

Справочник

**акушера-
гинеколога**

СПРАВОЧНИК АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА

ПОД ОБЩЕЙ РЕДАКЦИЕЙ
доктора медицинских наук А. Л. КАПЛАНА
и проф. О. В. МАКЕЕВОЙ



ИЗДАТЕЛЬСТВО «МЕДИЦИНА»

МОСКВА — 1965

ПРЕДИСЛОВИЕ

Отличительной чертой советского здравоохранения является его профилактическое направление. Женские консультации, акушерско-гинекологические кабинеты на промышленных предприятиях — это первичное медицинское звено, которое обеспечивает благополучие матери и ребенка на протяжении всей беременности, а также способствует нормальному течению родов и послеродового периода и охраняет здоровье женщины на протяжении всей ее жизни. Большинство акушеров-гинекологов занято именно на этом чрезвычайно ответственном участке работы.

Настоящий справочник предназначен в основном в помощь участковому врачу женской консультации в его повседневной организационной, профилактической и лечебной работе и должен способствовать улучшению акушерско-гинекологической помощи, дальнейшему максимальному снижению материнской и детской заболеваемости и смертности.

Все, что касается специфической работы стационаров (оперативное акушерство, оперативная гинекология и т. п.), в справочник не включено. Из материалов его также исключено и все то, что не получило к настоящему времени достаточного признания или не применяется в обычной практической работе.

Материалы справочника расположены в большинстве разделов в алфавитном, а в отдельных разделах в логическом порядке, что диктуется существом излагаемых вопросов.

Справочник имеет подробный предметный указатель.

РЕДАКТОРЫ

I. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Основная задача — забота о всемерном укреплении здоровья женщины во все периоды ее жизни. Разделы работы женской консультации: 1) охрана здоровья женщины во время беременности и антенатальная охрана плода (предупреждение токсикозов беременности, прерывания беременности, кровотечения и других осложнений в родах, мертворождаемости, послеродовых инфекционных заболеваний и пр.); 2) борьба с абортами; 3) профилактика, выявление и лечение гинекологических заболеваний; 4) изучение условий труда женщин и рекомендации в необходимых случаях по оздоровлению этих условий и трудоустройству женщин; 5) внедрение среди населения специальных санитарно-гигиенических знаний и навыков; 6) организация правовой помощи беременным и кормящим матерям.

СТРУКТУРА

Для консультации, входящей в состав родильного дома, обязательными помещениями являются:

- 1) гардероб;
- 2) регистратура;
- 3) зал для ожидания;
- 4) кабинеты акушеров-гинекологов;
- 5) процедурная для влагалищных манипуляций;
- 6) процедурная для инъекций, вливаний и др.;
- 7) зубоврачебный кабинет;
- 8) помещение для мытья и сушки клеенок;
- 9) туалет для женщин и персонала.

Рентгенологический кабинет, лаборатория и физиотерапевтический кабинет являются едиными для консультации и стационара.

Для крупной консультации дополнительно желательно иметь: 1) кабинет для психопрофилактической и физической подготовки беременных к родам; 2) кабинеты юриста, терапевта, заведующего и старшей акушерки консультации; 3) операционную для проведения амбулаторных операций.

Женская консультация, входящая в состав поликлиники, должна быть размещена в изолированном помещении, чтобы исключить контакт беременных женщин с поликлиническими больными.

Для консультации, входящей в состав поликлиники, наличие отдельного физиотерапевтического, зубохирургического кабинета и кабинета терапевта не обязательно.

СВЯЗЬ КОНСУЛЬТАЦИИ С ДРУГИМИ МЕДИЦИНСКИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ

Женская консультация устанавливает постоянную связь в работе с рядом лечебно-профилактических учреждений своего района или города — с больницей, поликлиниками для взрослых и детей, противотуберкулезным, кожно-венерологическим и онкологическим диспансерами и т. д. — для обследования, лечения, совместной консультации или наблюдения и для взаимной информации о соответствующих контингентах больных женщин.

Женские консультации, входящие в состав поликлиник, прикрепляются к определенному родильному дому или акушерско-гинекологическим отделениям больницы, куда врачи консультации могут госпитализировать беременных и гинекологических больных.

СИСТЕМА РАБОТЫ ВРАЧЕЙ

Оказание акушерско-гинекологической помощи производится по принципу участкового обслуживания.

Участковый врач акушер-гинеколог обслуживает население двух постоянно за ним закрепленных городских врачебных участков, проводя работу как в самой консультации, так и на участках (на дому у женщин, на производствах, в учреждениях, в домоуправлениях и пр.)¹. При выделении для профилактической работы на прикрепленном предприятии и участке специальных дней («профилактический день») соответственно уменьшается число приемов в консультации.

Нормативы работы врача. В течение одного часа амбулаторного приема врач акушер-гинеколог должен обслужить 5 человек.

При обслуживании женщин на дому (и при патронаже) для одного посещения выделяется в среднем 45—50 минут.

Для консультации больных на дому несколькими специалистами отводится один час.

Заведующие консультациями имеют право изменять нормы обслуживания больных на дому в зависимости от местных условий (компактность городского врачебного участка, наличие транспорта и др.).

Для женских консультаций, входящих в состав родильных домов или больниц, имеющих акушерские или гинекологические отделения, рекомендуется работа по системе «чередования», при которой врач в течение 1½—2 лет работает в женской консультации, затем на определенный срок переходит на работу в стационар и вновь воз-

¹ Население одного городского врачебного участка исчисляется примерно в 4000 человек. Таким образом, один врач акушер-гинеколог обслуживает население в пределах 8000 человек или около 3000 женщин старше 18 лет.

вращается в консультацию. На время его работы в стационаре для работы в консультации переводится из стационара другой врач. Порядок очередности работы врачей в стационаре и консультации устанавливается главным врачом.

Врачи, работающие в женской консультации в утреннюю смену, должны принимать участие в утренних конференциях родильного дома.

Врачей консультации следует привлекать к несению дежурств в акушерско-гинекологическом стационаре (без уменьшения часов работы в консультации: с дополнительной оплатой, с заменой дежурящего врача консультации врачом из стационара и т. д.).

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРИЕМА ЖЕНЩИН

Часы приема в консультации назначаются в удобное для населения время — не только в утренние и дневные часы, но и в вечерние (примерно до 19—20 часов). Каждый врач в течение недели должен вести прием в утренние, дневные и вечерние часы. Желательно выделять специальные часы или дни для обслуживания беременных. Однако беременных женщин и гинекологических больных участковым врач может принимать в одни и те же часы.

Предварительная запись может быть произведена как при личном посещении, так и по телефону. Срок повторного посещения назначается врачом и соответствующим образом оформляется.

При отсутствии единой регистратуры в консультации всю работу по регистрации посещений, учету беременных и больных и по оформлению повторных посещений проводят участковые акушерки децентрализованно. В этих случаях не только картотека беременных (индивидуальные карты беременных), но и амбулаторные карты гинекологических больных (учетная форма № 25) находятся в кабинете врача.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛУЖИВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ

Наблюдение за беременной должно начинаться с самых ранних сроков беременности.

Кроме акушерского обследования, каждая беременная должна быть осмотрена терапевтом, стоматологом и, при необходимости, врачами других специальностей.

Желательно, чтобы первый осмотр беременной терапевтом был проведен в самом начале беременности, а повторный осмотр — во второй половине беременности. В случае выявления у беременной какого-либо экстрагенитального заболевания она подлежит активному диспансерному обслуживанию участковым терапевтом или врачом соответствующей специальности (кроме диспансерного наблюдения у акушера-гинеколога).

Лабораторные исследования. Общий анализ крови (в начале, середине и конце беременности), анализы мочи (перед каждым посещением врача), реакция Вассермана и исследование реус-принадлежности крови, а также исследование влагалищного содержимого. В ряде случаев приходится производить биохимические исследования, реакции на токсоплазмоз, листериоз и др.

При первом осмотре беременной обязательно тщательный опрос женщины (выявление семейного анамнеза, перенесенных заболеваний, операций, переливаний крови, выяснение акушерского анамнеза и др.), измерение роста, веса, окружности живота и размеров таза, измерение артериального давления (желательно на обеих руках), определение состояния легких, сердца и других органов, осмотр шейки матки зеркалами, измерение диагональной конъюгаты и уточнение срока беременности.

При первом определении срока беременности необходимо согласовать его со сроком, предполагаемым самой женщиной. В случае расхождения этих сроков следует пригласить заведующего консультацией или второго участкового врача и решить вопрос о сроке беременности консультативно.

В индивидуальной карте беременной в таких случаях должны быть подписи двух врачей.

С каждой беременной женщиной должна быть проведена беседа о необходимости соблюдения личной гигиены, режима труда, отдыха и питания, о важности регулярного посещения врача консультации и выполнения всех его советов и назначений, а также о важности проведения родов в акушерском стационаре.

При каждом повторном осмотре беременной, кроме опроса и акушерского обследования (высота дна матки, окружность живота, сердцебиение плода, положение его и т. д.), необходимо измерять вес и артериальное давление, определять наличие явных и скрытых отеков, обращать внимание на правильность соблюдения рекомендованного режима и выполнения соответствующего комплекса физических упражнений.

При сроке беременности 28—29 недель женщине на руки выдается «Обменно-уведомительная карта беременной и родильницы» (учетная форма № 113). Данные последующих осмотров и исследований заносятся в карту при каждом следующем посещении беременной участкового врача, поэтому женщине следует объяснить, что эту обменную карту она должна приносить с собой при каждом обращении в консультацию, а также при поступлении в стационар. Беременная должна знать, что при отхождении (подтекании) околоплодных вод, так же как и при появлении схваток, она должна немедленно отправиться в акушерский стационар.

Частота посещения консультации. При нормальном течении беременности здоровой женщине рекомендуется посетить консультацию (со всеми анализами и заключениями других специалистов) через 7—10 дней после первого обращения, а в дальнейшем посещать один раз в месяц в первую половину беременности, 2 раза в месяц после 20 недель и 3—4 раза в месяц после 32 недель беременности. Таким образом, за время беременности женщина должна посетить консультацию примерно 14—15 раз. Особенно важно, чтобы беременная аккуратно посещала консультацию в период дородового отпуска.

При заболевании женщины или патологическом течении беременности (не требующем госпитализации) частота осмотров врачом-акушером и другими специалистами решается в индивидуальном порядке.

В тех случаях, когда беременная не посетила консультацию в назначенный ей срок, к ней на дом должна быть направлена участковая акушерка.

Картотека беременных для раннего и систематического выявления беременных и родильниц, не явившихся в назначенный срок в консультацию. Картотека должна быть в кабинете каждого участкового врача и состоять из основного медицинского документа — индивидуальных карт беременных (учетная форма № 111).

Карты рекомендуется располагать в картотечном ящике по дням (неделям) назначенного следующего посещения. Таким образом, в ящике картотеки может быть 31 ячейка (по числу дней в месяце) или 4 (по числу недель) для размещения в них карт беременных. Кроме того, две ячейки картотеки должны быть выделены для размещения карт родивших женщин и карт женщин, нуждающихся в патронаже.

Карты беременных женщин, имеющих какие-либо заболевания или осложнения, хранятся в картотеке в обычном порядке, но помечаются красным «флажком». Эти женщины иногда требуют более частого осмотра.

Карты, остающиеся в ячейке картотеки по истечении дня (недели) назначенного посещения, сигнализируют о неявившихся на прием беременных. Эти карты следует рассмотреть, определить очередность патронажных посещений этих женщин, а карты поместить в специальную ячейку картотеки для патронажа. После патронажа карты ставятся в ячейку того дня (недели), на который назначено следующее посещение консультации.

Карты госпитализированных женщин также перекладываются в ячейку «для патронажа».

Патронаж в первую очередь проводится в отношении беременных, не явившихся своевременно к врачу-акушеру, терапевту, для лабораторных исследований, и особенно беременных, имеющих какие-либо заболевания или осложнения. Кроме того, патронажные посещения беременной и родильницы должны проводиться для проверки выполнения ими назначений и советов врача и для обучения женщин элементам ухода за новорожденным и правилам личной гигиены.

Для полноценного обследования беременной на дому при патронаже акушерка должна взять с собой тонометр со стетоскопом, сантиметровую ленту, акушерский стетоскоп и пробирки для кипячения мочи.

В особых случаях беременную на дому посещает участковый врач.

Школа матерей. Занятия должны начинаться при ранних сроках беременности (15—16 недель). К посещению этих занятий рекомендуется привлекать не только беременных, но и их мужей и других членов семьи. При определении содержания занятий должны быть учтены местные условия и особенности контингента слушателей (срок беременности, культурный уровень, наличие в аудитории мужчин и др.).

Физическая подготовка беременных женщин в консультации проводится обычно групповым методом. Занятия проводит инструктор по лечебной физкультуре или специально обученная акушерка (см. также «Лечебная физкультура беременных», стр. 182). Желательно этому же лицу (инструктору или акушерке) поручить и проведение ультрафиолетового облучения (см. стр. 414).

Психопрофилактическая подготовка к родам (см. стр. 177)

Отпуск по беременности (см. стр. 481).

Иммунизация стафилококковым анатоксином. В целях профилактики стафилококковых заболеваний у матерей и новорожденных (мастит, эндометрит, пиодермия, пневмония, сепсис) рекомендуется проводить беременным иммунизацию подкожным введением нативного стафилококкового анатоксина (3 инъекции, начиная с 32 недель беременности) или сорбированного (2 инъекции).

Оказание помощи на дому беременным. Участковый акушер-гинеколог обязан, в необходимых случаях, обеспечить женщине лечение на дому.

Посещение на дому производится в день вызова, а в неотложных случаях — немедленно; активные посещения планируются самим врачом.

Лечебно-гигиенические процедуры на дому выполняются по указанию врача средним медицинским персоналом.

Госпитализация беременных. Обследованию и лечению (независимо от срока беременности) подлежат женщины:

1) при патологическом течении беременности (тяжелые формы токсикоза первой половины беременности, угрожающее прерывание беременности, выраженные формы водянки, нефропатия, преэклампсия, кровотечение из половых путей, многоводие, в некоторых случаях резусконфликтная беременность и др.); 2) при экстрагени-тальных заболеваниях (пороки сердца, гипертоническая болезнь, диабет, анемия, пиелит, цистит и др.); 3) при невозможности уточнения в амбулаторных условиях диагноза заболевания; 4) практически здоровые женщины, нуждающиеся в пребывании в акушерском стационаре перед родами в связи с возможностью осложненного течения родового акта (рубец на матке, поперечное или косое положение плода, многоплодие, узкий таз, тазовое предлежание плода у первородящих в возрасте старше 30 лет, перенашивание беременности или подозрение на него, внутриутробная смерть плода, наличие миомы матки, в ряде случаев при отягощенном акушерском анамнезе и др.).

Консультация обязана установить контроль за своевременным фактическим поступлением женщины в стационар (по телефону, путем патронажа).

ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛУЖИВАНИЯ РОДИЛЬНИЦ

Наблюдение за женщиной после родов желательно начинать не позже чем через 15—20 дней после выписки ее из акушерского стационара. Необходимость такого посещения консультации следует разъяснить женщине еще до наступления родов и подтвердить в родильном доме перед выпиской.

При первом посещении родильницей консультации врач должен: а) ознакомиться с данными стационара о течении и исходе родов (обменная карта); б) выявить жалобы родильницы, установить характер лактации и лохий; в) произвести наружный осмотр молочных желез, брюшной стенки и др.; г) произвести взвешивание женщины и измерение артериального давления.

Лабораторные исследования, консультативные осмотры врачами других специальностей, а также вагинальное исследование проводятся по показаниям.

Родильницы (с учетом противопоказаний) должны быть обучены выполнению специальных комплексов физических упражнений (см. Лечебная физкультура беременных, родильниц).

Организация лечебно-профилактической помощи родильницам в консультации и на дому и госпитализация их осуществляется так же, как и при беременности.

Во всех случаях неясной этиологии недонашивания и мертворождения женщины должны быть всесторонне обследованы вскоре после окончания беременности.

Патронажу подлежат родильницы: а) по указанию акушерского стационара (телефонное или письменное извещение); в) длительное время (в пределах месяца) не являющиеся в консультацию после выписки из акушерского стационара и в первую очередь женщины с осложненным течением беременности; в) родильницы при осложненном течении послеродового периода, не явившиеся повторно в установленный срок.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ АБОРТОВ

В целях предупреждения аборта каждой родильнице должна быть разъяснена возможность наступления новой беременности даже в период кормления ребенка и рекомендовано обратиться в консультацию через 2—2½ месяца после родов (до начала половой жизни) для индивидуального подбора противозачаточного средства. Половая жизнь разрешается не ранее чем через 6—8 недель после родов.

Предупреждение абортов осуществляется путем: а) целенаправленной санитарно-просветительной работы не только среди женского, но и среди мужского населения обслуживаемых участков. Особую работу необходимо проводить среди молодежи в старших классах средних школ, техникумах, вузах, общежитиях молодежи и т. д.; б) индивидуальных рекомендаций противозачаточных средств, подбора их и обучения пользованию ими (см. Противозачаточные средства).

Активно рекомендовать контрацептивы нужно женщинам, для которых сохранение беременности по состоянию здоровья (временно или постоянно) противопоказано. Воздерживаться от беременности не менее чем на 2—3 года следует рекомендовать женщинам после перенесенного кесарева сечения или другой операции на матке, на год — после родов, на 6 месяцев — после аборта, а также после тяжелых общих заболеваний и операций. При наличии тяжелых хронических экстрагенитальных заболеваний и других состояний, при которых вынашивание беременности и роды могут угрожать здоровью и жизни женщины, ей следует настойчиво рекомендовать постоянно воздерживаться от наступления беременности.

ОРГАНИЗАЦИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Выявление гинекологических больных осуществляется: а) при приеме всех женщин, обращающихся в консультацию; б) при осмотре женщины на дому; в) при проведении массовых профилактических осмотров. Каждая женщина, обратившаяся в консультацию, должна быть подробным образом опрошена с целью выяснения ее

анамнеза (семейный, общий, акушерско-гинекологический и анамнез настоящего заболевания, если есть жалобы). При гинекологическом обследовании женщины производятся осмотр и пальпация молочных желез, осмотр шейки матки зеркалами — для живших половой жизнью, бимануальное гинекологическое исследование. В случае необходимости производятся лабораторные исследования (определение флоры влагалища, цервикального канала, уретры; клинические исследования крови, мочи; биохимические, цитологические исследования и др.); консультация с другими специалистами, госпитализация в гинекологический стационар (для уточнения диагноза и лечения).

В деятельности женских консультаций при наличии соответствующих условий должны получить применение дополнительные методы диагностики: кольпоскопия, биопсия, гистеросальпингография, пертубация, цитологические методы исследования и др. При отсутствии возможности применения этих методов исследования в консультации больная в случае необходимости должна быть направлена в другую, лучше оснащенную консультацию или же в гинекологический стационар.

При установлении окончательного диагноза последний должен быть записан в «лист заключительного диагноза» амбулаторной карты (учетная форма № 25) с указанием даты первого (в текущем году) обращения женщины по поводу этого заболевания. При выявлении в течение года двух или более гинекологических заболеваний диагноз каждого из них должен быть записан в «лист заключительного диагноза». Для регистрации всех гинекологических заболеваний необходимо заполнение «статистического талона уточненного диагноза» (учетная форма № 25-в) на каждый случай заболевания.

В случае невозможности установления окончательного диагноза при первом же осмотре женщины или при сомнении в диагнозе врач должен записать в дневнике амбулаторной карты предположительный диагноз, принять меры к уточнению его и лишь после этого вписать в «лист заключительного диагноза».

Лечение гинекологических больных проводится в основном в женской консультации, может проводиться на дому, здравпункте, а также в специализированных диспансерах и районных поликлиниках (по направлению акушера-гинеколога).

Физиотерапевтические процедуры проводятся по назначению врача-физиотерапевта консультации, а при отсутствии его — по назначению участкового акушера-гинеколога.

В крупных женских консультациях рекомендуется организовывать «операционные кабинеты» для производства так называемых малых гинекологических операций и манипуляций: кольпоскопии (см.), биопсии шейки матки (при отсутствии существенного подозрения на злокачественность) (см.), аспирации содержимого полости матки для цитологического исследования на туберкулез (см.), полипэктомии без необходимости выскабливания слизистой оболочки тела матки, диатермокоагуляции (см.) и др.

В качестве «комнаты отдыха» для таких больных могут быть использованы (на 2—3 часа) кушетки физиотерапевтического кабинета. В необходимых случаях медицинское обслуживание гинекологической и онко-гинекологической больной (анализы, инъекции, консультации) может быть организовано на дому. При этом записи в амбулаторной карте врач ведет в обычном порядке.

Госпитализация. Срочной госпитализации подлежат женщины при явлениях «острого живота» (перекрут ножки кисты, острое воспаление брюшины, придатков матки или клетчатки малого таза и др.), при кровотечении из половых органов (обильное маточное кровотечение при миоме, аденомиозе, гормональных нарушениях или подозрении на рак тела матки, а также при нарушении беременности), при подозрении на внутреннее кровотечение (внематочная беременность, кровоизлияние в яичник).

При отсутствии в консультации родственников госпитализируемой больной необходимо немедленно сообщить им, в какое учреждение и в каком состоянии была направлена больная.

Госпитализации в плановом порядке подлежат больные: а) для уточнения диагноза; б) нуждающиеся в оперативных методах лечения и в подготовке к ним в условиях стационара; в) при недостаточном эффекте амбулаторного лечения воспалительных заболеваний, нарушений менструальной функции, бесплодия и др.

Перед плановой госпитализацией больные должны быть соответствующим образом подготовлены в консультации (исследования мочи, крови, вагинальных мазков, заключение терапевта и других специалистов и т. д.), и госпитализация их должна осуществляться с учетом дней менструального цикла.

В амбулаторной карте обязательно делается соответствующая запись о направлении в стационар и затем о фактической госпитализации женщины.

При определении методов лечения и обследования, а также характера наблюдения за больной после выписки ее из стационара принимаются во внимание рекомендации стационара, записанные в «обменно-уведомительной карте амбулаторного (стационарного) больного» (учетная форма № 27).

Диспансерное обслуживание. Все гинекологические больные (за исключением женщин, страдающих кольпитом) подлежат диспансерному обслуживанию.

Длительность наблюдения после окончания лечения и частота осмотров зависят от характера заболевания и лечения его, от состояния и возраста женщин.

Некоторые больные, не требующие лечения в настоящий момент, все же нуждаются в систематическом диспансерном наблюдении гинеколога: при наличии бессимптомных миом матки, кист влагалища и яичника, не требующих удаления, опущения и выпадения внутренних половых органов (когда операция не может быть произведена), лейко-, эритроплакии наружных половых органов и шейки матки и др.

К числу гинекологических больных не должны относиться женщины, имеющие в состоянии половых органов отклонения, которые не вызывают жалоб, не нарушают функцию, не снижают трудоспособность и не угрожают здоровью женщины. К этим отклонениям относятся опущение стенок влагалища I степени, нефиксированные девиации матки, неосложненный климактерический период, так называемый фиброматоз матки (фиброзная матка), остаточные явления после воспалительных процессов придатков матки, бесплодный брак, не связанный с заболеванием женщины, и т. д. Эти женщины являются практически здоровыми и нуждаются лишь в обычных профилактических осмотрах (один—два раза в течение года) и неко-

торых рекомендациях. Диспансерного наблюдения и патронажа они не требуют и не должны включаться в число больных. Диагнозы этих осложнений не должны вписываться в «лист записи заключительных (уточненных) диагнозов» карты амбулаторного больного. Следовательно, и талон уточненного диагноза (статистический талон формы № 25-в) на этих женщин заполняться не должен. У каждого участкового врача должна быть сигнальная картотека на больных, подлежащих диспансеризации. Картотека строится из «контрольных карт больных, находящихся на диспансерном наблюдении» (учетная форма № 30). В ящике картотеки должно быть 12 ячеек (по числу месяцев в году), в которых карты расставляются по месяцам назначенной врачом явки. Карты больных, проходящих курс лечения, размещаются в ячейке текущего месяца. В ящике должна быть и 13-я ячейка для карт женщин, подлежащих патронажу. Отбор карт для патронажного посещения больных производится тотчас после истечения месяца: по картам, оставшимся в ячейке этого месяца, т. е. по картам не явившимся на осмотр или лечение больных (в это число входят и карты госпитализированных). Диспансерное обслуживание прекращается лишь после полного выздоровления больной или в связи с выездом ее из района обслуживания.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ

Профилактическим гинекологическим осмотрам подлежат все женщины старше 18 лет, постоянно проживающие в районе деятельности консультации, а также женщины, работающие на предприятиях и в учреждениях, обслуживаемых данной консультацией. Это вызывает необходимость учета всех женщин, проживающих на каждом акушерско-гинекологическом участке и работающих в указанных предприятиях и учреждениях.

Учет можно вести по списку лиц, подлежащих целевому медицинскому осмотру (форма списка утверждена Министерством здравоохранения СССР) с поквартирной записью проживающих в каждом доме женщин и с поцевовой записью — для предприятий и учреждений. Каждая женщина должна быть осмотрена гинекологом не реже одного раза в год (желательно 2 раза). Профилактические гинекологические осмотры проводятся в женских консультациях и акушерско-гинекологических кабинетах, в смотровых кабинетах поликлиник и амбулаторий, на здравпунктах, а также в помещениях, временно выделяемых предприятиями, учреждениями, домоуправлениями, совхозами и пр. План организации и проведения массового профилактического осмотра разрабатывается руководителем женской консультации совместно с администрацией того предприятия или учреждения, в котором будет проводиться осмотр.

Во время осмотра проводят: 1) опрос женщины, с уделением особого внимания нарушению менструальной функции, наличию белей, кровянистых выделений, особенно контактных или возникающих после физического напряжения; 2) тщательное общее обследование женщины: наружный осмотр, обследование молочных желез, сосков, подмышечных лимфатических узлов, наружных половых органов, области заднего прохода и др.; 3) осмотр зеркалами влагалища и шейки матки (эктропион, эрозия, полипы и др.), в необходимых случаях делают мазки; 4) двуручное гинекологическое (влагалищное

или ректальное) исследование; 5) пальцевое исследование прямой кишки (по показаниям). В случае выявления заболевания (или подозрения на него) при профилактическом осмотре женщина должна быть направлена для уточнения диагноза, лечения или диспансерного наблюдения к участковому акушеру-гинекологу по месту жительства. Профилактическому осмотру должна предшествовать разъяснительная работа в учреждениях, предприятиях, домоуправлениях и т. д. с использованием различных форм и методов санитарного просвещения.

Смотровой кабинет. Основная задача смотровых кабинетов при поликлиниках и амбулаториях — охватить гинекологическими осмотрами возможно большее число женщин, обращающихся в амбулаторно-поликлинические учреждения по поводу каких-либо заболеваний. Для организации смотрового кабинета в поликлиниках выделяется отдельная комната размером 10—15 м². В смотровом кабинете работают акушерки, имеющие опыт самостоятельной работы и прослушавшие краткосрочный семинар по методике проведения профосмотров женщин. Должности для акушерок кабинета главный врач поликлиники выделяет из имеющегося у него штата среднего медицинского персонала.

Часы работы кабинетов должны совпадать с часами работы поликлиники.

В смотровые кабинеты направляют всех обращающихся в поликлинику женщин независимо от возраста и характера заболевания. Направление на осмотр (специальный талон) выдает регистратор или медицинская сестра соответствующего врачебного кабинета.

Не подлежат направлению в смотровой кабинет женщины с острыми заболеваниями, резкими болями, высокой температурой, а также гинекологические больные, если со времени последнего посещения гинеколога прошло не более 6 месяцев. Акушерка смотрового кабинета осматривает женщину, ставит штамп на талоне («прошла профосмотр такого-то числа и года»), и женщина возвращается вновь в регистратуру или в кабинет своего врача. Талон наклеивается на амбулаторную карту. Если в силу ряда обстоятельств женщина считает невозможным для себя посетить смотровой кабинет, регистратору или медицинской сестре следует договориться с ней, когда она сможет прийти на осмотр при ее повторном посещении поликлиники.

Врачи всех специальностей должны разъяснить женщинам, не желающим обращаться в смотровые кабинеты, необходимость этого осмотра. При обнаружении отклонений от нормы женщине выдается направление к хирургу или к гинекологу, о чем делается соответствующая запись в журнале смотрового кабинета. Диагнозы, установленные акушерками, являются лишь ориентировочными. Сведения о выявленных акушеркой больных передаются в гинекологический (хирургический) кабинет поликлиники или в женскую консультацию. Окончательный диагноз устанавливает врач.

Контроль за работой смотрового кабинета периодически проводится заведующим поликлиникой, онкологом и акушером-гинекологом, которые, помимо контроля, осуществляют и методическое руководство. Работа, проводимая в смотровых кабинетах, не заменяет профилактических осмотров на предприятиях. Она позволяет шире охватывать осмотрами неработающих женщин или работающих на небольших предприятиях и в учреждениях.

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ ПРИЕМЫ В КОНСУЛЬТАЦИИ.

В крупных консультациях могут быть организованы специализированные приемы по гинекологии детского возраста, гормональным нарушениям, патологии климакса, бесплодию, генитальному туберкулезу, онко-гинекологии и др. Для организации этих приемов должны быть выделены один—два кабинета со специальным оборудованием. Эти же приемы могут быть использованы для повышения квалификации врачей акушеров-гинекологов, педиатров и врачей других специальностей.

Специализированные приемы (кабинеты) проводятся для квалифицированного обслуживания женского населения прикрепленных к этой консультации участков и носят в основном консультативный характер. По указанию местных органов здравоохранения в эти кабинеты могут направляться и женщины, обслуживаемые другими консультациями города (района).

Врачи, ведущие специализированные приемы, должны устанавливать связь в своей работе с соответствующими специализированными лечебными учреждениями.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ РАБОТНИЦ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ. На прикрепленных предприятиях врачи районных женских консультаций проводят весь комплекс профилактической работы (профосмотры, трудоустройство, санитарно-просветительная работа, контроль за деятельностью комнат личной гигиены женщины и комнаты для кормления грудью детей и др.). Для планомерного проведения указанной работы в бюджете времени врача консультации необходимо предусмотреть соответствующие часы (график работы врача на предприятии должен быть согласован с руководством этого предприятия и вывешен в амбулатории или медицинском пункте). О больных работницах, выявленных во время профосмотра и нуждающихся в лечении или диспансерном наблюдении, необходимо сообщать в женскую консультацию по месту их жительства.

Оказание лечебной помощи работницам, госпитализация больных, а также наблюдение за беременными осуществляются консультациями по месту жительства.

На крупных предприятиях, имеющих медико-санитарные части, обслуживание женщин обеспечивается врачами акушерами-гинекологами женских консультаций или гинекологических кабинетов, входящих в состав медико-санитарных частей. Работа в этих случаях должна строиться так же, как и в территориальных женских консультациях, но не по участковому, а по цеховому принципу обслуживания женщин.

В этом случае обслуживание беременных проводится в заводской женской консультации (кабинете) до предоставления им дорожного отпуска.

После 32 недель беременности наблюдение за женщиной осуществляется консультацией по месту жительства беременной. Дороговой отпуск беременной оформляет врач акушер-гинеколог медико-санитарной части и выдает ей подробно заполненную обменную карту. Он обязан проверить, взята ли на учет районной консультацией эта женщина, и сделать соответствующую запись в индивидуальной карте беременной.

Врачи должны систематически заниматься изучением характера производства и отдельных профессий. Рекомендации по переводу на облегченный труд даются с конкретным указанием вида работы, которую может выполнять женщина.

К числу обязанностей врача-гинеколога на предприятии относятся также: 1) участие (совместно с цеховым и промышленно-санитарным врачом, с инженером по труду и технике безопасности, а также с представителями профсоюзной организации) в составлении списка профессий (рабочих мест), противопоказанных беременным женщинам, кормящим матерям и некоторым группам гинекологических больных; 2) углубленный анализ гинекологической заболеваемости и разработка плана конкретных мероприятий по оздоровлению труда в отдельных цехах (вентиляция, утепление, организация душевых установок, введение специальной одежды, проведение «пятиминуток» физкультурных упражнений, организация диетического питания для беременных и др.).

На медицинском пункте или в амбулатории промышленного предприятия целесообразно организовать лечение гинекологических больных простейшими методами (обработка влагалища при кольпитах, введение тампонов при эрозиях и цервицитах, инъекции, облучение кварцевой лампой, соллюксом и др.), выполнению которых должна быть обучена акушерка или медицинская сестра предприятия.

Комната личной гигиены женщины организуется на территории предприятия и учреждения при наличии 300 и более работающих женщин.

Пользование комнатами личной гигиены рекомендуется во все периоды жизни женщины, особенно во время менструации и беременности. Женщины проводят туалет в кабинетах, оборудованных теплым фонтанирующим душем и снабженных чистым материалом (вата, марлевые или бумажные салфетки). Обслуживает комнату личной гигиены работница, выделенная администрацией. Инструктаж ее и наблюдение за работой возлагаются на врача акушера-гинеколога или акушерку.

Ответственным за работу комнаты личной гигиены является заведующий здравпунктом того предприятия (цеха), на территории которого находится данная комната.

Работа акушерки на здравпункте проводится под руководством врача акушера-гинеколога, обслуживающего данное предприятие. В административном отношении акушерка подчиняется заведующему здравпунктом.

Акушерка на здравпункте: 1) выявляет беременных и гинекологических больных, берет их на учет и передает под наблюдение врача консультации; особое внимание уделяет длительно и часто болеющим; 2) ведет наблюдение за беременными по цехам, следит за своевременными посещениями ими врача консультации, кабинета, за соблюдением режима и правил личной гигиены. По указанию врача консультации или здравпункта занимается вопросами трудоустройства беременных, кормящих матерей и гинекологических больных; 3) по назначению врача и под контролем его выполняет простейшие лечебные процедуры; 4) привлекает работниц к посещению комнаты личной гигиены и следит за работой последней; 5) ведет санитарно-просветительную работу.

Учет и отчетность работы женской консультации ведутся по специальным учетным формам, утвержденным Министерством здраво-

охранения СССР. Отчет консультации составляется по форме, утвержденной ЦСУ СССР.

К отчету должна быть приложена объяснительная записка, составленная применительно к разделам годового отчета. В объяснительной записке указывается, какое число городских врачебных участков, какое количество населения (в том числе женского) и какие предприятия обслуживает консультация, какие вспомогательные кабинеты и лаборатории входят в ее состав.

В разделе о штатах консультации надо указать число должностей участковых акушеров-гинекологов и акушерок и число физических лиц, занимающих эти должности, число и узкую специальность других врачей, работающих в консультации.

Необходимо отразить систему и формы работы консультации: часы работы, сколько смен, сколько в среднем делятся приемы врачей, выделены ли дни (часы) для профилактической работы, есть ли регистратура или оформление приемов ведется децентрализованно, какова нагрузка врача на приеме (сколько человек принимает в среднем в час, в день) и др. Для необъединенных консультаций следует указать стационары, к которым они прикреплены для госпитализации беременных и гинекологических больных.

В записке важно отразить полноту обследования беременных лабораторными исследованиями, охват беременных консультацией терапевта и других специалистов, охват психофизической подготовкой к родам и др. В отчете работы консультации необходим анализ особенностей течения беременности и родов у женщин, проживающих в районе деятельности консультации.

САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНАЯ РАБОТА¹

Примерная тематика лекций, бесед с беременными и родильницами: охрана материнства и детства в СССР; советское законодательство по охране материнства и детства; женская консультация — лучший друг женщины; гигиена беременности; почему во время беременности нужно регулярно показываться врачу (или акушерке); труд и отдых во время беременности; питание беременной женщины; как правильно проводить дородовой отпуск; обезболивание родов (психопрофилактическая подготовка к родам); значение родильного дома в охране здоровья матери и ребенка; как подготовиться к рождению ребенка; гигиена женщины после родов; как правильно использовать послеродовой отпуск; как предупредить послеродовые заболевания; как предупредить мастит; труд в послеродовом периоде; что необходимо новорожденному ребенку для правильного роста и развития.

Примерная тематика лекций и бесед по гигиене девочки и девушки. Гигиена девочки: особая опасность рахита для девочек. Правила мытья девочки; правильное и рациональное питание девочки с первых месяцев жизни; грудное вскармливание.

Тщательное соблюдение чистоты и опрятности половых органов как мера профилактики неспецифических и специфических вульвовагинитов; глистная инвазия как причина хронического вульвита;

¹ Написано С. Л. Полчаповой.

приучение девочек с раннего возраста к систематическому и своевременному опорожнению мочевого пузыря и прямой кишки как один из факторов профилактики неправильных положений матки (гиперантефлексии, ретроверсии, ретрофлексии).

Физкультура для девочек с учетом возрастных особенностей как мера предупреждения общего и частичного полового инфантилизма.

Неблагоприятное влияние острых детских инфекций на половые органы девочки.

Гигиена девушки: меньшая устойчивость организма девушки в отношении факторов, вызывающих различные заболевания; значение физического воспитания для девушки; анатомо-физиологические особенности женского организма; менструация и ее гигиена; рациональная одежда девушки, питание, сон.

Примерная тематика лекций и бесед среди женщин: охрана материнства в СССР, советское законодательство по охране здоровья женщины, гигиена девочки, девушки, гигиена женщины, гигиена брака, гигиена климактерического периода, значение физкультуры для здоровья, закаливание женского организма, причины и профилактика женских болезней, профилактические осмотры женщин, профилактика гонореи, профилактика трихомоноза, аборт и его последствия, предупреждение беременности.

Общественные советы¹ при родильном доме организуются в соответствии с постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 14 января 1960 г. «О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охране здоровья населения СССР», которым признано целесообразным организовать общественные советы при медицинских учреждениях взамен ранее существовавших Советов содействия. Деятельность общественных советов регламентируется специальным положением о них, принятым Секретариатом ВЦСПС и Министерством здравоохранения СССР 11—19 мая 1960 г.

Общественные советы, согласно положению о них, не могут возглавляться руководителями медицинских учреждений — главными врачами или их заместителями. Во главе их стоят представители общественности, а руководитель медицинского учреждения и его заместители входят только в качестве обязательных членов общественных советов, которые формируются из представителей партийных, советских, профессиональных, комсомольских и других общественных организаций, из медицинских работников учреждения, представителей предприятий, учреждений, колхозов и совхозов, обслуживаемых данным медицинским учреждением.

Общественный совет при родильном доме утверждается Исполкомом Совета депутатов трудящихся и Советом профсоюзов. Свою работу общественные советы строят в зависимости от профиля и задач учреждения, при котором они состоят. Они изучают его деятельность и работу отдельных структурных частей его (в том числе — женской консультации), рассматривают текущие и перспективные планы работы учреждения, дают по ним свои рекомендации и разрабатывают предложения по улучшению его деятельности.

На общественные советы возложен и ряд контрольных функций: они проверяют выполнение директивных указаний вышестоящих органов здравоохранения по обеспечению качества медицинского обслуживания населения, обслуживания рабочих и служащих

¹ Написано докт. мед. наук Я. Л. Гроссманом.

промышленных предприятий, участвуют в общественном контроле за санитарным состоянием учреждения.

Работа общественного совета имеет своей задачей и целью: а) содействовать совершенствованию организационных форм медицинско-го обслуживания женщин; б) упорядочение приема женщин в консультации — улучшение работы регистратуры, ликвидация очередей и помощь в организации патронажа беременных и гинекологических больных на дому, на производстве; г) помощь в организации профилактических осмотров женщин в стенах консультации и особенно на промышленном предприятии; д) следить (в случае необходимости привлекают домовые общественные организации) за своевременной явкой женщин на осмотр, за ранней обращаемостью беременных в консультацию, за их систематическими посещениями; е) помощь в проведении мероприятий по борьбе с абортom, особенно среди женщин первобеременных; ж) помощь в проведении конкретных мероприятий по повышению санитарной культуры — школ материнства, систематического чтения лекций, проведения бесед, вечеров вопросов и ответов и т. п.; з) помощь в проведении обследования и улучшения труда и быта женщин, особенно матерей-одиночек; и) участие в выпуске санитарно-просветительных бюллетеней, стенных газет, организации санитарно-просветительных уголков, выставок, книжных витрин, передвижных библиотечек в комнатах ожидания при консультации; к) помощь в организации связи со школами, интернатами.

В своей деятельности общественные советы родильных домов контактируют с таковыми при детских учебно-профилактических учреждениях района, проводят свою работу в тесном контакте с партийной, комсомольской и профсоюзной организациями родильного дома и района, с постоянной комиссией по здравоохранению местного Совета депутатов трудящихся и другими общественными организациями.

II. БЕРЕМЕННОСТЬ

А. БЕРЕМЕННОСТЬ — ФИЗИОЛОГИЯ

Зачатие, диагностика беременности

Овуляция — лопанье фолликула с выходом яйцеклетки — обусловлена взаимодействием ряда органов в сложной системе: кора головного мозга — диэнцефалон — гипофиз — яичник. Точно установить день овуляции весьма трудно. Примерные сроки овуляции: при 21-дневном цикле — на 7—10-й день, считая от первого дня предыдущей менструации, при 26-дневном — 12—15-й день, при 28-дневном — 14—16-й день. Обычно овуляция бывает только один раз в течение менструального цикла. Однако не исключена возможность повторной овуляции в течение одного цикла, спровоцированной бурным контусом, нервно-психическими переживаниями, а также введением эстрогенных или гонадотропных гормонов.

Жизнеспособность яйцеклетки (способность к оплодотворению) сохраняется в течение нескольких часов после выхода ее из фолликула.

См. также Менструальный цикл.

Зачатие возможно в ближайшие часы после овуляции. Сперматозоиды из влагалища в маточные трубы проникают за 1½—2 часа и сохраняют свою оплодотворяющую способность в течение 3 суток. Находящийся в сперматозоидах фермент гиалуронидаза способствует освобождению яйца от слоя фолликулярных клеток (лучистого венца), связанных между собой гиалуроново́й кислотой. Деполимеризуя последнюю, гиалуронидаза облегчает проникновение сперматозоидов к яйцеклетке. Через zona pellucida проникает только один сперматозоид.

Миграция оплодотворенного яйца в матку осуществляется в течение 8—10 дней и происходит главным образом за счет перистальтики труб, а также с помощью мерцательного эпителия трубы, тесно связанных с функцией желтого тела, которое продуцирует прогестерон и эстрогены, обуславливающие процесс миграции и питание оплодотворенного яйца.

Нидация. Оплодотворенное яйцо, достигнув матки, находится на той стадии дробления (бластоциста), когда наружный слой его превращается в трофобласт, продуцирующий прогеолитический фермент. Последний расплавляет эпителиальный покров эндометрия

и способствует проникновению яйцеклетки в строму между маточными железами. Эндометрий, претерпевающий децидуальные превращения, обусловленные действием стероидных гормонов желтого тела, содержит большое количество гликогена.

Продолжительность беременности имеет значительные колебания. При исчислении от первого дня последней менструации она продолжается 280 дней (40 недель), что соответствует 10 лунным, или 9 календарным, месяцам.

Максимальная продолжительность беременности до 330 дней и даже больше. Краткосрочная беременность встречается реже, чем превышающая средние сроки. Новорожденные со всеми признаками доношенности могут родиться после 250 дней беременности.

Исчисление срока беременности можно вести: а) по первому дню последней менструации; б) по последнему дню последней менструации; в) по первому дню наступившей менструации; г) по дню оплодотворяющего сношения; д) по первому ощущению шевеления плода; е) по величине матки; ж) по длине плода и размерам его головки.

По первому дню последней менструации срок родов исчисляется по формуле (Негеле): от первого дня последней нормальной менструации отсчитывают назад 3 календарных месяца и прибавляют 7 дней. При этом способе исчисления, если время и характер менструации определены правильно, средние цифры продолжительности беременности близки к 280 дням, при 28-дневном цикле разница колеблется в пределах до 14 дней; по последнему дню последней нормальной менструации: отсчитывают назад 3 месяца, прибавляют 10 дней; лучше при 3-недельном цикле пользоваться исчислением по первому, а при 4-недельном — по последнему дню последней менструации; по оплодотворяющему половому сношению: если у женщины сношение имело место только в течение 1—2 суток, продолжительность беременности колеблется в пределах от 264 до 275 дней; по первому ощущению активных движений плода: у первобеременной около 20 недель беременности, у повторнобеременной около 18 недель. Признаки субъективного ощущения малонадежные и принимаются в расчеты могут только в сочетании с другими, более достоверными данными

Диагностика беременности: предположительные, вероятные и достоверные признаки беременности.

Предположительные признаки имеют некоторое диагностическое значение: 1) диспепсические расстройства, слюнотечение, изменение аппетита (у 50%), желание употребить в пищу несъедобные вещества (известь, мел, глину и т. п.); 2) функциональные расстройства нервной системы, плаксивость, головная боль, головокружение; 3) ощущение покалывания в молочных железах, пигментация сосков и околососковых кружков, белой линии живота и иногда лица; 4) появление рубцов — полос беременности. Вероятные признаки: 1) прекращение менструации; 2) синюшность эпителия влагалищной части матки, слизистой оболочки вульвы (особенно по бокам уретры); 3) увеличение размеров матки соответственно сроку задержки менструаций, изменение формы и консистенции матки и перешейка, определяемые путем двуручного исследования, которое необходимо производить очень бережно, так как грубое исследование может вызвать выкидыш: а) признак Губаре-

ва—увеличение тела матки в переднезаднем размере, матка становится шарообразной (с 5—6 недель у 94% беременных); б) признак Горвица — Гегара (встречается в 90—95% случаев) — легко сжимается область перешейка вследствие резкого размягчения тканей последнего при сохранившейся относительной плотности остальной части шейки; в) признак Сиегирева — увеличенная в переднезаднем размере матка, неравномерной консистенции в различных местах ее под влиянием исследования сокращается и сплошь твердеет; г) признак Гентера I — при исследовании уже через 1—2 недели после задержки менструации на передней поверхности тела матки по средней линии в длину ощупывается выступ в виде гребня, не распространяющийся ни на дно, ни на шейку, ни на заднюю поверхность матки; д) признак Гентера II — при антефлексии матки резкое усиление таковой, что связано с размягчением перешейка и увеличением тяжести тела матки; е) признак Губарева — Гаусса — легкая подвижность шейки матки во всех направлениях, не передающаяся телу матки; для выявления этого признака двумя пальцами, введенными во влагалище, обхватывают шейку матки, пальцами наружной руки тело матки отклоняют по возможности кзади; этот признак особенно ценен у женщин с повышенной чувствительностью брюшных стенок при ожирении их; ж) признак Пискачака — взбухание одного из участков матки (обычно тубного угла), соответствующего месту прикрепления плодного яйца; эта выраженная асимметрия матки к 11—12 неделям беременности исчезает; 4) нагрубание молочных желез и появление молозива; 5) положительные биологические реакции на беременность (см.).

Достоверные признаки беременности: а) определение частей плода в матке (прежде всего головки); б) шевеление плода, ощущаемое рукой исследующего; в) выслушивание сердцебиения плода стетоскопом или при помощи электрофонокардиографии. Эти признаки появляются в начале V месяца беременности.

Методы обследования

ЖЕНСКИЙ ТАЗ. Наружные размеры: 1) *distantia spinarum*—расстояние между передними верхними остями подвздошных костей в нормальном тазе 25—26 см; 2) *distantia cristarum*—расстояние между самыми отдаленными точками гребешков подвздошных костей 28—29 см; 3) *distantia trochanterica*—расстояние между большими вертелами бедренных костей 30—31 см; все эти размеры определяются в положении беременной лежа на спине; 4) *conjugata externa*—наружная конъюгата—расстояние от середины верхнего края симфиза до пояснично-крестцовой ямки (впадина под остистым отростком V поясничного позвонка).

По длине наружной конъюгаты определяют истинную акушерскую конъюгату или прямой размер входа таза (вычитают из длины наружной конъюгаты 9 см); в нормальном тазе истинная конъюгата равна 11 см.

Диагональная конъюгата—расстояние от мыса крестца (промонтория) до нижнего края симфиза. Этот размер определяют путем влагалищного исследования. В нормальном тазе равен 12,5—13 см (часто не удается достигнуть мыса). По диагональной конъюгате точнее вычисляется истинная путем вычитания 1,5—2 см.

Размеры входа — прямой — между серединой верхнего края симфиза (на внутренней его поверхности) и самой выдающейся точкой мыса крестца — 11 см, иначе называется истинной конъюгатой; поперечный — между наиболее отдаленными пунктами безмянных линий с обеих сторон — 13 см; косые — между верхним краем крестцово-подвздошного сочленения (справа и слева) и подвздошно-лонным бугорком противоположной стороны — 12 см.

Размеры выхода таза. Прямой размер — от середины нижнего края симфиза до верхушки копчика. В нормальном тазе 9,5 см. При родах копчик отклоняется кзади на 1—1,5 см, и прямой размер выхода достигает 11 см. Измеряется тазомером в положении женщины на спине с прижатыми к животу бедрами.

Поперечный размер — расстояние между наиболее отдаленными точками внутренних поверхностей седалищных бугров, в нормальном тазе 10,5—11 см. Измеряется специальным тазомером или сантиметровой лентой. К полученному числу в зависимости от толщины мягких тканей прибавляют 1—1,5 см.

Косые размеры определяют для выявления асимметрии таза. Для этого сравнивают расстояния между следующими пунктами: 1) от середины симфиза до задневерхних остей подвздошных костей справа и слева (для нормального таза — 17 см); 2) от передневерхней ости справа до задневерхней ости слева и наоборот (для нормального таза — 21 см); 3) от острого отростка V поясничного позвонка до передневерхней ости правой и левой подвздошной кости (для нормального таза — 18 см).

Конъюгата боковая — размер, определяемый расстоянием между передне- и задневерхними остями подвздошных костей одной и той же стороны. В норме боковая конъюгата — 14—15 см и выше. Такой таз можно считать нормальным. Если боковая конъюгата 12,5 см и ниже, роды *per vias naturales* при таком тазе невозможны. Большую диагностическую ценность имеет определение боковой конъюгаты в случаях косых сужений таза.

Запястный индекс (индекс Соловьева) — длина окружности в области лучезапястного сочленения. Измеряют ее сантиметровой лентой, проходящей через оба выступающих мышелка. Средняя величина запястного индекса — 14 см. Метод позволяет судить о толщине костей. Чем тоньше кости (индекс меньше 14 см), тем благоприятнее соотношение внутренних размеров с наружными размерами таза.

Симфиз. Высота его в нормальном тазе соответствует в среднем 4 см. Для измерения этой высоты согнутый указательный палец проводят по задней поверхности симфиза и плотно прижимают к ней палец ладонной поверхностью. Достигнув концом исследующего пальца верхнего края симфиза, указательным пальцем другой руки отмечают точку соприкосновения с нижним краем симфиза и измеряют расстояние между концом исследующего пальца и отметкой на пальце — высоту симфиза.

Если высота симфиза больше 4 см, следует для определения истинной конъюгаты вычесть из длины диагональной конъюгаты не 1,5, а 2 см.

Угол наклона таза определяется положением верхнего края симфиза по отношению к промонториуму. Чем больше угол наклона, тем труднее протекают роды. Если линию, соединяющую оба указанных пункта, продолжить (мысленно) кпереди до пересечения

ее с горизонтальной поверхностью пола, то при стоячем положении женщины нормально образуемый угол соответствует 55° . Измерение угла наклона таза в основном производится в вертикальном положении женщины тазомером с прикрепленным к нему угломером. Измеряя в вертикальном положении женщины наружную конъюгату, угломер показывает и угол наклона таза.

Для измерения угла наклона в горизонтальном положении женщины применяется и специальный прибор, представляющий особый тазомер, у которого одна ножка прямая, другая изогнутая. У основания прямой ножки укреплен гониометр в виде круглой металлической пластинки циферблата с делениями на 180° , с осью и стрелкой, а к ручке прибора прикреплен ватерпас.

Пуговку прямой ножки ставят на верхний угол пояснично-крестцового ромба (роженица лежит на этой ножке), а пуговку изогнутой ножки приставляют к передней поверхности верхнего края лонного сочленения (как при измерении наружной конъюгаты). Стрелка на циферблате показывает угол наклона таза.

Угол наклона таза изменяется в зависимости от положения роженицы — он уменьшается в полусидячем положении и в положении лежа с приподнятым крестцом (валик положен под крестец, ноги притянуты к животу), увеличивается в положении с опущенным крестцом (валик положен под поясницу, ноги вытянуты) — в вальхеровском положении.

Узкий таз. Анатомически таз называется узким, если один (особенно прямой размер) или несколько размеров по сравнению с нормальным тазом укорочены на 2 см и больше. Узкий таз клинически (функционально) определяется несоответствием размеров головки плода и таза матери при родах.

Этиология. Развитие анатомически узкого таза может быть связано с влиянием различных факторов, которым подвергается женщина, начиная с внутриутробного развития и после рождения до окончательного формирования скелета (рахит, туберкулез, аномалии развития костной системы и др.).

Классификация суженных тазов.

По форме сужения: общеравномерносуженный, простой плоский, влоскорихитический, общесуженный плоский.

Редко встречающиеся формы узкого таза: косальгический — кососмещенный; поперечносуженный — уменьшены поперечные размеры, а прямые — нормальные; если поперечные размеры укорочены больше в нижнем отделе таза (узкая часть полости и выход) — поперечносуженный воронкообразный таз; спондилолистический; остеомалятический таз.

По степени сужения таза: первая степень — длина истинной конъюгаты колеблется в пределах 11—9 см, вторая степень — длина конъюгаты колеблется в пределах 9—7 см, третья степень — длина истинной конъюгаты колеблется в пределах 7—5 см, четвертая степень — истинная конъюгата 5 см и меньше (табл. 1).

Высота таза — лонно-седалищный размер — дополнительный метод исследования для выяснения клинически узкого таза. Определяется в положении женщины на спине, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах и разведены в стороны; женщина поддерживает ноги, несколько прижимая бедра к животу и держа руки за голени.

Сравнительные размеры (в сантиметрах) различных форм неправильного таза

Форма таза	<i>Distantia spinarum</i>	<i>Distantia cristarum</i>	<i>Distantia trochanterica</i>	<i>Conjugata externa</i>	<i>Conjugata diagonalis</i>	<i>Conjugata vera</i>
Нормальный	25	28	31	20	13	11
Общеравномерноруженный	24	26	28	18	11	9
Плоский (простой)	25	28	31	17	11	9
Плоскорихитический	26	27	31	17	10	8
Общесуженный плоский	24	26	28	16	9	7

Измеряют высоту тазомером: одну ножку помещают на наиболее выступающую часть седалищного бугра, другую — на верхний край лонной кости. Для нормального таза 10—11 см.

Если лонно-седалищный размер 11,5 см и больше, роды требуют особого внимания. В первую очередь это относится к повторнородящим с отягощенным акушерским анамнезом.

Пояснично-крестцовый ромб (ромб Михаэлиса) — четырехугольная фигура на спине, ограниченная сверху ямкой под остистым отростком V поясничного позвонка (надкрестцовая ямка), внизу началом ягодичной складки (верхушка крестца), с боков вдавлением на месте задневерхних остей подвздошных костей. В нормальном тазе вертикальная диагональ ромба по длине примерно равна истинной конъюгате. Поперечная диагональ равна 10 см. Она разделяет ромб нормального таза на два совершенно одинаковых треугольника, прилежащих друг к другу своими основаниями. При узком и неправильном тазе — неправильная фигура ромба.

Бандаж — носят с VI месяца беременности; способствует сохранению правильного положения матки, предупреждает сильное растяжение брюшной стенки. Бандаж надевают и снимают в лежачем положении.

Взвешивание производят при каждом посещении беременной женской консультации, не реже одного раза в месяц в первой половине и каждые 2 недели во второй половине беременности для своевременного выявления чрезмерной задержки и накопления в организме жидкости. Взвешивать женщину надо всегда раздетой, оставив на ней только рубашку, предварительно беременная должна помочиться. В день взвешивания у беременной должен быть стул (самопроизвольный или после клизмы).

Вес в первые недели беременности не нарастает, а иногда даже несколько падает, особенно при тошноте и рвоте. Начиная с 16-й недели отмечается прибавка в весе. За весь период беременности женщина прибавляет в весе до 10—11 кг, включая вес плода, около-

плодных вод, плаценты, увеличенной матки, молочных желез. С 25-й недели беременности прибавка в весе еженедельно достигает 400 г, а с 28-й недели не должна превышать 300—350 г в неделю. За 2 недели до родов общий вес обычно падает в среднем на 1 кг, что связано с потерей воды тканями.

Молочные железы. Уход во время беременности: соблюдение всех правил личной гигиены, ношение лифчиков, слегка приподнимающих молочные железы. С V—VI месяца беременности дополнительно ежедневно воздушные ванны для молочных желез. С VII—VIII месяца общие ультрафиолетовые облучения субэритемными дозами через день. Усиленная витаминизация. При анатомически неполноценных сосках осторожное вытягивание их (врачом, акушеркой, а затем под наблюдением врача, акушерки и самой беременной). При жирной коже соска ежедневное мытье молочных желез детским мылом, при сухой коже смазывание вазелиновым маслом. Все другие жирные вещества противопоказаны.

Наружное исследование беременной. Приемы имеют в виду определить положение, членорасположение, предлежание плода. Обычно пользуются 4 основными наружными приемами акушерского исследования (в большие сроки беременности). Врач или акушерка стоит или сидит справа от лежащей на спине беременной женщины.

Первый прием наружного исследования: обе руки, положенные ладонями на дно матки, медленно сближают; обхватив таким образом дно матки, определяют высоту стояния его. При этом удается определить и крупную часть плода, находящуюся у дна матки.

Второй прием наружного исследования: обе руки перемещают со дна на боковые стенки матки и попеременно то правой, то левой рукой стараются через стенку матки прощупать в глубине части плода — спинку, конечности. Этим путем определяют положение и позицию плода.

Третий прием наружного исследования: ладонью правой или левой руки с широко отведенным большим пальцем осторожно обхватывают нижний сегмент матки; пальцы очень осторожно, не травмируя стенки нижнего сегмента матки, погружают в глубину и стараются прощупать часть плода, находящуюся у входа таза, определяют наличие предлежащей части плода (головка или ягодицы) или отсутствие ее (при поперечном положении плода).

Четвертый прием наружного исследования применяется обычно, когда третьим приемом не удастся четко определить предлежащую часть.

Для проведения четвертого приема становятся спиной к голове беременной и, обхватив нижний сегмент матки концами пальцев обеих рук, очень осторожно проникают пальцами глубоко во вход таза. Легче производить этот прием при согнутых в коленях и тазобедренных суставах ногах беременной. Этим приемом определяется предлежащая часть плода и ее местонахождение по отношению ко входу таза.

П о з и и я — отношение спинки плода к боковой стороне матки: спинка обращена влево — I позиция, спинка обращена вправо — II позиция.

Позиция при поперечном положении плода определяется по месту расположения головки: головка слева — I позиция, головка справа — II позиция.

Вид при всех положениях плода — отношение спинки плода к передней или задней стороне матки: спинка слева и слегка кпереди — передний вид, I позиция; спинка справа и слегка кзади — задний вид, II позиция и др.

Диагноз вида, позиции наряду с пальпацией устанавливается с помощью внимательной аускультации: при переднем виде отчетливее слышится сердцебиение плода ближе к средней линии живота, а при заднем виде — дальше от средней линии живота (выше или ниже пупка в зависимости от предлежания плода).

Положение плода в матке — отношение продольной оси плода к продольной оси матки. В ранние сроки беременности положение плода неустойчивое, с течением беременности оно становится устойчивее. Возможны следующие варианты положений плода. Продольное — положение, при котором продольная ось (длинник) плода располагается соответственно продольной оси матки, при этом матка имеет удлиненную форму; у входа в таз находится головка или тазовый конец плода.

Косое и поперечное положения, при которых продольная ось плода пересекает продольную ось матки; при этом матка несколько вытянута в косом или поперечном направлении.

Этиология поперечного положения различная: слишком растянутая полость матки, пониженный тонус мускулатуры матки, многоводие, иногда, наоборот, слабая растяжимость стенок матки, очень малый объем полости матки, седлообразная форма матки и некоторые другие.

Диагноз устанавливается наружными исследованиями. Живот растянут в поперечном направлении или имеет косо-овальную форму. Крупная часть (головка, ягодицы) прощупывается сбоку, над входом таза отсутствует предлежащая часть, дно матки стоит ниже, чем в этот же срок при продольном положении плода. При отошедших водах в случае сохранения поперечного положения плода влагалищным исследованием определяются отсутствие головки или ягодиц над входом или во входе таза, плечико, подмышечная впадина, реберная «решетка», лопатка, а иногда выпавшие во влагалище ручки или петля пуповины.

Профилактика. При поперечном положении, сохраняющемся к 35-й неделе беременности, необходимо больную поместить в родильный дом, где производится попытка с помощью наружного поворота изменить положение в продольное головное, если нет противопоказаний (см. наружный поворот при поперечном положении). Независимо от исхода этой операции больная остается в родильном доме до наступления родов.

Наружный профилактический поворот на головку применяется при тазовом предлежании и поперечном положении плода.

Противопоказания к повороту: 1) отсутствие хорошей подвижности плода вследствие напряжения мышцы матки и брюшных стенок, маловодия, глубокого стояния предлежащей части; 2) предшествовавшие в течение беременности кровотечения, хотя бы самые незначительные; 3) самопроизвольные выкидыши и преждевременные роды в анамнезе; 4) гидрамнион; 5) двойни; 6) резкое сужение таза, делающее сомнительным родоразрешение *per vias naturales*; 7) осложнения беременности (токсикозы), заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии нарушения компенсации; 8) подозрение на гидроцефалию; 9) кесарево сечение в анамнезе или

спайки после операции; 10) аномалия развития матки, опухоли матки, брюшной полости.

Основным условием является абсолютно точная диагностика положения предлежания, вида и позиции. В неясных случаях поворот делать нельзя. Наружный поворот производится в срок 35—36 недель беременности.

В технике поворота необходимо строго соблюдать условие: производить его, вращая так, чтобы естественное состояние сгибания плода не нарушалось. Ягодицы надо двигать по направлению к спинке, а головку — к брюшной поверхности плода. Основная ошибка в технике заключается в том, что головку смещают в сторону спинки.

Методика и техника поворота при тазовом предлежании следующие: беременная (после опорожнения кишечника и мочевого пузыря) лежит на твердой кушетке, матка и брюшные стенки должны быть в расслабленном состоянии. Поворот производится без какого-либо наркоза и должен быть совершенно безболезненным.

1-й момент поворота — рукой захватывают подвижные над входом ягодицы плода и отводят их вправо либо влево в сторону спинки. Для этого при первой позиции врачу удобно сидеть справа от беременной, захватывать ягодицы правой рукой и смещать их в левую сторону матери; при второй позиции врач сидит слева и смещает ягодицы левой рукой в правую сторону матери. Когда ягодицы смещены в сторону, приступают ко 2-му моменту — собственно повороту.

2-й момент поворота — рукой, которая обхватывает ягодицы, смещают их вверх по ребру матки и в то же время другой рукой обхватывают головку (поглубже и ближе к затылку) и передвигают ее в противоположную сторону вниз. Обе руки должны работать согласованно и вращать плод, как при акушерском повороте. Головка таким образом оказывается над входом таза, а ягодицы — у мечевидного отростка. Позиция плода после поворота меняется: 1-е ягодичное переходит во 2-е головное, а 2-е ягодичное — в 1-е головное.

После произведенного поворота надо проверить сердцебиение плода, хорошо пропальпировать головку, получив при этом ощущение ее баллотирования. Беременной дают полежать 5—10 минут в покое, рекомендуют медленность и плавность движений в течение дня и приглашают явиться в консультацию на следующий день.

Беременной следует спать на боку, соответствующем образовавшейся позиции, чтобы противодействовать возможному смещению головки назад по тому пути, который она проделала. Если, несмотря на поворот, тазовое предлежание рецидивирует (что бывает примерно в 10% случаев), можно прием повторить.

После проверки на другой день результата поворота приглашают беременную явиться через 2 дня. Потом интервалы постепенно нарастают, но не больше чем до 7 дней.

Наружный поворот при поперечном положении плода. Условия те же, что и при тазовом положении (см. стр. 28). Тщательный пальпацией частей плода уточняется позиция, вид и определяется, куда обращена спинка (к тазу или ко дну матки).

Последнее имеет особое значение: если спинка обращена ко дну, а брюшная поверхность плода — к тазу, то независимо от позиции дуга поворота здесь короче (плод вращается на 90°), чем при ягодичном положении (на 180°).

Методика и техника поворота — рука, обхватывающая ягодицы, передвигает их в сторону спинки: вверх и к середине, а рука, лежащая на головке, смещает последнюю вниз к середине.

Совсем другое при спинке, обращенной к тазу. Здесь прямое смещение головки на 90° нарушает основной принцип поворота: сохранение состояния сгибания плода; подобное смещение приводит к разгибанию и, увеличивая длинник плода, затрудняет поворот.

В этом случае приходится вращать плод на 270° . Ягодицы передвигаются по общему правилу в сторону спинки, а головка сгибается в сторону брюшной поверхности плода — тогда из поперечного положения получается сперва продольное ягодичное. Продолжая смещение в том же направлении, производят обычный поворот из тазового в головное.

Наружный поворот при поперечном положении плода лучше производить в стационаре, так как после поворота беременную необходимо держать под наблюдением до установления стойкого головного предлежания.

Исправление поперечного положения плода и перевод тазового предлежания в головное осуществляются путем перемены положения туловища беременной (метод Диканя). Беременная, лежа на кровати, поворачивается то на один, то на другой бок и лежит на каждом из них по 10 минут, повторяя повороты 3—4 раза. Занятие продолжается в общей сложности 60—80 минут. Такие занятия беременная прodelывает 3 раза в день перед едой (ежедневно на занятия расходуется 3—4 часа). В первые 7—8 дней происходит поворот на головку, после чего применяется фиксирующий бандаж.

