

Л. Г. ГЕРБИЛЬСКИЙ  
ДИРЕКТОРЪ АКУШЕРСКОЙ ШКОЛЫ.

## ПРАКТИЧЕСКОЕ АКУШЕРСТВО

Повторительный Курсъ въ вопросахъ и отвѣтахъ.

*„Добросовѣстно съ чувствомъ исполненія своего долга строго проводите на практикѣ указанная наукой правила, т. к. всякое отступленіе отъ нихъ можетъ послужить причиной тяжелыхъ подчасъ смертельныхъ заболѣваній родильницы, а также заложить фундаментъ для серьезныхъ и нерѣдко неизлечимыхъ заболѣваній въ будущемъ. Пусть все будетъ выполнено не для покаянія окружающимъ, а такъ, чтобы совѣсть была чиста. Да не испытаете великаго горя при сознаніи, что вы были причиной смерти матери осиротѣвшихъ дѣтей!“*

*Авторъ.*

1919 г.

г. ЕКАТЕРИНОСЛАВЪ.

ЕКАТЕРИНОСЛАВЪ

Типографія „Коммерсантъ“ Широкая ул. д. Тевса, телеф. 21-61.

# О родахъ.

1) Что такое роды?

Отв. Роды есть процессъ посредствомъ котораго происходитъ изгнаніе плоднаго яйца изъ утробы матери при помощи естественныхъ силъ организма матери или при помощи искусственныхъ силъ

2) Черезъ сколько времени послѣ зачатія наступаютъ роды?

Отв.. Роды послѣ зачатія наступаютъ по истеченіи 280 дней, 10 лун. мѣсяцевъ, 9 гражданскихъ мѣсяцевъ или 40 недѣль.

3) Что мы называемъ запоздалыми родами и на сколько дней бываетъ опозданіе?

Отв. Запоздалыми родами называются роды наступающіе послѣ 280 дней, опозданіе можетъ быть и на 26 дней.

4) Какое практическое значеніе этого вопроса?

Отв. Это имѣеть практическое значеніе въ судебной практикѣ, гдѣ дѣло идетъ объ установленіи законорожденности ребенка, родившагося послѣ смерти отца. Въ Россіи считается наслѣдникомъ или законорожденнымъ, если роды наступили даже на 306 день, а въ Германіи на 302-й.

5) Что мы называемъ преждевременными родами?

Отв. Преждевременными называются тѣ роды, которые наступаютъ въ промежуткѣ времени отъ 28 недѣль до 38 недѣль.

6) Какъ называются дѣти преждевременно родившіяся?

Отв. Дѣти преждевременно родившіяся называются недоношенными или недоносками.

7) Какая разница между доношеннымъ и недоношеннымъ плодомъ?

Отв. Длина доношенного плода въ среднемъ 50 сан. (длина плода въ первые 5 мѣсяцевъ равна квадрату числа мѣсяцевъ, т. е. умноженному на самого себя, а начиная съ 6-го умноженное на 5); кожа розоватаго цвѣта, гладкая благодаря достаточности жировой клѣтчатки, волосы на головѣ имѣютъ опредѣленный цвѣтъ, на плечахъ и на спинѣ находится легкій пушокъ, ногти ороговѣвшіе и выдаются изъ ногтевыхъ ложъ, кости черепа тверды, швы между ними узки, ушные хрящи плотны и отстаютъ отъ головки, у мальчиковъ въ мошонкѣ прощупываются яички, у дѣвочекъ большія губы закрываютъ малыя, кричить громкимъ голосомъ и дѣлаетъ быстрыя движенія конечностями. У недоношеннаго плода длина меньше 50 сант. (соотвѣтственно срока беременности) кожа блѣдная, морщинистая, волосы на головѣ неопредѣленнаго цвѣта, имѣютъ видъ пушка, все тѣло покрыто пушкомъ, ногти не выходятъ изъ краевъ ногтевого ложа, кости черепа мягкія, швы между ними широкіе, ушные хрящи мягкіе и плотно пристають къ головкѣ, у мальчиковъ не прощупываются яички, у дѣвочекъ половые органы раскрыты, пищитъ, а не кричитъ. Пуповина прикрѣплена ниже середины разстоянія между лобкомъ и мечевиднымъ отросткомъ.

8) Какъ называется беременность, прервавшаяся до 28 недѣль?

Отв. Беременность прервавшаяся до 28 недѣль называется абортomъ—выкидышемъ.

9) Какая разница между дѣтьми, родившимися до и послѣ 28 недѣль?

Отв. Разница та; что дѣти родившіеся до 28 недѣль не жизнеспособны внѣ утробы матери, а дѣти родившіеся послѣ 28 недѣль жизнеспособны, при надлежащемъ уходѣ.

10) Чѣмъ объясняется наступленіе родовъ по истеченіи 280 дней?

Отв. Наступленіе родовъ послѣ 280 дней разными авторами объясняется различно: одни говорятъ плодъ переросъ свое помѣщеніе, и ему стало тѣсно, другіе говорятъ, что ему стало мало питательныхъ веществъ, недостаточное количество кислорода и избытокъ углекислоты, которая служитъ раздражителемъ для мускулатуры матки и вызываетъ схватки; думаютъ, что подлежа-

щая часть давить на нижний сегмент матки, где во время беременности имеется масса нервов, и, сдавливая их вызывает сокращение мускулатуры матки; и еще объясняют тѣмъ, что къ концу беременности происходит перерождение въ отпадающей оболочки матки, и это ведетъ къ тому, что плодное яйцо становится какъ бы инороднымъ тѣломъ для матки, и она старается избавиться отъ него; но последнее мнѣніе сводится къ тому, что плодомъ вырабатываются яды или токсины, которые всасываются въ кровь и вызываютъ раздраженіе мускулатуры матки.

11) Какими силами плодное яйцо изгоняется изъ утробы матери?

Отв. Плодное яйцо изгоняется изъ утробы матери силами схватокъ или родовыхъ болей и потугами.

12) Что такое схватка или родовые боли?

Отв. Схватки или родовыя боли суть сокращенія мускулатуры матки.

13) Что такое потуги?

Отв. Потуги—это сокращенія брюшного пресса.

14) Какія силы главныя и какія второстепенныя?

Отв. Главныя силы схватки, а второстепенныя потуги.

15) Чѣмъ характеризуются правильныя схватки?

Отв. Правильныя схватки характеризуются тѣмъ: а) что они произвольны, т. е. наступаютъ безъ участія воли роженицы, т. к. матка состоитъ изъ гладкой мышечной мускулатуры; б) то, что они чередуются паузами, при чемъ въ началѣ родовъ паузы длинны, а схватки непродолжительны, а къ концу схватки продолжительны, а паузы коротки; родовыя схватки чередуются съ паузами, продолжительности не больше 30 минутъ (схватки съ болѣе длинными паузами слѣдуетъ считать предвѣщающими); в) въ сокращеніяхъ матки наблюдаются 3 періода: 1) періодъ наростанія, 2) періодъ наивысшаго сокращенія и 3) періодъ расслабленія, совпадающіе съ физиологическими явленіями, наблюдаемыми при раздраженіи гладкихъ мышечныхъ волоконъ и г) боли начинаются въ тѣлѣ и постепенно переходятъ на дно.

16) Что такое пауза?

Отв. Пауза промежутокъ времени между схватками.

17) Какъ мы судимъ о силѣ схватокъ?

Отв. Кладя руку на животъ по консистентціи матки мы можемъ судить о силѣ схватокъ, т. к. мы знаемъ, что во время схватокъ матка плотнѣетъ, чѣмъ сильнѣе схватка, тѣмъ больше она плотнѣетъ, отнюдь не руководствоваться крикомъ роженицы.

18) Какіе слои мышцъ мы различаемъ въ толщѣ матки?

Отв. Въ толщѣ матки мы различаемъ 3 слоя мышцъ: продольныя, перекрещивающіяся и кольцевидныя.

19) Какъ расположены эти слои въ различныхъ частяхъ матки?

Отв. а) Продольныя мышцы начинаются у шейки матки съ одной стороны, огибаютъ дно и оканчиваются у шейки матки съ другой стороны; б) перекрещивающіяся идутъ отъ боковъ матки и въ серединѣ перекрещиваются съ мышцами, идущими съ противоположной стороны, онѣ расположены въ тѣлѣ матки, но главнымъ образомъ въ днѣ матки, а чѣмъ ближе къ шейкѣ матки, тѣмъ больше они теряются; в) кольцевидныя находятся въ отверстіяхъ матки: въ нижнемъ сегментѣ, во внутреннемъ маточномъ зѣвѣ и отверстіяхъ фаллопеевыхъ трубъ.

20) Какое значеніе имѣетъ для акта родовъ такое расположеніе мышцъ?

Отв. Это имѣетъ то значеніе, что та часть матки, которая содержитъ 3 слоя мышцъ, т. е. дно и верхняя часть тѣла матки играетъ активную роль—сокращается и гоняетъ впередъ плодное яйцо, а та часть, которая содержитъ только два слоя мышцъ играетъ пассивную роль—она растягивается, уступая напору, двигающагося впередъ плоднаго яйца.

21) Что такое общее внутри-маточное давленіе?

Отв. Внутри-маточнымъ давленіемъ называется то давленіе которое оказываетъ сокращеніе мускулатуры матки на плодное яйцо и это давленіе производитъ дѣйствіе на стѣнки плоднаго яйца отъ периферіи къ центру.

22) Какой результатъ этого давленія?

Отв. Результатъ этого давленія заключается въ томъ, что происходитъ растяженіе нижняго сегмента матки.

23) Что происходит съ оболочками яйца при растяженіи нижняго сегмента?

Отв. При раттяженіи нижняго сегмента происходит отслаиваніе оболочекъ яйца и образованіе воднаго пузыря.

24) Какая роль воднаго пузыря въ актѣ родовъ?

Отв. Водный пузырь во время родовъ вѣдряется клинообразно чрезъ внутреній зѣвъ въ каналъ шейки матки; вѣдряясь все больше и больше, онъ ведетъ къ укорачиванію шейки матки; вѣдряясь дальше и расширяя каналъ шейки матки совсѣмъ сглаживаетъ шейку и вѣдряясь въ наружный зѣвъ способствуетъ дальнѣйшему раскрытію матки; вплоть до полного раскрытія, когда края наружнаго зѣва заходятъ за предлежащую часть.

25) Что такое переднія воды?

Отв. Передними водами называются тѣ воды, которыя находятся между предлежащей частью и оболочками яйца.

26) Что означаетъ выраженіе „Зѣвъ сглажень“?

Отв. Подъ выраженіемъ „Зѣвъ сглажень“ мы разумѣемъ полное раскрытіе матки, т. е. когда края наружнаго зѣва заходятъ за предлежащую часть.

27) Что мы разумѣемъ подъ выраженіемъ „Шейка сглажена“?

Отв. Подъ выраженіемъ „Шейка сглажена“ мы разумѣемъ исчезновеніе канала шейки, когда изслѣдующій палець чрезъ отверстіе наружнаго зѣва попадаетъ въ полость образовавшуюся отъ сліянія полостей матки съ расширеннымъ каналомъ шейки.

28) Что означаетъ выраженіе „Пузырь готовъ лопнуть“?

Отв. Когда пузырь во время паузъ больше не спадается, мы говоримъ „пузырь готовъ лопнуть“.

29) Какъ мы выражаемъ о степени раскрытія наружнаго зѣва?

Отв. О степени раскрытія наружнаго зѣва мы выражаемъ по числу поперечныхъ пальцевъ, введенныхъ въ наружный зѣвъ: говоримъ раскрытіе на 1—2—3 пальца и т. д.

30) Что означаетъ выраженіе „Матка стала дыбомъ“?

Отв. При маточныхъ сокращеніяхъ мускулатура матки сок-

ращаясь скользнуть по плодному яйцу снизу вверх до известных предѣловъ, т. к. круглыя маточныя связки удерживаютъ ее; матка выступаетъ впередъ, растягивая переднюю стѣпку живота и мы говоримъ матка стала дыбомъ.

31) Что мы называемъ активной и пассивною частью мускулатуры матки?

Отв. Активной частью называется та часть, которая дѣйствуетъ выжимающе, а пассивной называется та часть, которая поддается растяженію?

32) Каково отношеніе мускулатуры матки къ поверхности плоднаго яйца?

Отв. То отношеніе, что въ періодъ раскрытія матки скользнуть надъ плоднымъ яйцомъ, а плодъ не подвиженъ, а въ періодъ изгнанія матка стоитъ на мѣстѣ, а плодъ движется къ выходу.

33) Какъ понять выраженіе воды отошли?

Отв. Подъ выраженіемъ воды отошли, мы понимаемъ, что водный пузырь лопнулъ и излились переднія воды.

34) По какимъ признакамъ Акушерка узнаетъ, что воды отошли и какія затрудненія бываютъ при этомъ.

Отв. При внутреннемъ изслѣдованіи о цѣлости воднаго пузыря мы судимъ по наливанію его во время схватокъ и по зыбленію (флюктуациі) при надавливаніи на него; если же этого не находимъ мы говоримъ, что воды отошли; но бываютъ затрудненія при этомъ, когда количество переднихъ водъ незначительно и оболочки пузыря плотно прилегаютъ къ головкѣ, при этомъ нужно помнить, что если имѣется водный пузырь, то поверхность будетъ гладкая, а если нѣтъ то ощущаются волосики на головѣ, а при другихъ предлежаніяхъ палецъ ощущаетъ не гладкую поверхность, а морщинистую.

35) Какое значеніе имѣетъ для сужденія о благополучномъ исходѣ родовъ количество переднихъ водъ?

Отв. Небольшое количество переднихъ водъ указываетъ на правильную установку предлежащей части и благоприятное теченіе родовъ, а обиліе переднихъ водъ указываетъ на неправильную установку предлежащей части (головки), на неправильное положеніе, узкій тазъ и возможность необходимости врачебнаго вмешательства.

36) Какое значеніе имѣетъ раннее отхожденіе водъ для дальнѣйшаго теченія родовъ и почему?

Отв. При раннемъ отхожденіи водъ роды будутъ сухіе, болѣзненные и болѣе продолжительны, сухими они будутъ потому, что нѣтъ водъ которыя бы увлажняли путь при прохожденіи плода, болѣзненность и продолжительность объясняется тѣмъ, что будетъ раскрывать головка болѣе твердая часть, нежели водный пузырь наполненный жидкостью, который врѣзывается клинообразно, чѣмъ обусловливается болѣе успѣшное раскрытіе.

37) Какая осторожность требуется при внутреннемъ изслѣдованіи особенно при обиліи переднихъ водъ и почему?

Отв. При внутреннемъ изслѣдованіи нужно соблюдать слѣдующія осторожности: не буравить шейки матки, что можетъ вызвать судорожныя схватки, не толкать баллотирующую головку, что можетъ измѣнить правильное члено-расположеніе и не рвать водный пузырь, что можетъ повести къ сухимъ, болѣзненнымъ и продолжительнымъ родамъ; въ особенности нужно быть осторожной съ воднымъ пузыремъ при обиліи переднихъ водъ, такъ какъ мы знаемъ, что обиліе переднихъ водъ указываетъ на неправильную установку подлежащей части и иногда и на неправильномъ положеніи, какъ на примѣръ поперечное можетъ понадобится поворотъ, а условія для удачнаго поворота цѣлость воднаго пузыря весьма важна.

38) Что такое періодъ раскрытія, начало и конецъ его?

Отв. Періодъ раскрытія есть промежутокъ времени, отъ правильно установившихся схватокъ до полнаго раскрытія т. е. когда края наружнаго зѣва заходятъ за подлежащую часть.

39) Какъ происходитъ періодъ раскрытія у перворожениць и у многоорожениць?

Отв. У перворожениць раньше раскрывается внутренній зѣвъ, сглаживается шейка а затѣмъ начинаетъ раскрываться наружный зѣвъ, а у многоорожавшихъ раскрытіе внутренняго и наружнаго зѣва происходитъ одновременно, стѣнки шейки расходятся параллельно.

40) Въ чемъ причины этой разницы?

Отв. Причины этой разницы заключается въ томъ, что у первороженицы ткань матки и брюшныхъ стѣнокъ очень упруга (препятствуетъ плоду растянуть матку и брюшныя стѣнки) благодаря чему головка раньше опускается въ полость таза растягивая ниж-





46) Какія силы принимають участіє въ періодъ изгнанія и каково ихъ дѣйствіє?

Отв. Въ періодъ изгнанія принимають участіє 2 силы: сокращеніє мускулатуры матки и сокращеніє мышць брюшнаго пресса. Они дѣйствуютъ выжимающе.

47) Что такое осевое давленіє?

Отв. Давленіє діафрагмы передаваемое на подлежащую часть черезъ позвоночникъ; сокращеніє діафрагмы производитъ давленіє на маточное дно, отсюда на лежащую въ днѣ часть и дальше черезъ позвоночникъ на подлежащую часть.

48) Что мы разумѣемъ подъ выраженіємъ головка врѣзывается?

Отв. Подъ выраженіємъ головка врѣзывается, мы подразумѣваемъ стремленіє ея къ выходу при чемъ то показывается изъ половой щели, то прячется и мы говоримъ головка играетъ въ прятки.

49) Что означаетъ головка „въ вѣнчикъ“?

Отв. Когда головка при дальнѣйшемъ врѣзываніи во время паузы больше не прячется, мы говоримъ головка стоитъ „въ вѣнчикъ“.

50) Что значитъ головка прорѣзывается и что значитъ головка родилась?

Отв. а) Процессъ прохожденія головки черезъ срамную щель мы называемъ прорѣзываніємъ и б) когда вся вышла наружу мы говоримъ головка родилась.

51) Какой періодъ наступаетъ послѣ рожденія плода и когда онъ заканчивается?

Отв. Послѣ рожденія плода наступаетъ послѣдовый періодъ который заканчивается изгнаніємъ дѣтскаго мѣста съ оболочками яйца и пуповиной.

52) Благодаря какимъ силамъ изгоняется дѣтское мѣсто?

Отв. Дѣтское мѣсто изгоняется сокращеніємъ маточной мускулатуры, происходитъ это потому, что дѣтское мѣсто мускуловъ не имѣетъ и сокращаться не можетъ, матка же сокращаясь уменьшаетъ площадь прикрѣпленія дѣтскаго мѣста и оно начинаетъ отдѣляться отъ стѣнокъ матки, а дальнѣйшія сокращенія изгоняють его наружу.

53) Въ чемъ заключается механизмъ изгнанія дѣтскаго мѣста по Шульце и по Дункану?

Отв. Механизмъ отдѣленія дѣтскаго мѣста по Шульце заключается въ томъ, что оно начинаетъ отдѣляться отъ центра и не сопровождается кровотоcheniемъ наружу при отдѣленіи его, т. к. кровь полученная отъ разрыва сосудовъ находящихся между запоздалой отпадающей оболочкой и стѣнками матки остается позади дѣтскаго мѣста. При отдѣленіи по Шульце дѣтское мѣсто выходитъ завороченнымъ въ оболочкахъ впередъ идетъ плодовая часть; по Дункану дѣтское мѣсто начинаетъ отдѣляться отъ краевъ, сопровождается кровотоcheniемъ т. к. кровь полученная отъ разрыва сосудовъ нигдѣ не задерживается. При отдѣленіи по Дункану дѣтское мѣсто выходитъ материнской частью, а оболочки за нею.

54) Какой механизмъ болѣе благопріятнѣй и почему?

Отв. Механизмъ отдѣленія по Шульце благопріятнѣе для родильницы, потому что рѣдко остаются оболочки въ маткѣ, т. к. онѣ отдѣляются постепенно и заворачиваются надъ дѣтскимъ мѣстомъ, а по Дункану дѣтское мѣсто своею тяжестью часто рветъ оболочки, которыя не успѣли отдѣлиться и часть ихъ остается въ маткѣ, что можетъ дать въ послѣродовомъ періодѣ кровотоcheniе, а позже и другія осложненія.

55) Что такое ретроплацентарная гематома?

Отв. Ретро-плацентарная гематома есть скопленіе крови ввидѣ сгустка позади дѣтскаго мѣста, что наблюдается при отдѣленіи дѣтскаго мѣста по Шульце.

56) Какая средняя продолжительность родовъ для первороженицы и многорожавшей?

Отв. Средняя продолжительность для первороженицы 16—20 часовъ, а для многорожавшей 10—12 часовъ.

57) Какова продолжительность каждаго періода въ отдѣльности?

Отв. У первороженицы періодъ раскрытія длится 12—16 час. періодъ изгнанія 2 час., послѣдовый отъ 15 минутъ до  $\frac{1}{2}$  часа. У многорожавшей періодъ раскрытія 8—10 час., изгнанія 1 часъ, послѣдовый отъ 15 минутъ до  $\frac{1}{2}$  часа.

58) Какъ называются схватки по времени ихъ появленія?

Отв. Схватки, наблюдаемыя за нѣсколько дней до родовъ

называются предвѣщающими; въ періодъ раскрытія—раскрывающими, въ періодъ изгнанія—изгоняющими, въ послѣдодовъ періодъ—послѣдовыми и въ послѣродовомъ—послѣродовыми.

59) Что мы разумѣемъ подъ механизмомъ родовъ?

Отв. Подъ механизмомъ родовъ мы разумѣемъ совокупность движеній, которыя плодъ совершаетъ при прохожденіи черезъ костный каналъ съ цѣлью приспособиться своими размѣрами къ размѣрамъ таза.

60) Какія движенія дѣлаетъ головка при прохожденіи костного канала?

Отв. При прохожденіи костнаго канала головка дѣлаетъ сгибаніе, разгибаніе, поворотъ и наклоненіе.

61) Вокругъ какой своей оси головка дѣлаетъ сгибаніе и разгибаніе?

Отв. Сгибаніе и разгибаніе головка дѣлаетъ вокругъ своей поперечной оси.

62) Вокругъ какой оси дѣлаетъ поворотъ?

Отв. Поворотъ головка дѣлаетъ вокругъ своей продольной оси.

63) Сколько поворотовъ головка дѣлаетъ во время родовъ?

Отв. Во время родовъ головка дѣлаетъ 2 поворота: внутренній находясь въ выходѣ таза и наружный родившись.

64) Что такое наклоненіе головки?

Отв. Наклоненіе это есть такого рода движеніе головки, при которомъ она приближается то къ тому то къ другому плечу.

65) Какая цѣль различныхъ движеній головки, при прохожденіи черезъ тазъ?

Отв. Цѣль различныхъ движеній головки при прохожденіи черезъ тазъ заключается въ томъ, чтобы приспособиться своими размѣрами къ наибольшимъ размѣрамъ таза.

66) Какіе діаметры таза наибольшіе во входѣ, полости и выходѣ?

Отв. Во входѣ самый наибольшій діаметръ поперечный (13,5) въ полости косою (13,5), а у выхода прямой 9 (но благодаря подвижности копчика можетъ увеличиваться на 2—3 сан.).

67) Направленіе какихъ линій намъ надлежитъ знать, что

бы сознательно представить себѣ причины различныхъ движеній плода при прохожденіи черезъ тазъ?

Отв. Для того, чтобы сознательно представить себѣ причины различныхъ движеній плода, намъ надлежитъ знать равнодѣйствующую и приводную линію.

68) Что такое равнодѣйствующая сила маточныхъ сокращеній и брюшного пресса?

Отв. Ровнодѣйствующая сила есть воображаемая линія, по которой движется плодъ, благодаря приложенію вышеупомянутыхъ силъ.

69) Что такое проводная линія таза?

Отв. Проводная линія—мыслимо проведенная линія черезъ центр. всѣхъ плоскостей малаго таза, по которой движется плодъ.

70) Съ чѣмъ совпадаютъ эти воображаемыя линіи?

Отв. Равнодѣйствующая совпадаетъ съ осью матки, а проводная линія съ осью таза.

71) Какое соотношеніе этихъ линій между собой во входѣ и выходѣ таза и какое это имѣетъ значеніе для механизма родовъ?

Отв. Соотношеніе этихъ линій между собой будетъ таково, что онѣ т. е. равнодѣйствующая и проводная при входѣ въ тазъ перекрещиваются такимъ образомъ, что во входѣ въ тазъ равнодѣйствующая лежитъ впереди оси таза, а у выхода позади. Для механизма родовъ это имѣетъ то значеніе, что во входѣ въ тазъ равнодѣйствующая гонитъ ту часть, которая лежитъ ближе къ передней стѣнкѣ таза, а у выхода ту часть, которая лежитъ ближе къ задней стѣнкѣ таза.

72) Сколько моментовъ мы различаемъ въ механизмѣ родовъ?

Отв. Въ механизмѣ родовъ, мы различаемъ 4 момента.

73) Что дѣлаетъ головка въ первый моментъ механизма родовъ?

Отв. Въ первый моментъ механизма родовъ головка дѣлаетъ сгибаніе и опускается въ полость малаго таза, при чемъ опускается малымъ косымъ діаметромъ.

74) Чѣмъ достигается сгибаніе головки въ первый моментъ?

Отв. Сгибаніе головки достигается въ первый моментъ осевымъ давленіемъ.

75) Что достигается сгибанием головки?

Отв. Сгибанием головки достигается опускание головки в полость малого таза и установка своимъ малымъ косымъ размеромъ въ наибольшемъ размѣрѣ полости таза т. е. въ косомъ.

76) Въ чемъ состоитъ второй моментъ механизма родовъ?

Отв. Второй моментъ механизма родовъ состоитъ въ томъ, что головка дѣлаетъ еще болѣе усиленное сгибание, опускается все больше въ полость малого таза, дѣлаетъ дугообразно-спиральныя движенія, доходить до выхода и у выхода дѣлаетъ внутренній поворотъ, и устанавливается своимъ прямымъ діаметромъ въ прямомъ діаметрѣ выхода таза причеиъ затылокъ подходит подь лонную дугу и служитъ точкой опоры.

77) Чѣмъ обуславливается внутренній поворотъ головки?

Отв. Внутренній поворотъ головки обуславливается тѣмъ, что головка приспособляется своими діаметрами къ наибольшимъ діаметрамъ таза; тому же способствуетъ и мускулатура тазового дна.

78) Когда мы считаемъ внутренній поворотъ законченнымъ?

Отв. Внутренній поворотъ считается законченнымъ тогда, когда затылокъ подходит подь лонную дугу и головка устанавливается своимъ прямымъ діаметромъ въ прямомъ діаметрѣ выхода таза.

79) Въ чемъ состоитъ третій моментъ механизма родовъ?

Отв. Третій моментъ механизма родовъ—это разгибание головки, что ведетъ къ прорѣзыванію и рождению ея. Разгибание происходитъ благодаря тому, что равнодѣйствующая направлена на подбородокъ, какъ на часть лежащую ближе къ задней стѣнкѣ таза чему также способствуетъ мускулатура тазового дна.

80) Какая часть подходит подь лонную дугу при прорѣзываніи головки?

Отв. Подь лонную дугу подходит линія, соотвѣтствующая складкѣ между затылкомъ и шеей (*Linea Nuchae*).

81) Чѣмъ заканчивается третій моментъ механизма родовъ?

Отв. Третій моментъ заканчивается рождениемъ головки.

82) Въ чемъ состоитъ 4-й моментъ механизма родовъ?

Отв. Четвертый моментъ механизма родовъ состоитъ въ наружномъ поворотѣ головки.

83) Чѣмъ обуславливается наружный поворотъ головки?

Отв. Наружный поворотъ головки обуславливается внутреннимъ поворотомъ плечиковъ; внутренний поворотъ плечиковъ объясняется тѣмъ, что имъ, какъ и головкѣ приходится приспособляться своими наибольшими діаметрами къ наибольшимъ діаметрамъ таза. Внутренний поворотъ плечиковъ состоить въ томъ, что они устанавливаются своимъ поперечнымъ діаметромъ въ прямомъ діаметрѣ выхода таза.

84) Въ чемъ заключается практическая важность знанія правильнаго теченія механизма родовъ.

Отв. Практическая важность знанія правильнаго теченія механизма родовъ заключается въ томъ, что мы въ каждый моментъ можемъ судить правильно ли устанавливается головка своими размѣрами въ соотвѣтственныхъ размѣрахъ таза, и изъ сего сдѣлать выводъ о благополучномъ или неблагополучномъ теченіи родовъ и при отступленіи отъ нормы своевременно послать за врачомъ.

85) Чѣмъ руководствуется акушерка для сужденія о правильномъ теченіи механизма родовъ.

Отв. О правильномъ теченіи механизма родовъ акушерка руководствуется опознавательными пунктами таза и головки.

86) Что такое опознавательные пункты таза и головки?

Отв. Опознавательные пункты таза: безымянная линия и мысь, заднія ости и сѣдалищные бугры; опознавательные пункты головки: стрѣловидный шовъ, большой и малый родничекъ.

87) Что мы узнаемъ по опознавательнымъ пунктамъ таза?

Отв. По опознавательнымъ пунктамъ таза мы узнаемъ гдѣ и въ какой части таза находится предлежащая часть: если мы при внутреннемъ изслѣдованіи доходимъ до мыса, то предлежащая часть находится надъ входомъ въ тазъ, если же до мыса не доходимъ, то предлежащая часть во входѣ, если не прощупываемъ заднія ости, то въ полости таза, а если не прощупываемъ и сѣдалищныхъ бугровъ то предлежащая часть у выхода.

88) Что мы узнаемъ по опознавательнымъ пунктамъ головки?

Отв. По опознавательнымъ пунктамъ головки мы узнаемъ правильно ли совершается механизмъ родовъ, позицію и видъ, такъ какъ мы знаемъ въ какомъ діаметрѣ долженъ стоять стрѣ-

ловидный шовъ въ различныхъ частяхъ таза. Роднички даютъ возможность опредѣлить позицію, а именно гдѣ находится малый родничекъ естественно въ ту сторону обращена и спинка, то же мы узнаемъ по большому родничку благодаря его 4-хъ угольной формѣ, но съ разными углами: острый уголъ обращенъ къ лобу, а тупой къ затылку, значить и къ спинкѣ.

89) Что мы находимъ при внутреннемъ изслѣдованіи послѣ отхожденія водъ при первомъ черепномъ предлежаніи?

Отв. При внутреннемъ изслѣдованіи при первомъ черепномъ предлежаніи, мы находимъ стрѣловидный шовъ въ поперечномъ діаметрѣ или въ правомъ косомъ діаметрѣ входа въ тазъ, причемъ малый родничекъ находится слѣва и ближе къ переди и стоитъ на одномъ уровнѣ съ большимъ родничкомъ и ниже лежащую правую темянную кость.

90) Что мы находимъ при совершившемся первомъ моментѣ механизма родовъ?

Отв. При совершившемся первомъ моментѣ механизма родовъ мы находимъ стрѣловидный шовъ въ косомъ діаметрѣ полости таза, малый родничекъ мы находимъ слѣва, ближе къ переди и ниже, а большой родничекъ справа, выше и къ зади.

91) Что мы находимъ при совершившемся второмъ моментѣ механизма родовъ?

Отв. При совершившемся второмъ моментѣ механизма родовъ мы находимъ стрѣловидный шовъ въ прямомъ діаметрѣ выхода таза.

92) Что мы находимъ въ тѣ же моменты при второмъ черепномъ положеніи?

Отв. При внутреннемъ изслѣдованіи сейчасъ же послѣ отхожденія водъ, мы находимъ стрѣловидный шовъ въ поперечномъ или лѣвомъ косомъ діаметрѣ входъ въ тазъ малый родничекъ справа и къ переди и стоитъ на одномъ уровнѣ съ большимъ родничкомъ и нижележащую лѣвую темянную кость; при совершившемся первомъ моментѣ механизма родовъ, стрѣловидный шовъ въ лѣвомъ косомъ діаметрѣ полости малого таза, малый родничекъ справа къ переди и ниже, а большой родничекъ слѣва и къ зади. При второмъ моментѣ механизма родовъ стрѣловидный шовъ въ прямомъ діаметрѣ выхода таза.

93) Что такое родовая опухоль, причина ея возникновенія?

Отв. Родовая опухоль есть отекъ кожи головки, Причина



возникновения объясняется сдавливанием головки мягкими частями родовых путей..

94) Гдѣ мы находимъ родовую опухоль при первомъ и гдѣ при второмъ черепномъ предлежаніи?

Отв. При первомъ черепномъ предлежаніи мы находимъ родовую опухоль на правой темянной кости, а при второмъ на левой темянной кости.

95) Что такое кровянная опухоль, условія ея возникновенія, и отличіе отъ родовой опухоли?

Отв. Кровянная опухоль есть кровянисто-серозное пропитываніе кожи и рыхлой клѣтчатки находящейся между кожей и надкостницей; условія возникновенія сильная конфигурація головки вслѣдствіе чего и происходитъ разрывъ сосудовъ надкостницы, что ведетъ къ кровянисто-серозному пропитыванію. Отличается отъ родовой опухоли тѣмъ, что темнѣе-имѣетъ синеватый оттѣнокъ, окружена твердымъ валикомъ, не переходитъ съ одной половины черепа на другую, чему мѣшаетъ надкостница и можетъ быть отдѣльно на обѣихъ половинахъ, головки—тогда имѣетъ двурогую форму; а родовая опухоль сплошная, болѣе свѣтлая.

96) Какое отступленіе отъ правильнаго механизма родовъ мы называемъ заднимъ видомъ?

Отв. Заднимъ видомъ называется такая позиція, при которой спинка плода обращена къ задней стѣнкѣ матки; при внутреннемъ изслѣдованіи мы наталкиваемся на большой родничекъ обращенный вперед. Въ этомъ случаѣ теченіе родовъ можетъ быть двоякое: первое послѣ продолжительныхъ схватокъ затылокъ подходитъ подъ лонную дугу и служитъ точкой опоры; и роды протекаютъ какъ при переднемъ видѣ въ послѣднемъ случаѣ—переносица подходитъ подъ лонную дугу, головка дѣлаетъ сгибаніе, (благодаря тому что равнодѣйствующая направлена на затылокъ какъ на часть лежащую ближе къ задней стѣнкѣ таза) что ведетъ къ врѣзыванію и рожденію ея. Головка при этомъ рождается личикомъ вверхъ, мимо промежности проходятъ темянныя кости и затылокъ.

97) Каково теченіе родовъ при заднемъ видѣ?

