охране материнства и младенчества	227
Учреждения открытого типа	228
Консультации для детей	228
Консультации для беременных	230
Юридическая консультация	235
Ясли	235
Закрытые учреждения	236
Дом грудного ребенка	236
Дом матери и ребенка	236

ГЛАВА ОДИННАДЦАТАЯ. Охрана труда и социальное страхо-	
вание беременной женщины	237—244
Отпуск по беременности	238
Командировки служащих беременных	239
Ночные и сверхурочные работы беременных	239
Плановые отпуска беременных	239
Отпуск при выкидыше	239
Тяжелые работы беременных	240
Посылки беременных из посредбюро	240
Порядок увольнения беременных	241
Охрана труда кормящих	241
Отпуск на кормление	241
Ночные и сверхурочные работы кормящих	241
Социальное страхование беременной	242
Пособие на приданое новорожденному	242
Пособие роженице	242
Пособие безработным беременным и роженицам	243
Пособие при беременности женам рабочих, инвалидов и т. д.	243

Доктор Г. К. ЖИВАТОВ.

ГЛАВА ДВЕНАДЦАТАЯ. Женские болезни	247—286
Что такое женские болезни?	247
Каковы особенности женского организма?	248
Что такое конституция женщины?	250
Какие главные признаки женских болезней?	251
Что нужно вспомнить и рассказать врачу на приеме?	254
Отчего происходят женские болезни	254
Как лечат женские болезни	256
Какие бывают женские болезни	266
Местные заболевания	266
Болезни наружных половых органов	266
Болезни влагалища	267
Болезни матки	268
Болезни Фаллопиевых труб	274
Болезни яичников	275
Системные заболевания	276
Гоноррея (триппер)	276
Сифилис	281
Мягкий шанкр	282
Бесплодие	283
Смежные заболевания	284
Болезни заднего прохода	284
Апендицит	284
Хронические запоры	284
Отдаленные заболевания	285
Вагинизм	285
Половая холодность женщины	285
Половые извращения	285
Перечень рисунков	287—288
Алфавитный указатель	289—300