Изменение положения плода связано с изменением тонуса матки в результате раздражения механо- и барорецепторов при перевертывании тела беременной. Бандаж способствует уменьшению объема матки в поперечном размере и увеличению в продольном. В дальнейшем спать и отдыхать следует на боку, соответствующем позиции плода.

Если наступает рецидив, то занятия повторяют. Метод может применяться при беременности после 30 недель. При пороках развития (двурогая и седловидная матка) метод не может дать успеха.

Членорасположение — отношение конечностей (называемых мелкими частями) и головки плода к туловищу. Обычно при нормальном членорасположении плода в полости матки позвоночник его дугообразно согнут, ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах и слегка прижаты к животу, а ручки как бы сложены на груди, головка слегка согнута. При таком членорасположении плод имеет яйцевидную, овоидную форму; длина этого овоида соответствует половине всей длины плода и в среднем при доношенной беременности составляет 25 см.

При внутриутробной смерти плода описанное членорасположение нарушается — ножки и ручки свисают, как плети, позвоночник резко разгибается (gibus) в шейной части, головка запрокидывается, затылок приближается к спинке, кости черепа значительно расходятся (см. Рентгенодиагностика внутриутробной смерти плода).

Диагноз. Членорасположение плода определяется путем тщательной пальпации живота беременной. В отдельных случаях при большом сроке беременности, если имеется особая необходимость в

уточнении членорасположения, можно воспользоваться рентгенографией.

Предлежание плода. Предлежащая часть определяется по той части, которая при родах первой идет по родовому каналу. При продольных положениях возможно головное предлежание (97%) и тазовое предлежание (3%).

Варианты головного предлежания: 1. Затылочное предлежание, если головка вступает во вход таза областью малого родничка (сгибание головки), различают передний и задний вид затылочного предлежания.

2. Переднеголовное предлежание, если головка в состоянии начальной степени разгибания, подбородок слегка отходит от груди и в центр тазового входа вступает переднеголовая часть.

Этиология — чаще несоответствие в размерах головки и входа таза, многоводие.

Диагноз. При наружном исследовании головка плода подвижна или только прижата ко входу таза. Сохраняется нормальное членорасположение плода. Точный диагноз возможен при вставившейся во вход таза головке и только с помощью влагалищного исследования.

При влагалищном исследовании как самый низкий пункт вставившейся головки прощупывается большой родничок; от большого родничка удастся пальцем проследить лобный шов, малый родничок как вышестоящий пункт головки иногда прощупывается с трудом. Стреловидный шов в поперечном или, большей частью, слегка косом размере входа таза обычно обращен несколько к передней стенке таза. Большой родничок продолжает оставаться самым низким пунктом головки в течение всего продвижения ее по родовому каналу.

3. Лобное предлежание встречается редко (примерно один случай на 2000—3000 родов). Является переходным от переднеголового к лицевому предлежанию.

Этиология — несоответствие в размерах головки и входа таза и др.

Диагноз. Наружным исследованием определить лобное предлежание очень трудно. При влагалищном исследовании самым низким пунктом вставившейся во вход таза головки является лоб, расположенный в центре таза; лобный шов проходит в поперечном размере входа. По лобному шву исследующий после достигает с одной стороны глазницы и корень носа, с другой — угол большого родничка. Но рта, а тем более подбородка пальцев не достигает.

Роды протекают очень тяжело и почти всегда требуют оперативного вмешательства.

4. Лицевое предлежание встречается примерно в одном случае на 300—400 родов, представляет максимальную степень разгибания головки.

Этиология — несоответствие в размерах головки и таза, неправильная форма головки и др.

Диагноз. При наружном исследовании прощупывается выдающийся сбоку над лонными костями затылок. Между затылком и спинкой отмечается углубление. При ощупывании боковых стенок матки не прощупывается спинки. С противоположной затылку стороны определяются мелкие части плода. Наряду с высокой степенью разгибания головки имеется резкое разгибание позвоночника в шей-

ном и верхнегрудном отделе, нарушается нормальное членорасположение плода. Спинка вогнута дугообразно, грудь приближается к стенке матки, поэтому сердечные тоны плода яснее прослушиваются со стороны груди, а не со стороны спинки, т. е. на стороне, где прощупываются мелкие части плода.

При влагалищном исследовании (только с наступлением родов, ибо, как правило, лицевое предлежание является вторичным) прощупываются лоб, глазные дуги, нос с ноздрями, рот с краями челюстей и языком, подбородок. Если подбородок неподвижно установлен обращенным к крестцовой впадине, дальнейшее продвижение головки невозможно.

Высокое прямое стояние головки встречается крайне редко и представляет тяжелое осложнение при родах.

Этиология — узкий (поперечносуженный) таз, неправильная форма головки.

Диагноз возможен ориентировочный при прижатой ко входу головке. Наружным исследованием третьим приемом прощупывается резко выступающая кпереди часть головки. Точный диагноз устанавливается влагалищным исследованием, при котором головку находят прижатой или вставившейся во вход таза. Направление стреловидного шва почти соответствует прямому размеру входа. Возможны два варианта высокого прямого стояния: 1) область малого родничка кпереди за лоном — затылочно-лонное положение (*positio occipitalis rubica*); в таком положении, если головка маленькая, иногда возможно ее дальнейшее продвижение; 2) область малого родничка кзади несколько ниже мыса — так называемое затылочно-крестцовое положение (*positio occipitalis sacralis*); при таком положении роды приходится часто заканчивать кесаревым сечением.

Асинклитические вставление головки. Передний асинклитизм (или переднетеменное вставление) — стреловидный шов приближен к мысу, задний асинклитизм (или заднетеменное вставление) — стреловидный шов приближен к лону. Такое вставление особенно неблагоприятно при родах.

Предлежание и выпадение мелких частей плода. При целых водах говорят о предлежании, при отошедших водах — о выпадении.

Этиология. Поперечное или косое положение плода, узкий таз, чрезмерная длина пуповины.

Предлежание и выпадение ножки встречается чаще при ягодичном предлежании, косом и поперечном положениях плода. Выпадение ножки рядом с предлежащей головкой препятствует нормальному прохождению головки через таз.

Предлежание и выпадение ручки возможно при любом положении плода. Выпадение ручки при головном предлежании является тяжелым осложнением родов.

Этиология. Отсутствие вставления головки, остающееся свободное пространство между головкой и стенками таза, узкий таз (преимущественно плоский), многоводие, многоплодие.

Профилактика осложнений. Заблаговременное направление в родильный дом всех беременных с перечисленной выше патологией.

Предлежание и выпадение пуповины — особенно опасное осложнение для плода.

Этиология. Отсутствие вставления предлежащей части плода во вход таза, чрезмерная длина пуповины, обычная длина ее при низком расположении плаценты и др.

Профилактика. Заблаговременное направление беременной с суженным тазом, с поперечным и косым положением плода в родильный дом. Если происходит выпадение пуповины, следует (при живом плоде) при соответствующих условиях прибегать к повороту плода на ножку с немедленным извлечением плода (при нормальных размерах таза) либо к кесареву сечению.

Аускультация сердцебиения плода

Акушерским стетоскопом удается прослушать сердцебиение с 19—20-й недели беременности, а затем с каждой неделей сердцебиение прослушивается все яснее. Отчетливее сердцебиение плода прослушивается со стороны спинки плода ближе к головке (при сгибательном типе предлежания), со стороны грудки (при разгибательном типе предлежания).

При продольном головном положении плода сердцебиение прослушивается слева или справа (в зависимости от позиции) ниже пупка, при продольном тазовом положении — слева или справа (в зависимости от позиции) выше пупка, при поперечном положении — на уровне пупка ближе к головке.

Частота сердечных ударов плода в конце беременности 120—130 в минуту.

Определение местоположения плаценты путем аускультации сердцебиения плода. Акушерским стетоскопом в горизонтальном положении беременной выслушивают сердцебиение плода. Характер сердечных тонов сравнивают на симметричных местах различных отделов правой и левой половины матки для исключения изменений звука, которые могут быть вызваны свойствами тканей брюшной стенки. Установив место наиболее отчетливых сердечных тонов плода, на противоположной этому месту стороне определяют зону, где сердцебиение плода совсем не выслушивается. Эта область обычно соответствует месту расположения плаценты в матке.

Распознавание оказывается затрудненным при чрезмерном ожирении брюшной стенки, при опухолях матки, надо учитывать и возможные аномалии формы плаценты. Иногда и при живом плоде не удается выслушать его сердцебиение, подобное может иметь место при расположении плаценты на передней стенке матки.

Плод в различные сроки беременности

В конце 4-й недели беременности человеческий зародыш имеет в длину 7—8 мм, в 8 недель — 3—3,5 см; в зародыше можно узнать будущего человека. В 12 недель длина плода 8—9 см, вес 20 г. Ясно различимы пальчики на руках и ногах, начинают дифференцироваться наружные половые органы. В 16 недель длина плода 16—17 см, вес 120 г. Ясно различим пол, появляются активные движения конечностей, не осязаемые еще беременной. В 20 недель длина плода 25—27 см, вес в среднем 300 г. Появляются волосы на голове и пушок на всем теле, начинают функционировать сальные железы, отлагается подкожный жир. В 24 недели длина плода 30—32 см, вес 600—700 г. В этот срок плод рождается живым, двигая конечностями.

ми, но вскоре умирает. В 28 недель длина плода 35—36 см, вес 1000—1200 г. Родившийся в этот срок плод при надлежащем уходе и режиме может остаться в живых. В 32 недели длина плода 40 см, вес 1500—1600 г, в 36 недель длина 45 см, вес 2500 г, к 40 неделям длина 49—50 см, вес 3200—3400 г и больше.

Схема Гаазе. До V лунного месяца длина плода соответствует порядковому номеру месяца беременности, возведенному в квадрат: $(1 \times 1) = 1$, $(2 \times 2) = 4$, $(3 \times 3) = 9$, $(4 \times 4) = 16$. Начиная с V лунного месяца длина плода соответствует примерно порядковому номеру месяца, умноженному на 5, в 5 месяцев $(5 \times 5) = 25$ см, в 6 месяцев $(6 \times 5) = 30$ см, в 7 месяцев $(7 \times 5) = 35$ см, в 8 месяцев $(8 \times 5) = 40$ см, в 9 месяцев $(9 \times 5) = 45$ см, в 10 месяцев $(10 \times 5) = 50$ см. Для практических целей и легкого запоминания схема Гаазе наиболее удобна.

ДОНОШЕННЫЙ ПЛОД характеризуют не только длина (рост) и вес, продолжительность беременности, но и ряд признаков, характерных для зрелого плода.

Признаки зрелости плода. Достаточное развитие подкожного жира, кожа розовая, пушок сохранен только на плечевом поясе, волосы на голове имеют длину не меньше 2 см, хрящи ушных раковин и носа плотны. Ногти уже тверды и заходят за кончики пальцев на руках. Место отхождения пуповины расположено посредине между лоном и мечевидным отростком или лишь несколько ниже. У мальчиков яички (за немногим патологическим исключением) опустившись в мошонку, у девочек клитор и малые губы прикрыты большими губами. Зрелый плод проявляет большую активность: двигает конечностями, издает ясный крик.

Рост (длина) новорожденного как признак наиболее постоянный является более верным критерием для определения зрелости, чем вес. Измерение длины плода обязательно производится на горизонтальном ростомере при вытянутом положении новорожденного. Новорожденные, имеющие рост (длину) меньше 45 см, считаются незрелыми. Новорожденные, имеющие рост (длину) больше 47 см, учитываются как зрелые.

Определение зрелости (незрелости) новорожденных, имеющих рост в пределах от 45 до 47 см (включительно), производится в каждом отдельном случае на основании особо тщательного анализа всех признаков, характеризующих зрелость плода. Заключение о зрелости (или незрелости) плода согласуется между педиатром и акушером родильного дома и документируется в истории развития новорожденного и в истории родов.

Таким образом следует поступать во всех спорных вопросах и сомнительных случаях независимо от размеров новорожденного.

При отсутствии данных о росте новорожденного учитывается вес его, причем новорожденный весом менее 2500 г считается незрелым.

Указанные размеры роста или веса относятся только к одиночным плодам. Вес и рост новорожденных от многоплодной беременности при наличии несомненных признаков зрелости могут быть ниже размеров одиночного плода. Поэтому при определении зрелости двоен, троен и т. д. нельзя исходить из указанных выше размеров, а следует руководствоваться признаками зрелости у более развитого из плодов и определять зрелость на основании их совокупности.

Роды зрелым плодом следует считать родами в срок, а самый плод — доношенным. Роды незрелым плодом следует считать преждевременными, а самый плод недоношенным.

Роды нежизнеспособным плодом в пределах 28 недель (7 лунных месяцев) беременности учитываются в качестве аборт. Длина плода этого возраста равна 35 см и меньше, вес 1000 г и ниже.

Рождение плода в пределах 28 недель беременности, оказавшегося живым в день выписки матери, следует учитывать в качестве преждевременных родов, независимо от роста и веса новорожденного. В таких случаях выдается справка о рождении ребенка для представления в бюро ЗАГС.

Выдача справок о доношенности или недоношенности новорожденного производится только по затребованию официальными органами. При выдаче подобных справок обязательно указать на отсутствие или наличие признаков зрелости и на предполагаемую продолжительность (срок) беременности.

Размеры головки плода определяются через брюшные покровы. С помощью тазомера устанавливается лобно-затылочный или близкий к нему размер, а плотность костей черепа — путем ощупывания. При одном и том же сроке беременности различают маленькую головку, головку средних размеров и большую головку. Так, при 32 неделях беременности лобно-затылочной или ближайший к нему размер маленькой головки 9—9,5 см, средней 10—10,5 см, большой 10,5—11 см, т. е. в среднем $10 \text{ см} \pm 1 \text{ см}$.

Если даже при затылочном предлежании стреловидный шов и не располагается в строго поперечном размере входа, это мало влияет на определение лобно-затылочного размера.

Головка зрелого плода. Основные размеры: прямой — от переносицы до затылочного бугра — равен 12 см; малый косой — от подзатылочной ямки до центра большого родничка — 9 см; большой косой — от затылочного бугра до подбородка — 13 см; средний косой — от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба — 10 см; вертикальный размер лицевой части головки — расстояние от переднего угла большого родничка до подъязычной кости — 10 см; малый поперечный размер — между наиболее отдаленными пунктами венечных швов — 8 см; большой поперечный размер — между теменными буграми — 9,5 см.

Длина окружности головки, проходящей через малый косой размер, — 32 см, проходящей соответственно прямому размеру, — 34 см, проходящей соответственно большому косому размеру, — 40 см.

Плотность костей черепа более доступна обычному акушерскому исследованию, определяется пальпацией третьим и четвертым приемами наружного исследования (см. приемы наружного исследования).

Размеры туловища: поперечный размер плечиков — 12 см, длина окружности соответственно этому размеру — 35 см, поперечный размер тазовой области — между вертелами бедренных костей — 9 см, длина окружности соответственно этому размеру — 28 см.

Переношенный плод, родившийся после 41—42 недель беременности (см. также переношенная беременность), характеризуется рядом признаков: крупный вес (свыше 4000, иногда 5000 г — гигантский,

плод), большая длина (на 2—3 см и более по сравнению с доношенным плодом), значительная плотность (окостенение) костей черепа, крайняя узость межкостных щелей (швов), особенно между теменными костями, суженные роднички, ограниченная подвижность (сместаемость) костей черепа по отношению друг к другу, слабая способность или даже отсутствие таковой к конфигурации черепа, наличие (рентгенологически) хорошо развитого ядра окостенения проксимального эпифиза большеберцовой кости. Однако у 20% родившихся после 41—42 недель беременности детей могут отсутствовать все или некоторые признаки, характерные для явно переносенного плода. При этом нередко отмечают слабое развитие подкожного жира, морщинистость кожи, скудное количество или даже отсутствие сыровидной смазки, мацерация на отдельных участках кожи. Крупный плод может быть иногда и не при переносенной беременности. Особенно это относится к женщинам, страдающим диабетом. При рождении крупного по весу плода (4000—5000 г), рано умершего, при рождении плода с проявлением различных уродств женщину необходимо тщательно обследовать на возможность предиабетического состояния (см. диабет), так как следующая беременность как фактор, обладающий «диабетогенной потенцией», может привести у женщин с предиабетом к диабету и соответствующему отрицательному влиянию на плод.

Внутриутробная смерть плода. Симптомы — прекращение сердцебиения и движений плода, уменьшение и «размягчение» молочных желез. При выдавливании из соска выделяется густая желтовато-белая жирная капля, при повторных осмотрах — прекращение «роста» матки, последняя даже уменьшется в объеме.

Диагноз окончательный устанавливают осторожно, только после многократных повторных обследований беременной. Правильнее при подозрении на внутриутробную смерть плода беременную госпитализировать. Для ранней диагностики гибели плодного яйца пользуются определением экскреции эстриола, прегнандиола, хориального гонадотропина в моче. При погибшем внутриутробно плоде количество выделяемого эстриола резко падает (иногда в 100 раз ниже нормы). Снижается, но менее демонстративно экскреция прегнандиола и гонадотропинов.

При больших сроках беременности пользуются методом электрокардиографии и рентгенографии плода (см. Функциональные методы исследования).

Измерение длины внутриутробного плода по Альфельду с помощью тазомера при низко расположенной головке. Одну ножку тазомера фиксируют на выдающемся нижнем полюсе головки, другую — на выдающейся части ягодичного конца. Такое измерение возможно только при податливой брюшной стенке и, если хорошо прощупываются оба полюса (нижний и верхний) плода. В других случаях, если головка глубоко во входе таза, ножку устанавливают на верхнем крае лона и к полученному расстоянию от дна матки до лона прибавляют около 2 см. Измерение можно производить и при поперечном положении плода.

Полученное при измерении число примерно в 2 раза меньше длины плода. В самом измерении возможны различия в зависимости от толщины брюшных покровов и стенки матки. Поэтому Альфельд предлагает полученную цифру умножить на 2 и отнять 2 см.

Определение срока беременности. Величина матки по месяцам и неделям (при опорожненном мочевом пузыре и нижнем отрезке толстого кишечника): в 6 недель беременности соответствует куриному яйцу, в конце II лунного (акушерского) месяца (8 недель) соответствует размерам гусиного яйца, в конце III лунного месяца (12 недель) — величине головки доношенного плода. При влагалищном исследовании с указанной целью надо избегать массирования матки, чтобы не вызвать ее сокращения и этим не уменьшать ее размеры. С IV лунного месяца дно матки поднимается над лонным сочленением и прощупывается через брюшную стенку. В конце IV лунного месяца (16 недель) дно матки стоит от верхнего края лонного сочленения на 6 см, в конце V лунного месяца (20 недель) — на 12 см, в конце VI лунного месяца (24 недели) — на 22—24 см, в конце VII лунного месяца (28 недель) — на 26—28 см, в конце VIII лунного месяца (32 недели) — 29—32 см. К этому сроку начинает сглаживаться пупок: в конце IX лунного месяца (36 недель) — 34—36 см, пупок сглажен, в конце X лунного месяца — как при VIII лунном месяце — 32—34 см.

Высоту стояния дна матки измеряют от верхнего края симфиза с помощью сантиметровой ленты, натянутой по передней стенке матки, огибая дно до выдающегося пункта дна матки. В среднем высота стояния дна матки еженедельно с VI лунного месяца беременности повышается на 1 см (при продольном положении плода, нормальной форме матки).

Измерение с помощью сантиметровой ленты более правильное, чем с помощью «поперечных пальцев» или с ориентацией на весьма непостоянное положение пупка, равно как и измерение с помощью тазомера (в зависимости от силы прижатия ножек тазомера могут значительно меняться размеры). Перед измерением производят подробный общий осмотр беременной — определяют состояние брюшной стенки, размеры таза, положение плода и др.

Измерения надо производить всегда в одном и том же положении на спине с вытянутыми ногами. При ногах, согнутых в коленных суставах, высота стояния дна матки бывает ниже почти на 2 см.

Окружность живота измеряется сантиметровой лентой в лежачем положении беременной и имеет сама по себе весьма относительное значение — зависит в известной степени от толщины брюшной стенки, формы живота, вздутия кишечника и др. Средняя длина окружности живота на уровне пупка у первородящих в 32 недели — 91 см (колебания в амплитуде 79—108 см), у повторнородящих возможны еще большие колебания.

Указанные соотношения, как и все другие формулы и схемы, имеют в виду продольное положение плода в головном предлежании. Для тазовых предлежаний рекомендуют вносить коррективы в схему, учитывая, что при этом дно матки стоит несколько выше, чем при головных, а предлежащая часть стоит либо высоко над входом (чаще), либо прижата ко входу таза.

Надо помнить, что существуют и переходные типы, которые полностью не укладываются в схему.

Учитывая невозможность точного определения начала беременности и разную продолжительность беременности у женщины, допустимо расхождение предполагаемого и истинного срока родов на 14 дней.

Определение сроков беременности

1. Методика Жордания. Срок беременности определяют по длине плода в матке, к полученной величине добавляют лобно-затылочный размер головки в сантиметрах. Полученная сумма соответствует количеству недель беременности. Так, если длина плода в матке 22 см, а лобно-затылочный размер 10 см, то срок беременности 32 недели.

2. Формула Скульского

$$X = \frac{(L \times 2) - 5}{5},$$

где X — искомый срок беременности; L — длина плода в матке, измеренная тазомером; 2 — коэффициент удвоения для определения длины плода; 5 в числителе — толщина стенок матки, 5 в знаменателе — цифра, на которую по формуле Гаазе умножают число месяцев для получения длины плода.

Например, при длине плода в матке $L = 23$ см искомый срок беременности: $X = \frac{(23 \times 2) - 5}{5} = \frac{41}{5} = 8,2$ лунных месяца, т. е. 229,6 дня, или 32,8 недели.

3. Методика по Рудакову (табл. 2 и 3). Объем плода (индекс) определяется произведением длин передней продольной и поперечной полуокружностей, измеренных сантиметровой лентой в лежачем положении беременной с вытянутыми и сомкнутыми ногами (предварительно опорожненный мочевой пузырь и нижний отрезок толстого кишечника).

Таблица 2

Индекс объема плода до 27 недель беременности по А. В. Рудакову

Срок беременности в неделях	Индекс объема плода	Вес плода в г	Увеличение веса плода в г за не- делю
12	40	20	—
13	65	60	40
14	100	100	40
15	135	140	40
16	170	180	40
17	205	220	65
18	240	285	65
19	270	350	65
20	310	415	65
21	345	480	65
22	380	545	65
23	415	610	65
24	450	675	105
25	485	780	—
26	520	885	—
27	555	990	—

Примечание. Индекс объема плода увеличивается за неделю на 35 см.

Определение срока (индекс объема плода) от 28 до 40 недель
беременности (по А. В. Рудакову)

Срок беремен- ности в неде- лях	Индекс объема плода (варианты)			Вес плода в г	Увеличение веса плода за неделю в г
	Н	М	Б		
28	590	570	610	1100	150
29	630	600	655	1250	150
30	665	635	700	1400	150
31	700	660	740	1550	150
32	735	690	785	1700	185
33	770	720	825	1885	185
34	810	755	870	2075	185
35	850	785	910	2260	185
36	885	815	955	2450	210
37	925	850	1000	2660	210
38	960	880	1040	2875	210
39	1000	915	1085	3085	210
40	1040	950	1125	3300	210

Примечание. а) 37,5 единицы, 30 единиц, 45 единиц — увеличение индекса объема плода в неделю.

б) Варианты Н (норма), М (малый) и Б (большой) определяются в зависимости от увеличения веса плода за неделю. Если, например, при одном из измерений у беременной получен индекс объема плода 600, это может быть 28 недель по графе Б и 29 недель по графе М. Если при дальнейшем повторном наблюдении в течение 3 недель индекс объема окажется 740, следовательно, за неделю прибавка составит $740 - 600 = 140 : 3 = 46$, т. е. вариант Б — беременность 31 неделя.

Продольная полуокружность — при плотно прижатой ко входу таза головке нижний конец сантиметровой ленты фиксируют у верхнего края лона, при подвижной головке нижний конец сантиметровой ленты фиксируют большим пальцем у нижнего полюса головки, легко надавливая брюшную стенку над лоном. Сантиметровую ленту вытягивают по дуге передней поверхности матки до наивысшей точки другого конца плода, легко надавливая на последний (практически до наивысшей точки дна матки).

Ширину (поперечник) плода измеряют дугой, проведенной перпендикулярно к продольной дуге и расположенной в наиболее широкой части матки, плотно фиксируя концы ее большими пальцами к боковым сторонам плода (концы ленты в местах, наиболее отдаленных друг от друга, слегка сжимают при этом стенки матки). Произведение длины передней полуокружности на ширину условно называют индексом объема плода.

Колебания срока беременности при определении индекса объема плода бывают в пределах 2 недель. Индекс позволяет получить представление и о весе плода.

4. **Схема Шейнберга** — исчисление срока беременности по формуле: C (срок беременности) = $M + P + Ж + П + Г$, где M — высота стояния дна матки от верхнего края симфиза в сантиметрах (лентой); P — поправка на рост; $Ж$ — поправка на длину окружности живота; $П$ — поправка на положение головки по отношению ко входу таза; $Г$ — поправка на лобно-затылочный размер головки.

Поправка P		Поправка $Ж$	
Рост выше	165 см + 0	Окружность живота	95—100 см + 0
» »	155—165 + 0,1	» »	90 » + 1
» ниже	155 см + 2	» »	85 » + 2
		» »	80 » + 3
		» »	105 » — 1

Поправка $П$		Поправка $Г$	
Голозка подвижна	+ 0	Лобно-затылочный размер головки	
» полуподвижна	+ 1		11—12 см + 0
» неподвижна	+ 2	» »	» 10 » + 1
		» »	» 9 » + 2
		» »	» 13 » — 1

Например, при высоте стояния дна матки 28 см (M), при росте женщины 165 см (+0), окружности живота 97 см (+0), при головке, подвижной над входом таза (+0), с лобно-затылочным размером 10 см (+1) срок беременности будет по формуле:

$$28 + 0 + 0 + 0 + 1 = 29 \text{ неделя.}$$

Определение 32-недельной беременности¹

Объективные показатели при определении 32-недельной беременности, по которым можно вывести любую из существующих схем или формул. Помимо тщательно собранного анамнеза, во всех случаях необходимо определить: 1) высоту стояния дна матки над симфизом, измеренную сантиметровой лентой по дуге передней поверхности матки от верхнего края симфиза до наивысшей точки дна матки; 2) поперечник матки, измеренный сантиметровой лентой по дуге между наиболее выступающими пунктами боковых поверхностей матки; 3) окружность живота, измеренную сантиметровой лентой, проведенной на уровне пупка; 4) длину плода в матке, измеренную тазомером; 5) лобно-затылочный размер головки, измеренный тазомером; 6) положение головки по отношению ко входу таза (над входом, прижата ко входу, во входе); 7) рост беременной в сантиметрах (табл. 4).

¹ Дородовой отпуск предоставляется со дня достижения 32 недель беременности (см. Календарь — табл. 5).

Таблица 4

Совокупность данных, характерных для 32 недель беременности
(схема Фигурнова)

Тип беремен- ных (определяется по росту женщины)	Рост в см	Окружность живота в см	Лобно-затылочный размер головки в см (измеряется тазомером)	Высота стояния дна матки в см, измеренная сантиметровой лентой	Стояние головки плода по отношению ко входу таза
I	Ниже 155	80	9—9,5	23—25	Малым сегментом во входе таза
II	От 155 до 165	90	10—10,5	28	Прижата ко входу таза
III (встречается в 10% случаев)	Выше 165	95—100	10,5—11	30—32	Баллотирует над входом таза

Таблица 5

Календарь для определения сроков дородового и послеродового отпуска

Первый день последней менструации	Отпуск до родов 56 дней с	Роды	Отпуск после родов	
			56 дней	70 дней
			приступить к работе	
			с	с
5/I	17/VIII	12/X	6/XII	20/XII
15/I	27/VIII	22/X	16/XII	30/XII
25/I	6/IX	1/XI	26/XII	10/I
5/II	17/IX	12/XI	6/I	20/I
15/II	27/IX	22/XI	16/I	30/I
25/II	7/X	2/XII	26/I	9/II
5/III	15/X	10/XII	4/II	18/II
15/III	25/X	20/XII	14/II	28/II
25/III	4/XI	30/XII	24/II	10/III
5/IV	14/XI	10/I	7/III	21/III
15/IV	24/XI	20/I	17/III	31/III

Продолжение

Первый день последней мен- струации	Отпуск до розов 56 дней с	Роды	Отпуск после родов	
			56 дней	70 дней
			приступить к работе	
			с	с
25/IV	4/XII	30/I	26/III	9/IV
5/V	14/XII	9/II	6/IV	20/IV
15/V	24/XII	19/II	16/IV	30/IV
25/V	4/I	1/III	26/IV	10/V
5/VI	15/I	12/III	7/V	21/V
15/VI	25/I	22/III	17/V	31/V
25/VI	4/II	1/IV	27/V	10/VI
5/VII	14/II	11/IV	6/VI	20/VI
15/VII	24/II	21/IV	16/VI	30/VI
25/VII	6/III	1/V	26/VI	10/VII
5/VIII	17/III	12/V	7/VII	21/VII
15/VIII	27/III	22/V	17/VII	31/VII
25/VIII	6/IV	1/VI	27/VII	10/VIII
5/IX	17/IV	12/VI	7/VIII	21/VIII
15/IX	27/IV	22/VI	17/VIII	31/VIII
25/IX	7/V	2/VII	27/VIII	10/IX
5/X	17/V	12/VII	6/IX	20/IX
15/X	27/V	22/VII	16/IX	30/IX
25/X	6/VI	1/VIII	26/IX	10/X
5/XI	17/VI	12/VIII	7/X	21/X
15/XI	27/VI	22/VIII	17/X	31/X
25/XI	6/VII	1/IX	27/X	10/XI
5/XII	17/VII	11/IX	6/XI	20/XI
15/XII	27/VII	21/IX	16/XI	30/XI
25/XII	6/VIII	1/X	26/XI	10/XII

Правила пользования календарем

1. Установив у беременной дату первого дня последней менструации, на той же линии в календаре можно найти нужные даты. Например, при начале последней менструации 20/VII дородовой отпуск на 56 дней надо предоставить с 1/III, роды ожидаются 26/IV. Если роды нормальные, женщина должна явиться на работу после 56-дневного отпуска 21/VI, если же роды патологические, то 5/VII (отпуск 70 дней).

2. При пользовании календарем следует обязательно учитывать объективные данные акушерского исследования (высота стояния дна матки над лобком, величина головки плода и др.).

3. В високосном году в январе и феврале сроки отпусков и родов следует уменьшить на один день.

4. Если последующий год високосный, то начиная с 1/III, срок родов уменьшается на один день, а явка на работу после родов должна произойти раньше на один день.

ПИТАНИЕ БЕРЕМЕННОЙ в первой половине соответствует общим физиологическим нормам сообразно возрасту, росту, характеру трудовой деятельности и степени упитанности женщины.

Калорийность рациона в первую половину беременности исчисляется по способу Слонима. За нормальный вес при росте 152 см принимается 50 кг, каждое последующее увеличение роста на 2,5 см должно сопровождаться увеличением веса на 2,3 кг. Для сохранения веса на нормальном уровне на каждый килограмм нормального веса при средней трудовой деятельности требуется 50 ккал в сутки. Например, при росте 155 см, нормальном весе 53 кг требуется в сутки $50 \times 53 = 2650$ ккал.

Во второй половине беременности потребность организма женщины в энергии повышается, и фактическая калорийность суточного рациона достигает 3000 ккал, а в условиях трудовой деятельности беременной — 3500 ккал.

Белки. С началом беременности необходимо обеспечить достаточное количество полноценных белков в пищевом рационе. Имеет значение не только количество, но и качество белков. Полноценность белка определяется содержанием в нем незаменимых аминокислот, т. е. таких, которые не синтезируются в человеческом организме и потребность в которых обеспечивается пищей. Средняя суточная норма белка в первую половину беременности составляет не менее 1,5 г на 1 кг веса, т. е. около 100 г. Во второй половине беременности количество белка в рационе должно быть не менее 2 г на 1 кг веса, т. е. 120—130 г.

Рекомендуются продукты, содержащие полноценные белки: молоко, простокваша, кефир, творог, яйца, мясо, рыба. Во второй половине беременности следует избегать мясных, грибных и рыбных бульонов, мясных подлив, так как они обременяют печень, и без того в этом периоде несущую повышенную нагрузку. Рекомендуются вегетарианские супы, молочные соусы, отварное мясо и рыба.

Жиры необходимы не только как энергетический, но и как пластический материал. Физиологическая норма жира по отношению к белкам 1 : 1, т. е. в среднем около 100 г в день. Следует употреблять в пищу во время беременности сливочное и растительное масло, сметану, сливки, максимально ограничить потребление тугоплавких жи-

ров (говяжье и баранье сало) и продуктов, содержащих много холестерина (яйца, мозги). Во второй половине беременности количество жира не должно превышать 110 г в день.

Углеводы являются основным источником образования жира в организме. Избыточное содержание углеводов в рационе отрицательно влияет на функцию нервной системы, повышает гидрофильность тканей. Важное значение для беременной имеет потребление и так называемых непищевых углеводов, содержащихся в овощах, фруктах в виде растительной клетчатки. Они усиливают кишечную перистальтику. Углеводы, содержащиеся в овощах, не используются организмом для образования жира. Физиологическая норма углеводов по отношению к белкам 5 : 1, т. е. не более 500 г углеводов в сутки.

При избыточном весе беременной содержание углеводов в рационе необходимо уменьшить до 300 г в сутки.

В пищевой рацион включают некоторое количество хлеба грубого помола, содержащего клетчатку и витамины группы В.

В последний месяц беременности для снижения гидрофильности тканей надо особенно ограничить потребление легко усвояемых углеводов (сахар, мед, варенье и т. п.). Категорически противопоказаны алкогольные напитки.

В и т а м и н ы имеют большое значение для нормального течения беременности, роста плода и его дальнейшего развития. Количество витаминов в организме во время беременности уменьшается. При недостаточном поступлении их с пищей у беременной развивается гипо- и даже авитаминоз. Следствием такого состояния нередко могут быть токсикозы беременности, преждевременные роды, кровотечения во время родов и др., у ребенка — врожденная слабость, рахит.

В и т а м и н А — защитный фактор эпителия слизистых оболочек, важен для профилактики послеродовых заболеваний. Витамином А богаты печень рыб, молоко, сливочное масло, морковь (не томатная). Суточная доза 5000 единиц или около 1,5 мг. Во второй половине и особенно в последние 2 месяца беременности суточная доза может быть повышена до 10 000—20 000 единиц.

В и т а м и н В₁ (тиамин) играет большую роль в углеводном обмене и благоприятно влияет на гликогенную функцию печени, вместе с витамином С участвует в регуляции водно-солевого обмена. Потребность беременной в витамине В₁ повышена в связи с большим расходом его в этом периоде. Витамином В₁ богаты дрожжи, особенно пивные, ржаной хлеб, куриный желток, молоко. Суточная доза в пищевом рационе беременной должна быть не менее 2,5 мг.

В и т а м и н В₂ (рибофлавин, лактофлавин) принимает участие в обмене железа и благоприятно влияет на функцию печени. Суточная доза в пищевом рационе беременной не менее 2,5—3 мг имеет большое значение для нормального течения беременности и родов, особенно у больных с проявлениями анемии. Витамин В₂ поступает с пищей преимущественно в связанных с белками соединениях, содержится в относительно достаточном количестве в молоке, яйцах, печени, почках и некоторых других продуктах.

В и т а м и н В₆ (пиридоксин) участвует в углеводном и жировом обмене, содержится в хлебе из муки грубого помола, еще больше в хлебе из цельного зерна. Суточная доза в пищевом рационе беременной не менее 5 мг.

В и т а м и н В₁₂ (цианкобаламин) участвует в образовании нуклеиновых кислот, оказывает влияние на функцию печени, нервной системы; лечебный эффект особенно выражен при анемиях. Содержится в пивных и пекарских дрожжах, печени, гречневой крупе. Суточная доза приблизительно 0,003 мг.

В и т а м и н РР (никотиновая кислота, антипеллагрический фактор) имеет большое значение для сохранения нормальной функции отдельных органов и систем органов. Содержится в значительном количестве в легких, почках, особенно надпочечники, в печени, тканях желудка и кишок, мышце сердца. Суточная потребность для беременной женщины 20 мг.

В и т а м и н С (аскорбиновая кислота) в течение беременности, родов и лактации играет весьма существенную роль. Потребность в нем у беременных женщин повышена примерно вдвое против обычного. Содержится в значительном количестве в свежей зелени, овощах, фруктах, ягодах (особенно черной смородине, шиповнике), картофеле, в меньшем количестве в других продуктах растительного и животного происхождения. Суточная доза в рационе беременной и кормящей женщины — 80—110 мг. Насыщение организма беременной женщины витамином С способствует увеличению веса плода примерно на 10%. Опасность передозировки витамина С исключается, так как и большие количества его не оказывают вредного действия. Поэтому, помимо рационального меню, рекомендуется до 110 мг в день аскорбиновой кислоты в виде драже, таблеток.

В и т а м и н D (кальциферол, антирахитический витамин) имеет существенное значение в остеопластических процессах плода, принимает участие в регуляции фосфорно-кальциевого обмена, в окислительно-восстановительных процессах организма беременной.

В и т а м и н D₂ оказывает заметное влияние на функциональное состояние половой системы — способствует восстановлению нормального менструального цикла, созреванию полноценных половых клеток, способных к оплодотворению, повышению половой возбудимости у женщин.

При патологическом климаксе витамин D₂ ведет к исчезновению эмоциональной лабильности, раздражительности, головных болей, общего недомогания. В отдельных случаях функционального бесплодия витамин D₂ способствует наступлению беременности.

В незначительном количестве содержится в продуктах животного происхождения, главным образом синтезируется в коже при воздействии солнечного (ультрафиолетового) облучения. Суточная доза витамина D для беременной составляет 600—800 ед., в последние месяцы беременности, особенно, если дни этих месяцев бедны солнечным излучением, дозу следует увеличить за счет искусственного ультрафиолетового облучения, включения в суточный рацион 15 г рыбьего жира. Передозировки витамина D нельзя допускать, так как он токсичен. Для предупреждения неблагоприятных последствий фосфорно-кальциевой недостаточности в материнском организме (остеопороз, остеомалация) и у плода (рахит) необходимо в питании беременных предусматривать повышенное содержание продуктов, богатых этими солями в надлежащем их сочетании, и витамином D (яичный желток, икра, сливочное масло, молоко, печень трески).

В и т а м и н E (токоферол, витамин плодовитости, размножения) влияет на нормальное течение беременности, участвует в липоидном обмене, в ряде случаев способствует предупреждению самопронза-

вольного выкидыша, преждевременного наступления родов. Содержится преимущественно в продуктах растительного происхождения — крупах (гречневая, овсяная), зародыше пшеницы. Суточная доза витамина Е для беременной женщины вместо обычных 10 мг повышается до 20—25 мг и еще больше для женщин с склонностью к выкидышу и преждевременным родам.

Дополнительно включается в рацион витамин Е в виде токоферола в масляном растворе по 1 чайной ложке 1—2 раза в день.

Солевой (минеральный) обмен. Соли необходимы для построения скелета плода, крови и других тканей. Недостаток солей может быть причиной различных расстройств у матери. Наиболее важными являются соли натрия, кальция, калия, магния, железа, фосфора и др.

Поваренная соль. Минимальная суточная потребность организма беременной 4 г, обычная суточная норма 12—15 г, в первой половине нормально протекающей беременности надо ограничить потребление солений и копченых продуктов, во второй половине следует исключить их вообще из рациона и ограничить добавление к пище соли, а в последние 2 месяца беременности суточная норма соли не должна превышать 5 г.

Кальций в основном расходуется сверх обычного на построение скелета и мягких тканей плода. Этот расход особенно возрастает во второй половине беременности. Если повышенная потребность в извести не покрывается пищевым рационом, на формирование плода расходуется извесь из запасов материнского организма и в первую очередь кальций из зубов и костей, а затем из мягких тканей организма матери.

Кальциевые соли содержатся почти во всех пищевых продуктах, но не из всех они хорошо усваиваются. К продуктам, содержащим хорошо усвояемый организм кальций, относятся молоко, молочнокислые продукты, сыр, яичный желток. Со второй половины беременности рекомендуется дополнительно внутрь кальций в виде глицерофосфатов по 0,3 г 3 раза в день.

Суточная норма кальция для первой половины беременности 1 г, в дальнейшем 1,5 г и в конце беременности 2,5 г в день.

Фосфор расходуется во время беременности в значительном количестве на формирование скелета плода, его нервной ткани. Соли фосфора содержатся в орехах, хлебе, крупе, молоке, мясе, печени, яйцах. Фосфор из овсянки и бобовых усваивается плохо. Суточная норма в рационе во время беременности не более двойной нормы кальция (см. выше), так как избыточное количество фосфора препятствует всасыванию кальция.

Магний входит в значительном количестве в состав костной ткани, имеет большое значение для нормальной деятельности сердечно-сосудистой системы. Содержится в отрубях, хлебе из муки грубого помола, гречневой и ячменной крупе, морской рыбе. Суточная потребность в магнии 0,3 г, во второй половине беременности — 0,5 г. С увеличением содержания магниевых солей организм теряет кальций. Необходимо в таких случаях вводить больше кальциевых солей (молоко, молочнокислые продукты). Железо, медь, цинк, кобальт и никель участвуют в гемопоэзе.

Железа, кобальта и никеля в крови у рожениц содержится меньше, меди и цинка больше, нежели в крови здоровой небеременной женщины. Таким образом, потребность в железе с беремен-

Средние данные и пределы колебаний железа, меди, цинка, кобальта и никеля в крови здоровых небеременных женщин и рожениц (И. Н. Усов, 1954)

		В 100 мл крови в мг							
		железо	медь	цинк	кобальт	никель			
Кровь небеременных	средние показатели	45,5	135	708	11,2	17,3	10,0—35,0		
	пределы колебаний	39,0—49,5	100—166	577—833	8,0—16,6	11,4	—		
Кровь рожениц	средние показатели	40,4	211	771	9,6	11,4	Следы—21,8		
	пределы колебаний	28,0—49,5	137—300	530—983	5,0—13,3	—	—		

Примерное недельное меню во второй половине нормальной беременности

Часы	1-й день, понедельник	2-й день, вторник	3-й день, среда	4-й день, четверг	5-й день, пятница	6-й день, суббота	7-й день, воскресенье
I ЗАВТРАК							
7—8	Масло сливочное. Яйца. Сыр. Чай с молоком	Масло сливочное. Творог со сметаной. Чай с молоком	Масло сливочное. Яичница с луком. Сыр. Чай с молоком	Масло сливочное. Редис с салатом и сметаной. Чай с молоком	Масло сливочное. Омлет. Чай с молоком	Масло сливочное. Творог со сметаной. Чай с молоком	Масло сливочное. Винегрет с растительным маслом. Сыр. Чай с молоком
II ЗАВТРАК							
10—13	Блинчики с рисом и сметаной. Молоко. Яблоко. Отвар шиповника	Винегрет с растительным маслом. Блинчики с сахаром. Кофе с молоком. Отвар шиповника	Картофель отварной с сыром и сметаной. Какао с молоком. Яблоко. Отвар шиповника	Каша рисовая с изюмом. Кофе с молоком. Яблоко. Отвар шиповника	Пудинг манн-ный со сладкой подливой. Какао с молоком. Яблоко. Отвар шиповника	Картофельные оладьи. Кофе с молоком. Отвар шиповника	Каша гречневая с маслом. Молоко. Отвар шиповника
ОБЕД							
17—18	Ши вегетарианские с растительным маслом. Тефтели мясные запеченные с вермишелью. Яблоки печеные	Суп рисовый молочный. Бефстроганов из вываренного мяса с жареным картофелем и зеленым горошком. Компот из сухих фруктов	Борщ вегетарианский с растительным маслом. Мясо тушеное с кукурузой или отварное с салатом. Фрукты или ягоды с сахаром	Суп перловый с картофелем. Судак отварной с картофелем и растительным маслом. Желе фруктовое	Рассольник вегетарианский с растительным маслом. Отварное мясо с макаронами и зеленым горошком. Кисель клюквенный.	Ши зеленые вегетарианские с растительным маслом. Зразы мясные с луком и гречневой кашей. Компот из свежих фруктов	Суп овощной вегетарианский. Судак отварной с овощным гарниром. Фрукты или ягоды с сахаром

21—22	Простокава с печеньем или булочкой	Простокава с печеньем или булочкой	Простокава с печеньем или булочкой	Простокава с печеньем или булочкой	Простокава с печеньем или булочкой
	Хлеб белый, Хлеб черный	Хлеб белый, Хлеб черный	Хлеб белый, Хлеб черный	Хлеб белый, Хлеб черный	Хлеб белый, Хлеб черный

ностью возрастает. Витамин С в рационе препятствует окислению железа и способствует его усвоению. Суточная норма железа для беременной женщины не менее 15 мг. Источником поступления железа и меди являются такие продукты, как печень животных, листовая зелень и др. Кобальт входит в состав витамина В₁₂. Источником кобальта в пищевом рационе являются свекла, горох, клубника, красная смородина. Повышена потребность и в солях йода. Разнообразное питание обеспечивает потребность организма беременных в указанных элементах.

Пряности — перец, горчица, уксусная эссенция и острые блюда в первой половине беременности должны быть резко ограничены, а во второй половине исключены из рациона.

Супы преимущественно вегетарианские (на овощном отваре или молоке), мясо, рыба один раз в день в отварном виде.

Режим питания беременной. Наиболее рационально в первой половине беременности четырехразовое питание с трехчасовыми перерывами, в последние месяцы беременности 5—6 раз в день. Ночной перерыв — 10 часов.

Первый завтрак до работы должен содержать примерно около 30% суточной калорийности. Нельзя начинать работу натощак.

Второй завтрак — через 4 часа в «обеденный перерыв» на работе — не должен быть очень сытным и объемистым (примерно 20% суточной калорийности).

Обед после окончания работы — в 5—6 часов вечера — должен содержать около 40% суточного рациона. Небольшой отдых после обеда.

Ужин — за 1—1½ часа перед сном — должен содержать около 10% суточной калорийности (чай с молоком, стакан молока или простокавы с булкой или печеньем вполне достаточны).

Б. БЕРЕМЕННОСТЬ — ПАТОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ВНЕАМНИАЛЬНАЯ

Вследствие разрыва водной оболочки околоплодные воды сохраняются в пузыре, образованном только хорионом. Околоплодные воды оказывают раздражающее действие на ворсистую оболочку, вызывая воспаление последней и ранний разрыв ее, что чаще заканчивается преждевременными родами. В крайне редких случаях беременность продолжается и плод, таким образом, располагается внеоболочечно (*graviditas extramembranacea*).

При подозрении или отхождении околоплодных вод — немедленная госпитализация в родильный дом.

БЕРЕМЕННОСТЬ ВНЕМАТОЧНАЯ. Прогрессирующая внематочная беременность имеет место чаще в первые недели беременности, прерывание обычно происходит на 6—7-й неделе. Иногда внематочная беременность вначале с некоторыми симптомами прерывания (кровянистые выделения, небольшие боли) в дальнейшем продолжает прогрессировать до 2—3 месяцев; в очень редких случаях может прогрессировать и до более поздних сроков.

Этиология. Воспалительные процессы в придатках матки, инфантилизм, эндокринные расстройства.

Течение. Женщина чувствует себя хорошо, особых жалоб не предъявляет, иногда имеются симптомы, присущие ранней беременности (тошнота, рвота по утрам). Объективно признаки беременности (нагрубание молочных желез, из соска выдавливается капля молозива), эпителий входа во влагалище цианотичный, стенки влагалища разрыхлены. Матка увеличена, но не принимает свойственной нормальной беременности шаровидной формы, остается грушевидной, несколько меньше, чем следовало бы быть по сроку.

У женщин не тучных, с податливой брюшной стенкой, иногда удается пальпировать увеличенные придатки (с одной стороны).

Диагноз очень труден. Следует дифференцировать от опухоли, расположенной справа или слева от матки, вздутой кишки, кистозного яичника, образования воспалительного характера (сактосальпинкс, сальпигоофорит).

При повторных осмотрах удается констатировать, что матка отстает от нормального роста, а опухоль в придатках становится больше, в то время как воспалительная опухоль в покое обычно уменьшается.

Лечение. При подозрении немедленно госпитализация, что предупреждает разрыв трубы вне лечебного учреждения. При установлении диагноза — операция.

Разрыв трубы (острое прерывание внематочной беременности) происходит обычно внезапно среди полного благополучия.

Симптомы. Появляются острые боли в животе, иногда иррадирующие в плечо, прямую кишку. Очень быстро развивается картина острого малокровия и шока, больная обычно лежит спокойно, не мечется, молчит, бледна. Пульс частый, иногда замедленный, в большинстве случаев мягкий. Температура нормальная, в тяжелых случаях может быть и пониженной. Очень важными являются данные измерения артериального давления, так как в большинстве случаев разрыв трубы сопровождается значительным снижением его. В зависимости от степени снижения артериального давления можно говорить о шоке I, II или III степени.

Наблюдается некоторое вздутие брюшной стенки, небольшое напряжение, болезненность при пальпации, положительный симптом Шеткина — Блюмберга.

При перкуссии удается в отлогих местах выявить притупление, но в отличие от притупления при асцитах жидкость здесь смещается не быстро, притупление остается некоторое время даже при изменении положения больной. Необходима срочная госпитализация. Гинекологическое исследование следует производить в стационаре.

При гинекологическом исследовании нередко в связи с напряжением брюшной стенки и болезненностью не удается контурировать матку, особенно если женщина полная. У женщин худых можно иногда определить легкую смещаемость матки, она как бы «плавает».

Часто наблюдается болезненность заднего свода («дугласов крик»). При разрыве трубы редко удается пальпировать придатки. Чаще всего разрыв сопровождается небольшими кровянистыми выделениями, но этот признак не является обязательным. Иногда женщина поступает с разрывом трубы в тяжелом шоке, без кровянистых выделений, до наступления срока очередной менструации.

Больные выявляются дома при вызове врача для оказания скорой помощи. Иногда разрыв трубы может произойти после осмотра в консультации в результате грубо проведенного исследования. В ближайшие 15—30 минут появляются боли и развивается картина острого внутрибрюшного кровотечения.

Диагноз основывается в первую очередь на клинической картине, признаках внутреннего кровотечения.

Дифференцировать надо с неполным абортom (см.), апоплексией яичника, отравлением, разрывом селезенки, перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки. Неполный аборт дает тяжелую картину острого малокровия; женщины обычно раньше обращаются к врачу. В случае неполного аборта при влагалищном исследовании шейка матки раскрыта, кровотечение обильное с большими сгустками, которых при внематочной беременности не бывает. При желудочно-кишечном отравлении отсутствует притупление в отлогих местах брюшной полости. Рвота при внематочной беременности никогда не бывает упорной. Она может быть однократной, но не всегда. Боли при разрыве трубы бывают типичными. Нередко наблюдается так называемый френникус-симптом (боли, отдающие в плечо или в подреберье). Характерны также боли, иррадиирующие в область прямой кишки (тянет «на низ»).

Лечение. Необходима максимально быстрая госпитализация и оперативное вмешательство. Основываясь на клинике внутреннего кровотечения, этим больным не следует производить пункцию, так как она нередко отягощает состояние и может повести к глубокому шоку.

Трубный выкидыш. Инсульт сопровождается болями внизу живота схваткообразного характера. Иногда возникает обморочное состояние, далее может наступить холодный период или период «успокоения», когда резких болей нет, больные чувствуют себя удовлетворительно. В этом периоде чаще всего беременная приходит в консультацию.

Наблюдаются кровянистые выделения без сгустков, иногда темные, скудные. Часто кровянистые выделения идут с небольшим перерывом в течение 2—3 недель. Они могут появиться либо после задержки менструации, либо начинаются в срок ожидаемой менструации и больная считает, что у нее затянулась менструация. В редких случаях наблюдается отхождение из матки децидуальной оболочки в виде пленки или небольших обрывков, смешанных с кровью. При гинекологическом исследовании обнаруживается, что матка слегка увеличена, с одной стороны имеется опухоль придатков.

Диагноз. Чрезвычайно важными являются анамнестические данные. Нередко больная указывает, что у нее была задержка менструации, боли и обморочное состояние. В анамнезе часты воспалительные процессы, бесплодие.

Дифференцировать надлежит: 1) с начинающимся или неполным выкидышем (см.). При внематочной беременности обычно величина

матки не соответствует сроку задержки менструации; матка не растет, как это бывает при нормальной беременности. При неполном выкидыше матка имеет шаровидную форму; наружный зев чаще всего приоткрыт; если в области придатков не пальпируется опухоль, можно думать о маточной беременности; 2) с хроническими воспалительными процессами в придатках. Диагноз трудный и нередко окончательное решение может быть вынесено только после наблюдения в стационаре. В обоих случаях имеются увеличенные придатки и могут быть боли; 3) с перекрутом кисты яичника. Небольшая киста при перекруте ножки дает резкие боли и явления шока (бледность, падение кровяного давления). В этих случаях очень важны данные влагалищного исследования. Киста имеет туго-эластическую консистенцию и ясные контуры. При внематочной беременности контуры расплывчатые. В обоих случаях показана операция; 4) с аппендицитом. При аппендиците боли локализируются в точке Мак Бурнея. При остром аппендиците имеется напряжение брюшной стенки, а при внематочной беременности такого выраженного напряжения брюшной стенки не бывает; живот может быть вздут, слегка напряжен.

Подсобное значение имеет реакция на содержание гонадотропных гормонов (см. Лабораторные методы). Но нужно помнить, что эта реакция при внематочной беременности, особенно при трубном аборте, нередко бывает отрицательной (при очень малом сроке беременности, когда задержка менструаций на 7—8—9 дней, а также при полной отслойке яйца).

В последнее время в неясных случаях для диагностики внематочной беременности применяют эндоскопические исследования. См. также раздел «Функциональные методы исследования».

Беременность брюшная — имплантация и развитие яйца вне матки и маточных труб — в брюшной полости.

Этиология и патогенез. Может быть первичная; значительно чаще вторичная в результате трубного аборта при относительно неповрежденном яйце. Последнее оседает на широкой связке, на серозном покрове кишки и развивается дальше, ирредка даже до конца срока беременности. В подавляющем большинстве случаев беременность не донашивается, плод погибает и, оставаясь в брюшной полости, может подвергнуться мацерации или превратиться в окаменелый плод.

Симптом и течение. Плод может развиваться свободно в брюшной полости между кишечными петлями либо в капсуле, образованной оболочками или брюшинными спайками. В первом случае беременность сопровождается резкими, иногда невыносимыми болями в животе. Однако, если плод находится в капсуле, беременность также протекает тяжело (боли, гибель плода). Кроме того, имеется постоянная угроза сильного кровотечения в случае наружного разрыва плодместилища.

Диагноз. Прощупывание при бимануальном исследовании несколько увеличенной матки и одновременно пальпация плода через брюшную стенку. Подобное явление может иметь место и при беременности в рудиментарном роге. При брюшной беременности плод прощупывается как бы непосредственно под брюшной стенкой. В том и другом случае распознавание крайне трудное. Некоторую помощь в уточнении диагноза при большом сроке беременности оказывает рентгенография плода в сочетании с данными бимануального

исследования. При подозрении на эктопическую беременность пока зана немедленная госпитализация.

Лечение. Во всех случаях брюшной беременности, как только таковая диагностирована, необходимо произвести операцию, не дожидаясь окончания срока беременности.

Заматочная кровяная опухоль — особая форма течения нарушенной внематочной беременности. Кровь скапливается в заматочном пространстве. При влагалищном исследовании находят большую опухоль. Задний свод резко выпячен, может спуститься почти до половины влагалища.

Диагноз основывается прежде всего на анамнестических данных (задержка менструации, неправильного типа кровянистые выделения, временами наблюдались боли) (см. также Трубный выкидыш). Температура чаще нормальная, но может быть повышенной. Диагноз подтверждается при помощи пункции заднего свода. Характерны данные влагалищного исследования. Дифференцировать надо от сарангитита, пельвеоперитонита (высокая температура). Диагностика усложняется при инфицировании заматочной кровяной опухоли.

Лечение оперативное. Лапаротомия. Иногда при инфицировании можно ограничиться кольпотомией.

БЕРЕМЕННОСТЬ ПЕРЕНОШЕННАЯ, продолжающаяся свыше 41—42 недель, при рождении ребенка с соответствующими признаками (см. Переношенный плод) встречается примерно в 8—10% беременностей.

Этиология перенашивания изучена недостаточно. К предположительным и изучаемым причинам относятся: нарушения, особенно в последние недели беременности, гормональной корреляции (снижение уровня эстрогенов, повышение прогестерона и хориального гонадотропина, повышение экскреции нейтральных 17-кетостероидов примерно вдвое по сравнению со средним количеством, характерным для конца нормальной беременности), низкая активность ацетилхолина, замедленный обмен веществ, ожирение (см. Ожирение) и др.

Течение. Часто отмечаются токсикозы беременности. К концу беременности уменьшается количество околоплодных вод. Изменяется их окраска: они становятся грязно-зеленого цвета. В плаценте при перенашивании образуются некротические участки, обширные обызвествления, увеличивается общий вес плаценты, снижается ее «дыхательная» функция. Часто отмечается внутриутробная смерть плода — несостоявшиеся роды (см. «Несостоявшиеся роды») и связанная с этим нередко интоксикация. Последняя бывает особенно выражена при повреждении оболочек плодного яйца.

Переношенная беременность является причиной различных осложнений и при родах (раннее отхождение вод, первичная родовая слабость, затяжной характер течения родов, несоответствие в размерах головки плода и таза матери, отсутствие необходимой конфигурации головки, смерть плода в родах, кровотечение).

Диагноз перенашивания почти всегда труден. Систематическое непрерывное наблюдение (по возможности одним врачом) на протяжении всей беременности с первых недель ее и особенно в период дородового отпуска. Необычное уменьшение окружности живота с момента ожидаемого срока родов, приглушение сердечных тонов у плода, появление преходящей аритмии. Отхождение вод с примесью

мекония. При цитологии влагалищного мазка отсутствие ороговавших клеток. Увеличенное содержание в моче беременной 17-кетостероидов.

Лечение. При подозрении на начало перенашивания немедленная госпитализация в родильный дом для проведения возбуждения родового акта. В отдельных случаях показано родоразрешение путем кесарева сечения.

БЕРЕМЕННОСТЬ ШЕЕЧНАЯ образуется при имплантации и развитии плодного яйца в канале шейки матки.

Этиология: а) отсутствие благоприятных условий для имплантации яйца в полости матки; б) приоткрытый перешеек; в) при имплантации яйца в перешейке или ниже ворсинки очень глубоко прорастают стенку шейки, иногда даже навстречу, проникая в околоматочную клетчатку. Шейка расширяется и становится колбовидной, а наружный маточный зев смещается в сторону, смотря по тому, на какой стенке шейечного канала имплантировалось яйцо.

Диагноз шейечной беременности представляет значительные трудности, требует большого опыта и внимательного исследования.

В отличие от шейечного выкидыша, при котором размеры тела матки соответствуют сроку беременности, при шейечной беременности тело матки определяется в виде небольшого плотного образования, расположенного над раздутой шейкой, представляющей собой полшаровидную опухоль.

При шейечном аборте плодное яйцо, отслоившись, спускается в шейку; оно нигде не спаяно со стенкой канала шейки. При шейечной беременности плодное яйцо очень интимно связано со стенкой шейки в месте имплантации.

Лечение. Единственным методом лечения, спасающим жизнь женщины при шейечной беременности, является своевременное полное удаление матки.

ВЫКИДЫШ УГРОЖАЮЩИЙ. С и м п т о м ы — небольшие схваткообразные боли внизу живота, выделения могут отсутствовать. Увеличенная матка, соответственно сроку беременности (задержка менструации), мягковатой консистенции, шейка матки сохранена, зев закрыт.

Лечение. Постельный и лечебно-охранительный режим, как правило, в стационаре. Постельное содержание, пока не прекратятся клинические проявления, регуляция функции кишечника, воздержание от половой жизни.

Рекомендуется применение средств, устраняющих повышенный тонус мускулатуры матки, а также спазмолитических средств: 3% раствор бромистого натрия по 1 столовой ложке 3 раза в день, кофеин по 0,1 г 2 раза в день, свечи с папаверином по 0,02—0,03 г 2 раза в день, 40% раствор глюкозы 20 мл в вену. Внутримышечно прогестерон до 5—10 мг в течение 10 дней. Витамины А, В, С, D, Е.

Противопоказаны свечи с белладонной, препараты спорыньи, хинин, питуитрин, грелка, пузырь со льдом, так как они усиливают сокращение мускулатуры матки.

ВЫКИДЫШ НАЧИНАЮЩИЙСЯ (abortus incipiens) — кровяные выделения из матки вследствие начавшейся и все увеличивающейся

отслойки плаценты. Плодное яйцо находится в матке. Шейка матки сохранена, но канал несколько раскрыт, тело матки, как и при угрожающем выкидыше, увеличено до размеров срока беременности. Боли тянущего характера внизу живота, в паховых областях, пояснице или схваткообразные боли.

Лечебные мероприятия те же, что и при угрожающем выкидыше и при тех же условиях (в стационаре!).

ВЫКИДЫШ (АБОРТ) В ХОДУ (*abortus progrediens*) — схваткообразные боли внизу живота, значительные кровяные выделения из половых путей.

Диагноз — шейка матки укорочена, цервикальный канал раскрыт и пропускает один палец, которым нередко можно определить части отслоившегося плодного яйца.

Лечение. Срочная госпитализация. Обычно в таких случаях сохранить беременность не удастся. При нарастании кровотечения требуется неотложное вмешательство — удаление из матки элементов плодного яйца (выскабливание).

ВЫКИДЫШ НЕПОЛНЫЙ (ABORTUS INCOMPLETUS) — схваткообразные боли внизу живота, обильное кровотечение, иногда настолько сильное, что приводит к резкому обескровливанию больной (см. «Полип плацентарный»).

Диагноз. Шейка матки укорочена, канал шейки матки проходит для одного, а иногда двух пальцев. Тело матки увеличено соответственно сроку беременности или несколько меньших размеров, мягковатой консистенции или неравномерно сокращено, чувствительно при пальпации. Выделяются наружу части плодного яйца; иногда они оказываются во влагалище или в цервикальном канале.

Лечение. Срочная госпитализация, инструментальное удаление остатков плодного яйца из полости матки (при невозможности срочно транспортировать больную в лечебное учреждение, при значительном кровотечении — пальцевое удаление из матки остатков плодного яйца).

ВЫКИДЫШ НЕСОСТОЯВШИЙСЯ — задержка в матке неразвивающегося плодного яйца (*missed abortion*).

Этиологию и патогенез связывают с нарушениями регуляторных функций коры головного мозга, понижением в организме беременной количества эстрогенных гормонов, понижением возбудимости маточной мускулатуры на почве гипоплазии матки, наличия воспалительных процессов в ней.

Течение. Плодное яйцо погибает в матке и продолжает оставаться в ней, появляются схваткообразные боли внизу живота, из половых путей — кровяные выделения. Вскоре эти явления уменьшаются и затем совершенно прекращаются. Отмечается прекращение роста матки, уменьшение ее в размерах.

Иногда погибшее плодное яйцо, длительно находящееся в матке, разрушается и одновременно пропитывается кровью, образуется так называемый кровяной занос (*mola haematomatosa*). Спустя некоторое время происходит всасывание жидкой части крови, кровяной пигмент — гемоглобин выщелачивается и обесцвечивается, цвет сгустка становится желтовато-красным, напоминающим мясо, — мясистый занос (*mola carnosus*). В редких случаях происходит

отложение в заносе известковых солей, и он становится каменистым (литопедион).

Диагноз необходимо ставить с осторожностью, обычно после некоторого наблюдения над беременной, если с момента установленного прекращения развития плодного яйца прошло не менее 4 недель.

Признаками задержки в матке прекратившего свое развитие яйца могут быть: исчезновение субъективных признаков беременности, появление молозива в большом количестве, отставание роста матки в сравнении со сроком задержки менструации, отсутствие или очень слабо выраженная синюшность эпителия влагалища. Более убедительными методами диагностики являются дополнительные исследования — биологическая реакция на беременность (см.), резкое снижение экскреции эстриола в моче.

Лечение несостоявшегося выкидыша, по мнению одних авторов, консервативное — выжидательная терапия, оперативное вмешательство только при появлении кровотечения или явлениях интоксикации. По мнению других, всегда необходимо активное вмешательство. Больные с установленным диагнозом несостоявшегося выкидыша должны быть направлены в стационар.

Активное лечение обычно начинают с применения средств, вызывающих сократительную деятельность мускулатуры матки, с предварительным созданием гормонального фона (20 000—30 000 единиц эстрогенных препаратов). После изгнания плодного яйца сроком до 16 недель беременности производится инструментальное обследование полости матки.

ВЫКИДЫШ ПОЛНЫЙ в большинстве случаев происходит при относительно более поздних сроках беременности. Однако нередко в матке остаются кусочки отпадающей оболочки и ворсинки хориона, которые в дальнейшем могут явиться причиной различных осложнений (инфекция, кровотечения).

Диагноз. Определяется хорошо сократившаяся и уменьшенная в размерах матка, цервикальный канал закрыт, кровяные выделения незначительные.