Отв. При заднемъ видѣ роды протекаютъ гораздо медленнѣе, потому что малому родничку приходится совершить большій кругъ для того чтобы подойти подъ лонную дугу, т. к. малый родничекъ при заднемъ видѣ находится далеко кзади?

98) Гдѣ мы находимъ родовую опухоль при заднемъ видѣ?

Отв. При заднемъ видѣ мы находимъ родовую опухоль въ области большого родничка.

99) Какое измѣненіе механизма родовъ мы называемъ глубокимъ поперечнымъ стояніемъ головки?

Отв. Глубокимъ поперечнымъ стояніемъ головки мы называемъ такого рода измѣненіе механизма родовъ, когда головка у выхода таза не дѣлаетъ внутренняго поворота, а опускается своимъ прямымъ діаметромъ въ поперечномъ діаметръ таза, чему способствуетъ малая головка широкой тазъ и вялыя мягкія части. Въ этихъ случаяхъ головка при поступательномъ движеніи не встрѣчаетъ препятствій.

100) Каково теченіе родовъ при глубокомъ поперечномъ стояніи головки?

Отв. При глубокомъ поперечномъ стояніи головки, роды протекають медленно, онѣ могутъ закончиться силами природы и могутъ потребовать врачебную помощь.

101) Какія головки обыкновенно опускаются?

Отв. Опускаются обыкновенно маленькія головки.

102) Благодаря чему эти роды могутъ закончиться силою природы?

Отв. Эти роды могутъ закончиться силами природы благодаря сильной конфигураціи головки, которая и безъ того обыкновенно бываетъ небольшая.

103) Какіе признаки при внутреннемъ изслѣдованіи указываютъ на способность головки сильно конфигурироваться?

Отв. Родовая опухоль указываетъ на способность головки конфигурироваться.

104) Что надлежитъ акушеркѣ сдѣлать распознавъ глубокое поперечное стояніе головки?

Отв. Распознавъ глубокое поперечное стояніе головки, акушерка должна положить больную на тотъ бокъ гдѣ находится малый родничекъ.

105) Какой операціей обыкновенно заканчиваются такіе роды и почему?

Отв. Такие роды обыкновенно заканчиваются перфорацией головки. Перфорация головки есть операция, которая заключается в томъ, что выпускаютъ головной мозгъ съ цѣлью уменьшенія объема головки. Роды заканчиваются перфорацией потому, что въ такихъ случаяхъ щипцы накладывать нельзя, т. к. накладывая щипцы, мы увеличиваемъ еще больше діаметръ толочки и рискуемъ повредить мягкія части таза.

акusher-lib.ru

## Веденіе правильныхъ родовъ и уходъ за роженицей.

1) Какія обязанности акушерки во время родовъ?

— Она должна заботиться о соблюденіи всего, что можетъ способствовать правильному теченію родового процесса и сохраненію здоровья матери и младенца не только во время родовъ, но и послѣ нихъ.

2) Чѣмъ достигается выполненіе этой обязанности?

— Путемъ тщательнаго разспроса, наблюденія и изслѣдованія она должна слѣдить все время за теченіемъ родовъ, чтобы отъ нея не ускользнуло даже малѣйшее уклоненіе отъ нормы.

3) Какія вопросы должна себѣ выяснить акушерка, явившись къ роженицѣ и почему?

— Она должна себѣ выяснить:

а) беременна ли женщина вообще, имѣя въ виду такъ называемую „воображаемую беременность“ (*grossesse nerveuse*), наблюдаемую у нѣкоторыхъ женщинъ, страстно желающихъ или на оборотъ опасаящихся беременности. Онѣ считаютъ себя беременной при отсутствіи таковой. Конечно мы здѣсь имѣемъ дѣло съ самовнушеніемъ.

б) Сколько времени длится беременность, — дабы судить доношенъ или недоношенъ плодъ.

в) Была ли здорова во время беременности и здорова ли сейчасъ—болѣзни легкихъ, сердца, почекъ и др. должны служить указаніемъ для акушерки о необходимости своевременно пригласить врача, т. к. въ періодъ изгнанія и послѣ родовъ роженица больная сердцемъ можетъ погибнуть отъ паралича сердца; легочныя больныя отъ отека легкихъ, а почечныя уже вначалѣ родовъ могутъ пострадать отъ эклампсіи.

г) Начались ли роды, чтобы знать должна ли она остаться при беременной или может ее оставить.

д) Въ какомъ періодѣ родовъ она застала роженицу, т. к. всякій періодъ требуетъ соответственнаго ухода.

е) Живъ ли ребенокъ? Т. к. при мертвомъ плодѣ всѣ заботы должны касаться лишь матери.

ж) Какъ лежитъ ребенокъ въ маткѣ—т. к. при неправильномъ положеніи б. ч. необходимы, не только приемы, доступные акушеркѣ, но и можетъ быть неизбежна неотложная оперативная помощь врача.

з) Каковъ тазъ и каковы мягкія части-отступленія отъ нормы ухудшаютъ предсказаніе (прогнозъ) и нерѣдко требуютъ оперативнаго вмѣшательства.

и) Первороженица ли она или уже рожала—отъ первороженицы мы стараемся узнать нѣтъ ли указаній на рахитъ—(поздно стала ходить) а у рожавшей узнаемъ, какъ протекали роды—силами ли природы (тогда надежда, что и этотъ разъ могутъ пройти благополучно) или ей во время прошлыхъ родовъ была оказана медицинская помощь, — что ухудшаетъ предсказаніе о теченіи настоящихъ родовъ.

і) Рожались ли дѣти живыми или мертвыми, если мертвыми, то когда умирали до конца беременности или во время родовъ. Въ первомъ случаѣ слѣдуетъ имѣть въ виду сифилисъ (слѣдовательно и мѣры предохраненія отъ зараженія себя, роженицы и ребенка, во второмъ случаѣ, т. е. когда дѣти умирали во время родовъ, слѣдуетъ считаться съ несоответствіемъ между размѣрами плода и таза.

4) Можетъ ли акушерка по прежнимъ родамъ сдѣлать безусловное заключеніе о теченіи настоящихъ родовъ и если нѣтъ, то почему?

— Не можетъ дѣлать безусловнаго заключенія, т. к.; а) дѣти при послѣдующихъ родахъ въ большинствѣ случаевъ бываютъ больше первыхъ. б) Положеніе, позиція и членорасположеніе плода могли быть причиной неправильнаго теченія прежнихъ родовъ, тоже здоровье самой роженицы могло быть иное чѣмъ теперь и обратно.

5) Какой отвѣтъ должна дать акушерка окружающимъ роднымъ, если результаты ея изслѣдованія и разспросы вполнѣ благопріятны?

— Она должна заявить имъ, что теченіе настоящихъ родовъ по всей вѣроятности будетъ правильно.

6) Можетъ ли акушерка сама въ этомъ случаѣ быть вполнѣ спокойна насчетъ исхода родовъ?

— Нѣтъ, она должна сосредоточить все свое вниманіе, помня, что во всякій моментъ родовъ можетъ наступить та или иная неправильность.

7) Какъ должна поступить акушерка, если окружающіе желаютъ пригласить врача?

— Имѣя въ виду mogućія наступить неправильности, она должна охотно согласиться пригласить врача, дабы снять съ себя отвѣтственность.

8) Какъ должна поступить акушерка, если у нея существуетъ сомнѣніе, благопріятно ли протекутъ роды?

— Въ этихъ случаяхъ акушерка рѣшительно высказываетъ, что врачъ необходимъ.

9) Какія требованія заявляются къ комнатамъ для родовъ?

— При возможности выбора комнаты для родовъ, въ которой родильница проведетъ и послѣродовой періодъ; должна быть высокая, свѣтлая, сухая и достаточно большая, обеспечивающая необходимый объемъ воздуха, о чистотѣ котораго надлежитъ постоянно заботиться. Слѣдуетъ также устранить рѣзкій солнечный свѣтъ, позаботиться о достаточномъ освѣщеніи ночью и равномерной температурѣ въ холодное время—14°—16° по Реомюру. Чистота воздуха достигается устраненіемъ мягкой мебели, гардинъ, ковровъ, а также животныхъ; грязныя ведра и посуду для испражнений держать въ сосѣдней комнатѣ. Роженица отнюдь не должна пользоваться общимъ ватерклозетомъ; удалять пахучіе цвѣты и разныя курительныя свѣчи, портящія воздухъ. Удалять лишнихъ людей, оставивъ одну или двухъ помощницъ симпатичныхъ роженицъ?

10) Какъ лучше устраивается родильная постель.

— Постель лучше всего устраивается на обыкновенной стойкой, чистой кровати, на которую кадутъ матрацъ или соломен-

никъ (отнюдь не перину, въ которую погружаются ягодичы чѣмъ затрудняется доступъ къ половымъ органамъ). На матрацъ нужно положить длинную клеенку, сверхъ которой кладется простыня, а далѣе снова клеенку и простыню (французская двухэтажная постель, дающая возможность убрать родильницу при всякихъ обстоятельствахъ не безпокая ея). Сверхъ простыни кладется подкладная, удобно удаляемая при надобности. Въ головахъ большая подушка, а въ ногахъ твердая небольшая, о которую роженица упирается во время потугъ. Кровать должна быть доступна съ трехъ сторонъ.

11) Какова одежда роженицы?

— Одежда широкая просторная: рубаха кофточка, халатъ, чистые бѣлые чулки. Панталоны снять.

12) Чѣмъ укрывается роженица?

— Одѣяло съ полотняннымъ пододеяльникомъ, который легко снять и мыть.

13) Уходъ за волосами и руками роженицы?

— Волосы причесать и одѣть чепчикъ, чтобы не сбились. Руки помыть, чтобы грязными руками не инфицировать сосковъ при кормленіи и глазокъ младенца.

14) О чемъ надлежитъ позаботиться, чтобы имѣть наготовѣ, приступая къ уходу за роженицей?

— Достаточное количество горячей и холодной воды и ванночку для купанія младенца и на случай асфиксии; кроватку и одежду для новорожденного, перевязочный матеріаль для пупка младенца, инструменты необходимые при родахъ, мыло и нѣсколько полотенецъ, чтобы мыться до и послѣ каждаго внутренняго изслѣдованія, подкладное судно, чистая посуда для послѣда и проч.

15) Какое питье наилучшее для роженицы?

— Чистая вода.

16) Что можно дать ѣсть если при, продолжительныхъ родахъ является надобность въ пищу?

— Молоко, кофе и чай съ молокомъ, бульонъ, рисовый, овсянный супъ съ сухарями.

17) Какая пища вредна для роженицы?

— Большое количество пищи заразъ, трудно варимая и возбуждающая пища, свѣжіе плоды и овощи, вино, пиво, водка, крѣпкій кофе и чай.

18) Какимъ образомъ акушерка устанавливаетъ, что женщина жалующаяся на схватки и считающая себя роженицей дѣйствительно беременна?

— Для этого вполне достаточно пріемовъ наружнаго изслѣдованія.

19) Какимъ образомъ акушерка опредѣляетъ срокъ для рѣшенія вопроса доношенъ или не доношенъ плодъ?

— Вычисленіемъ со дня послѣднихъ регуль и перваго ощущенія движенія плода. Но при этомъ надо помнить, что эти вычисленія по послѣдней менструаціи съ отбрасываніемъ трехъ мѣсяцевъ и прибавленіемъ 5 дней основаны на предположеніи, что зачатіе произошло въ первые пять дней послѣ регуль; однако слѣдуетъ помнить, что зачатіе могло произойти въ срединѣ промежутка между регулами и дажс въ послѣдніе дни передъ началомъ слѣдующей менструаціи.

20) На основаніи какихъ данныхъ акушерка рѣшаетъ вопросъ въ родахъ ли данная особа?

— Акушерка узнаетъ о наступившихъ родахъ по сглаживанію шейки, по болѣе или менѣе значительному раскрытію зѣва, по болямъ съ регулярными паузами, по значительной твердости матки во время болей, по характеру нормальныхъ схватокъ съ промежутками не болѣе 30 минутъ. Позже появляется какъ признакъ „обозначившихся родовъ“ появленіе слизи съ примѣсью крови. Источникомъ этой крови служатъ разрывы капиллярныхъ сосудовъ при отслаиваніи оболочекъ яйца отъ стѣнки матки или вслѣдствіе надрывовъ ткани шейки при раскрытіи ея отверстія. Конечно, прощупываніе наполняющагося во время схватокъ воднаго пузыря, не оставляетъ сомнѣнія, что женщина въ родахъ.

21) Имѣетъ ли акушерка право оставить пациентку, если она убѣдилась, что роды наступили?

— Никимъ образомъ, т. к. продолжительность теченія родовъ не всегда одинакова, да и могутъ быть осложненія, требующія ея присутствія.



22) Въ чемъ заключается обязанность акушерки въ періодъ раскрытія:

а) Сколько разъ она имѣеть право производить внутреннее изслѣдованіе? — Одинъ разъ.

б) Какія при этомъ необходимы предосторожности? — Не раздражать краевъ зѣва, чтобы не вызвать судорожныхъ схватокъ; не надавливать на водный пузырь, чтобы избѣжать ранняго разрыва и отхожденія водъ; не отталкивать баллотирующей головки, чтобы не измѣнить членорасположенія.

в) Въ чемъ состоятъ заботы о кишечникѣ и мочевомъ пузырьѣ? — Опорожнить пузырь и кишечникъ, дабы они, переполненные, не вліяли на качество схватокъ.

г) Какія предосторожности необходимы при выпусканіи мочи катетромъ? — Антисептика, стерилизація катетра, положеніе на спинѣ съ приподнятымъ туловищемъ, введеніе непосредственно въ отверстіе мочеиспускательнаго канала, не касаясь сосѣднихъ тканей, не насиловать если катетръ съ легкостью не входитъ.

д) Какъ ставится клизма? — Больная кладется на бокъ, обмывается окружность задняго прохода, вводится стерилизованный клизменный наконечникъ; если вода не идетъ, то опредѣляютъ причину: или отверстіе наконечника закупорилась каломъ—тогда промываютъ наконечникъ и снова вводятъ; или наконечникъ упирается въ стѣнки кишки—тогда вывести его немного и вода пойдетъ. Если вода не задерживается паціенткой, то слѣдуетъ вливать малыми порціями, прижимая для этой цѣли на время резиновую кишку, идущую отъ кружки.

е) Какъ акушерка узнаетъ цѣль ли водный пузырь? — При цѣломъ цузырѣ онъ наливается при каждой схваткѣ, а во время паузы спадается; если переднихъ водъ мало и пузырь не наливается при схваткѣ, то онъ узнается по гладкой поверхности, ощущаемой пальцемъ при изслѣдованіи; если же воды отошли, то палецъ ощущаетъ предлежащую часть или покрытую волосами (при предлежаніи головки) или поверхность не гладкую, какъ при цѣломъ пузырьѣ, а морщинистую—въ складкахъ. Слѣдуетъ также помнить, что при отошедшихъ водахъ (разорванномъ пузырьѣ) во время каждой схватки изли-

вается честь задних водъ, и, если оставить изслѣдующій палець во влагалищѣ, переждавъ схватку, то онъ почувствуетъ изливающуюся жидкость.

ж) Съ чѣмъ можно смѣшать водный пузырь при внутреннемъ изслѣдованіи и какъ избѣжать ошибокъ? — Водный пузырь можно смѣшать съ растянутой передней стѣнкой нижняго сегмента матки, если шейка матки (какъ у перворожениць) находится далеко кзади. Чтобы избѣжать ошибки слѣдуетъ обойти пальцемъ по окружности и искать краевъ зѣва: найденные края зѣва укажутъ насколько раскрыта матка и въ какомъ состояніи водный пузырь.

з) Какъ судить акушерка о схваткахъ? — О силѣ — по твердости матки при прощупываніи ея во время схватки; о продолжительности — по часамъ; объ отступленіи отъ нормы — по характеру болей, по соотношенію между схватками и паузами и пр.

и) Въ какихъ случаяхъ акушерка разрѣшаетъ рожениць ходить въ періодъ раскрытія, а когда ей надлежитъ оставаться въ постели? — Если головка установилась въ тазу и пузырь цѣль, то можетъ ходить, въ противномъ случаѣ ей слѣдуетъ лежать. Ей также надлежитъ оставаться въ постели, когда по силѣ и частотѣ схватокъ можно ожидать скорого отхожденія водъ.

й) Какіе совѣты акушерка даетъ рожениць, которой позволено ходить во время періода раскрытія? — Не тужиться, дабы не отошли преждевременно воды, послѣдствіемъ чего были бы сухіе, продолжительные и бользненные роды.

к) О чемъ заботится акушерка предвидя скорое отхожденіе водъ? — Подкладываетъ чистую подкладную, которая впитываетъ отходящія воды, чѣмъ предохраняетъ постель. Она предупреждаетъ роженицу о предстоящемъ лопаніи пузыря, дабы она не была огорошена довольно неприятнымъ подчасъ звукомъ при разрывѣ пузыря и орошающими ее водами.

л) На что должна обратить вниманіе акушерка когда воды истекають? — Обратить вниманіе на цвѣтъ водъ, могущихъ свидѣтельствовать не только слабость, но даже и смерти плода.

м) Какъ акушерка должна отвѣтить на вопросъ роженицы, скоро ли она родить? — Конечно, отвѣтъ приходится давать разумно-уклончивый. Она говоритъ: „Не важна продолжительность лишь бы все окончилось благополучно. а у Васъ все идетъ нормально“, „Чѣмъ сильнѣе и болѣзненнѣе схватки, тѣмъ скорѣе родите,“ „Очень скорые роды даже нежелательны, т. к. подчасъ ведутъ къ осложнениямъ,“ „Я вовсе не желаю Васъ обманывать роды скоро окончиться не могутъ“. Дѣло въ томъ, что если она родить раньше, чѣмъ Вы назначили, то она будетъ рада и въ претензїи не будетъ, если же Вы назначите срокъ, къ которому роды не закончатся, то Вы потеряете довѣріе и роженица будетъ сильно волноваться.

23) Въ чемъ заключается уходъ акушерки въ періодъ изгнанія?

а) Съ какою цѣлью акушерка послѣ излитія водъ дѣлаетъ внутреннее изслѣдованіе? — опредѣляетъ въ какомъ размѣрѣ лежитъ предлежащая головка и предлежитъ ли только она; не измѣнилось ли членорасположеніе, не выпали ли мелкія части или пуповина: для этой цѣли акушерка обходитъ всю головку между ней и тазомъ.

б) Можно ли позволить роженицѣ тужиться?—да, но лишь во время потуги, т. к. внѣ потуги натуживаться вредно.

г) Какъ надлежитъ роженицѣ тужиться?— Голову держать въ нѣсколько согнутомъ положеніи, задерживать дыханіе и напирать на низъ, какъ во время испражненій.

24) По какимъ признакамъ акушерка узнаетъ при продолжительномъ изгнаніи, что потуги сильны?

— По конфигураціи (захожденіе костей черепа) и по величинѣ родовой опухоли.

25) Какъ часто акушерка обязана выслушивать сердцебиеніе плода и какъ она должна поступать, чтобы вывести правильное заключеніе о состояніи плода?

— Выслушивать черезъ 4—6 схватокъ, не выслушивать во время схватокъ и сейчасъ послѣ схватки и помнить, что только долго держащееся значительное уменьшеніе или учащеніе числа ударовъ указываетъ на опасность.

26) Когда акушерка заботится о защитѣ промежности?

— Когда головка начинает давить на задний проход и промежность и выпячивается ихъ.

27) Какими соображениями руководствуется акушерка при защите промежности?

а) Измѣненіе направленія равнодѣйствующей, подкладываніемъ пальстера подъ крестецъ—головка направляется къ срамной щели и не такъ сильно давить на промежность.

б) Задержка головки при прорѣзываніи, чѣмъ устраняется быстрое прохожденіе головки, усугубляющее разрывъ.

в) Способствуетъ прорѣзыванію головки малымъ косымъ, чѣмъ измѣняетъ величину прорѣзывающейся части.

г) Поддерживаетъ промежность, когда головка установилась малымъ косымъ, что узнается по темнымъ буграмъ показавшимся изъ срамной щели, чтобы заставить головку, отъсненную этимъ приѣмомъ подъ лунную дугу, держаться проводной линіи и не сойти съ нея по направленію къ промежности.

28) На что акушерка обязана обратить вниманіе, когда головка родилась? — Не обвита ли пуповина.

29) Какъ поступаетъ акушерка при прорѣзываніи плечиковъ?  
— Поддерживаетъ промежность.

30) Въ чемъ заключается помощь акушерки въ послѣдовомъ періодѣ?

а) Съ какою цѣлью акушерка изслѣдуетъ матку послѣ рожденія младенца?—Убѣдиться, что нѣтъ второго плода; хороша-ли сокращена матка, что нечего опасаться кровотечения.

б) Съ какою цѣлью акушерка очищаетъ личико, глазки и ротикъ младенца?—

— Чтобы очистить личико и глазки отъ приставшей слизи и крови и освободить ротикъ отъ накопившейся слизи, дабы онъ не проглотилъ при первомъ вздохѣ и не захлебнулся бы.

в) Когда акушерка перевязываетъ пуповину?—Когда окраска кожи дѣлается красной, младенецъ громко кричитъ и пуповина слабо или совсѣмъ не пульсируетъ. (При недоношенномъ, слабомъ младенцѣ и при асфиксіи пуповина перевязывается немедленно послѣ рожденія.)

г) Какъ перевязываетъ и какъ перерѣзываетъ акушерка пуповину?—Перевязываетъ въ двухъ мѣстахъ и перерѣзываетъ однимъ ударомъ ножницъ помѣстивъ пуповину плотно на двухъ пальцахъ лѣвой руки.

д) На что должна обратить вниманіе акушерка послѣ отдѣленія младенца отъ матери?— Не переполненъ ли мочевоѣ пузыря, который можетъ воспрепятствовать изгнанію послѣда.

е) Какъ поступаетъ акушерка если роженица сама не можетъ мочиться?—Выпускаетъ мочу катетромъ.

ж) Съ какою цѣлью акушерка должна послѣ рожденія младенца тщательно осмотрѣть промежность и убѣдиться не кровоточитъ ли роженица?—Въ случаяхъ кровотечения необходимо успѣшить отдѣлить дѣтское мѣсто и зашить кровоточащіе разрывы будъ только промежности. или шейки матки и проч.

з) Въ чемъ заключается уборка роженицы послѣ рожденія младенца?

— Обмыть наружные половые органы и закрыть ихъ стерилизованной ватой или лигниномъ, дабы грязь не могла проникнуть во влагалище; а также для того, чтобы по окраскѣ наложенной ваты судить не кровоточитъ ли роженица

и) Какъ поступаетъ акушерка когда послѣдъ показывается въ наружныхъ половыхъ частяхъ?—Обхватываетъ его одной рукой и поддерживаетъ его, чтобы онъ (послѣдъ) своею тяжестью не оборвалъ яйцевыхъ оболочекъ,

і) Какъ поступаетъ акушерка если оболочки не слѣдуютъ тотчасъ за дѣтскимъ мѣстомъ? — Акушерка помогаетъ себѣ другой рукой, дѣлаетъ дѣтскимъ мѣстомъ нѣсколько полныхъ оборотовъ, и, образовавъ плотный шнуръ, медленно выводитъ весь послѣдъ.

к) Какъ поступаетъ акушерка если оболочки не поддаются легкому потягиванію? — Акушерка вводитъ указательный и средній палецъ правой руки (держа дѣтское мѣсто въ лѣвой) во влагалище и производитъ легкое надавливаніе на шнуръ, (образовавшійся изъ оболочекъ) къзади, тогда и конецъ ихъ (оболочекъ) цѣликомъ выходитъ изъ матки по направленію проводной линіи.

л) Какъ надлежитъ акушеркѣ поступить по выхожденіи дѣтскаго мѣста? — Обязана осторожно смыть съ него сгустки крови и тщательно осмотрѣть вышло ли оно цѣликомъ и всѣ ли вышли оболочки.

м) Какъ поступаетъ акушерка если усумнилась или распознала, что кусковъ дѣтскаго мѣста не хватаетъ? — Посылаетъ за врачомъ, сохранивъ все выдѣленное для его осмотра.

н) Сколько времени акушерка ждетъ изгнанія послѣда, если онъ своевременно не изгнанъ маточными схватками?

— Если нѣтъ кровотеченія или иныхъ причинъ, то акушерка можетъ ждать два часа.

о) По какимъ признакамъ акушерка узнаетъ отдѣлялось ли дѣтское мѣсто или оно въ маткѣ? — По отдѣленію дѣтскаго мѣста матка сокращается, плотнѣетъ, уплощается и подымается выше пупка, т. к. мѣсто находясь въ шейкѣ или во влагалищѣ вытѣсняется матку вверхъ. Наружный конецъ пуповины при этомъ удлиняется; въ сосудахъ пуповины не чувствуется волна при похлопываніи матки.

п) Что предпринимаетъ акушерка въ томъ случаѣ, если послѣдъ не изгнанъ въ теченіе двухъ часовъ?

— Изслѣдуетъ матку, чтобы опредѣлить гдѣ находится дѣтское мѣсто и приступаетъ къ наружному приему Креде.

р) Какъ надлежитъ выполнить приемъ Креде? — Позабывшись объ опороженіи мочевого пузыря, акушерка укладываетъ роженицу со слегка согнутыми колѣнями, и становится лицомъ къ лицу роженицы. Затѣмъ, положивъ руки на животъ, отыскиваетъ матку, и, если она находитъ ее сбоку, то осторожно сдвигаетъ ее къ срединной линіи живота. Теперь слегка массируя матку она вызываетъ схватку и, почувствовавъ, что матка хорошо сократилась (стала твердой), кладетъ одну или обѣ руки на одну матки такимъ образомъ, чтобы большой палецъ лежалъ на передней стѣнкѣ, а остальные на задней стѣнкѣ матки вплоть до поясничныхъ позвонковъ и сжимаетъ матку все сильнѣе и сильнѣе прижимая переднюю стѣнку къ задней. Конечно, слѣдуетъ избѣгать грубого насилія.

с) Какія послѣдствія неправильнаго примѣненія способа Креде? — Выжиманіе при несократившейся маткѣ можетъ

вызвать выворотъ матки.

г) Какія послѣдствія неразумнаго потягиванія за пуповину съ цѣлью ускорить выхожденіе послѣда? — Потягиваніе за пуповину можетъ вызвать выворотъ матки, а также судорожныя схватки и спазмъ шейки.

у) Можетъ ли послѣдъ задержаться въ маткѣ, если дѣтское мѣсто не приращено? — Можетъ задержаться вслѣдствіе спазма шейки матки; тогда нѣтъ кровотеченія, какъ при полномъ приращеніи плаценты. ф) Въ какихъ случаяхъ акушерка обязана пригласить врача въ послѣдовомъ періодѣ?

— Если она опредѣлила, что плацента въ маткѣ; если появилось кровотеченіе; если дѣтское мѣсто не удалось выжать по способу Креде; если при осмотрѣ дѣтскаго мѣста недостають куски или остались оболочки; если несмотря на хорошее сокращеніе матки показывается кровь (разрывъ шейки).

х) Въ чемъ заключается уходъ послѣ изгнанія дѣтскаго мѣста? — Обмываніе наружныхъ половыхъ органовъ, присыпка трещинъ и надрывовъ ксероформомъ и накладываніе повязки.

ц) Какъ поступаетъ акушерка если замѣтила разрывъ промежности? — Отнюдь не скрывать, зашить самой если научилась или пригласить врача.

ч) Черезъ сколько времени послѣ окончанія родовъ акушерка имѣетъ право оставить родильницу? — Не раньше трехъ часовъ, имѣя въ виду возможность кровотеченія вслѣдствіе атоніи (разслабленія мускулатуры) матки.

31) Къ какимъ способамъ защиты промежности прибѣгаетъ акушерка въ случаяхъ угрожающаго разрыва?

— Къ эпизиотоміи и способу Ольсгаузена.

32) Что такое эпизиотомія? — Кровавое расширеніе срамной щели.

33) Какіе инструменты необходимы для производства этой операціи? — Операція производится ножницами имѣющими одну вѣтвь тупоконечную.

---

\*\*) Убѣдившись, что въ маткѣ ничего не осталось (матка при легкомъ массажѣ твердеетъ), акушерка даетъ полъ грамма маточныхъ рожеквъ, затѣмъ слѣдуетъ—

34) Какъ производится операція? — Вводятъ тупоконечную вѣтвь ножницъ между головкой и наружными половыми частями и дѣлаютъ надрѣзь въ полтора сантиметра длиной отъ нижняго края малыхъ губъ по направленію къ сѣдалищнымъ буграмъ.

35) Въ чемъ состоитъ способъ Ольсгаузена?

— Способъ Ольсгаузена заключается во введеніи двухъ пальцевъ правой руки въ прямую кишку, дабы дойти до подбродка способствовать разгибанію головки (какъ это происходитъ въ третій моментъ механизма родовъ) т. е. выведенію головки.

36) При какихъ условіяхъ (въ какой моментъ) выполнимъ этотъ способъ?

— Этотъ способъ можетъ быть примѣнимъ съ пользою когда мимо промежности сталь показывается лобикъ, въ противномъ случаѣ, если ввести палецъ раньше, то онъ не достигнетъ подбродка и способъ окажется не выполнимымъ.





## Послѣродовой періодъ

1) Что мы называемъ родильнымъ или послѣродовымъ періодомъ?

— Послѣродовымъ періодомъ мы называемъ промежутокъ времени отъ момента окончанія родовъ до полного обратнаго развитія измѣненныхъ беременностью и родами половыхъ органовъ. Одновременно происходитъ возстановленіе и другихъ органовъ въ томъ или другомъ смыслѣ измѣненныхъ во время беременности. Рука объ руку съ обратнымъ развитіемъ заживаютъ раны, происшедшія во время родовъ.

2) Какъ долго длится послѣродовой періодъ?

— Онъ продолжается 6—8 недѣль.

3) Каково вліяніе кормленія грудью на теченіе послѣродового періода?

— Обратное развитіе совершается скорѣе у кормящихъ.

4) Какимъ путемъ происходитъ обратное развитіе матки?

— Путемъ жирового перерожденія ея мышечныхъ элементовъ; причемъ жировому перерожденію подвергается протоплазма мышечныхъ клѣтокъ, клѣтки же и ихъ ядра не перерождаются—сохраняются.

5) Благодаря чему происходитъ жировое перерожденіе мускулатуры?

— Причиной жирового перерожденія слѣдуетъ считать значительное уменьшеніе послѣ родовъ притока питательнаго матерьяла къ мускулатурѣ матки, которая, сократившись послѣ родовъ и продолжая сокращаться въ послѣродовомъ періодѣ, уменьшаетъ просвѣтъ, заложенныхъ въ ея стѣннкѣ кровеносныхъ сосудовъ и этимъ обезкровливаетъ ткань.

6) Какъ быстро происходитъ обратное развитіе матки и возстановленіе ея придатковъ?

— Дно матки сейчасъ послѣ родовъ стоитъ приблизительно на уровнѣ пупка, на пятый день послѣ родовъ на срединѣ между лобкомъ и пупкомъ, на 8—10 день прячется за лонное сочленіе и на двѣнадцатый день опускается въ малый тазъ. Съ этого момента обратное развитіе матки идетъ гораздо медленнѣе и вполнѣ заканчивается лишь между шестой и восьмой недѣлей послѣ родовъ. Слизистая оболочка полости матки образуется насчетъ эпителія выстилающаго заложеныя въ толщъ отпадающей оболочки железъ—полное возстановленіе ея лишь около шестой недѣли. Позже всего возстановляется та часть слизистой оболочки, гдѣ была прикрѣплена плацента—здѣсь долгое время прощупываются тромбы, закупоривающіе ввидѣ пробокъ сосуды дѣтскаго мѣста. Шейка матки, которая послѣ родовъ образуетъ общую съ нижнимъ сегментомъ тонкостѣнную въ сравненіи съ мускулатурой матки трубку длиною въ 8—10 сантиметровъ, ощущаемую какъ дряблая петля кишки, лишь около седьмого дня начинаетъ принимать свою прежнюю форму и внутренній зѣвъ вновь суживается; наружный же зѣвъ закрывается лишь на двадцать первый день. Придатки матки возстановляются одновременно съ ней и лишь на шестой недѣль послѣ родовъ ихъ нормальное состояніе обнаруживается появленіемъ менструацій у некормящихъ грудью.

7) Что представляетъ собою послѣродовыя очищенія или лохіи?

— Послѣ родовъ поверхность полости матки представляетъ собою обширную рану: вмѣстѣ съ плоднымъ яйцомъ часть отпадающей оболочки отошла, лишь мѣстами осталась она островками. И вотъ отдѣленія этой раневой поверхности, къ которымъ примѣшиваются отдѣленія шейки влагалища и наружныхъ половыхъ частей и представляютъ собой послѣродовое очищеніе.

8) Каковы эти отдѣленія въ различные дни послѣ родовъ?

— Въ первые 3—4 дня они состоятъ почти изъ чистой крови (кровь эта представляетъ собою тѣ сгустки, которые въ большемъ или меньшемъ количествѣ всегда остаются въ маткѣ послѣ родовъ и ту кровь, которая понемногу просачивается изъ кровеносныхъ сосудовъ матки) и называются *крооянистыми лохіями*. Въ слѣдую-

ще, до 8-го, дни лохii принимаютъ цвѣтъ мясныхъ помоевъ и состоятъ изъ небольшого количества крови и содержатъ главнымъ образомъ слизь (экссудатъ какъ результатъ усиленнаго процесса возстановленія слизистой оболочки матки) и частицы постепенно отслаивающейся отпадающей оболочки, задержавшейся на внутренней поверхности полости матки—это *серозныя лохii*. Съ 9—10-го дня лохii больше не содержатъ крови и принимаютъ желтый или бѣлый цвѣтъ—это *бѣлыя лохii*.

#### 9) Какъ долго продолжаются лохii?

— Продолжаются чрезвычайно измѣнчиво: обыкновенно 8—10 дней; но нередко еще на 15—16 дней можно встрѣтить вновь появившіяся выдѣленія, къ которымъ примѣшано небольшое количество крови. У кормящихъ продолжаются меньше, чѣмъ у некормящихъ.