Лечение — проверочное выскабливание стенок полости матки.

ВЫКИДЫШ ИНФИЦИРОВАННЫЙ (ЛИХОРАДЯЩИЙ). По степени распространения инфекционного процесса различают три формы инфицированного выкидыша: 1) если инфекция находится в пределах матки (условно) — неосложненный инфицированный выкидыш; 2) процесс вышел за пределы матки, но локализовался в придатках, брюшине или клетчатке — осложненный инфицированный выкидыш; 3) генерализация процесса (поражается околоматочная клетчатка, брюшина, вены таза, вены бедра) — септический выкидыш; в дальнейшем септицемия и септикопиемия.

Лечение. Если в отношении осложненного и септического выкидыша методы лечения строго консервативные, то при неосложненном инфицированном выкидыше ряд авторов рекомендует активный хирургический метод. Однако большинство клиницистов придерживается консервативно-выжидательного метода лечения, так как выскабливание, произведенное даже при неосложненном инфицированном выкидыше, может нарушить защитный вал, состоящий из лейкоцитов и фибрина. При этом возможно быстрое распространение инфекции за пределы матки.

В первые дни заболевания антибиотики и сульфаниламидные препараты, а также общеукрепляющие и болеутоляющие средства. Введение в организм большого количества жидкости — физиологического раствора, 5% раствора глюкозы подкожно или капельно внутривенно и обильное питье. Переливание донорской крови в дробных дозах по 100—150 мл и аутогемотерапия. Правильный уход, высококалорийное питание и поливитамины. Для повышения тонуса мускулатуры матки назначают хинин, питуитрин, препараты спорыньи, холод на низ живота. Если при неосложненном инфицированном выкидыше в течение 5—7 дней установится нормальная температура и нормализуется кровь, то следует приступить к выскабливанию и удалить из полости матки остатки плодного яйца.

Только обильное кровотечение, угрожающее жизни женщины, может явиться показанием к немедленному оперативному вмешательству. Однако надо отметить, что в таких случаях активная терапия может привести к тяжелым осложнениям (перфорация матки в результате изменения стенок ее) и иногда даже к смертельному исходу.

При консервативно-выжидательном методе лечения значительно снизилась летальность, число септических инфекций и воспалительных заболеваний внутренних половых органов.

ВЫКИДЫШ ПРИВЫЧНЫЙ, если минимум две предыдущие беременности закончились самопроизвольным выкидышем.

Этиология. Нарушения во взаимоотношении между развивающимся плодом и материнским организмом при патологии в растущем яйце либо в материнском организме. Среди заболеваний материнского организма, обуславливающих привычный выкидыш, чаще встречаются: гипоплазия матки или инфантилизм, воспалительные заболевания внутренних половых органов, особенно часто после абортов, эндокринные расстройства, пороки развития половых органов, хронические инфекции (туберкулез, бруцеллез, токсоплазмоз, листериоз и др.), интоксикации, хронические болезни внутренних органов и систем, гиповитаминозы, психические заболевания, травмы. В последнее время привычные выкидыши связывают с функциональной или органической недостаточностью шейки матки и в частности перешейка (см. Истмоцервикальная недостаточность).

Диагноз. В каждом случае необходимо подробное обследование больной вне беременности — анамнез, функциональная диагностика (см.), обследование состояния нервной системы, внутренних органов и эндокринной системы и состояния шеечно-перешеечного отдела (см. Истмиоцервикальная недостаточность). Для привычного выкидыша, обусловленного истмиоцервикальной недостаточностью, характерно прерывание беременности в поздние сроки. Чаще в начале отходят воды и затем почти безболезненно рождается плод.

Течение. Небольшие боли внизу живота, иногда незначительное напряжение матки. При вагинальном исследовании цервикальный канал свободно проходим для 1—2 пальцев, плодный пузырь вклинивается.

Привычный выкидыш в ранние сроки беременности (до 11—12 недель) чаще всего связан с эндокринной недостаточностью (недостаточная функция желтого тела или трофобласта).

Профилактика. С момента рождения — предупреждение инфекций, закаливание организма. С периода полового созревания девочки — предупреждение инфекционных заболеваний, хронических

Комплексная гормональная терапия при угрожающем, начинающемся и привычном выкидыше
(по И. С. Розовскому)

№ схемы	Показания	Сроки беременности в неделях	Эстрогены ежедневно в мг	Прогестерон ежедневно в мг	Хориогонин в МЕ
Первая (можно в амбул. условиях)	Явления угрожающего выкидыша; привычный выкидыш и генитальный инфантилизм; привычные выкидыши на очень ранних сроках;	До 8 нед.	0,5	5	500—2 раза в неделю
		9—12 »	2	10	500—3 раза в неделю
		13—16 »	5	а) 15 или б) 5+1 раз в неделю 17 оксипрогестерон-капронат 1 мл	500—2 раза в неделю
		17—18 »	1	5	500—2 раза в неделю
Вторая (в стационаре)	Нарастание явлений угрожающего выкидыша, несмотря на применение в течение 7—10 дней схемы № 1;	До 8 нед.	1	10	500—3 раза в неделю
		9—12 »	3	см. схему № 1 в сроки 13—16	1500—3 раза в неделю

Вторая (в стационаре)	13—16	7	а) 20; или б) 10+1 раз в неделю 17 оксипрогестерон-капронат 1 мл	500—3 раза в неделю
<p>начинающийся выкидыш; увеличение кардиокниточного индекса до 40% и больше; снижение прегнандиола ниже 5 мг, низкий гонадотропин в сроки 8—12 недель беременности; низкий эстриол в сроки 12 недель и позже.</p>				

интоксикаций организма, рациональное питание, богатое витаминами, физкультура, благоприятные бытовые условия. Предупреждение раннего брака. В детородном возрасте с вступлением в брак своевременное выявление возможной гипоплазии половых органов, воспалительных процессов, общих заболеваний и немедленное лечение. Обратившуюся больную впервые после имевшего место выкидыша необходимо взять на специальный учет в женской консультации; проводить обследование и патогенетическое лечение вне беременности.

Лечение (в стационаре) первые 2—3 дня после выкидыша — холод на низ живота, последующие 5 дней, после определения чувствительности к антибиотикам содержимого цервикального канала — профилактически пенициллин по 200 000 ЕД внутримышечно 4 раза в сутки, стрептомицин 500 000 ЕД 2 раза в сутки или сульфаниламидные препараты (стрептоцид, сульфадимезин) по 0,5—1 г 3 раза в день. В последующие 5—6 месяцев применять контрацептивы (см.).

Через 2—3 месяца показано клиническое и функциональное обследование больной.

При гипоплазии или инфантилизме половых органов без нарушения менструального цикла рекомендуется общеукрепляющая терапия: алоэ по 2 мл внутримышечно через день (30 инъекций), препараты мышьяка и железа, общее ультрафиолетовое облучение через 1—2 дня 10 сеансов, лечебная физкультура (см.) ежедневно, полноценное и своевременное питание; повторные тепловые процедуры (парафино-озокеритовые аппликации) (см.).

При гипоплазии с нарушением менструального цикла или с нормальным менструальным циклом, но выявленной недостаточности первой и второй фаз цикла к указанному выше прибавляется гормонотерапия. При 28-дневном цикле — фолликулин по 5000 м. е. ежедневно в течение 8 дней, а начиная с 12—14-го дня менструального цикла эстрадиол-дипропионат (1 мл 0,1% раствора), прогестерон (1,0 мл 0,5% раствора) внутримышечно (соответственно сроку овуляции) через день 3 раза; за 9—8 дней до пред-

полагаемого срока следующей менструации ежедневно прогестерон по 5 мг (1 мл 0,5% раствора) в течение всех 6 дней.

При 21-дневном цикле соответственно укорачиваются дни введения фолликулина, его вводят 2—3 дня, а затем фолликулин с прогестероном. Прогестерон применяют в такие же дни, как указано выше. Циклы гормонотерапии повторяют 2—3 раза. Если после прекращения гормонотерапии менструальный цикл не восстанавливается, гормонотерапию следует повторить через 1—2 месяца еще несколько раз. Гормонотерапию проводят под контролем тестов функциональной диагностики (см.).

С наступлением беременности у женщин, имевших ранее самопроизвольный выкидыш, показано половое воздержание, постельный режим в дни, соответствующие дням менструации, лечение сопутствующих заболеваний, регулярное полноценное питание, режим с правильным чередованием работы и отдыха, комплексная гормональная терапия, представленная в табл. 8.

Комплексная гормональная терапия сочетается с применением нейротропных средств (пустырник, бром с кофеином) При повышенной возбудимости, эмоциональной неустойчивости (часто в сроки, когда у больной прерывались предыдущие беременности) применяют транквилизаторы (триоксазин или андаксин 2 таблетки в день в течение 7—10 дней).

Комплексную гормональную терапию сочетают с введением поливитаминов и витамина Е (по 200 у 2—3 раза в неделю).

Лечение прекращают при полной нормализации клинической картины, но не ранее чем через 3—4 недели после окончания критических сроков (т. е. сроков, когда прерывались предыдущие беременности).

При лечении по схеме № 2 после улучшения следует перейти к лечению по первой схеме, продолжая ее до 18 недель беременности.

Лечение гормонами следует прекращать постепенно, снижая дозировки. При угрожающем привычном выкидыше после 18 недель беременности необходимо исключить истмикоцервикальную недостаточность. При наличии эндокринной недостаточности (низкая экскреция эстриола, прегнандиола) показана госпитализация и гормонотерапия (см. табл. 8. Дозы такие же, как при беременности в сроки 13—16 недель). Кроме того, проводят ингаляции кислорода, назначают свечи с папаверином.

ВЫКИДЫШ ШЕЕЧНЫЙ. Отслоившееся плодное яйцо из полости матки спустилось в канал шейки матки и задерживается у наружного зева. Шейка матки «раздута», баллонообразной формы, наружный зев закрыт, матка несколько увеличена в размерах или может быть даже нормальной величины, консистенция ее плотная. Необходимо дифференцировать с шеечной беременностью (см. также Шеечная беременность).

Лечение. Обычно достаточно расширения наружного зева, и плодное яйцо рождается, после чего производят выскабливание слизистой оболочки тела матки.

ГИДРОРЕЯ. Обильное выделение из матки катарального секрета вследствие изменений воспалительного характера в эндометрии,

а затем и в децидуальной оболочке. При *endometritis decidualis corrogis* секрет большей частью в виде водянистой жидкости, редко гнойного характера, с момента «слипания» децидуальной и ворсинчатой оболочек накапливается между ними, расслаивает их и пробивает себе ход к шейке матки, изливаясь наружу. Затем оболочки снова тесно прилегают друг к другу, и спустя некоторое время картина повторяется; так периодически изливается жидкий секрет. Беременные нередко принимают гидрорею за истечение околоплодных вод, тем более, что возможно и раннее отхождение вод без того, чтобы сразу прервалась беременность. В последнем случае имеют место спонтанный разрыв оболочек (хориона и амниона) и постепенное истечение вод.

Диагноз. Дифференциальный диагноз проводится путем микроскопического исследования содержимого влагалища (см.). *Hydrotheca amnialis* большей частью ведет к преждевременному прерыванию беременности, но в некоторых случаях беременность может сохраниться до конца. При этом иногда оболочки скатываются у корня пуповины; из свисающих «лоскутов» могут образоваться симонартовы тяжи.

Лечение. Госпитализация независимо от характера гидрорен.

ЗАНОС ПУЗЫРНЫЙ — заболевание элементов хориона плодного яйца. По ходу ворсинки возникают пузырькообразные расширения величиной от маленькой горошины до вишни, наполненные светлой жидкостью. Пузырьки соединяются между собой тонкими стебельками, отходящими от поверхности пузырьков. Пузырный занос может возникнуть в самой ранней стадии беременности из первичных ворсинок. Иногда перерождение наступает, когда уже образовалась плацента; может подвергнуться перерождению вся плацента либо часть ее — так называемый частичный пузырьный занос. При последнем не исключается возможность сохранения жизни плода. Обычно же при пузырьном заносе плод погибает в ранние сроки беременности. Сравнительно нередко при пузырьном заносе вследствие гиперпродукции хорионического гонадотропина образуются яичниковые опухоли кистозного характера — лютеиновые кисты, в большинстве случаев с обеих сторон. Яичники в подобных случаях оказываются увеличенными до размеров головки новорожденного и больше.

По ликвидации пузырьного заноса такие кисты обычно самостоятельно рассасываются в течение нескольких недель. Причины пузырьного заноса до сих пор не изучены.

Диагноз. Иногда представляет значительные трудности. Появление кровянистых выделений из матки вначале мало чем отличается от таковых при начинающемся выкидыше. Систематическим наблюдением удается установить относительно быстрый рост матки, размеры, значительно превышающие таковые по сроку беременности. Матка дряблая, тестоватой консистенции, на раздражения реагирует сокращением отдельных участков либо совсем не сокращается. С увеличением срока беременности появляются признаки интоксикации — тошнота, отеки, альбуминурия. Чаше встречаются тяжелые формы токсикозов беременности, отсутствует сердцебиение плода. Биологические реакции на беременность дают резко положительный ответ и при разведенной моче, что указывает на выделение значительных количеств хориального гонадотропина — признак, очень характерный для пузырьного заноса. Оконча-

тельный диагноз устанавливается, когда в выделениях из матки обнаруживается хотя бы единственный пузырек, поэтому необходимо просить женщину, чтобы она собирала выделения и внимательно их осматривала.

Лечение. Беременные с подозрением на пузырный занос должны быть госпитализированы. В стационаре после установления окончательного диагноза акушерская помощь зависит от характера течения. По возможности стараются, чтобы занос родился самопроизвольно, а затем производят выскабливание стенок полости матки. Последнее очень важно, так как из оставшихся элементов пузырного заноса в дальнейшем может развиваться злокачественное образование — хорионэпителиома.

Эти больные после выписки из стационара нуждаются в особом наблюдении над ними в женской консультации не менее 1—1½ лет с повторными гинекологическими осмотрами каждый месяц и периодическим исследованием у них мочи на содержание в ней хориальных гонадотропинов (важно не пропустить возможного развития хорионэпителиомы) (см. Хорионэпителиома). При положительной реакции ее следует повторять ежемесячно (а иногда один раз в 2 недели), при отрицательной — вначале один раз в 2 месяца, затем один раз в 3 месяца при исключении новой беременности.

Если после выписки из стационара у больной продолжают или появились кровянистые выделения из матки, отмечается увеличение размеров матки, необходимо немедленно подвергнуть больную тщательному обследованию в стационаре независимо от результатов исследования мочи на содержание в ней хориальных гонадотропинов.

МАЛОВОДИЕ — меньше, чем в норме, количество околоплодных вод (в норме 1—1,25 л).

Этиология. Недостаточное развитие или резко пониженная секреция эпителия амниона. Нередко наблюдается у одного из плодов при однойяцевой двойне, в то время как у другого может быть нормальное количество вод или даже многоводие.

Может препятствовать нормальному росту и развитию плода, нередко приводя к искривлению позвоночника, кослапости и другим уродствам, к внутриутробной ампутации конечностей вследствие образующихся из-за плотного прилегания амниона к поверхности тела плода так называемых симонартовых тяжей. Иногда препятствует дальнейшему развитию беременности, происходят выкидыш, преждевременные роды.

Движения плода в матке ограничены и причиняют значительную болезненность, что требует предоставления беременной соответствующих условий (относительный покой, облегченная работа, периодическая госпитализация).

Диагноз. Дифференцировать маловодие надо от недостатка околоплодных вод при их «хроническом» вытекании вследствие спонтанного разрыва оболочек (амниона и хориона) (см. Гидрорея).

Лечение — периодическая госпитализация при резкой болезненности.

МНОГОВОДИЕ — чрезмерно большое количество околоплодных вод (свыше 1,5—2 л).

Этиология: гиперсекреция эпителия амниона, избыточное поступление вод в полость амниона либо с пониженным, замедленным всасыванием вод, либо одновременно с тем и другим. Известную роль в происхождении многоводия придают гиповитаминозу В, инфекции.

Многоводие может быть острым — быстрое образование (до 3 л и более) и хроническим — постепенное нарастание количества околоплодных вод.

Течение. При остром многоводии появляется одышка из-за резкого и быстрого смещения диафрагмы, наступают явления сердечной недостаточности. При хроническом многоводии эти явления выражены значительно слабее либо вовсе отсутствуют вследствие адаптации организма беременной.

Многоводие обычно отмечается во второй половине беременности, чаще между 31 и 33-й неделями, реже встречается несколько ранее. Чаще наблюдается с многоплодием, особенно однойцевым, уродствами плода, диабетом, резус-несовместимостью, нелеченым сифилисом и др.

Диагноз. Значительно большая окружность живота, флюктуация при приеме «шелчка». Дифференцировать надо с большой кистой, при наличии асцита — по форме «живота лягушки», с многоплодием (рентгенография). Многоводие часто ведет к созданию поперечного и косоного положения плода, к наступлению преждевременных родов, а при родах — к родовой слабости, выпадению пуповины, преждевременной отслойке плаценты, внутриутробной смерти плода, кровотечению в послеродовом периоде, субинволюции матки.

Лечение. При остром многоводии — прерывание беременности. Последнее показано и при хроническом многоводии, если оно оказывается весьма значительным и вызывает какие-либо осложнения в состоянии беременной. Беременную необходимо возможно раньше госпитализировать. В случае показаний обычно консервативное прерывание беременности (прокол околоплодного пузыря с очень медленным выпуском вод) и возбуждение родовой деятельности. Иногда положительные результаты при хроническом многоводии можно получить при применении гипотиазид (см.) и пенициллина (по 100 000 ЕД через 4 часа внутримышечно), витаминов комплекса В.

РОДЫ НЕСОСТОЯВШИЕСЯ — задержание в матке до конца беременности, иногда дольше этого срока, плода, умершего в поздние сроки беременности.

Причины и сущность патологии в основном те же, что и несостоявшегося выкидыша (см.).

Диагноз устанавливается на основании подробного и тщательного повторного обследования беременной на протяжении 4—5 недель с момента первого установления прекращения развития плода (исчезновение сердечбиения, шевеления плода, крепитация костей черепа, а позднее — размягчение костей черепа, уменьшение размеров матки, уплотненная консистенция ее и др.). На рентгеновском снимке, если он сделан в первые дни после гибели плода, можно выявить признаки его смерти (см. также Рентгенодиагностика внутриутробной смерти плода).

Дополнительным методом исследования может быть определение количественного содержания стероидных гормонов в моче и в первую

очередь эстриола, экскреция которого во много раз ниже, чем при нормально развивающейся беременности.

Лечение. В настоящее время при установленном диагнозе несостоявшиеся роды проводят методом активной терапии в условиях стационара: создание гормонального (фолликулинового) фона с последующим возбуждением родовой деятельности одним из существующих методов.

ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННОСТИ (ГЕСТОЗЫ) — ЗАБОЛЕВАНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ. Этиология и патогенез. Предрасполагающими моментами являются различные нарушения в общем состоянии женщины еще до беременности, нарушение адаптационных способностей организма, недостаточная приспособляемость к изменениям, вызываемым беременностью. Большую роль играет функциональное состояние нервной системы, истощение центральной нервной системы (переутомление, перенесенные ранее тяжелые заболевания, нервно-психические потрясения), бывшие до беременности нарушения в обмене веществ, в корреляции эндокринных желез, нарушение рефлекторных реакций организма на раздражения нервных рецепторов матки, на импульсы, исходящие от развивающегося плода.

Нарушение в нервной регуляции сосудистой системы приводит к гипоксии тканей и органов, повышению проницаемости стенок капилляров для жидкой части крови, хлоридов, частично и для сывороточных белков.

Токсикозы беременности условно делят на токсикозы первой половины беременности — ранние токсикозы и второй половины — поздние токсикозы, где превалирует гипертензивный синдром.

Патогенетической основой расстройств при гипертензивном синдроме является нарушение нервной регуляции трофики тканей организма, изменения в капиллярном кровообращении и сосудисто-тканевой проницаемости в результате нарушения функции центральных регуляторных механизмов.

Различают: 1) функциональную стадию синдрома: а) с нестойкими клиническими явлениями, б) со стойкими клиническими явлениями и 2) дистрофическую,

А. Ранние токсикозы

ДЕРМАТОЗЫ. Наблюдаются в начале и в конце беременности и нередко повторяются при каждой следующей беременности в виде: 1) сыпей эритематозного характера, похожих на крапивницу, большей частью скоропреходящих, но иногда упорно держащихся до родов и обычно исчезающих после родов; 2) зуда вульвы, иногда распространяется на все тело, нередко сочетается с расстройствами функции печени; 3) экземы, которая захватывает иногда весьма большие участки кожи; 4) herpes, может проявиться в любом сроке беременности и на разных участках, иногда появляется в послеродовом периоде; 5) impetigo herpetiformis — наиболее опасный вид дерматоза — внезапная лихорадка и появление вначале в бедренном треугольнике отечно-эритематозных дисков, усеянных мелкими пустилами, а позднее новых очагов в подмышках, вокруг пупка;estre-

чается почти только у беременных и, если своевременно не прибегнуть к прерыванию беременности, может привести к смерти.

Лечение при *hepæs* и зуде комбинированное—железо и кальций (*Calcii carbonici* 10,0, *Calcii phosphorici* 5,0, *Ferri lactici* 2,0 3—4 раза в день на кончике ножа), подкожные вливания (200—300 мл) физиологического раствора, пипольфен 2—4 драже в сутки.

Профилактика—рациональное питание (бедная жирами пища, малое количество соли, исключение из диеты острых и пряных блюд и т. п.), ежедневное опорожнение кишечника.

ЖЕЛТАЯ ДИСТРОФИЯ ПЕЧЕНИ (острая) иногда развивается совершенно неожиданно, как бы из обычной катаральной желтухи.

Течение. Внезапно желтушность становится резкой, общее состояние ухудшается, появляется рвота, мозговые явления в форме маниакального возбуждения и подергиваний отдельных мышц, печень уменьшается в размерах, в моче появляются лецитин, тирозин и через несколько дней может наступить смерть.

Лечение. С ранних сроков беременности необходимо обращать внимание на всякую желтуху, если она долго держится. Далеко зашедшая чрезмерная («неукротимая») тяжелая рвота беременной может вести к желтой дистрофии печени; необходимо своевременно прервать беременность. При уже развившейся дистрофии печени прерывание беременности иногда не спасает больную.

РВОТА— наиболее частая (почти у 50%) форма проявления раннего токсикоза; связана с нарушением кортико-висцеральной регуляции—повышена возбудимость подкорки, понижена активность коры, в последней ослаблены тормозные процессы. В основе лежат нарушения рефлекторных реакций на раздражение нервных рецепторов матки растущим плодным яйцом.

Интенсивность токсикоза связана с реактивностью организма, зависит от степени его сенсibilизации, что может быть обусловлено различными расстройствами—хроническими инфекциями и интоксикациями, эндокринными, нервно-психическими расстройствами и различного характера заболеваниями (туберкулез, малярия, глистная инвазия и др.).

Лечение. У большинства (85—90%) незначительная рвота не нарушает особенно общего состояния (может быть сохрнен аппетит, небольшая слабость, небольшая потеря в весе, запоры). Такая форма токсикоза большей частью не требует особого лечения; необходимо выявление и лечение патологического очага, вызвавшего сенсibilизацию организма.

Рвота, требующая лечения, бывает трех степеней—легкая, средней тяжести и тяжелая, или чрезмерная. Необходимо раннее выявление, чтобы предупредить возможный перерасход легкой степени в более тяжелую.

Течение. Значительное и быстрое падение веса, появление в моче ацетона, резкая общая слабость, сухость кожи, частый пульс—100 и более ударов в минуту, температура 37,3—37,5°, в отдельных случаях желтушная окраска кожи, часто гипотония, повышение кожных и сухожильных рефлексов, в тяжелых случаях адинамия.

Лечение комплексное, как правило, в стационарных условиях (постельный режим) с обеспечением лечебно-охранительного режима

1. Лечение выявленных сопутствующих заболеваний или осложнений; хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта — язвенной болезни, гастрита, колита, аппендицита, холецистита, гепатита, заболеваний органов мочевой системы — цистита, пиелита, почечнокаменной болезни, сердечно-сосудистой системы, легких, эндокринной системы, нервно-психических, интоксикаций — глистной инвазии, тонзиллита, кариеса зубов, отита, гайморита и др., малярии и других заболеваний.

2. Борьба с голоданием и обезвоживанием, питание по желанию больной, лежа в постели, мелкими порциями. При рвоте беременных пищу следует хорошо проварить и готовить преимущественно в протертом виде. Со рвотой организм теряет много солей, витаминов и воды. Потери солей, в первую очередь поваренной соли надо восполнять путем употребления в пищу небольшими порциями селедки в виде паштета и достаточного присаливания пищи. Потерю витаминов и повышенную потребность в них следует восполнять путем назначения отвара из плодов шиповника, дрожжевого напитка, назначения витаминных препаратов, поливитаминных драже, аскорбиновой кислоты (по 100—200 мг 3 раза в день), витамина В₁ (по 20 мг в день) и особенно пиридоксина (до 50—70 мг 3 раза в день). Принимать пищу следует частыми малыми порциями, обычно в теплом виде, не обременяя желудок. Первый прием пищи необходимо производить до вставания, лежа в постели; плотную и жидкую пищу лучше принимать раздельно; если больная не может питаться обычным путем, питательные вещества (молоко, глюкоза, бульон и др.) надо вводить с помощью дуоденального зонда или с помощью капельной клизмы.

Таким же путем можно вводить физиологический раствор с 5% глюкозой 1—1,5 л; инъекции инсулина под кожу за 15—20 минут до еды или до введения внутривенно 50 мл 40% раствора глюкозы с 200 мг аскорбиновой кислоты ежедневно до прекращения рвоты; это повышает окислительные процессы.

3. Аминазип внутримышечно (1 мл 2,5% раствора) или в таблетках по 25 мг один раз в день.

4. Для урегулирования нарушенных взаимоотношений коры — подкорки — бром-кофеин (по Н. В. Кобзевой) — 10 мл 10% раствора брома внутривенно и 1 мл 10% раствора кофеина подкожно 1—2 раза в день в течение 12—15 дней. Если введение 10 мл не влечет за собой изменений артериального давления или оно весьма незначительное, увеличивают дозу брома до 15—20 мл. Если, наоборот, артериальное давление повысилось и не возвращается к исходной величине в течение 45 минут после начала его изменения, следует для последующего введения дозу брома уменьшить до 5 мл.

5. Удлиненный сон с помощью амитал-натрия (0,1—0,2 г), ноксирона (0,2 г).

6. Комплекс витаминов А, В₁, В₆, С и D.

7. Диатермия солнечного сплетения (один электрод на область солнечного сплетения, другой — параллельно на область спины, сила тока 0,3—0,4 А, продолжительность 30 минут, ежедневно, всего 10—12 сеансов).

8. Кислородная терапия, одновременно и в целях профилактики дистрофических явлений у внутриутробного плода.

9. Общее ультрафиолетовое облучение 10—12 сеансов (см. Лечение физическими методами).

В случае неуспеха от применяемого лечения и значительного нарастания токсикоза его не следует затягивать. Во избежание наступления необратимых изменений в органах (почки, печень) необходимо прервать беременность. Угрожающие признаки: ацетон в моче, адинамия, появление иктеричности. Однако и при благоприятных результатах лечения необходимо тщательное наблюдение за больной после выписки из стационара, так как рвота может возобновиться.

СИМФИЗИОПАТИЯ и САКРОИЛЕОПАТИЯ—чрезмерная подвижность и расслабление сочленений таза как проявление токсикоза беременности; сопровождается болями в области лонного, иногда крестцово-подвздошного сочленения, без заметных или весьма незначительных рентгенологических изменений. Во время беременности имеется увеличение ширины суставной лонной щели, в меньшей степени в крестцово-подвздошном сочленении; связано с изменениями в обмене, изменениями функции эндокринных желез во время беременности, ведущими к разрыхлению тканей сочленения, растяжению связок—остеопорозу лонных костей. Расширение в пределах до 5—6 мм протекает без клинических симптомов и относится к физиологическим изменениям во время беременности. Имеет место преимущественно у молодых первобеременных и начинается в ранние (2—3 месяца) сроки беременности, нарастает с увеличением срока беременности примерно до 28—30 недель. После этого срока подвижность тазовых сочленений обычно стабилизуется. В отдельных случаях прогрессирует расхождение лонных костей и в более поздние сроки.

У пожилых первобеременных указанные изменения наблюдаются значительно реже. После родов происходит сближение лонных костей, щель суживается, но у большого числа остается смещение лонных костей по вертикали, что иногда позволяет установить, были ли в прошлом беременность большого срока или роды.

Лечение. Облучение ультрафиолетовыми лучами в субэритемных дозах (труссы) (см.), витамин D (кальциферол), рыбий жир.

СЛЮНОТЕЧЕНИЕ—одно из проявлений раннего токсикоза беременных. Полагают, что генез центральный. Ослабление тормозных процессов в коре и нижележащих отделах мозга.

Симптомы. Почти непрерывное выделение слюны, часто вызывающее раздражение и даже мацерацию кожи подбородка. В тяжелых случаях количество выделений за сутки слюны может достигать 1—1,5 л, приводя к обезвоживанию организма беременной.

Лечение в стационаре. Основное—не допускать длительного слюнотечения и предупреждать обезвоживание организма путем введения под кожу физиологического раствора, правильного режима питания (см. стр. 43, 66). Внутривенное введение 10% раствора брома по 10—15 мл ежедневно в течение 10—15 дней (не менее), 1 мл 10% раствора кофеина (Sol. Coffeini natrii benzoici) 2 раза в день подкожно в течение того же срока. Подкожно небольшие дозы атропина 0,5—1 мл 0,1% раствора. Витамины комплекса В, витамин С. Наряду с этим полоскание полости рта 1% раствором ментола, раствором шалфея, смазывание детским кремом или пастой Лассара кожи подбородка.

Б. Поздние токсикозы

ВОДЯНКА БЕРЕМЕННЫХ. Симптомы: отеки, отрицательный диурез и быстрое нарастание веса беременных. Возникают вследствие задержки клетками соединительной ткани воды и солей, в результате чего появляются относительно стойкие отеки. Отеки могут быть различной степени, начиная от небольшой отечности нижних конечностей и кончая отеками, распространяющимися на лицо, спину, живот, наружные половые органы, верхние конечности. Чаще отеки развиваются постепенно. Однако наблюдаются случаи, когда в течение очень короткого времени отеки достигают весьма больших размеров. Быстрое увеличение веса беременной (свыше 300—400 г в неделю) при отсутствии значительных видимых отеков указывает на скрытые отеки.

Таблица 9

Прибавка веса тела женщины при нормальном течении беременности и «водянке беременных» по триместрам (по И. П. Иванову)

	I триместр	II триместр	III триместр	Средняя общая прибавка за всю беременность
Нормальное течение беременности	300—350 г в неделю	400—500 г в неделю	300—350 г в неделю	При первой беременности — 10,8 кг, при повторной — 9,5—10 кг
Водянка беременных	Примерно то же	465—800 г и более в неделю	485 г и более в неделю	При скрытых отеках 13 кг и более, при явных — 15 кг и более

Общее состояние при водянке беременных обычно мало нарушается и только при больших отеках они жалуются на чувство тяжести, одышку, усталость. При резко выраженных отеках наблюдается олигурия, которая нередко чередуется с полиурией. В моче патологических элементов не отмечается. Артериальное давление остается в пределах нормы. При исследовании глазного дна иногда можно отметить расширение капилляров.

Диагноз — обычно не представляет трудностей. Часто оказывается необходимым отличить водянку беременных от водянки при заболевании печени и сердца (табл. 10).

Лечение. При легкой форме водянки беременная освобождается от работы, назначается покой, легкая молочно-растительная пища, ограничивается потребление жидкости до 1 л в сутки и соли. При выраженных формах отеков требуется обязательная госпитализация беременной. Правильный больничный режим имеет большое значение для восстановления и поддержания нормаль-

ных функций важнейших органов и систем. В течение первых 2 дней должна быть «полуголодная диета»; ежедневно дается внутрь только 500 мл фруктового сока и, кроме того, внутривенно вводится по одному разу в день 50 мл 40% раствора глюкозы. В течение последующих 4 дней повышается количество потребляемой жидкости, но общее количество последней (фруктовый сок, суп, чай и т. п.) не должно превышать 1 л. В течение этих дней больная продолжает оставаться на бессолевой диете. Соль не должна содержаться и в хлебе («пресный хлеб»). В дальнейшем, до полного исчезновения отеков, рекомендуется через каждые 4—5 дней назначать разгрузочную диету, которая заключается в приеме или одних фруктов (яблоки, виноград и др.) в количестве 1 кг, или подслащенного свежеприготовленного творога в количестве 0,5 кг. Пища должна содержать не более 1500 калорий. По мере уменьшения отеков количество калорий следует постепенно повышать, но с тем, чтобы даже после стойкого исчезновения или уменьшения отеков общее количество калорий не превышало 2500. Регулировать действие кишечника лучше всего ежедневным назначением внутрь сернистой магнезии (по одной столовой ложке 25% раствора один раз в сутки).

Палата, в которой находится больная, должна хорошо проветриваться. При бессоннице следует назначать снотворные средства: ноксирон по 0,2 г, амитал-натрий по 0,1—0,2 г на ночь. Медикаментозное лечение, основные принципы см. табл. 14.

Выписка из стационара допускается только после стойкого исчезновения или уменьшения отеков. После выписки этим беременным требуется особое наблюдение женской консультации и обязательно хорошо налаженный патронаж. Если беременная поступила в родильный дом с сильными отеками за 2—3 недели до родов, то ее не выписывают из стационара до родов, если даже отеки исчезли полностью или частично.

НЕФРОПАТИЯ БЕРЕМЕННЫХ обычно появляется в поздние сроки беременности и чем ближе к сроку родов, тем чаще; наблюдается чаще у первобеременных и при многоплодии. Перенесенный ранее острый гломерулонефрит или вяло протекающий нефрит предрасполагают к возникновению нефропатии.

Симптомы. Появление отеков, альбуминурии, гипертонии. Отеки могут варьировать от незначительной пастозности до выраженных обширных отеков всего тела. Скрытые отеки имеют место при нефропатии, как и при водянке беременных.

Альбуминурия может достигать высоких цифр, но в большинстве случаев количество белка колеблется в пределах от 0,1 до 5—6‰ и реже выше. Кроме альбуминурии в моче нередко обнаруживаются гиалиновые и зернистые цилиндры.

Степень гипертонии может быть различна и здесь чрезвычайно важно знать исходное артериальное давление (до или в первые недели беременности). Повышение максимального артериального давления выше 135 мм, а минимального выше 85 мм следует уже рассматривать как гипертонию. Диурез при нефропатии отличается большой лабильностью, олигурия сменяется полиурией.

В крови отмечается падение белков до 5%. Остаточный азот и азот мочевины при нефропатии в большинстве случаев находится на низких границах нормы. Задержка воды и хлоридов в организме выражена отчетливо.

Дифференциальная диагностика водянки беременных, отеков при нефрите и при пороках сердца у беременных
(по И. П. Иванову)

№ пп	Признаки	Заболевание		
		водянка беременных	нефрит	заболевания сердца
1	Особенности анамнеза	Указаний на заболевание сердца или почек нет	Заболевания почек (нефроз, нефрит). Частые ангины, хронический тонзиллит и др.	Порок сердца, болезни миокарда, ревматические атаки.
2	Вес	Чрезмерное нарастание веса за сравнительно короткий срок, особенно в последние 2 месяца беременности	При остром нефрите и обострении хронического нефрита — чрезмерное нарастание веса, независимо от срока беременности	Характерных особенностей в нарастании веса нет; оно может быть весьма индивидуальным
3	Характер и наиболее частое распространение отеков	Отеки вначале возникают на ногах, затем распространяются на живот, поясницу, лицо. В серозных полостях, как правило, жидкости нет	Отеки начинаются на лице, затем появляются на ногах. В серозных полостях часто скапливается жидкость (асцит, гидроторакс)	Отеки начинаются на ногах (область лодыжек), увеличиваются при ходьбе, в дальнейшем распространяются на другие части тела, локализуясь в основном на той стороне, на которой больше лежит больная (гипостатический отек)
4	Артериальное давление	Нормальное или несколько понижено	При остром и обострении хронического нефрита — высокое и быстро спадающее в процессе лечения. При хроническом нефрите — стойкое повышение в пределах умеренных цифр	Изменения уровня зависят от формы и стадии заболевания сердца

5	Венозное давление	На верхней границе нормы; несколько увеличивается перед родами	При остром и обострении хронического нефрита — повышено. При хроническом нефрите — обычно в пределах нормы	Как правило, повышено, особенно в конце беременности
6	Скорость кровотока	В пределах нижней границы нормы: 12—15 секунд (при определении магниезальным методом)	При остром и обострении хронического нефрита, сопровождающегося сердечной недостаточностью с застоем в малом и большом круге кровообращения, скорость кровотока замедлена. При хроническом нефрите не изменена	Замедлена, особенно в последние месяцы беременности
7	Состояние сердца	Изменений нет	Часто возникает гипертрофия левого желудочка	Изменения конфигурации сердца зависят от формы и стадии его заболевания
8	Основные показатели состава красной крови	Без особенностей	При хроническом нефрите возможна гипохромная анемия	При активной фазе ревматизма может наблюдаться анемия
9	Остаточный азот крови	В пределах нормы	Как правило, в пределах нормы. При нарушении выделительной функции почек (гипонизостенурии) повышен	Как правило, в пределах нормы
10	Протеинурия и другие изменения мочи	Протсиннурии нет. Может быть отрицательный диурез при нормальном или повышенном удельном весе мочи или же положительный диурез при нормальном или пониженном удельном весе мочи	При остром и обострении хронического нефрита — от следов белка до массивной альбуминурии. При хроническом нефрите — стойкая протеинурия, не зависящая от срока беременности. Удельный вес мочи обычно бывает в соответствии с диурезом в более тяжелых случаях проявляется монотонность его	При нарушении кровообращения с наличием застоя в почках могут быть явления умеренной протеинурии, изостенурии, микрогематурии, цилиндрурии и др. При увеличении срока беременности эти явления могут прогрессировать, при улучшении кровообращения уменьшаться

Дифференциальная диагностика нефропатии, гипертонической болезни и хронического нефрита у беременных (по И. П. Иванову)

№ п/п	Признаки	Заболевание		
		нефропатия беременных	гипертоническая болезнь	хронический нефрит
1	Особенности анамнеза	Указаний на заболевание почек и повышенное артериальное давление до беременности нет	Указаний на заболевание почек нет. До беременности: повышенное артериальное давление, иногда носовые кровотечения, головные боли, покраснение лица, чувство онемения пальцев и другие неврологические симптомы	Имеются указания на заболевание почек до или в начале беременности
2	Время появления первых признаков заболевания (срок беременности)	Во второй половине беременности, чаще после 28 недель	До наступления беременности или в ранние сроки ее. Может ухудшаться по мере развития беременности	До беременности или в первой половине ее. Иногда обостряется после перенесенного инфекционного заболевания или резкого охлаждения тела вне зависимости от срока беременности
3	Характер и наиболее частая локализация отеков	Отеки раньше всего появляются на ногах, а позже на животе и лице. В серозных полостях, как правило, жидкости нет	Отеки наблюдаются редко. В серозных полостях жидкости нет	Отеки появляются вначале на лице, затем на ногах. В серозных полостях иногда скапливается жидкость (асцит, гидроторакс)

№ п/п	Признаки	Заболевание		
		нефропатия беременных	гипертоническая болезнь	хронический нефрит
1	Состояние сердца	Изменений нет	Изменения со стороны сердца выявляются сравнительно часто и зависят от стадии и фазы заболевания: систолический шум на верхушке сердца, акцент второго тона у основания сердца и на аорте, гипертрофия левого желудочка, электрокардиограмма — левограмма (главным образом при II стадии заболевания)	Довольно часто наблюдается гипертрофия левого желудочка
7	Состояние глазного дна	При повышенном артериальном давлении спазм артерий, реже — отек сетчатки	При I—IIA стадии спазм артерий, при IIB или III стадии ангиоретинопатия, симптом артерио-венозного перекреста, феномен Гвиста. При гипертонических кризах нередко появляются кровоизлияния в сетчатку	При тяжелом течении — бледность соска зрительного нерва, дегенеративные очаги и ангиоспастический ретинит
	Основные показатели состава крови а) гемоглобин	Большей частью в пределах нормы	Обычно в пределах нормы. Появление анемии зависит от стадии и фазы заболевания	Гипохромная анемия, особенно в периоде почечной недостаточности

б) общий белок	Довольно часто имеет место уменьшение количества общего белка, но не всегда оно идет параллельно альбуминурии	Обычно в пределах нормы. Появление гипопроteinемии зависит от стадии и фазы заболевания	Как правило, наблюдается уменьшение общего количества белка, идущее параллельно протинурии
в) остаточный азот	Понижен или нормальный	Чаще не изменен	Стойкое повышение при наличии гипонзостенурии
Основные показатели функции мочеотделения и состава мочи			
Количество выделяемой мочи за сутки	Уменьшено	Обычно в пределах нормы	Нормальное или несколько увеличено
Удельный вес мочи	Как правило, в пределах нормы, иногда повышен. Проба по Зимницкому не выявляет особых отклонений от нормы	Может быть не изменен. Меняется лишь при тяжелых стадиях заболевания (во IIБ или с III стадии повышается)	Гипостенурия; проба по Зимницкому выявляет монотонность удельного веса мочи
Протеинурия	Выявляется не всегда; обычно при лечении она уменьшается, а после родов исчезает	Не постоянная, зависит от стадии и фазы заболевания (может появляться уже при IА стадии)	Стойкая, увеличивается при обострении нефрита
Микрогематурия	Не характерна	То же	Стойкая (преимущественно выщелоченные эритроциты)
Цилиндрурия	Не обязательна, при наличии ее (единичные гиалиновые и реже зернистые цилиндры) часто не стойкая	» »	Стойкая (гиалиновые, зернистые и реже восковидные цилиндры с наложением лейкоцитов)

Часто наблюдаются изменения в глазном дне в виде расширения венозных сосудов, спазма артериальных сосудов, отека сетчатки, реже — мелкие кровоизлияния.

В тяжелых случаях больные жалуются на головную боль, плохой сон, угнетенное состояние.

Диагноз нефропатии обычно может быть установлен при наличии двух симптомов из указанной выше «триады».

При сочетании у беременной позднего токсикоза с гипертонической болезнью, особенно в переходной ее стадии, и хроническим нефритом (табл 11) чаще наблюдается преждевременное прерывание беременности, антенатальная смерть плода, отставание в его развитии, более тяжелое течение токсикоза, более высокая материнская смертность; токсикозы в таких случаях развиваются раньше, чем обычно, — иногда уже в конце первой половины беременности.

При обнаружении у беременной гипертонии о гипертонической болезни будут говорить следующие признаки: 1) жалобы на частые в прошлом головные боли, иногда носовые кровотечения; 2) повышенное артериальное давление до беременности или при первой явке в женскую консультацию, особенно в ранние сроки беременности; 3) наличие гипертрофии левого желудочка сердца, акцента на втором тоне аорты и левограммы при электрокардиографическом исследовании; 4) отсутствие, кроме гипертонии, других симптомов позднего токсикоза; 5) отставание в развитии внутриутробного плода, особенно при переходной стадии гипертонической болезни; 6) неэффективность лечения сернокислой магнезией.

На наличие хронического нефрита указывают: 1) установление связи заболевания с инфекцией; 2) существование этой болезни до беременности; 3) характерные изменения в моче: низкий удельный вес, обнаружение выщелоченных эритроцитов, почечного эпителия и т. п.; 4) изменение глазного дна («ретинопатия беременных», ангиоспастический ретинит; 5) данные функциональных почечных проб; 6) нарастание в крови остаточного азота; 7) безрезультатность лечения сернокислой магнезией.

Всем беременным женщинам, у которых поздний токсикоз сочетается с гипертонической болезнью или хроническим нефритом, необходимо особенно тщательное, систематическое врачебное обследование в стационаре.

При соблюдении соответствующего режима, питания и лечения нефропатия беременных в большинстве случаев поддается излечению. Появление нефропатии задолго до родов и длительное ее течение неблагоприятны как для матери, так и для плода.

Стойкая форма нефропатии, не поддающаяся лечению, может перейти в следующую стадию развития токсикоза — преэклампсию.

Удельный вес мочи при нормальной беременности 1020—1025, при поздних токсикозах 1016—1020.

Безбелковый азот при нормальной беременности 26—28 мг, при поздних токсикозах — 28—33 мг%.

Азот мочевины в моче при нормальной беременности 780—1000 мг%, при поздних токсикозах — 480—500 мг%.

Клиренс¹ мочевины при нормальной беременности 102—125, при поздних токсикозах — 51—60.

¹ Клиренс — отношение мочевины в крови и в моче.

Остаточный азот и его компоненты в сыворотке крови

	Содержание в мг%		
	небеременная	нормальная беременность	поздний токсикоз
Остаточный азот	20—40	16—25 (первая половина)	30—45
Мочевина (азот мочевины)	12—14	12—14	12—16
Мочевая кислота	2,5—4,5	2—4	
Креатин	5,0—6,0	0,5—1	
Креатинин	1,0—2,0		
Индиан	0,08—0,12		
Клиренс мочевины		102—125	51—60

Клиренс креатинина — нормально около 170 мл в минуту, клиренс при токсикозах — 60—200 мл в минуту.

Лечение. Для больных нефропатией постельный режим обязателен даже в легких случаях. Покой и постельный режим особенно благоприятно сказываются на гипертоническом синдроме и отеках. Нередко после 2—3 дней пребывания больной в постели артериальное давление заметно снижается даже без медикаментозной терапии. В такой же мере это относится и к отекам. Огромное значение имеет и весь распорядок (лечебно-охранительный режим) в стационаре. Назначается рациональная диета, основным моментом в которой является ограничение приема пищи вообще и жидкостей в частности. Степень ограничения жидкостей зависит главным образом от степени отеков. Строго должен быть ограничен и прием соли. Количество принимаемых больной жидкостей в течение первых 1—2 дней не должно превышать 600 мл (включая сюда фруктовые соки и компоты), а соли 1—2 г.

В дальнейшем можно увеличить количество жидкости до 1 л и соли до 4—5 г в сутки. Общее количество калорий до 2500.

Один раз в неделю назначаются разгрузочные дни: 1 кг яблок или винограда, или 0,5 кг подслащенного свежего творога. Диета регулируется (изменяется в ту или другую сторону) в зависимости от диуреза. Систематический контроль за последним является одним из непрременных условий, определяющих успех терапии.

Сернокислая магнезия назначается в виде внутримышечных инъекций по 20 мл 25% раствора от 2 до 4 раз в сутки. Во избежание осложнений, связанных с инъекцией (болезненность, некроз тканей, инфекция и др.), необходимо строго соблюдать следующие технические правила. Инъекцию надо производить достаточно длинной иглой и медленно, притом только внутримы-

шечно, а не подкожно. Стерильный раствор сернокислой магнезии надо вводить слегка подогретым, строго соблюдая правила асептики и антисептики.

Лечение медикаментозное (основные принципы) (табл. 14) больных нефропатией. Первая степень тяжести (небольшие отеки, белок в моче до 1%, артериальное давление не выше 150 мм рт. ст.): 1) при поступлении в стационар назначается постельный режим на 2—3 дня; 2) вводится 2 раза в день внутримышечно по 20 мл 25% раствора сернокислой магнезии и один раз в день внутривенно 20—30 мл 40% раствора глюкозы; 3) при бессоннице дается на ночь ноксирон — 0,2 г или нембутал 0,15 г; 4) систематически регулируется функция кишечника; 5) после более или менее стойкого снижения артериального давления — максимального ниже 140 мм рт. ст. и минимального ниже 95 мм рт. ст., разрешается вставать и перечисленные выше назначения проводятся по одному разу в день. Больная может быть выписана из стационара только после стойкого исчезновения признаков нефропатии. Вторая степень тяжести (выраженные отеки, белок в моче до 3%, артериальное давление от 150 до 170 мм рт. ст.): 1) строгий постельный режим; 2) внутримышечные инъекции сернокислой магнезии по 20 мл 25% раствора через 4 часа 4 раза в сутки; кроме того, 1—2 раза в сутки производится внутривенное вливание 20—30 мл 40% раствора глюкозы; 3) при бессоннице дается внутрь 1 раз в день нембутал по 0,1 г; 4) при головных болях, а также во всех случаях, когда максимальное артериальное давление 160 мм рт. ст. и выше, назначаются пиявки на височную область. Третья степень тяжести (общие отеки, белок в моче выше 3%, артериальное давление выше 170 мм рт. ст.): 1) строгий постельный режим; 2) при отсутствии противопоказаний (гемоглобин не ниже 55%) производится кровопускание в количестве 200 мл; большое количество крови (300—400 мл) можно выпустить, если давление держится на высоких цифрах (190—200), а содержание в крови гемоглобина выше 60%; 3) сернокислая магнезия и нембутал назначаются, как и при второй степени тяжести заболевания.

Повторные кровопускания допускаются лишь в особо тяжелых случаях, с учетом общего состояния больной и близости предстоящих родов. Во время каждого кровопускания должно тщательно определяться артериальное давление. Если обнаруживается, что артериальное давление снизилось на 20—30 мм, кровопускание должно быть прекращено.

ПРЕЭКЛАМПСИЯ. На фоне нефропатии появляются новые симптомы: возбужденное состояние больной, головная боль, боль в подложечной области, расстройство зрения, нередко рвота.

Диагноз преэклампсии не представляет трудностей, если учесть, что имеются выраженные признаки раздражения центральной нервной системы.

Преэклампсия является опасным состоянием и, если своевременно не приняты меры, заболевание почти неминуемо переходит в последнюю стадию развития токсикоза — эклампсию. Однако, если даже этого не произойдет, может наступить смерть от кровоизлияния в мозг, а также от сосудистого шока и без судорожных припадков. Кроме того, поскольку преэклампсии и эклампсии обычно предшествуют длительно и тяжело протекающие нефропатии,

нередко наблюдающиеся у таких больных поражения органов (почки, печень, глаза) становятся иногда стойкими и в дальнейшем устраняются неполностью, особенно если заболевание длится долго и не поддавалось терапии.

Лечение больных преэклампсией. 1. Полный физический и душевный покой. Для этого больная должна быть помещена в затемненную палату, где была бы тишина; строгий постельный режим до полного исчезновения явлений преэклампсии. 2. Всемерное устранение всех зрительных, слуховых, болевых и двигательных раздражений. 3. При поступлении в стационар под легким эфирным наркозом производят внутримышечное введение 20 мл 25% раствора серпокислой магнезии, в дальнейшем через каждые 4 часа в такой же дозе, но не более 5 раз в сутки. Обязательно произвести (под наркозом) влагалищное исследование. Иногда беременная может не ощутить появившейся родовой деятельности. При открытии шейки матки на 2 пальца следует вскрыть плодный пузырь, а если имеются условия для наложения щипцов (головка в узкой части полости малого таза) — закончить роды. 4. Вопрос о кровопускании решается в зависимости от высоты артериального давления, количества гемоглобина и состояния родовых путей, реакции больной на кровопускание (снижение артериального давления). Количество выпускаемой крови может быть различным (200—300—400 мл). 5. Назначение снотворных при бессоннице и нервном возбуждении: люминал 2—3 раза в день по 0,1 г, амитал-натрий 2—3 раза в день по 0,15 г. В день поступления, особенно при тяжелых формах преэклампсии, кроме фруктовых соков (300—400 мл), которые даются больной в небольших количествах, и внутривенного вливания глюкозы 2 раза в день по 30—40 мл, никакой пищи не разрешается. Со 2-го дня диета назначается такая же, как при тяжелых формах нефропатии. С исчезновением характерных симптомов преэклампсии (головные боли, расстройство зрения, боли в подложечной области, общее плохое самочувствие и т. п.) больная может быть переведена из затемненной палаты в обычную и лечение проводится в дальнейшем, как при нефропатии.

Принципы медикаментозной терапии см. табл. 14.

ЭКЛАМПСИЯ рассматривается как конечная стадия позднего токсикоза, не подвергавшегося или не подававшего лечению. Встречается в 0,1—0,25% случаев. В зависимости от качества работы женской консультации и акушерского стационара до сих пор среди причин материнской смертности занимает одно из первых мест. Эклампсия отличается от преэклампсии лишь наличием судорог (тонических и клонических), являющихся характерными признаками эклампсии. Эклампсические судороги являются следствием резкого раздражения коры головного мозга. Бессознательное, коматозное состояние, наступающее вслед за судорогой (припадком) или без нее (при так называемой бессудорожной форме эклампсии), свидетельствует об угнетении центральной нервной системы, сменяющем резкое ее возбуждение. У больных эклампсией отмечается повышенная рефлекторная возбудимость органов чувств. Резкий свет, шум, болевые и другие раздражители могут провоцировать припадок. Что касается изменений со стороны различных органов и систем, то они количественно и качественно более резко выражены, чем при нефропатии и преэклампсии.

Дифференциальная диагностика между эклампсией и некоторыми заболеваниями, сопровождающимися судорожными припадками или коматозным состоянием у беременных (по И. П. Иванову)

ЭКЛАМПСИЯ

<i>Время начала заболевания</i>	Во время беременности, обычно в последние 2 месяца, либо в родах и реже — в послеродовом периоде
<i>Продромальные признаки</i>	Головные боли, нарушение зрения, боли под ложечкой, иногда рвота
<i>Состояние больной во время припадка</i>	Заболевание характеризуется типичными судорожными припадками, за исключением эклампсии без судорог, при которой сразу наступает коматозное состояние. Эта форма наблюдается редко, однако протекает тяжело, нередко с плохим прогнозом
<i>Возвращение состояния</i>	Амнезия после припадка, иногда коматозное состояние
<i>Состояние зрачков</i>	Расширены во время припадка, после—сужены
<i>Глазное дно</i>	Изменено
<i>Сухожильные рефлексы</i>	Повышены
<i>Протеинурия, отеки, гипертония</i>	Часто выражена триада симптомов или часть (два, реже один) из них
<i>Остаточный азот крови</i>	Нередко повышается во время судорожного припадка
<i>Другие признаки</i>	Синюшный цвет лица. Подробное их описание см. в приложении

ЭПИЛЕПСИЯ

<i>Время начала заболевания</i>	До беременности; судорожные припадки могут учащаться с первых месяцев беременности
<i>Продромальные признаки</i>	Отсутствуют или имеется кратковременная аура. Перед припадком больная обычно вскрикивает

<i>Состояние больной во время припадка</i>	Во время припадка наблюдается произвольное мочеиспускание
<i>Возвращение состояния</i>	Быстрое
<i>Состояние зрачков</i>	Сужены
<i>Глазное дно</i>	Нормальное
<i>Сухожильные рефлексы</i>	Ослаблены
<i>Протеинурия, отеки, гипертония</i>	Обычно отсутствуют
<i>Остаточный азот крови</i>	В пределах нормы
<i>Другие признаки</i>	Синюшный цвет лица

ИСТЕРИЯ

<i>Время начала заболевания</i>	До беременности
<i>Продромальные признаки</i>	Отсутствуют
<i>Состояние больной во время припадка</i>	Припадки не нарушают общего состояния больной, она полностью сознание не теряет, никаких повреждений себе не наносит
<i>Возвращение состояния</i>	Быстрое
<i>Состояние зрачков</i>	Обычное. Роговичные и конъюнктивальные рефлексы сохранены
<i>Глазное дно</i>	Нормальное
<i>Сухожильные рефлексы</i>	Нормальные
<i>Протеинурия, отеки, гипертония</i>	Отсутствуют
<i>Остаточный азот крови</i>	В пределах нормы
<i>Другие признаки</i>	Нет асфиксии и прикусывания языка

ОПУХОЛЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА

<i>Время начала заболевания</i>	До беременности
<i>Продромальные признаки</i>	Головные боли, рвота
<i>Состояние больной во время припадков</i>	Зависит от локализации и величины поражения вещества мозга
<i>Возвращение состояния</i>	Медленное
<i>Состояние зрачков</i>	Анизокория
<i>Глазное дно</i>	Застойные соски зрительных нервов
<i>Сухожильные рефлексy</i>	Изменение их зависит от локализации и величины опухоли при кровоизлиянии
<i>Протеинурия, отеки, гипертония</i>	Гипертония не постоянна. Отеки и протеинурия отсутствуют либо незначительны
<i>Остаточный азот крови</i>	В пределах нормы. Повышается лишь при нарушении выделительной функции почек
<i>Другие признаки</i>	Часто бледность кожных покровов, брадикардия

КРОВОИЗЛИЯНИЯ В МОЗГ

<i>Время начала заболевания</i>	Начинается внезапно
<i>Продромальные признаки</i>	Отсутствуют
<i>Состояние больной во время припадков</i>	Зависит от локализации и величины поражения вещества мозга
<i>Возвращение состояния</i>	Может быть длительное бессознательное состояние, кома
<i>Состояние зрачков</i>	Могут быть сужены (при кровоизлиянии в стволовую часть) или расширены, не равномерной ширины (анизокория)

<i>Глазное дно</i>	Иногда изменено
<i>Сухожильные рефлексы</i>	Изменение их зависит от локализации и величины опухоли при кровоизлиянии
<i>Протеинурия, отеки, гипертония</i>	Имеется гипертония. Другие признаки не обязательны
<i>Остаточный азот крови</i>	В пределах нормы. Повышается лишь при нарушении выделительной функции почек
<i>Другие признаки</i>	Гиперемия лица, хрипящее дыхание, гемиплегия, спинномозговая жидкость с примесью крови

ДИАБЕТИЧЕСКАЯ (ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКАЯ) КОМА

<i>Время начала заболевания</i>	До беременности. Сахарный диабет развивается постепенно и очень часто в начале своего развития болезнь проходит малозаметно для больных и нередко появляется лишь во время беременности, чаще во второй ее половине
<i>Продромальные признаки</i>	Болезнь в этот период быстро прогрессирует, и беременные часто поступают в стационар в тяжелом состоянии. Вначале появляется ощущение общей слабости, апатия, головокружение, полная потеря аппетита, тошнота, рвота, боли в животе, понос либо запор, резкий запах ацетона (запах яблок) изо рта. Повышение АД (особенно минимального и внутричерепного). Головная боль. Полиурия. Психическая депрессия, глюкозурия, гипергликемия, ацетонурия
<i>Состояние больной во время припадка</i>	Значительная гликозурия, ацетонурия, гипергликемия, гиперкетонемия и лейкоцитоз со сдвигом формулы белой крови влево. Язык сухой, часто обложен. Печень не увеличена. Дыхание затрудненное, глубокое, шумное (куссмаулевское), временами появляются клонические судороги. Иногда кома может наступить без предвестников — внезапно
<i>Возвращение состояния</i>	Наступает постепенно (после введения больших доз инсулина дробным путем, применения других лечебных мероприятий)

<i>Состояние зрачков</i>	Сужены или нормальные. Имеется резкая гипотония глазных яблок
<i>Глазное дно</i>	Нередко ретинопатия (особенно при сочетании с токсикозом)
<i>Сухожильные рефлексы</i>	Понижены или отсутствуют. Мышцы расслаблены
<i>Протеинурия, отеки, гипертония</i>	Имеется протеинурия (изменение в моче типа острого гломерулонефрита). При сахарном диабете в 30—50% присоединяется поздний токсикоз, чаще всего на 34—35-й неделе беременности
<i>Остаточный азот крови</i>	Часто повышен
<i>Другие признаки</i>	Кожа сухая с пониженной эластичностью, иногда гиперемия лица с цианозом. Температура тела понижена (иногда ниже 35°). Пульс частый, малого наполнения

ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКАЯ КОМА

<i>Время начала заболевания</i>	До беременности. Может прогрессировать в различные сроки беременности, особенно во второй ее половине
<i>Продромальные признаки</i>	Беспокойство, возбуждение, бред, галлюцинации. Снижение сахара крови
<i>Состояние больной во время припадка</i>	Внезапная потеря сознания. Запах ацетона изо рта отсутствует. Язык влажный. Дыхание нормальное. Содержание сахара в крови понижено, а кетоновых тел — не превышает нормы (8—10 мг%). Агликозурия или незначительное количество сахара в моче. Ацетона нет
<i>Возвращение состояния</i>	Наступает сравнительно быстро (после введения глюкозы и применения других лечебных мероприятий)
<i>Состояние зрачков</i>	Чаще расширены. Диплопия. Нормальный тонус глазных яблок
<i>Глазное дно</i>	Может быть не изменено

<i>Сухожильные рефлексы</i>	Повышено, нередко патологического характера (симптом Бабинского). Отмечается тремор конечностей, судорожные подергивания, ригидность мышц
<i>Протеинурия, отеки, гипертония</i>	Моча без особых изменений, артериальное давление понижено, отеки не характерны
<i>Остаточный азот крови</i>	В пределах нормы
<i>Другие признаки</i>	Кожа влажная (появление пота). Бледность кожных покровов. Температура тела нормальная или несколько ниже нормы. Часто бывает аритмия

УРЕМИЧЕСКАЯ КОМА

<i>Время начала за-болевания</i>	Развивается постепенно, неуклонно прогрессируя в результате недостаточной функции почек
<i>Продромальные признаки</i>	Потеря аппетита, повышенная жажда, сухость во рту, тошнота, рвота, быстрая потеря в весе, понос, боли внизу живота, затем наступает потеря сознания
<i>Состояние больной во время припадка</i>	Обычно возникает на почве развившегося у больной острого или хронического гломеруло-нефрита либо в связи с нефрозо-нефритом, почечнокаменной болезнью и другими заболеваниями почек
<i>Возвращение состояния</i>	Медленное
<i>Состояние зрачков</i>	Резко сужены
<i>Глазное дно</i>	Резкие расстройства зрения вплоть до альбуминурического ретинита
<i>Сухожильные рефлексы</i>	Чаще повышены

<i>Протеинурия, отеки, гипертония</i>	Наблюдается высокое артериальное давление, гипертрофия левого желудочка сердца. Моча с низким удельным весом и скудным осадком. Протеинурия, цилиндрурия и гематурия. Одутловатость лица
<i>Остаточный азот крови</i>	Резко повышен, достигая 80—120 мг% и более (азотемия), а также увеличено количество мочевины
<i>Другие признаки</i>	Кожа сухая со следами расчесов и кровозлияний. Запах аммиака изо рта. Температура тела понижена. Постоянным симптомом является гипохромная анемия

ПЕЧЕНОЧНАЯ КОМА

<i>Время начала заболевания</i>	Возникает в результате резкого нарушения функции печени при поражении ее паренхимы (острая дистрофия печени)
<i>Продромальные признаки</i>	Беспокойство, возбуждение, подергивание мышц лица и конечностей, состояние психоза или, наоборот, подавленность, апатия; резкая головная боль, рвота, выраженная склонность к кровотечениям, боли в области печени, которые иногда напоминают печеночную колику
<i>Состояние больной во время припадка</i>	Больная лежит неподвижно, издавая слабый стои при глубокой пальпации печени. Двигательное возбуждение прекращается, лишь иногда появляются судороги. Могут наблюдаться менингеальные симптомы — ригидность мышц затылка и прочее
<i>Возвращение состояния</i>	Медленное
<i>Состояние зрачков</i>	Без особенностей
<i>Глазное дно</i>	Без особенностей
<i>Сухожильные рефлексы</i>	Чаще повышены
<i>Протеинурия, отеки, гипертония</i>	Обычно отсутствуют
<i>Остаточный азот крови</i>	В пределах нормы
<i>Другие признаки</i>	Выражена желтуха

Диагноз эклампсии обычно не представляет трудностей. Анамнез и клиническая картина позволяют легко отличить ее от эпилепсии и других заболеваний, сопровождающихся судорожными припадками (табл. 13).

Течение. Предвестники: усиливающиеся боли в подложечной области, возбужденное состояние, повышение артериального давления, резкое ухудшение зрения. В итоге наступает судорожная стадия — «припадок»; резкое возбуждение центральной нервной системы сменяется угнетением, потерей сознания (тоже и при эклампсии без судорог), резко повышается рефлекторная возбудимость на любое раздражение.

Эклампсия может наступить во время беременности (*sub graviditate*), во время родов (*sub partu*) и после родов (*post partum*).

В припадке эклампсии различают четыре следующих друг за другом момента. Первый момент вводный (длится до полминуты) — мелкие фибриллярные подергивания мышц век и лица, распространяющиеся на верхние конечности. Второй момент — период тонических судорожных сокращений всей скелетной мускулатуры — самый короткий (10—20 секунд), но самый опасный для матери и плода, так как при этом имеет место полная остановка дыхания, быстрое нарастание цианоза, исчезновение пульса. Больная резко запрокидывает голову, все тело вытягивается, напрягается, челюсти плотно сжимаются (необходимо предупредить прикусывание языка вставлением резинового клина или черенка ложки обернутой марлей), глаза фиксируются в одном направлении, а спустя несколько секунд при подергивающихся веках зрачки расширяются, глаза закатываются и остаются видимыми лишь белки глазного яблока. Третий момент — период клонических судорог, которые следуют друг за другом и распространяются сверху вниз, захватывая все мышцы. Заканчивается этот период постепенно, судороги становятся все реже и под конец наступает глубокий шумный вдох, иногда с хрипом. Все это длится 1—1½ минуты, а иногда несколько дольше. После припадка наступает коматозное состояние. Четвертый момент — больная лежит без сознания, громко дышит, изо рта выделяется пенная слюна с примесью крови; лицо постепенно розовеет, появляется пульс. Придя в сознание, больная ничего не помнит, жалуется на головную боль и общую разбитость. Иногда коматозное состояние остается и без возвращения больной в сознание, спустя некоторое время переходит в новый припадок. Чем больше припадков, чем они чаще, тем обычно тяжелее эклампсия. Однако печальный исход может наступить и после небольшого количества припадков и даже после единственного припадка.

Прогноз ухудшается, если имеется значительное повышение температуры (39° и выше), частый пульс (особенно при нормальной температуре), повышение артериального давления, появление желтухи, kloчущее дыхание (отек легких), низкий диурез и особенно анурия, нарастающая альбуминурия.

Дифференциальный диагноз и лечение (см. табл. 13 и 14).

Лечение (табл. 14). Метод Строганова слагается из следующих мероприятий. 1. Ограждение больной от всякого рода раздражителей (яркий свет, шум, болевые ощущения и др.). Для этого больная помещается в затемненную комнату, хорошо изолированную от шума. Все манипуляции (катетеризация, инъекция, кровопускание, влагалищные исследования и др.) проводятся под легким

**Схема комплексного и дифференцированного медикаментозного лечения больных с поздними токсикозами
(по И. П. Иванову)**

Водянка беременных	Нефропатия беременных	Нефропатия на фоне гипертонической болезни	Нефропатия на фоне хронического нефрита	Преэклампсия	Эклампсия
<p>1. Седативные средства: отвар пустырника и валерьянового корня (по 10 г на 200 мл) по $\frac{1}{2}$ стакана 2 раза в день</p> <p>2. Гипотиазид в таблетках 25 мг 1—2 раза в день в течение 3—4 дней с перерывом в 2—3 дня; назначается с хлористым калием (по 1 г 3 раза в день) для предупреждения гипокалиемии. Во время перерыва дается диакارب 0,25 г 2—3 раза в день или 10% раствор хлористого аммония по 1 столовой ложке 3—4 раза в день</p>	<p>Постельный режим</p> <p>1. При наличии гипертонивного синдрома 2,5% раствор аминазина по 1 мл (25 мг) 2—3 раза в день внутримышечно (на 0,5% растворе новокаина — 5 мл) под контролем артериального давления и соблюдения постельного режима (све — ортостатический коллапс). При недостаточном эффекте дополнительно (в течение 7 дней) резерпин (серпазил) 0,25 мг по 1 таблетке 2—3 раза в день или дибазол (подкожно) 2% раствор по 2—3 мл 2 раза в сутки, либо</p>	<p>1. Дибазол внутримышечно 1—2% раствор по 2—3 мл 2 раза с промежутками в 2—3 часа и резерпин (серпазил) от 0,1 до 0,25 мг 2—3 раза в день, либо раунатин 0,002 г от 2 до 6 таблеток в сутки (дозу повышать постепенно)</p> <p>2. При недостаточном эффекте добавить эуфиллин 0,1 г 3 раза внутрь или папаверин 1—2% раствор по 1—2 мл 2—3 раза в день подкожно</p> <p>3. Оксигенотерапия</p> <p>4. 40% раствор глюкозы внутривенно по 40 мл 1—2 раза в день ежедневно</p>	<p>1. Магнезиальная терапия (в среднем 10 г в сутки в течение 7 дней) в сочетании с резерпином (серпазил) или эуфиллином либо дибазолом (доза — см § В, п. 1 и 2)</p> <p>2. Оксигенотерапия</p> <p>3. Глюкоза внутривенно (см. «Нефропатия», п. 5)</p> <p>4. Рутин, аскорбиновая кислота и глюконат кальция (доза — см. «Водянка беременных», п. 3)</p> <p>5. Комплекс витаминов: Е, В₁₂ и фолиевая кислота</p>	<p>Строгий постельный режим; все манипуляции проводить под легким эфирным наркозом</p> <p>1. 2,5% раствор аминазина в дозе 2 мл (50 мг) внутривенно в смеси с 40—60 мл 40% раствора глюкозы. Повторные инъекции в дозе 1 мл (25 мг) 2—3 раза с промежутками в 4—6 часов либо внутримышечно в той же дозировке, но на 0,5% растворе новокаина в сочетании с резерпином по 0,25 мг 3—4 раза в день</p> <p>2. Отвар пустырника и валерьянового корня по $\frac{1}{2}$ стакана 2 раза в день и андак-</p>	<p>1. Метод Строганова с применением сернокислого магния по схеме Бровкина в течение 2—3 суток в зависимости от состояния больной</p> <p>2. Гирудинотерапия (6 пняков на область сосцевидных отростков). При отсутствии эффекта кровопускание 300—400 мл (см. «Преэклампсия», п. 4)</p> <p>3. Оксигенотерапия</p> <p>4. 40% раствор глюкозы по 40—60 мл внутривенно 3 раза в день</p>

3 Рутин 0,02 г, аскорбиновая кислота 0,2 г и глюконат кальция 0,5 г по 1 порошку 3 раза в день (с целью понижения хрупкости и патологической проницаемости стенок капилляров)

4. Внутривенно 20—40 мл 40% раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой (100 мг) 1—2 раза в день.

5. Оксигенотерапия

6. Ограничение жидкости до 800—1000 г и поваренной соли до 3—5 г в сутки. При выраженных отеках один раз в 7 дней следует проводить разгрузочные и вслед за ними полуразгрузочные дни

Примечание. В среднем лечение продолжается 10—14 дней. Дальнейшая те-

зуфиллин 0,1 г по 1 порошку 3 раза в день (или в свечах—0,30 г 1 раз в сутки), либо 25% раствор сернистой магнезии по 10—20 мл внутримышечно 2—4 раза в сутки (на 0,5% растворе новокаина с пенициллином)

2. При отеках гипотиазид (см. «Водянка беременных», п. 2).

3. Рутин, аскорбиновая кислота и глюконат кальция (см. «Водянка беременных», п. 3)

4. Метинонин от 0,5 до 1,5 г по 2—3 раза в день (для регулирования белкового обмена)

5. Внутривенно 40% раствор глюкозы 40—60 мл 2 раза в день

5. При отеках гипотиазид в обычной дозе (см. «Водянка беременных», п. 2)

6. При склонности к гипертоническим кризам гирудинотерапия (от 3 до 6 пиявок на область сосцевидных отростков)

7. При альбуминурии (протеинурии) рутин аскорбиновая кислота и глюконат кальция (см. «Водянка беременных», п. 3)

8. Комплекс витаминов Е, В₁ и фолиевая кислота (см. «Нефропатия беременных», п. 7)

9. При хорошей переносимости аминазина последний можно сочетать с указанными выше гипотензивными средствами, в том числе солями магния (гипертоническая бо-

см. «Нефропатия беременных», п. 7)

6. Плазма крови (по показаниям) 100 мл внутривенно или внутримышечно (по Безредке)

7. При анемии гемостимулин от 0,5 до 1 г (3—4 раза в день, антианемии внутримышечно в «ударной» дозе: 1-й день 4 мл, 2-й 3-й и 4-й день по 2 мл под контролем анализа крови (общего и ретикулоцитоза)

8. При отеках гипотиазид чередовать с диакарбом или хлористым аммонием

Примечание. Продолжительность курса лечения до 4 недель

син по 0,2 г 2—3 раза в день; на ночь ноксирон (0,25 г) или нембутал (0,1 г)

3. Гипотиазид по 25 мг 2 раза в день (курс лечения тот же, что и при водянке беременных, п. 2)

4. Гирудинотерапия (6 пиявок на сосцевидные отростки). При отсутствии эффекта кровопускание 300 мл (под контролем артериального давления, общего состояния, с учетом исходного гемоглобина и эритроцитов)

5. Глюкоза внутривенно (40 мл 40% раствора) 2 раза в день

6. Оксигенотерапия

7. Рутин, аскорбиновая кислота и глюконат кальция в той же дозировке, что и при водянке беременных (п. 3)

5. После купирования экламптических припадков дальнейшее лечение как при преэклампсии

6. Родоразрешение по возможности консервативными методами

Водянка беременных	Нефропатия беременных	Нефропатия на фоне гипертонической болезни
рапия в зависимости от эффекта	<p>6. Оксигенотерапия</p> <p>7. Комплекс витаминов: Е (эревит) по 100 гамм внутримышечно ежедневно; В₁₂ — по 100—200 гамм внутримышечно через 2 дня и фолиевая кислота per os по 0,02 г 3 раза в день ежедневно</p> <p>8. При стойкой или прогрессирующей гипопротейнемии плазма крови по 100 мл внутривенно либо внутримышечно по Безредке 1 раз в неделю; дополнительно к диете творог 150—200 г и пекарские дрожжи 50—100 г ежедневно</p> <p>Примечание. При сернокислой магнезии глюконат</p>	<p>лезнь I стадии, фазы А и Б)</p> <p>Примечание. Продолжительность курса лечения до 6 недель</p>

Продолжение

Нефропатия на фоне хронического нефрита	Преэклампсия	Эклампсия
	<p>8. Комплекс витаминов Е, В₁₂ и фолиевая кислота (дозировка — см. «Нефропатия беременных», п. 7)</p> <p>9. При отсутствии эффекта или нарастании симптомов заболевания полный курс магниальной терапии по Бровкину (20 мл 25% раствора 4 раза в сутки на новокаине с 100 000 ЕД пенициллина), второе и третье введение через 4-часовые промежутки, четвертое через 6 часов</p>	

кальция не назначается. Продолжительность курса лечения 2—3 недели

Примечание. Схема дает общие положения лечения поздних токсикозов беременных. В каждом конкретном случае необходимо самое подробное клинико-лабораторное обследование больной с учетом индивидуальных особенностей при обязательном соблюдении лечебно-охранительного режима и рационального питания.

эфирным наркозом. 2. Планомерное введение наркотиков, лучше всего по схеме Бровкина: внутримышечные инъекции 30 мл 20% раствора сернокислого магния (первые 2 инъекции через 4 часа, последующие 2 инъекции с промежутками в 6 часов). 3. Снижение артериального давления достигается применением наркотиков (см. п. 2) и кровопусканием. Последнее производится в количестве 300—600 мл, если максимальное артериальное давление превышает 160 мм рт. ст. или если при меньшем артериальном давлении имелись уже 2—3 припадка. Кровопускание без особой в этом необходимости не должно производиться, если окончание родов предвидится в ближайше 1½—2 часа. 4. Лечение аминазином — внутривенно 2 мл 2,5% раствора (50 мг) аминазина, разведенного в 50 мл 40% раствора глюкозы. 5. Предупреждение и купирование припадков. Дается легкий эфирный наркоз, тотчас после начавшейся фиксации глаз в одну точку, подергивания мышц лица и других предвестников припадка. 6. Искусственное вскрытие плодного пузыря — при раскрытии маточного зева не менее чем на 2 пальца. 7. Бережное родоразрешение, как только появились для этого условия. 8. Голодная диета на время повторяющихся припадков. Обязательно внутривенное вливание 40% раствора глюкозы с 2% раствором аскорбиновой кислоты в количестве 40—50 мл, 2 раза в сутки. 9. Содержание больной в теплой, хорошо проветриваемой палате, периодическая дача кислорода, особенно после каждого припадка, согревание области почек (грелками), осторожное изменение положения больной в кровати (через каждые 2 часа), уход за полостью рта, регулирование действия кишечника, в надлежащих случаях катетеризация мочевого пузыря и т. п.

Если в течение 6—7 часов, несмотря на проводимую терапию, припадки повторяются или становятся все более тяжелыми и длительными, проводится пункция спинномозгового канала, причем очень медленно выпускается до 20—30 мл спинномозговой жидкости.

Во время припадка больная может упасть с кровати или прикусить язык. Во избежание этих осложнений около нее неотлучно должна находиться акушерка или опытная санитарка. Если больная находится в полном сознании, ей можно давать пить небольшое количество сладкого чая и фруктового сока. Если после прекращения припадков в течение 3—4 дней остаются явления преэклампсии, не уступающие консервативной терапии, показано родоразрешение.

Схема медикаментозного лечения больных с поздними токсикозами приведена в табл. 14.

Примерное меню (недельное) бессолевой диеты при нефропатии (вся пища готовится без соли)

	1-й день, понедельник	2-й день, вторник	3-й день, среда	4-й день, четверг	5-й день, пятница	6-й день, суббота	7-й день, воскресенье
9 ча- тов	I завтрак Масло сливочное Каша рисовая молочная Чай с молоком	I завтрак Масло сливочное Сырковая масса Чай с молоком	I завтрак Масло сливочное Рыба отварная с картофелем и сметанным соусом Чай с молоком	I завтрак Масло сливочное Гречневая каша с маслом Чай с молоком	I завтрак Масло сливочное Макароны отварные с творогом Чай с молоком	I завтрак Масло сливочное Каша гречневая с молоком Чай с молоком	I завтрак Масло сливочное Винегрет со сметаной Чай с молоком
12 ча- тов	II завтрак Отварная кукуруза (кочерыжки) с маслом	II завтрак Салат овощной со сметаной	II завтрак Винегрет со сметаной (без соленых огурцов)	II завтрак Творожный пудинг со сметаной	II завтрак Морковные котлеты	II завтрак Манные биточки со сладкой подливой	II завтрак Блинчики с вареньем
15 ча- сов	Обед Щи из свежей капусты, вегетарианские со сметаной (полтарелки) Мясо отварное, подогретое с отварным, а затем поджаренным	Обед Лапша молочная (полтарелки) Беф-строганов из вываренного мяса с картофельным пюре Компот	Обед Суп рисовый с овощами вегетарианский (полтарелки) Морковно-яблочные котлеты Молочное желе	Обед Борщ вегетарианский (полтарелки) Блинчики с вареным мясом и отварным, а затем поджаренным луком и сметаной	Обед Суп овощной вегетарианский (полтарелки). Мясо отварное, запеченное с рисом и зеленым горошком. Компот	Обед Суп картофельный с гречками (полтарелки) Беф-строганов из вываренного мяса с морковью и картофелем. Кисель клюквенный	Обед Суп перловый с овощами вегетарианский (полтарелки). Тефтели, запеченные с жареным картофелем и зеленым горошком. Яблоко или ягоды с сахаром

	луком с вермишелью. Яблоко			Яблоко или ягоды с сахаром			
17 часов	Отвар шиповника	Отвар шиповника	Отвар шиповника	Отвар шиповника	Отвар шиповника	Отвар шиповника	Отвар шиповника
18 часов	Ужин Манные биточки со сладкой подливой Чай с молоком 1 стакан	Ужин Рисовый пудинг с изюмом Чай с молоком 1 стакан	Ужин Картофельные зразы с мясом и отварным луком Чай с молоком 1 стакан	Ужин Рагу из овощей Чай 1 стакан	Ужин Голубцы с овощами в сметанном соусе Чай с молоком 1 стакан	Ужин Котлеты капустные со сметаной Чай с молоком 1 стакан	Ужин Крупеник со сметаной Чай 1 стакан
22 часа	На ночь Простокваша	На ночь Простокваша	На ночь Простокваша	На ночь Простокваша Хлеб белый к столу	На ночь Простокваша Хлеб белый к столу	На ночь Простокваша Хлеб белый к столу	На ночь Простокваша Хлеб белый к столу

Диета при токсикозах второй половины беременности. Необходимо руководствоваться следующими установками: 1) количество поваренной соли в суточной диете не должно превышать 5 г; 2) количество вводимой жидкости не должно превышать 800 мл; 3) в пищевой рацион должны включаться высококачественные белки; 4) пища должна содержать разнообразные витамины, а в осенне-зимнее время года обогащать витаминными препаратами.

Для того чтобы способствовать освобождению организма от остаточных продуктов нарушенного межклеточного обмена веществ, рекомендуется пользоваться так называемыми разгрузочными днями: а) «компотными» днями, при которых в течение суток выпивают 1—1,5 л компота по 1 стакану через каждые 2 часа; б) «творожными» днями, состоящими из 500—600 г творога со 100 г сметаны, разделенными на 6 порций и потребляемыми через каждые 2½ часа; в) «яблочными» днями: очищенные от кожуры и семенных коробочек зрелые яблоки в виде пюре с добавлением небольшого количества сахара или без него, употребляют 5—6 раз в сутки по 300 г на каждый прием.

В первую очередь следует испытать действие «творожного» дня, который является наиболее полноценным по содержанию белка. Применять разгрузочные дни надо примерно один раз в неделю. При полноте и склонности к ожирению можно ими пользоваться чаще, наблюдая при этом за весом. Если разгрузочный день переносится трудно, вызывает резкую слабость, то можно добавить несколько сухарей или немного подсушенного хлеба. В дни пользования разгрузочными диетами беременной необходимо соблюдать полный покой и находиться на постельном или полупостельном режиме.

После разгрузочного дня следует назначать так называемый полуразгрузочный день, т. е. день потребления пищевого рациона в половинном размере.

При нефропатии беременной назначают диету, рекомендуемую для второй половины беременности. резко ограничив употребление поваренной соли. Лучше всего готовить пищу без соли, назначать бессолевой хлеб и ежедневно на стол ставить 2—3 г соли для прибавления ее к пище во время еды. Находящаяся при этом на поверхности соль придает пище больше вкуса, чем добавленная в нее в таком же небольшом количестве в процессе приготовления.

Целесообразно ограничить в рационе количество углеводов и жиров. Ограничивать белки в диете не следует. В связи с потерей белков и анемизацией рекомендуется дополнительно назначать пищевые пресованные дрожжи в количестве 80—100 г или сухие дрожжи в дозе до 10 г в день, обеспечивая этим также получение витаминов группы В. Суточное количество витамина С должно быть доведено до 500—600 мг.

Ввиду того что при токсикозах беременности плод плохо развивается, необходимо назначать через день по 100—150 гамм витамина В₁₂, который стимулирует экскрецию гормона роста.

При отеке для уменьшения проницаемости капилляров следует назначать витамин Р («рутин») по 0,02 г 2 раза в день.

Профилактика токсикозов беременности охватывает весь комплекс гигиенических мероприятий, предусмотренных для беременных женщин, начиная с первых месяцев и особенно со второй половины беременности до последних месяцев (рациональное питание,

режим труда и отдыха). Сюда относятся: воздержание от обильного употребления жидкости и пищи, ограничение соли в пище, ограничение физического и умственного труда, достаточный ночной отдых, достаточное пребывание на свежем воздухе, хорошая вентиляция помещения и др. Особого внимания требуют первые и последние 2—3 месяца беременности. Необходимо раннее выявление начальных и скрытых форм заболеваний, патологических очагов, своевременная санация их, рациональное питание — соблюдение водно-солевого режима, молочно-растительная пища, достаточное количество белков, витаминизация пищи (витамины А, В, С) с необходимыми солями (кальций, магний, фосфор, железо и др.) (в фабричных и заводских столовых должна быть организована специальная диета — меню для беременных).

Тщательное и систематическое обследование в условиях консультации (измерение артериального давления, анализ мочи, взвешивание). Всем беременным женщинам необходимы повторные исследования глазного дна для выявления ранних симптомов токсикоза (ангиоретинопатия).

Большую роль играет патронаж акушеркой всех беременных с патологией. Не явившимся на прием в назначенный день в отдельных случаях необходим и врачебный патронаж. Большое значение имеет аккуратное ведение акушерской картотеки.

Последние 2 месяца беременности требуют особого внимания, потому что беременные женщины часто после получения родового отпуска перестают посещать консультацию и появляющиеся в это время у них признаки токсикоза своевременно не выявляются.

При появлении признаков токсикоза — госпитализация и лечение в стационарных условиях.

У сравнительно большого числа женщин, перенесших во время беременности нефропатию, эклампсию, после родов отмечаются остаточные явления в виде отдаленных последствий — изменений со стороны сосудисто-почечной системы. Особенно это относится к женщинам, у которых нефропатия носит затяжной характер. Спустя месяцы и даже годы после родов у некоторых из них развивается гипертоническая болезнь, которая носит специальное название постэкламптической гипертонии. Учитывая это, необходимо за женщинами, перенесшими нефропатию и эклампсию установить длительное наблюдение и после родов.

ТРАВМА МАТКИ, КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ И ПОСЛЕДУЮЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ — сочетание, требующее сугубого внимания врача женской консультации. Может наблюдаться самопроизвольное прерывание беременности, особенно после влагалищного кесарева сечения, что связано с нарушением целостности области внутреннего зева (см. также раздел «Женские болезни», недостаточность перешейка матки), неправильным прикреплении плаценты. Особенно неблагоприятно прикрепление ее в области рубца, что увеличивает опасность разрыва матки по рубцу даже во время беременности и особенно при родах. Рубцы после кесарева сечения, после перфорации стенки матки, при абортах, после консервативного удаления глубоко расположенных миоматозных узлов, после бывшего уже ранее разрыва матки — все это ведет в дальнейшем к неполноценности стенки матки и способствует при беременности и родах разрыву матки.

Осложнения в течение беременности и родов встречаются чаще после корпорального кесарева сечения, чем после операции, произведенной в нижнем маточном сегменте. Особенно велика угроза осложнений после неблагоприятного течения послеоперационного периода (вторичное заживление шва, когда рубец спаян с подлежащими тканями). Частота разрывов матки после бывшего ранее кесарева сечения при последующей беременности и родах достигает 20% и более после корпорального кесарева сечения и 4—5% после кесарева сечения в нижнем сегменте.

Болевые ощущения в области операционного рубца или в стенке матки, появляющиеся у беременной самопроизвольно, при шевелении плода или при пальпации, появление сукровичных выделений — все это ранние симптомы угрожающего разрыва матки. За такой беременной необходимо особое наблюдение; ее надлежит госпитализировать. Беременных после бывшего ранее кесарева сечения и при благоприятном течении беременности необходимо госпитализировать за 2—3 недели до родов.

УЩЕМЛЕНИЕ БЕРЕМЕННОЙ МАТКИ В МАЛОМ ТАЗЕ.

Причинами этой патологии являются воспалительные заболевания внутренних половых органов и последующая фиксация матки в положении ретрофлексии спайками после воспалительного процесса с соседними органами и окружающими тканями. Иногда к ущемлению беременной матки могут вести опухоли, исходящие из передней ее стенки, а также сужение прямого размера таза.

Симптомы. Обычно клинические проявления начинают возникать на IV месяце беременности, когда матка не может помещаться в пределах малого таза, начинает давить на мочевой пузырь и прямую кишку. Перерастяжение мочевого пузыря и застой в нем мочи могут вести к омертвлению его стенок.

Диагноз обычно не представляет особых затруднений. Появляются постепенно нарастающие боли. Беременная жалуется на затрудненное и болезненное мочеиспускание, чувство тяжести внизу живота.

При пальпации живота над лонным сочленением прощупывается флюктуирующее образование, верхняя граница которого определяется на уровне или выше пупка.

При осторожной катетеризации мочевого пузыря мужским металлическим катетером выделяется очень много мутной и дурно пахнущей мочи. Наружные половые органы отечны и цианотичны.

При влагалищном исследовании определяется резкое смещение шейки матки к лону. Полость малого таза занята округлым образованием, мягковатой консистенции (беременная матка).

Лечение заключается в бережном выведении матки (под эфирным наркозом) из полости малого таза; через задний свод двумя пальцами пытаются вытолкнуть матку в полость большого таза. Если это сделать не удается, тогда женщине придают коленно-локтевое положение, заднюю губу фиксируют пулевыми шпильками и подтягивают вниз, а двумя пальцами через задний свод выталкивают тело матки.

При безуспешности этого лечения показано инструментальное удаление плодного яйца или в крайнем случае чревосечение, при котором ущемленную беременную матку выводят в брюшную полость.

В. БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ ОРГАНИЗМА

АППЕНДИЦИТ при беременности встречается у 2—3% женщин, поступающих в больницы по поводу аппендицита. Чаще наблюдается в первые 6 месяцев беременности; редко во время родов и в послеродовом периоде.

Этиология и патогенез. Атония кишечника, запоры, задержка содержимого в правой половине толстого кишечника. С увеличением срока беременности присоединяются и механические моменты — смещение слепой кишки кверху, давление матки на голстый кишечник. Чаще отмечается рецидив, обострение имевшегося ранее аппендицита.

Аппендицит является тяжелым осложнением при беременности (аборт, преждевременные роды). Метастатические гнойные очаги из аппендикса могут распространяться на стенку беременной матки — в плаценту, оболочки плодного яйца и в само яйцо.

Течение аппендицита при беременности более тяжелое.

Сушественным признаком является внезапно наступающий приступ коликообразных болей, обычно локализующихся в правой подвздошной области. Боли при беременности могут оказаться выше и болевой симптом не так резко выражен. При значительном смещении слепой кишки аппендикс отделяется от париетальной брюшины и этим объясняется то, что при большом сроке беременности может отсутствовать рефлекторное напряжение брюшной стенки.

Диагноз. С увеличением срока беременности затрудняется диагноз и ухудшается прогноз. При остром приступе больная длительно остается в вынужденном положении на спине с приведенными к животу ногами, дыхание поверхностное, учащенное. Значительная разница между температурой подмышкой и в прямой кишке, повышенный лейкоцитоз (свыше 10 000 с увеличением количества полинуклеаров). В ранние сроки проводится дифференциальный диагноз с воспалением правых придатков, угрожающим выкидышем, преждевременными родами на основании данных влагалищного исследования, при большом сроке беременности — с пиелитом, почечной и печеночной коликой, холециститом, перфоративной язвой желудка.

Лечение острого аппендицита при беременности, независимо от срока последней, оперативное. Чем раньше проведена операция, тем благоприятнее исход для матери и плода.

При своевременно предпринятой операции почти всегда удается сохранить беременность. Если же имеется инфильтрация вокруг отростка или абсцесс, то производят опорожнение матки: при сроке 12 недель *per vaginam*, при больших сроках беременности — кесарево сечение и последующее удаление червеобразного отростка. Для предупреждения возможного прерывания беременности в ранние сроки после операции рекомендуется длительный постельный режим (7—10 дней) и комплексное гормональное лечение (см. табл. 8), но без введения эстрогенов.

ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН нижних конечностей и наружных половых органов часто отмечается во время беременности.

Этиология и патогенез. Капиллярное кровообращение изменяется со 2-й недели беременности — увеличивается число капиллярных петель; наибольшее увеличение наблюдается на VII—VIII

месяце беременности. Капиллярное давление в первую половину беременности уменьшается до 107 мм вод. ст. вместо 142 мм, а во второй половине беременности увеличивается до 164 мм вод. ст.

Причины стаза различны. Сдвиги в процессах обмена в сторону ацидоза, ангиоспазм, изменение кровяного давления, повреждение сосудистых стенок, несостоятельность клапанного аппарата, повышенная агглютинация эритроцитов, увеличение содержания фибриногена, влияние изменений в функции вегетативной нервной системы, изменения в функции эндокринного аппарата. Проницаемость стенки капилляров повышается (см. также раздел «Функциональная диагностика, лабораторные методы исследования, врачебные манипуляции»). Указанное предрасполагает к тромбозам.

Течение. Расширение поверхностных вен нижних конечностей сопровождается иногда припухлостью и уплотнением венозных стенок с покраснением кожи в этих участках, болезненностью при пальпации. Часто эти изменения самостоятельно ликвидируются, либо участки расширения становятся плотными и превращаются в узловые затвердения. Если тромб инфицируется, болезненность усиливается, повышается температура.

Тромбозы глубоких вен могут развиваться незаметно. Иногда на угрожающую возможность указывает постепенное ускорение, учащение пульса (признак Маллера). Тромбы могут отрываться и вызывать, в зависимости от величины тромба и места его фиксации, ограниченный инфаркт или смертельную эмболию (встречается редко).

ГЕМОРРОЙ — варикозное расширение вен нижнего отрезка прямой кишки. Располагают к этой патологии замедление тока крови, изменение сосудистой стенки при беременности, недостаточность кровообращения, запоры и др.

Симптомы. Иногда боли при дефекации, зуд в заднем проходе, появление трещин заднего прохода; при сильном натуживании во время испражнения иногда разрывается варикозный узел и появляется значительное кровотечение; возможен тромбоз.

Профилактика сводится к установлению диеты, способствующей регулярному опорожнению кишечника (овощи, фрукты, протокваша), изредка легкие слабительные (ревень); физкультура.

Лечение. При болях свечи с белладонной, папаверином, покой, холод на область заднего прохода.

ГИПО- И АВИТАМИНОЗЫ. Гиповитаминоз А встречается редко (0,3% случаев), проявляется в виде нарушения адаптации падения остроты зрения в сумерках без объективных изменений со стороны глаз. Одновременное сочетание гемералопии, отеков и альбуминурии при поздних токсикозах беременности связываются с эндогенным А-авитаминозом, наступающим вследствие нарушения функции печени, в которой формируется витамин А из каротина. Своевременное насыщение витаминами быстро ликвидирует описанные изменения. Недостаток витамина А может явиться одним из этнологических факторов, обуславливающих самопроизвольный аборт и преждевременные роды.

Гиповитаминоз В₁ в виде бери-бери характеризуется сердечно-сосудистыми нарушениями либо поражением нервной системы в виде

тяжелых парестезий с расстройством чувствительности и мышечной атрофией, особенно нижних конечностей, судорожными сведениями икроножных мышц, часто с нарушением чувствительности, одновременно сухостью кожи на голенях, стопах, гиперкератоз на коленях и локтях.

При гиповитаминозе V_1 нарушается нормальное течение беременности, а при отечной форме беременность прерывается — нарушается нормальное развитие плода, последний внутриутробно забирает V_1 -авитаминозом и погибает.

Особенно тяжелое течение отмечается у рожениц, у которых бери-бери выявлялась во время родов.

При недостатке витамина V_1 нарушается синтез ацетилхолина, почему при родах значительно снижается сократительная способность матки, наблюдается слабость родовой деятельности, атоническое кровотечение.

Парентеральное и особенно внутривенное введение массивных доз витамина V_1 ведет к быстрому улучшению, способствует снижению кровопотери в родах.

Гиповитаминоз V_2 (арибофлавиноз) характеризуется изменениями слизистой оболочки губ с образованием поверхностных трещин в углах рта (так называемый хейлоз), который постепенно распространяется на всю поверхность слизистой губ и прилегающих участков кожи. Трещины покрываются желтой мокнущей корочкой. Изменения кожи в виде себореи чаще всего на лице. Отмечаются перикорнеальная инъеция, явления кератита с васкуляризацией роговицы, сопровождающиеся светобоязнью, жжением в глазах; у кормящих женщин ведет к образованию трещин сосков. При беременности арибофлавиноз в чистом виде встречается редко. Сочетание его с недостаточностью других витаминов комплекса В (V_1 и РР) наблюдается чаще. Для эффективного лечения требуется применение продуктов, содержащих витамин V_2 (рибофлавин).

Профилактическое и лечебное применение способствует снижению частоты трещин сосков молочных желез, быстрому заживлению их.

Гиповитаминоз V_6 нередко ведет к возникновению ранних токсикозов, оказывает неблагоприятное влияние на функцию центральной нервной системы, эритропоэз.

Лечение. Пиридоксин *per os*, внутримышечно или подкожно. Обычно суточная доза (внутри или парентерально) 0,05—0,1 г (в 1—2 приема) в течение 1—2 месяцев. При токсикозах беременных лучше одновременно назначать витамины V_1 , V_2 , никотиновую и аскорбиновую кислоту. После исчезновения симптомов токсикоза суточную дозу пиридоксина снижают.

Гиповитаминоз V_{12} . Потребность в витамине V_{12} повышена при беременности и лактации. Витамин V_{12} участвует в углеводном обмене и в превращении холина в ацетилхолин. При недостатке его нарушается условнорефлекторная деятельность, при родах V_{12} оказывает обезболивающее действие — активизирует фолиевую кислоту, которая влияет на гемопоэз.

Лечение. По строгим показаниям (под постоянным наблюдением) в виде инъекций в мышцу от 100 до 1000 гамм в зависимости от состояния и характера проявления гиповитаминоза.

Гиповитаминоз С. Снижение содержания аскорбиновой кислоты в крови встречается у большинства беременных. Полагают, что это

явление не столько обусловлено С-витаминной недостаточностью, сколько является результатом перераспределения и накопления аскорбиновой кислоты в отдельных «депо» (переход от матери к плоду, в плаценту, в вещество головного мозга и инкреторных органов). Клинические проявления — кровоточивость десен, разрыхление и отслоение десен с расшатыванием зубов. Фолликулит, наиболее выраженный на голенях, встречается очень редко. Плохой уход за зубами и полостью рта благоприятствует цинготному поражению десен. Сравнительно чаще этот гиповитаминоз проявляется у беременных, которые в прошлом перенесли цингу.

Лечение — насыщение аскорбиновой кислотой.

Гиповитаминоз D обуславливает нарушение регуляции выделения и ассимиляции кальция и фосфора и может способствовать возникновению у беременной остеомаляции, тетании и спазмофилии, а у плода рахита.

Случаи развития выраженных форм остеомаляции у беременных и так называемые стертые формы встречаются крайне редко. Они выражаются в появлении болей в области лонного сочленения, в костях таза, изменении походки (утиная), болях в мышцах, парестезии. Рентгенологически определяется некоторое, а иногда значительное расхождение костей лонного сочленения (см. «Лонное сочленение», стр. 67), остеопороз лонных костей.

Указанные изменения обычно не сопровождаются заметным снижением содержания кальция и фосфора в крови.

Лечение. Рыбий жир с фосфором (0,01 г фосфора на 100 г рыбьего жира по 1 столовой ложке 3 раза в день), витамин D по 15 капель 3 раза в день, общее ультрафиолетовое облучение.

Гиповитаминоз E может вести к нарушению, прекращению беременности, развитию мышечной дистрофии. Витамин E (токоферол) усиливает продукцию гормона желтого тела, повышает способность к оплодотворению, сохранению беременности. Необходим в период внутриутробного развития плода. В комплексе с другими витаминами как профилактика привычных выкидышей и недонашивания; улучшает, повышает лактацию.

Лечение. На протяжении 2—3 недель витамин E в виде масла (концентрат), содержащего от 0,3 до 2% токоферола (по 1 чайной ложке в день). Масляный раствор, токоферолацетата в ампулах по 0,1 и 0,2 г в 1 мл рекомендуется сочетать с прогестероном.

Гиповитаминоз K ведет к снижению концентрации протромбина в крови, применяется во время беременности (с учетом протромбинового индекса) в комплексе мероприятий по профилактике послеродовых и ранних послеродовых кровотечений. Препарат назначается в течение 3—4 дней подряд по 0,02 г внутрь ежедневно. После 4—5-дневного перерыва прием повторяют в течение 3 дней. Дневную дозу можно разделить на 2 приема. Роженицам тотчас при поступлении в родильный дом дают викасол в количестве одной дневной дозы. Если в течение 12 часов роды не произошли, дозу повторяют; то же по истечении 24 часов.

В целях профилактики поздних токсикозов, патологических кровотечений во время родов, слабости ротовой деятельности, внутриутробной асфиксии, анемии беременных, трещин сосков, преждевременных родов каждой беременной в течение последних 2 месяцев беременности назначают ежедневно витамины: A — 3 мг, B₁ — 10 мг.

B_2 —10 мг, B_6 —10 мг, С—100 мг, фолиевую кислоту—1 мг, витамин D 1500 ИЕ, один раз в неделю внутримышечно B_{12} в дозе 200 гамм.

ГИПОКСИЯ. Имеет место та или иная степень гипоксии при нормальном течении беременности, возрастающая по мере увеличения срока ее. Компенсаторные механизмы беременной с нею справляются, и гипоксия вовсе себя не проявляет или очень мало проявляется. При токсикозах беременности как в первой, так и во второй половине явления гипоксии резко возрастают и угрожают здоровью и жизни плода и матери. В связи с этим токсикозы беременности можно рассматривать как хроническое гипоксическое состояние.

Кислородное голодание в разные сроки беременности оказывает различное влияние на развитие эмбриона и плода: кислородное голодание в период дробления и передвижения яйца к месту имплантации не исключает возможности последующего нормального развития эмбриона. Такая же степень кислородного голодания, но в период дифференцировки зародышевых листков и образования зачатков органов вызывает: а) нарушение процесса имплантации яйца вплоть до прекращения его развития; б) замедление дифференцировки зародышевых листков и нарушение органогенеза; эти нарушения обычно ведут к гибели плода, а плоды, рождающиеся живыми, обладают малым весом и ростом. Плод в течение первой и начале второй половины внутриутробной жизни весьма чувствителен к недостатку кислорода и другим факторам, возникающим при кислородном голодании матери (см. Фетопатии).

Отсюда чрезвычайно важно предупреждать возможность кислородного голодания с первых дней беременности [длительное пребывание на свежем воздухе, рациональное питание (см.), лечение выявленной патологии]. При токсикозах беременности, особенно ранних, оксигенотерапия является одним из наиболее совершенных и эффективных методов лечения. Она играет большую роль в нормализации окислительно-восстановительных процессов у беременной. Рекомендуется вдыхание кислорода по 10—12 л в минуту на протяжении 15—20 дней, 2 раза в день от 45 минут до 1½ часов; лучше пользоваться кислородной палаткой.

ГЛИКОЗУРИЯ БЕРЕМЕННОЙ. Этиология — повышенная проницаемость почек для сахара во время беременности (ренальная гликозурия). В норме порог проходимости почек для сахара — до 140 мг% сахара в крови.

Симптомы. Выделение сахара с мочой не превышает 20—25 г в сутки, всегда без ацетонурии. Содержание сахара в крови натощак и сахарная кривая после нагрузки глюкозой при этом нормальные; обычная почечная гликозурия может усиливаться в связи с большой пищевой нагрузкой углеводами (алиментарная гликозурия). После родов гликозурия исчезает.

Диагноз. Дифференцировать необходимо с сахарным диабетом; при последнем отмечается гипергликемия. Однако необходима осторожность, тщательное и длительное наблюдение, повторные исследования крови на сахар. Для более ранней дифференциальной диагностики рекомендуется исследовать сахарную кривую после нагрузки беременной сахаром: натощак дают выпить 50 г сахара, разведенного в 250 г воды, затем через каждые полчаса в течение 3 часов определяют количество сахара в крови. Нормально через

2 часа количество сахара в крови приходит к исходной цифре. При диабете отмечается высокий и длительный подъем уровня сахара в крови, не возвращающийся к исходной цифре даже и по прошествии 3 часов.

Лечение истинной гликозурии беременной сводится к рациональной диете (см. «Питание беременной»). Обычно во второй половине беременности и обязательно после родов гликозурия исчезает.

ГРЫЖИ¹. Выхождение органов брюшной полости за ее пределы под кожу или в другие ткани и полости — у беременных явление нечастое. Основное условие предупреждения связанных с грыжей осложнений — устранение заболевания оперативным путем до начала половой жизни или до наступления беременности.

Любая грыжа — паховая, бедренная, пупочная, белой линии и сухожильных перемычек прямых мышц живота и др. — может ущемиться.

Попытки к вправлению ущемленной грыжи абсолютно противопоказаны. В случае ущемления показана неотложная операция в любом сроке беременности. Оперативное лечение обычно не ведет к нарушению беременности.

Неосложненные, даже значительных размеров грыжи не являются показанием к прерыванию беременности, особенно в сроки свыше 12 недель. Сохранение беременности не повышает числа осложнений, связанных с наличием грыжи.

В индивидуальной карте беременной наличие грыжи обязательно должно быть указано.

Ведение родов и послеродового периода требует особого внимания. Подозрение на ущемление грыжи во время родов является показанием к неотложному родоразрешению путем кесарева сечения или при наличии условий — другой акушерской операции и последующего грывесечения.

ГЛИСТНАЯ ИНВАЗИЯ. Глистная инвазия отрицательно влияет на состояние беременной (анемия, отечность нижних конечностей, общая вялость, симптомы недостаточности сердечной деятельности и т. д.). С увеличением срока беременности ухудшается состояние беременной, глистная инвазия часто имитирует токсикоз, а нередко ведет к развитию настоящего токсикоза беременности.

Оказывает вредное влияние и на плод. Не исключена возможность внутриутробной инвазии плода. Глистная инвазия ведет к патологическим изменениям в плаценте, что наряду с анемией приводит к кислородному голоданию плода, преждевременному прерыванию беременности. Всем беременным женщинам (желательно в первой половине беременности) необходимо исследовать (троекратно) кал и яйца глистов.

Анкилостомидозы. Заболевания, вызываемые двумя круглыми гельминтами — анкилостомой (*Ancylostoma duodenalis*) и некотором (*Necator americanus*). Оба гельминта сходны между собой. Взрослые паразиты живут в двенадцатиперстной кишке человека, питаются кровью.

Вышедшие из кишечника яйца созревают во внешней среде (при благоприятных климатических условиях) до стадии подвижной личинки. Созревшие личинки могут активно передвигаться. Личинки

¹ Написано кандидатом медицинских наук Р. А. Хентовым.

анкилостомид из загрязненной ими почвы внедряются через неповрежденную кожу человека. По кровеносным сосудам личинки попадают в кишечник и развиваются здесь во взрослых паразитов. Заражение происходит и при попадании личинок анкилостомод через рот от зараженных пищевых продуктов, воды. Миграция личинок анкилостомид может привести к внутриутробному заражению плода.

Симптомы, течение. При проникновении личинок через кожу наблюдается покраснение кожи, появление сыпи, отека, зуда. Легочные явления могут протекать под диагнозом гриппа или катара дыхательных путей. Могут наблюдаться желудочно-кишечные расстройства — тошнота, рвота, извращение аппетита, боли в подложечной области, тяжесть в животе. В кишечнике анкилостомиды перемещаются, повреждают слизистую оболочку, наносят множественные ранения, вызывая длительное кровотечение, в связи с чем при анкилостомидозах очень часто развиваются гипохромные анемии (последняя с беременностью усиливается). При тяжелых формах анкилостомидозной анемии могут быть спонтанный аборт и преждевременные роды, общая слабость, головокружение, головные боли, потемнение в глазах, одышка. Больные становятся вялыми, апатичными. Восковидная бледность кожных покровов. Боли в области сердца, учащенное сердцебиение.

Диагноз анкилостомидозов ставится на основании обнаружения яиц в испражнениях и данных клинического обследования больных.

Лечение проводится специфическое — гептилрезорцином (см. аскаридоз, лечение).

Аскаридоз. Круглый червь паразитирует в тонких кишках человека. Выход личинки из яйцевой оболочки совершается в кишечнике. Развитие половозрелой формы аскариды происходит после миграции личинки по кровяному руслу и повторного возвращения ее в кишечник. Аскариды могут проникнуть в околоматочную клетчатку, маточные трубы и яичник.

У беременных женщин возможен переход личинок аскарид через плацентарный барьер, что может вести к внутриутробному заражению плода.

Течение аскаридоза у беременных женщин отличается большим полиморфизмом: отсутствие аппетита или чрезмерный аппетит, обложенный язык, боли в подложечной области, внизу живота, боли в области пупка, тошнота, рвота, слюнотечение, уртикарная сыпь, отеки век, общая слабость, утомляемость, головокружение, обморочные состояния, извращение вкуса, обоняния.

Аскаридоз может симулировать угрожающий выкидыш, угрожающие преждевременные роды и может вести к таковому.

Диагноз ставится на основании микроскопического исследования кала на яйца гельминтов. Анализ кала при аскаридозе может в ряде случаев не дать положительного результата при наличии одних самцов, прекращении яйцекладки у самок, незрелых самок. Распознавание возможно на основании клинических проявлений болезни и самопроизвольного отхождения паразитов.

Лечение. Применяется гептилрезорцин, пиперазин, кислород. Лечение производится во все сроки беременности.

Гептилрезорцин выпускается в драже по 0,1 г. Лечение проводится один день. Курс лечения 18—14 таблеток (1,3—1,4 г).

Накануне на ночь назначается очистительная клизма. Утром натощак, через 12 часов после последнего приема пищи, принимают все 13—14 таблеток гептилрезорцина в течение 30—40 минут, запивая водой. Таблетки надо проглатывать не разжевывая. Первый завтрак разрешается через 3—3½ часа. В день приема гептилрезорцина на ночь назначается очистительная клизма.

При болях в подложечной области применяется грелка. Применение солевых слабительных у беременных женщин противопоказано. Повторный курс лечения проводится через 2—3 недели.

Противопоказания. Язвенные и воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта. Сердечно-сосудистая патология в стадии декомпенсации. Угрожающее преждевременное прерывание беременности, преждевременное отхождение вод, преэклампсия, предлежание плаценты и другие формы акушерской патологии, при которых необходимо соблюдать покой.

Пиперазин (Piperasium) и его соли (адипинат, сульфат, цитрат и др.). Лечение проводится 2 дня. На курс лечения 6 г. Препараты назначаются 3 раза в день по 1 г через час после приема пищи.

Пищевой особый режим не соблюдается. При отсутствии стула на 2-й день вечером назначается очистительная клизма.

Противопоказания. Поздние токсикозы (подозрение на нефропатию, нефрозо-нефриты): нарушения со стороны центральной нервной системы; предлежание плаценты.

Rp. Piperasini adipinati C,5

D. t. d. N. 12

S. По 2 таблетки 3 раза в день, через час после еды

Оксигенотерапия проводится в первой половине беременности. Пищевой режим обычный. Доза на сеанс кислорода 1500 мл. Кислород вводится в желудок через зонд в горизонтальном положении больной. Лечение проводится натощак или через 3—4 часа после еды. Кислород вводится медленно по 200 мл с интервалами 2—3 минуты. Больные после введения кислорода остаются в горизонтальном положении в течение 3 часов. Прием пищи по истечении этого срока. На следующий день при отсутствии стула рекомендуется поставить клизму.

Противопоказания. Токсикозы (учащенная рвота, повышенная саливация), угрожающий выкидыш.

Дифиллоботриоз вызывается широким лентецом. Это крупный ленточный глист, состоит из множества члеников. Живет в тонких кишках человека. Выделенные широким лентецом яйца в кишечнике в значительном количестве выходят наружу с испражнениями. Дальнейшее развитие яиц происходит в водоемах с пресной водой. Выросшие личинки выходят из яиц и проглатываются рачками-циклопами, в которых происходит дальнейшее их развитие. Рыбы (ерш, налим, щука, окунь, форель, лосось), питаясь рачками, проглатывают зародыши, которые превращаются в белые образования — плероцеркоиды. Ими заражается человек, съедая сырую, свежемороженную (строганину), недоваренную, недожаренную или малосоленую рыбу, а также икру. Источником заражения, кроме человека, являются домашние и дикие животные.

Течение. Паразит оказывает токсическое влияние на организм, главным образом на кровь и кроветворные органы. При этом могут

наблюдаться симптомы, характерные для пернициозной анемии. В первой половине беременности появляются жалобы на тошноту, рвоту, отрыжку, нарушение аппетита, головные боли, раздражительность, обмороки, головокружение. В дальнейшем жалобы нарастают, появляется общая слабость, болезненная сыпь на языке, слизистых оболочках щек и десен, язык становится ярко-красным, отмечаются пастозность лица, отеки нижних конечностей. Появляются боли внизу живота, пояснице (ложные схватки), отсутствие шевеления плода. Анемия резко прогрессирует. В крови изменения, характерные для злокачественной анемии, гемоглобин резко падает, уменьшается количество эритроцитов (до 600 000—900 000).

Диагноз ставится на основании лабораторного исследования испражнений и выделения члеников широкого лентеца.

Лечение. Семена тыквы (*Semina cucurbitae*). Накануне лечения вечером надо принять слабительное (пурген). Утром в день лечения ставится очистительная клизма. После действия клизмы принимают семена тыквы, приготовленные по следующему способу: тыквенные (нежареные) семена в количестве 500 г вместе с кожурой пропускаются через мясорубку, заливаются двойным количеством воды и ставятся на водяную баню на 2 часа. Через марлю отцеживается весь отвар, после чего с поверхности снимается масляная пленка. Всю порцию отвара большая принимает в течение 30—40 минут. Через 2 часа после приема отвара делается очистительная клизма. Завтрак — после действия клизмы.

Если паразит выделился без головки, лечение можно повторить через 2 месяца.

Противопоказания. Угрожающее преждевременное прерывание беременности, преждевременное отхождение вод, преэклампсия, предлежание плаценты и другие формы акушерской патологии, при которых необходимо соблюдать покой.

Лечение акрихином. Накануне и в день лечения ограничение жиров, острого, соленого. Накануне лечения на ночь принять слабительное (пурген). Утром поставить очистительную клизму и натощак принять акрихин в количестве 8 таблеток по 0,1 г (0,8 г) в течение 30 минут. Через 1 час после приема последней таблетки акрихина поставить клизму. В случае отсутствия отхождения члеников или выхода паразита без головки надо повторить клизму еще 1—2 раза.

Противопоказания. Учащенная рвота, повышенная саливация, угрожающее преждевременное прерывание беременности, преждевременное отхождение вод; предлежание плаценты, психические заболевания, психопатия, при нарушении выделительной функции почек, при холемии.

Комбинированное лечение тыквенными семенами и акрихином. Тыквенные семена назначают в мелких дозах (300 г), через 1 час после приема семян — акрихин в количестве 4 таблеток по 0,1 г (0,4 г) в течение 15 минут и через 1 час после приема последней таблетки акрихина — очистительную клизму.

Тенидозы. Заболевание вызывается крупным гельминтом — бычьим или свиным цепнем. Паразитируют в тонких кишках человека.

Зрелые членики, содержащие большое количество яиц, механически выделяются во внешнюю среду. Членики бычьего цепня могут активно выползать из заднепроходного отверстия.

Дальнейшее развитие зародышей происходит в организме животных, которые служат для ленточных гельминтов промежуточными хозяевами.

Человек заражается тенидозами, употребляя в пищу сырое, плохо проваренное и плохо прожаренное мясо, содержащее жизнеспособные личинки (финки) бычьего и свиного цепня. В некоторых случаях (при рвоте, с загрязненными продуктами, с загрязненных рук и пр.) яйца свиного цепня попадают в желудок, теряют свою оболочку, проникают в кровь. В мышцах из них образуются личинки (финки) — цистицерки. Финки могут поселяться в центральной нервной системе, глазу и других органах.

Паразитирование у беременных женщин свиного цепня не различно и для внутриутробного плода. Цистицеркозом может быть поражена матка. Финка может локализоваться в шейке матки, в ее слизистой оболочке.

Течение. Изменения со стороны желудочно-кишечного тракта и нервной системы: тошнота, рвота, повышение аппетита, жидкий стул, боли в подложечной области, в области слепой кишки. У женщин боли могут имитировать воспаление придатков. Общая слабость, раздражительность, головные боли, плохой сон, малокровие, боли в области сердца. Заболевание нередко может протекать без особых симптомов.

Диагноз тениринхоза и тенидоза устанавливается на основании наличия члеников в экскрементах, активного выползания члеников бычьего цепня. Лабораторное исследование испражнений. Чаще можно обнаружить при исследовании соскоба с перипанальных складок или ректального соскоба.

Лечение см. Дифиллоботриоз, лечение.

Трихинеллез. Трихинелла — мелкая нематода, паразитирующая в организме человека, а также свиней, кошек, крыс, мышей, барсуков, медведей и других животных. Человек заражается трихинеллезом при употреблении в пищу мяса свиней и других животных, содержащих мышечных трихинелл. Местом локализации взрослых трихинелл является стенка нижнего отдела тонкого кишечника и слепой кишки. Находящиеся в кишечнике самки через 6—7 дней рожают юных трихинелл, которые проникают в лимфатические сосуды и током крови разносятся по всему организму. Развитие трихинелл происходит в поперечнополосатой мускулатуре (межреберные мышцы, мышцы диафрагмы, гортани, языка). Здесь личинки подрастают, свертываются в спираль, покрываются капсулой и через 6 месяцев начинают обызвестляться. Для превращения личинок во взрослых паразитов они должны попасть в кишечник другого хозяина. У беременных женщин не исключена возможность реактивного раздражения мышцы матки личинками трихинелл при попадании их в матку с током крови.

Течение. При заболевании беременных женщин трихинеллезом легкие формы могут дать осложнения. Этим больным ставят диагноз нефроза, нефрозо-нефрита и др. Жалобы на головные боли, бессонницу, резкую болезненность мышц нижних конечностей, диафрагмы, мышц живота, затруднение движения глазных яблок. Может появиться уртикарная сыпь, сопровождающаяся зудом. Отеки вокруг глаз, одутловатость лица, повышение температуры, ускоренная РОЭ, эозинофилия, поражение мышц сердца. Трихинеллез может вести к прерыванию беременности.

Диагноз основывается на клинической картине заболевания и эпидемиологических данных. Применяется также реакция преципитации и аллергическая кожная проба.

Лечение. Специфических методов лечения трихинеллеза не имеется. Правильный уход, повышение сопротивляемости организма, обильное питье, сердечные средства, болеутоляющие.

Применение противоаллергических препаратов (димедрол, пипольфен и др.), АКТГ, кортизона.

Трихоцефалез. Власоглав — небольшой гельминт длиной до 5,5 см. Паразитирует в толстых кишках человека, преимущественно в слепой кишке. Своим тонким головным концом внедряется в слизистую оболочку кишок. Взрослая самка откладывает в кишечнике человека яйца. Развитие их происходит во внешней среде. При проглатывании человеком созревших яиц через 4—5 недель из них развиваются взрослые паразиты.

Течение. Раздражительность, головокружение, головная боль, обмороки, судорожные припадки. При трихоцефалезе возникают разнообразные нервные расстройства, может развиваться анемия. Наблюдается нарушение стула, чаще запоры. Понижение аппетита, тошнота, рвота. Боли в животе, чаще в подвздошной области, симулирующие иногда аппендицит или заболевание придатков. Могут иметь место жалобы на сердцебиение с болями, боли, отдающие в левую лопатку, левую руку, онемение кончиков пальцев. Власоглавы, находящиеся в слепой кишке, могут вызвать симптомы язвенной болезни.

Диагноз трихоцефалеза ставится на основании лабораторного исследования кала.

Лечение проводится гептилрезорцином. Дозы и методика применения (см. Аскаридоз, лечение). При трихоцефалезе рекомендуется проводить два курса лечения с интервалом между приемами в 14 дней. Контрольные исследования кала проводятся не ранее 2 недель после окончания лечения. В случае отсутствия яиц анализы рекомендуется повторить 2 раза с перерывом 10—12 дней.

Оксигенотерапия проводится *per rectum* в течение 3—5 дней. Диета не соблюдается. Накануне лечения вечером назначается пурген. Ежедневно утром перед введением кислорода ставится очистительная клизма. Больные лежат на левом боку. В прямую кишку через толстый резиновый наконечник вводится медленно кислород по 150 мл с интервалом 3 минуты, всего до 1500 мл. После введения кислорода лежать на спине 2 часа. Для повышения эффективности лечения трихоцефалеза рекомендуется применять кислородотерапию в сочетании с назначением гептилрезорцина.

Противопоказания — вторая половина беременности, подозрение на предлежание плаценты, угрожающий выкидыш.

Энтеробиоз. Острица — мелкий круглый червь. Паразитирует в нижнем отделе тонкого кишечника и в толстых кишках. Самки остриц выползают через анальное отверстие и откладывают яйца вне кишечника, после чего погибают.

При проглатывании зрелых яиц в кишечнике развивается взрослый паразит. Заражение острицами происходит при контакте с больными и через предметы и продукты питания, загрязненные яйцами остриц. Острицы, ползая по промежности, проникают во влагалище и во внутренние половые органы, что может вызвать вульвовагинит, эндометрит, сальпингит.

Течение. Острицы заползают во влагалище, вызывая сильный зуд, ведущий к расчесам клитора и половых губ, вследствие чего появляется воспаление вульвы и слизистой оболочки вагины, сопровождающееся болями. Зуд в анальной области, промежности, бессонница, раздражительность, общая слабость. Отсутствие аппетита, тошнота, боли в животе разлитого характера, чаще боли в области слепой кишки. Энтеробиоз может вызвать воспаление червеобразного отростка. Учащенный стул. Дерматит в области промежности.

Диагноз устанавливается путем исследования: 1) соскоба с перианальных складок; 2) ректальной слизи; 3) ногтей и подногтевых пространств; 4) фекалий. Большое значение имеют жалобы больных на отхождение остриц.

Лечение энтеробиоза складывается из комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

Пиперазин и его соли (адипинат, сульфат и др.) назначаются по 1 г через час после еды 2 раза в день в течение 5 дней, без перерыва. Пищевой режим обычный. Повторный цикл лечения проводится с интервалом 10 дней. В случае задержки стула назначается очистительная клизма.

Rp. Piperasini adipinati 0,5

D. t. d. N. 20

S. По 2 таблетки 2 раза в день, через час после еды в течение 5 дней

При инвазии острицами лечебным средством является морковный сок в количестве 1—2 стакана в день, который принимается длительно.

С проведением цикла лечения необходимо одновременно выполнять санитарно-профилактические мероприятия. У зараженных должна быть устранена возможность инвазии окружающих и аутореинвазия. **Профилактика** — очистительные клизмы для удаления зрелых остриц.

Противопоказания. Поздние токсикозы (нефропатия, нефрозо-нефриты, учащенная рвота), нарушения со стороны центральной нервной системы, предлежание плаценты.

Эхинококкоз. Эхинококк — мелкий паразит, состоящий из 3—4 члеников. Ленточная форма паразита живет в тонком кишечнике собаки и хищных млекопитающих. Различают два вида возбудителей эхинококка — однокамерный и многокамерный. Взрослые стадии их близки друг другу, имеют различие в строении.

Инвазия человека происходит при проглатывании яиц, рассеиваемых собакой главным образом с фекалиями. В пищеварительном тракте из яиц выходят зародыши, которые проникают в стенку кишечника и током крови заносятся в различные органы и ткани. Там из них очень медленно вырастают эхинококковые пузыри, чаще всего в печени и легких.

Эхинококк может локализоваться в самых разнообразных отделах женской половой сферы. Он может находиться во внутренних половых органах (матка, трубы, яичники), малом тазе; типичной локализацией его является параметрий.

Во время беременности наблюдается быстрое развитие эхинококка независимо от его локализации, поэтому чаще всего он и выявляется во время беременности.

Течение эхинококкоза зависит от локализации кисты в том или ином органе и ее размеров. Может происходить всасывание токсических веществ, характеризующееся явлениями интоксикации в виде крапивницы, зуда, одышки, сердцебиения, повышения температуры и количества эозинофилов в крови.

При эхинококкозе легких наблюдаются кашель, за грудные боли, одышка, выпячивание соответствующей половины грудной клетки. При эхинококкозе печени боли в правом или в левом подреберье, желтуха, асцит.

При беременности и родах эхинококковые кисты подвергаются сдавлению, могут явиться препятствием для прохождения предлежащей части, вызвать неправильное положение плода; прорыв эхинококка возможен при наложении щипцов или спонтанно.

Диагноз эхинококка может быть поставлен по клиническим признакам, симптомам со стороны пораженного органа, по увеличению числа эозинофилов (встречается непостоянно), рентгеноскопии. Внутрикожная аллергическая проба (реакция Кацони).

Лечение. Радикальное лечение эхинококкоза — хирургическое.

ГОНОРЕЯ см. Женские болезни, Гонорея.

ДЫХАНИЯ ОРГАНЫ, ЗАБОЛЕВАНИЯ. Абсцесс легких, абсцедирующие бронхоэктазы, гангрена легких в большинстве являются осложнением перенесенной крупозной пневмонии, иногда туберкулезной пневмонии. Ухудшение общего состояния, повышение температуры, озноб, появление большого количества гнойной или гнилостной мокроты с запахом. Распознается аускультативно. Если полость абсцесса расположена близко к стенке грудной клетки, прослушиваются звучные влажные хрипы, ранее не определявшиеся; рентгеноскопия и рентгенография грудной клетки.

Беременность в таком состоянии значительно ухудшает течение и вынуждает к прерыванию ее в самые ранние сроки. Необходима срочная госпитализация больной в терапевтический стационар или во второе отделение родильного дома.

Астма бронхиальная весьма редко осложняет течение беременности и родов настолько, чтобы пришлось прервать беременность или форсировать наступление родов. Иногда заболевание появляется впервые с наступлением беременности и, подобно раннему токсикозу, исчезает во второй половины ее. Крайне редко бронхиальная астма как своеобразное проявление токсикоза беременности сохраняется в течение всей беременности, принимая особо тяжелое течение, вынуждающее ставить вопрос о прерывании беременности. Появление часто повторяющихся приступов бронхиальной астмы в первые недели беременности у ранее здоровых женщин может явиться показанием к прерыванию беременности.

В отличие от описанной чаще встречается бронхиальная астма, существовавшая до беременности; с последней обычно ухудшается в своем течении. При этом вследствие гипоксии часто (до 70% случаев) погибает внутриутробно плод.

Ухудшение течения заболевания может в ранние сроки служить показанием к искусственному прерыванию беременности. В поздние сроки беременности следует использовать существующую терапию (Sol. Ephedrin hydrochlorici 5% 1,0 под кожу, Sol. Calcii chlorati 10% 10,0 внутривенно, активная психотерапия и др.) и каль-

ко в тяжелых случаях при отсутствии эффекта от лечения может возникнуть вопрос о прерывании беременности максимально бережным способом. Беременная, страдающая бронхиальной астмой, должна быть госпитализирована и наблюдаться акушером и терапевтом. Только при благоприятном течении она может находиться под наблюдением женской консультации. Наблюдение и лечение проводит терапевт при консультации с акушером. В большом сроке беременности необходимо все же больную госпитализировать.

Пневмония гриппозная (вирусная). Заболевание начинается обычно с бронхита, затем температура повышается до 38—39°, появляются озноб, приступообразный кашель, головная боль, одышка, в крови нередко лейкопения. Заболевание контагиозное.

Течение. Беременность, особенно в большие сроки, протекает тяжело. Если инфекция имеет место в первые недели беременности, не исключается заражение и гибель эмбриона или развитие у него эмбриопатий. В более поздние сроки в большом проценте случаев плод погибает, часто наступает выкидыш и преждевременные роды.

Ранняя диагностика проводится на основании рентгенологических (перибронхиальные и периваскулярные изменения, которые появляются ранее клинических) и аускультативных (влажные хрипы) данных. Необходимо учитывать эпидемиологические данные.

Лечение. Необходимо госпитализация, ликвидация пневмонии до наступления родовой деятельности, так как родовой акт при пневмонии опасен для жизни роженицы. Антибактериальная терапия (биомицин, тетрацилин по 1—2 г в сутки в течение 7—8 дней). Сердечные средства, витамины комплекс В, оксигенотерапия, глюкоза внутривенно.

Пневмония крупозная протекает тем тяжелее, чем больше срок беременности. Особенно опасна пневмония при родах: затрудненное кровообращение в легких, отек последних и недостаточность сердечной деятельности могут вести к тяжелому исходу как для матери, так и для плода.

Течение. Развившаяся в поздние месяцы беременности пневмония в большом проценте (60—70%) ведет к преждевременному прерыванию ее.

Пневмония опасна и в послеродовом периоде, особенно если она развивается сейчас же или скоро после родов. Первичная пневмония менее опасна, чем развивающаяся при эклампсии или на фоне другого патологического процесса.

Возможен переход пневмококков к плоду и рождение ребенка с явлениями пневмонии. Возможно метастазирование пневмококка в эндометрий и развитие endometritis puerperalis pneumococcica.

Лечение. Ранняя диагностика, ранняя госпитализация при одновременном наблюдении акушера и терапевта.

Антибактериальная терапия, надлежащий уход, диета — высококалорийное питание, витамины (В, С). Сердечные средства, оксигенотерапия, глюкоза внутривенно. При повышенной возбудимости матки свечи с папаверином, инъекции сернокислой магнезии (10 мл 25% раствора внутримышечно). При уже начавшейся родовой деятельности у роженицы с пневмонией необходимо при полном открытии маточного зева, отошедших водах, головке, стоящей в узкой части полости или на тазовом дне, выключить потуги наложением акушерских щипцов.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ. При нормальном течении беременности методом офтальмоскопии отмечаются нерезко выраженные нестойкие изменения периферических границ поля зрения, относительное увеличение слепого пятна, понижение адаптационной способности. После аборта или родов эти изменения, как правило, исчезают.

Понижение адаптационной способности глаз требует наряду с назначением во время беременности целесообразной диеты, богатой витамином А, обеспечения благоприятных условий работы на производстве — хорошее дневное или искусственное освещение.

При токсикозах беременности отмечаются изменения сосудов глазного дна ангиоспастического характера, которые классифицируются как: 1) ангиопатия — слабая, умеренная, сильная и 2) ретинопатия.

Эти изменения вначале функционального характера, а затем с явлениями ангиосклероза (неравномерность калибра, штопоробразная извитость артерий, симптом Гвиста, артерио-венозный перекрест — Салют I—II, феномен серебряной проволоки).

Изменения в сосудах глазного дна часто возникают раньше, чем клинические проявления токсикоза беременности. Белые пятна и кровоизлияния располагаются в центре глазного дна. Примерно в $\frac{1}{3}$ случаев изменений глазного дна наблюдается отек сетчатой оболочки (один из характерных признаков при токсикозе) и соска зрительного нерва.

Поле зрения при токсикозах беременности такое же, как и при нормальном течении. Размер слепого пятна больше, чем при нормальном течении беременности.

Наиболее типичные формы нейроретинопатий (типа папиллоретинита) наблюдаются при длительной нефропатии беременных.

Перенесенные токсикозы беременности часто оставляют стойкие сужения сосудов глазного дна, которые обнаруживаются даже при нормально протекающей следующей беременности.

Прогноз: а) при ангиопатии слабой и умеренной на данный момент — благоприятный, б) при сильной — сомнительный, в) при ретинопатии — неблагоприятный.

Сильный ангиоспазм, появление ишемических очагов являются относительным показанием к прерыванию беременности.

Особенно опасен зрительный и ретробульбарный неврит, который развивается на почве токсикозов беременности; в результате нередко происходит потеря зрения вследствие атрофии зрительных нервов. При первых малейших признаках показано прерывание беременности.