#### 10) Каково количество лохий?

— Количество лохий тоже подвержено большимъ колебаніямъ; приблизительно за первые 8 дней послѣ родовъ составляетъ около полутора килограмма. Мы знаемъ далѣе, что всякое усиленное выдѣленіе въ этомъ періодѣ, какъ большое количество молока значительный потъ, поносы уменьшаютъ количество лохий. Все, что способствуетъ сокращеніямъ матки (кормленіе грудью, правильное веденіе послѣдоговго періода) уменьшаетъ количество лохий; напротивъ, все что тормозитъ обратное развитіе (ранніе повороты въ постели, отказъ въ кормленіи, высокая температура, запоры и проч.) усиливаетъ послѣродовыя очищенія.

#### 11) Какими качествами отличаются кровянистыя лохii?

— Кровянистыя лохii стерильны, т. е. не содержатъ бактерій, т. к. полость матки, откуда они вытекаютъ при нормальныхъ условіяхъ стерильна. Кромѣ того они *бактерицидны*, т. е. способны убивать встрѣчающіяся по пути бактеріи.

#### 12) Что такое „Лохіометры“ — причина возникновенія и послѣдствія?

— Подъ „Лохіометры“ мы разумѣемъ накопленіе въ полости матки задержанныхъ послѣродовыхъ очищеній. Причиной такой задержки является все, что препятствуетъ правильному ихъ истеченію, какъ то: сгустки крови, закупорившіе шейку матки, загибы

матки, переполнение мочевого пузыря и прямой кишки и проч. Последствием такой задержки является проникновение в полость матки бактерий, заползающих туда по висящим из канала шейки обрывкамъ отпадающей или другой оболочки и по тромбамъ выступающимъ изъ канала шейки и т. д.

13) Какія бактерии чаще проникаютъ въ матку и какая болѣзнь является слѣдствиемъ этого проникновения?

— Большею частью проникаютъ **сапрофиты**—бактерии, принадлежащія къ **анаэробамъ**, развивающимся въ средѣ бѣдной кислородномъ; онѣ ведутъ къ гнилостному распаду лохий причеиъ послѣдствиемъ всасыванія этого распада появляется лихорадка, предшесгвующая легкимъ ознобомъ, соотвѣтственно повышенію температуры ускоренный пульсъ, ухудшеніе самочувствія подчасъ и болѣзненные схватки—картина заболѣванія, рисующая **сапремию**. Обыкновенно схватками матки изгоняется содержимое и состояніе родильницы возвращается къ нормѣ.

14) Что такое **Гиперинволюція** матки?

— Обратное развитіе матки называется **Инволюціей** матки. Если эта инволюція зашла за предѣлы нормы и матка стала по величинѣ меньше нормальной матки внѣ беременности, то рѣчь идетъ и гиперинволюціи, наблюдаемой при долгомъ сверхъ срока кормленія грудью, а также послѣ перенесенныхъ послѣродовыхъ заболѣваній тазовой клѣтчатки. Современемъ происходитъ возстановленіе нормальной величины матки.

15) Что мы называемъ **атрофіей** матки?

— Если гиперинволюція зашла такъ далеко, что матка уменьшилась въ своемъ объемѣ до величины дѣтской матки и болѣе не возвращается къ нормѣ, то мы говоримъ объ **атрофіи** матки. Женщина болѣе не менструируетъ и не способна беременнѣть.

16) Что такое **Субинволюція** матки?

— Если матка отстала въ обратномъ развитіи и осталась значительно большею, чѣмъ нормальная матка внѣ беременности, то мы говоримъ о **Субинволюціи**. Такая матка помимо своей величины переполнена венозной кровью— **венозная гиперемія**, дающая ей голубовато—синеватую окраску. Такая матка весьма склонна къ заболѣванію, т. к. венозный застой матки весьма близокъ къ

хроническому воспалению этого органа. Причиной субинволюции большею частью является небрежное ведение послеродового периода, особенно **раннее вставание**.

### Физиология послеродового периода.

1) Каково самочувствие родильницы, когда роды закончились благополучно?

— Она чувствует себя хотя утомленной, но облегченной наступившим покоем.

2) Чемъ объясняется непродолжительный ознобъ вскорь по окончанию родовъ и каково его значеніе?

— Ознобъ объясняется обычной потерей крови въ послѣдовомъ періодѣ и охлажденіемъ при обнаженіи роженицы во время родовъ. Ознобъ этотъ особаго значенія не имѣеть.

3) Имѣеть ли значеніе усиленная потливость въ первые дни послѣ родовъ?

— Нѣтъ, это явленіе физиологическое.

4) Чемъ нарушается хорошее самочувствіе родильницы?

— Самочувствіе нарушается послѣродовыми схватками.

5) Всегда ли бываютъ послѣродовыя схватки и какъ въ этомъ убѣдиться если родильница не жалуется на боли?

— Послѣродовыя схватки бываютъ всегда; въ этомъ можно убѣдиться положивъ руку на матку — чувствуемъ какъ она сокращаясь твердѣеть.

6) Всегда ли боли одинаковы, а если нѣтъ, то въ зависимости отъ чего?

— Боли неодинаковы, а именно; у многорожениць у которыхъ мускулатура матки недостаточно сократилась во время родового акта, т. к., ввиду подготовленности родовыхъ путей, мускулатурѣ матки выпало меньше работы, послѣродовыя схватки болѣзненнѣ. Между тѣмъ какъ у перворожениць мускулатура матки уже во время родовъ вслѣдствіе сильной работы сократилась и потому послѣ родовъ схватки слабыя и почти безболѣзненны.

7) Каково значеніе кормленія грудью для сокращенія матки?

— Во время кормленія женщина чувствуетъ, что раздраженіе

сосковъ вызываетъ рефлекторныя сокращенія матки—такимъ образомъ кормленіе грудью благотворно вліяетъ на процессъ обратнаго развитія матки. Кромъ того количество выдѣляемаго при этомъ молока уменьшаетъ количество послѣродовыхъ выдѣлений, (лохий) какъ и всякія избытныя выдѣленія: сильный потъ, поносъ и проч.

8) Каковы пульсъ и дыханіе у родильницы?

— Пульсъ родильницы колеблется между 70--50, а дыханіе 16--18.

9) Въ зависимости отъ чего замедленъ пульсъ?

— Замедленіе пульса объясняется главнымъ образомъ физическимъ покоемъ.

10) Каково значеніе числа ударовъ пульса для сужденія о теченіи послѣродового періода и для прогноза (предсказанія)?

— Значительное замедленіе пульса весьма благопріятно въ смыслъ предсказанія. При повышеніи температуры пульсъ опережающій ее указываетъ на послѣродовое заболѣваніе; замедленный пульъ благопріятенъ; ускоренный пульсъ при павшей температурѣ указываетъ на послѣродовое заболѣваніе.

11) Какова температура во время родовъ и въ первые часы послѣ родовъ?

— Температуре повышена на 0,1—0,5.

12) Чѣмъ объясняется повышение температуры во время родовъ и въ первые часы послѣ родовъ?

— Это повышение объясняется усиленною работою мускулатуры матки во время родовъ.

13) Какова температура въ послѣдующіе дни?

— Температура колеблется между 36,5—36,8,

14) Каково количество мочи въ первые 24 часа послѣ родовъ?

— Отъ 1 до 1<sup>1/2</sup> литра.

15) Каково чувство родильницы при переполненіи мочевого пузыря?

— Она не чувствуетъ позыва.

16) Чѣмъ объясняется несостоятельность родильницы опорожнить мочевой пузырь?

— Это объясняется разслабленіемъ мускулатуры брюшного прѣсса, непривычкой мочиться лежа на спинѣ, припуханіемъ шейки пузыря и перегибомъ мочеиспускательнаго канала; задержка мочи происходитъ также рефлекторно: первая капля мочи, попадая на ссадины наружныхъ половыхъ частей, вызываютъ боль и родильница боится мочиться. Не слѣдуетъ забывать и того что нѣкоторыя женщины стѣсняются мочиться въ присутствіи постороннихъ.

17) Каково состояніе кишечника въ первые 3—4 дня послѣ родовъ?

— Въ первые 3—4 дня послѣ родовъ родильница обыкновенно не имѣетъ стула. Это объясняется тѣмъ, что, готовя роженицу къ родамъ, ей очищаютъ кишечникъ; въ слѣдующіе 2—3 дня родильница получаетъ исключительно жидкую пищу и наконецъ испражненія задерживаются вслѣдствіе вялости мускулатуры брюшного прѣсса и кишекъ.

18) Каковъ сонъ у родильницы и каково его патогномическое значеніе, т. е. какъ признакъ угрожающаго заболѣванія?

— Отсутствіе сна считается нормальнымъ только въ первый день послѣ родовъ и объясняется продолжающимся послѣ родовъ возбужденіемъ нервной системы; въ послѣдующіе же дни бессонница служитъ нерѣдко первымъ предвѣщающимъ признакомъ послѣродового заболѣванія.

19) Когда начинается лактація (отдѣленіе молока)?

— Спустя 24 часа у родильницы начинается колюще въ грудяхъ, что обозначаетъ приливъ молока, который достигаетъ наибольшей своей степени на 3—4 день послѣ родовъ—тогда груди набухаютъ и становятся чувствительными.

20) Какъ называется жидкость отдѣляемая вначаль періода лактацій и каково ея значенія для ребенка?

— Молозиво. Оно играетъ роль слабительнаго для ребенка, способствуя скорѣйшему очищенію его кишечника отъ меконіума. Дѣти не получившіе молозива чаще страдаютъ желудочно—кишечными заболѣваніями.

21) Какъ долго обыкновенно отсутствуютъ регулы у кормящихъ грудью?

— Обыкновенно въ періодъ кормленія грудью регулы отсутствуют. Однако двѣ третьихъ кормящихъ грудью менструируютъ и это не исключаетъ годности быть хорошей кормилицей.

22) Когда наступаетъ менструація у некормящихъ грудью?

— Черезъ 6 недѣль послѣ родовъ, когда обратное развитіе матки закончено.

23) Можетъ ли наступить беременность у кормящей грудью до появленія у нея менструаціи?

— Можетъ, т. к. овуляція не зависктъ отъ менструаціи.

24) Считается ли нормальнымъ кровотеченіе въ первыя три недѣли послѣ родовъ?

— Это кровотеченіе слѣдуетъ считать ненормальнымъ.

25) Какія причины этого явленія?

— Причинами могутъ быть: недостаточное обратное развитіе матки (слѣдствіе ранняго вставанія послѣ родовъ,) задержка частей дѣтскаго мѣста, оставшихся необнаруженными.

### **Уходъ въ послѣродовомъ періодѣ.**

1) Чѣмъ достигается чистота воздуха въ комнатѣ родильницы?

— Акушерка должна заботиться о чистотѣ и полномъ порядкѣ въ комнатѣ, объ удаленіи всего вносящаго пыль и грязь: грязное бѣлье, слѣдуетъ немедленно выносить, просушка его въ комнатѣ родильницы недопустима. Употребленіе разныхъ курительныхъ свѣчей и порошковъ вредно—они маскируютъ испорченность воздуха и сами же портятъ его чистоту. По той же причинѣ не разрѣшается куреніе табаку, приготовленіе пищи или кипяченіе инструментовъ въ комнатѣ родильницы. А главное необходимо частое провѣтриваніе комнаты: лѣтомъ въ хорошую погоду окна открыты весь день и закрываются лишь на ночь; зимою основательно провѣтриваютъ сосѣднюю комнату, затѣмъ, прикрывъ въ ней окна открываютъ двери въ комнату родильницы. Повторивъ этотъ приемъ 2—3 раза въ день достигаютъ цѣли. Слѣдуетъ помнить, что родильница склонна къ потѣнью, а потому сквозного вѣтра слѣдуетъ беречься. Прикрывать окна гардинами или занавѣсками не слѣдуетъ, т. к. солнечный свѣтъ полезенъ. Конечно, кровать должна быть поставлено такъ, чтобы лучи солнца не падали прямо въ глаза.



2) Какія требованія должны быть заявлены по отношенію постели, постельному бѣлью и одеждѣ родильницы согласно требованію науки?

— Безукоризненная чистота. Постель должна быть совершенна чиста, одѣло подшито простыней. Бѣлье также чистое, заново стиранное.

3) Чѣмъ достигается тѣлесный покой родильницы и каково его значеніе для правильнаго теченія послѣродового періода?

— Первые 3—4 дня необходимо лежать на спинѣ, возможно допустить нѣсколько приподнятое положеніе туловища. для того чтобы обезпечить правильный оттокъ изъ матки. Положеніе на боку могло бы вызвать застой выдѣлений съ его дурными послѣдствіями; частыя поворачиванія на бокъ могли бы способствовать выдѣленіямъ попасть изъ влагалища обратно въ матку. Всѣ отправленія (испражняться, мочиться, кормить, ѣсть) должны выполняться лежа.

4) Чѣмъ достигается душевный покой и каково его значеніе для правильнаго теченія послѣродового періода?

— Слѣдуетъ устранять всякія душевныя волненія; посѣщенія постороннихъ лицъ въ первые дни послѣ родовъ должно быть воспрещено. Не слѣдуетъ родильницѣ рассказывать о страшныхъ и неприятныхъ происшествіяхъ; она должна быть отстранена отъ исполненія обязанностей по хозяйству и т. д.

5) Сколько разъ въ день акушеркѣ надлежитъ посѣщать родильницу?

— Два раза въ день, если нѣтъ надобности въ болѣе частомъ посѣщеніи.

6) Какая цѣль посѣщенія и какъ она достигается имѣя въ виду данныя анатоміи и физиологіи послѣродового періода?

— Надлежитъ посѣщать родильницу для того чтобы составить себѣ ясное понятіе о состояніи ея здоровья и здоровья новорожденнаго, а также чтобы слѣдить за теченіемъ обратнаго развитія половыхъ органовъ.

7) Какіе вопросы подлежатъ рѣшенію при посѣщеніи родильницы?

— Надо осведомиться объ общемъ самочувствіи, о снѣ, о стулѣ, мочилась ли, провѣрить не переполненъ ли мочевоу пузырь, измѣрить температуру, посчитать пульсъ, провѣрить какъ высоко стоитъ маточное дно, а если высоко, то не смѣщена ли матка переполненнымъ мочевымъ пузыремъ или переполненной прямой кишкой.

8) Какъ надлежитъ поступить если родильница не мочилась?

— Если родильница не мочилась и не можетъ сама это сдѣлать слѣдуетъ раньше всего принять мѣры не прибѣгая къ катетру. Мѣры эти слѣдующія: слегка надавить на пузырь черезъ брюшную стѣнку; попробовать орошеніе наружныхъ половыхъ частей теплой стерильной водой или однопроцентнымъ растворомъ лизола; нѣсколько приподнять родильницу причемъ акушерка поддерживаетъ ее сѣвши позади ея; выйти изъ комнаты т. к. нѣкоторыя стѣсняются мочиться при постороннихъ. Если эти мѣры не приведутъ къ цѣли, то надлежитъ выпустить мочу катетромъ.

9) Какой катетръ слѣдуетъ употреблять и почему?

— Стекланный, — потому что онъ легко стерилизуется и гладкіе края его отверстия не наносятъ пораненій слизистой оболочкѣ мочеиспускательнаго канала какъ это легко можетъ случиться при употребленіи металлическаго катетра.

10) Какія мѣры слѣдуетъ принять, чтобы не принести вреда при выпусканіи мочи?

— Прежде всего привести себя и половые органы родильницы въ асептическое состояніе, найти отверстие мочеиспускательнаго канала и только тогда вводить катетръ. Вводитъ его очень осторожно; родильница должна лежать съ приподнятымъ туловищемъ, чтобы кишки надавливали на пузырь чѣмъ будетъ воспрепятствовано проникновеніе въ него воздуха.

11) Какъ слѣдуетъ произвести уборку, каковы предосторожности, какимъ матеріаломъ надлежитъ пользоваться при уборкѣ; чѣмъ покрыть наружные половые органы и съ какой цѣлью?

— Продвинувъ подъ ягодицы родильницы свѣжевымытое горячей водой подкладное судно предлагаютъ ей помочиться.

Въ это время акушерка приготовляетъ чистое бѣлье, подкладную и все необходимое для уборки, приводитъ себя въ асептическое состояніе, приступаетъ къ обмыванію наружныхъ половыхъ органовъ родильницы, а также входа во влагалище раскрывъ слегка большія срамныя губы, стараясь не разрушить грануляцій и спаекъ, дабы не способствовать проникновенію заразныхъ началъ. Затѣмъ, присыпавъ ксероформомъ пораненія и ссадины покрываютъ половую щель стерильной ватой или лигниномъ укрѣпивъ ихъ повязкой. Этимъ предохраняютъ половые части отъ загрязненія.

12) Въ чемъ опасность какъ для самой родильницы, такъ и для новорожденнаго, если постель испачкана выдѣленіями.

— Родильница дотронувшись руками къ грязной постели, легко можетъ ими заразить грудные соски и вызвать ихъ заболѣваніе; тоже можетъ занести въ глазки ребенка и заразить ихъ.

13) Въ чемъ состоитъ забота о кишечникѣ, какія слабительныя слѣдуетъ употреблять и какихъ избѣгать.

— Прежде всего надлежитъ избѣгать слабительныхъ вызывающихъ сильную перистальтику кишекъ, а слѣдуетъ ограничиться нижеслѣдующими: магнезія, (столовую ложку на пріемъ), англійская соль (столовую ложку), касторовое масло (одну, двѣ столовые ложки) минеральныя воды—Баталинская вода, Апента, Гуніяди—Янось—по стакану на пріемъ. Слѣдуетъ избѣгать горькихъ лѣкарственныхъ веществъ, т. к. они портятъ вкусъ молока и ребенокъ не беретъ груди.

14) Какъ надо готовить маслянную клизму?

— Для этой цѣли берутъ два стакана прованскаго масла, и растирая его съ яичнымъ бѣлкомъ прибавляютъ воду и мѣшаютъ до полученія эмульсіи. Дѣлается это съ той цѣлью, чтобы масло, какъ болѣе легкое въ сравненіи съ водой вещество не всплывало бы на поверхность воды и введеніе его въ кишечникъ не было бы достигнуто.

15) Какъ изготовляется фізіологическій растворъ, каковы показанія къ его примѣненію?

— Для приготовления фізіологическаго раствора берутъ шесть граммъ химически—чистой поваренной соли и растворяютъ въ

одномъ литрѣ стерильной воды. Примѣняютъ этотъ растворъ или въ видѣ клизмы по 500,0 на разъ или впрыскиваютъ подъ кожу (для чего выбираютъ мѣста, богатая жировой клѣтчаткой—низъ живота, бедра, ягодицы) по 200,0 на разъ. Цѣль его употребленія повысить кровяное давленіе, а потому его назначаютъ при значительныхъ потеряхъ крови во время или послѣ родовъ. Назначаютъ его также при послѣродовыхъ заболѣваніяхъ съ цѣлью разжиженія яда попавшаго въ организмъ и выведенія его изъ организма.

16) Какъ надо кормить родильницу?

— Первые 3—4 дня слѣдуетъ давать жидкую пищу: бульонъ, молоко, чай, кисель; къ чаю и бульону разрѣшается простой сахаръ, позже переходятъ постепенно къ рубленному мясу, птичь и т. п.

17) Когда можно разрѣшить родильницѣ встать и чѣмъ надо руководствоваться при рѣшеніи этого вопроса весьма важнаго для ея будущаго?

— При рѣшеніи вопроса о вставаніи отнюдь не играетъ роли количество проведенныхъ въ постели дней. Slѣдуетъ руководствоваться состояніемъ здоровья родильницы и степенью обратнаго развитія ея половыхъ органовъ: хорошее самочувствіе, нормальная температура, неокрашенная кровью лохія, матка опустившаяся въ полость малаго таза, нормальный пульсъ—вотъ тѣ признаки, при наличности которыхъ можно разрѣшить родильницѣ покинуть постель.

18) Почему важно присутствіе акушерки при первомъ вставаніи родильницы?

— При первомъ вставаніи вслѣдствіе быстрой перемѣны положенія тѣла легко можетъ наступить обморочное состояніе, а потому, чтобы предупредить таковое, желательно присутствіе акушерки.

19) Какіе совѣты слѣдуетъ преподать родильницѣ относительно ея поведенія въ дальнѣйшемъ?

— Объяснить ей, что она должна себя считать больной втеченіе трехъ, четырехъ недѣль, а потому она нуждается въ отдыхѣ и не должна работать—избѣгать всякихъ хлопотъ по хозяйству избѣгать подъема тяжестей и проч.

20) Насколько важно точное и въ строгомъ порядкѣ выполненіе упомянутыхъ выше правилъ при уходѣ за родильницей.

— Акушеркѣ надлежитъ добросовѣстно съ чувствомъ выполненія своего долга строго проводить на практикѣ вышеуказанныя правила, т. к. всякое отступленіе отъ нихъ можетъ послужить причиной тяжелыхъ подчасъ смертельныхъ заболѣваній родильницы, а также заложить фундаментъ для серьезныхъ и нерѣдко неизлѣчимыхъ заболѣваній въ будущемъ. Пусть все будетъ выполнено не для показа окружающимъ, а такъ, чтобы совѣсть была чиста; да не испытаетъ акушерка великаго горя при сознаніи, что она была причиной смерти матери осиротѣвшихъ дѣтей!!



# О т а з ъ.

## 1) Что такое тазъ?

— Тазъ представляет собою толстостѣнное костное кольцо, составляющее переходъ туловища къ нижнимъ конечностямъ и состоитъ изъ двухъ безымянныхъ костей и крестца, служащаго задней его стѣнкой.

## 2) Какія части таза мы различаемъ?

— Мы различаемъ верхнюю часть, образованную подвздошными костями это **БОЛЬШОЙ ТАЗЪ**, стѣнками котораго съ боковъ служатъ подвздошныя кости, а сзади послѣдній поясничный позвонокъ образующій на мѣстѣ сочлененія своего съ крестцомъ выступъ вдающійся въ полость таза—**МыСЪ**; спереди полость большого таза представляется открытой, т. е. немѣющей костной стѣнки. Нижній отдѣлъ таза—**МАЛЫЙ ТАЗЪ** со всѣхъ сторонъ ограниченъ костными стѣнками представляя костный каналъ открытый сверху и снизу. Боковыми стѣнками этого канала служатъ сѣдалищныя кости, передней стѣнкой лобковыя кости съ лоннымъ соединеніемъ, а заднюю стѣнку составляетъ крестецъ имѣющій переднюю вогнутую поверхность, почему и полость малаго таза представляется изогнутой кпереди. На мѣстѣ перехода большого таза въ малый обѣ безымянныя кости какъ бы надломлены подъ угломъ и линія этого кажущагося надлома называется **БЕЗЫМЯННОЙ ЛИНІЕЙ**, которая вмѣстѣ съ верхнимъ краемъ крестца образуетъ верхнюю гранцу малаго таза—**ВХОДЪ** въ малый тазъ, имѣющій форму **ПОПЕРЕЧНО РАСПОЛОЖЕННАГО ОВАЛА**. Нижнюю границу—**ВЫХОДЪ** малаго таза—составляетъ пространство лежащее между нижнимъ краемъ лоннаго соединенія и копчикомъ и имѣетъ также форму **ОВАЛА** но расположеннаго не поперечно, а **ПРЯМО**.

## 3) Можетъ ли представить большой тазъ интересъ съ акушерской точки зрѣнія, т. е. въ смыслѣ препятствія, ко-

торое онъ мажетъ оказать плоду при прохожденіи чрезъ костный каналъ?

— Нѣтъ, потому что какъ бы малы не были размѣры подвздошныхъ костей вмѣстимость большого таза окажется достаточной т. к. переднюю его стѣнку составляютъ податливыя и растяжимыя стѣнки живота.

4) Почему же насъ интересуютъ его размѣры?

— Т. к. по его размѣрамъ мы судимъ о размѣрахъ и формѣ малаго таза.

5) Какіе размѣры мы называемъ ПРЯМЫМИ?

— Идущіе спереди назадъ.

6) Какіе размѣры мы называемъ ПОПЕРЕЧНЫМИ?

— Идущіе справа налево.

7) Какіе размѣры мы называемъ КОСЫМИ?

— Идущіе спереди назадъ въ косвенномъ направленіи.

8) Какія наружныя измѣренія важны для сужденія о тазѣ съ акушерской точки зрѣнія?

— Для сужденія о тазѣ необходимо запомнить наружныя размѣры его у взрослой хорошо сложенной женщины, принимая въ расчетъ и мягкія части. Насъ интересуютъ также вертела бедренныхъ костей, лежащія на протяженіи боковой стѣнки таза. Такимъ образомъ мы запомнимъ слѣдующіе размѣры: 1) Разстояніе между гребешками подвздошныхъ костей—28 сантим. 2) Разстояніе между передними верхними остями подвздошныхъ костей—24 сантим. 3) Разстояніе между вертелами—32 сантим. 4) Разстояніе отъ середины верхняго края лоннаго сочлененія до ямки находящейся подъ остистымъ отросткомъ послѣдняго поясничнаго позвонка—НАРУЖНАЯ КОНЪЮГАТА БОДЕЛОКА—20 сантим. 5) Заслуживаетъ также вниманія НАРУЖНАЯ ОКРУЖНОСТЬ ТАЗА, которая у хорошо сложенной взрослой средне-упитанной женщины—90 сантим.

9) При помощя чего и какимъ образомъ производятся вышеупомянутыя измѣренія?

— Измѣренія таза производятся ТАЗОМѢРОМЪ БОДЕЛОКА, представляющій собою родъ циркуля съ градуированной линейкой и съ пуговчатыми концами на обѣихъ ножкахъ. По дѣленіямъ линейки мы опредѣляемъ степень расхожденія ножекъ и тѣмъ самымъ длину пространства между ними.

10) Какимъ образомъ опредѣляютъ разстояніе между гребешками подвздошныхъ костей?

— Слѣдуетъ водить ножками тазомѣра вдоль наружныхъ краевъ подвздошныхъ гребешковъ и взять наибольшее разстояніе между ними.

11) Какъ опредѣлить разстояніе между верхними передними остями подвздошныхъ костей?

— Слѣдуетъ поставить пуговки ножекъ тазомѣра на выступы этихъ остей.

12) Какимъ образомъ опредѣляютъ разстояніе между большими вертелами?

— При положеніи изслѣдуемой на спинѣ со сведенными бедрами ставятъ ножки тазомѣра на выдающіеся точки большихъ вертеловъ.

13) Какъ опредѣляютъ наружную конъюгату?

— Для этого кладутъ изслѣдуемую на бокъ и ставятъ одну ножку тазомѣра на ямку находящуюся подъ остистымъ отросткомъ послѣдняго поясничнаго позвонка, а другую ножку на средину верхняго края лоннаго сочлененія (20—21-сантм.).

14) Какъ опредѣляется наружная окружность таза?

— Для этой цѣли пользуются тесьмой дѣленной на сантиметры. Изслѣдуемая стоитъ со сведенными ногами; тесьма накладывается такъ, что она по бокамъ таза ложится между гребешками подвздошныхъ костей и выступами вертеловъ, а спереди замыкается у верхняго края лоннаго сочлененія (90-сантм.).

15) Какіе размѣры малаго таза необходимо знать для пониманія родового акта?

— Для пониманія акта родовъ намъ важно знать:

1) Во входѣ въ малый тазъ: а) Прямой размѣръ—разстояніе отъ верхняго края лоннаго соединенія до мыса—11-сантм. б) Поперечный размѣръ—разстояніе между наиболѣе отдаленными точками безымянной линіи въ поперечномъ направленіи—13-сантм. в) Правый косой размѣръ—разстояніе отъ праваго крестцово-подвздошнаго сращенія до лѣваго лонно-подвздошнаго бугорка—12-сантм. г) Лѣвой косой размѣръ—разстояніе отъ лѣваго крестцово-подвздошнаго сращенія до праваго лонно-подвздошнаго бугорка—12-сантм.



2) Въ средней части полости таза: а) Прямой размъръ—разстояніе отъ середины внутренней поверхности лоннаго соединенія до мѣста сращенія второго и третьяго крестцовыхъ позвонковъ=12 сантим. б) Поперечный размъръ—разстояніе между серединами внутренней поверхности нисходящихъ вътвей сѣдалищныхъ костей=12 сантим.

3) Въ выходѣ малаго таза: а) Прямой размъръ—разстояніе отъ нижняго края лоннаго соединенія до верхушки копчика= $9\frac{1}{2}$  сантим., можетъ при нормальной подвижности копчика увеличиться до  $11\frac{1}{2}$  стм. б) Поперечный размъръ—разстояніе между серединами сѣдалищныхъ бугровъ= $10\frac{1}{2}$  сантим.

16) Какіе діаметры могутъ служить вспомогательными для опредѣленія прямого размѣра входа въ тазъ?

— Кромѣ описанной выше наружной конъюгаты вспомогательнымъ является ДИАГОНАЛЬНЫЙ РАЗМѢРЪ—разстояніе отъ нижняго края лоннаго соединенія до середины мыса=13 сантим.

17) Каимъ образомъ по длинѣ наружной конъюгаты опредѣляется истинная конъюгата, т. е. прямой размѣръ входа въ малый тазъ?

— Изъ найденной длины вычитаютъ 10 сантим. (соотвѣтствующіе толщинѣ крестца и лоннаго соединенія)= $21 - 10 = 11$  сантим.

18) Какимъ образомъ опредѣляютъ прямой размѣръ входа въ тазъ—ИСТИННУЮ КОНЪЮГАТУ при помощи діагональнаго размѣра?

— При положеніи изслѣдуемой на спинѣ съ немного приподнятымъ тазомъ вводятъ во влагалище средній и указательный пальцы правой руки по направленію къ мысу. Когда конецъ средняго пальца доходитъ до мыса лучевая поверхность указательнаго пальца прижимается къ нижнему краю лоннаго сочлененія и на мѣстѣ соприкосновенія пальца и края лоннаго сочлененія дѣлаютъ знакъ ногтемъ указательнаго пальца лѣвой руки. Затѣмъ, по выведенію пальца изъ влагалища, измѣряютъ разстояніе между концомъ средняго пальца и сдѣланнымъ знакомъ на указательномъ цальцѣ. Такимъ образомъ мы получаемъ длину діагональнаго размѣра. Изъ найденной величины конъюгаты вычитаемъ  $1\frac{1}{2} - 2$  сантим. смотря по высотѣ лоннаго соединенія и получаемъ 13—

2—11 сантм.—это длина прямого размѣра входа въ малый тазъ или ИСТИННОЙ КОНЪЮГАТЫ.

19) Что мы называемъ тазовой осью?

— Линія мысленно проведенная чрезъ середины всѣхъ прямыхъ размѣровъ малаго таза. Она дугообразна вслѣдствіе вогнутости крестца.

20) Что такое наклоненіе таза?

— Наклоненіе таза измѣряется угломъ образуемыхъ истинной конъюгатой съ горизонтомъ; при стоячемъ положеніи— $60^{\circ}$ .

21) Всегда ли практически важно производить всѣ эти измѣренія.

— Въ пріютъ при школѣ измѣренія производятся почти въ каждомъ случаѣ родовъ, что дѣлается съ цѣлью обученія; на практикѣ же достаточно ограничиться тѣми случаями, въ коихъ имѣются данныя заподозрить неправильность таза.

22) Какія данныя могутъ заставить усумниться въ правильности таза?

— Такія данныя мы получаемъ изъ анамнеза, а также при внимательномъ осмотрѣ. Изъ анамнеза получаемъ указаніе на рахитъ (поздно стала ходить въ дѣтствѣ); узнаемъ изъ отвѣтовъ роженицы какъ протекали прежніе роды. При осмотрѣ имѣютъ значеніе: малый ростъ, искривленный позвоночный столбъ, хромота, укороченіе ноги; остроконечный животъ у первобеременныхъ и отвислый животъ у многорожавшихъ наблюдаются почти исключительно при узкомъ тазѣ; выдающіяся кзади ягодицы, причемъ образуется углубленіе въ поясничной области, указываютъ подчасъ на серьезное уклоненіе таза отъ нормы; отклоненіе позвоночника кзади можетъ указать на увеличеніе размѣровъ входа въ тазъ одновременно съ уменьшеніемъ размѣровъ выхода. Осмотръ задней поверхности туловища можетъ также дать цѣнныя данныя для сужденія о тазѣ, а именно: линія соответствующая остистымъ отросткамъ позвонковъ представляется у женщинъ ввидѣ углубленія, идущаго по средней линіи вдоль спины, а у крестцовой области это углубленіе расширяется и принимаетъ форму ромба—это РОМБЪ МИХАЭЛИСА, ограниченный четырьмя ямочками; верхняя—подъ остистымъ отросткомъ послѣдняго поясничнаго позвонка, нижняя видна на мѣстѣ соединенія ягодицъ.

ныхъ мышцъ, а боковыя ямочки обрисовываются на обѣихъ заднихъ осяхъ. Этотъ ромбъ при нормальномъ тазѣ приближается къ формѣ квадрата, причѣмъ полушаровидныя ягодицы незамѣтно сливаются съ бедрами. При неправильномъ же тазѣ картина измѣняется: то ромбъ раздается вширину и ягодицы лежатъ рѣзко выдѣляясь надъ бедрами; то ромбъ удлинняется и ягодицы надвигаются ввидѣ дряблыхъ наростовъ. Въ этихъ двухъ послѣднихъ случаяхъ требуется тщательное измѣреніе таза. Ноги также заслуживаютъ вниманія для оцѣнки таза: у рахитичекъ при сведеніи ногъ въ стоячемъ положеніи между послѣдними остается пространство, въ которомъ легко помѣщается кулакъ, чего при нормальномъ тазѣ случиться не можетъ.

23) Какимъ образомъ акушерка можетъ практически ознакомиться съ размѣрами таза безъ примѣненія тазомѣра?