Высокая степень близорукости у беременных иногда ведет к кровоизлияниям в сетчатку и хориоидиту, которые вызывают значительное ослабление зрения и являются показаниями к прерыванию беременности.

Профилактика — Повторное проведение офтальмоскопии у беременных и обязательно у всех с токсикозами беременности наряду с систематическим измерением артериального давления.

Лечение см. Поздние токсикозы беременности, Гипертоническая болезнь под контролем состояния глазного дна (офтальмолог).

При высокой степени близорукости (8—9 диоптрий и больше) показано выключение потуг.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЗУБОВ И ПОЛОСТИ РТА. При беременности наблюдается чаще развитие кариозного процесса, угрожающего интоксикацией и возможной генерализацией инфекции в родах и в послеродовом периоде. Кариозные процессы зубов во время беременности протекают с быстрым разрушением, что объясняют изменениями химизма, слюны, флоры полости рта, а также некоторой декальциацией зубов во время беременности.

Гингивит — катаральное воспаление десневых сосочков. Появляется на II—IV месяце беременности и длится обычно до послеродового периода.

Лечение. 1—2% раствор танина, настойка мирры (несколько капель на стакан воды), однако терапия малоэффективна. Важное значение имеет уход за полостью рта: снять зубной камень, удалить негигиенические протезы, оставшиеся корни, запломбировать кариозные зубы. При наличии у беременной нефрита гингивит нередко приобретает язвенный характер.

Иногда во время беременности встречается **гипертрофический гингивит и десневой полип**. Лечение полипа хирургическое, но и при этом возможен рецидив. С окончанием беременности десневые полипы нередко самостоятельно исчезают. Иногда склонность к полипозным разрастаниям десны сохраняется и в лактационном периоде.

Кариес неосложненный (поражение твердых тканей зуба). Течение его во время беременности нередко более острое, быстро прогрессируют кариозные разрушения. Профилактически у всех беременных необходимо проводить осмотр полости рта не менее 2 раз в первой половине беременности и ежемесячно в последние месяцы ее, что позволяет выявить и ликвидировать кариозные поражения в начальных стадиях. Обязательно применение обезболивающих дентин средств.

Кариес осложненный. Разрушенный дентин становится проходным для микроорганизмов полости рта. Последние проникают в пульпу и кариес, таким образом, осложняется пульпитом. Необходимо наложить тампон с кокаиновой пастой или фенолом на воспаленную пульпу, а затем лечить. Терапия пульпита предупреждает возникновение гангренозного распада пульпы.

Околорезцовые инфекционные очаги возникают вслед за распадом пульпы в результате проникновения инфекции за верхушечное отверстие корневого канала. Чтобы не проглядеть латентно протекающего периодонтита, необходимо произвести рентгенографию всех депульпированных зубов и тщательно обследовать околоверхушечные пространства. Очаги инфекции должны быть удалены в ранние сроки беременности. Беременность не является противопоказанием к экстракции и лечению зубов и заболеваний полости рта. Необходимо лишь оградить женщину от психической и болевой травмы и все манипуляции производить под полноценной анестезией. Только состояние угрожающего выкидыша или преждевременного прерывания беременности может на некоторое время ограничить показания к хирургическому вмешательству.

ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ. Ангина фолликулярная опасна возможностью переноса током крови возбудителя и развития тяжелого септического заболевания. Ангина флегмонозная ведет нередко к прерыванию беременности, внутриутробной гибели плода. Во время родов ангина опасна возможностью развития тяжелого после-

родового септического заболевания. В зависимости от реактивности организма, характера возбудителя течение ангины различное, но при беременности особенно часто наблюдается выраженная общая реакция, угрожающая не только матери, но и здоровью и жизни внутриутробного плода.

Профилактика. Своевременное лечение хронического тонзиллита.

Лечение — постельный режим, сульфаниламидные препараты, антибиотики. Обязательная консультация с отоларингологом.

Болезнь Боткина (эпидемический гепатит) может возникнуть в любом месяце беременности. Восприимчивость к болезни повышается преимущественно во второй ее половине. Более неблагоприятное течение при заболевании на VII—X месяце.

Течение. Остро наступающая желтуха беременных в большинстве случаев представляет собой одно из проявлений болезни Боткина. Клиническая и патоморфологическая картина «акушерской» острой желтой дистрофии печени в большинстве случаев является злокачественной формой болезни Боткина.

Различают инкубационный период (продолжительность его от 2 до 6 недель), преджелтушный (от 1 до 10 и больше дней), желтушный (в течение 4—10 недель).

Болезнь отрицательно влияет на течение и исход беременности: у трети больных наступают преждевременные роды, реже внутриутробная смерть плода (в разгар или чаще в период спада желтухи), что связано с наступающим при этом склерозом, фиброзом децидуальной ткани и стромы и с гиалинозом ворсин. Не исключается внутритробное заражение плода.

При заболевании в самые ранние сроки беременности отмечают (до 10%) развитие уродств у плода. Имеет место и высокий процент ранней детской смертности.

Аntenатальная и постнатальная смерть плода зависит от тяжести инфекционного гепатита. У детей, родившихся от матерей, болевших во время беременности, иногда отмечается гипотрофия, большая длительность так называемой физиологической желтухи.

Течение болезни во время беременности имеет некоторые особенности. Начало заболевания протекает в виде токсикоза беременности или появления признаков, угрожающих прерыванию беременности (схватки, кровянистые выделения), преджелтушный и желтушный периоды затягиваются, протекают с нормальной температурой.

Объективно: увеличенная, болезненная, уплотненная печень, иногда увеличена селезенка; билирубинемия (при средней тяжести и тяжелом заболевании до 20 мг% по ван ден Бергу), пониженное содержание фибриногена.

Легкое течение болезни Боткина не является показанием к искусственному прерыванию беременности. В остром периоде опасно прерывание беременности, так как это часто оказывает отрицательное влияние на исход заболевания. Затянувшиеся формы болезни (средней тяжести и тяжелое течение) служат показанием к прерыванию беременности, но только после тщательного обследования и наблюдения в стационаре и исключительно бережным методом (стимуляция родовой деятельности, разрыв плодного пузыря, метрейз). Кесарево сечение опасно ввиду развития острой дистрофии печени.

Лечение. Показана как можно ранняя (в преджелтушном периоде) госпитализация и лечение в соответствующем стационаре. Терапия комплексная: строгий постельный режим с рациональной диетотерапией (углеводов 300—500 г, белков 150 г, ограничение жиров), обильное питье, внутривенные капельные вливания 5—10% раствора глюкозы с предварительным подкожным введением инсулина, витамины — рибофлавин 8—20 мг, аскорбиновая кислота 300—400 мг и др. При своевременной рациональной терапии летальные исходы не превышают таковых у больных небеременных. Роды проводятся в изоляторе инфекционной больницы. Роды нередко осложняются преждевременным отхождением вод, атоническим кровотечением. В послеродовом периоде крайне редко, но все же встречаются острая желтая дистрофия печени, абсцедирующий септический гепатит.

Кормление грудью новорожденного допустимо при удовлетворительном состоянии родильницы. В послеродовом периоде с целью профилактики субинволюции матки рекомендуется давать препараты спорыньи или другие сокращающие матку средства (питуитрин, окситоцин).

Выписывать из стационара не ранее 3—4-й недели периода выздоровления. После перенесенной болезни наблюдаются остаточные явления, которые при последующей беременности могут обусловить рецидив и переход в хроническую форму.

Для снижения перинатальной смертности плодов при болезни Боткина у матери — возможна ранняя диагностика заболевания во время беременности, ранняя госпитализация, своевременное проведение комплексной терапии (диета, внутривенные вливания 40% глюкозы, витаминов С, В, В₁₂, липокаина). В тяжелых случаях дополнительно лечение гормонами (преднизолон, кортизон), кислородотерапия, рациональное ведение родов.

Перенесшие болезнь Боткина до или во время беременности должны быть в картотеке женской консультации на особом учете. За ними наблюдают совместно акушер и терапевт. При повторной беременности у женщин, перенесших болезнь Боткина, иногда наблюдаются рецидивы желтухи и даже рецидив эпидемического гепатита.

Бруцеллез крайне неблагоприятно влияет на течение беременности и на внутриутробный плод (преждевременные роды более чем у 15% больных, самопроизвольный аборт у 10—12%). Внутриутробное заражение плода (о чем свидетельствует выделение культуры бруцелл из его органов) и как следствие аномалии развития (7—8%) и гибель плода (до 15%). Чем меньше срок от момента заболевания женщины до наступления беременности, тем чаще самопроизвольные аборт и гибель плода (30—40%). У нелеченых имеют место привычные аборт. Бруцеллезная инфекция ведет к гипохромной анемии и нарушению гормонального баланса, снижению количества прогестерона, вызывает глубокие изменения в децидуальной и ворсинчатой оболочках воспалительного и дегенеративного характера, нарушения кровообращения, глубокие изменения в капиллярах, множественные кровоизлияния и дегенеративные изменения в плаценте, что вызывает преждевременную отслойку последней. Аборту иногда предшествуют скудные кровянистые выделения из матки, в первые дни прерывания беременности головные боли, боли в суставах и мышцах, субфебрильная, а иногда высокая температура,

Диагноз устанавливается на основании хорошо собранного анамнеза (контакт с животными, отягощенный акушерский анамнез), клинической картины заболевания. Проводятся лабораторные исследования крови: реакция агглютинации по методу Райта, Хеддельсона, реакция связывания комплемента, бактериологическое исследование, внутрикожная бруцеллиновая проба по Бюрне, реакция агглютинации с сывороткой молока (секрет молочных желез — молоко).

Лечение осуществляется специалистом-инфекционистом в стационарных условиях или поликлинике в зависимости от состояния больной. Своевременное и правильное лечение оказывается эффективным — предупреждает преждевременное прерывание и патологическое течение. Лучше выявлять и лечить бруцеллез до беременности. Применяют поливалентную вакцину, новарсенол, сульфаниламидные препараты и антибиотики. Пища должна быть богата витаминами А, В, С, Е. Кроме специального лечения, назначается общеукрепляющее до наступления беременности и противовоспалительное. Женщины, у которых в анамнезе бруцеллез, остаются на учете женской консультации и в дальнейшем. Наблюдают за ними совместно акушер и инфекционист.

Госпитализация беременных и рожениц, болеющих бруцеллезом, проводится в инфекционном стационаре, в отдельном изоляторе под наблюдением инфекциониста и акушера.

Грипп. Сочетание болезни с беременностью неблагоприятно для течения и исхода беременности и внутриутробного развития плода. Возможен переход вируса через плаценту к плоду, что ведет к внутриутробному заболеванию его. Грипп опасен во все сроки беременности (уродства плода, выкидыш, внутриутробная смерть плода, преждевременные роды). Не всегда легко строго дифференцировать гриппозную инфекцию как таковую от сочетания ее с вторичной инфекцией — пневмонией. Под воздействием токсинов нередко появляются сокращения матки. В результате наступает выкидыш, преждевременные роды, внутриутробная смерть плода (переход вирусной инфекции через плаценту).

Перенесенный во время беременности грипп вызывает повышенное предрасположение к пuerперальным заболеваниям.

В отличие от истинно гриппозной инфекции (вирус) при осложнении беременности острым катаром верхних дыхательных путей, несмотря на частоту недонашивания беременности и мертворождения, пороки развития у внутриутробного плода почти не наблюдаются.

Беременная женщина, заболевшая гриппом, хотя бы с нормальной температурой нуждается в особо тщательном врачебном (акушер и терапевт) наблюдении (освобождение от работы, покой, рациональное питание и лечение). Роженица и родильница, больные гриппом или подозрительные по этому заболеванию, должны быть изолированы.

Профилактика. Необходимо предупредить заболевание исключением контакта с больными.

Лечение гриппа во время беременности должно проводиться с соблюдением строгого постельного режима. Применяют сульфаниламидные препараты (стрептоцид, сульфодимезин), противогриппозную сыворотку, антибиотики, симптоматическое и общеукрепляющее лечение.

Дизентерия, особенно острая, оказывает неблагоприятное влияние на течение и исход беременности: часто заканчивается выкидышем, преждевременными родами (до 30%). Мертворождаемость высокая (до 10%). Преждевременная активная сократительная деятельность матки объясняется либо непосредственным воздействием дизентерийного токсина на мускулатуру матки, либо возбуждением и усилением ее сократительной способности под влиянием повышенной перистальтики кишечника, усиленного образования при этом ацетилхолина.

Не исключается возможность внутриутробного заражения плода дизентерией и последующая внутриутробная смерть его. Заражение плода может произойти во время родов. У больных дизентерией нередко обнаруживается во влагалище кишечная микрофлора (до 90%, в том числе палочки Флекснера).

Роды при этом заболевании протекают тяжело, с разными осложнениями. Мертворождаемость достигает 10—11%; высока и ранняя детская смертность. В послеродовом периоде часто отмечаются субинволюция, маститы.

Сравнительно высока и материнская смертность. Среди беременных и родильниц, больных дизентерией, она значительно выше, чем среди больных небеременных, что указывает на значительное снижение реактивности и защитных сил организма беременной при заболевании дизентерией (авитаминозы).

Диагноз ставится на основании клинической картины острой дизентерии. В других случаях необходимы подробный анализ эпидемиологических данных, исследование нижнего отрезка толстого кишечника (ректороманоскопия), посев кала. Рекомендуется всем беременным производить исследование кала (см. Глистная инвазия).

Лечение стационарное, в инфекционном отделении, возможно раньше. Полноценное лечебное питание с достаточным количеством витаминов, правильный уход, применение химиотерапевтических препаратов: симтомидин + фталазол; при амёбной дизентерии — аминарсол, биомицин, солянокислый эметин в 2% концентрации, ятрен и др.

Дифтерия осложняет течение беременности, родов и послеродового периода. Иногда она поражает половые органы матери и новорожденной девочки, что может привести в дальнейшем к атрезии влагалища. Половые органы чаще всего вовлекаются в процесс вторично при дифтерии зева и носа. Возможен перенос инфекции загрязненными руками, поэтому обычно первые признаки заболевания локализируются или в области малых половых губ, внутренней поверхности больших губ или около клитора и уретры. Возможна и первичная дифтерия половых органов вплоть до первичной изолированной дифтерии шейки.

Течение и симптомы. Характерно образование фиброзной пленки (налета). На пораженных местах появляются небольшой отек, умеренная с цианотичным оттенком гиперемия; изъязвление поверхностное, иногда довольно глубокое с подрывными краями. Вскоре после начала заболевания в этих местах возникают плотные, глубоко проникающие налеты. При попытке снять их наблюдается небольшое кровотечение. Серовато-белый или серовато-желтый цвет налетов в начале заболевания меняется к 3—4-му дню болезни грязно-серым. С 1-го дня отмечается слизисто-гнойное или сукровичное

отделяемое. Явления интоксикации могут быть при дифтерии половых органов. Степень интоксикации, как и при поражении зева, может быть выражена незначительно.

Д и а г н о з — устанавливается бактериоскопическими исследованиями отделяемого зева, вульвы, влагалища и в отдельных случаях из шейки матки.

Помимо обычного бактериологического метода, применяется в качестве ускоренного метода диагностики дифтерии половых органов теллуритовая проба (2% раствор K_2TeO_3): через 20 минут при положительной пробе налеты чернеют, тогда как при поражении половых органов недифтерийной этиологии налеты не меняют своего цвета.

Дети, родившиеся от матерей, перенесших во время беременности дифтерию, не восприимчивы к этому заболеванию (временно).

Новорожденные заражаются дифтерией вторично, и последняя проявляется тяжелыми осложнениями, особенно в сочетании с гриппом.

Лечение беременной специфическое: противодифтерийная сыворотка в количестве 30 000 АЕ, местно при показаниях протирание влагалища с перекисью водорода. Девочке вводят 15 000—20 000 АЕ сыворотки. Налеты исчезают через 2—4 дня от начала специфического лечения. Помимо введения сыворотки, девочке делают 1—2 раза в день сидячие теплые ванны с добавлением слабого раствора перманганата калия, на наружные половые органы — салфетки с рыбьим жиром.

Заболевание требует срочной госпитализации беременной в соответствующее лечебное учреждение, немедленного проведения противоэпидемических мероприятий и обеспечения на месте акушерской помощи.

Корь. Часто наблюдаются осложнения в виде бронхита, пневмонии и послеродовых септических заболеваний. Примерно в трети случаев, особенно в стадии высыпания, наступают преждевременные роды, что связано с крововизлияниями в губчатом слое отпадающей оболочки (*endometritis decidualis haemorrhagica*).

Возможно внутриутробное заражение плода. У большинства родившихся детей обнаруживается сыпь или они заболевают корью вскоре после рождения.

У родильниц иногда развивается коревая пневмония, протекающая тяжело. В 15% случаев корь в первые недели беременности может вызывать возникновение уродств у плода.

Возможна и пассивная иммунизация плода, если к нему проникают только антитоксины. Для плода прогноз более благоприятен, если корь протекает у него во внутриутробном периоде. Кормление грудью новорожденного для таких матерей вполне допустимо.

Необходимо помнить о возможности слипчивого воспаления влагалища у девочек, перенесших корь, особенно в раннем детском возрасте. В качестве профилактики применяют промывание влагалища перекисью водорода через стерильный катетер.

При заболевании беременную обязательно госпитализируют в соответствующий стационар с обеспеченным акушерского наблюдения и помощи на месте.

Краснуха. Заражение происходит воздушно-капельным путем, при контактировании с больным. Сочетание с беременностью очень неблагоприятно для плода. Перенесенная в первые 3 месяца бере-

менности краснуха в 10—12% случаев ведет к развитию врожденных пороков (катаракта, микрофтальмия, микроцефалия, пороки сердца, аномалии развития зубов, глухонмота) (см. «Фетопатии», стр. 240 и в 8—10% — к мертворождению. Перенесенная на IV—VII месяце краснуха вызывает развитие уродств у 3,8% и мертворождения — у 4,6%. При заболевании краснухой на VIII—X месяце беременности рubeолярная эмбриопатия почти не отмечается, мертворождения составляют около 2%.

Степень поражения плода не стоит в прямой связи с характером клинических проявлений болезни у матери. Перенесенная краснуха, как правило, не повторяется. Иммуитет сохраняется в течение всей жизни.

При этом заболевании нередко наблюдается самопроизвольный аборт в ранние и поздние сроки.

Лечение симптоматическое. Специфической терапии краснухи пока нет.

Заболевание краснухой в первые 3—4 месяца беременности является после выздоровления показанием к прерыванию беременности (аборт).

Лейшманиоз висцеральный (кала-азар) — паразитарное заболевание, вызывающее серьезные функциональные нарушения, главным образом в ретикуло-эндотелиальной системе (селезенка, печень, лимфатические узлы, костный мозг).

Симптомы. Резко выраженная анемия, неправильная интермиттирующая лихорадка, спленомегалия, расстройство желудочно-кишечного тракта.

Диагноз при беременности ввиду некоторой атипичности заболевания затруднен. Устанавливается на основании нахождения в пунктате селезенки, костном мозгу или лимфатических узлах лейшманий.

Висцеральный лейшманиоз при беременности оказывает вредное влияние на весь организм матери и развитие внутриутробного плода (тяжелые формы анемии у беременной, преждевременные роды, мертворождаемость).

При исключении малярии (см.), глистной инвазии (особенно анкилостомидоза) (см.) в случаях с длительной субфебрильной температурой или нормальной температурой при анемии и спленомегалии у беременной необходимо исследовать костный мозг на лейшманиоз.

Лечение — 10% раствор солюсурьмина (на курс 25 инъекций), общеукрепляющее лечение, переливание крови.

Для исключения внутриутробной передачи заболевания через месяц после родов у новорожденных исследуют костный мозг.

Листерия — при беременности нередко (до 20%) является причиной развития уродств плода, высокой перинатальной смертности (свыше 30%), преждевременного прерывания беременности (свыше 30%).

Возбудитель заболевания — *Listeria monocytogenes*. Источники заражения: продукты питания (молоко, мясо больных листериозом животных), контакт и перенос (домашние животные — кошки, собаки), грызуны. Заражение возможно и путем вдыхания пыли при работе с кожей больных животных. Заражение листериозом человека от человека большинством отрицается. Общепризнанной является возможность внутриутробного заражения плода от больной листериозом матери.

Патогенез. У больных листериозом бактерии содержатся в большом количестве в плаценте, околоплодных водах, в лохиях. В связи с этим не исключена возможность заражения медицинского персонала.

Переход бактерий от больной матери к плоду происходит через плаценту. Листерии, циркулируя в крови матери и в межворсинчатом пространстве плаценты, через поврежденные стенки капилляров плаценты проникают в кровеносную систему плода и переносятся в различные органы его. В последних бактерии быстро размножаются и вызывают образование листериозных очажков, отсюда попадают обратно в плаценту, вызывая в ней образование подобных очажков. Отсюда бактерии в большом количестве переносятся в материнский организм, что ведет к реинфекции беременной. Последняя как бы снова заболевает и это приводит к прерыванию беременности.

Симптомы и течение. В зависимости от клинической формы заболевания (сосудистая, глазная, железистая, нервная, а у плодов еще и септико-гранулематозная) различна и симптоматика: повышение температуры, боли в суставах, конъюнктивит, ангина, насморк, увеличение лимфатических желез, селезенки, менингеальные явления, у новорожденных — аспирационная пневмония, нарушение мозгового кровообращения, отит, мелкая папулезная сыпь на коже.

Заболевание может быть острым и хроническим, часто заболевание протекает без заметных клинических проявлений.

Диагноз. Необходимо тщательное собрание анамнеза (мёртворождения, ранняя детская смертность, контакты с животными, рецидивирующий пиелит, повышенная температура, употребление в пищу сырого молока и др.). При подозрении необходимы исследования: бактериологическое (посев из отделяемого конъюнктивы, зева, половых путей, мочи, околоплодных вод, лохий, плаценты, мекония у новорожденного, молока родильницы), серологическое (реакция агглютинации и связывания комплемента), гистологическое (органы умершего новорожденного).

Профилактика. Борьба с грызунами, удаление больных домашних животных, соответствующая обработка продуктов питания, тщательный ветеринарный надзор, санитарное просвещение среди населения.

Лечение листериоза, проводимое совместно с врачом-инфекционистом, пока еще не является специфическим. В ранних стадиях применяют комбинированное лечение: антибиотики (пенициллин, стрептомицин, тетрациклин) и сульфаниламиды в течение 2—3 недели.

Малярия, перенесенная в прошлом и особенно во время настоящей беременности, пагубно отражается на течении ее и на развитии плода. Иногда беременность, роды и послеродовой период провоцируют рецидив малярии, которой когда-то болела беременная.

Плазмодии, циркулируя в крови межворсинчатых пространств, вызывают значительные изменения в ворсинках, очаговые омертвления, мелкие кровоизлияния, снижающие функцию плаценты. Последнее наряду с сопутствующей иногда высокой температурой нередко ведет к внутриутробной смерти плода, преждевременному прерыванию беременности, высокой ранней детской смертности. При нарушении целостности ворсины в отдельных случаях не исключено внутриутробное заражение плода малярией. Последнее возможно иногда и

при родах, когда при отслойке плаценты материнские эритроциты, содержащие паразитов, попадают в кровь ребенка.

Чрезвычайно важно своевременное выявление и правильное лечение. Всех беременных женщин с явлениями анемии, болевших в прошлом малярией, следует обследовать на малярию. Больных или подозрительных на заболевание надо для лечения госпитализировать (терапевтическое отделение).

Лечение. Бигумаль (по 0,3 в день в течение 7 дней), акрихин 0,3 в день с плазмокцидом (0,06 в день) 3—5 дней с перерывами 7—10 дней (3 цикла); хинин (1,0 в день) 3—4 дня с перерывами 4 дня (4 цикла).

Орнитоз (пситтакоз) — вирусная очаговая пневмония, передающаяся человеку от птиц и от заболевшего человека. Тяжелая форма заболевания протекает в виде эпидемий. Возбудитель болезни — фильтрующийся вирус — содержится в выделениях из носа, испражнениях и рвотных массах заболевших птиц. Передается капельным, воздушно-пылевым путем.

Течение возникает чаще остро. Сильная головная боль с высокой температурой (39—40°), которая держится от 10 до 20 дней. Спустя несколько дней после начала заболевания самочувствие ухудшается, появляются депрессия или возбуждение, брадикардия, гипотония, в крови часто лейкопения. Длится заболевание 2—4 недели.

При беременности вирус быстро проникает через плаценту и вызывает ряд эмбриофетопатий. Часто беременность заканчивается выкидышем. Чем больше срок беременности к моменту заболевания, тем ниже частота выкидышей и преждевременных родов и тем меньше процент фетопатий.

Профилактика — тщательный ветеринарный и медицинский надзор на птицефермах, в местах скопления птиц, в частности голубей. Больных птиц следует уничтожать. Заболевшие люди подлежат строгой изоляции и госпитализации в инфекционный стационар с немедленной дезинфекцией их квартир.

Лечение. Антибиотики (биомицин, тетрацилин) по 1—2 г в сутки на протяжении 7—10 дней.

Паратифы — несколько самостоятельных заболеваний, напоминающих брюшной тиф, вызываемых сальмонеллами.

Симптомы. Начало заболевания неодинаковое. Может быть острое и постепенное: рвота, резкая головная боль, затемнение сознания.

Диагноз дифференциальный. В некоторых случаях заболевание у беременных приходится дифференцировать с тяжелыми формами нефропатии или преэклампсией. В отличие от этих состояний, тем более от эклампсии, отсутствуют судороги, повышение кровяного давления, отеки и другие характерные симптомы токсикоза, наблюдается температурная реакция и другие симптомы острого инфекционного заболевания. Дифференциальный диагноз затруднителен в случае неострого начала паратифа.

Следует учитывать и эпидемиологические данные. Паратифы — значительно больше распространены в странах Юго-Восточной Азии.

В сомнительных случаях производят соответствующие лабораторные исследования — реакцию Видаля и др.

Прогноз в отношении сохранения беременности в ряде случаев неблагоприятный.

Лечение. Срочная госпитализация беременной в инфекционную больницу, где за больной наблюдают врач-инфекционист и врач акушер-гинеколог, соблюдается надлежащая диета и применяются антибиотики: левомицетин, синтомицин, тетрациклин в обычных дозировках.

Паротит эпидемический во время беременности иногда ведет к самопроизвольному выкидышу, отрицательно влияет на развитие эмбриона и внутриутробного плода. Описаны случаи рождения детей с проявлениями болезни Дауна (см. раздел «Фетопатии»).

Лечение — срочная госпитализация беременной в инфекционное отделение больницы.

Столбняк встречается крайне редко, чаще после криминальных абортов. Наблюдается иногда в послеродовом периоде, чаще в тропических странах, где жилища имеют земляные полы, и роды протекают на дому. Токсины столбняка проникают через плаценту. У новорожденного, родившегося при столбняке у матери, иногда в первые сутки отмечаются судороги с опистонусом и цианозом, обусловленные проникновением токсина через плаценту.

Диагноз. Ранние признаки: тянущие боли и чувство подергивания мышц в области внедрения инфекции, боли в мышцах спины; ограничение подвижности челюсти и сгибания головы вперед, чувство затруднения при разжевывании и глотании пищи; заметные на глаз судорожные сокращения мышечных пучков в области раны; обильное потоотделение, не соответствующее изменениям температуры. При далеко зашедшем заболевании появляются классическая триада — *ghisus sardonicus*, тризм, опистотонус.

Даже при одном подозрении на заболевание немедленно вводят противостолбнячную сыворотку.

Лечение. Широкая ревизия раны и обработка последней под общим наркозом. Противостолбнячная сыворотка вводится по Безредко внутримышечно немедленно по установлении диагноза. Доза 100 000—150 000 АЕ (перед введением сыворотку подогревают до 36—37°). Введение сыворотки повторяют 2—3 дня подряд, уменьшая дозу каждый раз на 50 000 АЕ. Общая курсовая доза до 350 000—400 000 АЕ, в редких случаях по специальным показаниям больше.

В борьбе с судорогами применяют наркотики — гексенал, эвипан-натрий, хлоралгидрат в дозе от 4 до 8 г в сутки, в зависимости от тяжести болезни, в виде 2—4% раствора в клизме. Аминазин (2,5% раствор) внутримышечно 4—5 раз в сутки. Применяется также нейроплегическая смесь: 1—2 мл 2,5% раствора аминазина, 2 мл 1% раствора промедола, 3 мл 1% раствора димедрола по 5—6 раз в сутки. Из курареподобных средств применяют конфельдин, элатин через рот (медленно всасывается и действует длительнее). Релаксанты при судорогах дыхательных мышц и угрожающей асфиксии (1% раствор дитилена, 2% раствор листенона в дозе 3—5 мл). Искусственное дыхание при наличии аппарата. В особо тяжелых случаях с угрозой асфиксии накладывают трахеостому. Для улучшения сердечной деятельности камфара, кордиамин, коргликон. Внутривенно 40% раствор глюкозы по 50 мл в сутки; ингаляции кислорода.

Своевременное и правильное лечение позволяет иногда купировать судороги, и состояние улучшается вплоть до выздоровления, беременность сохраняется. Чаще наступает родовая деятельность и возникает необходимость форсировать окончание родов.

Профилактические мероприятия в отношении беременной, роженицы, родильницы и ухаживающего персонала: акушеркам, сестрам, няням категорически запрещаются работы, связанные с загрязнением рук землей. Серопротекция: при раннем ее применении не менее 3000 АЕ сыворотки.

Тиф брюшной встречается очень редко. Без своевременного лечения ведет к аборту и преждевременным родам. Роды иногда осложняются сильным кровотечением. Материнская смертность высокая. Послеродовой период нередко осложняется резко выраженной интоксикацией, кишечным кровоизлиянием, перфорацией стенки кишки, менинго-энцефалитом.

К плоду переходят через плаценту агглютинины. В половине случаев при длительном и тяжелом течении заболевания у беременной в связи с повреждением эпителия ворсин образуются очаги некроза, а частью вследствие прорастания последних удается обнаружить переход бацилл от матери к плоду. Микробы обнаруживаются в крови плода, в различных органах, но не в кишечнике. Таким образом, имеют место тифозная бактериемия и сепсис, от которых погибает большая часть плодов, что ведет к преждевременным родам. Выключением значительной части плаценты объясняют очень частые (50—60%) выкидыши при беременности, осложненной брюшным тифом. Часте это наблюдается в период реконвалесценции.

Диагноз устанавливается на основании клинического наблюдения (лихорадка, характерный пульс, розеола, увеличенная селезенка), серологического и бактериоскопического исследований.

При заболевании во время беременности, как и в послеродовом периоде, диагноз уточняется исследованием крови на тифозные бациллы (реакция Грубера — Видаля).

Лечение. Антибиотики продолжительное время (20—25 дней), симптоматическая терапия (переливание крови, витамины, введение жидкости).

Профилактика. При тифозных эпидемиях необходимы предохранительные прививки беременным и родильницам. Прививки хорошо переносятся.

Токсикоинфекции — заболевания у беременных, связанные с приемом пищи, инфицированной патогенными микробами.

Течение характеризуется внезапным началом, явлениями интоксикации: резко выраженным гастроэнтеритом, нередко повышением температуры, сердечно-сосудистыми расстройствами.

Диагноз. Для дифференциального диагноза между токсикозом беременности следует учитывать анамнестические данные (возможный прием недоброкачественной пищи), массовость заболевания (несколько случаев в семье, на производстве), отсутствие характерных для нефропатии повышения кровяного давления, отеков и других симптомов.

Прогноз в легких случаях благоприятный для беременной и плода. В тяжелых случаях беременность может нарушиться.

Лечение. Срочная госпитализация беременной в терапевтическое отделение больницы. Выведение из организма больной токсинов и бактерий, предупреждение коллапса и борьба с сердечно-сосудистой слабостью — раннее промывание желудка слабым раствором марганцовокислого калия, содой или чистой водой (больная выпивает 3—5 стаканов жидкости, после чего искусственно вызывает рвоту). Промывание желудка показано даже на 2—3-й день с мо-

мента заболевания. Назначают внутрь слабительное — 10—15% раствор сернокислого натрия или магнесии по 20 мл, очистительные клизмы, сердечные средства.

Токсоплазмоз (возбудитель *Toxoplasma gondii*) у матери в большом проценте случаев является причиной образования пороков развития у плода (гидроцефалия, микроцефалия, акrania, спинномозговая грыжа, анофтальмия, микрофтальмия, врожденная слепота, волчья пасть, заячья губа и некоторые другие) (см. Блaстoэмбриoпaтия), а также мертворождений и выкидышей.

Патогенез. Наиболее распространенный путь инфицирования человека алиментарный — употребление в пищу продуктов, воды загрязненных выделениями больных животных без достаточной предварительной термической их обработки (мясо, молоко и другие). Возможен капельно-воздушный путь передачи токсоплазм от животных к человеку, не исключена возможность заражения медицинского персонала от больной роженицы, родильницы, новорожденного. Доказана возможность заражения внутриутробного плода от больной матери.

Диагноз. При обследовании женщин необходимо исключить сифилис (см.), серологический конфликт (см.), бруцеллез (см.), листериоз и другие острые инфекции, хотя не исключается возможность их сочетания.

Выявление заболевания проводится путем: 1) обнаружения токсоплазмы в тканях и жидкостях больной; 2) патоморфологическими реакциями; 3) серологическими реакциями (реакция с красителем Себина — Фельдмана; реакция связывания комплемента с токсоплазменным антигеном, положительной аллергической внутрикожной пробой (чаще у женщин с отягощенным акушерским анамнезом)). Для серологического исследования берется в стерильную пробирку 5 мл крови из локтевой вены. Выявление зараженности токсоплазмой в самой начальной стадии беременности позволяет путем лечения предупредить дальнейшее развитие болезни.

Диагностика токсоплазмоза у беременной женщины представляется трудной, требует сопоставления клинических и лабораторных данных. Различают две основные формы (принятая в СССР классификация) — токсоплазмоз врожденный (возникает вследствие внутриматочного инфицирования): 1) острая форма генерализации; 2) подострая форма — токсоплазмозный энцефалит; 3) хроническая форма (грубые органические изменения центральной нервной системы и органов зрения, дефекты развития) и токсоплазмоз приобретенный: 1) токсоплазмозная лимфаденопатия (наиболее распространенная); 2) острая экзантемная форма; 3) токсоплазмозный менингоэнцефалит (отличается более тяжелым течением); 4) глазная форма; 5) токсоплазмозный миокардит; 6) легочная форма; 7) кишечная форма. Заболевание глаз является важнейшим признаком токсоплазмоза.

Проводятся серологическая реакция Себина — Фельдмана и аллергическая внутрикожная проба.

Лечение женщин, больных токсоплазмозом, в первые недели беременности весьма эффективно, так как в это время паразиты чаще выходят из псевдоцист в кровяное русло.

Лечение комбинированное: хлоридин (дараприм) и сульфаниламидные препараты в виде 3 курсов, каждый из двух циклов, 1-й курс, 1-й цикл: хлоридин 0,025 г 2 раза в день первые 5 дней, сульфо-

димезин 0,5 г 3 раза в день первые 7 дней (под контролем анализов мочи, крови и периодических серологических реакций на токсоплазмоз). После перерыва в 10 дней — 2-й цикл, такой же. 1-й курс лечения необходимо начинать и проводить между 6 и 12 неделями беременности, 2-й курс между 12 и 26 неделями, 3-й курс, такой же, между 26 и 39 неделями беременности.

Показателем эффективности лечения может служить реакция связывания комплемента (после каждого курса): она падает до 3—4 крестов и даже становится отрицательной. У леченных женщин рождаются здоровые дети, которые в дальнейшем развиваются нормально.

Туляремия — инфекционное заболевание, возникающее вследствие заражения специфическим микробом. Передается человеку от грызунов, насекомых и клещей. У беременных женщин наблюдается редко. Инфекция может проникать в организм через кожные покровы, слизистые оболочки глаз, дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта. На месте первичного аффекта, а также в других органах возникают туляремические гранулемы — белесовато-желтые узелки, имеющие характерное строение. Гранулемы нагнаиваются и изъязвляются.

Симптомы. Начало заболевания острое. Повышение температуры до 38—39°, головная боль, общая разбитость, мышечные боли, обычно в области икроножных мышц и пояснице, головокружение, в некоторых случаях рвота, кровотечение из носа, помутнение сознания, бред.

Объективно: гиперемия лица, зева, конъюнктивит. Лихорадка длится около месяца. Гематологическая картина: лейкопения, умеренный сдвиг влево, лимфоцитоз и моноцитоз, ускорение РОЭ.

Различают бубонную (бубоны чаще располагаются на лице), язвенно-бубонную и другие формы заболевания. При абдоминальной форме из-за поражения лимфатических узлов абдоминальной области наблюдаются сильные боли в животе, напоминающие картину острого живота.

Распознавание на основании описанных признаков.

Диагноз дифференциальный. При возникновении указанных симптомов заболевания у беременной, проживающей в природноочаговом районе, где наблюдается туляремия, и имеющей дело с грызунами, следует помнить о возможности туляремии.

В сомнительных случаях производят аллергическую пробу — внутрикожное введение тулярина, реакцию агглютинации с туляремийным диагностикумом.

Прогноз благоприятный в отношении жизни больной, а также в отношении сохранения беременности. Несмотря на то что ребенок в эмбриональной жизни находится в условиях зараженной туляремией крови, он может туляремией не заболеть.

В послеродовом периоде отмечается недостаточность лактационной функции. Примерно в половине случаев у перенесших туляремию длительно наблюдается аменорея и неправильности менструаций, иногда кровотечения.

Лечение — антибиотики: стрептомицин, левомицетин, биомицин в обычных дозах.

КАНДИДОЗ за последние годы встречается нередко в виде «молочницы» (см. также в разделе о женских болезнях «Молочница»).

Возможны и другие проявления. Возникает чаще после длительного применения антибиотиков, особенно широкого спектра действия — создаются благоприятные условия для размножения грибов.

Течение. Преимущественно встречается в виде вульвит и вульвовагинита, чаще у беременных, страдающих диабетом и трихомонозом. Жалобы на зуд и жжение во влагалище. Не исключается возможность перехода заболевания к плоду (гематогенным путем).

Лечение вульвовагинита — промывание влагалища 2% раствором буры, 10% раствором двууглекислой соды, раствором Люголя, 0,1—0,25% раствором сульфата меди, смазывание 10% раствором буры в глицерине.

КИСТА, КИСТОМА ЯИЧНИКА. Опасность перекрута увеличивается вследствие оттеснения опухоли в брюшную полость растущей маткой.

Большие по размерам опухоли ведут к различным нарушениям — одышке, сердечным расстройствам. Маленькие опухоли могут располагаться позади беременной матки и нередко остаются нераспознанными.

Кисты, расположенные близко у входа или в малом тазе, представляют препятствие во время родов для продвижения плода. Своевременно не распознанные такие кисты могут разорваться при родах либо вести к разрыву свода влагалища, разрыву матки.

В послеродовом периоде увеличивается опасность перекрута, наблюдаются кровоизлияния и некроз кисты в результате сдавления опухоли во время родов.

Профилактика — своевременное распознавание в женской консультации.

Лечение. Как правило, удаление опухоли путем чревосечения. В случае своевременно не распознанной опухоли при расположении последней в малом тазе показано кесарево сечение.

КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ. Причинами могут быть старые сращения, тяжи между маткой, брюшной стенкой и петлями кишок, образовавшиеся после бывшего ранее воспаления в малом тазе или после чревосечения, склонность к перекруту сигмовидной или другого отдела толстой кишки при наличии длинной брыжейки, значительно подвижные опухоли на ножке (киста яичника, субсерозная миома), ущемление грыжи и др. При беременности в связи со значительным смещением кишечника увеличившейся в объеме маткой скорее может наступить непроходимость. В 6—15% случаев причиной непроходимости является беременная матка.

Течение. Боли в животе, рвота, местный метеоризм. Боли появляются внезапно. Рвота вначале одно-двукратная пищей (рефлекторная). Спустя некоторое время она учащается, рвотные массы окрашиваются желчью. Наконец, рвота с запахом кала — поздний симптом.

Выше места непроходимости кишечник растянут, переполнен жидким содержимым (калом и газами в виде пузырей с горизонтальным уровнем); при рентгеноскопии видны чаши Клойбена: перерастяжение стенки кишечника ведет к нарушению кровообращения в ней; растянутые, раздутые петли кишок выпячивают брюшную стенку и становятся заметны на глаз. При аускультации живота — резкое урчание, звук плеска; симптом Щеткина — Блюмберга отсутствует.

температура вначале нормальная, пульс не учащен, но вскоре все сменяется ухудшением состояния больной.

Диагноз острой непроходимости сравнительно нетруден; при кишечной непроходимости, развивающейся медленно (особенно в нижних отделах кишечника), или при присоединившихся явлениях перитонита диагноз может представить значительные трудности.

Боли в брюшной полости (дифференцировать от схваток) при непроходимости: матка остается ненапряженной, влагалищное исследование подтверждает отсутствие родовой деятельности; исследование *рег гестум*: ампула пуста, слизисто-кровянистые выделения при ректальном исследовании указывают на инвагинацию толстых кишок. При перекручивании ножки кисты яичника или маточной трубы определяется напряженная, болезненная опухоль, дающая перкуторно притупление (при непроходимости — тимпанит), газы отходят, но и при этом возможна последующая непроходимость; при перитоните — резкая болезненность брюшной стенки, выраженный симптом Щеткина—Блюмберга, с самого начала высокая температура, частый пульс; особенно трудно дифференцировать послеродовой илеус и перитонит: упорная задержка стула и газов, вздутие кишечника, скопление газов, диспепсические явления. При малейших намеках на илеус — немедленная госпитализация в хирургический стационар.

Прогноз во время беременности неблагоприятный. Смертность выше, чем вне беременности; высока смертность плодов. В $\frac{2}{3}$ случаев и более — спонтанный аборт.

Лечение — срочная госпитализация. Если непроходимость связана с увеличением матки, малое кесарево сечение. Если причина другая, при беременности 16—20 недель устраняют причину и беременность можно сохранить. При большем сроке, жизнеспособном плоде — одновременно кесарево сечение и устранение причины.

КРОВЬ, ЗАБОЛЕВАНИЯ. Эритропоз. Понижение количества эритроцитов и гемоглобина, нарастающее с увеличением срока беременности. Связано с недостатком железа в организме беременной женщины из-за повышенного расходования его на развитие плода. Кроме того, отмечено угнетающее действие эстрогенов на эритропоэтическую функцию костного мозга и повышение процессов гемолиза во время беременности; может развиваться анемия.

Лейкопоз. Отмечается повышение содержания лейкоцитов (носит лабильный характер). Резко выражен сдвиг лейкоцитарной формулы влево: повышенное содержание палочкоядерных нейтрофилов (8—10%), иногда сдвиг доходит до юных и миелоцитов. Значительно повышено содержание ретикуло-эндотелиальных элементов в костном мозгу, а иногда и периферической крови, что связано с изменениями в обмене веществ во время беременности.

В первые дни пуэрпериума в крови отмечается значительное повышение лейкоцитоза со сдвигом влево, лимфопения, эозинопения. Иногда в течение длительного периода может наблюдаться лимфоцитоз.

Тромбопоз. Наблюдается понижение содержания тромбоцитов в пределах до 50 000—100 000 в 1 мл крови (при норме 200 тысяч) в течение всей беременности. В послеродовом периоде количество тромбоцитов постепенно нормализуется.

В костном мозгу пониженное содержание мегакариоцитов гигантских клеток костного мозга, без патологических отклонений в морфологической структуре.

Во время беременности требуются повторные исследования крови, чтобы своевременно выявить начинающуюся патологию (см. стр. 128).

Изменения в системе свертывания крови. Во время беременности уровень фибриногена повышается в среднем на 136 мг%, причем наибольший его подъем отмечен в последние месяцы беременности, но не непосредственно перед родами. В первом и втором периодах родов уровень фибриногена повышается, в раннем послеродовом периоде — снижается с последующим восстановлением.

При тяжелом токсикозе второй половины беременности снижается уровень фибриногена и в отдельных случаях может развиваться гипофибриногенемия. Основным в патогенезе снижения уровня фибриногена является нарушение функции печени.

Свертываемость венозной крови по Бюркеру является грубым показателем взаимодействия всех факторов свертывающей системы. Во время родов и раннем послеродовом периоде свертываемость венозной крови увеличивается.

Свертываемость крови в первом периоде родов зависит от уровня фибриногена. При более высоком содержании фибриногена свертываемость венозной крови ускорена.

Гипофибриногенемия¹ и афибриногенемия вызывают пониженную свертываемость крови, что нарушает процесс тромбозирования сосудов плацентарной площадки и является причиной кровотечения в родах. Гипо- и афибриногенемия возникают чаще всего: 1) при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты; 2) при эмболии околоплодными водами; 3) при мертвом, преимущественно мацерированном плоде; 4) при заболеваниях печени, нарушающих синтез фибриногена. Описаны они и при других болезнях.

Патогенез гипо- и афибриногенемий различен: при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты тромбокиназа (тромбопластин), вследствие повышенного давления в ретроплацентарной гематоме, проникает из последней в материнские сосуды и вызывает внутрисосудистое свертывание крови, в котором участвует фибриноген, находящийся в плазме материнской крови. При этом расходуется фибриноген и вытекающая кровь, лишенная фибриногена, не свертывается, что ведет к угрожающему жизни кровотечению. При эмболии околоплодными водами составные части последних (лануго и меконий) вызывают внутрисосудистое свертывание крови, развивается шок, вызывающий фибринолиз (растворение тромбов из фибрина). Одновременно растворяется и фибриноген, не превращенный в фибрин, т. е. происходит фибриногенолиз, что также ведет во время родов к кровотечению.

Для выяснения наличия в крови и степени фибринолиза пользуются тестом фибринолитической активности. В нормальных условиях активность фибринолизина зависит от соотношения между его активаторами и ингибиторами.

Афибриногенемия диагностируется пробой с тромбином или на основании выделения из влагалища во время родов жидкой без кровавых сгустков несвертывающейся крови. Подкожные инъекции

¹ Написано проф. С. Д. Астринским.

оставляют кровоизлияния на месте уколов. При операциях кровь в незначительных количествах сочится из уколов, и попытка остановить ее вызывает затруднения.

Профилактика афибриногенемии сводится к своевременному лечению поздних токсикозов, предупреждению кровотечений, антенатальной смерти плода.

Лечение кровотечений во время родов на почве афибриногенемии: удаление последа, заместительная терапия — внутривенное вливание 2—8 г фибриногена и одновременно 10—20 мл 1% раствора протамин-сульфата внутривенно. При отсутствии фибриногена переливают свежую кровь, так как в консервированной донорской крови происходит фибринолиз и теряется фибриноген. Наряду с гемотрансфузией используют сухую плазму крови.

Лечение. При фибринолизе или фибринолизе в настоящее время применяют эпсилонаминокапроновую кислоту (АКК). Более эффективно действуют ингибиторы фибринолиза, т. е. вещества, тормозящие фибринолиз, угнетающие процесс активации фибринолизина, к которым принадлежит АКК. Предварительное введение АКК может быть использовано для профилактики кровотечений. АКК может быть введен *per os*, но угнетение фибринолиза наступает через 60 минут. При внутривенном вливании фибринолиз подавляется в течение первых 15—30 минут.

Анемия В₁₂-дефицитная, пернициозная, пернициозоподобная во время беременности развивается редко. Обусловлена недостатком гемопозитического вещества. Возможно, что беременность является не причинным, а выявляющим моментом. По мнению некоторых авторов, эта анемия — одно из проявлений токсикоза беременных. Гемопозитиндефицитные анемии развиваются с 4—5 месяцев беременности, когда эмбриональное кроветворение в печени плода сменяется нормобластическим.

Симптомы — нарастающая общая слабость, небольшая желтушность кожных покровов, склер, повышенная температура, некоторое увеличение селезенки, в отдельных случаях глоссит, диарея, тошнота, кожные парестезии. В крови уменьшено количество эритроцитов, концентрация Hb может быть нерезко пониженной, иногда достигает 36—42% (6—7 г%), гиперхромная анемия. Цветной показатель нормальный или слегка повышен 1,1—1,2. Макроцитоз. В костном мозгу, а иногда и в периферической крови встречаются мегалобласты. Количество ретикулоцитов в крови понижено до 1—5% вместо 10—20% (цифры, обычные у беременных).

Лейкопения, относительный лимфоцитоз. Полисегментированные лейкоциты. В костном мозгу мегалобластический тип кроветворения в той или иной степени в зависимости от тяжести заболевания.

Беременную необходимо срочно госпитализировать в соответствующий терапевтический или акушерский стационар.

Анемия развивается обычно во второй половине беременности, а иногда в послеродовом периоде, не исключается рецидив при последующей беременности.

Профилактика и лечение — витамин В₁₂ по 200 микрограмм в сутки (через день) внутримышечно 2—3 раза в неделю и фолиевая кислота по 30 мг 3 раза в день *per os* до выраженной ретикулоцитарной реакции, практически в течение месяца. Инъекции камполона 0,002—0,004 г по 2 мл ежедневно внутримышечно; антианемин по 2 мл. Обычно с 4—6-го дня лечения нарастает в крови

количество ретикулоцитов, а затем увеличиваются Hb и число эритроцитов. При невысоком цветном показателе наряду с камполоном вводят препараты железа в сочетании с аскорбиновой кислотой.

При печеночно-почечном синдроме вопрос о показаниях к переливанию крови решается весьма осторожно. Чаще ограничиваются трансфузией плазмы или небольших доз свежей эритроцитной массы.

При ахилии, кроме того, назначают соляную кислоту, витамины С и группы В. При надлежащем лечении через 1—1½ месяца удается восстановить нормальный состав крови.

Анемия гемолитическая, связанная с повышенным гемолизом. Освобождающийся при разрушении эритроцитов гемоглобин превращается в билирубин и выделяется с желчью в кишечник. В последнем билирубин восстанавливается до уро-стеркобилина.

Симптомы. Желтушность кожных покровов и склер, увеличение селезенки, повышенное содержание билирубина в сыворотке крови, увеличенное содержание стеркобилина с калом, понижение осмотической резистентности эритроцитов, анемия обычно не достигает высокой степени, носит характер гиперхромной.

В крови различной величины эритроциты, иногда микросфероцитоз, встречаются и макроциты, повышено количество ретикулоцитов.

В костном мозгу повышенная регенерация эритробластической ткани. Явления гемолитической анемии большей частью развиваются в связи с токсикозами беременности.

Профилактика и лечение. Тщательное наблюдение над беременной в женской консультации с первых недель беременности, предупреждение развития токсикозов, а при появлении — лечение, лучше в стационаре, ликвидация очагов хронической инфекции, лечение нарушений сердечно-сосудистой компенсации. В последнее время при гемолитической анемии в отдельных случаях применяется спленэктомия.

Анемия железодефицитная — наиболее частая форма анемий, развивающихся во время беременности вследствие повышенного использования железа растущим плодом. Во время беременности расходуется минимально 500 мг железа из материнской крови. Значительно повышены траты железа и на нужды организма самой беременной (во время родов расходуется до 200 мг и столько же в период лактации).

Наряду с повышенным расходом железа понижено усвоение его вследствие сравнительно частого во время беременности нарушения секреторной функции желудка — гипацидных (анацидных) состояний.

Железодефицитная анемия чаще развивается во второй половине беременности и преимущественно у женщин, страдавших секреторной недостаточностью желудка, энтероколитом, заболеванием печени, создающими неблагоприятные условия для компенсации. Железодефицитная анемия почти всегда гипохромная, нередко с очень низким цветным показателем. Резкое понижение содержания железа в сыворотке (20—28 гамм-процентов вместо 85—90 гамм-процентов у здоровых женщин).

Симптомы. Общая слабость, быстрая утомляемость, головокружение, иногда обморочное состояние, сердцебиение, одышка при физической нагрузке — все это обусловлено недостатком кислорода в организме беременной.

Объективно: бледность кожных покровов и слизистых оболочек, анемические шумы в сердце и сосудах, трофические нарушения со стороны кожи, ломкость ногтей.

Профилактика и лечение. У беременных с пониженным цветным показателем крови (ниже 0,75), с повторными, быстро следующими одна за другой беременностями, при нарушениях со стороны желудка и кишечника, паличии очагов хронической инфекции необходимо тщательно следить за состоянием крови, чтобы не пропустить начала болезни. Особо важное значение имеет рациональное питание беременной — диета с большим содержанием железа — мясо, яйца, морковь и др. При отсутствии эффекта рекомендуются препараты железа *per os* в сочетании с разведенной соляной и аскорбиновой кислотами в середине приема пищи (*Ferrum hydrogenium reductum* по 1 г 3 раза в день в облатках, желатиновых капсулах; запивать разведенной соляной кислотой — 8 капель в столовой ложке воды и аскорбиновой кислоты 0,2 г на прием). Если восстановленное железо плохо переносится (появляются диспепсические явления, понос), его заменяют менее эффективным *Ferrum glycerophosphoricum* 0,5 г 3 раза в день; *Ferrum carbonicum*, *Ferrum lacticum* 0,5 г 3—4 раза в день или «гемостимулином» (соединение молочнокислого железа с белком плазмы, сернокислой медью и глюкозой) по 1 таблетке 3 раза в день в сочетании с аскорбиновой кислотой. В последнее время применяют новый препарат железа и аскорбиновой кислоты по 0,5—1 г 3 раза в день после еды. Для парентерального введения железа лучше использовать ферковен — 7—8 инъекций по 5 мл (вводить очень медленно, осторожно!).

В тяжелых случаях возможно переливание крови, лучше эритроцитной массы со строгим соблюдением совместимости по факторам системы АВ0 и резус-фактору.

При железodefицитной анемии у трети больных отмечается гипогалактия.

Лейкоз острый, развивающийся во время беременности, протекает обычно очень тяжело. Большую опасность представляет в таком случае и прерывание беременности. Лечение (6-меркаптопурин, кортикостероидные гормоны и некоторые другие) иногда приводит к ремиссии. В большинстве случаев беременность прерывается до нормального срока.

При родах отмечается значительная кровопотеря, вынуждающая применять массивную гемотрансфузию и различные кровоостанавливающие средства.

Лечение. Срочная госпитализация в отделение патологии беременных, постоянная консультация гематолога.

Миелолейкоз хронический. Во время беременности течение болезни ухудшается. Если беременность наступает в начальной фазе хронического миелолейкоза, систематическим наблюдением и своевременным лечением миелосаном иногда удается сохранить беременность. Дети у таких больных обычно рождаются здоровыми.

При развернутой клинико-гематологической форме хронического миелолейкоза и наступлении при этом беременности показано прерывание ее. Обычно при аборте и после него не бывает значительных осложнений геморрагического характера.

Беременные, страдающие лейкозом, должны быть немедленно госпитализированы в соответствующий терапевтический стационар.

Пурпура тромбоцитопеническая (болезнь Верльгофа). Клиническая картина болезни обычная, как и без беременности. Количество Нб в эритроцитах зависит от длительности и массивности кровотечения. В лейкоцитарной формуле небольшой сдвиг влево за счет палочкоядерных. В зависимости от срока беременности ускорена РОЭ. Болезнь большинства беременных обостряется. У спленэктомированных отмечается более легкое течение ее при беременности. Опасным осложнением является нефропатия, ведущая к тяжелым рецидивам пурпуры, угрожающим жизни матери. При неосложненном течении у большинства происходят роды в срок живым ребенком. У новорожденных отмечаются кожные геморрагии и тромбопения. Беременных женщин с тромбоцитопенической пурпурой в периоды обострения необходимо госпитализировать. Активная комплексная терапия способствует благоприятному исходу беременности, если последняя не осложняется нефропатией. Вопрос об оставлении беременности решается индивидуально. При спокойной клинико-гематологической картине можно беременность сохранить, оставляя такую беременную под строжайшим систематическим наблюдением гинеколога, так как возможны неожиданные обострения геморрагического диатеза. После родов в период лактации отмечаются рецидивы, повторные тромбопенические кризы.

Лечение иммунной формы. Преднизолон в пределах 3 недель. Начинают со средних доз (40 мг преднизолона за день в 4 приема в течение 10—12 дней с последующим постепенным снижением дозы). Если кортикостероидная терапия не дает эффекта, следует подумать о спленэктомии.

Резусотрицательная кровь. Несовместимость между матерью и плодом по различным системам крови¹. Открытый впервые Ландштейнером и Винером резус-фактор (Rh₀), обнаруженный ими у 85% людей, не единственный в этой системе. Имеется, по крайней мере, еще две его разновидности — rh' и rh''. Первый из них обнаружен у 70% людей, а второй — у 30%. Все три резус-фактора (Rh₀; rh'; rh'') могут находиться в крови одного человека или быть в любых сочетаниях (возможно 8 сочетаний их) (табл. 16).

Таблица 16

Разновидности Rh—Hr по Винеру и Фишеру—Райсу	Частота в %, по данным М. А. Умной с соавторами (1960)	
	различных сочетаний	итого
Rh ₀	1,79	84,2
Rh ₀ (Rh ₀ rh')	49,11	
Rh ₀ '' (Rh ₀ rh'')	11,52	
Rh ₀ ''' (Rh ₀ rh'rh'')	21,78	
rh'	2,14	15,8
rh''	0,27	
rh'rh''	0,08	
rh	13,38	

¹ Написана Е. А. Трепаковым.

Дальнейшие исследования показали, что резус-факторы находятся в тесной зависимости от других факторов, названных противоположниками резусов. Таким образом, каждый из резус-факторов имеет своего противоположника Rh_0-Hr_0 ; $rh'-hr'$; $rh''-hr''$ и составляет вместе с ним единую систему $Rh-Hr$, т. е. теперь возможно 27 вариантов сочетаний в системе резус. Все люди, имеющие в крови фактор Rh_0 , получили название резусположительных ($Rh+$), а остальные — резусотрицательных ($Rh-$).

В большинстве случаев причиной гемолитической болезни новорожденных является сенсibilизация матери антигеном — Rh_0 . Однако не исключена возможность сенсibilизация другим антигеном из системы резус. К ним следовало бы отнести прежде всего — rh' и rh'' .

Последующие исследования систем крови показали, что, кроме групповых антигенов и антигенов системы резус, имеется еще несколько десятков других. Конфликт между матерью и плодом по этим системам также может явиться причиной гемолитической болезни новорожденного. Наиболее практически значимыми из антигенов других систем являются фактор — S (из системы MNS_s: положительных около 55% людей), фактор K (из системы Келл—Келлано: положительных только 7% людей), фактор — Fy (из системы Даффи: положительных 80% людей), фактор — Jk (из системы Кидд: положительных 75% людей) и групповые антигены системы ABO.

Согласно данным Розенфильда с сотрудниками, частота конфликтов по указанным системам крови представлена в табл. 17.

Таблица 17

Антигены системы крови	Частота сенсibilизации в %
Rh_0	44,0
rh''	15,5
$rh' + Rh_0$	9,0
K	5,6
O	2,3
rh'	1,8
Fy	0,9
S	0,9
Jk	0,4

Одной из важнейших мер профилактики конфликта между матерью и плодом является переливание крови с учетом не только группы крови, но и резуспринадлежности больной, а может быть, и других факторов систем крови. Следующей мерой надо считать отказ от прерывания беременности, по крайней мере первой, так как во время операции искусственного прерывания беременности происходит сенсibilизация женщин.

Если у мужа резусположительная кровь и плод унаследовал резус отца, то при такой беременности между матерью и плодом может возникнуть резус-конфликт, вызывая у матери образование антирезус-агглютининов. Плод, сенсibilизировавший мать,

получает от нее обратно резус-антитела, гемолизирующие его кровь. При этом плод может погибнуть внутриутробно или рождается с явлениями гемолитической болезни. Подобное может быть и при первой беременности, если резусотрицательная женщина в прошлом (даже в детстве) была сенсибилизирована переливанием крови.

Резус-несовместимость крови матери и плода нередко приводит к преждевременному прерыванию беременности, мертворождению.

Особое значение имеет резус-фактор при переливании крови женщинам, иммунизированным бывшим ранее переливанием крови или предшествующими беременностями. При повторном переливании резусположительной крови резусотрицательной женщине ранее выработанные резус-антитела агглютинируют эритроциты донора, вызывая их гемолиз, что выражается в тяжелой посттрансфузионной реакции.

Для предупреждения указанных осложнений необходимо заранее выявлять всех беременных женщин с резусотрицательной кровью, первородящих и повторнородящих с соответствующим обихом (переливание крови) и акушерским анамнезом (привычные выкидыши, мертворождения, желтуха у новорожденных) путем обследования на резуспринадлежность.

При выявлении у беременной женщины резусотрицательной крови необходимо произвести исследование крови и у мужа и в случае несовпадения рано начать проведение лечебно-профилактических мероприятий, рассчитанных на создание оптимальных условий для развития плода: пища богатая белками (периодически сырая печенька); витамин С по 1 г в сутки на протяжении беременности с небольшими промежутками. Внутривенное вливание 50-мл 40% раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой — всего 10 вливаний (повторить 3—4 раза на протяжении беременности); ингаляция кислорода.

Лечение десенсибилизирующее: внутрь димедрол по 0,02 г 2 раза в день в течение 10—14 дней, 1% спиртовой раствор цитрала по 20 капель 2 раза в день 15 дней 3—4 цикла). За 2 недели до предполагаемого срока родов викасол по 0,015 г 2 раза в день. Лечение в основном симптоматическое.

При отставании в развитии плода витамин В₁₂ по 100 гамм внутримышечно через 2 дня — 10 инъекций. Систематически определять антитела в крови. При появлении в крови беременной резус-антител обязательная госпитализация ее в отделение (или палату) патологии беременных для выявления титра и проведения лечения в условиях стационара. Все сенсибилизированные беременные обязательно помещаются в стационар при сроке беременности 35—36 недель для возможности досрочного (при показаниях) родоразрешения.

При рождении ребенка у женщины с резусотрицательной кровью необходимо взять кровь из сосудов материнского конца пуповины для определения билирубина, гемоглобина и резуспринадлежности плода, для производства реакции Кумбса, что необходимо для решения вопроса о характере дальнейшего ведения новорожденного (см. Лабораторные исследования).

В консультации все беременные женщины с резусотрицательной кровью должны находиться на особом учете.

МИОМА МАТКИ. Беременность наступает сравнительно редко (1—1,5%) случаев. При этом первобеременные составляют больше половины. Встречается у женщин чаще в возрасте после 30 лет.

Обычно детородная функция у таких женщин понижена, у 25—30% встречается бесплодие.

При миоме с центрипетальным ростом отмечаются деформации полости матки, взбухание в нее миоматозного узла. Измененная слизистая оболочка и связанные с ней отклонения в строении децидуальной оболочки создают неблагоприятные условия для имплантации оплодотворенного яйца. В результате либо яйцо не имплантируется, либо имплантация оказывается непрочной и беременность заканчивается выкидышем или преждевременными родами. При отсутствии субмукозных узлов (межучточная или подбрюшинная миома) беременность может развиваться до большого срока и даже до полного доношивания. Однако и при этом чаще, чем обычно, наступают преждевременные роды; отмечаются боли вследствие нарушения кровообращения в узле, кровотечение. Большие опухоли могут способствовать запору, дизурическим явлениям. Иногда быстрый рост (за счет усиленного кровоснабжения) и ущемление отдельных миоматозных узлов или всей беременной матки угрожают разрывом матки, особенно если плацента развивается в наиболее истонченном участке.

Диагноз беременности при миоме матки нередко очень затруднен. Имеет значение локализация и размеры узла или узлов, их консистенция, особенно при множественной миоме. Часто приходится прибегать к помощи биологических реакций (Ашгейма—Цондека, сперматурическая).

С увеличением срока беременности диагноз облегчается: в поздние сроки определяется сердцебиение и шевеление плода. Можно получить рентгенограмму плода.

Лечение. Учитывая частоту осложнений при миоме, необходимо особенно тщательное наблюдение над беременной, а при появлении указанных жалоб — повторно в течение беременности госпитализировать женщину в отделение патологии беременности (палату). Обязательно госпитализировать также в период формирования плаценты — между II и IV месяцами беременности. Таким путем удается довести беременность до конца.

Оперативное вмешательство во время беременности только по жизненным показаниям: неполный выкидыш, кровотечение, рождение субмукозного узла, быстрый рост опухоли, перекрут ножки опухоли, некроз и нагноение узла. Бессимптомная миома не является показанием к прерыванию беременности.

Искусственный аборт при миоме матки опасен. При особых показаниях он сочетается с одновременным удалением и опухоли.

В самые ранние сроки в показанных случаях в зависимости от локализации узлов возможна консервативная миомэктомия.

После энуклеации узла необходимо тщательное наблюдение над беременной. Повторная госпитализация способствует нормальному течению беременности и родов.

Течение. Расположение узлов в нижнем сегменте матки, в шейке, межсвязочно, наиболее неблагоприятно; имеется опасность, что эти узлы будут препятствовать естественному родоразрешению. Рекомендуется операция в конце беременности или в начале родов, одновременно кесарево сечение с последующим удалением миомы или всей матки.

Миома матки, особенно при межучточном ее расположении, осложняет течение родов (родовая слабость, кровотечение) и после-

родового периода, что требует иногда оперативного вмешательства (надвлагалищная ампутация или экстирпация матки). Необходима заблаговременная госпитализация такой беременной.

МОЧЕВЫЕ ОРГАНЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ. Беременность у женщин с одной почкой. В результате операции нефрэктомии или амплазии другой почки, при настойчивом желании женщины сохранить беременность последняя может быть оставлена, если при стационарном обследовании установлена вполне нормальная функция почки. Благоприятное течение беременности и родов наблюдается чаще в тех случаях, когда беременность наступает не ранее 2—4 лет после нефрэктомии при отсутствии в течение этого времени патологических проявлений со стороны оставшейся почки.

Частота и характер осложнений во время беременности и родов не отличаются какими-либо особенностями.

Лечение. Необходимо подробное обследование (в стационаре, на протяжении беременности повторное) общего состояния женщины, состояния внутренних органов и функции оставшейся почки (суточный диурез, остаточный азот крови, проба по Зимницкому, хромочистоскопия и экскреторная урография).

Ишурия. Вследствие ущемления ретрофлексированной беременной матки пузырь сильно растягивается, наступает анемия и последующий некроз внутренней стенки пузыря. В таких случаях возможны: а) разрыв пузыря с излитием мочи в брюшную полость со смертельным исходом, б) крайне медленное опорожнение (по каплям) мочевого пузыря (*ischuria paradoxa*); присоединившаяся инфекция ведет к гангрене стенки пузыря. В некоторых случаях омертвевший участок отторгается, выпадая в полость пузыря или выходя через уретру; пузырь остается рубцово измененным. Иногда гангрена пузыря ведет к общему сепсису или развивается пиелонефрит.

Диагноз. При наступившей ишурии над симфизом определяется «опухоль» — это переполненный пузырь. При влагалищном исследовании малый таз выполнен второй «опухолью» — это ущемленная ретрофлексированная беременная матка; шейка матки смещена кпереди, к симфизу.

Профилактика. Своевременное раннее выявление ретрофлексии беременной матки и устранение таковой путем высокого положения таза или вправления матки в коленно-локтевом положении или даже комбинированном вправлении под наркозом (см. стр. 96).

Лечение (см. Ущемление беременной матки). Если сейчас же невозможно госпитализировать больную, надо немедленно опорожнить мочевой пузырь с помощью катетера, в крайнем случае пункцией (см. Пункция мочевого пузыря). При этом, если моча чистая, после полного опорожнения пузыря матку устанавливают в правильное положение, если моча уже разложилась, то вводят постоянный катетер (см. Постоянный катетер) и спустя несколько дней (во избежание разрыва пузыря) выводят матку в нормальное положение. Ущемление ретрофлексированной беременной матки часто ведет к аборту.

Нефрит острый (олигурия, альбуминурия, гематурия, повышение артериального давления, азотемия) чаще развивается после перенесенного инфекционного заболевания (грипп, ангина и др.). Нередко острый гломерулонефрит является результатом попыток прервать беременность различными ядовитыми средствами (мышьяк, сулема, сабина и некоторые другие).

Диагностика на основании совокупности многих признаков (острое начало, жалобы на головную боль, сердечная недостаточность, отеки, гипертония, протеинурия, гематурия, олигурия).

Дифференцировать надлежит с обострением хронической формы нефрита (заболевание почек в анамнезе, длительное его течение, стойкая вторичная гипохромная анемия), с гипертонической болезнью (обычно имеется значительная гипертрофия левого желудочка сердца, изменения сосудов глазного дна), с некоторыми урологическими заболеваниями, при которых большей частью отсутствуют отеки, сердечная слабость.

Лечение. Возможно раннее распознавание и срочная госпитализация предупреждают переход в хроническую форму, которая в дальнейшем обычно прогрессирует. Постельное содержание в горизонтальном положении, в теплом сухом помещении. Диета «голод и жажда» в течение 2 дней способствует быстрому улучшению, нарастанию мочеотделения, спадению отсков. Последующая диета на протяжении первых недель лечения — пища малосоленая (3—5 г хлористого натрия в сутки) с ограничением белка (от 0,6 до 1 г белка на 1 кг веса больного), творог, яичный белок, отварное мясо.

При сердечной недостаточности препараты дигиталиса (строфантин или коргликон внутривенно) в течение нескольких дней. Для снижения артериальной гипертензии внутривенно 25% раствор серпокислой магнезии, можно сочетать с препаратами раувольфии (резерпин, серпазин), кровопускание (400—500 мл) один, максимум 2 раза. При олигурии или анурии диатермия почек или паранефральная новокаиновая блокада предупреждает почечную эклампсию.

Нефрит хронический. Начало и развитие заболевания еще до беременности. Различают хронический нефрит с нефротическим компонентом, хронический нефрит гипертонического типа и смешанную отечногипертоническую форму.

Течение. Жалобы: головные боли, боли в области поясницы, одышка, слабость, плохой аппетит. Отмечается бледность кожных покровов, незначительная, но стойкая протеинурия, микрогематурия. Незначительные отеки, некоторая одутловатость лица. Иногда отеки на стопах, в подкожной клетчатке поясничной области. Возможен асцит. Внутривенная проба Олдрича резко положительная (см.). Сердце расширено за счет увеличения левого желудочка, тоны приглушены, нередко систолический шум у верхушки и акцент второго тона на аорте, пульс напряженный. Артериальное давление повышено (максимальное и минимальное). На глазном дне сужение артерий, расширение вен, симптомы Гунна—Салюса, мерцание и туман перед глазами, симптом серебряной проволоки. В моче белок, эритроциты, лейкоциты и цилиндры.

Диагноз. Дифференцировать надлежит от хронического пиелонефрита. При последнем в анамнезе дизурия, пиурия, повышенные температуры, в моче большое количество лейкоцитов (больше, чем эритроцитов), бактерий. Необходимо исключить туберкулез, опухоль почек, почечнокаменную болезнь.

Беременность часто ведет к ухудшению хронического нефрита. При тяжелом нефрите иногда наступает самопроизвольное прерывание беременности в срок от 12 до 20 недель. В плаценте многочисленны инфаркты, что нередко ведет к внутриутробной смерти плода, преждевременной отслойке плаценты, массивному кровотечению.

Только при нормальном артериальном давлении, достаточной функциональной способности почек, настойчивом желании больной возможно продолжение беременности до нормального срока родов, при которых нередко отмечается гипотрофия плода, кровотечение. При ухудшении течения нефрита нарастает альбуминурия, повышается артериальное давление, прогрессирует почечная недостаточность и может развиться тяжелая нефропатия вплоть до эклампсии с осложнениями (отслойка сетчатки, кровоизлияние в мозг и др.), если не будут приняты своевременно меры к прерыванию беременности.

Беременность противопоказана при хроническом нефрите и особенно при стойкой или нарастающей гипертонии, нарушении функции почек. Если при таком состоянии наступает беременность, необходимо ее прервать.

Лечение. При всех вариантах хронического нефрита обязательна госпитализация беременной. При относительно легком течении хронического нефрита рекомендуются диета, тщательное систематическое наблюдение за колебаниями количества белка в моче, характером осадка, прибавкой веса, состоянием артериального давления, сосудов глазного дна.

Пиелит чаще связан с атонией мочеточников и верхних мочевых путей (расширение лоханок). Механические затруднения являются дополнительными, усугубляющими факторами. Присоединяющаяся инфекция ведет к пиелиту (чаще правостороннему). Проникновение инфекции возможно по лимфатическим путям из толстой кишки, гематогенным путем из любого отдела. Возможен и восходящий «урогенный» путь из мочевого пузыря, так как при расширенных мочеточниках иногда отмечается пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Более частое, чем у мужчин, попадание микроорганизмов в мочевой пузырь отчасти объясняется строением и короткостью уретры. Предрасполагают к пиелиту запор, атония кишечника, скрытые инфекционные очаги в любом органе на фоне снижения общей сопротивляемости, резистентности организма. Возбудители — чаще кишечная палочка (70—80%), стрептококк (2—3%), стафилококк (7—8%), смешанная инфекция (10—12%).

Течение. Боли внизу живота и пояснице, иногда с иррадиацией по ходу мочеточника, внезапное повышение температуры (до 39—40°), сопровождающееся ознобом, пиурия, учащенное мочеиспускание, положительный симптом Пастернацкого. Дизурические явления отсутствуют. Пиурия может отсутствовать, если в момент взятия мочи не было поступления ее из пораженной лоханки. Возможен только цистит. Если жалобы больной на учащенное и болезненное мочеиспускание были до появления болей в животе, до повышения температуры, не исключается возможность сочетания пиелита и цистита (последний как вторичное заболевание). Надо помнить о возможности обострения туберкулеза почки (кислая моча, туберкулезные бактерии и отсутствие другой флоры, стойкий характер дизурических явлений, характерный анамнез). Возможна пиурия и при пиелонефрите, когда поражена и почечная паренхима. При этом состояние больной более тяжелое; длительная лихорадка, в моче белок до 1⁰/₀₀ и выше, почечные цилиндры. В таких случаях рекомендуется цистоскопия. Если пиелит своевременно не лечить, беременность в 30—40% случаев заканчивается преждевременно и плод погибает внутривутробно.

Профилактика. Возможно раннее обследование беременной в женской консультации, своевременное лечение всех выявленных у беременной очагов инфекции.

Лечение пиелита, как правило, в стационаре. Покой, диета (молочно-растительная — овощные, фруктовые супы, протокваша и другие молочные продукты, исключая острые — сыр и соленые — брынза), обильное питье в виде чая с молоком, молоко, отвар шиповника, отвар толокнянки из 10 г на 200 мл воды на сутки. При очень кислой моче — боржом, эссенуки № 4, при щелочной — смирновская вода. Следить за функцией кишечника. Если щелочная моча плохо поддается окислению, рекомендуется внутрь соляная или фосфорная кислота. При кислой моче внутрь уротропин 0,5—1 г 3 раза в день или внутривенно 40% раствор по 5—10 мл через день.

При этом необходимо резко ограничить прием жидкости до 1 л в сутки. При щелочной моче внутрь салол по 0,5 г 4 раза в день.

Применяют грелки, диатермию на область почек с целью усилить перистальтику мочеточников.

Одновременно (исключая наличие токсикозов отечно-почечного ряда, болезни печени, крови и сердечно-сосудистые заболевания) назначают сульфаниламидные препараты — сульфодимезин и антибиотики — синтомицин.

В редких случаях приходится прибегать к промыванию почечных лоханок (0,5% раствор азотистого серебра) и введению в них лекарственных веществ, что весьма эффективно. Если заболевание не поддается лечению и имеется двусторонний пиелит, прибегают к прерыванию беременности.

Почечная недостаточность острая может возникнуть после переливания резуснесовместимой крови, при преэклампсии, после припадка эклампсии, при преждевременной отслойке плаценты, при шоке от кровопотери, в результате инфицированного выкидыша (часто). Патология связана с возникновением некротических изменений почечных канальцев.

Симптомы. Олигурия и анурия. В моче значительное количество кровавого пигмента и белка. Рвота, повышение артериального давления, повышенная температура, нередко шоковое состояние. В крови быстро нарастающая азотемия, достигающая очень высоких цифр (300 мг% и более). Высокая материнская летальность.

Лечение (по Н. И. Чучелову, 1960, цит. по С. М. Беккеру, 1964): 1) околопочечная новокаиновая блокада; 2) катетеризация мочеточников с осторожным промыванием почечных лоханок физиологическим раствором с целью получить рефлекс на мочеотделение; 3) повторные обменные переливания крови от 250 до 500 мл; 4) инъекции под кожу карбохолина по 0,25 мг 2 раза в сутки; 5) диатермия области почек; 6) промывание желудка слабым щелочным раствором; ограниченное введение под кожу 5% раствора глюкозы или физиологического раствора.

Лучшие результаты достигаются применением гемодиализа с помощью искусственной почки.

Почечнокаменная болезнь — сочетание с беременностью наблюдается относительно редко, выявляется при беременности чаще чем у небеременных, что, как полагают, связано с наблюдающимся при беременности расширением мочеточников.

Симптомы. Характеризуется внезапным наступлением острой боли в поясничной области справа или слева, появлением крови в

моче. Нередко наблюдается преждевременное прерывание беременности. Неблагоприятным осложнением является присоединившаяся инфекция.

Лечение только в стационаре. Если при наличии инфекции или нарушении функции почек лечение неэффективно, показано прерывание беременности. В остальных случаях беременность может быть сохранена.

Цистальгия — дизурические явления с отсутствием в моче лейкоцитов. Зависит чаще от расстройства кровообращения в области треугольника и шейки мочевого пузыря. Встречается при опущении передней стенки влагалища, ретрофлексии матки.

Длительные застойные явления в пузыре ведут к разрастанию эпителия лютотова треугольника. У большей половины больных императивные позывы к мочеиспусканию, учащенное болезненное мочеиспускание. Необходим точный диагноз цистальгии (цистоскопия).

Лечение. Устранение гинекологической патологии при беременности. С увеличением срока последней обычно исчезает цистальгия. Местное лечение нецелесообразно.

Цистит. К заболеванию предрасполагает давление на пузырь увеличивающейся в размерах матки, в конце беременности присоединяются значительное растяжение и сдавление пузыря головкой плода, значительная гиперемия стенок пузыря. Особенно часто обостряется уже существовавший ранее цистит, тригонит, иногда сопровождающийся даже кровотечением из пузыря. Цистит развивается, как правило, вследствие проникновения инфекции восходящим путем — из половых органов, уретры. Особенно часто продвигаются бактерии при катетеризации пузыря, поэтому необходимо возможно ограничить эту манипуляцию, а в случае необходимости назначать после нее внутрь дезинфицирующие средства (уротропин).

При остром цистите больная мочится часто (позывы императивные) и при каждом мочеиспускании выпускает небольшое количество (15—20 мл) мочи. Учащение мочеиспускания наблюдается почти в одинаковой степени днем и ночью. В конце акта мочеиспускания иногда к последней порции мочи примешивается несколько капель крови (терминальная гематурия). Когда пузырь судорожно сокращается, больная испытывает резкую боль. Общее состояние при цистите, как правило, не нарушается. Температура нормальная или слегка субфебрильная.

При хроническом рецидивирующем цистите обязательна цистоскопия. Она позволяет дифференцировать с камнем мочевого пузыря, туберкулезом, опухолью, дивертикулом. Дифференциально-диагностические признаки цистита и пиелита см. в табл. 18.

Лечение. Если мочевой пузырь анатомически и функционально полноценный, острый цистит обычно скоро ликвидируется. Затяжной характер цистита, как и пиелита, должен заставить подумать о возможности туберкулезной этиологии заболевания. В таких случаях показана цистоскопия. При воспалении слизистой оболочки шейки пузыря в него вводят 1% раствор колларгола в количестве 10—30 мл и оставляют в пузыре на некоторое время. Для уменьшения болей в области мочевого пузыря применяются свечи с белладонной, промедолом, папаверином, теплые сидячие ванны при небольшом сроке беременности. В затянувшихся случаях показано промывание мочевого пузыря (см. «Промывание мочевого пузыря»

Дифференциальная диагностика цистита и пиелита

№ п/п		Цистит	Пиелит
1	Боли	В конце акта мочеиспускания	В области почки. Положительный симптом Пастернацкого
2	Мочеиспускание	Частое и болезненное Уменьшение количества мочи при каждом мочеиспускании	Нормальное
3	Моча	Мутная. Иногда терминальная гематурия	Мутная в обеих порциях
4	Общее состояние	Удовлетворительное	Иногда тяжелое, температура высокая, озноб
5	Длительность заболевания	5—6 дней. Болезнь постепенно затихая, кончается излечением	Острый период при правильном лечении длится 10—12 дней, кончается излечением

ря»), госпитализация в отделение патологии беременности. При остром цистите промывание пузыря противопоказано.

НЕРВНАЯ СИСТЕМА, ЗАБОЛЕВАНИЯ. Дизэнцефальная патология во время беременности может проявиться в виде синдрома Иценко—Кушинга, нарколепсии, несахарного диабета, акромегалидного синдрома с симптомами глюкозурии.

При патологии дизэнцефальной области возможны преждевременные роды, самопроизвольные выкидыши, слабость родовой деятельности. Показания к оперативным вмешательствам при родах даются в зависимости от акушерского статуса. Послеродовой период обычно протекает без осложнений.

В дальнейшем показано лечение у невропатолога и эндокринолога
Кровоизлияние в мозг. Причина — нефропатия с высоким артериальным давлением, гипертоническая болезнь, нефрит.

Предрасполагающие моменты: перенесенные ранее инфекционные заболевания, поражающие сосудистую стенку (малярия, сыпной тиф, ревматизм), аневризмы сосудов головного мозга.

Кровоизлияние возможно как в период беременности, так и в родах, особенно в период изгнания, когда артериальное давление повышается.

Течение. Начало острое. Потеря сознания. Возможно коматозное состояние, в тяжелых случаях нарушение дыхания (типа Чейн-Стокса, Биота), сердечной деятельности. Наиболее характерно развитие гемиплегии или гемипареза.

Дифференциальный диагноз с эмболией (рвмокардит), тромбозом сосудов головного мозга, при коматозных состояниях с эклампсией (бессудорожная форма).

Лечение. Покой, холод на голову, кислород, внутримышечно 10 мл 10% раствора глюконата кальция в течение 4—5 дней, 5 мл 0,3% раствора викасола внутримышечно 4—5 дней, 10 мл 2,4% раствора эуфиллина в растворе глюкозы внутривенно 10 дней, 1 мл 0,06% раствора коргликона в растворе глюкозы внутривенно 7—8 дней, инъекции 1 мл 1% раствора дибазола подкожно 10—14 дней, 10 мл 25% раствора сернокислого магния внутримышечно 7—10 дней (утром — глюконат кальция, вечером — магний).

С первых дней следует применять антибиотики — стрептомицин с пенициллином в целях профилактики пневмонии. Кровопускание индивидуально (обычно не делают).

По прошествии острого периода назначаются лечебная физкультура, массаж, инъекции 1% раствора ивализина, дибазола. Восстановление нарушенных двигательных функций при кровоизлиянии более полное, чем при тромбозе.

При кровоизлиянии в начале беременности рекомендуется прерывание последней. При развитии кровоизлияния незадолго до родов (2—2½ месяца) показано оперативное родоразрешение (кесарево сечение). В каждом случае вопрос решается индивидуально в зависимости от состояния беременной.

Профилактика. Раннее лечение нефропатии, гипертонической болезни, нефрита, раннее выявление и лечение активного ревматизма. Последующие беременности у женщин, перенесших кровоизлияние в мозг, нежелательны.

Кровоизлияние субарахноидальное под паутинную оболочку мозга. Этиология. Аневризмы сосудов головного мозга, артериосклероз, травмы, инфекции (сыпной тиф, малярия, ревматизм, грипп).

Течение. Начало острое, резкая головная боль, рвота, выраженный менингеальный синдром, повышение температуры, лейкоцитоз. Ликвор кровянистый или ксантохромный.

Субарахноидальным кровоизлиянием способствуют нефропатия, быстрые роды, сопровождающиеся значительным подъемом артериального давления, возможен разрыв аневризмы сосудов головного мозга, ранее не диагностированной, а также острые церебральные васкулиты (ревматизм).

Диагноз. Острое развитие у беременных и рожениц приступов головной боли в сочетании с менингеальным синдромом может явиться клиническим проявлением заболевания. Для уточнения диагноза необходима люмбальная пункция (наличие крови в спинномозговой жидкости).

При развитии субарахноидального кровоизлияния в начале беременности рекомендуется прерывание последней и дальнейшее лечение женщины в неврологическом стационаре. В более поздние сроки беременность надо довести до конца. Родоразрешение — кесарево сечение с дальнейшим переводом больной в неврологический стационар для лечения.

Лечение. Покой, лед на голову, викасол по 5 мл 0,3% раствора внутримышечно в течение 5—7 дней, 10% раствор хлорида кальция по 1 столовой ложке 3 раза в день, рутин 0,02 г 3 раза в день, аскорбиновая кислота 0,3 г 3 раза в день, желатина. При

повышении температуры — антибиотики. Люмбальная пункция производится с большой осторожностью.

Профилактика. Раннее выявление нефропатии и лечение беременных даже с минимальными симптомами ее, ранняя диагностика и профилактика ревматизма.

Наличие субарахноидального кровоизлияния в анамнезе не является прямым противопоказанием к последующим беременностям. Необходимо тщательное наблюдение над такими беременными. Женщину следует предупредить о возможности рецидива.

Менингит гнойный — воспалительное заболевание мозговых оболочек. Различают первичный цереброспинальный менингит, вызванный менингококком, и вторичный, возбудителем которого могут быть различные микроорганизмы. Развивается при наличии инфекционного очага в организме. Беременность резко снижает иммунные силы организма, повышается проницаемость гемато-энцефалического барьера. Особенно опасно при беременности инфицирование верхних дыхательных путей. Это может вести к развитию менингита.

Течение гнойного менингита при беременности крайне тяжелое: резко выражен менингеальный синдром, высокая температура, быстро развивается коматозное состояние.

Диагноз дифференциальный с серозным менингитом, субарахноидальным кровоизлиянием. Правильной диагностике помогает состояние ликвора: при гнойных менингитах он мутный и содержит преимущественно полинуклеарные лейкоциты.

Лечение. Антибиотики, витаминотерапия, дегидратационная терапия (инъекции сернокислого магния, внутривенные вливания 10 мл 2,4% раствора зуфиллина в растворе глюкозы), по показаниям кардиальная терапия.

Срочная госпитализация в менингитное отделение. Вопрос о прерывании беременности и ведения родов в каждом отдельном случае решается индивидуально.

Профилактика. Раннее выявление и лечение у беременных катаров верхних дыхательных путей любой этиологии, а также ликвидация других инфекционных очагов.

Менингит туберкулезный — воспаление мозговых оболочек, вызванное микобактериями туберкулеза, развивается обычно при наличии очага в другом органе.

Течение. Головная боль, рвота, температура от субфебрильных до высоких цифр, ригидность мышц затылка, симптом Кернига. Характерно поражение черепномозговых нервов.

Диагноз дифференциальный с менингитами другой этиологии, субарахноидальным кровоизлиянием. Диагностике помогает анализ спинномозговой жидкости. При туберкулезном менингите отмечается лимфоцитоз, снижение содержания сахара, выпадает тонкая фибриновая пленка.

Беременность обостряет течение туберкулеза. При развитии менингеального синдрома во время беременности необходимо помнить о туберкулезном менингите. При беременности возможно атипичное течение туберкулезного менингита: острое начало, септическое состояние. Возможна внутриутробная смерть плода.

Лечение. Срочная госпитализация в специальное отделение инфекционной больницы.

При раннем сроке беременности желательно прерывание последней, при позднем беременности может сохраниться. Роды ведут кон-

сервативно. В каждом отдельном случае эти вопросы решаются индивидуально. Кормление ребенка грудью противопоказано.

Менинго-энцефалит. При наличии в анамнезе менинго-энцефалита без грубых локальных симптомов и ликвородинамических нарушений обычно состояние беременной женщины не ухудшается. Роды и послеродовой период протекают нормально.

Лечение. При выраженных локальных симптомах и ликвородинамических нарушениях показано прерывание беременности. В случае отказа женщины от аборта проводится дегидратационная терапия во время беременности (инъекции сернокислого магния, внутривенные вливания глюкозы), а также витаминотерапия (1 мл 5% раствора витамина В₁ подкожно, 1 мл 5% раствора витамина В₆ подкожно в течение 15 дней, витамин В₁₂ в дозе 200 гамм через день, всего 7—10 инъекций). По показаниям курсы терапии в течение беременности повторяются. При родах исключение потуг.

Миастения — заболевание, характеризующееся патологической утомляемостью мышц. Главным образом поражаются мышцы глаз и проксимальная мускулатура конечностей. Беременность вызывает прогрессирующее ухудшение. Заболевание связано с нарушением проводимости в области нервно-мышечных синапсов за счет быстрого разрушения ацетилхолина.

В последующие беременности рецидивы протекают в более тяжелой форме. После родов наблюдается улучшение. Беременность противопоказана.

Диагноз дифференциальный проводится с полиоэнцефалитом, стволым энцефалитом, рассеянным склерозом. Для правильной диагностики большое значение имеет прозериновая проба (введение 1 мл 0,05% раствора прозерина подкожно): при миастении через 20—30 минут наблюдается уменьшение, а иногда и полное исчезновение всех симптомов (прозерин снижает активность холинэстеразы), однако эффект непродолжительный — 2—3 часа.

Лечение. При настойчивом желании женщины иметь ребенка необходимо в течение беременности постоянное лечение прозерином или прозериноподобными препаратами в условиях неврологического стационара (прозерин назначается per os по 0,015 г 4—5 раз в день или под кожу 1 мл 0,05% раствора 2—3 раза в день, однако в каждом отдельном случае дозы подбираются строго индивидуально).

(Угроза выкидыша при увеличении ацетилхолина!).

Роды — кесарево сечение. После родов продолжать лечение миастении.

Миелит — тяжелое осложнение беременности и послеродового периода. Проявляется парезами или параличами конечностей, проводниковыми нарушениями чувствительности, расстройством функции тазовых органов. В дальнейшем присоединяются пролежни. При развитии уросепсиса возможен летальный исход.

При беременности наблюдаются: 1) гематомиелиты; 2) инфекционные миелиты; 3) миелиты вследствие потери крови; 4) миелиты альбуминурийные (при нефропатии).

Прогноз тяжелый при гематомиелитах и инфекционных миелитах.

Гематомиелиты развиваются при длительных родах, оперативных вмешательствах, инфекционные миелиты — в результате послеродовой инфекции, реже во время беременности.

Диагноз дифференциальный с полиомиелитом, острым рассеянным энцефалитом, рассеянным склерозом. Для миелита характерны симптомы полного поперечного поражения спинного мозга. При миелите, развившемся во время беременности, показано прерывание последней. В случае альбуминурийного миелита прогноз благоприятен, происходит быстрое восстановление функций. При ишемическом миелите также возможно восстановление функций. При инфекционном миелите и гематомииелите восстановление идет крайне медленно.

Лечение. Антибиотики, уротропин, витаминотерапия, лечебная физкультура, массаж, профилактика пролежней (чаще поворачивать женщину, протирать кожу камфарным спиртом, при начинающихся пролежнях проводить ультрафиолетовое облучение).

Миопатия — прогрессивно развивающаяся атрофия мышц. Поражаются главным образом мышцы конечностей, тазового и плечевого пояса, а также мимическая мускулатура.

Диагноз. В атипичных случаях следует дифференцировать с переднероговой формой сирингомиелии, начальными явлениями амиотрофического бокового склероза, хроническим полиомиелитом, полимиозитом.

Беременность ведет к нарастанию симптомов: показано прерывание ее в ранние сроки.

Лечение. В случае настойчивого отказа женщины от аборта показаны 2—3 курса терапии (витамины В₁, В₁₂, инсулин с глюкозой, ионтофорез с хлористым кальцием симпатических узлов) в условиях стационара. Роды — кесарево сечение.

Неврит зрительного нерва при беременности характеризуется падением остроты зрения, изменениями глазного дна. С течением беременности симптомы нарастают. Прерывание беременности способствует быстрому восстановлению зрения. Возможны рецидивы при последующих беременностях.

При нормальной беременности возможно битемпоральное сужение полей зрения при отсутствии изменений на глазном дне. После родов зрение полностью восстанавливается. Это связано с физиологическим увеличением размеров гипофиза во время беременности и его давлением на хиазму зрительных нервов.

Диагноз дифференциальный с начальной стадией рассеянного склероза. Наиболее тяжелые изменения наблюдаются при преэклампсии и эклампсии: отек сетчатки, зрительного нерва, расширение вен, спазм артерий, резкое падение зрения. Экламптический амавроз является показанием к прерыванию беременности.

Лечение. Витамин В₁ — 1 мл 5% раствора внутримышечно ежедневно в течение 15 дней, В₆ — 1 мл 5% раствора подкожно 15 дней, В₁₂ — внутримышечно 200 гамм через день, всего 10 инъекций, алоэ 1 мл раствора внутримышечно 20—30 дней, никотиновая кислота 0,05 г 3 раза в день 10—15 дней. При отсутствии эффекта от лечения срочное прерывание беременности, так как заболевание может закончиться полной слепотой.

Профилактика. Раннее лечение токсикоза беременности.

Неврит лицевого нерва Наблюдается во вторую половину беременности и, как правило, сочетается с нефропатией.

Течение заболевания характеризуется парезом или параличом мимической мускулатуры с нарушением вкуса на $\frac{2}{3}$ языка. Развивается остро. Указаний на инфекцию в анамнезе обычно нет. Сте-

пень поражения и дальнейшего восстановления зависит от выраженности симптомов нефропатии. После родов быстрое восстановление функции мимической мускулатуры.

Диагноз дифференциальный с ядерным поражением лицевого нерва, чему помогает электромиография.

Лечение. Витамин В₁ в дозе 1 мл 5% раствора внутримышечно в течение 15 дней, витамин В₆ по 1 мл 5% раствора подкожно в течение 15 дней, витамин В₁₂ (200 гамм через день, всего 10 инъекций), дибазол 0,03 г 3 раза в день в течение 2 недель, нивалин по 1 мл 1% раствора внутримышечно 15—20 дней, рутин 0,02 г 3 раза в день в течение 15 дней с аскорбиновой кислотой, глюконат кальция 0,5 г 4 раза в день в течение месяца, УВЧ, массаж, в послеродовом периоде парафиновые аппликации. Роды ведут консервативно.

Неврит травматический. Развивается во время родов на высоте потуг и чаще является результатом несоответствия между размерами головки плода и родовыми путями матери, а также при операционном вмешательстве — наложение щипцов, краниотомия. Чаще страдает седалищный нерв и главным образом его ветвь — малоберцовый нерв.

Симптомы. Клинически поражение проявляется невозможностью разгибания стопы, при поражении большеберцового нерва выпадает ахиллов рефлекс.

Диагноз дифференциальный. Острое развитие поражения малоберцового нерва во время родов, отсутствие специальных анамнестических данных позволяют исключить заболевание не-травматической этиологии.

Лечение. Витамин В₁ по 1 мл 5% раствора внутримышечно 15—20 дней, В₆ по 1 мл 5% раствора подкожно 10 дней. В₁₂ — по 200 гамм через день, всего 10 инъекций, физиотерапия, лечебная физкультура, массаж, нивалин по 1 мл 1% раствора внутримышечно 15 дней, галантамин по 1 мл 1% раствора подкожно 10 дней. Восстановление медленное. Прогноз зависит от тяжести травмы.

Опухоли головного мозга. Беременность значительно ускоряет рост опухолей центральной нервной системы.

Диагноз. Нередко опухоль впервые выявляется во время беременности. Отмечается быстрое нарастание симптомов. На первый план выступают общемозговые симптомы — головная боль, тошнота, рвота. Глиобластомы характеризуются быстрым нарастанием симптомов. Необходимость срочного прерывания беременности с последующим оперативным вмешательством.

Лечение. Невриномы VIII пары нервов растут медленно и срочного прерывания беременности не требуют. Показано — дегидратационная терапия. Роды проводят с исключением потуг. После родов операция удаления опухоли. Необходимо дифференцировать с тяжелым токсикозом беременности.

Перерыв поперечника спинного мозга травматической этиологии характеризуется парезами или параличами конечностей, проводниковыми нарушениями чувствительности, расстройствами функций тазовых органов.

Диагноз дифференциальный. Наличие в анамнезе травматического повреждения позвоночника позволяет исключить другие этиологические моменты заболевания спинного мозга.

Самопроизвольные роды при полной изоляции спинного мозга от центральной нервной системы возможны. Осложнения в течение

беременности и родов: преждевременные роды, слабость брюшного пресса в периоде изгнания.

Сократительная способность матки не страдает. Возможно даже ее повышение, благодаря чему период изгнания осуществляется и без участия брюшного пресса. В послеродовом периоде возможна гиперинволюция матки и почти полное отсутствие кровянистых лохий. Возможно безболезненное течение родов.

Лечение. В течение беременности рекомендуется провести курсы терапии: витамины группы В—В₁ по 1 мл 5% раствора внутримышечно, В₆ по 1 мл 5% раствора внутримышечно, дибазол по 1 мл 1% раствора подкожно 15 дней, галантамин по 1 мл 1% раствора подкожно 10 дней; легкая лечебная физкультура, массаж. Постоянное наблюдение невропатолога и акушера-гинеколога.

Во время родов при показаниях операция наложения шипцов или вакуум-экстрактора.

Полиомиелит — острое инфекционное заболевание центральной нервной системы, вызываемое фильтрующимся вирусом. Страдает преимущественно серое вещество спинного мозга, в меньшей степени — головного.

Течение клиническое делится на четыре периода: 1) препаралитический, 2) паралитический, 3) восстановительный, 4) резидуальный.

Возможность заражения беременных больше, заболевание протекает тяжелее, процент бульбарных форм выше. Восстановление двигательных функций идет медленнее и менее полно, чем у небеременных. Если заболевание развилось в начале беременности, то симптомы более отчетливо выступают на IV—V месяце. Паралич брюшных мышц может выявиться иногда только при родах. Сокращение матки нормальное, роды обычно протекают нормально. В случае необходимости следует исключить потуги. При тяжелых бульбарных формах с нарушением дыхания кесарево сечение.

Диагноз дифференциальный проводится с полиневритом, полирадикулоневритом. Беременная, заболевшая полиомиелитом, немедленно госпитализируется в полиомиелитное отделение для проведения специального лечения.

Полиневрит — множественное поражение нервов, вызванное инфекцией или токсическими факторами: осложнение токсикоза. Наиболее тяжелое течение отмечено при неукротимой рвоте. Клинически проявляется нарушениями чувствительности в виде «чулок и перчаток», мышечными атрофиями, отсутствием сухожильных рефлексов, вегетативными нарушениями. Больше страдают дистальные отделы конечностей.

Паралич Ландри — тяжелейшая форма полиневрита, характеризующаяся быстрым течением и вовлечением в процесс нервных стволов конечности и нервов ствола головного мозга, что ведет к нарушению дыхания и сердечной деятельности. Нередко наблюдается летальный исход.

Течение. Для полиневритов беременных характерно появление их при токсикозах, ухудшение с течением беременности, наступление выздоровления после прерывания последней, терапевтический эффект от лечения токсикоза, рецидивы при последующих беременностях.

В легких случаях картина характеризуется нарушением чувствительности, вегетативными расстройствами. Быстро наступает эффект от лечения.

Диагноз дифференциальный с невралгией миотрофией Шарко—Мари, при восходящих полиневритах с полиомиелитом, энцефаломиелитом.

Лечение. Витамины В₁ по 1 мл 5% раствора внутримышечно 15—20 дней, В₆ по 1 мл 5% раствора внутримышечно 15—20 дней, В₁₂ по 200 гамм через день, 10 инъекций, глютаминовая кислота по 0,5 г 4 раза в день 15 дней, новокаин по 5 мл 2% раствора внутримышечно 15 дней, аскорбиновая кислота с рутином, дибазол по 1 мл 1% раствора подкожно 15 дней, ионтофорез с новокаином, лечение токсикоза.

Роды ведут консервативно. После родов динамическое наблюдение невропатолога.

При полиневрите с корсаковским синдромом или параличе Ландри, а также полиневрите, не поддающемся терапии, срочное прерывание беременности.

Радикулит пояснично-крестцовый — поражение пояснично-крестцовых корешков спинномозговых нервов.

Этиология. Травма, инфекция, интоксикация. Предрасполагающий фактор — патология позвоночника.

Течение. Болевой синдром с локализацией в поясничной области и иррадиацией в нижние конечности, положительные симптомы на вытяжении нервных стволов (Ласега, Вассермана, Макевича, Нери, Бонне). Подвижность в поясничном отделе позвоночника ограничена. Может быть напряжение длинных мышц спины, сухожильные рефлексы в начале заболевания повышены, затем снижаются. Отмечаются корешковые нарушения чувствительности. В более тяжелых и затяжных случаях мышечные атрофии, парезы.

При беременности возможно как обострение пояснично-крестцового радикулита, так и возникновение его впервые. Как правило, пояснично-крестцовый радикулит наблюдается во второй половине беременности. Предрасполагающим моментом для развития заболевания являются изменения позвоночника типа деформирующего спондилеза, гиповитаминоз (особенно при токсикозах), нарушение лимфо- и кровообращения в малом тазе, непосредственное сдавление маткой нервных стволов, ишемические явления в нижних конечностях.

Течение заболевания различно — от легких форм почти без симптомов до затяжных, с начинающейся атрофией мышц и выпадением сухожильных рефлексов.

Диагноз дифференциальный с сакроилеитом, псоитом. Необходимо исключить патологию внутренних органов, особенно малого таза, костную патологию позвоночника и таза.

Лечение. Витамин В₁ по 1 мл 5% раствора внутримышечно 15—20 дней, витамин В₆ по 1 мл 5% раствора подкожно 10 дней, витамин В₁₂ 200 гамм подкожно через день, всего 10 инъекций, аскорбиновая кислота, новокаиновые обкалывания, легкий массаж нижних конечностей.

Роды ведут консервативно. После родов наступает особенно заметное улучшение.

Профилактика. Женщинам, перенесшим пояснично-крестцовый радикулит, рекомендуется во время беременности провести два—три курса лечения витаминами группы В.

Тромбоз мозговых артерий — осложнение, возникающее чаще во второй половине беременности. Развитию способствует повы-

шение свертываемости крови, пониженное артериальное давление, замедление венозного кровотока. Предрасполагающие моменты — ранее перенесенные инфекции, поражающие сосудистую стенку (ревматизм, малярия, сыпной тиф, грипп), нефропатия — начальная форма. Наиболее частой причиной является сосудистая форма мозгового ревматизма (тромбоваскулиты), нередко сочетающаяся с сердечно-сосудистой декомпенсацией.

Течение. Развитие заболевания постепенное, головная боль, парестезии в конечностях, нарастающие парезы. Чаще поражается среднемозговая артерия.

Диагноз. Клинически выявляются гемипарезы с повышенным тонусом и сухожильными рефлексам, наличием патологических знаков и расстройством чувствительности по гемитипу. Дифференциальный диагноз с кровонзлиянием (см.) и эмболией сосудов головного мозга (см.).

Лечение — покой, кислород, холод на голову, эуфиллин по 10 мл 2,4% раствора в растворе глюкозы внутривенно 10 дней, дибазол по 1 мл 1% раствора подкожно 10—15 дней, витаминотерапия, массаж, при наличии активного ревматизма — противоревматическая терапия, в дальнейшем лебечная физкультура.

Роды ведутся оперативно — кесарево сечение. Если состояние женщины вполне удовлетворительное и срок, прошедший с момента инсульта, больше 3—4 месяцев, можно ограничиться исключением потужного процесса.

В послеродовом периоде наступает заметное восстановление двигательных функций. Дальнейшие беременности нежелательны. Вопрос стерилизации решается индивидуально.

Хorea беременных — заболевание центральной нервной системы, характеризующееся поражением подкорковых узлов головного мозга, верхних мозжечковых ножек, зубчатых ядер мозжечка. Клинически проявляется быстрыми беспорядочными подергиваниями отдельных мышечных групп, чаще всего проксимальных отделов конечностей, мимической мускулатуры.

В тяжелых случаях наряду с гиперкинезом отмечаются изменения психики в виде возбуждения, спутанности сознания.

Этиология. Ревматическое поражение подкорковых узлов головного мозга. Однако любое инфекционно-токсическое поражение этой области может дать аналогичную клиническую картину заболевания (токсикозы).

Хorea беременных обычно наблюдается в первые месяцы беременности и сочетается с токсикозом первой половины беременности. Часты рецидивы при повторных беременностях.

Диагноз не представляет затруднений, основывается на сочетании своеобразного гиперкинеза, снижения мышечного тонуса, изменений психики. Прогноз серьезен. При резко выраженном гиперкинезе с тенденцией к нарастанию и грубых изменениях психики показано срочное прерывание беременности с последующим лечением в неврологическом стационаре. При нерезком гиперкинезе с отсутствием изменений психики показано противоревматическое, противоаллергическое и седативное лечение.

Лечение. Аспирин по 1 г 4 раза в день 1—1½ месяца, димедрол по 0,03 г 3 раза в день 1½—2 недели, глюконат кальция по 0,5 г 4 раза в день, рутин по 0,02 г 3 раза в день, аскорбиновая кислота по 0,3 г 3 раза в день, бромиды 2—3 недели, инъекции

витаминов В₁ — 2 мл 5% раствора в течение 2 недель, В₆ — 1 мл 5% раствора в течение 10 дней, В₁₂ — 200 гамм через день в течение 10 дней.

Курсы терапии повторяются в зависимости от состояния беременной женщины. При отсутствии эффекта от консервативной терапии следует прерывать беременность.

Профилактика. Систематическое диспансерное наблюдение невропатологом и акушером беременных женщин, перенесших в детстве хорю, обследование их на наличие активного ревматического процесса во время беременности и проведение курса профилактической противоревматической и седативной терапии во время беременности в условиях стационара.

Эмболия мозговых сосудов возможна при беременности, но чаще наблюдается при родах (период изгнания, послеродовой период). Причиной является обострившийся ревматический процесс или атоническое маточное кровотечение после родов (воздушная эмболия).

Течение. Острое начало, потеря сознания, возможно коматозное состояние с нарушением дыхания и сердечной деятельности. Как правило, развивается гемипарез или гемиплегия.

Диагноз дифференциальный с кровозлиянием, этому помогают в основном анамнестические данные (наличие острого ревматического процесса, связь с атоническим кровотечением, отсутствие высокого артериального давления в анамнезе).

Лечение. При подозрении на воздушную эмболию опустить головной конец кровати. Инъекции 1 мл 2,4% раствора эуфиллина подкожно в течение 7—10 дней, 10 мл 25% раствора сернокислого магния внутримышечно 7—10 дней, кислород, антикоагулянты (неодикумарин 0,05 г 2 раза в день под контролем коагулограммы) с большой осторожностью (1). Сердечные средства в зависимости от показаний. По миновании острого периода лечебная физкультура, массаж, нивалин по 1 мл раствора подкожно в течение 15—20 дней.

Восстановление двигательных функций идет медленно. При эмболии, развившейся во время беременности, ведение родов оперативное — кесарево сечение. Дальнейшие беременности нежелательны. Вопрос стерилизации решается индивидуально.

Эпилепсия — заболевание, характеризующееся периодически наступающими приступами судорог с потерей сознания. Возможно упускание мочи и прикусывание языка. Различают генуинную (причина неизвестна) и симптоматическую эпилепсию, в основе которой лежит органическое заболевание головного мозга (инфекция, травма, опухоль, нарушение кровообращения и т. д.). Беременность, как правило, вызывает ухудшение в течении эпилепсии. У женщин, страдавших до беременности эпилептическими припадками, последние учащаются. Возможно развитие эпилептического статуса. Нередко впервые припадки появляются во время беременности. В таких случаях необходимо детальное обследование в условиях стационара.

Этиология. Инфекция, ревматизм, опухоль, нарушение венозного кровообращения.

Диагноз эпилепсии основывается на сочетании периодически возникающих судорожных припадков, как правило, с потерей сознания и прогрессирующего изменения личности. При развитии эпилептических припадков впервые во время беременности необходим дифференциальный диагноз с эклампсией. Последняя разви-

вается, как правило, у беременных с тяжелой формой нефропатии в конце беременности или во время родов, реже в послеродовом периоде. Диурез резко ограничен, специальное лечение эклампсии ведет к выздоровлению. Вне беременности в дальнейшем припадков не бывает. Дифференциальный диагноз с истерией, как правило, не сложен. Для последней характерны припадки, обусловленные психическими моментами, отсутствие ночных припадков, значительная эмоциональная лабильность. В припадках преобладает тонический компонент, нередко «истерические дуги». Течение истерии смягчается во время беременности.

Эпилепсия является показанием к прерыванию беременности.

Лечение. В случае отказа женщины от прерывания беременности необходимо в течение всей беременности проводить противосудорожную терапию (люминал по 0,1 г на ночь, дилантин по 0,05 г 2 раза в день 2 недели, чередовать с бромом, 3% раствор брома по 1 столовой ложке 3 раза в день, 25% раствор сернистого магния по 10 мл внутримышечно 10 дней). За 2—3 недели до родов госпитализация в отделение патологии беременности. При отсутствии эффекта от лечения прерывание беременности. Роды ведутся консервативно. При частых эпилептических припадках рекомендуется выключение потуг.

Панкреатит (воспаление поджелудочной железы) при беременности — заболевание крайне редкое.

Симптомы. Приступообразные боли в подложечной области. Распознавание трудное. Необходимо дифференцировать с острым аппендицитом (см. стр. 97), холециститом (см. стр. 151), желчно-каменной болезнью (см. стр. 151), непроходимостью кишечника (см. стр. 125), перитонитом.

Диагноз облегчается исследованием мочи на диастазу (реакция Вольгемута). Содержание в моче диастазы более 128 единиц позволяет поставить диагноз панкреатита.

Лечение. До 12 недель беременности показано прерывание ее. В более поздние сроки вопрос решается индивидуально в зависимости от тяжести течения панкреатита и результатов лечения.

ПЕЧЕНЬ, ЗАБОЛЕВАНИЯ. Гепатит (см. также болезнь Боткина, Желчнокаменная болезнь). Несколько снижается антитоксическая функция печени.

Течение нормальной беременности не обуславливает выраженных морфологических и клинических проявлений функциональной недостаточности печени. Последняя обладает большой резервной мощностью. Однако осложненная беременность в виде чрезмерной рвоты уже в ранние сроки вызывает обеднение печени гликогеном, а при более глубоких нарушениях обмена (тяжелая форма чрезмерной рвоты, эклампсия) и эндокринно-вегетативного аппарата наступают изменения дистрофического характера (геморрагические и анемические некрозы, тромбозы и жировые эмболии). При имеющемся хроническом заболевании печени беременность способствует выявлению и обострению процесса, хронические заболевания печени могут вести к прерыванию беременности.

Диагноз иногда представляется весьма затруднительным и требует внимательного обследования каждой беременности. При малейшем подозрении (анамнез обций, эпидемиологический, жел-

туха, лейкопения и др.) необходима самая ранняя госпитализация в соответствующий стационар, где возможно исследование функции печени (нарушения обмена, антитоксической функции и др.).

Лечение. Длительный постельный режим в стационаре, полноценное питание с достаточным количеством белков и углеводов, витаминов, ограничение жиров, даже легко усвояемых. Особенно полезен творог, овощи. Пища только в вареном виде. Исключаются жареные, копченые продукты.

Если отмечается склонность к развитию отеков, уменьшается потребление жидкости. Внутривенно 40% раствор глюкозы; иногда антибиотики.

Вопрос о сохранении и продолжении беременности при патологии печени решается индивидуально в стационарных условиях.

Холецистит и желчнокаменная болезнь. Последняя наблюдается чаще после родов. Почти $\frac{2}{3}$ женщин, страдающих желчнокаменной болезнью, рожавшие или имевшие беременность.

Холецистит может развиваться в ранние сроки беременности. Первый приступ желчнокаменной болезни отмечают обычно вскоре после родов в связи с перестройкой продукции желчи и моторики желчного пузыря или после выкидыша, реже во время беременности.

Патогенез. Механические затруднения для выделения желчи вследствие измененного положения печени (ослабление ее связочного аппарата и брюшной стенки в послеродовом периоде), атония кишечника, запор, увеличение во время беременности содержания холестерина в крови, повышенная раздражимость ветвей блуждающего нерва в желчных протоках во время беременности. В послеродовом периоде усиленное поступление холестерина из крови в желчь способствует возникновению заболевания.

Диагноз. Для холецистита характерны повышенная температура, приступы болей в правом подреберье, наступающие внезапно. Иногда им предшествуют желудочно-кишечные расстройства. Часто присоединяется желтуха. При пальпации обнаруживается болезненность в области желчного пузыря.

Для желчнокаменной болезни наиболее типичным является внезапно наступающая желчная или печеночная колика — схваткообразные боли в правом подреберье с отдачей в правое плечо, правую половину грудной клетки, поджелудочную область, область сердца. Появляется тошнота, рвота с желчью. Характерно быстрое нарастание болей и внезапное их исчезновение.

Лечение в стационаре. При холецистите антибиотики и сульфаниламидные препараты, рациональная диета, при желчнокаменной колике — покой, анальгетические, спазмолитические средства (2% раствор промедола, 0,1% раствор атропина, папаверин). При тяжелых желчных коликах с повышением температуры, не поддающихся консервативному лечению, иногда необходимо хирургическое вмешательство даже при беременности.

ПОЛИПЫ ШЕЙКИ МАТКИ у беременных обнаруживаются при осмотре с помощью зеркал. Встречаются нередко; иногда впервые появляются с беременностью. Большинство их фиброзно-железистого характера, иногда злокачественного. Полипы могут быть одиночные, множественные, иногда в виде целого «куста» с ножками, расположенными близко у края зева.

Симптомы. Полип шейки матки может протекать бессимптомно. Иногда наблюдаются контактные кровотечения, изъязвления, некроз.

Лечение. Полипы на тонкой и длинной ножке, кровоточащие, с явлениями некроза, особенно подозрительные на злокачественные, подлежат удалению непременно в условиях стационара. Удаляют их острожно путем откручивания или диатермокоагуляции с обязательным последующим гистологическим исследованием полипа.

Полипы с толстой ножкой, без признаков некроза, без подозрения на злокачественный характер могут быть оставлены до окончания родов. Независимо от характера полипа во всех случаях, когда имеются хотя бы малейшие сомнения в его доброкачественности, полип подлежит обязательному удалению (в стационаре) (см. Женские болезни).

ПОЛИП ПЛАЦЕНТАРНЫЙ образуется из задержавшихся остатков плаценты после бывшего выкидыша.

Симптомы. Спустя несколько дней после выкидыша, а иногда значительно позднее внезапно появляется кровотечение. В некоторых случаях незначительное, но длительно продолжающееся кровотечение приводит к резкой анемии.

Диагноз. Несколько укорочена шейка матки и немного раскрыт канал шейки матки. Тело матки чаще не увеличено в размерах, иногда положительный признак Гегара. Учитываются данные анамнеза (выкидыш, часто с последующими длительными кровянистыми выделениями).

Лечение в стационаре. Инструментальное удаление плацентарного полипа с последующим гистологическим исследованием соскоба для уточнения диагноза. При повышении температуры показано применение антибиотиков и сульфаниламидов.

ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ. Возбуждение психомоторное острое встречается при различных психических заболеваниях — шизофрении, циркулярном психозе, эпилепсии, истерии, при инфекциях, интоксикациях на фоне острого истощения, при состоянии страха, тоски, тревоги. В ряде случаев первичного острого психомоторного возбуждения имеется повышение внутричерепного давления, острое набухание мозга. Различают два вида острого возбуждения — координированный и дискоординированный.

Симптомы координированного возбуждения: движения больных носят целенаправленный характер, больные нападают на окружающих, принимая их за врагов. Наряду с двигательными и речевым возбуждением яркая психопатологическая симптоматика (обманы чувств, бред). При дискоординированном возбуждении двигательные проявления хаотичны, стереотипны, нецеленаправлены. Психопатологическая симптоматика бедна.

В акушерской практике острое психомоторное возбуждение встречается у больных в послеродовом периоде. Иногда возникает у девушек, впервые начавших менструировать. В случаях острого психомоторного возбуждения больные опасны для себя и окружающих.

Лечение. Для купирования психомоторного возбуждения применяется аминазин. Препарат действует седативно, потенцирует действие снотворных и анальгетиков. Применяется в виде раствора для внутримышечного введения и в виде таблеток по следующим прописям:

Rp Sol. Aminasini 2,5% 1—2 мл

D. t. d. N. 6 in amp.

S. Для внутримышечных инъекций 1—2 мл разводить с раствором новокаина 4—5 мл.

Rp. Sol. Novocaini 0,5% in amp. 2 мл

D. t. d. N. 6

S. Для разведения аминазина 4—5 мл

При дискоординированном виде возбуждения, кроме аминазина, применяют вливания глюкозы с витамином С.

Указанное лечение проводится под наблюдением психиатра. В случае отсутствия терапевтического эффекта больную необходимо направить в психиатрическую больницу.

Возбуждение аментивное возникает иногда в послеродовом периоде, являясь почти всегда проявлением шизофренического процесса.

Симптомы. Спутанное сознание, нарушение ориентировки в месте и времени, бессвязность мышления, эмоциональная лабильность, обманы чувств, двигательное беспокойство, протекающие при нормальной температуре.

Лечение. При резко выраженном возбуждении внутримышечно аминазин при нормальной температуре и под контролем соматического состояния. Кроме того, сердечные средства и как антитоксическое средство — в вену глюкоза с витамином С.

При отсутствии терапевтического эффекта и нарастающего возбуждения стационарирование в психиатрическую больницу.

СИНДРОМЫ. Астенический и астено-адинамический синдром.

Возникает в результате воздействия различных экзогенных факторов — соматических заболеваний, интоксикаций, после инфекций и т. д. У беременных женщин наиболее часто наблюдается при раннем токсикозе беременности, при неукротимой рвоте, имеет место «в послеабортных состояниях», при неосложненном аборте.

Симптомы. Вялость, апатия, утомляемость, резко сниженная работоспособность (до полной бездеятельности), бессонница. Эмоциональная неустойчивость.

Лечение должно быть направлено на основное заболевание (см. Токсикозы беременности. Апатико-абулический синдром). Хороший эффект дает применение аминазина. Рекомендуются также вливание глюкозы с витаминами В₁ и С, общее ультрафиолетовое облучение. Теплый душ через день по 5—7 минут.

Апатико-абулический синдром встречается при различных психических заболеваниях, в ряде случаев у беременных женщин при раннем токсикозе с явлениями «неукротимой рвоты».

Симптомы. Вялость, апатия, отсутствие побуждений, отсутствие инициативы, расстройство внимания, адинамия.

Дифференцировать необходимо от подобного синдрома, наблюдающегося при простой форме шизофрении. Отсутствие нарушений мышления, типичных для шизофрении, доступность, контактность больной говорят против шизофрении.

Лечение основного заболевания (токсикоз беременности) должно быть направлено на нормализацию нарушенной кортикальной регуляции и взаимоотношений коры и подкорки (см. Чрезмер-

ная рвота). Кроме того, хороший эффект дает лечение аминазином в дозах 0,025 г по 1 таблетке 2 раза в день в сочетании с витаминотерапией.

Галлюцинаторно-параноидный синдром нередко наблюдается в клинической картине психозов различного генеза — шизофренического, инфекционного, токсического, эпилептического и т. д. При беременности встречается очень редко, почти всегда в случаях, когда речь идет о шизофреническом психозе. Чаще этот синдром возникает в послеродовом периоде, являясь одним из проявлений либо инфекционного, либо шизофренического психоза.

Симптомы. Слуховые, зрительные, обонятельные галлюцинации, бред различного содержания, бредовое истолкование окружающего, неправильное поведение, часто агрессивное.

Лечение. Аминазин внутримышечно или per os в зависимости от состояния больной.

В некоторых случаях вместо аминазина можно назначать следующую терапию:

Rp. Luminali 0,1
Medinali 0,2
Codeini phosphorici 0,02
S. По 1 порошку 3 раза в день

При затяжном течении больную направляют в психиатрический стационар.

Делириозный синдром типичен для различных инфекционных заболеваний, проявляясь на высоте температуры или сразу после резкого падения ее. Его можно наблюдать в послеродовом периоде, осложненном инфекцией, большой кровопотерей, после криминального аборта, в терминальных стадиях злокачественных опухолей гениталий.

Симптомы. Помрачение сознания. Нарушение ориентировки в месте и времени. Наплыв галлюцинаций преимущественно зрительных, сценopodobных, устрашающего характера. Отрывочные бредовые высказывания. Страхи. Иллюзорное восприятие окружающего. Напряженность аффекта. Двигательное беспокойство.

Лечение. Наряду с лечением основного заболевания рекомендуются: аминазин внутримышечно, раствор глюкозы внутривенно, снотворные, сердечные средства.

Депрессивный синдром нередко служит первым проявлением психического заболевания — маниакально-депрессивного или циркулярного психоза (у женщин при беременности, после родов, в лактационном периоде). Как осложнение соматического заболевания, его можно наблюдать при тяжелых степенях токсикоза беременности — чрезмерной рвоте беременных, нефропатии, иногда после аборта, а также при злокачественных опухолях гениталий, в предоперационном периоде.

Симптомы. Подавленное настроение, доходящее в ряде случаев до тяжелой тоски. Заторможенность интеллектуальная и двигательная. Двигательное торможение иногда достигает степеней депрессивного ступора. В тяжелых случаях отмечаются бредовые идеи самообвинения, греховности, ущерба, суицидальные мысли и попытки.

Лечение основного заболевания. При установлении диагноза депрессивной фазы циркулярного психоза больную направляют в

психиатрический стационар. Для помещения в стационар рекомендуется лечение тофранилом. Около больной необходим круглосуточный индивидуальный пост медицинского персонала.

Rp. Tofranil 0,025 in tabl.

S. По 1 таблетке 2 раза в день в утренние часы; вторую таблетку принимать не позже 16 часов

Кроме того, следует вводить ежедневно раствор глюкозы с витаминами С, В₁, РР.

Кататонический синдром. Наблюдается при шизофрении, инфекционном и интоксикационном психозе, нередко в послеродовом периоде как проявление шизофренического психоза.

Симптомы. Кататоническое возбуждение характеризуется дискоординированным возбуждением с хаотическими движениями, импульсивными актами, иногда агрессивного характера. Синдром возбуждения может сменяться кататоническим ступором. Иногда наблюдается сочетание гиперкинетических и ступорозных симптомов (негативизм, мутизм, каталепсия, эхолалия, эхопраксия, стереотипное гримасничанье).

Диагноз. Для установления его обязательна консультация психиатра.

Лечение. Применяется внутримышечное введение аминазина.

Оглушенности синдром встречается при органических поражениях мозга, при различных интоксикациях, при тяжело протекающем токсикозе второй половины беременности (нефропатия, преэклампсия). Появление этого синдрома может быть предвестником эclamптического припадка.

Симптомы. Неясное восприятие окружающего («все как в тумане»). Внимание привлекается с трудом, нарушено непосредственное запоминание, критика своего состояния резко снижена. Больные не отдают себе отчета в тяжести своего состояния.

Лечение направлено на основное заболевание (см. Токсикозы беременности). Кроме того, необходимо применять аминазин в малых дозах (0,025 г 2—3 раза в день).

ОТДЕЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ. Психоз инфекционный острый возникает в результате воздействия различных патогенных возбудителей, поражающих в первую очередь головной мозг. Чаще наблюдается развитие психоза в послеродовом периоде. Реже психоз встречается в послеабортном септическом состоянии (криминальный аборт).

Симптомы. Наиболее типичной является картина инфекционного делирия, в редких случаях — аменитивное состояние. При делириозном варианте вначале на передний план выступают на фоне высокой температуры: общее недомогание, головные боли, повышенная чувствительность к внешним раздражениям — шуму, яркому свету, страху, расстройства сна, постепенно усиливаются расстройства сознания, нарушение ориентировки в месте и времени, сценородные зрительные гипногические галлюцинации, отрывочный бред. Аменитивный вариант с самого начала характеризуется упорной бессонницей, спутанным состоянием сознания, которое то проясняется, то затемняется. Наплывы галлюцинаций, преимущественно зрительных. Отрывочные бредовые высказывания. При том и другом варианте возможно психомоторное возбуждение.

Течение. От нескольких недель до нескольких месяцев. После окончания острых приступов и соматического выздоровления на некоторое время остаются явления постинфекционной слабости (астении). Больные легко раздражаются, быстро устают, капризны, плаксивы.

Диагноз основывается на типичной психопатологической симптоматике и клинике соматических нарушений. Наличие очага инфекции, высокой температуры, нарушенного сознания, тип инфекционного делирия, характер течения и полное выздоровление без какого-либо дефекта в психике позволяют дифференцировать психические нарушения при инфекционном психозе от шизофрении.

Лечение должно быть комплексным и направлено в основном на причину заболевания. Необходима совместная консультация врача-терапевта, инфекциониста и психиатра. Широко применяют антибиотики. Выбор антибиотиков зависит от характера инфекции. Кроме того, для купирования возбуждения назначают аминазин внутримышечно или per os. Для поддержания деятельности сердца показаны сердечные средства.

Психоз маниакально-депрессивный, или циркулярный. Этиология и патогенез недостаточно выяснены. В развитии психоза некоторую роль играют наследственные моменты. Благоприятной почвой для возникновения маниакально-депрессивного психоза является повышенная возбудимость нервной системы. Некоторое значение имеют эндокринно-вегетативные нарушения, связанные с изменениями в области подкорковых образований, чем можно объяснить периодичность течения психоза. Иногда наблюдается у женщин во время беременности, лактации, в инволюционном периоде (преклимакс, климакс).

Симптомы. Характерны фазы депрессивные и маниакальные. Иногда депрессивные фазы сменяются маниакальными и наоборот. Реже встречаются смешанные маниакально-депрессивные состояния. После приступов следуют промежутки полного здоровья. Симптомы депрессивной фазы сводятся к триаде: 1) подавленное настроение; 2) заторможенность мышления и речи; 3) двигательная заторможенность. Бредовые идеи самообвинения, греховности, самоуничтожения. Мысли о самоубийстве. Со стороны соматического состояния — падение веса, запор; нарушение менструального цикла, часто аменорея. Симптомы маниакальной фазы — повышенное настроение, интеллектуальное и психомоторное возбуждение (скачка идей, отвлекаемость, стремление к деятельности, отсутствие чувства усталости), переоценка собственной личности и возможностей, иногда бред величия.

Течение маниакально-депрессивного психоза цикличное; одна фаза сменяет другую. Длительность отдельного приступа болезни различна, измеряется месяцами. Светлые промежутки могут быть длительными — от месяца до нескольких лет.

Диагноз. Хорошо собранный анамнез обеспечивает правильность диагноза. О наличии маниакально-депрессивного психоза говорят аффективные нарушения психики, периодические возникающие тоскливое, подавленное настроение или жизнерадостный подъем, отсутствие нарушений мышления, цикличность течения. Однако в некоторых случаях дифференцирование первого приступа от шизофрении бывает затруднительным.

Лечение. При выраженном психозе направляют в психиатрическую больницу. Первая помощь в условиях женской консультации до помещения в больницу при депрессивном состоянии — срочная консультация психиатра в психодиспансере и назначение тофранила и барбамила.

Шизофрения. Этиология и патогенез до настоящего времени не вполне выяснены. Нередко первые проявления шизофренического процесса возникают в период беременности, послеродовой, лактационный и, наконец, в период инволюций (преклимакс, климакс).

Симптомы разнообразны. Захватывается область чувствований, интеллекта и поведения. Сознание ясное, больные правильно ориентированы в месте, времени и собственной личности, однако в поступках проявляют «странности». Отмечается неадекватность мышления и эмоциональных реакций. Особенно симптоматичны расстройства мышления. Ассоциации нелепы и непонятны. Например больная заявляет, что она «родила волчка», так как она светоч мира». Типичны склонность больных к символизации, резонерству, паралогии, погруженность в мир переживаний, отрыв от окружающего мира (аутизм), отсутствие контакта с окружающим, полная недоступность. Очень часты бредовые идеи преследования, отношения, толкования, воздействия, ипохондрические. Обманы чувств, чаще всего слуховые (больные жалуются на «голоса»), реже обонятельные, еще реже зрительные. Типичны тактильные обманы, ощущение электрического тока и пр. Значительные расстройства воли. Ослабевает волевая активность, разрушаются социальные навыки, больные становятся бездеятельными, неряшливыми, не выполняют своих обязанностей. В области соматической появляются эндокринно-вегетативные расстройства, изменения менструального цикла, нередко аменорея, секреторные расстройства: усиленная саливация, сальное лицо, потливость.

Течение. Различают два типа — остро начавшийся процесс с непрерывным течением, ослаблением процесса — ремиссией. Другой тип течения — медленно развивающийся, вяло текущий, без ослабления процесса с постепенным нарастанием дефекта.

Диагноз основывается на характерных для шизофрении расстройствах мышления, аффективной и волевой сферы. Дифференцировать шизофрению следует с маниакально-депрессивным психозом. При последнем мышление не нарушено, контакт с окружающим сохраняется. Больные доступны, эмоционально сохранены.

Лечение. Первая помощь в условиях женской консультации зависит от характера симптоматики. При психомоторном возбуждении внутримышечное введение 2,5% раствора аминазина, при соответствующих показаниях направление в психиатрический стационар.

Эпилептическая болезнь (так называемая генуинная эпилепсия) см. также Заболевания нервной системы.

Этиология и патогенез недостаточно выяснены. Часто эпилепсия начинается в детском возрасте, как правило, продолжается до конца жизни. Иногда, возникнув в детстве, болезнь как-будто заканчивается, а затем снова проявляется через несколько лет.

Течение. Эпилептическая болезнь протекает в виде больших судорожных припадков, малых припадков, дисфорий, сумеречных состояний сознания, эпилептического слабоумия. Иногда эпилептиформные припадки впервые появляются в период беременности,

иногда беременность наступает у женщин, уже страдающих эпилепсией. Нельзя говорить о какой-либо закономерности в появлении и течении эпилепсии в связи с беременностью и родами. Следует только отметить, что в отличие от эclamптических припадков (см.) припадки при эпилепсии, как правило, возникают в первые месяцы беременности. Если припадки эпилепсии появились впервые во время беременности, то считать беременность основной причиной заболевания не следует. Необходимо тщательное обследование больной, так как в этих случаях речь идет о выявлении при беременности какого-либо органического заболевания (кисты мозга, опухоли мозга, арахноидита и т. д.).

Симптомы. Психические нарушения при эпилепсии могут быть острыми и хроническими (нарастающее слабоумие). К острым относятся немотивированное расстройство настроения (дисфория), сумеречные состояния сознания (сноподобные, сновидные состояния, делириозная спутанность), бредовые состояния. Больные в сумеречном состоянии бывают агрессивны, могут совершать убийства и другие разрушительные действия. Сумеречные состояния сознания длятся от нескольких часов до нескольких суток. Как правило, больные не помнят, что с ними было. Течение эпилептической болезни длительное.