— Лучшимъ надежнѣйшимъ тазомѣромъ являются наши пальцы. Ощупываніе полости таза введеннымъ во влагалище пальцемъ даетъ цѣнныя данныя не только о размѣрѣ таза, но также, что самое важное, даетъ возможность судить о соотношеніи между костнымъ каналомъ и предлежащей головкой. Если введенный во влагалище палецъ не могъ достигнуть мыса, то мы можемъ быть спокойны, что о какомъ либо значущемъ укороченіи истинной конъюгаты не можетъ быть и рѣчи. То же можно сказать о поперечныхъ размѣрахъ: при правильномъ тазѣ изслѣдующій палецъ съ трудомъ достигаетъ боковыхъ стѣнокъ таза и передней половины безымянной линіи, между тѣмъ при поперечныхъ суженіяхъ это легко удается. Измѣреніемъ наружной окружности таза тесемкой мы также можемъ установить укороченіе истинной конъюгаты, а именно: уменьшеніе окружности на пять сантиметровъ соотвѣтствуетъ укороченію конъюгаты на одинъ сантиметръ. При нормальномъ тазѣ наружная окружность равна 90 сантим. и соотвѣтствуетъ 11 сантим. длины конъюгаты. При окружности таза въ 85 сантим. длина конъюгаты 10=сантим.; при окружности въ 80 сантим. длина конъюгаты=9 сантим. и т. д.

24) Что мы называемъ НЕПРАВИЛЬНЫМЪ ТАЗОМЪ?

— Тазъ, который отличается формой или размѣрами отъ нормальнаго таза мы называемъ НЕПРАВИЛЬНЫМЪ ТАЗОМЪ.

25) На какія группы раздѣляются неправильныя тазы?

— На двѣ группы: 1) Газы не отличающіеся отъ нормальнаго таза своей формой, а лишь размѣрами. 2) Отличающіеся отъ нормальнаго таза какъ своей формой, такъ и размѣрами.

26) Какіе тазы относятся къ первой группѣ?

— Сюда относятся **ОБШИРНЫЙ ТАЗЪ СЪ РАВНОМѢРНО** увеличенными размѣрами и **ОБЩЕ-РАВНОМѢРНО** сѣуженный тазъ — размѣры одинаково уменьшены.

27) Какіе тазы принадлежать ко второй группѣ?

— Сюда принадлежать: а) Плоскіе тазы, б) Поперечно сѣуженные, в) Косые, г) Спавшіеся, д) Расщепленные, е) Тазы съ различными наростами.

28) Что мы называемъ плоскимъ тазомъ?

— Тазъ, въ которомъ прямой діаметръ укороченъ; лобокъ не выпуклый, какъ въ нормальномъ тазѣ, а плоскій.

29) Какая причина образованія плоскихъ тазовъ?

— Образуются или вслѣдствіе неправильнаго развитія и роста костей въ дѣтскомъ возрастѣ (что наблюдается у женщинъ рано въ дѣтствѣ начавшихъ тяжело работать и носить тяжести) или вслѣдствіе рахита. Въ первомъ случаѣ происходитъ придвиганіе крестца къ передней стѣнкѣ таза, отчего прямые діаметры всѣхъ отдѣловъ таза укорачиваются—это **ПРОСТОЙ ПЛОСКІЙ ТАЗЪ**. Во второмъ случаѣ крестецъ крючкообразно искривляется, т. е. дѣти рахитики поздно начинаютъ ходить и до третьяго, четвертаго года все время сидятъ—это-то сидѣніе благопріятствуетъ искривленію размягченнаго крестца. Въ этомъ **ПЛОСКО-РАХИТИЧЕСКОМЪ ТАЗѢ** укороченъ обыкновенно лишь прямой діаметръ **ВХОДА**, а въ **ВЫХОДѢ** таза прямой размѣръ можетъ быть даже больше нормальнаго.

30) Что такое **ПОПЕРЕЧНО-СѢУЖЕННЫЙ ТАЗЪ**?

— Тазъ съ укороченными поперечными размѣрами вслѣдствіе сближенія подвздошныхъ костей. Такое сближеніе можетъ произойти отъ врожденной узости крестцовой кости служащей распоркой подвздошныхъ костей или вслѣдствіе искривленія позвоночника съ отодвиганіемъ **КЗАДИ** верхней части крестца, который перестаетъ служить распоркой, давая возможность подвздошнымъ костямъ сближиться. Такое удаленіе верхней части крестца

кзади служить причиной УДЛИНЕНИЯ прямого діаметра входа въ малый тазъ, которое замѣчается одновременно съ укороченіемъ поперечнаго діаметра.

### 31) Что такое КОСОЙ ТАЗЪ?

— Тазъ, у котораго лѣвая и правая половины отличаются одна отъ другой своей формой, вслѣдствіе чего измѣнены косые діаметры—откуда и названіе КОСО СЪУЖЕННЫЙ. Причиной служатъ или врожденное недоразвитіе одной изъ подвздошныхъ костей или воспаленіе крестцово-подвздошнаго сочлененія или тазобедреннаго сустава, или недостакокъ одной изъ нижнихъ конечностей.

### 32) Что такое СПАВШИЙСЯ ТАЗЪ?

— Въ спавшемся тазѣ крестецъ и боковыя стѣнки представляются ввалившимися въ полость таза, отчего просвѣтъ сильно суженъ. Причина—ОСТЕОМАЛЯЦІЯ, при которой кости скелета теряютъ твердость и легко искривляются; такимъ образомъ вслѣдствіе давленія на стѣнки таза со стороны позвоночника и нижнихъ конечностей его кости изгибаются внутрь.

### 33) Что такое РАСЩЕПЛЕННЫЙ ТАЗЪ?

— Въ расщепленномъ тазѣ лобковыя кости не срослись и отдѣльно торчатъ кпереди—уродство сопутствующее неправильнымъ развитіемъ мочеполовыхъ органовъ.

34) Какіе неправильныя тазы наичаще встрѣчаются на практикѣ и какіхъ они требуютъ акушерскихъ пособій.

— Наичаще встрѣчаются узкіе тазы, причемъ они требуютъ разнообразныхъ акушерскихъ пособій, смѣтрян по степени суженія.

### 35) Какъ дѣлятся тазы по степени суженія?

— Дѣлятся на четыре степени суженія.

36) Какіе тазы относятся къ первой степени суженія и какъ протекають при нихъ роды?

— Къ первой степени относятся тазы съ діаметромъ входа въ 11—9½ сантим. При нихъ роды протекають правильно; подчасъ немного замедляются. Специальной акушерской помощи обыкновенно не требуется.

37) Какіе тазы относятся ко второй степени суженія и какая помощь требуется при нихъ во время родовъ?

— Сюда относятся тазы съ діаметромъ въ 9½—7 сантим. При этой степени сѣуженія требуется или наложеніе щипцовъ, если головка фиксирована или поворотъ если головка подвижна. При слишкомъ большой головкѣ можетъ потребоваться прободеніе ея.

38) Какъ надлежитъ поступить акушеркѣ, если къ ней обратилась беременная, у которой оказался тазъ сѣуженный въ 7—8 сантим.?

— Имѣя въ виду, что при такомъ тазѣ исходъ родовъ зависитъ отъ величины головки ребенка, при чемъ эта величина можетъ возрасти до необходимости прободенія ея, акушерка обязана поставить на видъ беременной, что въ интересахъ ея ребенка необходимо искусственное прерываніе беременности вначаль девятаго мѣсяца, причемъ такой недоношенный плодъ родится самостоятельно. При незначительномъ сѣуженіи искусственные роды можно замѣнить діетой по ПРОХОВНИКУ, который предложилъ начиная съ седьмого мѣсяца беременности назначать скудную діету—мало жидкостей и углеводовъ, что вліяетъ на величину плода. Его спеціальныя предписанія сводятся къ слѣдующему: 5—6 недѣль до родовъ давать УТРОМЪ: чашку кофе или чаю и 15 граммъ сухарей; ВЪ ПОЛДЕИЪ: мясо разныхъ сортовъ, яйца, рыбу различнымъ образомъ приготовленную, очень немного подливки, немного свѣжихъ овощей въ маслѣ, салатъ, сыръ; ВЕЧЕРОМЪ—тотъ же режимъ и 40—50 граммъ хлѣба. ЖИДКОСТИ: 300—400 граммъ легкаго вина въ день. ЗАПРЕЩЕЮТСЯ: вода, супы, картофель, мучное, сахаръ и пиво.

39) Какой режимъ для беременныхъ предложенъ съ цѣлью уменьшенія плода кромѣ режима Проховника?

— Заслуживаютъ вниманія діететическія предписанія предложенныя докторомъ Ламаномъ, который, основываясь на томъ, что увеличеніе объема плода стоитъ въ зависимости отъ неправильнаго состава крови матери при обыкновенно принятомъ питаніи изобилующемъ водой при отсутствіи минеральныхъ солей, названныхъ имъ „питательными соками“, совѣтуетъ „сухую діету“ и потребленіе богатыхъ минеральными солями фруктовъ и овощей. Такимъ образомъ карточка его блюди слѣдующая: УТРОМЪ РАНО—чашка кофе съ молокомъ и небольшимъ количествомъ хлѣба съ масломъ; НА ЗАВТРАКЪ: хлѣба съ масломъ, свѣжій творогъ, фрукты; НА ОБѢДЪ: зеленые овощи, вареные фрукты, тушеные зеленые овощи (зимою) и картофель, а мясо въ очень маломъ количествѣ; НА УЖИНЪ подають оставшіеся отъ обѣда

зеленые овощи, картофельный кисель, макароны, Грэмовскій (докторскій) хлѣбъ съ масломъ, свѣжій творогъ или мягкій сыръ (не острый, возбуждающій жажду,) овощи, орѣхи, стаканъ кислаго молока. Какъ діететическія мѣры при такомъ режимѣ являются: постоянное пользованіе свѣжимъ воздухомъ, для чего лѣтомъ днемъ и ночью держать окна открытыми. Зимой обязательна хорошая вентиляція. Предписывается въ достаточной мѣрѣ движеніе не стѣсняясь взбираниемъ на горы. Спать на легко проницаемыхъ тюфякахъ (набитыхъ соломой, морской травой или волосомъ) и ни въ коемъ случаѣ на перинахъ. Одѣвать свободно сшитое платье изъ проницаемой для воздуха ткани.

40) Какіе тазы относятся къ третьей степени суженія и какъ протекають при нихъ роды?

— Къ третьей степени суженія относятся тазы съ діаметромъ входа въ 7—5½ сантим. При этой степени суженія ребенокъ не можетъ пройти живымъ чрезъ костный каналъ, т. ч. для его извлеченія приходится, съ цѣлью уменьшенія его размѣровъ, прибѣгнуть къ прободенію и раздробленію головки. Если же мать желаетъ имѣть живого ребенка, то она должна согласиться на кесарское сѣченіе, т. е. извлеченіе ребенка чрезъ разрѣзь живота и стѣнки матки.

41) Какіе тазы относятся къ четвертой степени суженія?

— Тазы съ діаметромъ менѣе 5½ сантим. Для извлеченія ребенка необходимо кесарское сѣченіе.

42) Какъ протекають роды при ОБШИРНЫХЪ ТАЗАХЪ?

— Головка при прохожденіи чрезъ родовую каналъ не конфигурируется, т. к. не встрѣчаетъ препятствія со стороны таза. Лишь въ выходѣ она встрѣчаетъ препятствіе со стороны промежности, которая при быстромъ прохожденіи головки, не успѣвъ растянуться, сильно рвется.

43) Въ чемъ состоитъ помощь акушерки при такихъ родахъ?

— Принять извѣстныя ей мѣры для замедленія акта прорѣзыванія головки: запрещаетъ роженицѣ тужиться, удерживаетъ рукой напирющую головку и особенно тщательно поддерживает промежность.

44) Что такое УЛИЧНЫЕ роды и какія послѣдствія при нихъ для матери и ребенка?

— Если роды наступили неожиданно (внезапные или уличные

роды) такъ что женщина не имѣла времени лечь въ постель, то ребенокъ можетъ упасть на полъ или на мостовую. Тогда онъ можетъ пострадать отъ ушибовъ, или, вслѣдствіе разрыва пуповины, отъ кровоточенія. Роженица же или отъ выворота матки, т. к. ребенокъ падая на полъ тянетъ при посредствѣ пуповины дѣтское мѣсто и, если оно еще не отдѣлилось, то оно тянетъ за собой дно матки и происходитъ выворотъ матки, могущій привести къ смертельному исходу. Мать также можетъ пострадать вслѣдствіе невозможности на улицѣ провести роды асептично. Возможны также, вслѣдствіе быстрого опорожненія матки, атонія (разслабленіе) ея мускулатуры и обильныя потери крови по окончанію родовъ.

45) Какъ должна поступить акушерка во время родовъ при обширномъ тазѣ, имѣя въ виду атоническія кровотечения въ послѣродовомъ періодѣ?

— Она должна предупредить окружающихъ о необходимости пригласить врача.

46) Какія обязанности вытекаютъ для акушерки изъ тѣхъ свѣдѣній, которыя она почерпнула о неправильныхъ тазяхъ?

— Ввиду этихъ свѣдѣній, акушерка должна проникнуться сознаніемъ, что, приглашенная къ беременной или роженицѣ, какъ это обыкновенно на практикѣ бываетъ, еще до врача, она, являясь первой совѣтницей, вмѣстѣ съ тѣмъ отвѣтственна за жизнь матери и ребенка. Поэтому она обязана относиться съ должнымъ вниманіемъ и всесторонне изслѣдовать пациентку, дабы не просмотрѣть тѣхъ признаковъ, (симптомовъ), которые укажутъ ей на возможность тяжелыхъ осложненій во время родовъ, угрожающихъ какъ роженицѣ, такъ и ея ребенку, Своевременнымъ указаніемъ на необходимость пригласить врача она можетъ спасти и мать и дитя.





## ЛИЦЕВЫЯ ПОЛОЖЕНІЯ И РОДЫ ПРИ НИХЪ.

1) Въ какикъ случаяхъ предлежащей частью становится личико?

— Въ тѣхъ случаяхъ, когда членорасположеніе младенца предлежащаго головкой измѣняется настолько, что подбородокъ удаляется отъ груди, а затылокъ упирается въ тыльную поверхность шейки плода, то предлежащею частью становится ЛИЧИКО.

2) Какъ часто встрѣчается предлежаніе личикомъ?

— Одинъ разъ на 250 родовъ.

3) Какъ мы различаемъ лицевыя предлежанія по времени ихъ возникновенія?

— Мы различаемъ лицевыя предлежанія ПЕРВИЧНЫЯ, когда онѣ устанавливаются еще во время беременности и ПОСЛѢДОВАТЕЛЬНЫЯ если онѣ возникли во время родовъ изъ затылочныхъ предлежаній.

4) Въ какой части таза происходитъ переходъ затылочнаго въ лицевое предлежаніе?

— Обыкновенно при установкѣ головки во входъ въ тазъ и гораздо рѣже въ полости таза.

5) Каковы причины возникновенія лицевыхъ положеній?

— Всѣ условія, препятствующія головкѣ продвигаться въ тазъ въ согнутомъ состояніи затылкомъ внизъ (т. е. при правильномъ членорасположеніи), благоприятствуютъ возникновенію лицевыхъ предлежаній. Сюда относятся: суженіе тазового кольца, неподатливость нижняго сегмента матки, косыя положенія матки (при сокращеніяхъ матка способствуетъ удаленію туловища отъ головки—подбородка отъ груди). Этому способствуетъ также форма головы и величина ея. Такъ при доихоцефалической формѣ головки (удлиненіе затылка) осевое давленіе передаваемое на болѣе

короткое плечо рычага, которым обыкновенно бывает затылок, въ данномъ случаѣ передается на переднюю часть черепа какъ оказавшуюся короче удлиненаго затылка. Далѣе, опухоли мѣшающія сгибанію головки, какъ врожденный зобъ и др.

б) Какъ распознается лицевое предлежаніе?

— При наружномъ изслѣдованіи акушерка приѣмами ощупыванія устанавливаетъ продольное положеніе плода и черепное предлежаніе, но ощупывая головку (3-ій приѣмъ), она, при внимательномъ отношеніи къ дѣлу, убѣждается, что головка стоитъ не по срединной линіи, а какъ бы занимаетъ половину таза, причемъ со сторооы этой половины головка легко прощупывается, а въ противоположной половинѣ ничего не находитъ. При податливыхъ и не жирныхъ стѣнкахъ живота иногда удается прощупать выступъ подковообразной формы соотвѣтствующей нижней челюсти и подбородку; со стороны спинки, между ней и запрокинутымъ назадъ затылкомъ, находимъ очень характерное для лицевыхъ предлежаній, какъ бы прорубленное топоромъ значительное углубленіе. При **ВЫСЛУШИВАНІИ** сердцебіенія плода характерно то, что звуки проводятся яснѣе на уровоѣ пупка, что объясняется стояніемъ головки надъ тазомъ; притомъ со стороны мелкихъ частей, т. к. при разогнутомъ туловищѣ плода грудка его лежитъ ближе къ стѣнкѣ живота, чѣмъ спинка. При внутреннемъ изслѣдованіи въ періодъ **РАСКРЫТІЯ** головка стоитъ очень высоко и отклонена нѣсколько въ сторону, такимъ образомъ головка не выполняетъ тазового входа, При этомъ пузырь сильно напряженъ вслѣдствіе обилія переднихъ водъ. Эти условія обязують акушерку быть крайне осторожной при внутреннемъ изслѣдованіи. т. к., видя отступленіе отъ нормы, она рискуетъ порвавъ водный пузырь, быть причиной серьезныхъ осложненій. Такимъ образомъ внутреннее изслѣдованіе въ періодъ изгнанія не даетъ ничего существеннаго, но можетъ возбудить вниманіе и отчасти подтвердить данныя добытыя наружнымъ изслѣдованіемъ. Въ періодъ **ИЗГНАНІЯ** когда произошло полное раскрытіе и пузырь лопнулъ, можно твердо установить, что имѣемъ дѣло съ предлежаніемъ личика: широко обходя предлежащую часть изслѣдующій палець ощущаетъ цѣлый рядъ выступовъ и углубленій: лобный шовъ, по обѣимъ сторонамъ глазныя впадины съ глазками, ощущаемые какъ мягкіе шарики; ниже глазокъ, носикъ со своей очень характерной пирамидальной формой, на основаніи носика два отверстія ноздрей; ниже носика ротикъ, въ который палець легко проникаетъ и нѣрѣдко чувствуетъ сосаніе ребенка и, наконецъ, подбородокъ.

7) Какъ опредѣляется позиція при внутреннемъ изслѣдованіи?

— Если прощупывается подбородокъ, то понятно, что спинка находитъ на противоположной сторонѣ. Если до подбородка не доходимъ, то позицію опредѣляемъ по носу, ноздри котораго обращены въ сторону подбородка.

8) Какія обстоятельства могутъ затруднить распознаваніе лицевого предлежанія?

— Когда періодъ изгнанія затягивается и на личикѣ образуется значительная родовая опухоль, распознаваніе значительно труднѣе, т. к. лицевое предлежаніе легко смѣшавъ съ предлежаніемъ ягодицъ или плечика: набухшія щеки, приблизившись другъ къ другу, разъединяются лишь щелью по срединной линіи, что напоминаетъ тоже самое при предлежаніи ягодицъ; палецъ, прощупывая глубже разбухшія губы, легко впадаетъ въ ошибку, считая, что дѣло идетъ о заднемъ проходѣ. Однако слѣдуетъ помнить, что ротикъ легко пропускаетъ палецъ; для то же чтобы проникнуть въ задній проходъ потребуется нѣкоторое насиліе: войдя въ ротикъ палецъ ощущаетъ челюсти и подчасъ чувствуетъ, какъ сказано выше, сосаніе. Слѣдуетъ также помнить, что нахожденіе носика, который не измѣняетъ своей формы ни при какихъ обстоятельствахъ, даетъ твердую опору для распознаванія не только предлежанія личика, но и позиціи. Что касается возможности смѣшавъ съ предлежаніемъ плечика, то ошибки легко избѣгнуть, т. к. при внимательномъ изслѣдованіи въ этомъ случаѣ легко прощупать ребра.

9) Каково теченіе родовъ при лицевыхъ положеніяхъ?

— Роды при лицевыхъ положеніяхъ протекаютъ тяжелѣе, чѣмъ при затылочныхъ: больше требуется времени для полной установки личика. Часто при лицевыхъ положеніяхъ наблюдается раннее отхожденіе водъ, причемъ кромѣ переднихъ вытекаетъ мимо шейки значительная часть заднихъ водъ.

10) Каковъ механизмъ родовъ при лицевомъ положеніи?

— 1-ый моментъ механизма—разгибаніе головки и опусканіе въ полость таза; 2-ой моментъ—внутренній поворотъ; 3-ий моментъ—сгибаніе головки и прорѣзываніе; 4-ый моментъ—наружный поворотъ. Когда личико глубже опустилось въ тазъ, головка стоитъ вполнѣ разогнутой; при дальнѣйшихъ потугахъ личико, остава-

ясь лицевой линіей (линія проведенная отъ лобнаго шва къ срединѣ подбородка) въ поперечномъ діаметрѣ опускается глубоко въ тазъ и у выхода таза совершаетъ внутренній поворотъ, становясь подбородкомъ кпереди (только при этомъ условіи возможно рожденіе ребенка силами природы, т. к. съ подбородкомъ кзади шейка доношеннаго живого ребенка не можетъ такъ вытягиваться, чтобы дойти до промежности по всей задней стѣнкѣ таза). Какъ только подбородокъ подошелъ подъ лонную дугу, онъ становится точкой опоры и головка дѣлаетъ сгибаніе приче́мъ мимо промежности показывается сначала темя, затѣмъ затылокъ, т. ч. головка рождается личикомъ обращеннымъ вверхъ (кпереди.) Когда плечики установливаются въ тазу, головка дѣлаетъ наружный поворотъ.

11) Какая форма головки при лицевыхъ предлежаніяхъ?

— Головка удлинена спереди назадъ и уплощена сверху внизъ.

12) Каково личико послѣ рожденія при лицевомъ положеніи?

— Ввиду того, что родовая опухоль помѣщается на личикѣ оно сильно обезображено и съ синевато-красной окраской.

13) Каково предсказаніе для матери и ребенка при лицевыхъ положеніяхъ?

— Процентъ смертности дѣтей рождаемыхъ при лицевыхъ положеніяхъ въ пять разъ превышаетъ смертность при затылочныхъ. Причина лежитъ въ раннемъ отхожденіи не только переднихъ, но и большого количества заднихъ водъ, вслѣдствіе чего матка, сократившись послѣ излитія водъ, нарушаетъ кровообращеніе въ сосудахъ ея стѣнокъ, уменьшая притокъ къ дѣтскому мѣсту и кромѣ того сдавливаетъ пуповину находящуюся на грудкѣ плода. Далѣе, при долгомъ стояніи головки въ тазу, стѣнки его могутъ сдавить шейные сосуды до нарушенія кровообращенія въ нихъ. Мать, вслѣдствіе затяжныхъ родовъ чаще болѣетъ въ послѣродовомъ періодѣ; часто страдаютъ мягкія части родового канала.

14) Какихъ осложненій возможно ожидать при лицевомъ положеніи?

— При лицевыхъ положеніяхъ головка прорѣзывается большимъ косымъ діаметромъ вслѣдствіе, чего промежность, подвергаясь особенно сильному растяженію, часто разрывается.

15) Каковы обязанности акушерки при ведении родов при лицевых положениях?

— Акушерка, зная тѣ осложнения какія могутъ быть какъ для матери, такъ и для ребенка, обязана пригласить врача въ особенности если роды затягиваются и при внутреннемъ изслѣдованіи оказалось, что подбородокъ не имѣетъ склонности повернуться впередъ, чтобы приблизиться къ лобку. Въ періодъ раскрытія необходимо принять мѣры къ сохраненію воднаго пузыря: роженица не должна тужиться, не ходить, а лежать спокойно; лежать на боку причемъ если матка наклонена болѣе вправо, то на лѣвомъ боку и обратно. По отхожденію водъ лежать на боку на тѣхъ же основаніяхъ. Послѣ отхожденія водъ изслѣдовать осторожно, чтобы не поранить глазокъ и ротика. При прорѣзываніи, ввиду опасности грозящей промежности, принять всякія мѣры къ ея сохраненію. Слѣдуетъ помнить, чтобы, поддерживая промежность, не прижать шейки къ лобку и причинить вредъ ребенку сдавливаніемъ шейныхъ сосудовъ новорожденнаго. Съ обезображеннымъ вслѣдствіе родовой опухоли лицомъ, не слѣдуетъ показывать матерн, дабы ее не испугать.



# Положенія тазовымъ концомъ.

1) Что мы называемъ тазовымъ положеніемъ?

— Когда плодъ лежитъ въ продольномъ положеніи, причемъ ближе ко входу въ тазъ предлежитъ его тазовой конецъ, мы говоримъ о тазовомъ положеніи.

2) Какіе виды тазового положенія мы различаемъ?

— Мы различаемъ: а) Чистое или **простое** ягодичное положеніе, если въ тазъ вступаютъ только обѣ ягодичныя, б) Если вмѣстѣ съ ягодичными вступаютъ обѣ ножки, при нормальномъ членорасположеніи плода, т. е. съ пятками, то это будетъ **ПОЛНОЕ ЯГОДИЧНОЕ ПОЛОЖЕНІЕ** и в) Если съ ягодичными вступаетъ одна пятка, то мы имѣемъ дѣло съ **НЕПОЛНЫМЪ ЯГОДИЧНЫМЪ ПОЛОЖЕНІЕМЪ**, г) если впереди лежатъ ножки или колѣна, то мы называемъ ихъ полными или неполными ножными или колѣнными предлежаніями смотря по тому, одна или обѣ ножки, одно или оба колѣна вступаютъ въ тазъ.

3) Какъ опредѣляется позиція при тазовыхъ положеніяхъ?

— Такъ же какъ при черепныхъ — по спинкѣ.

4) Какимъ образомъ распознаются положенія тазовымъ концомъ?

— Предлежанія тазовымъ концомъ могутъ быть распознаны еще до родовъ. Роженица при разспросахъ указываетъ, что движенія плода она чувствуетъ въ нижней части живота, При осмотрѣ обнаруживается измѣненіе формы живота (матки), а именно дно матки не такъ широко, какъ при черепныхъ предлежаніяхъ, а широкая часть ея внизу, соотвѣтственно тазовому концу плода. При ощупываніи мы находимъ въ днѣ матки круглую, твердую; баллотирующую головку; Сердцебиеніе плода слышно выше пупка.

При внутреннем изслѣдованіи или вовсе не прощупываются части плода, или крупная мягкая часть — ягодицы. Иногда мелкія части. Въ періодъ раскрытія чаще удается прощупать черезъ пупъ плодныя части. Въ періодъ изгнанія, когда воды излились, уже можно точно опредѣлить положеніе плода — прощупываются ягодицы, рѣже ножки и очень рѣдко колѣна.

5) Каковъ механизмъ родовъ при ягодичномъ положеніи?

— Законы механизма родовъ остаются тѣ-же, что и при черепныхъ предлежаніяхъ: 1-ый моментъ — сгибаніе туловища и опусканіе въ тазъ впереди лежащей ягодицы (при 1-ой позиціи — лѣвая ягодица, при второй — правая ягодица) 2-ой моментъ — внутренній поворотъ, причемъ ягодицы въ выходѣ таза устанавливаются своимъ поперечнымъ размѣромъ (лінія соединяющая бугры сѣдалищныхъ костей) въ прямомъ размѣрѣ выхода таза. 3-ій моментъ — впереди лежащая ягодица подходитъ подъ лонное сочлененіе и служитъ точкой опоры, причемъ мимо промежности выкатывается сзади лежащая ягодица и рождаются ягодицы вмѣстѣ съ ножками. 4-ый моментъ — ягодицы совершаютъ наружны поворотъ, принимая при этомъ косое положеніе, т. к. туловище съ плечиками устанавливаются въ томъ же косомъ размѣрѣ. Далѣе изгоняется туловище вмѣстѣ съ перекрещенными на грудкѣ ручками и впереди лежащее плечико подходитъ подъ лонное соединеніе, а мимо промежности прорѣзывается сзади лежащее плечико. Теперь туловище и плечики дѣлаютъ наружны поворотъ, т. к. въ это время головка устанавливается въ тазу. Далѣе головка, опустившись затылкомъ въ полость таза, въ выходѣ его дѣлаетъ внутренній поворотъ, становясь затылкомъ подъ лонную дугу, и, имѣя въ затылкѣ опору, головка дѣлаетъ сгибаніе и прорѣзывается такимъ образомъ, что мимо промежности сначала показывается подбородокъ, затѣмъ личико, лобъ и темя, за которымъ слѣдуетъ затылокъ, выкатывающійся изъ подъ лонной дуги.

6) Какова смертность дѣтей при ягодичныхъ положеніяхъ?

— Смертность 15%, т. е. въ пять разъ больше чѣмъ при затылочныхъ предлежаніяхъ.

7) Чѣмъ обуславливается такая смертность?

— Опасность для младенца обуславливается слѣдующими обстоятельствами: 1) младенцы, чтобы сохранить свою жизнь во

Время акта родовъ, должны получать все необходимое при посредствѣ дѣтскаго мѣста, или должны быть поставлены въ такія условія, чтобы ротикъ былъ свободенъ для вдыханія наружнаго воздуха. Поэтому, при черепныхъ предлежаніяхъ, по рожденіи головки, ребенокъ внѣ опасности: дышитъ воздухомъ и временная задержка туловища ему ничѣмъ не грозитъ. При ягодичныхъ же предлежаніяхъ картина иная: если туловище родится, а головка задерживается, то сдавленная задержанными частями пуповина отрѣзываетъ путь для полученія кислорода черезъ дѣтское мѣсто и младенецъ, пытаясь дышать, захлебывается окружающей жидкостью. А такая задержка послѣдующей головки, какъ болѣе крупной части обычное явленіе при недостаточной подготовленности родовыхъ путей послѣ прохожденія узкого тазового конца. Тому еще способствуетъ нерѣдко запрокидываніе вверхъ (возлѣ головки) ручекъ, что значительно увеличиваетъ размѣръ, при которомъ головка родиться не можетъ. 2) Матка освободившись отъ крупнаго туловища, значительно уменьшается въ объемъ, причѣмъ сократившись она способствуетъ частичному отдѣленію дѣтскаго мѣста, ухудшивъ такимъ образомъ условія питанія младенца.

8) Какова помощь акушерки при тазовыхъ предлежаніяхъ?

— 1) Ввиду того, что акушерка не можетъ предвидѣть, благополучно ли протекутъ роды для младенца, она, распознавъ тазовое положеніе, обязана обратиться за помощью врача. У МНОГОРОЖАВШИХЪ ПОМОЩЬ ВРАЧА МОЖЕТЪ ПОНАДОБИТЬСЯ КОГДА ЯГОДИЦЫ СТАЛИ ПОКАЗЫВАТЬСЯ, А У ПЕРВОРОЖЕННИЦЪ [КОГДА ЯГОДИЦЫ УЖЕ БОЛѢЕ НЕ ПРЯЧУТСЯ. 2) При всякомъ предлежаніи тазовымъ концомъ акушерка должна всегда имѣть въ виду, что, съ того момента, когда родились ягодичи, пуповина, идущая вдоль грудки и головки къ дѣтскому мѣсту, можетъ быть придавлена къ стѣнкамъ таза, то грудкой, то, послѣ рожденія плечиковъ, головкой, причѣмъ прекращается доставкѣ свѣжей крови изъ дѣтскаго мѣста плоду. Такого рода нарушеніе доставки кислорода младенецъ можетъ терпѣть лишь пять минутъ и, если онъ въ этотъ срокъ не будетъ извлеченъ, то задохнется. 3) Чѣмъ лучше подготовлены ПРИ ПОМОЩИ МЕДЛЕННАГО РАСТЯЖЕНІЯ мягкія родовые пути для прохожденія младенца, тѣмъ благоприятнѣе оно совершается. Поэтому акушерка должна стараться сохранить въ цѣлости водный пузырь возможно



дольше (совѣтуетъ роженицѣ не тужиться, не ходить, лежать на боку; акушеркѣ же слѣдуетъ воздержаться отъ излишнихъ изслѣдованій и если таковыя необходимы, то производить ихъ очень осторожно.) 4) Если водный пузырь все же преждевременно лопнулъ, то было бы непростительной ошибкой со стороны акушерки для воображаемаго ускоренія родовъ потягивать за впереди лежащія части плода. Къ сожалѣнію слишкомъ часто акушерки позволяютъ себѣ ненужные и вредные приемы, послѣдствіемъ которыхъ является неправильное членорасположеніе причемъ ручки запрокидываются за головку и ребенокъ погибаетъ вслѣдствіе замедленнаго извлеченія. Грубое потягиваніе какъ насильственное растяженіе ведетъ къ разрыву мягкихъ частей; оно же вызываетъ, путемъ раздраженія, спазмъ матки—новое затрудненіе къ извлеченію, т. к., обхвативъ плечики, а позже головку, матка не даетъ возможности глубже низвести эти части. Если младенецъ случайно остается живымъ, то все же послѣдствіемъ несвоевременнаго потягиванія являются переломы то плечиковъ, то ключицъ, то бедеръ,

ИМѢЯ ВЪ ВИДУ УПОМЯНУТЫЯ ОТЯГОЩАЮЩІЯ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, АКУШЕРКА ОБЯЗАНА ПРОВОДИТЬ ПОДОБНЫЯ РОДЫ, СТРОГО ПРИДЕРЖИВАЯСЯ ПЛАНОМЪРНЫХЪ ПРЕДПИСАНІЙ, ВПОЛНѢ СПОКОЙНО И ТЕРПѢЛИВО: а) Когда показываются ягодицы акушерка легкимъ давленіемъ чрезъ промежность оттягиваетъ спереди лежащее бедро къ лонному сочлененію дабы сохранить промежность. б) Послѣ прорѣзыванія ягодицъ и ножекъ акушерка должна взять ихъ своей рукой и поддерживать, чтобы онѣ не упали. в) Если пуповина проходитъ между ножками (младенецъ сидитъ верхомъ на пуповинѣ) то, разслабивъ пуповину перебрасываетъ ее чрезъ сзади лежащую ножку. г) Послѣ того какъ младенецъ родился до пупка нужно совѣтовать роженицѣ тужиться при каждой схваткѣ. д) При прорѣзываніи плечиковъ и головки поддерживать промежность. е) При выхожденіи головки должна приподнять туловище младенца по направленію къ животу матери для того, чтобы головка свободно выкатилась по промежности.

9) Какія приготовленія дѣлаетъ акушерка въ ожиданіи врача?

— Ввиду того, что можетъ понадобится извлеченіе, то для удобства выполненія этой операци акушерка готовитъ поперечную постель. Для этой цѣли кровать, на которой лежитъ роженица

придвигается своей длинной стороной къ стѣнкѣ. Посрединѣ кровати, для образованія болѣе возвышеннаго мѣста, кладется матрацъ или польстеръ, на немъ клеенка и на клеенку чистая простыня, а ноги помѣщаются на двухъ табуреткахъ, поставленныхъ у кровати такимъ образомъ, чтобы третья табуретка для оперирующаго могла помѣститься между ногами роженицы. Въ изголовьи кладется одна—двѣ подушки, дабы голова и спина лежали нѣсколько выше крестцовой области. Упомянутая выше клеенка спускается въ ведро, стоящее между табуретками и назначенное для стока въ него околоплодныхъ водъ, крови и жидкостей, употребленныхъ для дезинфекціи половыхъ органовъ. Если помѣщеніе въ пространственномъ отношеніи или время не позволяютъ устроить поперечную постель, то можно обойтись КОСОЙ постелью, причемъ одна нога роженицы помѣщается на краѣ кровати, а другая на поставленной у кровати табуреткѣ.

10) Какія обстоятельства дѣлаютъ для акушерки обязательнымъ приступитъ къ извлеченію младенца, если врачъ не прибылъ своевременно?

— Какъ сказано выше акушерка должна при нормальномъ теченіи родовъ предоставить изгнаніе плода, если нѣтъ основанія ко вмѣшательству, исключительно силамъ природы. Если же послѣ рожденія ягодиць туловище младенца прорѣзываясь задержалось на уровнѣ выше пупка и дальнѣйшее изгнаніе замедлено, то акушерка, помня объ угрожающей младенцу упомянутой выше опасности, должна зорько слѣдить, чтобы своевременнымъ вмѣшательствомъ спасти младенца: а) массируетъ матку, чтобы вызвать схватки и появившуюся схватку усиливаетъ давленіемъ на дно матки чрезъ стѣнку живота. б) Если этотъ пріемъ не ведетъ къ цѣли, а между тѣмъ являются зловѣщіе симптомы: младенецъ синѣетъ (накопленіе углекислоты въ его крови), пульсъ пуповины дѣлается слабымъ, рѣдкимъ или совсѣмъ не ощущается (признакъ того, что пуповина сдавлена,) въ прорѣзавшейся части младенца замѣчаются судорожныя движенія (означающія, что младенецъ вслѣдствіе переполненія его крови углекислотой, пытается дѣлать дыхательныя движенія,); то акушерка за отсутствіемъ врача приступаетъ къ извлеченію младенца: обвернувъ родившуюся часть пеленкой, она беретъ ее въ обѣ руки такимъ образомъ, чтобы ея большіе пальцы помѣщались по обѣимъ сторонамъ позвоночника выше ягодиць, а остальные пальцы въ паховыхъ складкахъ и бедрахъ, и медленно извлекаетъ его, потягивая внизъ пока нижній край лопатокъ не будетъ внѣ половой щели. Если при этомъ

ручки не освободились, акушерка должна осведомиться, находятся ли онъ во влагалищъ или запрокинуты вверхъ мимо головки. Въ томъ и другомъ случаѣ акушеркѣ надлежитъ извлечь ручки приче́мъ поступаетъ слѣдующимъ образомъ: 1) нужно твердо помнить, что къ освобожденію ручекъ нельзя приступать ранѣе чѣмъ нижніе УГЛЫ ЛОПАТОКЪ будутъ ВНѢ ПОЛОВОЙ ЩЕЛИ. 2) Первой должна быть освобождаема КЗАДИ лежащая ручка. 3) Захвативъ цѣлой рукой ножки ребенка поднимаютъ за нихъ туловище кверху и отводятъ его нѣсколко въ сторону противоположную направленію спинки. При такомъ поднятіи и отведеніи туловища опускается плечевая область, лежащая кзади, и ручка подлежащая освобожденію нерѣдко рождается почти произвольно. Даже если ручка запрокинута по бокамъ головки, то этимъ путемъ чрезвычайно облегчается доступъ къ ручкѣ вслѣдствіе ея болѣе низкаго стоянія. 4) Войдя двумя пальцами (указательнымъ и среднимъ) во влагалище, проникаютъ по плечу до ЛОКТЕВОГО СГИБА и надавливая на него книзу и всторону, выводятъ ручку такимъ образомъ, чтобы предплечье и кисть скользили по передней поверхности груди, такъ что наружу показывается сначала локоть, а затѣмъ предплечье и кисть. 5) Слѣдуетъ помнить, что при попыткѣ вывести ручку не дойдя до локтевого сгиба грозитъ переломъ плечевой кости. 6) Вторую ручку освобождаютъ тѣмъ же способомъ: захватываютъ туловище съ родившейся уже ручкой двумя руками въ области грудной клѣтки и поворачиваютъ его въ КОСОЙ размѣръ противоположный тому въ которомъ оно (туловище) находится; тогда спинка поворачивается въ противоположную сторону и ручка лежавшая спереди отходить въ крестцовую впадину. Теперь приподнявши туловище и отведя соотвѣтственнымъ образомъ всторону, освобождаютъ ручку СО СТОРОНЫ ПРОМЕЖНОСТИ. 7) Если ручка запрокинута вверхъ и акушерка не можетъ дойти до локтевого сгиба, то она должна положить введенные со стороны спинки два пальца на плечико ребенка и легкимъ потягиваніемъ подвинуть плечико книзу. Дойдя до локтевого сгиба освобождаетъ ручку какъ сказано выше.

11) Какъ слѣдуетъ поступать акушеркѣ если послѣ освобожденія ручекъ задержалась головка?

— Приступаетъ къ извлеченію послѣдующей головки, для чего она должна прибѣгнуть къ слѣдующимъ наиболѣе употребительнымъ способамъ:

1) Способъ ) Смелли—ребенокъ кладется верхомъ на предплечье, такимъ образомъ, что туловище его лежитъ на предплечьи одной руки, а ножки свѣшиваются по сторонамъ ея; въ то же время указательный и средній пальцы той же руки проводятъ по личику и кладутъ по сторонамъ носика. Указательнымъ и среднимъ пальцемъ другой руки, наложенными на затылокъ, надавливаютъ на него кверху. Такимъ образомъ наложенными пальцами обѣихъ рукъ производятъ сгибаніе головки, подражая естественному ходу механизма родовъ (3-ій моментъ) и головка при легкомъ потягиваніи сначала книзу, а затѣмъ вверхъ легко выводится наружу.

2) Способъ М-мъ Ляшпель—отличается отъ предыдущаго способа тѣмъ, что указательный палецъ вводится въ ротикъ и помѣщается на край нижней челюсти и этимъ пальцемъ СГИБАЮТЪ головку. Пальцы другой руки кладутъ виллообразно на плечики и извлекаютъ головку. Остерегаться не повредить челюсти, а подчасъ и язычка. Къ этому способу прибѣгаютъ въ трудныхъ случаяхъ когда введенные внутрь пальцы не достигаютъ носика.

3) ПРАЖСКИЙ СПОСОБЪ—Указательный и средній пальцы одной руки кладутся виллообразно на плечики; другой рукой обхватываютъ обѣ ножки и извлекаютъ сначала книзу пока не опустится затылокъ. Затѣмъ за ножки приподнимаютъ младенца вверхъ дугообразно къ животу матери. Способъ опасенъ, т. к. головка вмѣсто сгибанія разгибается и происходитъ растяженіе шейной части позвоночника и спинного мозга.



## О поперечныхъ положеніяхъ.

1) Что мы называемъ ПОПЕРЕЧНЫМЪ ПОЛОЖЕНІЕМЪ?

— Если ребенокъ лежитъ въ маткѣ такимъ образомъ, что ось его перекрещивается съ осью матки, такъ что головка прощупывается съ одной стороны, а ягодицы съ противоположной стороны, то мы такое положеніе называемъ ПОПЕРЕЧНЫМЪ.

2) Какія причины поперечныхъ положеній?

— Причины слѣдующія: а) чрезмѣрное растяженіе матки вслѣдствіе обилія околоплодныхъ водъ; б) наклоненія матки впередъ вслѣдствіе расслабленія брюшныхъ стѣнокъ (висячій животъ у многорожавшихъ); в) легкая подвижность второго плода при двойняхъ послѣ рожденія перваго; г) узкій тазъ, когда головка или ягодицы не могли установиться во входъ; д) Врожденная поперечная форма матки; е) Фибромы матки; ж) Предлежаніе дѣтскаго мѣста; з) Слишкомъ затянутый корсетъ, мѣшающій вертикальному росту матки.

3) Какъ опредѣляются позиція и видъ при поперечныхъ положеніяхъ?

— Позиція опредѣляется по мѣстонахожденію головки: головка слѣва—I-ая позиція, головка справа—II-ая позиція; спинка спереди-передній видъ, спинка сзади—задній видъ.

4) Что мы называемъ КОСЫМЪ ПОЛОЖЕНІЕМЪ?

— Если мы до излитія водъ находимъ головку или ягодицы вблизи входа въ тазъ, то мы имѣемъ дѣло съ КОСЫМЪ положеніемъ.

5) По какимъ признакамъ распознаются поперечныя положенія?

— Поперечныя положенія могутъ быть распознаны уже во время беременности посредствомъ наружнаго изслѣдованія: форма

матки представляется не яйцевидной, а растянутой въ поперечномъ направленіи, приче́мъ она не доходитъ вверхъ до подложечной ямки; дно матки часто прощупывается въ формѣ туза червей; на правой и лѣвой сторонѣ живота прощупываются крупныя части—головка и ягодицы; беременная на вопросъ, гдѣ она ощущаетъ движенія плода, отвѣчаетъ, что она не ощущаетъ движеній въ одномъ опредѣленномъ мѣстѣ, а чувствуетъ въ различныхъ мѣстахъ, то тутъ, то тамъ. Сердцебіеніе плода выслушивается въ области пупка, то нѣсколько выше, то нѣсколько ниже его. При внутреннемъ изслѣдованіи введенные во влагалище пальцы не прощупываютъ крупныхъ частей плода, а обыкновенно своды пусты, т. к. нижній сегментъ матки не опустился въ полость таза; иногда мимо пальцевъ проскользываютъ мелкія части плода. Въ періодъ раскрытія пальцы при внутреннемъ изслѣдованіи также не доходятъ до подлежащей части, маточный зѣвъ стоитъ высоко, раскрытіе идетъ медленно, приче́мъ зѣвъ принимаетъ рѣзко выраженную ПОПЕРЕЧНУЮ форму.

6) Какая пере́мѣна происходитъ послѣ излітія водъ?

— Послѣ излітія водъ матка плотно обхватываетъ плодь, приче́мъ почти всегда плечико помѣщается надъ входомъ въ тазъ; такимъ образомъ поперечное положеніе переходитъ въ плечевое.

7) Что мы находимъ при внутреннемъ изслѣдованіи послѣ излітія водъ?

Мы находимъ плечико, представляющееся въ видѣ круглой узкой части, отъ которой отходитъ плечевая кость въ одну сторону, а ключица и лопатка въ другую. Тутъ же, проникнувъ подъ мышку, легко прощупать ребра, чѣмъ исключается возможность смѣшенія плеча съ ягодицами. По направленію угла подмышечной впадины можно судить о позиціи, т. к. уголь обращенъ въ сторону головки. Нерѣдко въ зѣвѣ или влагалищѣ находимъ ручку, которую при внимательномъ отношеніи нельзя смѣшать съ ножкой: слѣдуетъ имѣть въ виду различное очертаніе концовъ пальцевъ ручки и ножки, а также и то, что большой палецъ ручной кисти легко отводится отъ остальныхъ пальцевъ, чего нельзя сдѣлать съ большимъ пальцемъ ступни.

8) Каково ЕСТЕСТВЕННОЕ теченіе родовъ при поперечныхъ положеніяхъ?

— Роды при поперечныхъ положеніяхъ, предоставленные естественному теченію могутъ закончиться: а) произвольнымъ поворотомъ — САМОПОВОРОТОМЪ, причемъ подвижный плодъ вначаль родовъ при цѣломъ пузырьѣ силами маточныхъ сокращеній переходитъ изъ поперечнаго положенія въ продольное, имѣя предлежащей частью головку или ягодицы — исходъ **ОЧЕНЬ РѢДКІЙ**. б) Роды при **СЛОЖЕННОМЪ ВДВОЕ ПЛОДЪ**. При этомъ послѣ излитія водъ плечико глубже вѣдряется въ тазъ, а плодъ благодаря сильнымъ схваткамъ изгибается настолько, что вслѣдъ за выступившимъ впередъ плечикомъ въ тазъ опускается головка вмѣстѣ съ прижатой къ ней грудной клѣткой, т. ч. сначала выходитъ плечико, затѣмъ головка съ грудью, далѣе животъ, тазъ и ножки. Возможно только при мертвомъ мацерированномъ плодѣ. в) **САМОИЗВОРОТОМЪ**, причемъ плечевое предлежаніе превращается въ тазовое. Происходитъ это слѣдующимъ образомъ: 1) предлежащее плечико вѣдряется въ полость таза а головка пригибается къ груди, 2) Плечико подходит подъ лонную дугу, а головка задерживается надъ горизонтальной вѣтвью лонной кости, 3) плечико и головка остаются неподвижны, а въ тазъ вгоняется грудь, затѣмъ животъ, и наконецъ ягодицы; 4) со стороны промежности прорѣзываются сначала верхняя часть туловища, затѣмъ нижняя часть туловища, ягодицы и ножки. 5) Послѣ изгнанія ягодицъ появляются плечики и головка. Такой исходъ родовъ возможенъ лишь при обширномъ тазѣ и небольшой величинѣ плода — преждевременные роды, мертвый мацерированный плодъ. г) Обыкновенно, доношенный плодъ не можетъ самопроизвольно родиться при плечевомъ предлежаніи и, предоставленный самому себѣ, онъ умираетъ въ утробѣ матери: матка послѣ излитія водъ сильно сократившись и прижавши младенца лишаетъ его всякаго питанія не только вслѣдствіе нарушенія кровообращенія въ сосудахъ матки, но и путемъ прижатія пуповины. Умершій плодъ при свободномъ доступѣ воздуха быстро подвергается гніенію. Что касается роженицы, то и на погибаетъ неразрѣшившись, причемъ причинами ея смерти являются: разрывы матки, кровотеченіе вслѣдствіе отдѣленія дѣтскаго мѣста и гнилостное зараженіе крови, какъ послѣдствіе гніенія плода.

9) Какъ должна поступить акушерка, распознавъ поперечное положеніе плода?

— Зная, что роды при поперечномъ положеніи предоставленныя естественному теченію, обыкновенно ведутъ къ смерти ребенка и матери, акушерка обязана позаботиться о скорѣйшемъ приглашеніи врача, ввиду того, что только искусственнымъ измѣненіемъ поперечнаго положенія въ продольное можно закончить роды благоприятно какъ для матери, такъ и для ребенка.

10) Помощью какой операціи исправляется неправильное положеніе плода?

— Помощью ПОВОРОТА.

11) Какія названія носятъ повороты смотря по способу ихъ выполнения?

— Наружный поворотъ, внутренній поворотъ и смѣшанный поворотъ, по способу Брэкстонъ—Гикса.

12) Что такое наружный поворотъ?

— Это поворотъ производимый со стороны брюшныхъ покрововъ посредствомъ наружныхъ приемовъ.

13) Какія условія необходимы для производства наружнаго поворота?

— Цѣлость воднаго пузыря и подвижность плода.

14) Какъ выполняется наружный поворотъ?

— При положеніи роженицы на спинъ отыскиваютъ крупныя части плода и отдавливаютъ (во время паузы) книзу ту часть, которая стоитъ ближе ко входу въ тазъ, а противоположную часть отдавливаютъ другой рукой кверху. Достигнувъ желаемаго положенія плода, кладутъ роженицу на тотъ бокъ гдѣ находилась низведенная часть плода. Результатъ этого способа ненадеженъ, т. к. нѣтъ гарантіи удержать достигнутое положеніе.

15) Въ какихъ случаяхъ противопоказанъ наружный поворотъ?

— Когда имѣются показанія къ немедленному окончанію родовъ, чего мы наружнымъ поворотомъ достигнуть не можемъ.

16) Что такое внутренній поворотъ?

— Внутреннимъ поворотомъ мы называемъ операцію совершаемую рукой введенной въ матку съ цѣлью превращенія какого



либо положенія правильного или неправильнаго въ другое продольное.

17) Какой поворотъ обыкновенно предпочитаютъ и почему?

— Изъ всѣхъ видовъ поворотовъ (на головку, ягодицы и ножки) предпочитается поворотъ на ножку, т. к. при этомъ представляется возможность легко закончить роды.

18) Какой моментъ наиболее благоприятенъ для производства этой операціи?

— Наиболее благоприятно время, когда при открытомъ зѣвѣ водный пузырь еще цѣль.

19) Какія мѣры принимаетъ акушерка, чтобы сохранить въ цѣлости водный пузырь?

— Совѣтуеть роженицѣ втеченіе періода раскрытія лежать на спинѣ; еще лучше на томъ боку, гдѣ находится нижележащая крупная часть плода (при подвижности плода такое положеніе можетъ способствовать самоповороту;) запрещаетъ тужиться, что и безъ того бесполезно въ періодъ раскрытія, а въ данномъ случаѣ очень вредно.

20) Какъ должна поступать акушерка если воды уже прошли?

— Имѣя въ виду, что всякія ощупыванія матки, какъ и внутреннія изслѣдованія, вызываютъ сокращенія ея мускулатуры и тѣмъ ухудшаютъ условія для послѣдующаго поворота, акушерка заботится о покойномъ лежаніи роженицы, запрещаетъ ей тужиться и сама избѣгаетъ всякихъ ощупываній и изслѣдованій. Выпавшія части (ручка или пуповина) завертываютъ въ гигроскопическую вату, которая кладется также и на половую щель. Если врачъ своевременно не прибылъ, то акушерка имѣетъ право приступить къ внутреннему повороту.

21) Въ чемъ состоятъ приготовленія къ операціи?

— 1) Приготовленіе поперечной постели, т. к. на ней легче произвести самый поворотъ, а также и послѣдующее извлеченіе.  
2) Опорожненіе мочевого пузыря и прямой кишки (хотя бы при приготовленіи къ родамъ уже раньше была поставлена клизма) и послѣ этого обеззараживаніе наружныхъ половыхъ органовъ и влагалища (какъ это всегда дѣлается при предстоящемъ введеніи

руки или инструментовъ въ матку). 3) Тщательная дезинфекція обнаженныхъ выше локтей рукъ оперирующаго.

22) Какой вопросъ подлежить рѣшенію, когда приготовленія къ операціи закончены?

— Надлежитъ рѣшить какую руку ввести въ матку. Для этого устанавливается мѣстонахождение ножекъ, и вводятъ ту руку, которая соотвѣтствуетъ той сторонѣ матери, гдѣ находятся ножки: если ножки находятся справа, то вводятъ лѣвую руку; если ножки слѣва, то правую руку.

23) Изъ какихъ моментовъ состоитъ операція?

— Операція состоитъ изъ трехъ моментовъ: 1) Введеніе руки въ полость матки, 2) отыскиваніе и захватываніе ножки, 3) собственно поворотъ.

24) Какъ выполняется 1-й моментъ операціи?

— Тщательно продезинфицированную руку въ мокромъ состояніи вводятъ во влагалище, такимъ образомъ, что раньше вводится полъ руки, т. е. 4 пальца, конусообразно сложенные, а затѣмъ по образованному ими жолобу вводится большой палецъ. Затѣмъ, введенную во влагалище руку поворачиваютъ тыльной стороной къ крестцовой впадинѣ. Дождавшись паузы и дойдя до зѣва, разрываютъ водный пузырь и, быстро введя руку сбоку мыса, черезъ зѣвъ проникаютъ въ полость яйца. Въ то же время свободную руку кладутъ на ту часть живота, которая соотвѣтствуетъ мѣстонахожденію ножки въ полости матки.

25) Въ чемъ состоитъ II-ой моментъ и какъ онъ выполняется?

— II-ой моментъ состоитъ въ отыскиваніи и захватываніи ножки. Отыскиваніе можетъ быть произведено двумя путями: а) рука по брюшной поверхности плода (рука должна постоянно быть обращена къ животу ладонной стороной) проникаетъ прямо къ ножкамъ—короткій путь и б) рука пробирается къ ножкамъ постепенно идя по подлежащему бочку плода до ягодицъ, далѣе по бедру до подколенной ямки и наконецъ по голени до ножки. Положенная на животъ свободная рука, дѣйствуя навстрѣчу внутренне находящейся рукъ, давитъ внизъ тазовой конецъ плода—длинный путь.

26) Какой путь для отыскиванія ножки акушерка предпочтетъ и почему?

— Слѣдуетъ предпочесть длинный путь, какъ болѣе вѣрный и недающій повода смѣшать ножку съ ручкой, что легко случается у начинающихъ.

27) Слѣдуетъ ли дѣлать поворотъ на одну или обѣ ножки?

— Слѣдуетъ предпочесть поворотъ на одну ножку, т. к. при извлеченіи или произвольномъ рожденіи тазовымъ концомъ послѣ поворота оставшаяся ножка увеличитъ размѣръ подлежащей части, (ягодиць) и этимъ родовые пути будутъ лучше подготовлены для прохожденія послѣдующей головки.

28) Какую ножку слѣдуетъ захватить и почему?

— Слѣдуетъ захватить нижележащую ножку дабы не произошло перекручиваніе плода.

29) Въ чемъ состоитъ III-й моментъ?

— III-й моментъ или собственно поворотъ состоитъ въ низведеніи захваченной ножки (низведеніе должно быть совершаемо лишь во время паузы) осторожнымъ равномернымъ влеченіемъ ея по ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ младенца сначала во влагалище и далѣе наружу.

30) Когда поворотъ считается законченнымъ?

— Когда низведенная ножка вышла наружу до колѣна.

31) Какъ слѣдуетъ поступить, закончивъ поворотъ, предоставить ли дальнѣйшее теченіе родовъ силамъ природы или немедленно приступить къ извлеченію?

— Т. к. извлеченіе ребенка чрезъ неподготовленные къ тому родовые пути нерѣдко ведетъ къ пораненіямъ мягкихъ частей, а подчасъ и глубокимъ разрывамъ шейки матки; а также и потому, что спазматически сократившаяся вслѣдствіе раздраженія шейка часто задерживаетъ головку, подвергая опасности жизнь ребенка, слѣдуетъ считать за правило предоставленіе дальнѣйшаго теченія родовъ послѣ завершеннаго поворота силамъ природы. Лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда матери или ребенку грозитъ какая либо опасность (кровотеченіе, эклампсія, порокъ сердца, тяжелыя заболѣванія легкихъ у матери или измѣнившееся сердцебиеніе у ребенка, указывающее на его слабость) надлежитъ немедленно закончить роды, приступивъ къ извлеченію ребенка.

32) Какія условія необходимы для производства внутренняго поворота?

— 1) Подвижность плода, 2) такое состояние мягких и костных частей родового канала, при котором возможно рождение плода через естественные родовые пути и 3) раскрытие зѣва достаточное для проведения руки въ матку.

33) Въ какихъ случаяхъ и какъ производится поворотъ по Брэкстонъ—Гиксу?

— Если имѣется показаніе къ окончанію родовъ (особенно при кровотеченіяхъ вслѣдствіе предлежанія дѣтскаго мѣста) и маточный зѣвъ раскрытъ лишь на два пальца, то приступаютъ къ комбинированному повороту по Брэкстонъ-Гиксу. Операция производится слѣдующимъ образомъ: одна рука вводится во влагалище, указательный и средній пальцы проводятъ черезъ зѣвъ и отодвигаютъ ими плечико въ сторону головки; Въ то же время другой рукой чрезъ брюшные покровы низводятъ тазовой конецъ ко входу. Захвативъ введенными въ зѣвъ пальцами низведенную ножку, разрываютъ пузырь и выводятъ ножку черезъ зѣвъ. Дальнѣйшее теченіе родовъ предоставляется силамъ природы.



# Кровотеченія во время беременности

## Обязанности и помощь акушерки при нихъ.

1) Каковы причины кровотеченій во время беременности?

— Тѣ же причины, которыя ведутъ къ преждевременному прерыванію беременности.

2) Что мы называемъ выкидышемъ или **абортомъ**?

— **Абортомъ** мы называемъ изгнаніе продуктовъ зачатія въ то время, когда плодъ еще не жизнеспособенъ внѣ утробы матери, т. е. до 28-ой недѣли беременности.

3) Что мы называемъ **преждевременными родами**?

— **Преждевременными родами** мы называемъ прерываніе беременности послѣ 29-ой недѣли до 39-ой недѣли.

4) Что мы называемъ **привычныйиъ выкидышемъ**?

— **Выкидышъ**, повторяющійся у одной и той же особы. нѣсколько разъ подрядъ приблизительно въ одинъ и тотъ же срокъ беременности, причѣмъ въ основаніи лежитъ одна и та же причина.

5) Какія причины возникновенія выкидыша?

— Если исключить извѣстное **предрасположеніе**, когда и малѣйшій ударъ, толчокъ, психическое возбужденіе (испугъ, страхъ, гнѣвъ) могутъ служить причиной появленія схватокъ; то, въ общемъ, причины вызывающія выкидышъ могутъ исходить отъ **отца, матери, и отъ плоднаго яйца**.

6) Какія болѣзни отца вызываютъ весьма часто абортъ?

— Изъ болѣзней отца часто вызывающихъ абортъ несомнѣнно установлено только относительно **сифилиса**.

### 7) Какія причины исходятъ отъ матери?

— Тутъ играютъ роль возрастъ, темпераментъ, недоѣданіе и лишенія, антигигиеническія условія жизни. Указываютъ и на вліяніе корсета, измѣняющаго условія свободнаго увеличенія живота; излишества относительно сношеній въ особенности въ дни соответствующіе долженствовавшимъ наступить регуламъ. Заболѣванія, обуславливающія недостатокъ кислорода (болѣзни легкихъ, сердца-почекъ) лихорадочныя инфекціонныя заболѣванія, профессіи— работа на фабрикахъ, гдѣ приходится вдыхать сѣроуглеродъ, свинцовую пыль, фосфоръ (производство спичекъ) ртуть (производство шляпъ), окись углерода (кухарки, гладильщицы бѣлья), работа на швейныхъ машинахъ (утомленіе брюшного пресса). А главное аномаліи и болѣзни матки, (загибы, опухоли, воспаленіе ея слизи, стой оболочки, надрывы шейки и др).

### 8) Какія причины аборта лежатъ въ самомъ яйцѣ?

— Причины исходящія отъ яйца слѣдующія: а) разсасываніе ранняго плода вслѣдствіе недостаточнаго литанія. Это— „**пустое яйцо**“. При изслѣдованіи такого яйца мы находимъ плаценту и остатки пуповины, какъ доказательство, что былъ плодъ. б) Перерожденіе яйца въ **пузырный заносъ**. в) Смерть плода (вслѣдствіе инфекціи со стороны матери— сифились, оспа, тифъ, холера и пр и отъ болѣзни самого яйца и его придатковъ.) г) Лопаніе воднаго пузыря и истеченіе околоплодныхъ водъ. д) Кровоизліянія въ отпадающую оболочку— разрывъ сосудовъ вслѣдствіе перерожденія ихъ стѣнокъ или какихъ либо механическихъ воздѣйствій.

### 9) Какъ долго можетъ остаться въ маткѣ умершій плодъ?

— Обыкновенно проходятъ дни и даже недѣли. Нерѣдко мертвый плодъ остается въ маткѣ сверхъ срока долженствовавшихъ наступить родовъ— „**задержанный абортъ**“— Missed abortion.

### 11) Каковы симптомы и теченіе аборта?

— Всякій абортъ отъ начала до конца сопровождается **КРОВОТЕЧЕНИЕМЪ**, т. к. отдѣленіе отпадающей оболочки обуславливаетъ разрывъ кровеносныхъ сосудовъ, которые могутъ закрыться лишь при полномъ сокращеніи мускулатуры матки, когда яйцо изгнано совершенно. Что касается **количества** теряемой крови, то оно зависитъ главнымъ образомъ отъ степени развитія отпадающей оболочки: въ первыя недѣли послѣ зачатія отпадающая оболочка мало отличается отъ обыкновенной слизистой оболочки

матки въ предменструальномъ періодъ. Наибольшаго развитія она достигаетъ въ концъ 3-го мѣсяца; затѣмъ она быстро атрофируется; т. ч. во второй половинѣ беременности она представляетъ собой лишь тоненькую кожищу (пленку)

Выкидышъ **ВЪ ПЕРВЫЯ ДВѢ НЕДѢЛИ** послѣ зачатія можетъ протекать подѣ видомъ менструаціи и часто разсматривается женщинами, какъ опоздавшіе регулы. Миниатюрное яичко выдѣляется вмѣстѣ съ кровью, подвергается распаду, а слизитая оболочка матки продолжаетъ менструировать, какъ бы яичко не было оплодотворено. **ОБЪЕКТИВНЫХЪ ДАННЫХЪ ДЛЯ РѢШЕНІЯ ВОПРОСОВЪ О БЕРЕМЕННОСТИ НѢТЬ. ДІАГНОЗЪ (распознаваніе) МОЖЕТЪ ОСНОВЫВАТЬСЯ ЛИШЬ НА АНАМНЕЗѢ.**

Въ тѣхъ случаяхъ когда оплодотворенное яичко **ДОСТИГЛО БОЛЬШАГО РАЗВИТІЯ**, поверхностный слой слизистой оболочки матки подвергается распаду и изгоняется изъ полости матки вмѣстѣ съ кровью ввидѣ небольшихъ пленокъ. Такимъ образомъ отдѣлившаяся слизитая оболочка виситъ изъ мало разширеннаго канала шейки. Эти то лоскуты прощупываемые при внутреннемъ изслѣдованіи у края зѣва служатъ для насъ точкой опоры для діагноза. Въ этихъ случаяхъ кровотеченіе подчасъ продолжается долго, т. к. отдѣленіе лоскутовъ происходитъ постепенно. **ВЫКИДЫШЪ ВО 2-омъ и 3-мъ МѢСЯЦѢ ВСЕГДА ПРОТЕКАЕТЪ ПРИ СИЛЬНОМЪ КРОВОТЕЧЕНІИ И ПРИ ЯСНО ВЫРАЖЕННЫХЪ СХВАТКАХЪ (боляхъ.)** Отпадающая оболочка отдѣляется отъ стѣнокъ матки при помощи настоящихъ схватокъ, причѣмъ кровь, накопившаяся между нею и стѣнкой матки, вслѣдствіе разрыва сосудовъ при ея отдѣленіи, значительно способствуетъ отслаиванію. Пока происходило постепенное отдѣленіе отпадающей оболочки, схватки успѣли расширить внутренній маточный зѣвъ, подготовивъ путь для прохожденія яйца. Попавъ т. об. въ каналъ шейки, яйцо у **МНОГОРОЖЕННИЦЪ**, у которыхъ наружный зѣвъ зияетъ вслѣдствіе предшествовавшихъ родовъ, легко проскальзываетъ во влагалище; у **ПЕВОРОЖЕНИЦЪ**, у которыхъ наружный зѣвъ является значительнымъ препятствіемъ, а вліяніе схватокъ его еще не коснулось, яйцо часто застрѣваетъ въ каналѣ шейки. Ввиду того, что яйцо выступивъ изъ полости матки дало ей возможность вполне сократиться, схватки и кровотечения прекращаются, какъ будто выкидышъ уже законченъ. При **ВНУТРЕННЕМЪ ИЗСЛѢДОВАНІИ**

мы находимъ влагалищную часть шейки сглаженной, причемъ, полость шейки растянута ввидѣ балона, помѣщающаго въ себѣ яйцо. Наружный зѣвъ проходимъ лишь для одного пальца, края его тонки и растянуты. Это такъ называемый **ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ АБОРТЪ**. Такое яйцо часто удается получить цѣльнымъ, неразрушеннымъ, путемъ выдавливанія его пальцами введенными во влагалище съ одной стороны и рукой, черезъ брюшную стѣнку—съ другой. Выдѣленное такимъ образомъ яйцо обыкновенно покрыто падающей оболочкой.

**ВЪ КОНЦѢ 3-го МѢСЯЦА ПЛАЦЕНТА ВПОЛНѢ РАЗВИЛАСЬ** При наступившемъ въ это время выкидышѣ кровотечение происходитъ главнымъ образомъ изъ того мѣста, гдѣ прикрѣплена плацента, которая поэтому отдѣляется первой. Яйцо, обтянутое завороченной оболочкой освобождается и стремится къ внутреннему зѣву, въ то время, когда истинная отпадающая обложка, еще крѣпко держится у стѣнки матки. Разорванные маточноплацентарные сосуды сильно кровоточатъ и, если таковое кровотечение затягивается, то оно можетъ повести къ сильнѣйшимъ потерямъ крови. Иногда отдѣлившаяся плацента отрывается отъ истинной отпадающей оболочки; тогда изгоняется яйцо обтянутое оболочкой вмѣстѣ съ дѣтскимъ мѣстомъ, а истинная отпадающая оболочка выталкивается позже вновь наступившими схватками. **Чѣмъ позже наступаетъ выкидышъ, тѣмъ болѣе механизмъ аборта подходитъ къ механизму нормальныхъ родовъ:** послѣ раскрытія зѣва лопаются пузырь, рождается плодъ, а затѣмъ изгоняется послѣдъ.

12) Какъ протекаетъ послѣродовой періодъ послѣ аборта?

— Послѣродовой періодъ часто затягивается, какъ и послѣ нормальныхъ родовъ. Обратное развитіе половыхъ органовъ происходитъ при нормальномъ теченіи также, какъ и послѣ родовъ. Однако вслѣдствіе **ЛЕГКО МОГУЩАГО ПРОИЗОЙТИ ЗАРАЖЕНІЯ, А ТАКЖЕ ВСЛѣДСТВІЕ БОЛѢЗНЕЙ ОБУСЛОВИВШИХЪ АБОРТЪ, А ПОДЧАСЪ, ВСЛѣДСТВІЕ НЕЦѢЛЕСОБРАЗНЫХЪ ПРИЕМОВЪ И НЕУМѢЛАГО УХОДА ОСЛОЖНЕНІЯ ДАЛЕКО НЕРѢДКИ:**

- 1) Отпадающая обложка мѣстами продолжаетъ оставаться прикрѣпленной къ стѣнкамъ матки.
- 2) Обратное развитіе недостаточно-субинволюція матки.
- 3) Отсюда воспаленіе слизистой оболочки матки, сопровождаемое кровотеченіемъ, а также
- 4) воспаленіе



маточной мускулатуры.