Диагноз. Наличие в картине болезни типичного большого судорожного припадка с предшествующей аурой, малые припадки, отсутствие каких-либо очаговых симптомов в неврологическом статусе говорят об эпилептической болезни. Дифференцировать эпилептическую болезнь следует от эпилептиформных припадков различного генеза — истерического, эclamптического, травматического. Дифференциальный диагноз (см. Эclamпсия).

Лечение эпилептической болезни при беременности — комбинация люминала с хлораконом и кофенном (Chloraconi 1,0 по 1 порошку 2—3 раза в день и Luminali 0,05 по 1 порошку 2 раза в день).

Одновременно назначается диуретин (0,3—0,5 г 1—2 раза в день, длительно до нескольких месяцев). При эпилептическом статусе: 1) повторные внутримышечные инъекции 25% раствора сернокислого магния, 2) внутривенно — 10% раствор бромистого натрия. Как крайняя мера — спинномозговая пункция и кровопускание.

РАК ШЕЙКИ МАТКИ при сочетании с беременностью особенно опасен, так как беременность благоприятствует более быстрому развитию заболевания. Раковое поражение шейки матки почти в половине случаев ведет к прерыванию беременности вследствие распространения инфекции из распадающегося новообразования на эндометрий и плодное яйцо.

Симптомы — обильные кровянистые и бурые выделения из влагалища, весьма быстро приобретающие неприятный запах. Выделения усиливаются по мере увеличения срока беременности.

Диагноз. Для своевременной диагностики необходимо у всех обращающихся в консультацию беременных женщин при первом же посещении осматривать шейку матки с помощью влагалищных зеркал и при малейшем подозрении (эрозия, разрастание, лейкоплакия) производить цитологическое исследование. Повторный осмотр спустя 1—2 недели, в неясном случае — кольпоскопия, биопсия. Наряду с развитием децидуальной ткани в слизистой оболочке

шейки матки во время беременности отмечается лейкоцитарная инфильтрация с одновременным разрастанием покровного и слизистого эпителия, который нередко метаплазирует и становится многослойным. Эти изменения иногда напоминают картину начинающегося рака.

Язва на шейке матки может быть туберкулезного и сифилитического характера (см.). В первом случае обычно имеется и туберкулезный эндометрит, язва поверхностная с резко очерченными, подрытыми краями, бледно-желтым дном. На дне и по краям язвы заметны мелкие просовидные бугорки либо полипозные разрастания бледного цвета, мало кровоточащие. Сифилитическая язва — круглая ссадина, плоское изъятие, не возвышающееся над поверхностью, иногда с небольшими углублениями, сероватым распадом точечного характера либо гангренозная твердая язва с обильным гнойным отделяемым. Гуммы на шейке имеют вид шарообразных выпуклых образований, покрытых гладкой слизистой оболочкой красноватого или желтоватого цвета. Окончательный диагноз подтверждает биопсия, иногда даже повторная.

Лечение. При установленном диагнозе показано срочное вмешательство и прежде всего в интересах матери. Характер вмешательства зависит от степени запущенности и срока беременности. При операбельной форме производится расширенная экстирпация матки с придатками, при жизнеспособном плоде — вначале кесарево сечение.

При неоперабельной форме рака шейки матки, если позволяет состояние больной, следует вначале прервать беременность (при большом сроке беременности, жизнеспособном плоде — классическое кесарево сечение, при малом сроке — малое кесарево сечение), а затем подвергнуть больную комбинированной лучевой терапии.

Самостоятельные роды при раке шейки матки сопряжены с большим риском (обильное кровотечение).

См. также Женские болезни.

РЕВМАТИЗМ ОСТРЫЙ (суставная форма) — тяжелое осложнение в течение беременности, родов и в послеродовом периоде.

Течение. Появляется обычно после перенесенной ангины, гриппа, гайморита или других инфекционных заболеваний. Протекает с повышением температуры до 39°, потливостью, болями в суставах. В течение ревматической атаки заболевания переходит с одного сустава на другой. Часто поражается миокард, эндокард (см. Ревматический миоэндокардит) и перикард. Течение длительное. Беременность в некоторых случаях может способствовать обострению ранее бывшего заболевания.

В случае прогрессирования развития общих септических явлений прогноз неблагоприятный.

Диагноз. Появление через 1—3 недели после ангины или другой стрептококковой инфекции с поражением суставов (без припухания и с болями), поражением сердца (электрокардиограмма). Нарастание титра противострептококковых антител, нарастание в крови фибриногена, появление С-реактивного белка, лейкоцитоз, ускоренная РОЭ.

Лечение. Постельный режим в теплом, сухом помещении. Полноценное питание с витаминами А, В, С. Рекомендуются вводить с пищей достаточное количество белков, ограничив потреб-

ление поваренной соли до 3—4 г и углеводов. Сухое тепло на область пораженных участков.

Внутри салициловый натрий в растворе в больших дозах до 6—10 г в сутки — в зависимости от того, как переносит больная (диспепсические явления), на курс лечения 200—300 г, иногда с добавлением соды. Можно вводить салициловый натрий внутривенно в виде 10% раствора по 10 мл 1—2 раза в день. Если салициловый натрий плохо переносится, применяют пирамидон (под контролем исследования крови) по 2—3 г в сутки (на курс 70—120 г). Однако лучше действует бутадиион по 0,15 г 4 раза в день (14—20 г на курс).

Значительное распространение получила гормональная терапия: препараты АКГГ (на курс 800—1200 единиц) или кортизон и его производные (преднизон, преднизолон — на курс около 300 мг, начиная с 15 мг и снижая дозу еженедельно на 2,5 г). При этом к диете с ограничением хлористого натрия прибавляют от 2 до 4 г хлористого калия в сутки.

Преднизолон иногда заменяют более мощным стероидом дексаметазоном, который в 6—7 раз активнее преднизолона. Дозировка — 0,5—0,75 мг в таблетке. В сутки дают 2 мг, постепенно уменьшая. На курс 40—55 мг.

В настоящее время наибольшее распространение получила комплексная терапия ревматизма: 1) стероидная в течение 30—40 дней; 2) аспирин или бутадиион — 60 дней; 3) пенициллин—10 дней и аскорбиновая кислота.

Физиотерапевтические процедуры при беременности не следует применять.

Профилактика. Широкие оздоровительные мероприятия во время беременности. Необходимо с самого раннего срока выявлять и ликвидировать скрыто протекающие инфекции. В женской консультации совместно с врачом-терапевтом, стоматологом и другими специалистами надо тщательно обследовать всех беременных женщин. Своевременная госпитализация в случае заболевания в ранние сроки беременности независимо от тяжести течения, для лечения и решения (совместно с терапевтом) вопроса о возможности продолжения беременности. Следует учитывать, что и прерывание беременности в этом состоянии — мероприятие рискованное. В поздние сроки беременности при выявлении заболевания — срочная госпитализация. В зависимости от ситуации решается вопрос об оставлении или прерывании беременности.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА, ЗАБОЛЕВАНИЯ. Гипертоническая болезнь обычно ухудшается с наступлением беременности и в свою очередь нередко осложняет течение последней. Различают следующие стадии развития заболевания:

А. Гипертоническая болезнь с медленно прогрессирующим течением: а) транзиторная гипертония (I стадия); б) неустойчивая гипертония с начальными органическими изменениями (II стадия); в) стабильная склеротическая с преимущественным поражением сердца, мозга, почек и смешанные формы.

Б. Гипертоническая болезнь с быстро прогрессирующим течением (злокачественная).

Течение. При медленном прогрессировании в начале беременности артериальное давление остается на обычном для больной

уровне, умеренно усилены неврологические симптомы, головные боли. Между 14 и 28 неделями артериальное давление снижается, самочувствие улучшается, но не достигает нормы; а в последние 2 месяца вновь повышается. С 20—28 недель у 10—15% беременных наблюдается обострение заболевания (признак прогностически неблагоприятный), сопровождающееся усилением головных болей, появлением головокружений, шума в ушах, развитием гипертонических кризов, угрозой кровоизлияния в мозг. У 45—50% беременность осложняется развитием позднего токсикоза — нефропатии. Ухудшаются симптомы со стороны глазного дна — ретинопатия с отеком сетчатки, кровоизлиянием. Если гипертония впервые выявляется при позднем сроке беременности или с уже развившимися осложнениями, диагностика затруднена.

Гипертоническую болезнь надлежит дифференцировать от симптоматической гипертонии, связанной с поздним токсикозом, нефропатией или, что значительно реже, с хроническим гломеруло-нефритом. Артериальное давление при гипертонической болезни повышено до беременности, головные боли, носовые кровотечения, гипертоническая болезнь и сердечно-сосудистые заболевания у родственников (личный и семейный анамнез). Гипертония в ранние сроки беременности (до 20 недель) при отсутствии отеков, патологических изменений в моче. Систолический шум на верхушке, акцент второго тона у основания сердца и на аорте, гипертрофия левого желудочка, электрокардиограмма — левограмма, изменения сосудов сетчатой оболочки глаза с явлениями ангиосклероза. В поздние сроки беременности (свыше 20 недель) при сочетании с развившимся токсикозом, раннее возникновение последнего (в ряде случаев с 24—28 недель), тяжелое течение, высокая степень гипертонии, склеротические изменения сосудов сетчатки глаза. При хроническом гломеруло-нефрите повышение артериального давления умеренное или даже отсутствует, в моче белок, выщелоченные эритроциты, гиалиновые цилиндры, монотонность удельного веса мочи (проба по Зимницкому), в анамнезе указания на заболевание почек, частые ангины, хронический тонзиллит, незначительные изменения в глазном дне, отсутствуют церебральные симптомы.

Гипертонические кризы должны быть дифференцированы от преэклампсии: первые могут возникать в различные сроки беременности, реже в родах. Патологические изменения в моче отсутствуют или появляются только во время криза и после него. Отмечаются жалобы на чувство мелькания в глазах («огненные зигзаги»). Преэклампсия, как правило, возникает только со второй половины беременности (см.). Наблюдаются неясность зрения, «туман», «пелена перед глазами», онемение пальцев рук, покраснение лица, ощущение жара, усиленное потоотделение.

Вопрос о сохранении беременности необходимо решать в сроки до 3 месяцев. При I стадии гипертонической болезни беременность обычно заканчивается благополучно при соблюдении режима и соответствующего лечения. Беременная должна находиться под систематическим и тщательным наблюдением женской консультации. При II стадии рекомендуется прерывание беременности до 12 недель. При настойчивом желании больной сохранить беременность необходимо совместное с терапевтом систематическое наблюдение и лечение с повторной госпитализацией (палата беременных). Прерывание беременности после 3 месяцев производится только по витальному

показаниям (тяжелый токсикоз с сопутствующей ретинопатией). При III стадии оставление беременности противопоказано.

Лечение учитывает: а) стадию болезни, б) особенности течения, в) возможность недонашивания и внутриутробной гибели плода.

Основным для наблюдения является контроль за динамикой артериального давления, состоянием сердечной деятельности (электрокардиография), систематическое исследование глазного дна, мочи. При нарастании гипертонии, появлении нефропатии срочная госпитализация как при I, так и при II стадии заболевания. Установление правильного режима (свежий воздух, устранение утомления, регулярный сон), психотерапия, лечебная гимнастика. Питание должно включать достаточное количество белков, овощей, фруктов, витамина С. Жиры следует ограничивать. Жидкости не более 800—1000 мл в сутки. При I стадии ограничивается употребление соленых продуктов, при II стадии — потребление соли в пище. При сопутствующей нефропатии бессолевая диета, ограничение жидкости, разгрузочные (фруктовые и творожные) дни. Лечение голодом и жаждой недопустимо.

Лечение медикаментозное. В первые месяцы беременности больным с I стадией рекомендуется бром перорально или внутривенно — 10% раствор в количестве 10 мл один раз в сутки в течение 10—12 дней, при II стадии — резерпин перорально по 0,1—0,25 мг 2—4 раза в день в течение 1—1½ месяцев.

В середине беременности, если происходит снижение артериального давления, наступает ремиссия, делают перерыв в лечении.

Во второй половине беременности эуфилин (по 0,1 г 3 раза в сутки), способствующий расширению почечных сосудов и повышению диуреза. В последние месяцы беременности при I стадии — бромиды, при II стадии продолжают применять резерпин, 1% раствор дибазола внутримышечно по 2—3 мл 1—2 раза в день в течение 10—12 дней. При сочетании с поздним токсикозом проводится магnezальная терапия (внутримышечно 25% раствор сернокислого натрия по 15—20 мл 1—2 раза в день в течение 12 дней, внутривенно 40% раствор глюкозы 20—40 мл). Кислородная терапия (в палатке, ежедневно 30—40 минут) понижает возбудимость, уменьшает головные боли, снижает кислородную недостаточность, повышает диурез и улучшает условия для развития плода. При гипертоническом кризе внутримышечно 1% раствор дибазола по 2—3 мл 2 раза в день или 25% раствор сернокислого магния по 20 мл 2 раза в сутки. При преэклампсическом состоянии дополнительно пиявки, кровопускание (до 300 мл) (под общим наркозом), последнее преимущественно при высоком артериальном давлении и нарастающих церебральных симптомах. Тщательная психопрофилактическая подготовка к родам.

Заблаговременная (за 2—3 недели), даже и при неосложненном течении, госпитализация. В родах — обезболивание. В послеродовом периоде при I стадии — бромиды, при II стадии — гипотензивные средства (дибазол, резерпин).

Гипотония артериальная. Максимальное систолическое давление не превышает 100 мм рт. ст., а минимальное, диастолическое — 60 мм рт. ст. и ниже. Во время беременности возможно встретиться со следующими видами артериальной гипотонии: 1) эссенциальная гипотония первичного происхождения, которая была и до беременности, — гипотоническая болезнь; 2) артериальная гипотония в со-

четании с гипохромной анемией; отличительной особенностью при этом является стойкое сохранение гипотонии и после излечения анемии; 3) артериальная гипотония, симптоматическая, вторичная, являющаяся симптомом другого заболевания, чаще всего поражения мышечного и клапанного аппарата сердца, а также при токсикозах первой половины беременности вследствие вовлечения в процесс блуждающего нерва, при предлежании плаценты. Отвечая на раздражители, исходящие из плацентарной площадки, расположенной в истмической части матки, иннервируемой сакральной парасимпатической системой, они вызывают понижение артериального давления.

В возникновении первичной гипотонии и в характере ее течения главная роль отводится центральной нервной системе, регулирующей сосудистый тонус периферических сосудов.

Течение. Основные жалобы вызваны недостаточностью периферического кровообращения (резко выраженная адинамия, общая слабость, быстрая утомляемость, головокружение, иногда обморочное состояние). Некоторые беременные жалуются на одышку, сердцебиение, наблюдаются гипотонические кризы, продолжающиеся в течение нескольких минут, проявляющиеся коллапсом, во время которого артериальное давление иногда с трудом определяется. Адинамия и коллапсы являются следствием недостаточного мозгового кровообращения.

Диагноз не затруднителен для первичной артериальной гипотонии. Дифференцировать надлежит с вторичной гипотонией и сердечно-сосудистыми неврозами.

Лечение. Общеукрепляющие средства — лечебная физкультура, психотерапия, физиотерапия в сочетании с медикаментозным лечением: бромиды — раствор из 4 г на 200 мл воды 3 раза в день по одной столовой ложке, кофеин по 0,15 г 2 раза в день, подкожно стрихнин по 1 мл 0,1% раствора в течение 2—3 недель, подкожное введение коргина по 1 мл один раз в день, при низком гемоглобине препараты железа, переливание крови. Госпитализация в отделение (палату) патологии беременных родильного дома повторно в течение беременности и непременно заблаговременно до родов в связи с большей, чем обычно, опасностью даже средней кровопотери при родах.

Миокардиодистрофия — снижение сократительной функции мышцы в результате хронической гипоксии. Часто наблюдается при пневмосклерозе или эмфиземе легких (легочное сердце), эндокринных расстройствах, в частности тиреотоксикозе, авитаминозах, тяжелых анемиях (анемическое сердце), деформации грудной клетки (кифосколиотическое сердце), ожирении, переутомлении, постинфекционная миокардиодистрофия.

Симптомы. Одышка, сердцебиение при быстрой ходьбе, объективно — жесткое дыхание в легких, небольшое увеличение границ сердца влево, глухие тоны сердца, учащение пульса, увеличение печени.

Диагноз устанавливается на основании указанного выше.

Прогноз. Возможность продолжения беременности зависит от основного заболевания и функционального состояния миокарда. При декомпенсации кровообращения, нарушении ритма прогноз для матери и плода очень серьезный.

Лечение. Необходима своевременная срочная госпитализация в отделение патологии беременных, активная комплексная кисло-

родная и сердечная терапия с применением диуретических средств. При сердечной декомпенсации необходима предварительная терапия в стационарных условиях и родоразрешение в сроки наилучшего состояния кровообращения.

Миокардит — заболевание миокарда воспалительного характера. Вызывается текущим или перенесенным инфекционным заболеванием. Чаще является обострением хронической очаговой инфекции — тонзиллита, отита, активной фазы ревматизма и др. При тяжелом диффузном миокардите отмечается нарушение кровообращения. Нередко наступает рецидив эндомиокардита.

Вопрос о продолжении беременности решается индивидуально в зависимости от состояния кровообращения и срока беременности.

Диагноз устанавливается на основании указанного выше.

Лечение. Во всех случаях возможно раннее распознавание и госпитализация в стационар, раннее начало лечения. При прогрессирующем нарушении кровообращения необходима подготовительная, возможно длительная терапия. При слабом эффекте комплексного активного кардиального лечения досрочное прерывание беременности оперативным путем.

Пороки сердца. Комбинированный аортально-митральный порок сердца. Сохранение беременности и продолжение ее противопоказано. Прерывание беременности должно быть рекомендовано в ранние сроки.

Комбинированный порок митрального клапана с преобладанием сужения левого атриовентрикулярного отверстия. Исход беременности и родов зависит от степени анатомической деформации митрального клапана и функционального состояния сердечной мышцы — степени дистрофических явлений в ней. При резко выраженном стенозе сердечная недостаточность наблюдается чаще, чем при других формах порока сердца. Особенно опасен при этом родовой акт.

Ревматический порок сердца с эндомиокардитом. Рецидивы его чаще наблюдаются при различных комбинациях стеноза левого венозного отверстия с другими заболеваниями сердца.

Показана срочная госпитализация и прерывание беременности:

а) если митральный стеноз сопровождается застоем в легочных венах и признаками перегрузки правого желудочка; б) при наличии явной декомпенсации уже в ранние сроки; в) при прогрессирующей декомпенсации, несмотря на лечение; г) при сочетании с недостаточностью аортальных клапанов, гипертонической болезнью, другими экстрагенитальными заболеваниями и акушерской патологией.

Необходимо выявление заболевания в самом начале беременности при первом же посещении беременной женской консультации, стационарное обследование и лечение. Указанные больные подлежат диспансерному (совместно с врачом-терапевтом) наблюдению женской консультации.

Недостаточность аортального клапана. При изолированной недостаточности ревматической этиологии в стадии стойкой компенсации кровообращения возможно донашивание беременности. Необходимо постоянное и непрерывное наблюдение терапевта и акушера, повторная госпитализация в течение беременности. При явлениях декомпенсации продолжение беременности противопоказано.

Недостаточность трехстворчатого клапана как изолированное заболевание встречается редко. Обычно она сочетается с комбинированным пороком митрального клапана. Рано наступает нарушение кровообращения. Беременность противопоказана. Прерывание беременности должно быть рекомендовано в ранние сроки.

Врожденные пороки сердца. Вопрос о сохранении беременности решается непременно в условиях стационара в зависимости от состояния, формы врожденного порока (с цианозом, без цианоза) и наличия или отсутствия осложнений (сопутствующий порок сердечных клапанов, аневризма сердца, сосудов).

Комиссуротомия митральная, митрально-аортальная, беременность после нее. При благоприятном исходе операции и хорошем дальнейшем состоянии допускаются беременность и роды для оперированных во второй стадии заболевания не ранее чем через 6—8 месяцев, а для оперированных в третьей стадии заболевания не ранее 1 года после операции, когда наступает полная компенсация гемодинамических нарушений. Беременная нуждается в особо тщательном наблюдении, так как операция все же не устраняет основной ревматический процесс с его возможным прогрессирующим характером и поражением других отделов сердца и органов.

Перенесшим митральную комиссуротомию в третьей и четвертой стадии заболевания и тем более с посредственными результатами беременность противопоказана.

При решении вопроса о допустимости продолжения беременности или способа родоразрешения после одной из указанных операций на сердце необходимо учитывать гемодинамические показатели, состояние сердечной мышцы и активность ревматического процесса.

Операция на сердце (митральная комиссуротомия) при уже наступившей беременности допустима лишь при самых строгих показаниях (резкая степень митрального стеноза и срок беременности более 14—15 недель). В целях предупреждения прерывания беременности в связи с операцией на сердце необходимы: более длительный постельный режим, назначение прогестерона, папаверина, витамина Е. Больную после комиссуротомии надлежит повторно стационарировать в течение беременности и непременно заблаговременно (за 3—4 недели) до родов.

Противопоказано: хирургическое вмешательство на сердце в поздние сроки беременности, при наличии акушерской патологии.

Противопоказания к сохранению беременности при сердечно-сосудистых заболеваниях: 1) текущий активный эндокардит ревматической этиологии; 2) затяжной септический эндокардит; 3) выраженный или преобладающий стеноз левого предсердно-желудочкового отверстия с признаками значительного повышения давления в малом круге кровообращения (значительное увеличение левого предсердия, акцент и раздвоение второго тона на легочной артерии, застойные легкие при рентгеновском исследовании и т. д.); 4) симптомы прогрессирующей недостаточности кровообращения при различных поражениях сердца (пороки, миокардит, миодистрофия сердца, тиреотоксическое сердце и т. д.).

Во всех этих случаях беременность должна быть прервана в ранние сроки (до 12 недель).

Прерывание беременности следует производить и после 12 недель: 1) при сочетанных сердечно-сосудистых заболеваниях (пороки сердца и гипертоническая болезнь, кифосколиотическое сердце, ревматический стеноз митрального клапана) с другими экстрагенитальными болезнями (анемия, заболевания печени, почек) и некоторыми видами акушерской патологии (поздний токсикоз, узкий таз); 2) при выраженной прогрессирующей недостаточности кровообращения II степени, когда комплексное лечение в стационарных условиях неэффективно.

Досрочное прерывание беременности следует производить в сроки наилучшего состояния кровообращения после проведения комплексной кардиально-десенсибилизирующей и антибактериальной терапии.

СИФИЛИС опасен переходом спирохет от матери к плоду (через плаценту). Чем раньше по сроку беременности происходит заражение матери, тем более при отсутствии надлежащего лечения поражается плод. При слабой инфекции возможно донашивание до большого срока, рождение живого ребенка, но с явными признаками сифилиса (распространенные сифилиды, вздутие живота вследствие значительного увеличения печени и асцита, сифилитический пемфигус). Такие дети почти всегда погибают. Плацента при сифилисе большая, тяжелая, бледной окраски, с сильным набуханием соединительной ткани и синцитиального покрова ворсин, с явлениями облитерирующего эндартериита.

Д и а г н о з. У всех без исключения беременных женщин при первом же посещении консультации берут кровь из локтевой вены для серологического исследования (реакция Вассермана, Мейнике, Закса — Георги). Если лаборатория находится в другом городе, берут каплю крови на фильтровальную бумагу, высушивают и в сухом виде отправляют (можно почтой в конверте) в лабораторию.

Примерно у 5% женщин в последние месяцы беременности, как и в первые дни после родов, реакция Вассермана может оказаться положительной и без наличия сифилиса, что связано с особенностями сыворотки крови при беременности. Кровь для реакции Вассермана у беременных берут дважды: в ранние сроки беременности и во второй половине беременности.

Л е ч е н и е в венерологическом диспансере обязательно для жены и мужа, даже если женщина лечилась до наступления беременности и даже при отрицательной реакции Вассермана. Правильное леченый сифилис у мужа и жены и особенно интенсивное лечение во время беременности способствуют рождению здорового ребенка. Особенно важно лечение на IV—V месяце беременности и в течение всей второй половины ее, кроме последнего месяца.

Правильное противосифилитическое лечение способствует и лучшему течению послеродового периода.

ТРИХОМОНОЗ у беременных встречается часто в виде трихомонадного кольпита и эндоцервицита, иногда и вульвита (см. Женские болезни, Трихомоноз).

Усиленное кровенаполнение и разрыхление в тканях влагалища во время беременности благоприятствует развитию этого заболевания.

Не исключается возможность проникновения трихомонад во внутренние половые органы. Обнаруживают трихомонад и в околоплод-

ных водах при целом плодном пузыре. Возможна передача плоду во время его прохождения по родовым путям.

Симптомы и течение. Бели пенистого характера, зуд, жжение, гиперемия и болезненность в области вульвы; эпителий влагалища гиперемирован, местами изъязвлен. На шейке нередко эрозии зернистого характера. Иногда болезненное мочеиспускание.

В. А. Сапожникова (1955) предлагает следующую классификацию трихомоноза у беременных: трихомонадный вульвит (простой, язвенный, псевдодифтеритический), трихомонадный кольпит (простой, зернистый, пятнистый, геморрагический, пузырьчатый, псевдодифтеритический и язвенный).

Лечение трихомоноза у беременных надо проводить очень осторожно, чтобы не вызвать преждевременного прерывания беременности. Исключается применение осарсола. Рекомендуются ванночки из раствора фурацилина (1:5000), после чего влагалище высушивают и присыпают порошком из смеси 0,1 г фурацилина, 0,2 г левомицетина, 0,3 г борной кислоты, 0,5 г глюкозы (см. Женские болезни, Трихомоноз).

ТУБЕРКУЛЕЗ. Туберкулез легких. При современном эффективном лечении (искусственный пневмоторакс, стрептомицин, ПАСК, фтивазид) женщины переносят беременность вполне удовлетворительно.

Туберкулез, возникающий и обостряющийся во время беременности, обычно приобретает распространенный характер. К хроническому диссеминированному процессу присоединяется распад легочной ткани, туберкулез гортани, иногда экссудативный плеврит. Инфильтративные процессы склонны к быстрому распаду, вызывающему кровохарканье.

Туберкулез прогрессирует во время беременности преимущественно у больных, у которых с момента последней вспышки прошло не более года.

Затихшие процессы со склонностью к обратному развитию обычно не обостряются ни во время беременности, ни после родов.

Беременность может быть сохранена: а) при стойко затихшем фиброзноочаговом туберкулезе легких; б) при эффективном искусственном пневмотораксе; в) во всех случаях, когда показана коллапсотерапия или лечение антибиотиками и химиопрепаратами и лечение оказывается успешным. При неэффективной комплексной терапии ставится вопрос о прерывании беременности.

Беременность следует прервать в ранние сроки (до 3 месяцев): а) если лечение туберкулеза оказалось безуспешным; б) при тяжелом прогрессирующем и распространенном туберкулезе легких и гортани (срочно!), а также в поздние сроки, если лечение, предпринятое до или во время беременности, оказалось неэффективным и беременность не достигла 7 месяцев.

Роды и ближайший послеродовой период при активном процессе являются особо опасными. Нередки вспышки туберкулеза, быстро прогрессирующего, с явлениями тяжелой интоксикации и генерализации.

У женщин с благоприятным течением туберкулеза послеродовой период обычно протекает без осложнений.

Кормление ребенка грудью может быть разрешено только при отсутствии у роженицы туберкулезных каверн и микобактерий ту-

беркулеза в мокроте не менее года. Ослабленным и истощенным женщинам кормить ребенка грудью не рекомендуется. Применение кормящей матерью антибактериальных препаратов не противопоказано, безвредно для ребенка. Кормящая мать подлежит постоянному наблюдению фтизиатра.

Лечение туберкулеза во время беременности рекомендуется проводить с соблюдением санитарно-гигиенического режима. Питание четырехразовое, разнообразное, достаточно калорийное с содержанием необходимого количества белков, витаминов А, В, С, D, а также солей кальция и фосфора. Количество белков до 2—2,5 г на 1 кг веса. В последние 6—8 недель в меню должны преобладать молочно-растительные продукты (творог).

Медикаментозное лечение. Стрептомицин внутримышечно 2 раза в день по 250 000 ЕД ежедневно, суточная доза от 0,5 до 1 г, ПАСК 3—4 раза в день по 3 г через полчаса после еды внутрь, суточная доза от 12 до 14 г.

Для предупреждения запущенных форм туберкулеза необходимо выявить его в самом начале беременности. Всех беременных при первом посещении женской консультации при наличии показаний необходимо обследовать на туберкулез, работая в тесном контакте с противотуберкулезным диспансером. Необходимо: а) ознакомление больных туберкулезом женщин с течением туберкулезного процесса во время беременности, родов и кормления, б) ознакомление матерей с методами профилактики туберкулеза у новорожденных.

Для родов и лечения больных туберкулезом беременных в период вспышки имеются специальные туберкулезные отделения при родильных домах, а в крупных городах — специальный родильный дом (показания к направлению беременных в туберкулезное отделение родильного дома см. стр. 169).

Роды самостоятельному течению предоставляются при туберкулезе легких в фазе компенсации. Наложение щипцов с целью исключения потуг и сокращения периода изгнания применяется у больных с: а) распространенным туберкулезным процессом с выраженной легочно-сердечной недостаточностью; б) кровохарканьем незадолго до родов; в) спонтанным пневмотораксом и склонностью к таковому; г) после торакопластики и резекции легкого; д) после перенесенного менингита.

Кормление ребенка грудью разрешается родильницам с закрытым затихающим и стационарным процессом в фазе рассасывания уплотнения, однако не дольше 4—8 месяцев (в зависимости от времени года, когда нежелательно переводить ребенка на искусственное кормление).

Изоляция новорожденного от больной матери с открытой или активной формой туберкулеза обязательна. Дети от больных туберкулезом женщин рождаются полноценными и практически здоровыми. Они инфицируются и заболевают в первые годы жизни при контакте с больной матерью или окружающими больными членами семьи.

Туберкулез глаз. При беременности часто наблюдается обострение не диагностированного ранее, а также старого, клинически законченного процесса. Обострение обычно наступает в ранние сроки (до 3 месяцев), реже во второй половине беременности (на VI—VII месяце) и еще реже в послеродовом периоде.

Более тяжело протекают заболевания с вовлечением в процесс сетчатки и зрительного нерва. Подобные случаи являются абсолютным показанием к прерыванию беременности.

Допустимо оставление беременности, если этого хочет беременная, при туберкулезном заболевании роговицы, склеры, радужной оболочки и цилиарного тела. Такая локализация процесса большей частью поддается специфическому лечению. Необходимо постоянное наблюдение окулиста.

Туберкулез гортани — неблагоприятное сочетание с беременностью.

Симптомы: охриплость, доходящая до афонии, кашель, гнойная мокрота, иногда с кровью.

Диагноз устанавливается на основании общего анамнеза и специального обследования с помощью ларингоскопии: односторонность поражения, одиночные или множественные узелки желтоватого или сероватого цвета, просвечивающие под эпителием на инфильтратах или по краям язв. При их распаде образуются мелкие язвочки.

Течение. Туберкулез гортани часто обостряется, ухудшается его течение. Беременность весьма нежелательна и опасна.

При благоприятном течении и лечении с хорошим эффектом при настойчивом желании женщины возможно оставление беременности. Если лечение безуспешно и процесс прогрессирует, то беременность необходимо прервать (до 3 месяцев). Прерывание беременности в более поздние сроки может вызвать резкое ухудшение состояния больной и ускорить летальный исход.

Профилактика и лечение (см. Туберкулез легких).

Туберкулез почек в подавляющем большинстве является метастазом из первичного комплекса туберкулеза в легком.

Симптомы. Учащенное, болезненное мочеиспускание, упорный хронический цистит, редко боли в области почек, зависящие от увеличения объема почки, от затрудненного оттока мочи из лоханки вследствие стриктуры мочеточника, иногда приводящие к колике. В моче альбуминурия, пиурия и гематурия.

В случае одностороннего поражения допускаются сохранение беременности и роды при условии одновременного активного комбинированного специфического лечения. Если показана нефрэктомия, то наличие беременности не должно служить противопоказанием к операции. При поражении обеих почек надлежит прервать беременность в ранние сроки.

Диагноз заболевания основывается на обнаружении бактерий туберкулеза в осадке мочи, типичной цистоскопической картине и обнаружении каверн на пиелограмме.

Лечение медикаментозное (сочетание стрептомицина с ПАСК и фтивазидом, салюзидом, метазидом) (см. «Туберкулез легких», стр. 168), хирургическое (резекция, нефрэктомия) на фоне медикаментозного.

Показания к направлению беременных женщин, больных туберкулезом, в специальное отделение родильного дома: 1) открытая форма туберкулеза, активная форма туберкулеза легких, при которой не исключена возможность случайного бактериовыделения, хотя туберкулезные бактерии не обнаружены, а именно: а) первичный комплекс в фазе инфильтрации и обсеменения, б) милиарный туберкулез, в) очаговые, диссеминированные и инфильтративные формы туберкулеза легких в фазе инфильтрации, с наклонностью к прогрес-

сированию или частичному рассасыванию, г) больные с искусственным пневмотораксом (интра- и экстраплевральный), д) состояние после удаления легкого или части его в течение 1—2 лет после операции, е) после торакопластики в течение 3 лет после операции, ж) пневмоплеврит; 2) туберкулез гортани; 3) туберкулез почки с выделением бактерий с мочой; 4) свищевые формы туберкулеза костей и суставов.

Показания к прерыванию беременности при туберкулезе у женщины см. перечень в инструкции «О порядке разрешения операции искусственного прерывания беременности» («Аборт по медицинским показаниям») — приказ Министерства здравоохранения СССР от 31/X 1951 г. № 941: п. 13 — «Открытые формы туберкулеза легких, а также закрытый активный туберкулез легких и плевры. Туберкулез полости рта и верхних дыхательных путей, особенно глотки и гортани»; п. 14 — «Активный туберкулез бронхиальных шейных и других лимфатических узлов»; п. 15 — «Туберкулез мочевых путей, половых органов, брюшины и брыжеечных лимфатических узлов. Туберкулез кишечника»; п. 17 — «Туберкулез центральной нервной системы: наличие в прошлом туберкулезного менингита (по справке лечебного учреждения)»; п. 18 — «Туберкулез глаз»; п. 19 — «Распространенный туберкулез кожи в клинически активной форме»; п. 20 — «Туберкулез легких в открытой форме в семье при невозможности изоляции матери и ребенка».

ЭНДОКРИННЫЕ ОРГАНЫ. ЗАБОЛЕВАНИЯ. Аддисонова железа (хроническая недостаточность коры надпочечников). Наиболее часто причиной является туберкулезное поражение надпочечников.

Течение. Общая слабость, бессонница, тошнота, боли в животе, расстройства стула, похудание и др. Особенно обращает на себя внимание изменение окраски кожи (меланодермия) и пигментация видимых слизистых оболочек. Пигментация отмечается преимущественно на лице, ладонях, в локтевых сгибах, на белой линии живота. Иногда у таких больных выявляется туберкулезный процесс в легких.

Необходимо раннее выявление и немедленная госпитализация для решения вопроса о прерывании беременности.

Базедова болезнь. Нередко без особых осложнений удается сохранить беременность до нормального срока родов. Однако ухудшение может привести к печальному исходу, если своевременно не будут проведены соответствующие терапевтические мероприятия (в стационаре!). Особенно опасно сочетание базедовой болезни с персистенцией вилочковой железы. Иногда наступают преждевременные роды. Ухудшение обычно отмечается в первые 3—4 месяца беременности. После этого срока явления базедовой болезни уменьшаются.

Лечение. Устранение отрицательных эмоций и различных душевных волнений, физкультура, длительное пребывание на свежем воздухе; внутрь антитиреоидин (консультация эндокринолога). Если терапия неэффективна, показано прерывание беременности. При настойчивом желании иметь ребенка проводится струмэктомия, после которой обычно беременность сохраняется.

Гипотиреозидизм — понижение функции щитовидной железы, в тяжелых случаях доходящее до образования слизистого отека (микседема, кретинизм, *cachexia strumipriva*). Сочетание с беременностью крайне неблагоприятное, ухудшающее состояние больной.

Причиной возникновения являются психические переживания, травмы головы, острые инфекции, хронические инфекции, туберкулез, сифилис.

Течение. Быстрая утомляемость, сонливость, головные боли, зябкость, нарастание веса, маскообразное лицо, кожа грубая, сухая, шелушащаяся, выпадение волос, бровей, ресниц, волос в подмышечных впадинах и на лобке, психическая заторможенность. Дифференцировать надо от хронического нефрита. При последнем имеется мочевого синдром (альбуминурия, микрогематурия, цилиндрурия), при микседеме — моча без изменений.

Лечение (эндокринолог) тиреоидином и производными препаратами благоприятное. Сохранение беременности протипоказано. Необходимо возможно раннее выявление заболевания и немедленная госпитализация больной в отделение (палату) патологии беременных.

Диабет сахарный. Большей частью осложняет беременность; течение самого заболевания также ухудшается.

Симптомы. Ощущение сухости во рту, чувство жажды, полиурия, повышенный аппетит при одновременном похудании, общей слабости, иногда зуд кожи, особенно наружных половых органов, фурункулез, гликозурия и гипергликемия. У некоторых больных состояние ухудшается в первой половине беременности, в последние недели перед родами, в первые дни после родов. У большинства наблюдается ухудшение во второй половине беременности, в родах, в послеродовом периоде (кроме первых дней).

Беременность нередко (20%) самопроизвольно прерывается (поздний выкидыш, преждевременные роды). При правильном режиме и лечении может быть доношена.

Частые осложнения (вторая половина), поздние токсикозы (40%), многоводие (20—30%), очень крупный плод, иногда сочетающиеся с пороками развития плода (см. Фетопатии), высокий процент внутриутробной гибели плода (обычно в последние недели беременности).

Оставление и продолжение беременности протипоказано, если: 1) диабет продолжается давно, в тяжелой форме и часто сопровождается ацидозом; 2) осложняется диабетической нефропатией или ретинопатией; 3) болеют оба супруга (часто наследственный диабет, врожденные пороки развития); 4) внепанкреатический диабет (инсулинорезистентен).

При благоприятном течении беременность может быть доношена, роды самопроизвольные. Искусственное преждевременное родоразрешение по показаниям (не ранее 36 недель): поздние токсикозы, прогрессирующие несмотря на лечение, значительное многоводие, крупный плод. Роды преимущественно *per vias naturales*. При очень крупном плоде, неправильном положении его, нефропатии у первородящей иногда проводится кесарево сечение.

Необходимо систематически следить за содержанием сахара в крови и суточной моче, проверять реакцию мочи на ацетон. У здоровой беременной женщины сахар в суточной моче отсутствует, а в крови повышается до 120 мг%. Совместно с терапевтом-эндокринологом устанавливают суточную потребность в инсулине.

Посещение женской консультации не реже одного раза в 2 недели до 28 недель и еженедельно после этого срока. К каждому посещению — анализ суточной мочи на сахар и ацетон, анализ крови на

Дифференциальная диагностика между диабетической
и гипогликемической комой (Е. П. Романова)

№ п/п	Дифференциально-диагностические признаки	Основные признаки прекомы и комы	
		диабетической, гипергликемической	гипогликемической
1	Состояние больной	Вялость, сонливость, психическая депрессия, слабость, потеря сознания	Беспокойство, возбуждение, бред, галлюцинации, внезапная потеря сознания
2	Запах ацетона изо рта	Резко выражен	Отсутствует
3	Аппетит	Отсутствует. Наблюдаются тошнота, рвота, боли в животе, понос	Ощущение голода
4	Язык	Сухой, часто обложен	Влажный
5	Кожа	Сухая	Влажная (появление пота)
6	Пульс	Частый, малого наполнения	Часто аритмия. Понижение артериального давления
7	Дыхание	Затрудненное, глубокое, шумное, куссмаулевское	Нормальное
8	Температура тела	Резко понижена, иногда ниже 35°	Нормальная или ниже нормы
9	Состояние мышц	Вялость мускулатуры, часто понижение или отсутствие сухожильных рефлексов	Дрожание, судорожные подергивания, ригидность мышц, повышение сухожильных рефлексов
10	Тонус глазных яблок	Резкая гипотония глазных яблок	Нормальный тонус глазных яблок, диплопия
11	Анализ крови на сахар и кетоновые тела	Гипергликемия (высокий сахар) в крови. Содержание кетоно-	Гипогликемия (содержание сахара понижено). Содержание

№ п/п	Дифференциально-диагностические признаки	Основные признаки прекомы и комы	
		диабетической, гипергликемической	гипогликемической
		вых тел резко повышено	кетоновых тел не превышает нормы (8—10 мг%)
12	Анализ мочи на сахар	Гликозурия	Агликозурия или незначительное количество сахара в моче
13	Ацетон в моче	Ацетон в моче и ацетоуксусная кислота	Нет
14	Общий анализ мочи	Изменения в моче типа острого гломерулонефрита	Моча без особенных изменений
15	Картина белой крови	Нейтрофильный лейкоцитоз с отклонением формулы влево	Лейкоцитоз с лимфоцитозом, часто лейкопения
16	Остаточный азот крови	Остаточный азот крови часто повышен	Остаточный азот крови в пределах нормы

сахар (до еды, до введения инсулина). Надо следить за динамикой веса, состоянием глазного дна, чтобы своевременно выявить ухудшение течения диабета, симптомы токсикоза.

Диета. При благоприятном течении физиологические нормы не менее 40—50 кал. на 1 кг веса. Суточный рацион 2500—3000 кал. (300—350 г углеводов, 120 г белков, 50 г жиров и витамины В и С), ежедневно 200—250 г творогу. Инсулин обязательно при всех степенях диабета с учетом выделенного сахара в суточной моче и уровня сахара в крови. Количество сахара в суточной моче не должно превышать 10% сахарной ценности пищи, полученной за эти же сутки (сахарная ценность — все полученные за сутки углеводы и 50% белков в граммах).

Например, больная получила 350 г углеводов и 100 г белков при 40 единицах инсулина. Сахарная ценность пищи при этом составляет $350 + 50 = 400$ г сахара. За сутки больная выделила с мочой 40 г сахара, т. е. 10% от сахарной ценности пищи. Для этой большой дозы вводимого инсулина (40 единиц) достаточна. Если при той же диете и 40 единицах инсулина за сутки выделилось более 40 г сахара, дозу инсулина следует увеличить. Если за сутки выделилось менее 20 г сахара (т. е. 5% сахарной ценности пищи), дозу инсулина надо уменьшить, чтобы предупредить гипогликемию.

При нарастании ацидоза (ацетон в моче, в крови увеличение кетоновых тел) показана немедленная госпитализация и лечение (увеличение дозы инсулина, безжировая диета, чтобы предупредить диабетическую кому).

При диабетической коме вводят сразу 50—100 единиц инсулина (половину дозы внутривенно), а затем каждые 2—3 часа по 25—50 единиц под кожу под контролем содержания сахара в крови или суточной моче. Для предупреждения гипогликемии через 1—2 часа после первой дозы вводят до 1 л 5% раствора глюкозы (внутривенно, подкожно или в капельной клизме). Профилактика обезвоживания — подкожно физиологический раствор до 2—3 л в сутки, внутривенно 10—15 мл 10% раствора хлористого натрия. Вдыхание кислорода. Наблюдение за сердечной деятельностью (камфара, кордиамин, кофеин). С улучшением состояния уменьшают дозы инсулина, увеличивая промежутки между инъекциями. По возвращении сознания дают сладкий чай, компот, кофе, кисель.

В первые часы и дни послеродового периода отмечается значительное снижение уровня сахара в моче и крови (должна быть уменьшена доза инсулина). В дальнейшем состояние возвращается к исходному до беременности.

Всех женщин, страдающих диабетом, даже если беременность протекает без осложнений, необходимо госпитализировать в первой половине и непременно при сроке в 35 недель для клинического обследования и решения вопроса о времени и методе родоразрешения.

Ожирение во время беременности связано с нарушением гормональных корреляций, повышением уровня прогестерона и хориального гонадотропина или снижением уровня эстрогенных гормонов, что способствует снижению обмена, развитию ожирения и торможению своевременного развязывания родовой деятельности.

Таблица 20

Средняя продолжительность беременности в зависимости от степени и фазы ожирения (К. К. Лапко)

Ожирение	Продолжительность беременности в днях	В том числе	
		у первородящих	у повторно-рождающих
Первая степень	288,96	230,2	287,7
Вторая »	290,2	291,4	289,6
Третья »	234,6	306,7	232,2
Стабильная фаза	287,1	288,9	284,2
Прогрессирующая фаза	292,5	293,2	291,6

При указанной патологии надлежит возможно раньше госпитализировать беременную для подробного обследования и выбора надлежащей терапии и в первую очередь диетотерапии — профилактика перенашивания (табл. 20). Особое внимание при родах следует

уделить возможности возникновения слабости родовой деятельности и кровотечения в послеродовом периоде.

Тиреотоксикоз. Щитовидная железа при беременности увеличивается по весу и объему. Усиливается функция ее, обычно без явлений тиреотоксикоза. Течение последнего при беременности ухудшается с преобладанием сердечной недостаточности.

При увеличении щитовидной железы без явлений тиреотоксикоза, при отсутствии сдавления близлежащих органов беременность допустима при тщательном систематическом наблюдении эндокринолога и акушера. При слабо выраженном тиреотоксикозе у молодых женщин необходимо лечение до наступления беременности и во время беременности.

Иногда наблюдается самопроизвольное прерывание беременности в ранние сроки; кровотечение в последовом и раннем послеродовом периоде в связи с изменениями при этом заболевании в свертывающей системе крови.

При тяжелой форме тиреотоксикоза показано прерывание беременности, однако оно не является лечебным фактором.

Лечение тиреотоксикоза во время беременности: строгий режим дня, богатая витаминами пища, препараты йода — Jodi puri 0,02, Kalii jodati 0,2, Rad. valerianae 2,0, Luminali 0,2 (пилюли Шерешевского) по 1 пилюле 2 раза в день после еды в течение 20 дней, затем 10-дневный перерыв. При выраженной тахикардии включают в пропись пилюль дигиталис (pulvis fol digitalis 0,2 г). Во время беременности применяют и дийодтирозин (Diiodthyrosinum) в дозе 0,05 г по 1 таблетке 2 раза в день в течение 20 дней, а затем делают перерыв на 10 дней.

Применение радиоактивного йода во время беременности противопоказано из-за пагубного влияния на плод.

В особо тяжелых случаях показана операция струмэктомии даже во время беременности.

В паузепериуме отмечается обострение тиреотоксикоза в первые недели после родов, при резком ухудшении явлений тиреотоксикоза — прекращение кормления ребенка грудью.

Молодых женщин, страдающих тиреотоксикозом, необходимо лечить до наступления беременности. Лечение следует продолжать также и на протяжении всей беременности.

ЭРОЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

встречаются чаще, чем обычно, что объясняется гормональной перестройкой, большой сочностью, повышенным количеством отделяемого из канала шейки.

Эрозии в большинстве — псевдоэрозии в виде ограниченных покраснений с неровной, шероховатой поверхностью. При более глубоких изменениях, какие бывают при сосочковых или железистых псевдоэрозиях, беременность наступает редко либо вовсе не наступает. Обычно после родов эти эрозии исчезают.

Не исключается возможность во время беременности и раковой эрозии (примерно в 10% всех эрозий), о чем необходимо помнить, и в подозрительных случаях производить биопсию.

Диагноз (см. Рак шейки матки, Беременность и рак шейки матки). Для своевременного выявления эрозии обязательно у каждой беременной осматривают шейку матки в зеркалах.

Лечение специфической эрозии должно быть причинным (см. Трихомонадный кольпит, Гонорея). Для лечения других эрозий, учитывая, что раздражение шейки может вызвать сокращение матки, необходимо из всех существующих методов (см. Эрозии шейки матки) выбирать наиболее щадящие.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки при беременности нередко обостряется, сопровождаясь иногда желудочным кровотечением. Такое осложнение требует прерывания беременности. Беременным, у которых в анамнезе язвенная болезнь, требуется особое наблюдение терапевта, назначение щадящей диеты. При обострении язвенной болезни вопрос о возможности продолжения беременности решается индивидуально.

akusher-lib.ru

III. ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННЫХ К РОДАМ

Задачей психопрофилактического метода является снятие страхов и опасений перед родами как отрицательных эмоций и создание положительных эмоций, связанных с радостным ожиданием материнства.

Подготовка женщины к предстоящим родам, ознакомление с течением беременности и родового акта начинается с первой встречи беременной с врачом или акушеркой.

При первом же посещении женской консультации врач, акушерка устанавливают с беременной дружественный контакт, взаимное понимание и тем завоевывают полное доверие со стороны беременной, что благоприятствует эмоциональному покою, делает ее поведение сознательным и уравновешенным. Необходимо воспитывать у беременной представление о возможности при соответствующей подготовке безболезненного или малобезболезненного течения родового акта. При всех последующих посещениях женской консультации беременную обследуют и знакомят с ее состоянием, вселяя уверенность в благоприятном исходе родов, устраняя новые тревоги и опасения, если они появляются у женщин в течение беременности.

Одновременно с руками врача, акушерки, производящими соответствующие измерения, ощупывание, обследование, должны действовать и их слова, вселяющие в будущую роженицу бодрость и уверенность в благополучном исходе родов.

Начиная с 32—33-й недели беременности проводят дополнительно специальные занятия: женщину обучают «приемам обезболивания», основанным на активных действиях роженицы при схватках во время родов.

Важнейшей частью подготовки является обучение беременной системе последовательно применяемых во время родов приемов, целесообразных с акушерской точки зрения и мобилизующих кору головного мозга на участие в родовом акте. Эти приемы сводятся к сочетанию правильного дыхания с поглаживанием на коже зон отраженной чувствительности.

Для проведения занятий по психопрофилактической подготовке желательно иметь в консультации отдельный, специально оборудованный кабинет с комплексом наглядных пособий для занятий с беременными. Всего проводится 6 занятий.

Первое занятие имеет форму индивидуальной беседы, а все остальные можно проводить в виде групповых бесед.

Первое занятие посвящается клиническому обследованию беременной и собиранию анамнестических данных. Обращается внимание на возраст, образование, профессию, жизненный опыт беременной; устанавливается наличие психических травм, если таковые имели место; вскрывается содержание опасений, а возможно, и страхов, которые могут иметь место в связи с ожидаемыми родами, причем выясняется не только содержание этих опасений, но и их источник, и интенсивность.

В доступной для понимания форме врач знакомит беременную с ролью коры головного мозга в формировании ощущений боли, с тем, что раздражения, возникающие где-либо на периферии, по нервным импульсам, вызванным этим раздражением, достигают коры головного мозга, нашего сознания и таким образом превращаются в ощущение. Ощущение боли возникает лишь при определенной силе нервных импульсов, идущих с периферии. Для демонстрации сказанного можно воспользоваться все возрастающим давлением на руку беременной, при котором отмечают момент, когда чувство давления переходит в ощущение боли. Этот момент перехода ощущения давления или сжатия к ощущению боли называют порогом болевой чувствительности.

Порог болевой чувствительности зависит от состояния центральной нервной системы. У одной и той же женщины он может повышаться или снижаться.

Известно, что примерно у 7—14% женщин роды протекают безболезненно без какой-либо специальной подготовки, а у очень многих женщин — с весьма незначительными болезненными ощущениями. Это все женщины с относительно высоким порогом болевой чувствительности.

Психопрофилактическая подготовка позволяет повысить порог болевой чувствительности.

В процессе подготовки беременной в ее сознание внедряется представление о родах как о физиологическом явлении, которое должно протекать безболезненно.

В беседе подчеркивают не только важное значение психопрофилактической подготовки для предупреждения родовых болей, но и благоприятное влияние этой подготовки на течение родового акта. Разъясняется важное значение сочетания психопрофилактической подготовки с проведением в течение всей беременности и лечебной физкультуры (см. «Лечебная физкультура беременных», стр. 182).

Второе занятие посвящается изложению в соответствующей научно-популярной форме родового акта как нормального физиологического явления. Беременная узнает, что роды являются функцией, в которой принимает участие весь организм. Излагаются анатомические данные о половых органах и родовом канале, описываются изменения, происходящие в них во время беременности, затем следует ознакомление со зрелым плодом (вес, рост, положение, членорасположение) с демонстрацией таблиц. Далее характеризуют с клинической точки зрения родовый акт в целом и по периодам, представляя роды как сложную нервно-мышечную работу, сложный процесс, в котором женщина должна активно участвовать. Беременной указывают, что с появлением схваток она должна немедленно отправиться в родильный дом. При этом подчеркивают, что схватки она будет ощущать в виде сжатия, сдавливания. Дается понятие о трех

периодах родов, излагается механизм раскрытия шейки матки, значение и роль плодного пузыря (с демонстрацией таблиц).

Обобщая это занятие, нужно еще раз остановить внимание на том, что в первом периоде родов организм женщины выполняет большую работу, что роженица не является пассивной «страдальцей», а активно участвует в родовом акте. Следует подчеркнуть необходимость регулярного и правильного питания, а также отдыха между схватками.

Третье и четвертое занятие посвящается первому периоду родов, а именно субъективным ощущениям рожавшей женщины. Дается представление о схватках и их регулярности, об отраженных зонах чувствительности на коже. Излагается механизм раскрытия шейки как бережный и не вызывающий болей процесс и объясняются «приемы обезболивания» схваток. Эти приемы заключаются в следующем:

1. Глубокие, ритмичные вдохи и выдохи на протяжении каждой схватки.

2. Легкое поглаживание (почти прикосновение) нижней половины живота в сочетании со вдохом и выдохом. Поглаживание производится концами пальцев обеих рук в направлении от средней линии живота кнаружи, в стороны в виде физкультурного комплекса; движение рук сочетается с ритмичным дыханием (рис. 1).

3. Легкое поглаживание руками (почти прикосновение) пояснично-крестцовой области в направлении снаружи, внутрь и обратно в сочетании с глубоким ритмичным дыханием (в положении лежа на боку) (рис. 2).

4. Прижатие следующих точек: а) спереди — у передневерхних подвздошных остей (рис. 3), б) сзади — у наружных углов поясничного ромба (рис. 4). При прижатии точек у передних остей ладони располагаются вдоль бедер, само же прижатие производится концами отставленных слегка вибрирующих больших пальцев. Прижатие точек у наружных углов поясничного ромба достигается подкладыванием сжатых в кулаки кистей роженицы либо подкладыванием валика.

Пятое занятие посвящается второму и третьему периодам родов. В начале занятия спрашивают о самочувствии беременной, о выполнении ею предписанного режима, а также выясняют, хорошо ли она спит, нормально ли функционирует мочевой пузырь и кишечник.

В качестве приемов обезболивания во втором периоде используется рациональная поза роженицы и правильное выполнение ею

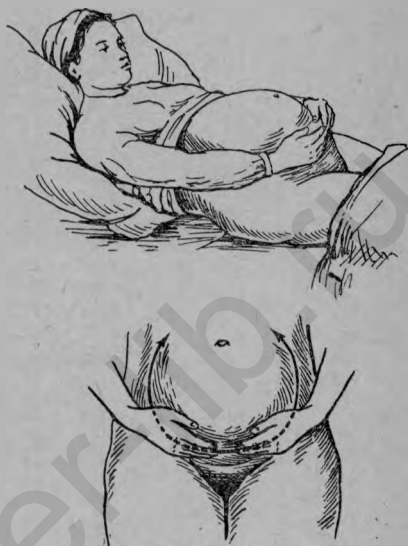


Рис. 1.

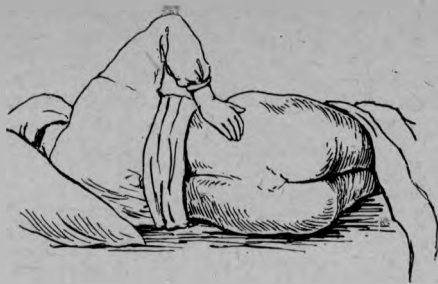


Рис. 2.

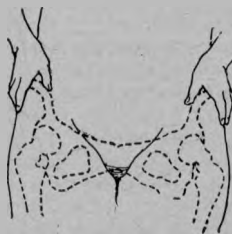


Рис. 3.

пстужного напряжения. Объясняют и показывают правильную позу с приподнятым плечевым поясом, твердо и правильно поставленными нижними конечностями и фиксированными руками. Беременная тренируется в задержке дыхания на протяжении примерно 20 секунд и смыкании голосовой щели при развитии потуги, обучается правильному дыханию, необходимому к моменту выведения головки плода: свободное дыхание со счетом при выдохе и расслаблением мышц верхних конечностей.

Надо указать, что во втором периоде родов бывают неприятные тягостные ощущения — распирающие, давление на прямую кишку, но надо успокоить беременную, уверив ее, что эти неприятные ощущения последние.

Шестое занятие является заключительным. Беременная женщина, готовящаяся к родам, получает положительную эмоциональную установку, содержанием которой является радость материнства.

На этом занятии рассказывают о порядке приема в родильный дом. Беременная получает сведения об ожидающих ее манипуляциях, проводимых при поступлении, о возможных дополнительных лечебно-диагностических мероприятиях (влагалищное исследование, вдыхание кислорода, вливание глюкозы, инъекции и т. д.).

При длительном промежутке между последней беседой и родами рекомендуется провести дополнительно 1—2 занятия, чтобы напомнить беременной все, что было ей уже сказано.

Прошедшими психопрофилактическую подготовку следует считать беременных, с которыми проведены в консультации не менее четырех занятий.

Оценка эффективности психопрофилактического метода подготовки женщины к родам дается тотчас по окончании родов.

Оцениваются отдельно: поведение роженицы во время родов по наблюдению персонала и отзыв роженицы о ее самочувствии и ощущениях.

Общая оценка дается словами: «полный эффект», «частичный эффект» и «отсутствие эффекта», что заносится в обменную карту.

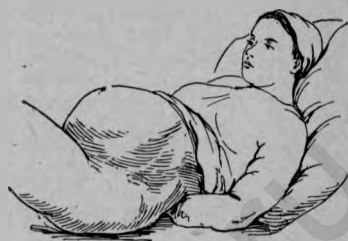


Рис. 4.

IV. ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА БЕРЕМЕННЫХ РОДИЛЬНИЦ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Лечебная физкультура беременных и родильниц

Занятия лечебной физкультурой проводятся на свежем воздухе, если позволяет погода. При неблагоприятных метеорологических условиях (низкая или слишком высокая температура воздуха, сильный ветер, дождь и т. д.) занятия проводятся в хорошо проветренном помещении. Не рекомендуется делать гимнастику ранее чем через 1—1½ часа после приема пищи.

Комплекс упражнений рассчитан на 20—25 минут и построен так, чтобы по окончании всех упражнений пульс и дыхание были почти такими же, что и перед началом занятий. Учащение пульса допускается в пределах 6—8 ударов. На последнем месяце беременности это часто достигается отдыхом между упражнениями, так как в этот период самые простые упражнения могут вызывать учащение дыхания и усиление сердцебиения.

Кроме комплексов физических упражнений, беременная женщина должна широко использовать все доступные средства закаливания: прогулки на свежем воздухе, купание (исключается купание в водоемах со стоячей водой вследствие возможности попадания инфекции в половые пути), воздушные и дозированные солнечные ванны. Необходимо строго соблюдать режим питания, отдыха и сна.

Участие в соревнованиях должно быть категорически запрещено, так как соревнования, кроме физической усталости, вызывают сильное напряжение нервной системы (предстартовое состояние), что безусловно недопустимо для беременной. Плавание, лыжные прогулки по ровной местности возможны в первой половине беременности. Заниматься видами спорта, связанными с возможностью падения или получения удара в живот, беременным не разрешается. Запрещаются также упражнения, связанные с резким сотрясением тела (прыжки), резкими поворотами туловища, вызывающими повышение внутрибрюшинного давления (гимнастика на снарядах и т. д.).

Выбирая физические упражнения, необходимо считаться со сроком беременности и индивидуальными особенностями женщины.

В первые 16 недель беременности плодное яйцо еще относительно слабо прикреплено к матке. При неблагоприятных условиях может возникнуть угроза выкидыша, поэтому в этот период беременности упражнения должны быть простыми, не утомляющими женщину, захватывать большие мышечные группы и проводиться в медленном

темпе. В комплекс включаются дыхательные упражнения, целью которых являются повышение насыщения кислородом организма и выработка умения владеть дыханием.

К 16 неделям беременности матка выходит из полости малого таза. К этому времени окончательно формируется плацента, улучшается самочувствие беременной, сон, аппетит. Исчезают такие неприятные спутники начала беременности, как тошнота, рвота, головокружение. Увеличивается выносливость организма к физической нагрузке. Этот период беременности наиболее благоприятен для занятий физическими упражнениями, так как матка еще сравнительно невелика и выпячивание брюшной стенки умеренное.

Упражнения следует проводить в обычном среднем темпе. Они должны быть простыми по исполнению, не требующими быстрой реакции мышц. В комплекс включаются упражнения для отдельных мышечных групп в целях увеличения подвижности тазобедренных сочленений, а также дыхательные упражнения. Особое внимание обращают на укрепление мышц живота. При хорошем развитии мышц не только облегчается течение беременности и родов, но в дальнейшем предотвращается отвисание живота, сохраняется хорошая фигура (комплекс по В. Е. Васильевой).

В связи с активным ростом матки изменяется положение печени. сдвигаются кверху петли кишечника, вследствие чего появляется наклонность к запору, ограничивается подвижность диафрагмы, что затрудняет дыхание. У многих женщин наблюдается пастозность нижних конечностей, часто переходящая в отеки. Возникает опасность расширения вен нижних конечностей, особенно при длительном стоянии на ногах. Значение лечебной физкультуры в этот период особенно велико.

Все упражнения нужно делать медленно. Движения для нижних конечностей следует делать с большим размахом, что будет способствовать увеличению подвижности тазобедренных сочленений. Очень полезны дыхательные движения и упражнения на расслабление.

На последнем месяце беременности ввиду возможности наступления преждевременных родов не менее 90% упражнений следует делать из исходного положения сидя, лежа или стоя на четвереньках. Упражнения не должны вызывать большого колебания внутрибрюшного давления.

Примерный комплекс упражнений на II—III месяце беременности

Упражнение 1. Спокойная ходьба на всей ступне и на носках с различными движениями рук 1—2 минуты. Дыхание равномерное (рис. 1).

Упражнение 2. Стоя, туловище наклонено вперед, руки опущены вниз. Свободное качание расслабленными руками вперед и назад 4—8 раз. Дыхание равномерное (рис. 2).

Упражнение 3. Стоя, ноги на ширине плеч, руки на поясе. Развести руки в стороны — вдох, наклониться к правой ноге, опустив руки вниз, — выдох; вернуться в исходное положение. То же проделать в другую сторону. Повторить по 4 раза в каждую сторону. Темп медленный (рис. 3).



Рис. 1—10.

Упражнение 4. Стоя, ноги на ширине плеч, руки на поясе. Глубоко присесть 2—8 раз, держась руками за спинку стула. Дыхание равномерное (рис. 4).

Упражнение 5. Лежа на спине, руки вдоль туловища. Поочередно сгибать и разгибать ноги, как при езде на велосипеде, $\frac{1}{2}$ —1 минуту. Темп средний. Дыхание равномерное (рис. 5).

Упражнение 6. Лежа на спине, перейти в положение сидя с помощью рук. Темп медленный. Дыхание равномерное. Повторить 2—6 раз (рис. 6).

Упражнение 7. Сидя на полу, кистями рук опереться сзади о пол, ноги выпрямлены. Нагнуть голову назад, прогнуть грудную клетку вперед — вдох. Опустить голову вперед, согнуть немного корпус вперед — выдох. Темп медленный. Повторить 4—6 раз (рис. 7).

Упражнение 8. Сидя на полу, кистями рук опереться о пол сзади на уровне ягодич, пятки прижаты друг к другу. Не отрывая пяток друг от друга и от пола, сгибать ноги в коленях и тазобедренных суставах, стараясь пошире развести колени и втянуть промежность. Разгибать ноги, не отрывая пяток друг от друга и от пола; при этом расслабить промежность. Темп медленный. Дыхание равномерное. Повторить 4—8 раз (рис. 8).

Упражнение 9. Стоя на четвереньках. Не отрывая рук от пола, сесть направо на пол, потом налево. Темп средний. Дыхание равномерное. Повторить 4—6 раз попеременно в обе стороны (рис. 9).

Упражнение 10. Стоя, руки на реберных дугах, глубокое грудное дыхание. Повторить 2—4 раза (рис. 10).

Примерный комплекс упражнений на V—VI месяце беременности

Упражнение 1. Стоя, ноги на ширине плеч, кисти рук к плечам. Поднять локти вверх — вдох, опустить вниз — выдох. Повторить 2—6 раз (рис. 11).

Упражнение 2. Стоя, ноги врозь, руки на бедрах. Поочередное сгибание и выпрямление ног с переносом тяжести тела на согнутую ногу. Темп средний. Дыхание равномерное. Повторить 4—6 раз (рис. 12).

Упражнение 3. Стоя, руки на поясе. Приседание с опорой руками о спинку стула. Приседая, разводите колени в стороны, расслаблять мышцы ягодич. Вставая, напрягать мышцы ягодич и втягивать задний проход. Темп медленный. Дыхание равномерное. Повторить 2—8 раз (рис. 13).

Упражнение 4. Сидя на полу, ноги выпрямлены, руки перед грудью. Поворотом корпуса вправо, вытягивая правую руку, — вдох, вернуться в исходное положение — выдох. То же проделать в другую сторону. Темп медленный. Повторить 4—8 раз (рис. 14).

Упражнение 5. Сидя на полу, ноги выпрямлены. Наклонить корпус вправо, опереться кистями обеих рук справа около таза. Переступая руками по полу налево, наклонить корпус влево, опираясь руками слева около таза. То же в другую сторону. Темп средний. Дыхание равномерное. Повторить 4—6 раз (рис. 15).