13) Какія **ОСЛОЖНЕНИЯ** наблюдаются въ теченіи аборта?

— Изъ осложненій акушеркѣ надлежитъ помнить слѣдующія:

1) Затянувшійся абортъ, 2) угрожающій абортъ 3) кровяной заносъ, 4) мясной заносъ, 5) неполный выкидышъ, 6) инфекция: а) гнилостный абортъ и б) септической абортъ 7) плацентарные полипы.

14) Что такое **затянувшійся** абортъ?

— Затянувшимся абортъ называется тогда, когда изгнаніе несомнѣнно пропавшаго яйца продолжается дни и даже недѣли.

15) Какія предвѣстники **угрожающаго** аборта?

— Предвѣщающіе признаки указывающіе на прервавшуюся беременность слѣдующіе: чувство тяжести въ животѣ, утомленность, отсутствіе аппетита, познабливаніе и общее недомоганіе; еще болѣе важными признаками слѣдуетъ считать повторныя, незначительныя кровянистыя выдѣленія или непрерывно истекающая шоколадовидная жидкость. Всѣ эти явленія указываютъ на болѣзненные процессы въ слизистой оболочкѣ матки сопровождающіеся разрывомъ сосудовъ или указываютъ на смерть плода, причемъ происходитъ медленное подготовленіе аборта.

16) Что такое **КРОВЯНОЙ ЗАНОСЪ**?

— При медленномъ отдѣленіи яйца отъ стѣнокъ матки съ разрывомъ сосудовъ происходитъ **ПРОПИТЫВАНІЕ КРОВЬЮ ВСЕГО ЯЙЦА**. Кровь, пробивъ себѣ дороту межъ оболочекъ яйца, отлагается въ межворсинчатыхъ пространствахъ, пропитываетъ отпадающую облѣчку и превращаетъ все яйно въ безформенную легко разрываемую массу, въ которой уже трудно опредѣлить отдѣльныя составныя части яйца. Внутри этой массы, болѣею частью эксцентрически, лежитъ, полость яйца, которая узнается по выстилающей ее гладкой водной оболочкѣ. Плода мы обыкновенно не находимъ: онъ или проскочилъ и пропалъ послѣ лопанія воднаго пузыря или послѣ смерти своей подвергся распаду. Часто находимъ бранные остатки пуповины, на которой висятъ остатки зародыша. **ВСЕ ЭТО ВМѢСТѢ ВЗЯТОЕ МЫ НАЗЫВАЕМЪ КРОВЯНЫМЪ ЗАНОСОМЪ**,

17) Что такое **МЯСНОЙ ЗАНОСЪ**?

— Если въ кровяномъ заносѣ жидкія части крови разсосались

и онъ потерялъ свой нормальный цвѣтъ, то мы имѣемъ дѣло съ **МЯСНЫМЪ ЗАНОСОМЪ**.

18) Что мы разумѣемъ подѣ **неполнымъ выкидышемъ**?

— **О неполномъ выкидышѣ** мы говоримъ тогда, когда въ маткѣ остались отдѣльныя части яйца. Онъ обусловливается лоскутнымъ отдѣленіемъ частей яйца при затянувшемся абортѣ, при **приращеніи deciduae**, при слабыхъ схваткахъ или неумѣлыхъ попыткахъ удалить яйцо.

19) Въ какихъ случаяхъ въ теченіи аборта наблюдается **инфекція** и каковы ея признаки?

— Инфекція обыкновенно наблюдается при введеніи руки въ полость матки съ цѣлюю отдѣлить яйцо и при этомъ часть его осталась. Висящіе изъ маточнаго зѣва лоскуты и сгустки являются надежными мостами и путевыми указателями, по которымъ микробы влагалища пробираются въ полость матки. Въ омертвѣлой ткани отпадающей оболочки и сгусткахъ они находятъ великолѣпную питательную среду, въ которой чрезвычайно быстро размножаются. **Появляются вонючія юшнообразныя истеченія**, и женщина **начинаетъ лихорадить**. Если мы имѣемъ дѣло съ **сапрофитами**, то они ограничиваются поверхностными слоями омертвѣвшихъ тканей и ведутъ къ **гнилостному аборту**—**интоксикація**. Хуже обстоитъ дѣло если сюда присоединяются **зловредные стрептококки**, способные вѣдраться въ живыя ткани нашего организма, и ведутъ къ общему зараженію, то это **септический абортъ**—**инфекція**,— при которомъ **наблюдаются тяжелые случаи со смертельнымъ исходомъ**, что особенно слѣдуетъ имѣть въ виду практикующей акушеркѣ.

20) Что такое **плацентарные полипы**?

— На маленькихъ плацентарныхъ остаткахъ или даже на выступахъ того мѣста, гдѣ она была прикрѣплена могутъ путемъ повторнаго отложенія кровяныхъ сгустковъ образоваться фибринозныя наслоенія, которыя мы называемъ **плацентарными полипами**. Постепенно нарастая они превращаются въ опухоль изъ свернувшейся крови, принимая благодаря схваткамъ, форму маточной полости. На разрѣзѣ мы по цвѣту можемъ различить слои сгустковъ, различающихся между собою по времени ихъ наслоенія. Часто такіе полипы приходится удалять искусственно, т. к. они могутъ также инфицироваться, какъ и неполный абортъ.

21) Какія измѣненія претерпѣваетъ плодъ, умершій во время беременности и долго задержавшійся въ маткѣ?

— Плодъ погибшій въ первыя недѣли беременности можетъ совершенно раствориться въ околоплодной жидкости; болѣе старый плодъ сохраняетъ правда свою форму; ткани его однако пропитываются серозно-кровоянистой жидкостью (околоплодная вода и кровь) отчего набухаютъ дѣлаются дряблыми и окрашены въ неопредѣленные краски. На такомъ плодѣ мы раньше всего замѣчаемъ слущиваніе, а мѣстами образованіе волдырей подъ приподнятымъ эпидермисомъ, а подъ ними коричнево-красную окраску—этотъ процессъ обозначается выраженіемъ „Мацерация“ и происходитъ при условіяхъ, когда къ плоду нѣтъ никакого доступа ни воздуху ни возбудителямъ гніенія; когда же яйцевыя оболочки разрываются и къ плоду можетъ быть доступъ воздуха и микробовъ то происходитъ „Гніеніе“ плода. Наконецъ въ рѣдкихъ случаяхъ мертвый плодъ подвергается не мацерации, а „мумификаціи“—ткани его высыхаютъ плодъ имѣетъ блѣдно-желтую окраску, какъ будто дубленный; такъ мертвый плодъ, сдавленный живымъ плодомъ при двойнѣ подвергается высыханію уплотняется, превращаясь въ „бумажный плодъ“—**Foetus papraceus**.

## Діаностика аборта.

22) Что заставляетъ женщину обратиться за медицинской помощью при абортѣ?

— Главнымъ образомъ кровотеченіе, отчасти и боли.

23) Каковъ характеръ кровотеченій при абортѣ?

— Кровотеченія обыкновенно бываютъ обильны: бѣлье, подкладныя пропитаны кровью, къ которой примѣшиваются большіе сгустки, принимаемые за изгнанное яйцо.

24) Какіе вопросы надлежитъ рѣшить акушеркѣ при распознаваніи—діагностикѣ—аборта?

— При распознаваніи аборта надлежитъ рѣшить слѣдующіе вопросы: 1) имѣемъ ли мы дѣло съ беременностью, которая можетъ прерваться или имѣемъ дѣло съ наступившими болѣзненными регулами (дисменорреей)? При внимательномъ изслѣдованіи и обсужденіи симптомовъ (признаковъ) большею частью удается избѣгнуть

ошибки. При болѣзненныхъ регулахъ боли обыкновенно предшествуютъ кровотеченію и прекращаются съ наступленіемъ послѣднихъ когда истеченія сдѣлались болѣе сильными; вмѣстѣ съ тѣмъ при внутреннемъ изслѣдованіи мы находимъ наружный зѣвъ шейки закрытымъ. Между тѣмъ, когда мы имѣемъ дѣло съ выкидышемъ, помимо того, что находимъ шейку раскрывающейся, мы замѣчаемъ вмѣстѣ съ тѣмъ, что боли не только сопровождаютъ кровотеченіе, но продолжаютъ и во время обильныхъ выдѣленій, пока яйцо не изгнано; а при изслѣдованіи сгустковъ мы часто находимъ частицы яйца. 2) **Имѣются ли въ данномъ случаѣ признаки указывающіе, что выкидышъ неизбеженъ или нѣтъ?** Такъ, если мы видимъ, что кровотеченіе останавливается несмотря на то, что мы при изслѣдованіи сгустковъ не нашли частицъ яйца; если боли вмѣсто того чтобы усиливаться, стали успокаиваться и если, въ особенности, когда беременность авансировала (вторая половина) мы можемъ при выслушиваніи съ увѣренностью утверждать, что плодъ продолжаетъ жить, мы вправѣ надѣяться, что прерываніе беременности (выкидышъ) не произойдетъ. Но выкидышъ **абсолютно неизбеженъ** въ двухъ случаяхъ: а) когда водный пузырь разорвался б) когда плодъ мертвъ. Мертвый плодъ есть инородное тѣло, которое должно быть рано или поздно изгнано. Если смерть его вызвана **внезапной** причиной, онъ обыкновенно остается въ маткѣ лишь нѣсколько дней; если причина дѣйствовала **медленно** или **органической недостаткомъ** повелѣ къ смерти плода, то онъ можетъ остаться въ маткѣ долго, но все же онъ долженъ быть изгнанъ. 3) **Произошелъ ли выкидышъ или еще имѣетъ произойти?** Единственнымъ признакомъ, позволяющимъ утверждать, что выкидышъ уже произошелъ, является изгнанное яйцо. Весьма вѣроятнымъ признакомъ, что яйцо изгнано, хотя мы не нашли слѣдовъ его въ предъявленныхъ намъ сгусткахъ, когда мы замѣчаемъ, что вслѣдъ за сильными, болѣзненными, явно—изгоняющими схватками, послѣдоваго полное спокойствіе, причѣмъ изслѣдующій палецъ находитъ шейку матки мягкой, каналъ расширеннымъ и пустымъ. При этомъ однако выкидышъ могъ быть незаконченъ и въ маткѣ остались части яйца. Слѣдуетъ помнить, что **яйцо** изгнанное изъ матки можетъ на нѣкоторое время **задержаться во злагалищѣ**; боли прекратились, кровотеченіе приостановилось—получается полное убѣжденіе, что яйцо изгнано, и однако мы его напрасно розыскиваемъ въ выдѣленныхъ кровяныхъ сгусткахъ. Значить—

оно застряло во влагалищѣ и при введеніи пальца легко можетъ быть найдено. Но мы можемъ **предположить**, что выкидышъ еще не произошелъ, когда мы видимъ, что боли съ каждымъ часомъ усиливаются, что кровь изъ влагалища жидкая безъ всякихъ свертковъ, когда введя палецъ въ каналъ шейки матки мы найдемъ эластическій водный пузырь, который напрягается во время схватокъ и спадается по ихъ прекращеніи. Важно помнить, что, если мы при внутреннемъ изслѣдованіи находимъ полость шейки не рѣзко отграниченной отъ полости тѣла матки или, говоря другими словами, внутренней зѣвы шейки не принявъ своего естественнаго положенія, то мы можемъ съ увѣренностью сказать, что выкидышъ не оконченъ. Если мы не ощупываемъ воднаго пузыря, о которомъ только что говорили, то это лишь признакъ того, что воды отошли, а въ маткѣ все же могли остаться зародышъ и части яйца.

25) Какое значеніе имѣетъ рѣшеніе вопроса, произошелъ ли выкидышъ или имѣетъ произойти?

— Важность рѣшенія вопроса произошелъ ли выкидышъ или имѣетъ произойти вытекаетъ изъ того обстоятельства, что, какъ опытъ показалъ, **пока яйцо еще въ маткѣ позволено надѣяться на продолженіе беременности.**

26) Каковъ **прогнозъ** (предсказаніе) для плода и для матери при кровотеченияхъ во время беременности?

— Маточныя кровотечения, происходящія во время беременности, за исключеніемъ тѣхъ, причиной которыхъ служатъ неправильныя прикрѣпленія и раннее отдѣленіе дѣтскаго мѣста,—рѣдко угрожаютъ жизни женщины. Тѣмъ не менѣе мы должны ихъ считать опасными, т. к. они угрожаютъ выкидышемъ, ведущимъ къ смерти плода. Что же касается серіозной опасности по отношенію къ матери, то она зависитъ отъ свойства причины, отъ органическихъ условій данной особы и отъ возраста плода. Такъ, если причиной выкидыша было внѣшнее насиліе, то причина пагубнѣе, чѣмъ обыкновенное простое предрасположеніе. Тяжелѣе протекаетъ выкидышъ у слабой, болѣзненной женщины, чѣмъ у женщины крѣпкой, вполне здоровой. Гораздо тяжелѣе протекаетъ выкидышъ между 3—5 мѣсяцемъ беременности, чѣмъ тотъ, который случился раньше или позже этого срока. Въ первые 2 мѣсяца яйцо довольно мало, чтобы легко выйти изъ матки, и потому, не

смотря на то, что матка сокращается очень слабо, изгнание яйца происходит почти всегда сразу. По истечении 5 месяцев яйцо уже достаточно велико, но и матка способна сильно сокращаться и изгнать его без особенного труда; поэтому окончание процесса не заставляет себя долго ждать. Между 3—5 месяцами наоборот: изгнание яйца происходит в 2 срока: яйцо уже велико, сократимость матки незначительна и задержка остатков яйца довольно часта. В этом-то периоде обыкновенно наблюдается тяжелое кровотечение.

27) Каковы послѣдствія выкидыша въ сравненіи съ послѣдствіями родовъ?

— Сравнивая послѣдствія выкидыша съ послѣдствіями родовъ, мы должны признать первыя болѣе тяжелыми и это, главнымъ образомъ зависитъ отъ задержки частей плоднаго яйца.



# Лѣченіе аборта.

1) Въ чемъ заключается помощь акушерки при абортѣ?

— Задача лѣченія аборта сводится къ тремъ главнымъ показаніямъ; 1) *Стараться предупредить абортъ* 2) *Употребить все возможное, чтобы задержать его, если онъ еще не произошелъ и* 3) *предупредить угрожающую опасность, которая можетъ ему предшествовать, его сопровождать или послѣдовать за нимъ.*

2) Какія мѣры принимаются съ цѣлью профилактики — предупрежденія аборта?

— Чтобы предупредить выкидышъ, необходимо *распознать тѣ органическіе недостатки, которые вызвали предшествовавшій выкидышъ* — одинъ или нѣсколько ихъ. Что касается *болѣзней матки*, то ихъ слѣдуетъ *лѣчить* соотвѣтствующими средствами *въ періодъ свободный отъ беременности.* Наклоненія и загибы *магки* слѣдуетъ *исправить* *вначалѣ беременности*, т. к. эти положенія могутъ повести къ серьезнымъ послѣдствіямъ. Такъ какъ *больная* можетъ попасть къ врачу слишкомъ поздно, когда онъ не можетъ ей помочь, *акушерка* *должна* *поэтому* *рекомендовать* *вообще* *всякой* *беременной* *подвернуться* *осмотру* *врача* *уже* *въ* *первые* *мѣсяцы* *беременности.* Если имѣемъ дѣло съ *сифилисомъ* то слѣдуетъ помнить, что къ нему можетъ быть причастенъ, и отецъ, поэтому необходимо лѣчить не только мать, но и отца. Лѣченіе должно быть предпринято заблаговременно и вторичное забеременѣваніе можетъ быть допущено, когда давно уже исчезли малѣйшіе слѣды этой болѣзни, что устанавливается изслѣдованіемъ *крови* — *реакція* *Вассермана.* Лѣченіе полезно повторять съ перемежками для отдыха и во время беременности. Акушеркѣ надлежитъ помнить, что требуется *большой тактъ* при проведеніи и назначеніи этого леченія, въ особенности, когда одинъ изъ супруговъ совершенно невиненъ въ болѣзни, тяготящей надъ другимъ

Если у особы *предрасположенной* къ выкидышамъ, наступила беременность, то ее слѣдуетъ *держатъ въ постели, особенно въ дни соответствующіе менструаціи*. Нерѣдки случаи, когда женщины съ особенно раздражительными матками доносили до конца, когда ихъ держали въ постели отъ начала до конца беременности, хотя онѣ до этого имѣли нѣсколько абортѡвъ. Какъ только наступила беременность у женщинъ, страдающихъ *привычными выкидышами* имъ слѣдуетъ запретить **Coitus** (супружескія сношенія). Обязательно слѣдуетъ за *отправленіемъ* кишечными. При запорахъ стараться опорожнять кишечникъ, въ то же время слѣдуетъ быть очень осторожной съ назначеніемъ слабительныхъ средствъ; слѣдуетъ ограничиваться самыми легкими послабляющими средствами и то давая ихъ въ малыхъ дозахъ. Рекомендуются: клизма, магнезія, минеральныя соли.

### 3) Какія мѣры принимаются съ цѣлью задержать угрожающій абортъ?

— Когда у беременной появляются болѣзненные схватки, сопровождающіяся кровотеченіемъ мы говоримъ объ *угрожающемъ* абортѣ. Тогда акушерка, приведя себя и половые органы пациентки въ асептическое состояніе, должна произвести внутреннее изслѣдованіе, которое должно быть выполнено съ величайшей осторожностью, избѣгая излишнихъ манипуляцій, какъ-то: надавливанія, насильственнаго внѣдренія пальца въ устье матки и проч. Если при этомъ не были найдены упомянутыя выше показанія къ быстрому окончанію аборта, если боли и кровотеченіе умѣренны, маточный зѣвъ закрытъ и др. то акушерка обязана принять всѣ мѣры, чтобы задержать абортъ, въ надеждѣ достигнуть дальнѣйшаго правильного теченія беременности. *Слѣдуетъ помнить, что во многихъ случаяхъ, при довольно сильныхъ и продолжительныхъ кровотеченияхъ не разъ удавалось задержать абортъ*. Много подчасъ потребуется терпѣнія и со стороны акушерки и со стороны больной; но за то велика заслуга акушерки если ей удается достигнуть цѣли. Конечно, беря на себя долгій уходъ и предлагая пациенткѣ терпѣніе, акушерка никоимъ образомъ не должна ее обнадеживать, что цѣль непременно будетъ достигнута. *Слѣдуетъ дѣйствовать аккуратно, честно, терпѣливо, съ доствинствомъ, но безъ гарантіи—это было бы недостойнымъ званія акушерки хвастствомъ, могущимъ повести къ нежелательнымъ и невыгоднымъ для нея недоразумѣніямъ*. И вотъ, въ этихъ случаяхъ больная укладывается въ постель и такое лежаніе можетъ потребоваться на недѣли и даже на мѣсяцы. Интересно отмѣтить, что кровотеченіе, совершенно прекратившееся при лежаніи вновь пов-



торяется при малѣйшей попыткѣ встать. Однако уже одно долгое лежаніе даетъ подчасъ отличный результатъ.

Изъ медикаментовъ для задержки крови рекомендуются: **Styptol** (стиптоль) и **Extr. hydrostis Canadensis** (Экстракт канадскаго желтокорника) т. к. эти средства не вызываютъ маточныхъ сокращеній. Стиптоль даже успокаиваетъ боли и потому назначается при болѣзненныхъ регулахъ — дисменорреѣ. При болѣзненныхъ схваткахъ лучшимъ средствомъ является опійная настойка. (**Tinet. Opii**). Клизмочка изъ двухъ столовыхъ ложекъ теплой воды съ прибавленіемъ 10—15 капель опійной настойки успокаиваетъ боли. Такія клизмочки можно дѣлать 3—4 раза въ сутки. Беременные очень хорошо переносятъ опій. Однако слѣдуетъ имѣть въ виду, что опій вызываетъ запоры и потому, давая его, необходимо слѣдить за стуломъ.

4) Какія мѣры принимаетъ акушерка съ цѣлью предотвратить угрожающую опасность при выкидышѣ?

— Разъ акушерка убѣдилась, что задержать выкидышъ нѣтъ возможности, по причинѣ ли сильнаго кровотеченія или по инымъ вышеупомянутымъ причинамъ; или существуютъ показанія къ необходимости скорѣе его закончить (повышенная температура), то она приступаетъ къ *тампонаціи*. Тампонъ является въ этихъ случаяхъ могущественнымъ средствомъ, т. к. онъ не только задерживаетъ и приостанавливаетъ кровотеченіе, но вмѣстѣ съ тѣмъ возбуждаетъ сильныя маточныя сокращенія съ одной стороны самъ по себѣ, вслѣдствіе чисто механическаго дѣйствія (растяженіе сводовъ влагалища и раздраженіе мускулатуры шейки матки), а съ другой стороны, задерживая истеченіе крови изъ матки, отчего происходитъ растяженіе мускулатуры, которая отвѣчаетъ сильными схватками. Вотъ почему нельзя тампонировать, пока есть надежда задержать абортъ. Какъ надлежитъ выполнить тампонацію, чтобы тампонъ произвелъ упомянутое выше дѣйствіе? Чтобы умѣло тампонировать, слѣдуетъ поступить слѣдующимъ образомъ: Тщательно вымыть руки по правиламъ асептики, слѣдуетъ привести въ асептическое состояніе и наружные половые органы больной и уложить ее въ спино-ягодичномъ положеніи. Затѣмъ, снова вымыть руки, дѣлаютъ влагалищный душъ растворомъ лизоля (1%) или Формалина (1:1000) или Сулемы (1:4000). Если имѣется подъ рукой зеркало (Брауна или Куско или ложки Симса) то

тампонируютъ черезъ него при помощи корнцанга. Инструменты предварительно стерилизуются. Материаломъ для тампонаціи служатъ стерилизованная вата или стерилизованные марлевые бинты или 20% ксероформенная марля. Вата вводится въ видъ тампона, марля лентами. При этомъ туго выполняется влагалище такимъ образомъ, что марля сначала вводится въ своды, затѣмъ въ наружный зѣвъ, далѣе, покрывъ ею шейку матки, заполняютъ влагалище, послѣ чего, прикрывъ срамную щель кускомъ ваты, укрѣпляютъ ее Т-образной повязкой. Ввиду необходимости имѣть, на случай экстренной помощи, стерилизованный матеріалъ, акушеркѣ весьма важно имѣть наготовѣ въ своей сумкѣ  $\frac{1}{2}$  фунта стерилизованной ваты и 5—6 марлевыхъ бинтовъ. Какъ поступить если нѣтъ подъ рукой подходящаго матеріала, а тампонировать надо экстренно? Тогда слѣдуетъ взять чистое полотенце или кусокъ полотна и, наръзавъ изъ нихъ ленты, вывариваютъ ихъ въ кипяткѣ и остуживаютъ погрузивъ въ холодный 1% растворъ лизоля—вотъ и матеріалъ для тампонаціи. Если нѣтъ подъ рукой зеркала, то, уложивъ больную на бокъ (лѣвый бокъ) или въ спино-ягодичномъ положеніи, вводятъ 2 пальца (средній и указательный) лѣвой руки во влагалищѣ, отдавливаетъ ими заднюю стѣнку и по этимъ пальцамъ вводятъ тампонъ правой рукой. Какъ долго можетъ оставаться тампонъ во влагалищѣ? Если нѣтъ показаній удалить тампонъ, то онъ можетъ быть оставленъ на 12 часовъ, послѣ чего повторяютъ тампонацію, удаливъ прежній тампонъ и промывъ влагалище. Акушеркѣ слѣдуетъ помнить что *при леченіи аборта ближайшимъ совѣтникомъ долженъ быть термометръ: малѣйшее повышеніе температуры указываетъ на необходимость возможно быстро закончить его. Надлежитъ приласить врача.* Что достигается правильно выполненной тампонаціей? Обыкновенно черезъ 24 часа тампонъ, вызвавъ сильныя схватки, способствуетъ изгнанію какъ плода, такъ и всего яйца. За удаленнымъ тампономъ все яйцо лежитъ во влагалищѣ. Кровотеченіе прекращается. Осмотрѣвъ вышедшее яйцо и сдѣлавъ внутреннее изслѣдованіе, можно убѣдиться, что матка сократилась и зѣвъ закрытъ. Тогда промываютъ влагалище 1% растворомъ лизоля температуры 30—32° и даютъ порошокъ спорыни (*Secale cornutum*) 0,5 на приемъ.

- 5) Какъ должна поступить акушерка, если яйцо изгнано а кровотеченіе продолжается?

— Если яйцо изгнано, а кровотечение продолжается, то это означает, что *какія* либо части яйца задержались, а потому акушерка обязана немедленно приласить врача, предоставивъ ему дальтійшее лечение.

6) Какое *перерожденіе* плоднаго яйца ведетъ къ обильнымъ и продолжительнымъ кровотечениямъ во время беременности?

— Превращеніе яйца въ *пузырный заносъ*, сущность котораго состоитъ въ разростаніи и утолщеніи ворсинокъ съ накопленіемъ въ нихъ прозрачнаго слизистаго содержимаго. Эти разросшіяся ворсинки превращаются въ пузырьки величиною отъ просянаго зерна до виноградины. Яйцо покрытое большимъ количествомъ этихъ пузырьковъ принимаетъ видъ виноградной кисти.

7) Что такое разрушающій пузырьный заносъ?

— Когда измѣненныя ворсинки проникаютъ глубоко въ стѣнку матки, проростая послѣднюю до брюшины и дѣлая ткани ея столь хрупкими, что легко возможно и прободеніе ея—мы говоримъ о „*Разрушающемъ заносѣ*“.

8) Каковы послѣдствія для плода при пузырьномъ заносѣ?

— Если перерожденіе ворсинокъ наступило до образованія дѣтскаго мѣста и распространилось на всю поверхность яйца, то плодъ обыкновенно разсасывается. Если же перерожденіе ограничилось отдѣльными участками ворсинокъ, послѣ того какъ плацента уже образовалась, то плодъ можетъ сохраниться.

9) Каково теченіе беременности при пузырьномъ заносѣ?

— Беременность при пузырьномъ заносѣ обыкновенно преждевременно (на 3—5 мѣсяцѣ) прерывается. Быстрый ростъ заноса ведетъ къ чрезвычайному рстяженію стѣнокъ матки; изъ матки начинаетъ показываться жидкость цвѣта мясныхъ помой; истеченіе этой жидкости чередуется съ обильными кровотечениями—наступаетъ выкидышь.

10) На чемъ основанъ *Діагнозъ* (распознаваніе) пузырьнаго заноса?

— Несомнѣннымъ признакомъ пузырьнаго заноса служитъ нахожденіе пузырьковъ въ истекающей крови или прощупываніе этихъ пузырьковъ, когда раскрытый зѣвъ пропускаетъ палець. Вѣроятные признаки: значительный объемъ матки не соотвѣтствующій мѣсяцу беременности; если не смотря на истеченіе 5-ти мѣсяцевъ беременности не удается ни прощупать части плода; ни

прослушать его сердцебиение; если повторныя кровянистыя выдѣленія чередуются съ кровотечениями.

11) Каковъ *прогнозъ* — предсказаніе — при пузырномъ заносѣ?

— Предсказаніе всегда серьезно какъ для матери такъ и для плода. Повторныя кровотечения ведутъ къ смерти плода и угрожаютъ жизни матери. При разрушающемъ пузырномъ заносѣ возможно прободеніе матки съ кровотеченіемъ въ брюшную полость. Нерѣдко изъ вросшихъ въ слизистую оболочку матки ворсинокъ образуется *злокачественная опухоль* — **Deciduoma malignum**.

12) Какова помощь акушерки при пузырномъ заносѣ?

— Имѣя въ виду серьезныя послѣдствія, акушерка должна предоставить лѣченіе врачу. Задача *лѣченія* сводится къ тому, чтобы уменьшить кровотеченіе и ускорить выдѣленіе пузырнаго заноса. До прихода врача акушерка тампонируетъ влагалище при чемъ, если зѣвъ раскрытъ, то вводитъ марли въ каналъ шейки. Въ дальнѣйшемъ, если тампонація не привела къ цѣли, то надлежитъ расширить каналъ шейки расширителями Гегара и *ручнымъ способомъ* удалить содержимое матки. *Удаленіе пузырнаго заноса ложкой недопустимо*. Послѣ удаленія содержимаго, по той же причинѣ, не слѣдуетъ промывать полость матки.

13) Какая причина кровотечения въ послѣдніе три мѣсяца беременности?

— Причиной кровотеченій въ послѣдніе три мѣсяца беременности почти всегда служитъ *Раннее отдѣленіе дѣтскаго мѣста*. Такое раннее отдѣленіе плаценты происходитъ чаще всего въ тѣхъ случаяхъ, когда дѣтское мѣсто прикрѣплено не въ обычномъ мѣстѣ, т. е. въ области дна и верхней части полости матки, а по какимъ либо причинамъ укрѣпилось въ нижнемъ сегментѣ (отдѣлѣ) матки. При этомъ дѣтское мѣсто можетъ прикрыть собою зѣвъ—тогда мы говоримъ о центральномъ предлежаніи; оно можетъ лишь частью покрыть отверстіе зѣва—это боковое предлежаніе дѣтскаго мѣста и наконецъ лишь краемъ своимъ коснуться этого отверстія—это краевое прикрѣпленіе.

14) Почему ненормальное прикрѣпленіе дѣтскаго мѣста ведетъ къ кровотечениямъ и именно начиная съ 7-го мѣсяца беременности?

— Дѣло въ томъ, что въ первые 6 мѣсяцевъ матка увеличивается въ своихъ размѣрахъ на счетъ дна и средней своей части.

Въ это время параллельно съ ней растетъ и дѣтское мѣсто, нормально прикрѣпленное въ верхней части. Лишь въ послѣдніе 3 мѣсяца беременности начинается ростъ нижняго сегмента, мускулатура котораго растягивается, достигая наивысшаго растяженія во время родовъ. Дѣтское-же мѣсто къ этому времени достигло уже почти полнаго развитія и потому при естественномъ растяженіи мускулатуры нижняго сегмента происходятъ надрывы сосудовъ, связывающихъ дѣтское мѣсто со стѣнкой матки, и эти то надрывы ведутъ къ кровотечениямъ. Такъ какъ это растяженіе нижняго сегмента увеличивается по мѣрѣ приближенія родовъ, то обыкновенно кровотеченіе усиливается въ послѣдніе 15 дней беременности, достигая высшей степени во время родовъ въ періодъ раскрытія.

15) Какіе характерные признаки ранняго отдѣленія дѣтскаго мѣста?

— Кромѣ вышеупомянутаго времени наступленія кровотеченій (послѣдніе 3 мѣсяца) характернымъ признакомъ является *внезапное появленіе этихъ кровотеченій безъ всякихъ предвѣстниковъ, чаще всего во время сна*—беременная просыпается въ лужѣ крови—столь значительно это кровотеченіе въ первый моментъ его наступленія. При дальнѣйшемъ теченіи беременности кровотечения могутъ часто съ перерывами повторяться ведя къ значительному обезкровливанію—къ сильной степени анеміи. Такимъ образомъ *на основаніи самаго характера кровотечения можно съ большою вѣроятностью распознать низкое прикрѣпленіе дѣтскаго мѣста*. Провѣривъ внутреннимъ изслѣдованіемъ, находимъ: нижній сегментъ матки прощупывается какъ мягкое тѣстоватое тѣло, т. к. онъ выполненъ губчатой массой дѣтскаго мѣста; предлежащая часть не прощупывается, т. к. она находится очень высоко. Если и удастся достигнуть ея, то б. ч. прощупывается плечико. Во время родовъ распознаніе значительно облегчается, т. к. при раскрытомъ зѣвѣ палецъ легко достигаетъ губчататаго тѣла—дѣтскаго мѣста—при чемъ легко опредѣлить и степень предлежанія.

16) Каковъ *прогнозъ* при кровотеченияхъ, зависящихъ отъ ранняго отдѣленія дѣтскаго мѣста?

— *Предсказаніе неблагоприятно какъ для матери такъ и для плода*. Что касается матери, то, помимо кровотеченій во время беременности ведущихъ часто къ полному истощенію; кромѣ опасности отъ смертельнаго кровотечения во время родовъ, эти кровотечения чаще всего *повторяются въ послѣродовомъ періодѣ, т. к. мускулатура*

нижняго сегмента матки, идѣ была прикрѣплена плацента остается очень дряблою, весьма неэнергично сокращаясь. Въ послѣродовомъ періодѣ нерѣдко наблюдается эмболія, ведущая къ смертельному исходу. Что касается плода, то ему грозитъ опасность лишиться правильнаго питанія, т. к. при постоянныхъ надрывахъ сосудовъ, соединяющихъ стѣнку матки съ дѣтскимъ мѣстомъ, сосуды пуповины не приносятъ ему достаточнаго количества крови. *Положеніе плода при предлежаніи дѣтскаго мѣста обыкновенно неправильно; и съ этой стороны жизни его нерѣдко грозитъ опасность.*

17) Какія причины ранняго отдѣленія дѣтскаго мѣста кромѣ низкаго его прикрѣпленія?

— Причиной ранняго отдѣленія дѣтскаго мѣста могутъ служить физическія и психическія воздѣйствія, а также и болѣзни. Особеннаго вниманія заслуживаютъ *болѣзни почек*— долгое существованіе альбуминуриі (бѣлка въ въ мочѣ)—ведущія къ кровоизліяніямъ въ толщу дѣтскаго мѣста; а также *запоры*—фекальныя массы накопляясь въ прямой кишкѣ раздражаютъ мускулатуру матки и вызываютъ ея сокращенія, ведущія къ надрывамъ сосудовъ дѣтскаго мѣста— *отсюда болевое ощущеніе и умѣренное постепенное кровотеченіе, служащее отличіемъ отъ внезапныхъ кровотеченій при низкомъ прикрѣпленіи дѣтскаго мѣста.* При разспросахъ больная жалуется, что у нея 2—3 дня небыло стула и что она все это время испытывала схватко-образныя боли въ животѣ.

18) Какъ должна поступить акушерка при кровотеченіяхъ въ послѣдніе мѣсяцы беременности?

— Объяснивъ окружающимъ серьезность положенія, акушерка совѣтуетъ пригласить врача. Первая помощь съ ея стороны состоитъ въ слѣдующемъ: она укладываетъ больную въ постель, клизмой очищаетъ кишечникъ, дается ей кислое питье, запрещается горячую пищу и горячее питье. Если кровотеченіе приняло серьезные размѣры, то въ ожиданіи врача акушерка тампонируетъ влагалище или вводитъ кольпейринтеръ. Если шейка сглажена и зѣвъ раскрытъ хотябы на 1—2 пальца, то лучше всего послѣшно прорвать водный пузырь.



# Причины послѣродовыхъ заболѣваній, ихъ главные признаки, прогнозъ, профилактика и лѣченіе.

1) Кому принадлежитъ честь открытія причины послѣродовыхъ заболѣваній?

— Честь открытія причины послѣродовыхъ заболѣваній принадлежитъ Д-ру Земельвейсу ассистенту Вѣнской клиники, который въ концѣ первой половины прошлаго столѣтія первый указаль, что „родильная горячка“ отнюдь не есть болѣзнь неизбѣжная, а что она прививается роженицамъ и родильницамъ руками и инструментами, введенными въ половые органы съ цѣлью изслѣдованія.

2) Какъ доказаль Земмельвейсъ справедливость своего взгляда?

— Прimitивными мѣрами антисептики, а именно: введеніемъ обязательнаго обмыванія рукъ изслѣдующаго хлорной водой, онъ процентъ смертности отъ родильной горячки, дошедшій до 31, низвелъ до 1 процента.

3) Когда и какая причина послѣродовыхъ заболѣваній точно установлена наукой?

— Когда, благодаря усовершенствованію микроскопа, развилось ученіе о микроорганизмахъ (бактеріологія), наукой точно было установлено, что причиной послѣродовыхъ заболѣваній служитъ вредное воздѣйствіе на многочисленныя раны половыхъ органовъ родильницы болѣзнетворныхъ бактерій.

4) Что такое бактерія?

— Это мельчайшій организмъ растительнаго царства, состоящій, большей частью, изъ одной кѣточки.

## 5) Какъ различаются бактеріи по формѣ?

— По формѣ мы различаемъ три категоріи: 1) Бациллы, имѣющія видъ мельчайшихъ палочекъ, 2) Микрококки—круглыя овальныя клѣточки, имѣющія видъ мельчайшихъ крупинокъ и Спириллы—въ видѣ запятыхъ или извилистыхъ змѣекъ.

## 6) Какими представляются подъ микроскопомъ бактеріи по ихъ группировкѣ?

— По группировкѣ мы дѣлимъ бактеріи на: 1) Диплококки—расположенные попарно, 2) Стрептококки—расположенные ввидѣ цѣпи—цѣпочечные кокки и 3) Стафилококки—расположенные гроздевидными кучками.

## 7) Какія свойства бактерій важно знать для уясненія интересующаго насъ вопроса?

— Важно знать слѣдующее: 1) Бактеріи, попадая въ какую либо среду, представляющую для нихъ питательное вещество, быстро здѣсь размножаются и питаются тѣми веществами, въ которыхъ онѣ поселились, выдѣляютъ изъ себя яды—токсины—какъ продуктъ ихъ жизнедѣятельности—обмѣна веществъ. 2) Каждый опредѣленный видъ этихъ бактерій вырабатываетъ лишь опредѣленный ядъ, такъ что попадая въ человѣческой организмъ вызываетъ лишь какое либо опредѣленное заболѣваніе: однѣ вызываютъ только тифъ, другія только дифтеритъ и т. п. 3) Однѣ бактеріи лишены способности проиикать въ живую ткань, а могутъ развиваться лишь въ омертвѣвшей ткани или въ излившейся крови и выдѣленіяхъ, покрывающихъ раны; другія попадая на рану, способны проникнуть вглубь въ ткани нашего организма, тамъ размножаться, вступать въ борьбу съ клѣтками нашихъ тканей и этимъ вызвать тяжелыя разстройства.

## 8) Чѣмъ вредны бактеріи развивающіяся на поверхности ранъ и какъ называется процессъ ими вызываемый?

— Онѣ отравляютъ организмъ вырабатываемыми ими ядами токсинами, вызывая „Интоксикацію“.

## 9) Какъ дѣйствуютъ бактеріи способныя проникать въ ткани нашего организма и какъ называется процессъ ими вызываемый?

— Эти бактеріи вступаютъ въ борьбу съ клѣтками тканей нашего организма ведя къ ихъ разрушенію; тогда имѣемъ дѣло



сь *Инфекціей*, которая сопровождается и интоксикаціей, такъ какъ поправъ въ ткани онъ питаются и тамъ выдѣляютъ токсины.

10) Какіе моменты благоприятствуютъ возникновенію послѣ родовыхъ заболѣваній?

— Моменты благоприятствующіе слѣдующіе: а) Внутренняя поверхность матки представляетъ послѣ родовъ полостную рану, такъ какъ послѣ изгнанія дѣтскаго мѣста, слизистая оболочка матки лишена своего эпителиального покрова. б) Поверхностный слой отпадающей оболочки нормально подвергается омертвѣнію и потому не способенъ сопротивляться бактеріямъ. в) Подъ омертвѣвшимъ слоемъ рыхлая ткань пропитанная кровью и сывороткой представляетъ благоприятную среду для развитія бактерій. г) Благодаря значительному развитію кровеносной и лимфатической системы усилено всасываніе. д) Разрывы шейки, всегда въ большей или меньшей степени существующіе послѣ родовъ. е) Разрывы промежности. ж) Ссадины и слущиваніе эпителия влагалища и наружныхъ половыхъ органовъ. з) Трещины и ссадины грудныхъ сосковъ.

11) Какими защитительными приспособленіями обладаетъ организмъ родильницы?

— Защитительныя приспособленія слѣдующія: а) Постоянныя сокращенія мускулатуры матки, обуславливающія постоянный токъ изъ матки, препятствуютъ проникновенію бактерій въ ея полость которая при нормальныхъ условіяхъ стерильна. б) Бактерицидное дѣйствіе кровянистыхъ лохий, которые въ первые 3—4 дня, омывая родовой каналъ, убиваютъ на пути имѣющіяся здѣсь бактеріи. в) Процессъ заживленія—образованіе грануляцій защищающихъ ткани отъ внедрѣнія въ нихъ бактерій. г) Стойкій тромбозъ сосудовъ. д) Бѣлые кровяные шарики—фагоциты, поѣдающіе въ нашемъ организмѣ всѣ вредныя и ненужныя частицы, а также бактеріи, съ которыми вступаютъ въ борьбу и побѣждаютъ ихъ если онѣ не очень многочисленны (Мечниковъ).

12) Отчего зависитъ характеръ (степень) послѣ родового заболѣванія?

— На основаніи вышесказаннаго, естественно заключить, что характеръ заболѣванія стоитъ въ зависимости отъ вида бактерій, отъ степени ихъ ядовитости, отъ степени сопротивляемости организма заболѣвшей и отъ времени инфекціи.

13) Въ основѣ какихъ заболѣваній въ послѣродовомъ періодѣ лежитъ интоксикація и благодаря какимъ бактеріямъ они возникаютъ?

— Сюда принадлежитъ группа *Сапрофитовъ*— бактерій вызывающихъ гніеніе. Для ихъ размноженія необходимо отсутствіе кислорода воздуха и развиваются они только на мертвой питательной средѣ—въ отдѣленіи ранъ, омертвѣвшей ткани и здѣсь какъ продуктъ ихъ жизнедѣятельности является гніеніе при чемъ яды образующіяся при гніеніи отравляютъ рану; вызывая всасывательную лихорадку—это Сапремія.

14) Какіе моменты благоприятствуютъ возникновенію Сапреміи?

— Задержка въ полости матки частей яйца—дѣтскаго мѣста или оболочекъ; а также задержка лохий, чему способствуютъ перегибы матки, сдавливаніе шейки матки накопившимися въ прямой кишкѣ каловыми массами, переполненіе мочевого пузыря, кровяные сгустки закупорившіе каналъ шейки и проч.

15) Какова картина болѣзни Сапреміи?

Проникнувъ въ матку сапрофиты вызываютъ гніеніе содержимаго матки и гнилостную лихорадку: температура повышается, идя рука объ руку съ постепеннымъ вырабатываніемъ гнилостныхъ ядовъ и всасываніемъ ихъ; поэтому она (температура) медленно нарастаетъ и медленно тоже падаетъ, доходя вечеромъ до  $39^{\circ}$ , а утромъ  $38^{\circ}$  и меньше. *Пульсъ не слишкомъ частъ и идетъ рука объ руку съ температурой.* При такомъ постепенномъ теченіи ознобовъ не бываетъ. *Если же вслѣдствіе какихъ либо причинъ—(удаленіе остатковъ, промывка матки, при которыхъ наносятся большія или меньшія свѣжія пораненія, при чемъ открывается легкій доступъ для проникновенія въ кровь гнилостныхъ веществъ)—происходитъ усиленное всасываніе, то температура быстро повышается при сильномъ ознобѣ.* Это слѣдуетъ имѣть въ виду акушеркѣ, дабы она могла объяснить больной, что повышение  $t^{\circ}$  и ознобъ суть естественное послѣдствіе той или иной оперативной помощи и нѣтъ основанія волноваться, думая что болѣзнь ухудшилась. Что касается длительности процесса, то она зависитъ отъ того, какъ великъ районъ всасывательной поверхности, такъ какъ чѣмъ больше пораженная поверхность тѣмъ больше требуется времени для образованія

грануляціоннаго пояса изъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ—этого защитника организма отъ дальнѣйшаго внѣдренія бактерій.

16) Въ чемъ состоитъ лечение Сапреміи?

— Если причиной Сапреміи были задержанные лохії, то бо-  
лѣзнь часто проходитъ безъ посторонняго вмѣшательства. Проис-  
ходитъ это такимъ образомъ, что вслѣдствіе обильнаго накопленія  
лохій, послѣднія растягиваютъ мускулатуру матки, наступаютъ  
схватки изгоняющія все содержимое матки, появляется обильное  
истеченіе вонючихъ лохій и температура бысто падаетъ. Если же  
температура держится долго, то надлежитъ удалить содержимое  
матки и промыть ея полость.

17) Что такое кишечная палочка и что вызываетъ она по-  
павъ на раневую поверхность?

— Кишечная палочка—это бактерія часто заносимая изъ  
задняго прохода на пораненія промежности, находятъ ее тоже  
при плохомъ заживленіи зашитой промежности. Здѣсь она обра-  
зуетъ налетъ, такъ какъ она черезъ рану способна проникать въ  
поверхностные слои тканей, стоя такимъ образомъ посреднѣ  
между бактеріями вызывающими интоксикацію и тѣми которыя  
способны инфицировать наши ткани. Процессъ заживленія осно-  
ванъ на образованіи грануляцій, ведущихъ къ отторженію налета  
и исчезновенію бактерій.

18) Какая бактерія вызываетъ послѣродовую инфекцію—  
„родильную горячку“ въ тѣсномъ смыслѣ этого слова?

— Специфическій возбудитель „родильной горячки“—это  
цѣпочечный коккъ—„**Streptococcus Septicus**“.

19) Какія свойства стрептококка намъ важно знать для по-  
ниманія различныхъ формъ заболѣваній имъ вызываемыхъ?

— Свойства цѣпочечнаго кокка сводятся къ слѣдующему: 1)  
онъ способенъ измѣнять силу своей вирулентности (ядовитости),  
а именно: а) проведенный чрезъ питательную среду при доступѣ  
воздуха, онъ теряетъ отчасти свою ядовитость и б) напротивъ  
ядовитость его усиливается, стрептококки дѣлаются болѣе стойки-  
ми, при перенесеніи ихъ отъ заболѣвшаго субъекта къ другому  
здоровому. Такимъ образомъ, если акушерка ухаживающая за заболѣ-  
вшей родильницей постытитъ здоровую родильницу заразивъ ее „родильной горяч-  
кой“, то этой послѣдней грозитъ большая опасность, чѣмъ первой больной“

II) Слабо ядовитые стрептококки не переходят за предѣлы ранъ, а вызываютъ лишь скоропреходящія мѣстныя воспалительныя явленія съ незначительнымъ повышеніемъ  $t^{\circ}$ . III) Сильно ядовитые стрептококки преодолѣваютъ всѣ предохранительные аппараты нашего организма и проникаютъ въ ткани разрушая ихъ. IV) Разслабленный организмъ нѣсколько воспримчивѣе. V) Количество попавшихъ стрептококковъ едва ли играетъ роль, такъ какъ они быстро размножаются. VI) Мѣсто прививки чрезвычайно важно, такъ какъ на ранахъ промежности, наружныхъ половыхъ органовъ и влагалища не тѣ условія для развитія, какія имѣются въ полости матки. Здѣсь также болѣе удобныя условія, благопріятствующія всасыванію и дальнѣйшему проникновенію бактерій. VII) Время, когда происходитъ инфекція играетъ весьма важную роль. Если стрептококки попадаютъ въ матку, когда всѣ защитительные аппараты въ ходу—затромбозированы сосуды, образовались грануляціи то, конечно, обстановка для нихъ не такъ благопріятна, какъ въ первые дни, когда отпадающая оболочка представляетъ роскошную питательную среду, а лежащая подъ нею рыхлая ткань такъ хорошо всасываетъ.

#### 20) Каковы же виды стрептококковой инфекціи?

— Стрептококковая инфекція то остается *мѣстной*, не переходя дальше инфицированной раны, то *распространяется за предѣлы инфицированнаго мѣста*.

#### 21) Какія заболѣванія являются слѣдствіемъ мѣстной стрептококковой инфекціи?

— 1) Инфицированные разрывы промежности—*пуэрперальныя язвы*—раны покрыты бѣловато-сѣрымъ струпомъ или налетомъ, заживленіе которыхъ происходитъ путемъ отпаденія омертвѣвшихъ частей при обильномъ гноеотдѣленіи и образованіи грануляцій вслѣдствіе воспалительныхъ процессовъ въ сосѣднихъ тканяхъ. 2) *Пуэрперальныя язвы* влагалища и шейки матки и 3) Отсюда *благодаря самостоятельнымъ движеніямъ стрептококковъ* они поднимаются выше въ матку *септической эндометритъ* и рѣже доходятъ до фаллопиевыхъ трубъ—*септической салпингитъ*. Болѣзни эти протекаютъ при высокой  $t^{\circ}$  съ утренними послабленіями; *пульсъ ускоренъ соотвѣственно температурѣ*.

#### 22) По какимъ путямъ инфекція распространяется за предѣлы раневой поверхности?

— По двумъ путямъ: а) по кровеноснымъ сосудамъ и б) по лимфатическимъ путямъ; при чемъ распространіе по кровеноснымъ путямъ происходитъ по венамъ, артеріи же всегда остаются свободными.

23) Какія болѣзни обязаны своимъ происхожденіемъ распространенію стрептококковъ по венамъ?

— Сюда относятся: а) бѣлая опухоль бедра, б) піэмія, в) септицемія.

24) Какова сущность заболѣванія, носящаго названіе „Бѣлая опухоль бедра“ — **Phlegmasia alba dolens**?

— Стрептококки, попавъ въ вены маточныхъ стѣнокъ ползутъ вдоль внутренней оболочки сосудовъ (эндотелія), попадаютъ въ подчревную вену, отсюда въ подвздошную и далѣе въ бедренную вену. Здѣсь они (стрептококки) вызываютъ интенсивное воспаленіе; вступаютъ въ борьбу со стрептококками и ихъ побѣждаютъ. Но пораженные сосуды закупориваются кровяными сгустками — образуется *тромбъ* бедренной вены; вслѣдствіе воспрепятствованнаго оттока крови, нога отекаетъ, сильно разбухаетъ и становится блестяще гладкой, принимая бѣло-пергаментный цвѣтъ отсюда и названіе „бѣлая опухоль бедра“.

25) Какіе симптомы этой болѣзни?

— Кромѣ описаннаго наружнаго вида ноги, болѣзнь сопровождается болью, ускореннымъ пульсомъ, повышеніемъ температуры. *Прощупываніемъ канатика* — утолщеннаго шнура по ходу вены подтверждается діагнозъ.

26) Каково предсказаніе при этой болѣзни?

— Ввиду того, что болѣзнь носить чисто *мьстный характеръ*, она не угрожаетъ жизни и обыкновенно кончается выздоровленіемъ при соответствующемъ леченіи.

27) Какія осложненія наблюдаются при этой болѣзни?

— При нарушеніи покоя больной ноги и не соответствующемъ леченіи мугутъ оторваться частицы тромба, которая заносится далеко по кровяному руслу. Такого рода оторванная отъ тромба частица носить названіе *эмбола*, который закупоривъ, легочную артерію или другія артеріи важныхъ органовъ, можетъ повести къ смерти. Процессъ занесенія эмбола и закупорка ими

далеко лежащихъ кровеносныхъ сосудовъ носить названіе *эмболии*.

28) Какъ надлежитъ поступать акушеркѣ при этой болѣзни?

— Если родильница жалуется на боль въ ногѣ, то акушерка *обязана* внимательно и осторожно изслѣдовать ногу, ища упомянутый выше канатикъ по ходу бедренной вены и найдя таковой она уже, до прихода врача, должна позаботиться о покоѣ ноги, помня что канатикъ означаетъ образование тромбоза, а нарушение покоя можетъ повести къ эмболии, угрожающей жизни больной. Покой ноги достигается слѣдующимъ образомъ: больную ногу укладываютъ въ подушку; этой подушкой обворачиваютъ ногу перевязавъ ее (подушку) въ двухъ трехъ мѣстахъ вдоль ноги бинтомъ или полотенцами. Для улучшенія условій кровообращенія, больной ногѣ придается повышенное положеніе. Дальнѣйшее леченіе можно ограничить примѣненіемъ осторожно наложенныхъ согревающихъ компрессовъ изъ воды или спирта пополамъ съ водой. Хорошо дѣйствуетъ ихтиоловая 10% мазь, которую намазываютъ на кусокъ полотна въ это полотно заворачиваютъ ногу, а сверху накладываютъ компрессъ. *Всякаго рода растиранія и массажъ строю противопоказаны. Такихъ больныхъ слѣдуетъ долго выдерживать въ постели (3-4 недѣли и дольше), предупредивъ ихъ о дурныхъ послѣдствіяхъ, которыя могутъ произойти отъ всякихъ движеній ноги.*

29) Что такое „Пуэрперальная піэмія“?

— Если стрептококковая инфекция повела къ гнойному распаду инфицированныхъ тканей и мы въ венахъ вмѣсто стойкихъ тромбовъ находимъ размяченныя гнойныя массы, то мы имѣемъ дѣло съ „пуэрперальной піэміей“. Теченіе этой болѣзни слѣдующее: послѣ легкой лихорадки въ первые дни послѣ родовъ, обыкновенно въ концѣ первой недѣли (иногда и на второй) появляется потрясающій ознобъ,  $t^{\circ}$  подымается до  $40^{\circ}$  и выше. Лихорадка длится недолго и послѣ обильнаго пота  $t^{\circ}$  падаетъ до нормы; самочувствіе улучшается но весьма учащенный пульсъ при навшей  $t^{\circ}$  указываетъ, что болѣзнь продолжается. Вскорѣ наступаетъ второй и третій ознобъ, свидѣтельствующая о новомъ всасываніи продуктовъ гніенія. Ввиду ремиссій, т. е. постоянного, послѣ озноба паденія температуры до нормы, организмъ имѣетъ достаточный отдыхъ отъ лихорадки (которая и носить названіе *Ремитирующей лихорадки*, весьма характерной для піэміи) и потому вначаль болѣзни не страдаетъ: аппетитъ, сонъ, общее самочувствіе удовлетворительно,

отправленія кишечника и мочеотдѣленіе нормальны. Однако повторные ознобы (гнойныя отравленія) скоро измѣняютъ составъ крови: быстро уменьшается количество красныхъ кровяныхъ шариковъ, кожа принимаетъ пепельно-сѣрую окраску, является отдышка, (учащенное дыханіе, вслѣдствіе недостатка кислорода, мало поглощаемого уменьшеннымъ количествомъ красныхъ кровяныхъ шариковъ) начинаетъ страдать сознание—полнѣйшее равнодушіе къ своему состоянію является признакомъ тяжелого септического заболѣванія и началомъ конца. Обыкновенный исходъ—смерть.

30) Что такое „пуэрперальная септицемія“?

— Суть болѣзни въ томъ, что кровь получаетъ отъ зараженнаго эндометрія постоянный подвозъ стрептококковъ быстро разносимыхъ ею по всему кровеносному пути. Со стороны тканей реакціи нѣтъ: нѣтъ воспаленія, нѣтъ нагноенія, нѣтъ и знобовъ. Лихорадка высокая (39°—41°) безъ ремиссій. Организмъ не имѣетъ отдыха, процессъ идетъ быстро, кровь разлагается, наступаетъ помраченіе сознания. Здѣсь стрептококки, вырабатывая обильное количество токсиновъ, отравляютъ ими сердце—пульсъ очень скоро *опережаетъ температуру*—указаніе на близость печальнаго исхода! Смерть происходитъ отъ токсического паралича сердца.

31) Какія заболѣванія возникаютъ при распространеніи стрептококковъ по лимфатическимъ путямъ?

— Разсѣкающей метритъ, параметритъ, перимитритъ и общій перитонитъ.

32) При какихъ условіяхъ возникаетъ разсѣкающей метритъ?

— Если стрептококки проникаютъ въ лимфатическіе сосуды мускулатуры матки вызываютъ здѣсь воспаленіе съ нагноеніемъ, ведущимъ къ отторженію омертвѣвшихъ частей мускулатуры, то мы имѣемъ дѣло съ разсѣкающимъ метритомъ (**Metritis dissecans**).

33) Что такое параметритъ, каково его теченіе и послѣдствія?

— Благодаря надрывамъ шейки, происшедшимъ во время родовъ, открытъ прямой путь для проникновенія стрептококковъ въ околоматочную клѣтчатку, что ведетъ къ воспаленію ея—это *пуэрперальный параметритъ*. Здѣсь въ рыхлой ткани процессъ распространяется очень быстро. Появляется гиперемія и серозный

выпотъ, такъ что при внутреннемъ изслѣдованіи мы въ сводѣ прощупываемъ тѣстоватую опухоль. Далѣе какъ при всякомъ воспалительномъ процессѣ появляются на сцену лейкоциты (фагоциты), вступающіе въ борьбу съ бактеріями и отъ результата этой борьбы зависитъ дальнѣйшее теченіе: если фагоциты одержали верхъ, то процессъ ограничивается воспалительнымъ экссудатомъ разлитого по всей клѣтчаткѣ, занимая то правую то лѣвую сторону, оттѣсня матку въ противоположную мѣстонахожденію экссудата снаружи, то окружая матку со всѣхъ сторонъ, такъ что она занимаетъ свое прежнее мѣсто будучи замуравлена въ образовавшемся экссудатѣ. Процессъ заканчивается въ теченіе 10—14 дней разсасываніемъ экссудата при чемъ павшая до нормы температура свидѣтельствуетъ объ окончаніи процесса. Если же бактеріи одержали побѣду, то происходитъ нагноеніе. Весьма важно помнитъ, что при параметритѣ типъ лихорадки постоянный (*febris continua*) — т. е. колебанія  $t^{\circ}$  на  $1^{\circ}$  или  $1,5^{\circ}$  такъ что если вначалѣ болѣзни мы имѣемъ утромъ  $38,5^{\circ}$ , то вечерняя  $t^{\circ}$  будетъ  $39,5^{\circ}$ ; то же въ подостромъ періодѣ, понизившись въ общемъ все же сохраняетъ постоянный типъ—утромъ  $37,3^{\circ}$  веч.  $38, 3^{\circ}$ . Лишь когда происходитъ нагноеніе типъ лихорадки измѣняется въ ремитирующую, тотъ же типъ, какъ и при піэміи. При такомъ измѣненіи типа лихорадки акушерка обязана пригласить врача и обратить его вниманіе на происшедшее измѣненіе типа лихорадки, такъ какъ въ этихъ случаяхъ необходимо спѣшить со вскрытіемъ образовавшагося нарыва, дабы не дать ему самому вскрыться, что можетъ повести къ тяжелымъ послѣдствіямъ, особенно если гной проложитъ себѣ дорогу въ брюшную полость, мочевоу пузырь или прямую кишку. Что касается жалобъ больной, то она лишь тогда чувствуетъ боль, если экссудатъ помѣстился высоко подѣ брюшиной, а вначалѣ болѣзни поводомъ къ внутреннему изслѣдованію служитъ повышение  $t^{\circ}$ . Позже, когда экссудатъ увеличившись давитъ на мочевоу пузырь или прямую кишку, больная жалуется на разстройство со стороны этихъ органовъ: болѣзненное затрудненное мочеиспусканіе, запоръ.

34) Что такое периметритъ, перитонитъ—условія ихъ возникновенія, симптомы и теченіе?

— Если стрептококки избрали путь изъ эндометрія въ брюшину, покрывающую матку, то брюшина эта набухаетъ, краснѣетъ,



через нее просачивается воспалительный экссудат—это *Периметритъ*. Въ силу собственной своей тяжести экссудатъ обыкновенно скопляется въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ (какъ наиболѣе глубокомъ мѣстѣ брюшной полости) и вызвавъ раздраженіе сосѣднихъ здоровыхъ еще участковъ брюшины, ведетъ къ слипчивому сращенію этихъ участковъ, вслѣдствіи чего вокругъ экссудата образуется *капсуля*, которая его совершенно изолируетъ отъ остальной здоровой брюшины. Благодаря своевременно принятымъ мѣрамъ, этотъ экссудатъ разсасывается, больная выздоравливаетъ.

Если же капсуля не успѣла образоваться и стрептококки пробилась въ брюшную полость и, благодаря громадной всасывающей поверхности брюшины, происходитъ быстрое отравленіе организма токсинами, содержащимися въ экссудатѣ, то мы имѣемъ дѣло съ „пуэрперальнымъ септическимъ перитонитомъ“, обыкновенно кончающимся смертью на 5-й—6-й день. Болѣзнь начинается большей частью на 3-й день послѣ родовъ, рѣдко позже, сильнымъ потрясающимъ ознобомъ и  $t^{\circ}$  около  $40^{\circ}$ ; температура остается равномѣрно высокой во все время теченія болѣзни нѣсколько понижаясь по утрамъ. Вскорѣ появляются и другіе симптомы болѣзни—лохии становятся грязными и вонючими; матка дѣлается весьма болѣзненной при периметритѣ. Если же процессъ переходитъ въ общій перитонитъ то состояніе больной *рѣзко ухудшается*: вслѣдствіе паралича кишекъ животъ до того сильно вздутъ, что затрудняетъ движеніе діафрагмы, почему дыханіе дѣлается поверхностнымъ. Далѣе является тошнота, рвота (вырываетъ даже глотки воды) и икота; отравленіе токсинами центральной нервной системы обуславливаетъ появляющуюся сонливость, спутанность мыслей. Наконецъ при  $t^{\circ} 40^{\circ}$  пульсъ доходитъ до 140—160 въ минуту—зловѣщій признакъ септического паралича сердца ведущаго къ скоро наступающей смерти.

35) На чемъ основывается *прогнозъ* послѣродовыхъ заболѣваній?

— Намъ извѣстны защитительныя средства, которыми обладаетъ организмъ родильницы для борьбы съ инфекціей. Мы могли бы поставить вѣрный прогнозъ, если бы мы обладали средствами опредѣлить въ каждый нужный моментъ, какова состоятельность и сила организма для этой борьбы. Къ сожалѣнію мы такого анатомическаго діагноза поставить не можемъ. Вотъ почему мы

должны стремиться изучить, по возможности шире, клиническую картину течения родов и послеродового периода, отмѣчая тѣ проявленія, которыя намъ могли бы служить точкой опоры для предсказанія. Въ общемъ уже *теченіе родового акта* намъ даетъ извѣстныя указанія о предстоящемъ теченіи послеродового периода. Мы едва ли можемъ ждать тяжелой инфекции у женщины здоровой, у которой роды протекли силами природы, особенно если небыло произведено внутреннее изслѣдованіе. Однако этого нельзя сказать вполнѣ утвердительно, потому что *возможность самозараженія* не исключается, т. к. новѣйшія точныя изслѣдованія показали, что во многихъ случаяхъ зародыши, вызвавшіе позже болѣзнь, до всякаго изслѣдованія уже находились во влагалищѣ роженицы, при чемъ нѣкоторыя лихорадили уже во время родовъ, чему способствовали: а) длительность родовъ послѣ разрыва пузыря и б) тампонація влагалища во время родовъ. Однако лихорадка во время родовъ не всегда вызываетъ послеродовое заболѣваніе. Здѣсь имѣетъ вліяніе: продолжительность родовъ, сила инфекции, веденіе родовъ (выжидательное или оперативное и осложненія—тампонація и др.) *Особенно важно для послеродового периода, оканчиваются ли роды силами природы или оперативно.* Слѣдя внимательно за родильницей акушерка уже въ *первые дни послеродовъ* найдетъ цѣнные симптомы для предсказанія течения послеродового периода. *Бессонница* въ первые дни послѣ родовъ очень часто служитъ предвѣстникомъ тяжелаго инфекціоннаго заболѣванія. Хорошій, крѣпкій, здоровый сонъ напротивъ долженъ быть разсматриваемъ какъ успокоивающее явленіе. *Послеродовыя схватки* не всегда суть лишь послѣдствія задержавшихся въ маткѣ частей плоднаго яйца, а подчасъ предвѣщаютъ инфекціонное заболѣваніе. *Пульсъ* при инфекціи быстро нарастаетъ, между тѣмъ какъ у здоровыхъ родильницъ онъ замедленъ. *Общій видъ* родильницы также измѣняется при тяжелой инфекціи: блѣдность кожи съ желтоватой окраской, запавшіе глаза, заострившійся носъ, боязливый взглядъ суть тревожные симптомы. *Языкъ* при наступающемъ послеродовомъ заболѣваніи скоро сохнетъ. *Гоннорейныя* воспаленія матки и придатковъ большею частью даютъ себя знать лишь на *второй недѣлѣ* послѣ родовъ. Прогнозъ въ смыслѣ опасности для жизни благопріятенъ. Т. обр. открытіе гоннококковъ въ послеродовыхъ выдѣленіяхъ, не смотря на тяжелую картину болѣзни, могутъ дѣйствовать успокоивающе. *Бактеріологическое* изслѣдованіе крови можетъ служить важнымъ подспорьемъ для прогноза: если повторныя изслѣдованія крови показываютъ присутствіи *Стрептококковъ гемолитическихъ* (т. е. такихъ, которыя, будучи перенесены въ

питательную среду, состоящую изъ агара 30 куб. см. и крови 5 куб. см. нагрѣтыхъ до 45° С, даютъ во кругъ культуры свѣтлые шарики), то предсказаніе значительно омрачается, но не указываетъ на абсолютно дурной исходъ. Обыкновенно въ это время уже и клиническая картина обнаруживаетъ тяжелое заболѣваніе.

Весьма важно уметь отличить *дифтеритическую язву* отъ *пуэрперальной*: при дифтеритической язвѣ быстро образуется блестяще-бѣлая пленка, заходящая далеко за края раны; между тѣмъ сѣровато-желтая пленка пуэрперальной язвы окружена красной каймой и не распространяется за края раны. Конечно, открытая, при микроскопическомъ изслѣдованіи пленки, *лефлеровская палочка* утверждаетъ насъ въ діагнозѣ на счетъ дифтерита. А это очень важно т. к. мы имѣемъ противъ дифтерита надежную сыворотку.

Что касается прогноза при различныхъ отдѣльныхъ формахъ послѣродовыхъ заболѣваній, то мы знаемъ слѣдующее: *пуэрперальный эндометритъ*, если онъ остается мѣстнымъ, то предсказаніе благоприятно, однако онъ можетъ явиться исходнымъ пунктомъ тяжелой общей инфекціи. Экссудативный пуэрперальный *параметритъ* не ведетъ къ смерти. *При тяжеломъ заболѣваніи онъ является благоприятнымъ симптомомъ, указывающимъ на то, что процессъ остался мѣстнымъ.* Однако, хотя и очень рѣдко, онъ ведетъ къ піэміи. Все же параметритъ требуетъ долгаго упорнаго леченія и четверть случаевъ кончаются образованіемъ абсцесса (нарыва).

*При общемъ перитонитѣ и септицеміи* выздоровленіе очень рѣдко. Нѣсколько лучше стоитъ прогнозъ при *піэміи*, но все же предсказаніе неблагоприятно.

36) Какое значеніе *профилактики послѣродовыхъ заболѣваній?*

— Къ сожалѣнію при современномъ состояніи науки мы еще бессильны въ леченіи серьезныхъ послѣродовыхъ заболѣваній. Вотъ почему въ борьбѣ съ этой инфекціей первое мѣсто, по справедливости, принадлежитъ профилактикѣ.

37) Въ чемъ заключается профилактика *во время беременности?*

— Надлежитъ заботиться о томъ, чтобы возбудители болѣзни не коснулись не только половыхъ органовъ, но и всего тѣла беременной. Съ этою цѣлью въ послѣднія недѣли беременности слѣдуетъ избѣгать по возможности внутреннихъ изслѣдованій, влагалищныхъ душей и супружескихъ сношеній. Беременная должна избѣгать всякихъ очаговъ заразы — не должны посѣщать больныхъ съ какими либо инфекционными болѣзнями.

38) Въ чемъ заключается профилактика во время родовъ?

— Мѣры предупрежденія слѣдующія: а) ограниченіе введенія руки и инструментовъ въ половые органы рожениць весьма желательная мѣра для предупрежденія послѣродовыхъ заболѣваній. По этому слѣдуетъ, по возможности, ограничиться наружнымъ изслѣдованіемъ. Но разъ есть необходимость во внутреннемъ изслѣдованіи, то *строжайшая асептика должна быть выполнена вполне добросовѣстно*. б) Разъ акушерка соприкасалась съ заразными она должна отказаться отъ ухода за роженицей (или родильницей). Лишь въ крайнихъ случаяхъ она можетъ посѣщать роженицу послѣ того какъ она многократно себя дезинфицировала. Важнымъ пособіемъ при этомъ можетъ служить резиновая перчатка, которая легко дезинфицируется. в) Изъ оказаннаго выше объ отношеніи лихорадки во время родовъ къ послѣродовымъ заболѣваніямъ вытекають дальнѣйшія практическія правила для профилактики: 1) Фактъ существованія лихорадки не является основаніемъ для быстраго окончанія родовъ 2) даже продолжительная лихорадка не увеличиваетъ опасности для послѣродоваго періода въ такой степени, какъ пораненія во время операціи 3) оперативное вмѣшательство даже при легкой лихорадкѣ ухудшаетъ прогнозъ для послѣродоваго періода, 4) при лихорадкѣ во время родовъ лучше держаться выжидательнаго метода пока не наступитъ моментъ, когда родоразрѣшеніе легко возможно. 5) Чѣмъ продолжительнѣе роды при лихорадкѣ тѣмъ болѣе ухудшается прогнозъ для послѣродоваго періода; по этому средства ускоряющія роды весьма желательны. Такимъ средствомъ является *Питуитринъ*, который, усиливая и регулируя сокращенія матки, ведетъ къ ускоренію главнымъ образомъ въ концѣ періода раскрытія и въ періодѣ изгнанія. г) Рядомъ съ этимъ мы должны принять мѣры къ сохраненію и даже повышенію силъ организма для борьбы съ инфекціей—слѣдуетъ помнить, что долго длящіяся *наркозы* и *кровопотери* ослабляютъ организмъ, дѣлая его менѣе способнымъ противостоятъ заразы, поэтому и то и другое слѣдуетъ по возможности ограничить. Охлажденіе тѣла также вредно въ этомъ отношеніи. д) Искусственный подъемъ стойкости организма подчасъ достигается вливаніемъ физиологическаго раствора, ~~дѣ~~мъ надлежитъ при надобности воспользоваться.

39) Въ чемъ заключается профилактика въ послѣродовомъ періодѣ?

— Слѣдуетъ помнить, что маткѣ послѣ родовъ надлежитъ *вполнѣ освободиться* отъ содержимаго—необходимо стремиться достигнуть пустоты ея полости. Всякіе остатки *дѣтскаго мѣста* надлежитъ немедленно удалить, т. к. они могутъ повести къ серьезнымъ послѣдствіямъ: эти остатки, *связанные съ кровеносными сосудами стѣнокъ матки* могутъ быть причиной глубокой инфекціи, неговоря уже о томъ, что обыкновенно ведутъ къ сильнымъ кровотечениямъ, гнилостному разложенію и сильнымъ схваткамъ. Что касается *оболочекъ, не стоящихъ въ прямомъ общеніи съ сосудами матери*, т. к. онѣ сами сосудовъ не имѣютъ и изгоняются вмѣстѣ съ отпадающей оболочкой, попадая въ истекающія лохіи, то онѣ, правда могутъ послужить мостками для проникновенія бактерій въ полость матки изъ влагалища и вульвы, но вреда отъ этого въ общемъ меньше, чѣмъ отъ введенія руки въ матку для ихъ удаленія. По этому можно вполнѣ спокойно выждать ихъ произвольнаго отдѣленія и изгнанія. Конечно мы *попытаемъ ихъ удалить, если матка расслаблена (въ состояніи атоніи) и сильно кровоточитъ.* 2) Весьма важно обезпечить *свободное истеченіе лохій*: длительная ихъ задержка несомнѣнно можетъ повести къ болѣе глубокому распространенію инфекціи. Слѣдуетъ помнить, что причиной задержки лохій могутъ служить: а) кровяные сгустки, оставшіеся въ каналѣ шейки, представляющей послѣ изгнанія *дѣтскаго мѣста* дряблый мѣшокъ, въ которомъ, правда, и потомъ могутъ накопиться сгустки, вслѣдствіе задержки истекающей крови. По этому *послѣ изгнанія дѣтскаго мѣста акушеркѣ надлежитъ внимательно слѣдить за тѣмъ, чтобы матка была хорошо сокращена (плотна на оцупь)* б) *Переполненіе мочевого пузыря*, доходящее до задержки въ немъ громаднаго количества мочи можетъ механически обусловить задержку лохій. По этому *при всякомъ посѣщеніи родильницъ акушерка должна контролировать наполненіе мочевого пузыря*, хотя бы родильница не жаловалась на задержку мочи. в) *Переполненіе прямой кишки* можетъ повести къ ущемленію шейки матки между прямой кишкой и лобкомъ и этимъ обусловить задержку лохій—*акушерка должна заботиться о своевременномъ опорожненіи кишки.* г) Само собою разумѣется, что причиной задержки лохій могутъ быть неправильныя положенія матки (заворотъ, загибъ) а также и опухоли, какъ міомы шейки и проч.—акушерка въ этихъ случаяхъ обращается за помощью врача. 3) Слѣдуетъ помнить о возможности возникновенія инфекціи, если будутъ разрушены естественныя преграды къ проникновенію *заразныхъ началъ.*

должны стремиться изучить, по возможности шире, клиническую картину течения родов и послеродового периода, отмѣчая тѣ проявленія, которыя намъ могли бы служить точкой опоры для предсказанія. Въ общемъ уже *теченіе родового акта* намъ даетъ извѣстныя указанія о предстоящемъ теченіи послеродового периода. Мы едва ли можемъ ждаты тяжелой инфекціи у женщины здоровой, у которой роды протекли силами природы, особенно если небыло произведено внутреннее изслѣдованіе. Однако этого нельзя сказать вполнѣ утвердительно, потому что *возможность самозараженія* не исключается, т. к. новѣйшія точныя изслѣдованія показали, что во многихъ случаяхъ зародыши, вызвавшіе позже болѣзнь, до всякаго изслѣдованія уже находились во влагалищѣ роженицы, при чемъ нѣкоторыя лихорадили уже во время родовъ, чему способствовали: а) длительность родовъ послѣ разрыва пузыря и б) тампонація влагалища во время родовъ. Однако лихорадка во время родовъ не всегда вызываетъ послеродовое заболѣваніе. Здѣсь имѣетъ вліяніе: продолжительность родовъ, сила инфекціи, веденіе родовъ (выжидательное или оперативное и осложненія—тампонація и др.) *Особенно важно для послеродового периода, оканчиваются ли роды силами природы или оперативно.* Слѣдя внимательно за родильницей акушерка уже въ *первые дни послеродовыя* найдетъ цѣнныя симптомы для предсказанія течения послеродового периода. *Бессонница* въ первые дни послѣ родовъ очень часто служитъ предвѣстникомъ тяжелаго инфекціоннаго заболѣванія. Хорошій, крѣпкій, здоровый сонъ напротивъ долженъ быть разсматриваемъ какъ успокоивающее явленіе. *Послеродовыя схватки* не всегда суть лишь послѣдствія задержавшихся въ маткѣ частей плоднаго яйца, а подчасъ предвѣщаютъ инфекціонное заболѣваніе. *Пульсъ* при инфекціи быстро нарастаетъ, между тѣмъ какъ у здоровыхъ родильницъ онъ замедленъ. *Общій видъ* родильницы также измѣняется при тяжелой инфекціи: блѣдность кожи съ желтоватой окраской, запавшіе глаза, заострившійся носъ, боязливый взглядъ суть тревожные симптомы. *Языкъ* при наступающемъ послеродовомъ заболѣваніи скоро сохнетъ. *Гоннорейныя* воспаленія матки и придатковъ большею частью даютъ себя знать лишь на *второй недѣль* послѣ родовъ. Прогнозъ въ смыслѣ опасности для жизни благопріятенъ. Т. обр. открытіе гоннококковъ въ послеродовыхъ выдѣленіяхъ, не смотря на тяжелую картину болѣзни, могутъ дѣйствовать успокоивающе. *Бактеріологическое* изслѣдованіе крови можетъ служить важнымъ подспорьемъ для прогноза: если повторныя изслѣдованія крови показываютъ присутствіи *Стрептококковъ гемолитическихъ* (т. е. такихъ, которые, будучи перенесены въ

питательную среду, состоящую из агара 30 куб. см. икрови 5 куб. см. нагрѣтыхъ до 45° С, дають во кругъ культуры свѣтлые шарики), то предсказаніе значительно омрачается, но не указываетъ на абсолютно дурной исходъ. Обыкновенно въ это время уже и клиническая картина обнаруживаетъ тяжелое заболѣваніе.

Весьма важно умѣть отличить *дифтеритическую язву* отъ *пуэрперильной*: при дифтеритической язве быстро образуется блестящебѣлая пленка, заходящая далеко за края раны; между тѣмъ сѣровато-желтая пленка пуэрперальной язвы окружена красной каймой и не распространяется за края раны. Конечно, открытая, при микроскопическомъ изслѣдованіи пленки, *лефлеровская* палочка утверждаетъ насъ въ діагнозѣ на счетъ дифтерита. А это очень важно т. к. мы имѣемъ противъ дифтерита надежную сыворотку.

Что касается прогноза при различныхъ отдѣльныхъ формахъ послѣродовыхъ заболѣваній, то мы знаемъ слѣдующее: *пуэрперальный эндометритъ*, если онъ остается мѣстнымъ, то предсказаніе благопріятно, однако онъ можетъ явиться исходнымъ пунктомъ тяжелой общей инфекціи. *Эксудативный пуэрперальный параметритъ* не ведетъ къ смерти. *При тяжеломъ заболѣваніи онъ является благопріятнымъ симптомомъ, указывающимъ на то, что процессъ остался мѣстнымъ.* Однако, хотя и очень рѣдко, онъ ведетъ къ піэміи. Все же параметритъ требуетъ долгаго упорнаго леченія и четверть случаевъ кончаются образованіемъ абсцесса (нарыва).

*При общемъ перитонитѣ и септицеміи* выздоровленіе очень рѣдко. Нѣсколько лучше стоитъ прогнозъ при *піэміи*, но все же предсказаніе неблагопріятно.

36) Какое значеніе *профилактики послѣродовыхъ заболѣваній?*

— Къ сожалѣнію при современномъ состояніи науки мы еще безсильны въ леченіи серьезныхъ послѣродовыхъ заболѣваній. Вотъ почему въ борьбѣ съ этой инфекціей первое мѣсто, по справедливости, принадлежитъ профилактикѣ.

37) Въ чемъ заключается профилактика *во время беременности?*

— Надлежитъ заботиться о томъ, чтобы возбудители болѣзни не коснулись не только половыхъ органовъ, но и всего тѣла беременной. Съ этою цѣлью въ послѣднія недѣли беременности слѣдуетъ избѣгать по возможности внутреннихъ изслѣдованій, влагалищныхъ душей и супружескихъ сношеній. Беременная должны избѣгать всякихъ очаговъ заразы — не должны посѣщать больныхъ съ какими либо инфекціонными болѣзнями.

38) Въ чемъ заключается профилактика во время родовъ?

— Мѣры предупрежденія слѣдующія: а) ограниченіе введенія руки и инструментовъ въ половые органы рожениць весьма желательная мѣра для предупрежденія послѣродовыхъ заболѣваній. По этому слѣдуетъ, по возможности, ограничиться наружнымъ изслѣдованіемъ. Но разъ есть необходимость во внутреннемъ изслѣдованіи, то *строжайшая асептика должна быть выполнена вполне добросовѣстно*. б) Разъ акушерка соприкасалась съ заразными она должна отказаться отъ ухода за роженицей (или родильницей). Лишь въ крайнихъ случаяхъ она можетъ посѣщать роженицу послѣ того какъ она многократно себя дезинфицировала. Важнымъ пособіемъ при этомъ можетъ служить резиновая перчатка, которая легко дезинфицируется. в) Изъ оказаннаго выше объ отношеніи лихорадки во время родовъ къ послѣродовымъ заболѣваніямъ вытекають дальнѣйшія практическія правила для профилактики: 1) Фактъ существованія лихорадки не является основаніемъ для быстраго окончанія родовъ 2) даже продолжительная лихорадка не увеличиваетъ опасности для послѣродоваго періода въ такой степени, какъ пораненія во время операціи 3) оперативное вмѣшательство даже при легкой лихорадкѣ ухудшаетъ прогнозъ для послѣродоваго періода, 4) при лихорадкѣ во время родовъ лучше держаться выжидательнаго метода пока не наступитъ моментъ, когда родоразрѣшеніе легко возможно. 5) Чѣмъ продолжительнѣе роды при лихорадкѣ тѣмъ болѣе ухудшается прогнозъ для послѣродоваго періода; по этому средства ускоряющія роды весьма желательны. Такимъ средствомъ является *Питуитринъ*, который, усиливая и регулируя сокращенія матки, ведетъ къ ускоренію главнымъ образомъ въ концѣ періода раскрытія и въ періодѣ изгнанія. г) Рядомъ съ этимъ мы должны принять мѣры къ сохраненію и даже повышенію силъ организма для борьбы съ инфекціей—слѣдуетъ помнить, что долго длящійся *наркозъ* и *кровопотери* ослабляютъ организмъ, дѣлая его менѣе способнымъ противостоятъ заразѣ, поэтому и то и другое слѣдуетъ по возможности ограничить. Охлажденіе тѣла также вредно въ этомъ отношеніи. д) Искусственный подъемъ стойкости организма подчасъ достигается вливаніемъ физиологическаго раствора, чѣмъ надлежитъ при надобности воспользоваться.

39) Въ чемъ заключается профилактика въ послѣродовомъ періодѣ?



— Слѣдуетъ помнить, что маткѣ послѣ родовъ надлежитъ *вполнѣ освободиться* отъ содержимаго—необходимо стремиться достигнуть пустоты ея полости. Всякіе остатки *дѣтскаго мѣста* надлежитъ немедленно удалить, т. к. они могутъ повести къ серьезнымъ послѣдствіямъ: эти остатки, *связанные съ кровеносными сосудами стѣнокъ матки* могутъ быть причиной глубокой инфекціи, неговоря уже о томъ, что обыкновенно ведутъ къ сильнымъ кровотечениямъ, гнилостному разложенію и сильнымъ схваткамъ. Что касается *оболочекъ, не стоящихъ въ прямомъ общеніи съ сосудами матери*, т. к. онѣ сами сосудовъ не имѣютъ и изгоняются вмѣстѣ съ отпадающей оболочкой, попадая въ истекающія лохіи, то онѣ, правда могутъ послужить мостками для проникновенія бактерій въ полость матки изъ влагалища и вульвы, но вреда отъ этого въ общемъ меньше, чѣмъ отъ введенія руки въ матку для ихъ удаленія. По этому можно вполнѣ спокойно выждать ихъ произвольнаго отдѣленія и изгнанія. Конечно мы *постышимъ ихъ удалить, если матка разслаблена (въ состояніи атоніи) и сильно кровоточитъ.* 2) Весьма важно обезпечить *свободное истеченіе лохій:* длительная ихъ задержка несомнѣнно можетъ повести къ болѣе глубокому распространенію инфекціи. Слѣдуетъ помнить, что причиной задержки лохій могутъ служить:

а) кровяные сгустки, оставшіеся въ каналъ шейки, представляющей послѣ изгнанія *дѣтскаго мѣста* дряблый мѣшокъ, въ которомъ, правда, и потомъ могутъ накопиться сгустки, вслѣдствіе задержки истекающей крови. По этому *послѣ изгнанія дѣтскаго мѣста акушеркѣ надлежитъ внимательно слѣдить за тѣмъ, чтобы матка была хорошо сокращена (плотна на ощупь)* б) *Переполненіе мочевого пузыря,* доходящее до задержки въ немъ громаднаго количества мочи можетъ механически обусловить задержку лохій. По этому *при всякомъ посѣщеніи родильницъ акушерка должна контролировать наполненіе мочевого пузыря,* хотя бы родильница не жаловалась на задержку мочи. в) *Переполненіе прямой кишки* можетъ повести къ ущемленію шейки матки между прямой кишкой и лобкомъ и этимъ обусловить задержку лохій—*акушерка должна заботиться о своевременномъ опорожненіи кишки.* г) Само собою разумѣется, что причиной задержки лохій могутъ быть неправильныя положенія матки (заворотъ, загибъ) а также и опухоли, какъ міомы шейки и проч.—акушерка въ этихъ случаяхъ обращается за помощью врача. 3) Слѣдуетъ помнить о возможности возникновенія инфекціи, если будутъ разрушены естественныя преграды къ проникновенію заразныхъ началъ.

Акушерка должна избѣгать разными неосторожными манипуляціями, излишнимъ изслѣдованіемъ, ненужнымъ введеніемъ инструментовъ, промывками влагалища или черезчуръ усерднымъ раздвиганіемъ срамныхъ губъ при уборкѣ надорвать нѣжныя пленки, покрывающія раны, или уничтожить тромбы.

Тяжело и грустно, что еще до сихъ поръ на практикѣ встрѣчаются случаи, гдѣ излишнее усердіе невѣждъ, ничѣмъ не оправдываемое, губить чудные результаты, достигаемые точнымъ выполненіемъ предписаній преподанныхъ великими людьми Земельвейсомъ и Листеромъ.

40) Къ чему сводится *лечение* послѣродовыхъ заболѣваній?

— Лечение родильной горячки сводится къ тому, чтобы умертвить бактеріи и вывести ихъ изъ организма, воспрепятствовать поселившимся на поверхности ранъ проникнуть глубже, очистить организмъ отъ токсиновъ и по возможности укрѣпить его для борьбы съ инфекціей. *Организмъ обладаетъ въ высокой степени способностью выполнять упомянутыя требованія. Тамъ, гдѣ банкротятся его оборонительныя силы, тамъ и наша мудрость паскуетъ. Вотъ почему основнымъ принципомъ всѣхъ нашихъ дѣйствій должно быть: „Помочь не можешь не вреди!“ Суетливыя, необдуманныя, необоснованныя точными показаніями приемы леченія такъ часто благоприятствуютъ возникновенію инфекции: это суть тѣ приемы, которые парализуютъ и разрушаютъ естественныя оборонительныя и цѣлебныя силы противъ возбудителей заразы.*

41) Въ чемъ заключается борьба организма съ бактеріями?

— Борьбу организма съ заразными началами (бактеріями) мы себѣ представляемъ слѣдующимъ образомъ: какъ только бактеріи обосновались на раневой поверхности къ этому мѣсту спѣшить громадный спасательный отрядъ лейкоцитовъ, чтобы образовать преграду для дальнѣйшаго проникновенія бактерій. Быстро размножающіяся бактеріи захватываются лейкоцитами умерщвляются ими и растворяются. Этотъ „фагоцитозъ“ однако связанъ съ присутствіемъ особыхъ веществъ, изъ коихъ одни дѣлаютъ бактерій удобоусвояемыми для лейкоцитовъ—это такъ называемыя *опсонины*; другіе побуждаютъ лейкоциты къ воспріятію опсонированныхъ бактерій. Вторую ступень оборонительныхъ средствъ мы имѣемъ въ „анти-тѣлахъ“, способныхъ также умерщвлять и растворять бактеріи, попавшія въ тканевыя жидкости—это тѣ вещества, которыя, растворяя бактеріи, находящіяся внѣ

клеточек тканей, в то же время *нейтрализуют* (служат противоядием) *выработанные бактериями токсины*. От результата этой борьбы зависит исход болезни: одержали верх бактерии, которые быстро размножаясь, окрепли в борьбе и заполнили все важные органы, тогда смерть неминуема. Если же организм уже закален от природы или закален у него приобретенный, то средства для борьбы у него обеспечены и он выходит победителем — выздоровление последует. Из этого понятно то страшное чувство, которое мы должны испытывать при мысли, что мы нашим вмешательством можем разрушить преграды для наших врагов — преграды с таким трудом созданные организмом. Кто хочет действовать научно и честно должен хорошенько поразмыслить, прежде чем решиться на какое-либо вмешательство при послеродовой инфекции. Следует помнить, что всякое повреждение, хотя бы самое легкое, нанесенное раневой поверхности введением ли руки или инструмента или промывками, разрушая созданные организмом преграды, облегчает проникновение бактерий в ткани наших органов.

#### 42) В чем заключается наша помощь?

— а) Ввиду вышесказанного мы, за исключением тех случаев где требуется немедленное удаление из полости матки задержанных в ней вредных веществ, избегаем внутриматочной терапии, дабы не нанести повреждений. Мы промываем матку лишь перед и после операций удаления задержанных частей дѣтского мѣста или если не можем достигнуть свободного истечения задержанных лохий. Промывку дѣлаем 1% раствором Лизоля, 1/2% раствором Перекиси водорода или 50% алкогolemь. Чаще мы прибегаем при надобности къ влагищным душамъ. Эти души съ одной стороны удаляютъ выдѣленія, задержанныя въ заднемъ своды влагища, но въ то же время, вызывая сокращенія матки, способствуютъ изгнанію ея содержимаго. Для этой цѣли мы пользуемся 1% растворомъ Лизоля, 2% растворомъ Лизоформа, 3% растворомъ карболовой кислоты и др. Следуетъ помнить, что кружка не должна висѣть высоко, (1 1/2 метра надъ кроватью), что наконечникъ долженъ имѣть боковое отверстіе и не имѣть отверстія въ концѣ, что во время этихъ промывокъ следуетъ массировать слегка дно матки. Всѣ эти мѣры весьма важны для того, чтобы струя воды не попадала въ полость матки.

Во многихъ случаяхъ можетъ быть примѣнена съ большою пользою постоянная ирригація при посредствѣ зеркала Морозова, съ устройствомъ котораго и примѣненіемъ его акушерка должна вполнѣ освоиться.

б) Къ мѣстнымъ средствамъ, употребляемымъ при послѣродовыхъ заболѣваніяхъ относятся: *ледъ, согревающие компрессы, спиртные компрессы, припарки, іодная настойка* и проч. Назначеніе льда и компрессовъ достигаетъ одинаковой цѣли—приходится разнообразить смотря по обстоятельствамъ—однѣ больныя не переносятъ льда, другія не переносятъ компрессовъ. При спиртныхъ компрессахъ слѣдуетъ парафиновую бумагу или клеенку, которой прикрываютъ намоченный матеріалъ, продыривить въ нѣсколькихъ мѣстахъ—иначе получатся ожоги кожи. Припарки обыкновенно приготовляются изъ льняной муки, которая варится на водѣ или на молокѣ до консистенціи густой каши. Этой кашею наполняютъ приготовленные по размѣру полотняные мѣшечки, нѣсколько охлаждають, чтобы не обжечь кожи, и кладутъ на больныя мѣста. Чтобы удержать подольше теплоту, ихъ прикрываютъ ватой или фланелью. Когда онѣ остыли, ихъ снова мѣняютъ на горячія. Употребляютъ ихъ при необходимости ускорить нагноеніе и вызвать подкожный нарывъ. Чтобы уменьшить бользенное чувство, часто ими вызываемое, поливають ихъ со стороны касающейся кожи 10—15 каплями опійной настойки. Іодную настойку употребляютъ при леченіи пуэрперальныхъ язвъ, которыя промываются струей дезинфицирующаго раствора (не вытирать! Не касаться рукой или ватой!!) а затѣмъ плейферовскимъ зондомъ (или палочкой) обернутымъ ватой, смоченной настойкой наносятъ іодъ обильно на раневую поверхность. Образовавшаяся корка защищаетъ рану отъ загрязненія истекающими лохіяи и способствуетъ заживленію. Іодная настойка употребляется также для смазыванія нижней части живота при пери—и параметритахъ.

в) Переходя къ общему леченію, слѣдуетъ отмѣтить, что внутреннія средства назначаются съ цѣлью достигнуть: 1) *общей дезинфекціи организма* умерщвленіемъ циркулирующихъ въ крови бактерий, не нанося при этомъ вреда организму. Къ кожалънію хваленный колларголь (препаратъ серебра) не оправдалъ надежды, 2) *возбудить, усилить лейкоцитозъ*—всѣ восхвалявшіяся средства оказались немощными, 3) ввести искусственно „анти-тѣла“ примѣненіемъ л

сыворотки—и тутъ цѣль не была достигнута, 4) вывести изъ организма накопившіеся токсины, чего думали добиться назначеніемъ мочегонныхъ. Но изслѣдованія показали, что въ выдѣляемой мочѣ токсиновъ не оказалось, 5) Тогда осталось одно—укрѣпить организмъ, дабы облегчить ему борьбу съ инфекціей. Для этой цѣли оказалось полезнымъ усиленное питаніе и обильное введеніе жидкости. И такъ, все сводится къ тому, чтобы заболѣвшая получила побольше удобоусваиваемой пищи. Тутъ на первомъ планѣ молоко, сливки, кефиръ, овомальтинъ, алкоголь, который отлично переносится этими больными, обладаетъ свойствомъ задерживать окисленіе жировъ и углеводовъ и тѣмъ поддерживать экономію бѣлковыхъ веществъ. Потеря жидкости ежедневно лихорадящими больными вознаграждается введеніемъ подъ кожу или чрезъ прямую кишку 1—2 литровъ физиологическаго раствора. Вспомогательныя средства—обтираніе всего тѣла, обертыванія и ванны 27°—30° въ продолженіе 3—5 минутъ. Изъ жаропонижающихъ при надобности прибѣгаютъ къ аспирину и хинину.



Акушерка должна избѣгать разными неосторожными манипуляціями, излишнимъ изслѣдованіемъ, ненужнымъ введеніемъ инструментовъ, промывками влагалища или черезчуръ усерднымъ раздвиганіемъ срамныхъ губъ при уборкѣ надорвать нѣжныя пленки, покрывающія раны, или уничтожить тромбы.

Тяжело и грустно, что еще до сихъ поръ на практикѣ встрѣчаются случаи, гдѣ излишнее усердіе невѣждъ, ничѣмъ не оправдываемое, губить чудные результаты, достигаемые точнымъ выполненіемъ предписаній преподанныхъ великими людьми Земельвейсомъ и Листеромъ.

40) Къ чему сводится *лечение* послѣродовыхъ заболѣваній?

— Лечение родильной горячки сводится къ тому, чтобы умертвить бактеріи и вывести ихъ изъ организма, воспрепятствовать поселившимся на поверхности ранъ проникнуть глубже, очистить организмъ отъ токсиновъ и по возможности укрѣпить его для борьбы съ инфекціей. *Организмъ обладаетъ въ высокой степени способностью выполнять упомянутыя требованія. Тамъ, гдѣ банкротятся его оборонительныя силы, тамъ и наша мудрость паскуетъ. Вотъ почему основнымъ принципомъ всѣхъ нашихъ дѣйствій должно быть: „Помочь не можешь не вреди!“ Суетливыя, необдуманныя, необоснованныя точными показаніями приемы леченія такъ часто благопріятствуютъ возникновенію инфекции: это суть тѣ приемы, которые парализуютъ и разрушаютъ естественныя оборонительныя и цѣлебныя силы противъ возбудителей заразы.*

41) Въ чемъ заключается борьба организма съ бактеріями?

— Борьбу организма съ заразными началами (бактеріями) мы себѣ представляемъ слѣдующимъ образомъ: какъ только бактеріи обосновались на раневой поверхности къ этому мѣсту спѣшить громадный спасательный отрядъ лейкоцитовъ, чтобы образовать преграду для дальнѣйшаго проникновенія бактерій. Быстро размножающіяся бактеріи захватываются лейкоцитами умерщвляются ими и растворяются. Это тѣ „фагоцитозъ“ однако связанъ съ присутствіемъ особыхъ веществъ, изъ коихъ одни дѣлаютъ бактерій удобоусвояемыми для лейкоцитовъ—это такъ называемыя *опсонины*; другіе побуждаютъ лейкоциты къ воспріятію опсонированныхъ бактерій. Вторую ступень оборонительныхъ средствъ мы имѣемъ въ „анти-тѣлахъ“, способныхъ также умерщвлять и растворять бактеріи, попавшія въ тканевыя жидкости—это тѣ вещества, которыя, растворяя бактеріи, находящіяся внѣ

клеточки тканей, въ тоже время *нейтрализуютъ* (служать противоядиемъ) *выработанныя* бактеріями *токсины*. Отъ результата этой борьбы зависитъ исходъ болѣзни: одержали верхъ бактеріи, которыя, быстро размножаясь, окрѣпли въ борьбѣ и заполонили всѣ важные органы, тогда смерть неминуема. Если же организмъ уже закаленъ отъ природы или закалъ у него приобрѣтенный, то средствъ для борьбы у него обезпечены и онъ выходитъ побѣдителемъ — выздоровленіе послѣдуетъ. Изъ этого понятно то страшное чувство, которое мы должны испытывать при мысли, что мы нашимъ вмѣшательствомъ можемъ разрушить преграды для нашихъ враговъ — преграды съ такимъ трудомъ созданныя организмомъ. Кто хочетъ дѣйствовать научно и честно долженъ хорошенько поразмыслить, прежде чѣмъ рѣшиться на какое либо вмѣшательство при послѣродовой инфекции. Слѣдуетъ помнить, что всякое пораненіе, хотя бы самое легкое, нанесенное раневой поверхности введеніемъ ли руки или инструмента или промывками, разрушая созданныя организмомъ преграды, облегчаетъ проникновеніе бактерій въ ткани нашихъ органовъ.

#### 42) Въ чемъ заключается наша помощь?

— а) Ввиду вышесказаннаго мы, за исключеніемъ тѣхъ случаевъ гдѣ требуется немедленное удаленіе изъ полости матки задержанныхъ въ ней вредныхъ веществъ, избѣгаемъ внутриматочной терапіи, дабы не нанести пораненій. Мы промываемъ матку лишь передъ и послѣ операций удаленія задержанныхъ частей дѣтскаго мѣста или если не можемъ достигнуть свободнаго истеченія задержанныхъ лохий. Промывку дѣлаемъ 1% растворомъ Лизоля,  $\frac{1}{3}$ % растворомъ Перекиси водорода или 50% алкогелемъ. Чаше мы прибѣгаемъ при надобности къ влагалищными душамъ. Эти души съ одной стороны удаляютъ выдѣленія, задержанныя въ заднемъ своды влагалища, но въ тоже время, вызывая сокращенія матки, способствуютъ изгнанію ея содержимаго. Для этой цѣли мы пользуемся 1% растворомъ Лизоля, 2% растворомъ Лизоформа, 3% растворомъ карболовой кислоты и др. Слѣдуетъ помнить, что кружка не должна висѣть высоко, (1½ метра надъ кроватью); что наконечникъ долженъ имѣть боковое отверстіе и не имѣть отверстія въ концѣ, что во время этихъ промывокъ слѣдуетъ массировать слегка дно матки. Всѣ эти мѣры весьма важны для того, чтобы струя воды не попала въ полость матки.

Во многих случаях может быть применена съ большою пользою постоянная ирригация при посредствѣ зеркала Морозова, съ устройствомъ котораго и применениемъ его акушерка должна вполнѣ освоиться.

б) Къ мѣстнымъ средствамъ, употребляемымъ при послѣродовыхъ заболѣваніяхъ относятся: *ледь, согревающіе компрессы, спиртные компрессы, припарки, іодная настойка* и проч. Назначеніе льда и компрессовъ достигаетъ одинаковой цѣли—приходится разнообразить смотря по обстоятельствамъ—однѣ больныя не переносятъ льда, другія не переносятъ компрессовъ. При спиртныхъ компрессахъ слѣдуетъ парафиновую бумагу или клеенку, которой прикрываютъ намоченный матеріалъ, продыривить въ нѣсколькихъ мѣстахъ—иначе получатся ожоги кожи. Припарки обыкновенно приготовляются изъ льняной муки, которая варится на водѣ или на молокъ до консистенціи густой каши. Этой кашею наполняютъ приготовленные по размѣру полотнянныя мѣшечки, нѣсколько охлаждають, чтобы не обжечь кожи, и кладуть на больныя мѣста. Чтобы удержать подольше теплоту, ихъ прикрываютъ ватой или фланелью. Когда онѣ остыли, ихъ снова мѣняютъ на горячія. Употребляютъ ихъ при необходимости ускорить нагноеніе и вызвать подкожный нарывъ. Чтобы уменьшить болѣзненное чувство, часто ими вызываемое, поливаютъ ихъ со стороны касающейся кожи 10—15 каплями опійной настойки. Іодную настойку употребляютъ при леченіи пуэрперальныхъ язвъ, которыя промываются струей дезинфицирующаго раствора (не вытирать! Не касаться рукой или ватой!!) а затѣмъ плейферовскимъ зондомъ (или палочкой) обернутымъ ватой, смоченной настойкой наносятъ іодъ обильно на раневую поверхность. Образовавшаяся корка защищаетъ рану отъ загрязненія истекающими лохіями и способствуетъ заживленію. Іодная настойка употребляется также для смазыванія нижней части живота при пери—и параметритахъ.

в) Переходя къ общему леченію, слѣдуетъ отмѣтить, что внутреннія средства назначаются съ цѣлью достигнуть: 1) *общей дезинфекціи организма* умерщвленіемъ циркулирующихъ въ крови бактерій, не нанося при этомъ вреда организму. Къ кожалѣнью хваленный колларголь (препаратъ серебра) не оправдалъ надежды, 2) *возбудить, усилить лейкоцитозъ*—всѣ восхвалявшіяся средства оказались немощными, 3) ввести искусственно „анти-тѣла“ применениемъ



сыворотки—и тутъ цѣль не была достигнута, 4) вывести изъ организма накопившіеся токсины, чего думали добиться назначеніемъ мочегонныхъ. Но изслѣдованія показали, что въ выдѣляемой мочѣ токсиновъ не оказалось, 5) Тогда осталось одно—укрѣпить организмъ, дабы облегчить ему борьбу съ инфекціей. Для этой цѣли оказалось полезнымъ усиленное питаніе и обильное введеніе жидкости. И такъ, все сводится къ тому, чтобы заболѣвшая получила побольше удобоусваиваемой пищи. Тутъ на первомъ планѣ молоко, сливки, кефиръ, овомальтинъ, алкоголь, который отлично переносится этими больными, обладаетъ свойствомъ задерживать окисленіе жировъ и углеводовъ и тѣмъ поддерживать экономію бѣлковыхъ веществъ. Потеря жидкости ежедневно лихорадящими больными вознаграждается введеніемъ подъ кожу или чрезъ прямую кишку 1—2 литровъ фізіологическаго раствора. Вспомогательныя средства—обтираніе всего тѣла, обертыванія и ванны 27°—30° впродолженіе 3—5 минутъ. Изъ жаропонижающихъ при надобности прибѣгаютъ къ аспирину и хинину.