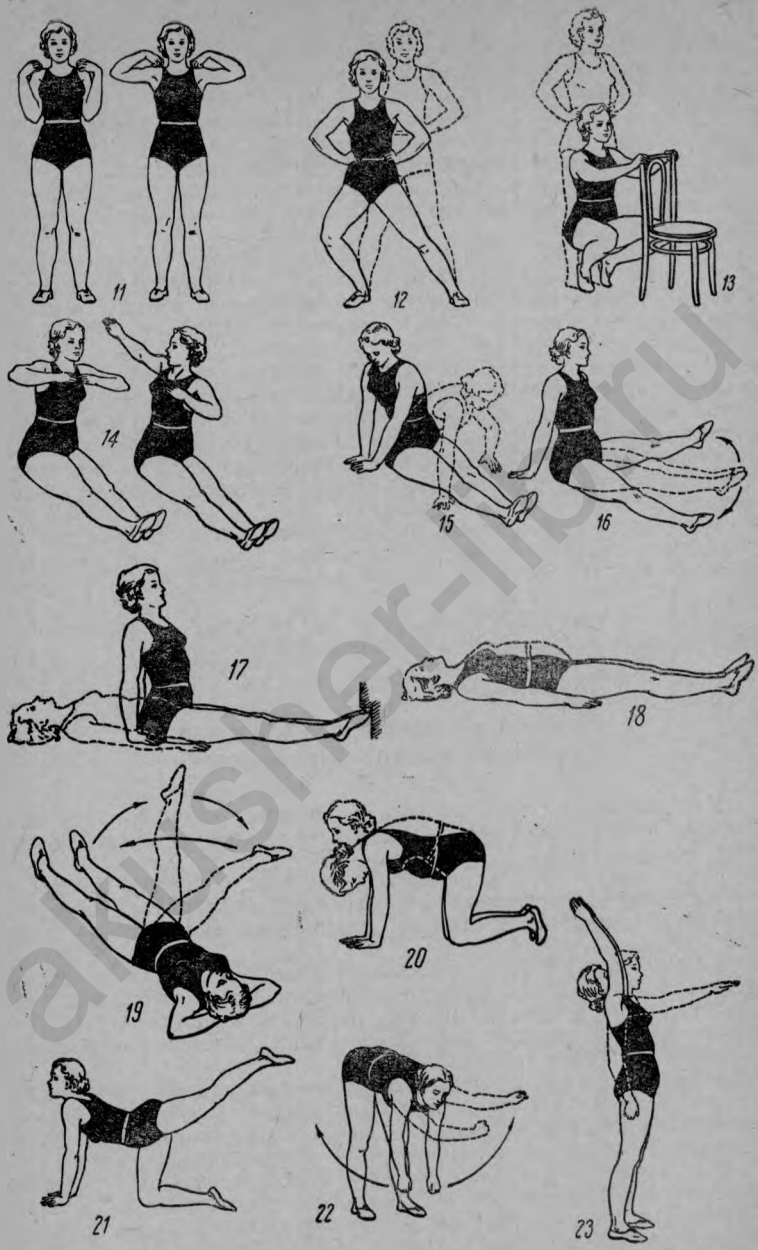


Рис. 11—23.

Упражнение 6. Сидя на полу, руками опереться о пол позади таза. Разводить и сводить выпрямленные ноги, не поднимая их от пола. Темп средний. Дыхание равномерное. Повторить 4—10 раз (рис. 16).

Упражнение 7. Лежа на спине, ноги закреплены. Перейти в положение сидя с помощью рук. Темп медленный. Дыхание равномерное. Повторить 4—8 раз (рис. 17).

Упражнение 8. Лежа на спине, сделать глубокий вдох, сильно выпячивая при этом живот. При выдохе живот постараться втянуть. Темп медленный. Повторить 4—6 раз (рис. 18).

Упражнение 9. Лежа на спине, руки под головой, ноги на ширине плеч. Поднять прямую ногу вверх, отвести в сторону, привести и положить на место. Темп средний. Дыхание равномерное. Повторить 2—6 раз каждой ногой (рис. 19).

Упражнение 10. Стоя на четвереньках (на коленях и кистях), спина выпрямлена. Выгибание спины вверх (сделать ее круглой) — выдох, прогибание вниз — вдох. Темп медленный. Повторить 2—6 раз (рис. 20).

Упражнение 11. Стоя на четвереньках, поочередное поднятие выпрямленной ноги назад с прогибанием спины. Дыхание равномерное. Повторить 4—8 раз (рис. 21).

Упражнение 12. Стоя, ноги врозь. Наклон корпуса вперед, расслабленные руки опустить вниз, качательные движения расслабленными руками вправо и влево с соответствующим поворотом корпуса. Темп средний. Дыхание равномерное. Повторить 4—6 раз в каждую сторону (рис. 22).

Упражнение 13. Стоя, поднять руки вверх — вдох, опустить их вниз — выдох. Повторить 2—4 раза (рис. 23).

Примерный комплекс упражнений на VIII—IX месяце беременности

Все упражнения делать медленно. Следить, чтобы не было одышки.

Упражнение 1. Сидя, руки на поясе. Прогнуть позвоночник, свести лопатки и локти — вдох, после чего расслабиться с небольшим наклоном вперед — выдох. Повторить 4—6 раз (рис. 24).

Упражнение 2. Сидя, руки сзади опираются о пол. Согнуть правую ногу, отвести колено кнаружи, привести колено внутрь, выпрямить ногу. То же проделать другой ногой. Темп медленный. Дыхание равномерное. Повторить 4—8 раз (рис. 25).

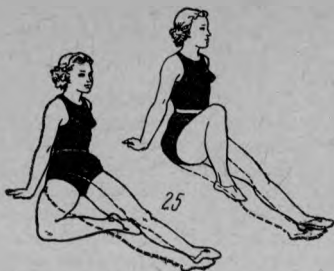
Упражнение 3. Стоя, ноги шире плеч, руки на бедрах. Согнуть правую ногу, перенося на нее тяжесть тела. То же проделать с переносом тяжести на другую ногу. Темп медленный. Дыхание равномерное. Повторить 4—8 раз (рис. 26).

Упражнение 4. Стоя на четвереньках. Сесть на пятки, расслабить мышцы тазовой области — выдох, перейти в положение на четвереньках со втягиванием заднего прохода и промежности — вдох, темп медленный. Повторить 4—8 раз (рис. 27).

Упражнение 5. Лежа на спине, руки за головой: согнуть ноги, развести руками колени в стороны, свести колени, вытянуть



24



25



26



27



28



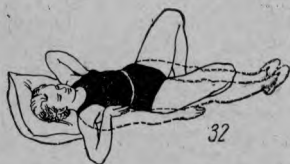
29



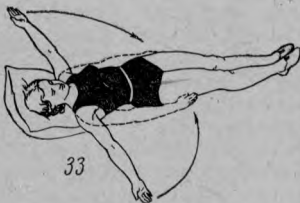
30



31



32



33

Рис. 24—33.

ноги. Темп медленный. Дыхание равномерное. Повторить 2—6 раз (рис. 28).

Упражнение 6. Лежа на спине. Глубокое дыхание с выпячиванием живота на вдохе и втяжением при выдохе. Темп медленный. Повторить 2—6 раз (рис. 29).

Упражнение 7. Лежа на спине, руки вдоль корпуса, ноги на ширине плеч. Одновременно поворачивать прямые руки в плечевых суставах ладонями кверху, ноги в тазобедренных суставах носками кнаружи; затем руки поворачивать ладонями вниз, а ноги — пятками внутрь. Темп средний. Дыхание равномерное. Повторить 8—12 раз (рис. 30).

Упражнение 8. Лежа на спине, ноги на ширине плеч, руки согнуть в локтевых суставах в упоре на локти. Опираясь на затылок, локти и таз, поднять грудную клетку вверх — вдох, вернуться в исходное положение — выдох. Темп медленный. Повторить 2—4 раза (рис. 31).

Упражнение 9. Лежа на спине, руки вдоль корпуса, ноги вместе. Скольжение рук вверх по телу к подмышечным впадинам с одновременным сгибанием ног в коленных суставах и разведением их. Стопы не отрывать от кровати, ступни ног прижаты друг к другу. Темп медленный. Дыхание равномерное. Повторить 4—8 раз (рис. 32).

Упражнение 10. Лежа на спине, поднять руки в стороны — вдох, опустить вниз — выдох. Повторить 4—6 раз (рис. 33).

Противопоказания к применению лечебной физкультуры у беременных: 1) острые лихорадочные заболевания, 2) заболевания сердечно-сосудистой системы с расстройством кровообращения (для данной группы беременных существуют специальные комплексы, выполняемые в стационаре), 3) привычные выкидыши, 4) резко выраженные токсикозы беременности, 5) маточные кровотечения.

Лечебная физкультура после родов

Упражнения можно начинать через 24 часа после родов, так как важно укреплять мышцы живота еще до того, как женщине разрешено вставать.

Во время пребывания женщины в родильном доме (7—8 суток) занятия физическими упражнениями проводит с ней медицинский персонал по схеме, принятой в данном учреждении.

На основе упражнений, выполняемых в послеродовом периоде, составляется комплекс, который делается женщине в печатном или написанном от руки виде в день ее выписки домой. Предварительно с родильницами, выписывающимися из родильного дома, проводится беседа, разъясняющая роль гимнастики для женщин вообще, особенно для родильницы.

Лечебная физкультура на дому (после выписки из родильного дома) имеет своей задачей: 1) восстановить прежнюю осанку и походку; 2) обеспечить нормальное стояние и тонус стопы в случаях, если в конце беременности развилось плоскостопие; 3) дать отдых мышцам спины, длительно утомляемым во время беременности; 4) содействовать более быстрому сокращению матки и ее связочного аппарата, растянутой брюшной стенки и мышц тазового дна; 5) предупредить возможность возникновения в послеродовом периоде загибов матки.

В 1-ю неделю после выписки из родильного дома большинство упражнений рекомендуется выполнять из исходного положения лежа. Укрепление мышц живота удобнее проводить в положении лежа, так как в исходном положении сидя или стоя внутренние органы, спускаясь, будут оказывать давление на перерастянутые во время беременности мышцы живота, что затрудняет их тренировку.

Когда мышцы живота немного окрепнут и выделения из матки уменьшатся, по совету врача в комплекс нужно добавлять упражнения из исходного положения стоя и сидя: приседания, наклоны и повороты корпуса во все стороны, движения рук с большой амплитудой. Упражнения для мышц живота надо усложнять различными исходными положениями и повторять их по 25—30 раз каждое. Прибавлять количество повторений нужно постепенно, каждый день увеличивая на одно, а если это трудно, то прибавляя через день по одному повторению.

Кроме комплексов гимнастических упражнений, в послеродовом периоде следует рекомендовать прогулки на свежем воздухе. Необходимо правильно регулировать весь образ жизни: соблюдать режим сна и отдыха, принимать с пищей большое количество витаминов, выполнять посильную работу, соблюдать гигиенические условия.

Если женщина до беременности занималась спортом, то с 4-го месяца после родов постепенно можно возобновлять обычную тренировку.

Следует отметить, что усиленная тренировка (вхождение в спортивную форму) всегда отрицательно влияет на количество грудного молока. В связи с тем что вскармливание грудью очень важно для здоровья ребенка, от интенсивных тренировок до 6—7 месяцев после родов необходимо воздержаться. По этим соображениям не следует также в период кормления грудью принимать участие в спортивных соревнованиях, которые, кроме физической усталости, вызывают большое напряжение нервной системы. Весь период кормления нельзя заниматься теми видами спорта, при которых можно переохладить грудные железы или травмировать их.

Примерный комплекс упражнений на 2-й неделе после родов

Упражнение 1. Лежа на спине, руки лежат вдоль туловища. Поднять руки в стороны и вверх — вдох. Соединить ладони сверху, соединенные руки, сгибая в локтях, отпустить вдоль туловища — выдох. Темп медленный. Повторить 2—6 раз (рис. 34, 34а).

Упражнение 2. Лежа на спине, ноги согнуты в коленях, ступни приближены к ягодицам, руки вытянуты вдоль туловища. Приподнять таз — вдох, опустить таз на кровать — выдох. При вдохе втянуть в себя задний проход, при выдохе — выпятить. Темп медленный. Повторить 4—5 раз (рис. 35).

Упражнение 3. Лежа на спине, руки лежат вдоль туловища. Сгибая ноги, руками подтянуть колени к груди — выдох. Вытянуть ноги вверх и прямые положить на кровать — вдох. Темп средний. Повторить 4—8 раз (рис. 36).

Упражнение 4. Лежа на спине, повернуться на правый бок, согнуть левую ногу, прижимая колено к груди. Не опуская на кровать, ногу вытянуть. Повторить 4—6 раз. Далее повернуться на живот, согнуть ноги в коленях, сильно напрягая при этом ягодицы, мед-

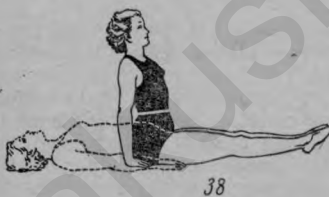
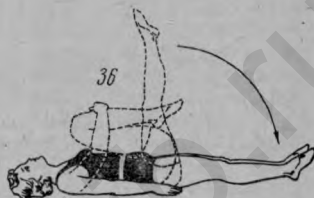
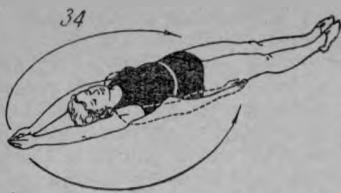


Рис. 34—41.

ленно вытянуть ноги. Повторить 4—6 раз. Повернуться на левый бок, согнуть правую ногу, прижимая колено к груди. Не опуская на кровать, ногу вытянуть. Повторить 4—6 раз и повернуться на спину. Темп средний. Дыхание равномерное (рис. 37, 37а).

У п р а ж н е н и е 5. Лежа на спине, руки лежат вдоль туловища. Опираясь на локти, сесть (движение начинается с поднятия головы с последующим сгибанием спины). Опираясь на локти, лечь. Темп медленный. Дыхание равномерное. Повторить 2—8 раз (рис. 38).

У п р а ж н е н и е 6. Лежа на спине, руки вдоль туловища. Сгибание корпуса направо с одновременным скольжением левой руки вверх к подмышечной впадине — вдох. Возвратиться в исходное положение — выдох. То же проделать в другую сторону. Темп средний. Повторить 4—6 раз (рис. 39).

У п р а ж н е н и е 7. Лежа на спине, руки вдоль туловища. Поочередно сгибать и разгибать ноги, как при езде на велосипеде, $\frac{1}{2}$ —1 минуту. Темп средний. Дыхание равномерное (рис. 40).

У п р а ж н е н и е 8. Лежа на спине. Прижать подколенные области к кровати, одновременно втягивая задний проход и напрягая ягодичные мышцы. Темп средний. Дыхание равномерное. Повторить 4—8 раз (рис. 41).

Повторить первое упражнение (см. рис. 34а).

В некоторых упражнениях, связанных с напряжением мышц брюшного пресса, иногда трудно добиться правильного и глубокого дыхания, наблюдается задержка его, поэтому между такими движениями следует делать дыхательные упражнения или немного отдохнуть.

Примерный комплекс упражнений через 3—4 недели после родов

У п р а ж н е н и е 1. Ходьба на полной ступне с высоким подниманием коленей и большим размахом рук 1—2 минуты. Темп средний. Дыхание равномерное (рис. 42).

У п р а ж н е н и е 2. Стоя, отвести кисти назад, свести лопатки — вдох; вернуться в исходное положение — выдох. Темп медленный. Повторить 4—6 раз (рис. 43).

У п р а ж н е н и е 3. Стоя, ноги на ширине плеч, руки вдоль туловища. Наклонить туловище влево, скользя левой рукой вниз по боковой поверхности левого бедра, правой руки — к правой подмышечной впадине — выдох, выпрямиться — вдох. То же проделать в другую сторону. Темп медленный. Повторить 4—8 раз (рис. 44).

У п р а ж н е н и е 4. Стоя, согнуть правую ногу в коленном и тазобедренном суставах и, обхватив ногу руками, прижать бедро к животу — выдох; вернуться в исходное положение — вдох. То же проделать другой ногой. Темп средний. Повторить 4—8 раз (рис. 45).

У п р а ж н е н и е 5. Стоя, ноги на ширине плеч, руки на поясе. Круговые движения корпусом вправо и влево. Темп средний. Дыхание равномерное. Повторить 2—4 раза (рис. 46).

У п р а ж н е н и е 6. Лежа на спине, руки вдоль туловища. Поочередно переносить одну прямую ногу через другую. Темп средний. Дыхание равномерное. Повторить 4—8 раз (рис. 47).

У п р а ж н е н и е 7. Лежа на спине, руки вытянуты вдоль туловища, ноги выпрямлены. Поднять таз вверх (опираясь на пятки, локти, плечевой пояс и голову), втягивая задний проход. Опустить

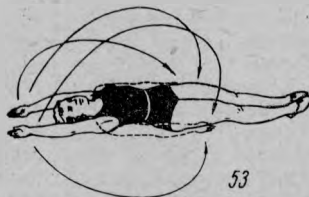
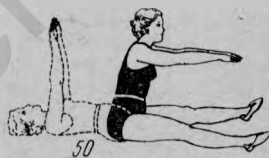
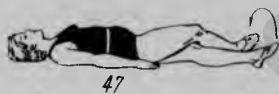


Рис. 42—53.

таз на кровать, расслабить область заднего прохода. Темп средний. Дыхание равномерное. Повторить 4—8 раз (рис. 48).

Упражнение 8. Лежа на спине, руки вдоль туловища. Периодически сгибать и разгибать ноги, как при езде на велосипеде, $\frac{1}{2}$ —1 минуту. Темп средний. Дыхание равномерное (рис. 49).

Упражнение 9. Лежа на спине, ноги разведены, исходное положение рук для каждой женщины индивидуально в зависимости от ее физической подготовленности, руки могут быть пригнуты к плечам, заложены за голову, скрещены на груди, вытянуты вперед и т. д. Медленно сесть, наклониться вперед, коснуться руками пальцев ног и медленно лечь. Дыхание равномерное. Повторить 2—8 раз (рис. 50).

Упражнение 10. Лежа на спине, руки согнуты в локтевых суставах под прямым углом. Опираясь на локти и голову, поднять грудную клетку вверх, прогнуться — вдох, опустить грудную клетку — выдох. Темп медленный. Повторить 4—6 раз (рис. 51).

Упражнение 11. Лежа на спине, руки согнуты в упоре на локти. Круговые движения в лучезапястных и голеностопных суставах в одну и другую сторону. Темп средний. Дыхание равномерное. Повторить 4—12 раз (рис. 52).

Упражнение 12. Лежа на спине, поднять руки вверх — вдох, опустить их через стороны — выдох. Темп медленный. Повторить 2—6 раз (рис. 53).

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОМ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ

Функциональное недержание мочи иногда наступает после трудных родов с длительным прижатием мочевого пузыря и окружающих мышечных, фасциальных и нервных элементов к стенке таза.

Недержание (см. Недержание мочи) характеризуется императивными позывами к мочеиспусканию, что имеет место при нормально функционирующем сфинктере и связано с воспалением слизистой оболочки мочевого пузыря, чаще шейки пузыря.

Недержание мочи является результатом ослабления сфинктерного аппарата мочевого пузыря, при котором в одних случаях моча вытекает произвольно, непрерывно (абсолютное недержание) либо при кашле, чиханье, подъеме тяжести (относительное недержание). Если имеется не защитный или не сросшийся разрыв промежности, необходимо предварительное восстановление тазового дна.

Лечебная физкультура, правильно и систематически проводимая, способствует восстановлению функции мочевого пузыря, его сфинктерного аппарата. Физические упражнения направлены на укрепление мышц тазового дна, промежности и брюшного пресса и на повышение тонуса всей скелетной мускулатуры.

Приведенные комплексы (по Д. Н. Атабекову, 1963) физических упражнений, как показывает их название и назначение, выполняются большой в объеме, переносимого легко, без чрезмерной нагрузки, утомления. Сеансы физических упражнений проводятся вначале через день, а позднее через 2—3 дня, продолжительностью от 15 до 30—40 минут в зависимости от общего состояния больной, возраста, тренированности, реакции на проделанные упражнения (пульс, дыхание, самочувствие). Темп упражнений переменный, средний и медленный. Общая продолжительность такого лечения до 2 месяцев.

Общеразвивающие упражнения

Упражнение 1. Ходьба на месте (рис. 1).

Упражнение 2. Туловище выпрямлено, нижняя конечность вытянута вперед под прямым углом к туловищу и опирается носком в спинку стула (рис. 2).

Упражнение 3. Туловище разогнуто (разогнуться назад), руки вытянуты вверх, нога отведена назад и опирается носком в табуретку (рис. 3).

Упражнение 4. То же положение, но руки на талии (рис. 4).

Упражнение 5. Приседание с качанием и маховыми движениями (рис. 5).

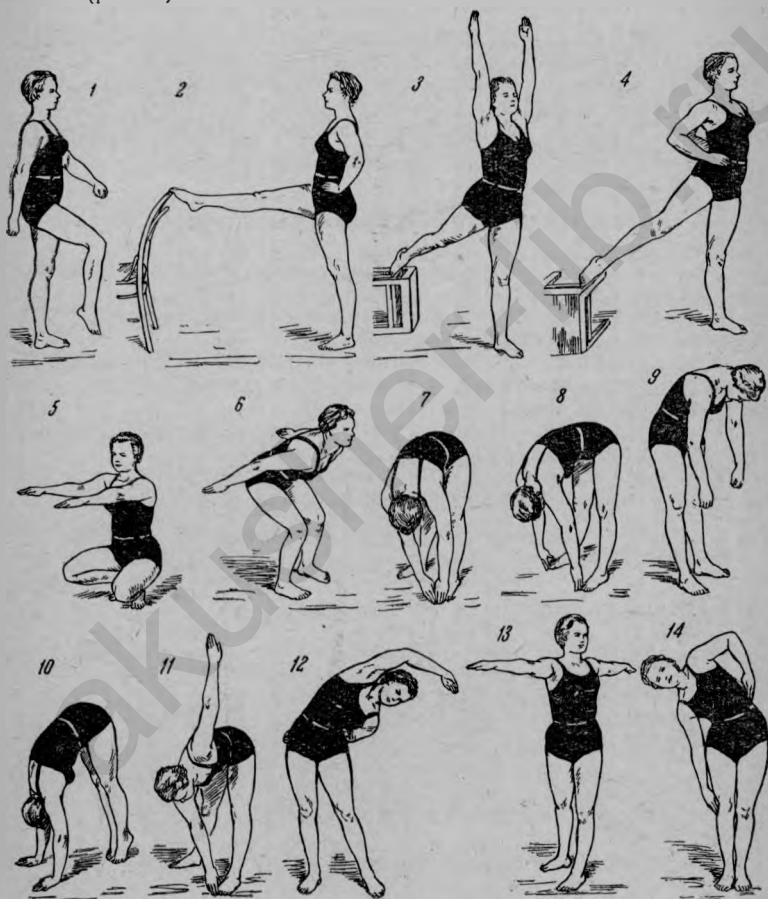


Рис. 1—14.

Упражнение 6. Полуприседание с качанием и маховыми движениями. Туловище согнуто, руки отведены назад (рис. 6).

Упражнение 7. Туловище согнуто вперед и вниз, руки касаются левого носка (рис. 7).

Упражнение 8. Такое же положение, руки касаются носков стоп (рис. 8).

Упражнение 9. Туловище в полусогнутом положении, руки опущены вниз (упражнение на расслабление мышц) (рис. 9).

Упражнение 10. Максимальное сгибание туловища, руки и носки ног опираются о пол (рис. 10).

Упражнение 11. Туловище согнуто. Правая рука касается левого носка стопы, левая отведена вверх и назад и наоборот (рис. 11).

Упражнение 12. Боковое сгибание туловища: правая рука над головой (маховые движения), левая за спиной (рис. 12).

Упражнение 13. Вращение туловища влево и вправо; руки вытянуты в стороны, ноги раздвинуты (рис. 13).

Упражнение 14. Боковое сгибание туловища, правая рука вытянута книзу, левая на талии (рис. 14).

Упражнения для мускулатуры тазового дна

Упражнение 1. Сидя на полу с вытянутыми между коленями руками (рис. 15).

Упражнение 2. То же положение (разведение и сведение коленей при сопротивлении рук) (рис. 16).

Упражнение 3. Сидя на полу с разведенными ногами. Руки в стороны, при повороте туловища вправо достать правой рукой кончика пальцев левой ноги (рис. 17).

Упражнение 4. Сидя на полу с сомкнутыми ногами. Вытянутые вперед руки касаются носков стоп (рис. 18).

Упражнение 5. То же положение, правая нога отведена, вытянутые вперед руки касаются носка левой стопы (рис. 19).



Рис. 15—20.

Упражнение 6. Сидя на полу с притянутыми к животу коленями. Перекатывание на ягодицах из сидячего положения в положение на спине (рис. 20).

Упражнения для мышц брюшного пресса и приводящих мышц бедра

Упражнение 1. На коленях с опущенными руками (рис. 21).

Упражнение 2. То же положение с наклоненным вперед туловищем при упоре ладонями рук в пол по обеим сторонам ног (рис. 22).

Упражнение 3. Сидя с согнутыми коленями, передвинуться вправо (рис. 23).

Упражнение 4. Стоя на коленях, перебирая руками вправо, повернуть туловище в правую сторону (рис. 24).

Упражнение 5. Сидя на коленях, повернуть туловище до предела в правую сторону, опираясь руками о пол (рис. 25).

Упражнение 6. Стоя на коленях, поднять руки вверх и повернуть туловище в левую сторону (вращательное движение) (рис. 26).

Упражнение 7. Положение на четвереньках, опираясь на колени и ладони (рис. 27).

Упражнение 8. То же положение с максимальным сгибанием туловища при вытянутых вперед руках (рис. 28).

Упражнение 9. Положение на животе с отведенной в сторону ногой (рис. 29).

Упражнение 10. То же положение, правая нога согнута в колене (рис. 30).

Упражнение 11. Стоя на левом колене, правой рукой коснуться ладонью пола. Правая нога и левая рука вытянуты и приподняты вверх (рис. 31).

Упражнение 12. Сидя на полу, опираясь на колени, руки на талии (рис. 32).

Упражнения для мышц спины и брюшного пресса

Упражнение 1. Лежа на боку с притянутыми к животу коленями (рис. 33).

Упражнение 2. То же положение. Левая нога вытянута, правая согнута в колене и максимально притянута к животу (рис. 34).

Упражнение 3. То же положение. Отведение в сторону (вверх) свободной ноги при вытянутой вверх руке (рис. 35).

Упражнение 4. То же положение. Отведение в сторону (вверх) свободной ноги при вытянутой вверх руке (рис. 36).

Упражнение 5. Лежа на боку, отвести ногу назад (рис. 37).

Упражнение 6. Руки упираются ладонями в пол, ноги вытянуты (рис. 38).

Упражнение 7. То же положение с поднятым тазом (рис. 39).

Упражнение 8. Лежа на боку с приподнятым тазом (рис. 40).

Упражнение 9. Лежа на животе, разогнуть туловище до отказа и захватить руками голени (рис. 41).

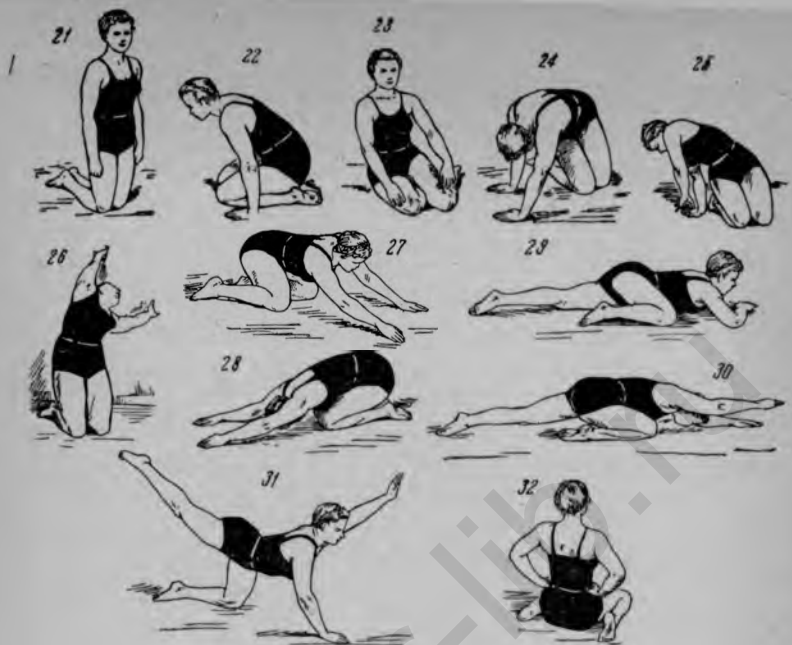


Рис. 21—32.

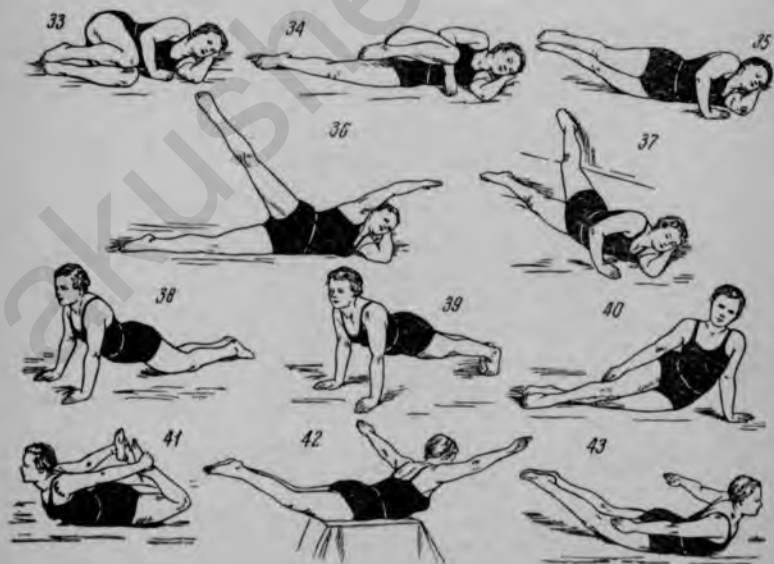


Рис. 33—43.

Упражнение 10. Лежа на животе, разогнуть туловище и развести руки в стороны (рис. 42).

Упражнение 11. Лежа на животе, разогнуть туловище и отвести руки кзади (рис. 43).

Упражнения в основном для мышц брюшного пресса

Упражнение 1. Положение на спине. Левая нога согнута в колене под прямым углом (рис. 44).

Упражнение 2. Положение на спине. Упражнение «велосипед» (рис. 45).

Упражнение 3. Лежа на спине. Ноги согнуты в коленях и приведены к животу (попеременно сгибать и разгибать ноги) (рис. 46).

Упражнение 4. Лежа на спине с вытянутыми и поднятыми вверх ногами (рис. 47).

Упражнение 5. Лежа на спине, свести ноги и опустить их на пол (рис. 48).

Упражнение 6. Лежа на спине, развести ноги в стороны и опустить их на пол (рис. 49).

Упражнение 7. То же положение, поднимание таза (рис. 50).

Упражнение 8. То же положение. Поднимать таз, упираясь носком левой ноги в пол (рис. 51).

Упражнение 9. Положение на спине с разведенными и согнутыми в коленях ногами (рис. 52).

Упражнение 10. Поднимание туловища с опорой на локти (рис. 53).

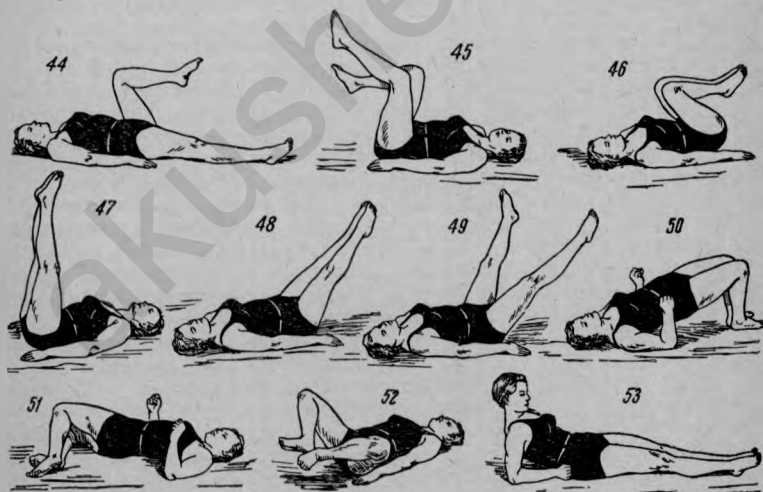


Рис. 44—53.

V. ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА

Основные требования, предъявляемые для противозачаточных средств: 1) безвредность для здоровья супругов, 2) высокая эффективность, 3) простота применения, 4) сохранение при их применении сексуального чувства, 5) экономичность и доступность.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫХ СРЕДСТВ

1. Механические контрацептивы рассчитаны на механическое препятствие на пути между сперматозоидами и яйцеклеткой. Имеются мужские и женские контрацептивы.

2. Химические контрацептивы рассчитаны на сильное сперматоцидное действие.

3. Физиологический метод основан на существовании «опасных» и «безопасных» в смысле возможного зачатия дней менструального цикла.

4. Биологический метод основан на подавлении овуляции или сперматогенеза, а также имплантации оплодотворенного яйца.

Наибольший эффект можно достигнуть при сочетании химических и механических средств предохранения. При назначении противозачаточных средств следует всегда учитывать культурно-гигиенические и жилищно-бытовые условия, а также руководствоваться анатомическим строением, топографией половых органов, состоянием их. Например, нерожавшей женщине с узким входом во влагалище, со сравнительно неглубокими сводами, при положении матки в антефлексии, при которой шейка обращена кзади, уместно назначать химические средства (влагалищные шарики, грамицидиновую пасту). Женщине рожавшей, у которой влагалище широкое, задний свод глубок, шейка матки с надрывами, обращена книзу, правильнее назначать механические средства в виде колпачка КР с грамицидиновой пастой.

Если, например, положение матки правильное, но у женщины имеется разрыв промежности и половая щель зияет, назначение химического средства не дает эффекта, так как оно при растворении немедленно вытечет. В этом случае неуместны и колпачки; наиболее правильным будет назначение мужского презерватива.

Если у женщины щелочная реакция влагалищной среды и III—IV степень чистоты, целесообразно рекомендовать грамицидиновую пасту, обладающую и бактерицидными свойствами. В таком

случае уместно применение колпачка КР в сочетании с грамицидиновой пастой.

Одновременно проводят динамическое наблюдение за женщиной для своевременного выяснения влияния контрацептивного средства на общее состояние женщины и на состояние ее половых органов.

МЕХАНИЧЕСКИЕ ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА

Мужской резиновый презерватив. Хранится 1—2 года (дата выпуска проставлена на конверте).

В скатанном виде презерватив надевают на головку полового члена, находящегося в состоянии эрекции, а затем постепенно раскатывают кверху. Слепой конец презерватива не должен плотно облепать головку полового члена, чтобы выбрасываемая с некоторой силой сперма могла свободно скопиться в его переднем конце, как в мешочке, не разорвав его. Опасность разрыва его уменьшается (особенно при скудном влагалищном отделяемом), если смазать одетый презерватив борным вазелином.

Механические средства, применяемые женщиной, — колпачки, надеваемые на шейку матки, и колпачки, вводимые во влагалище и образующие в последнем своего рода диафрагму.

Щечные колпачки бывают металлические и резиновые.

Металлический колпачок Кафка напоминает наперсток. Будучи надет на шейку матки, удерживается на ней благодаря присасывающему действию. Колпачки Кафка изготавливаются из алюминия, пластмасс, различных синтетических материалов. Они выпускаются от № 4 до 15. Подбираются в зависимости от размеров и формы шейки матки. Наиболее ходовые от № 6 до 11. Рекомендовать металлический колпачок можно только после тщательного гинекологического обследования женщин, как бимануального, так и главным образом при помощи зеркала. Если в консультации есть кольпоскоп, производят осмотр шейки с помощью этого оптического прибора, что позволяет исключить даже невидимые невооруженным глазом начальные явления цервицита или небольшие эктопические участки в области маточного зева. Щечные колпачки можно применять только при совершенно здоровой шейке матки, отсутствии эрозий в области наружного зева и воспалительных изменений в канале шейки матки.

При пользовании колпачком Кафка необходим систематический врачебный контроль, чтобы своевременно обнаружить начинающееся воспаление, прекратить пользование колпачком и начать лечение.

Техника применения. Определяют положение и форму шейки матки и тут же подбирают соответствующий размер (номер) колпачка. Стерилизуют колпачки 2—3 номеров, ближайших к предполагаемому. Зеркалами обнажают влагалищную часть матки, внимательно осматривают ее (эрозия, эндоцервицит!), протирают дезинфицирующим раствором и насухо вытирают стерильным ватным тампоном. Подобранный по размеру колпачок, прокипяченный, берут за край стерильным длинным пинцетом, вводят колпачок под контролем зрения в открытое влагалище и надевают на шейку матки. После этого зеркало осторожно вынимают и двумя пальцами, введенными во влагалище, проверяют, правильно ли держится на шейке колпачок — не соскочил ли он с нее, не слишком ли туго сжимает ее. В случае необходимости берут колпачок номером больше.

Если врач (или акушерка) заранее уже произвели гинекологическое исследование (бимануальное и с помощью зеркал), можно надевать колпачок и без предварительного введения зеркал во влагалище. Врач (акушерка), тщательно вымыв руки, надевает колпачок на указательный палец, как наперсток, и вводит последний во влага-

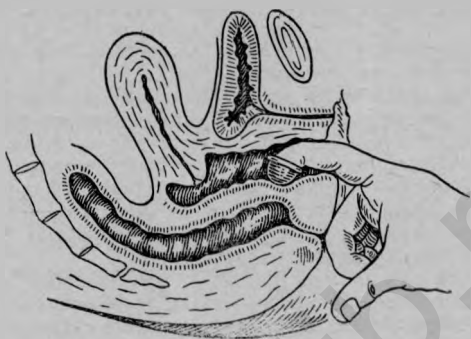


Рис. 1.

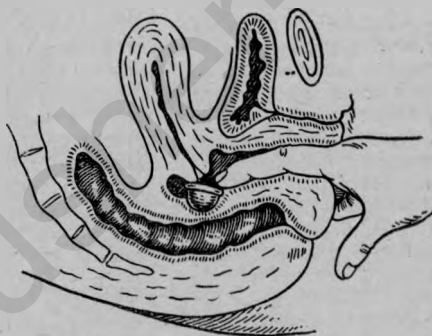


Рис. 2.

лище. Колпачок придавливают к задней стенке влагалища и продвигают по ней в задний свод под шейку. Когда край колпачка достигает шейки матки, из колпачка вынимают палец. Правильно подведенный колпачок вследствие образующегося между ним и шейкой матки отрицательного давления легко присасывается и как бы сам надевается на шейку (рис. 1, 2 и 3).

Носить этот колпачок допускается не больше 10 дней, после чего его снимают (врач или акушерка) и обязательно осматривают шейку матки. Перед снятием колпачка следует произвести спринцевание влагалища слабым дезинфицирующим раствором. Если женщина

хорошо обучена, она сама снимает колпачок. Для этого, сидя на корточках, она осторожно пальцем нащупывает шейку матки и у самого колпачка вдавливает ткань, открывая доступ воздуху, что облегчает снятие колпачка без какой-либо травмы. Как правило, все же снимать колпачок должен врач или акушерка. Положительный эффект отмечен в 90% случаев.

Резиновый колпачок типа КР является влагалишным. Разделяя последнее на передний и задний отделы, колпачок образует перегородку, препятствующую проникновению сперматозоидов в шейку матки.

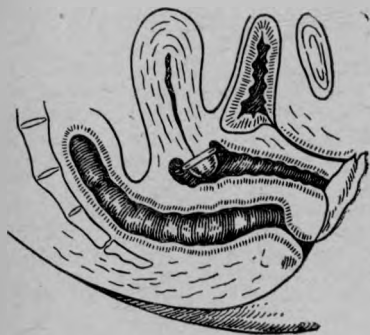


Рис. 3.



Рис. 4.

Колпачок КР представляет собой резиновый чехол, надетый на металлический пружинный ободок из проволоки. Колпачок со спиральной пружиной, введенный во влагалище, упирается нижним краем в задний влагалишный свод, а верхним — в переднюю стенку влагалища позади симфиза и удерживается (рис. 4—6) во влагалище в косом положении. Наиболее часто употребляемые колпачки от № 60 до 85 (через 5 номеров). Указанные колпачки подбирают в зависимости от ширины влагалища. При узком и длинном влагалище следует пользоваться колпачками 60—65 мм, а при широком влагалище — 70—85 мм в диаметре.

Техника применения колпачка КР. Предварительно его смазывают со всех сторон грамицидиновой пастой. Затем в сложенном виде выпуклостью, обращенной к задней стенке влагалища, вводят во влагалище, раскрытое пальцами другой руки, и продвигают по задней стенке влагалища до тех пор, пока он не упрется в стенку его заднего свода. Затем пружину опускают и, после того как колпачок расправится, передний край его прижимают пальцем к передней стенке влагалища позади симфиза.

Во избежание ошибки необходимо тщательно проверить расположение колпачка, так как с самого начала он может быть неправильно введен не в задний, а в передний свод. При этом шейка матки остается открытой и доступной для попадания сперматозоидов.

Пользованию указанными колпачками сравнительно легко и быстро обучаются сами женщины. Обычно женщины вводят их в положении на корточках, соблюдая при этом все изложенные выше правила гигиены (чистота рук и техника введения). В первый раз врач или акушерка должны убедиться в том, что колпачок надет правильно.

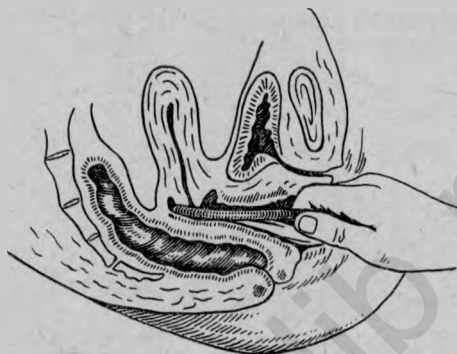


Рис. 5.



Рис. 6.

Колпачок извлекает также женщина сама. Для этого она в положении на корточках вводит палец во влагалище, нащупывает за симфизом передний край колпачка, согнутым в виде крючка пальцем захватывает его и извлекает колпачок из влагалища.

Резиновые колпачки нельзя надолго оставлять во влагалище. Под влиянием влагалищного секрета от резины отделяется сера, которая оказывает раздражающее действие на слизистую оболочку влагалища.

Колпачок следует вводить незадолго до полового сношения и не позднее 10—12 часов после сношения удалить из влагалища. При этом до и после извлечения колпачка нужно проспринцевать влагалище дезинфицирующим раствором (слабым раствором марганцово-кислого калия 1 : 10 000, борной кислоты — 2% раствор и др.).

Колпачок хорошо промывают водой с мылом, насухо вытирают и завертывают в чистую салфетку. Перед употреблением колпачок протирают слабым дезинфицирующим раствором. Перед тем как пользоваться колпачком, следует растянуть его, чтобы убедиться в целости. При правильном применении колпачка КР положительный эффект достигается в 85—90% случаев.

ХИМИЧЕСКИЕ ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА

Лютенурин — алкалоид, выделенный из корневища кубышки желтой. Применяется хлористоводородная соль алкалоида — аморфный порошок белого с кремовым оттенком цвета. Хорошо растворим в воде и спирту. Относительно мало токсичен; удобен в употреблении и не вызывает патологических изменений со стороны слизистой оболочки влагалища. Выпускается в виде глобулей и пенообразующих таблеток, содержащих по 3 мг препарата. Сохраняется в сухом, прохладном, защищенном от света месте.

Глобули или таблетки закладываются во влагалище за 5—10 минут до полового сношения. Перед употреблением пенообразующие таблетки следует смачивать водой.

Контрацептин Т представляет собой комбинированный препарат следующего состава: хинозол — 0,03 г, борная кислота — 0,3 г, танин — 0,06 г, жировая основа — 1,46 г. Выпускается в виде сжатых с боков конусов буровато-желтого цвета, при комнатной температуре плотной консистенции. Температура плавления 36—38°.

Хинозол и борная кислота являются сильными антисептиками и обладают способностью убивать сперматозоидов. Препарат не раздражает слизистые оболочки. Выпускается в коробках по 10 шт.

Лежа на спине контрацептин Т вводят глубоко во влагалище за 5—6 минут до полового сношения. При правильном применении положительный эффект достигается в 96—98% случаев.

Грамицидиновая паста содержится в металлических тубах, представляет собой белую густую легко смываемую водой массу, не имеющую запаха и не грязящую белье.

Грамицидиновую пасту вводят во влагалище специальным шприцем, если паста в тубике. Пасту вводят также на ватном тампоне или в сочетании с колпачками Кафка и резиновыми диафрагмами КР. Разовая доза 5—6 г пасты.

Техника применения при пользовании шприцем-наконечником следующая. Пасту набирают шприцем из тубика примерно на $\frac{2}{3}$ его объема, что составляет 5—6 г пасты. Далее наконечник вводят во влагалище поглубже (в задний свод) и пасту выталкивают из него движением поршня. Женщина вводит наконечник и выталкивает пасту, сидя на корточках или лежа. После сношения рекомендуется ввести во влагалище дополнительно 3—4 г пасты. Шприц-наконечник после применения необходимо хорошо промыть горячей водой (не кипятить) или любым дезинфицирующим раствором, например 2% раствором борной кислоты. После промывания

шприц высушивают салфеткой и сохраняют в сухой салфетке или марле до следующего применения. При последующем применении наконечник не требует обработки, если при хранении соблюдалась указанная выше рекомендация.

Техника применения при введении пасты на ватном тампоне. Тампоны необходимо готовить заблаговременно. На тампон паста наносится специальной стеклянной ложечкой или лопаточкой из баночки. Тампон, захваченный двумя пальцами правой руки, подводят ко входу во влагалище, другой рукой раздвигают половую щель и тампон вводят глубоко во влагалище указательным пальцем. Эту процедуру женщина делает сидя на корточках или лежа. После сношения тампон удаляют за нитку.

После применения лопаточку или ложечку, которой накладывали пасту, кипятят, просушивают салфеткой и сохраняют в сухой салфетке или марле до следующего применения. Если нет шприца, то пасту из тюбика также можно использовать для тампонов.

При правильном применении грамицидиновой пасты положительный эффект достигается в 97—98% случаев.

Кроме контрацептивного действия, грамицидиновая паста обладает и терапевтическим эффектом при лечении воспалительных процессов влагалища и шейки матки.

Влагалищные шарики и пасты. В состав шариков обычно входит борная, молочная, соляная кислоты и некоторые другие вещества.

Шарики на желатиновой основе растворяются медленнее, чем шарики на жировой основе. Поэтому шарики на желатиновой основе рекомендуются вводить во влагалище за 10—15 минут до полового сношения.

Примерная пропись:

Rp. Chinosoli 0,03
Polyethylenoxydi 1,5
ut f. Globuli vaginalis
D. t. d. N. 12

Rp. Acidi lactici 0,15
Acidi borici 0,25
Butyr. cacao q. s.
ut f. Globuli vaginali
D. t. d. N. 12

Rp. Glycerini 70,0
Acidi borici —
Acidi tannici aa 3,0
MDS. Паста противозачаточная

Шарики, изготовленные из масла-какао, вводятся во влагалище за 5 минут до полового сношения, изготовленные на желатине — за 10—15 минут.

Шарики на желатиновой основе хранятся в стеклянной баночке с крышкой в прохладном месте. В противном случае они подвергаются высыханию и плохо растворяются.

Противопоказания — разрывы мышц промежности и тазового дна, опущение стенок влагалища.

Спринцевания и промывания влагалища производят из кружки Эсмарха или резинового баллона непосредственно после сношения теплой водой (37—38°) с примесью различных химических кислотных веществ (столовый уксус, борная кислота и др.). Применяют следующие растворы: молочная кислота — 2 чайные ложки на 1 л воды; столовый уксус — 2 чайные ложки на 1 л воды; раствор марганцовокислого калия 1 : 10 000, борная кислота — 2 чайные ложки на 1 л воды; салициловая кислота — 1 чайная ложка на 1 л воды.

Пример прописи:

Rp. Acidi lactici 100,0

S. Для спринцеваний. По 2 чайные ложки на 1 л теплой воды

Rp. Acidi borici 100,0

S. Для спринцеваний. По 2 чайные ложки на 1 л теплой воды

Эффективность этого способа 75%.

Тампоны. Тампон изготавливается из кусочка ваты, в 2—3 раза большего, чем обычный лечебный тампон, и перевязывается длинной тонкой ниткой. Тампон смачивают лекарственным веществом и, предварительно чисто вымыв руки, вводят глубоко во влагалище перед сношением так, чтобы он закрывал шейку матки. Таким образом, тампоны оказывают одновременно механическое и химическое действие. Для смачивания тампона рекомендуются: 1—2% раствор борной кислоты, раствор древесного уксуса — одна столовая ложка на стакан воды, 1—2% раствор уксусной кислоты, 1—2% раствор хинина, грамицидиновая паста или противозачаточная паста по прописи:

Rp. Chinosoli 0,15

Acidi lactici 0,5

Glycerini 50,0

DS. Для тампонов

Rp. Acidi tannici

Acidi borici aa 3,0

Glycerini 70,0

DS. Для тампонов

После полового сношения тампон извлекают сейчас же или спустя несколько часов и спринцуют влагалище каким-либо слабым дезинфицирующим раствором.

Рекомендуется немедленно после сношения вводить во влагалище еще один тампон, смоченный в том же лекарственном веществе, и извлекать оба тампона одновременно через несколько часов, после чего проспринцеваться.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ (КНАУС И ОГИНО)

Метод основан на том, что у женщины в течение межменструального периода имеются дни, наиболее благоприятные для зачатия. Эти дни — ближайшие к моменту выхода яйцеклетки из яични-

Сроки физиологической стерильности в течение менструального цикла

Цикл в днях	Количество стерильных дней от первого дня менструации	Количество дней, в которые наступает беременность	Количество стерильных дней перед менструацией
24	5	8	11
24—25	5	9	11
24—26	5	10	11
24—27	5	11	11
25	6	8	11
25—26	6	9	11
25—27	6	10	11
25—28	6	11	11
26	7	8	11
26—27	7	9	11
26—28	7	10	11
26—29	7	11	11
27	8	8	11
27—28	8	9	11
27—29	8	10	11
27—30	8	11	11
28	9	8	11
28—29	9	9	11
28—30	9	10	11
28—31	9	11	11
29	10	8	11
29—30	10	9	11
29—31	10	10	11
29—32	10	11	11
30	11	8	11
30—31	11	9	11
30—32	11	10	11
30—33	11	11	11

ка (овуляция) и первые дни после выхождения яйцеклетки из яичника. В остальные дни зачатие происходит значительно реже или совсем не происходит.

Для удобства исчисления можно воспользоваться табл. 21.

МЕТОДЫ БИОЛОГИЧЕСКОЙ КОНТРАКЦЕПЦИИ

В настоящее время в Советском Союзе не применяются, так как не доказана их полная безвредность. Широкого применения они не получили и во всем мире. Однако в этом направлении проводятся экспериментальные исследования. Так называемый биологический метод контрацепции рассчитан на подавление овуляции или сперматогенеза путем нарушения гонадотропной функции гипофиза стероидными гормонами (эстрогены, прогестерон, андрогены и их комбинации, например эновид и др.), а также другими химическими соединениями (например, нитрофуразон и др.). Кроме того, испытываются отдельные вещества, нарушающие процессы оплодотворения или же nidации, например антигиалуронидазные вещества (гесперидин) и др.

ВРЕДНЫЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА

Сюда относятся смазывания (впрыскивания) слизистой оболочки полости матки химическими веществами (йод и др.), прерванный половой акт — coitus interruptus.

УЧЕТ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫХ СРЕДСТВ

Он проводится в специальной индивидуальной картотеке, подобно таковой для беременных женщин. По каждому контрацептивному средству учитывается количество предохранявшихся женщин, количество всех происшедших, несмотря на предохранение, беременностей, число месяцев, в течение которых предохранялась женщина. Для этой цели Pearl предложил формулу:

$$\frac{A \cdot 1200}{B} - x,$$

где A — число наступивших беременностей; 1200 — число месяцев в 100 годах; B — число месяцев пользования контрацептивом; x — процент неудач.

Пример. Из 1000 супружеских пар 450 пользовались колпачком Кафка в общей сложности 8800 месяцев. Наступило беременностей 94. Таким образом $\frac{94 \cdot 1200}{8800} = 12,8\%$ (неудач).

Пример. Из 1000 супружеских пар 504 пользовались мужским презервативом в общей сложности 36 263 месяца. Беременностей наступило 414. Таким образом, $\frac{414 \cdot 1200}{36\ 263} = 13,7\%$ (неудач).

Кабинет женской консультации по контрацепции ведет учет всех женщин, не желающих иметь беременность (специальная картотека). Каждая женщина, направленная на

прерывание беременности, предварительно проходит через этот кабинет, где с ней проводится беседа и затем она берется на диспансерный учет. О женщинах, находящихся в стационаре с внебольничным абортom, сообщают в женскую консультацию с указанием местожительства и места работы. Через 3—4 недели после аборта эти женщины приглашаются (патронаж, либо письмо) на прием в кабинет для рекомендации противозачаточного средства. Находящиеся на учете женщины вызываются для проверки и учета эффективности (сколько месяцев, лет регулярно предохранялась, были ли беременности, сколько) каждые полгода. Сотрудники кабинета ведут с женами и мужьями регулярные беседы о вреде аборта и о применении противозачаточных средств. Они знакомятся с условиями жизни женщины, не желающей сохранять беременность, с причинами, побудившими прервать беременность. К этой работе привлекается и женский актив, который использует и методы общественного воздействия на женщину, прибегающую к внебольничному аборту.

VI. РОДЫ. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РОДАХ ВНЕ СТАЦИОНАРА

Как правило, роды проводятся в стационаре. В исключительных случаях приходится оказывать помощь при родах вне родильного стационара.

Врач решает вопрос о транспортабельности, о возможности в данных конкретных условиях доставить роженицу в ближайший стационар.

Противопоказанием к транспортировке рожениц являются: послеродовый период, тяжелые токсикозы беременности (преэклампсия, эклампсия), подозрения на кровоизлияния в мозг, явления угрожающего разрыва матки.

ВЕДЕНИЕ РОДОВ

Если время позволяет, после того как роженица самостоятельно помочится, сбрасывают волосы с наружных половых органов и обмывают их кипяченой водой. Если времени нет, обмывают с мылом наружные половые органы, внутреннюю поверхность бедер и область заднего прохода. Вымытые места обсушивают чистой, лучше стерильной пеленкой, затем надевают на роженицу чистую рубашку.

Период раскрытия. Роженицу помещают на узкую кровать, застланную чистой простыней, поверх которой кладут клеенку, а сверху еще одну чистую простыню, подушку с чистой наволочкой. Роженицу покрывают простыней, а сверху чистым легким одеялом.

Необходимо приготовить побольше кипяченой воды как горячей, так и остуженной. Определив наружными приемами (см.) положение предлежащей части плода (как правило, головки) в тазе, внимательно наблюдают за ее продвижением. Выслушивают сердцебиение плода при целых водах не реже чем через 15 минут, а после отхождения вод каждые 5—10 минут.

Сейчас же после отхождения вод производят влагалищное исследование, при котором определяют состояние шейки матки, степень раскрытия зева, положение предлежащей части в тазе, возможное выпадение петли пуповины или мелкой части плода. Следят за перемещением дна матки и перемещением пограничного кольца. К началу периода раскрытия дно матки стоит почти на ширину ладони ниже мечевидного отростка. В течение раскрытия дно матки постепенно поднимается кверху и к моменту полного открытия у большинства стоит у мечевидного отростка. Пограничное кольцо по мере

открытия наружного зева поднимается вверх, достигая к моменту полного открытия высоты на ширину ладони над лобком. Если к этому периоду воды самостоятельно не отходят, следует вскрыть плодный пузырь.

Следят за опущением предлежащей части, перемещением места наилучшей слышимости сердцебиения плода, характером схваток.

В периоде раскрытия схватки постепенно удлиняются, а промежутки между ними укорачиваются. К концу периода раскрытия схватка длится 40—50—60 секунд, а промежутки между схватками — 3 минуты. В этом периоде родов роженица не должна голодать. Рацион состоит из легких блюд (бульон, кисель, кофе). Особенно полезен сладкий чай. Введение углеводов способствует более длительному сохранению работоспособности мускулатуры матки.

Следят за опорожнением мочевого пузыря, заставляя женщину самостоятельно мочиться. Лишь в крайнем случае прибегают к катетеризации, пользуясь для этого прокипяченным катетером.

Период изгнания. С наступлением полного открытия начинается период изгнания. Схватки становятся сильнее и повторяются чаще, чем в периоде раскрытия. К схваткам присоединяются потуги, появляющиеся рефлекторно вследствие давления предлежащей части плода на тазовое дно. В этот период особенно внимательно следят за характером сердцебиения плода, так как с уменьшением вместимости полости матки, увеличением внутриматочного давления несколько ухудшается плацентарное кровообращение; выслушивают сердцебиение плода между схватками каждые 5 минут. Длительное стояние головки в одной плоскости малого таза угрожает травмой мягких тканей мочевого пузыря (свищ!). Кровянистые выделения и отечности наружных половых органов, болезненность нижнего сегмента указывают на возможное клиническое несоответствие размеров таза и головки, повреждение мягких родовых путей, отслойку детского места. В таких случаях показано срочное родоразрешение (перфорация головки, кесарево сечение).

Длительность периода изгнания обычно не превышает 2 часов у первородящих. У повторнородящих период изгнания значительно короче. Если период изгнания затягивается и есть подозрение на клинически узкий таз, необходимо уточнить положение головки в малом тазе (с помощью влагалищного исследования) и исключить неправильное ее вставление (см.).

Учащение сердцебиения плода до 160 ударов в минуту может наблюдаться вследствие рефлекторных реакций на раздражение при грубой пальпации плода, при влагалищном исследовании. Однако в этих случаях с прекращением раздражения сердцебиение у плода быстро выравнивается.

При асфиксии вслед за учащением сердцебиения, повышением звучности тонов, усиленными движениями плода наступает стойкое замедление сердцебиения (100—90 ударов и реже), приглушение звучности тонов. Нарастающая гипоксия у плода ведет к усилению кишечной перистальтики и одновременно к расслаблению сфинктеров, в результате начинается отхождение мекония, что при головном предлежании плода является одним из симптомов внутриутробной асфиксии.

Более точно и своевременно выявить изменения и нарушения характера сердцебиения и состояния внутриутробного плода удается с помощью электронных приборов (см. Электрофонокардиография плода).

С момента, когда у первородящей головка плода начинает выпячиваться промежность, необходимо быть готовым к приему родов. Наружные половые органы роженицы обмывают. Врач (акушерка) тщательно обрабатывает руки. Под таз роженицы подкладывают самодельный полстер — маленькую подушку, обернутую в несколько слоев чистой, желательно стерильной, простыней. Такой полстер придает тазу роженицы возвышенное положение, усиливает наклонение таза и открывает свободный доступ к промежности. Под голову и плечи роженицы кладут еще одну подушку для того, чтобы роженица находилась в слегка полусидячем положении, в котором ей легче тужиться. Задний проход закрывают стерильной ватой. Пока головка показывается в половой щели во время схватки, а в промежутке между схватками уходит обратно (врезывается), ограничиваются наблюдением. Такое врезывание продолжается у первородящих примерно 30—40 минут до тех пор, пока головка окончательно устанавливается в выходе.

Как только головка «врезается» в половую щель и будет оставаться в таком положении вне схватки, начинается прорезывание ее. С этого момента врач (акушерка), стоящий по правую сторону роженицы боком к изголовью, ладонью правой руки с широко отведенным большим пальцем обхватывает промежность, покрытую предварительно стерильной салфеткой, и через последнюю старается при схватке задержать преждевременное разгибание головки, способствуя этим выхождению затылка из-под симфиза. Левая рука остается наготове на случай, если бы поступательное движение головки оказалось чрезмерно сильным и одна правая рука не смогла бы удержать ее. Как только подзатылочная ямка подойдет под лонную дугу (затылок ощущается в ладони), а с боков прощупываются темные бугры, приступают к выведению головки. Роженицу просят не тужиться. Ладонью левой руки обхватывают вышедшую часть головки, а ладонью правой руки с отведенным большим пальцем обхватывают промежность и медленно как бы снимают ее с головки (с лица). Одновременно другой рукой бережно приподнимают головку кверху. При этом над промежностью сначала показывается лоб, затем нос, рот и, наконец, подбородок. Непременнo нужно выводить головку до тех пор, пока промежность не «сойдет» с подбородка. Все это продельвают вне схватки, так как при схватке медленно вывести головку очень трудно, а при быстром выведении скорее разрывается промежность.

Если при начале прорезывания головка встречает значительное сопротивление со стороны промежности и имеется явная угроза целостности промежности, последнюю рассекают — производят срединную перинеотомию или боковую эпизиотомию, а после рождения последа накладывают швы на разрез.

После рождения головки пальцами проводят по шее плода до плеча — проверяют нет ли обвития пуповины вокруг шеи. Если имеется обвитие пуповины, петлю последней осторожно снимают через головку.

Обычно родившаяся головка поворачивается затылком в сторону бедра матери. Иногда этот наружный поворот головки задерживается. Если нет показаний к немедленному окончанию родов (внутриутробная асфиксия, кровотечение!), не следует торопиться. Просят женщину потужиться, головка при этом поворачивается и переднее плечико подходит под лоно. Если этого самостоятельно не происхо-

дит, головку обхватывают ладонями с одной стороны за подбородок, с другой — за затылок и осторожно, слегка вращая головку затылком в сторону позиции и одновременно бережно оттягивая ее книзу, подводят «переднее» плечико под лонное сочленение. Затем одной рукой (ладонью, положенной на нижнюю часть щеки) приподнимают головку кверху, а другой — осторожно сдвигают промежность с «заднего плечика». Когда оба плечика прорезались, бережно обхватывают ребенка за туловище в области подмышечных впадин и, приподнимая туловище кверху, полностью извлекают из родовых путей.

Родившегося ребенка кладут в теплую стерильную (тщательно проглаженную) пеленку между ногами матери и сверху покрывают еще одной теплой пеленкой. Из-под головы роженицы вынимают подушки и придают ей горизонтальное положение.

Перевязка и перерезывание пуповины. После прекращения пульсации сосудов пуповины последнюю перевязывают стерильной марлевой тесемкой или толстым стерильным хирургическим шелком или накладывают зажимы в двух местах, одну перевязку на расстоянии 8—10 см от пупочного кольца, а другую дальше у самой половой щели. Отрезок пуповины между перевязками или зажимами протирают марлей (на стерильном пинцете), смоченной 95° спиртом, после чего пуповину в этом месте перерезают стерильными ножницами.

Культю пуповины плодового конца смазывают настойкой йода и накладывают на нее стерильную марлевую салфетку. Материнский конец пуповины покрывают стерильной марлей и опускают ее в стерильный лоток, в который собирают вытекающую кровь.

Под роженицей сменяют подкладную пеленку. Если кровотечения нет, ее укрывают простыней, а сверху одеялом. Мочу выпускают при помощи катетера.

У женщин, угрожаемых по возможности в будущем кровотечению (с многоводием, многоплодием, токсикозами беременности, патологией сердечно-сосудистой системы, артериальной гипотонией, частыми абортми в анамнезе), роды должны вестись с минимальной кровопотерей. В последовом периоде им необходимо ввести питуитрин (желательно питуитрин М).

В первом периоде родов этим женщинам показаны: витамин С 300 мг, витамин В₁ 40 мг, витамин К 20 мг, 10% раствор хлорида кальция 1 столовая ложка 4 раза в день. Во втором периоде в момент врезывания плечиков вводят 1 мл питуитрина активностью 3 м. е. Применение всего профилактического комплекса ведет к значительному снижению количества теряемой в родах крови.

Ведение последового периода. Следят за общим состоянием роженицы, пульсом, появлением схваток, изменением формы матки, высотой стояния ее дна, появлением кровотечения.

Без показаний не следует прикасаться к матке руками, чтобы не нарушать нормальной отслойки плаценты. Сейчас же после отделения плода роженица должна помочиться или мочу выпускают катетером. При нормальной отслойке плаценты последняя опускается в нижний отдел матки, а иногда сразу во влагалище. Матка становится узкой и удлиненной. Дно ее поднимается кверху, достигая иногда уровня подреберья, чаще справа. При этом обычно происходит небольшая кровопотеря, не превышающая 200—250 мл.

Для того чтобы определить, вышла ли плацента из матки, надавливают ребром ладони в глубину над лонным сочленением. При пла-

центе, отслоившейся и опустившейся во влагалище, пуповина не втягивается во влагалище. Если плацента не вышла из матки, при надавливании пуповина втягивается во влагалище. Можно воспользоваться и другими приемами, характеризующими отделившуюся плаценту. При отделившейся и вышедшей из матки плаценте, если роженица потужится, пуповина остается на месте, при неотделившейся плаценте — после натуживания несколько втягивается во влагалище.

При полностью отделившейся плаценте выделить послед можно одним из следующих способов.

Женщину просят потужиться. Одновременно врач, положив ладони обе ладони на живот, надавливает на него, что способствует выходу послера. Вместо надавливания можно применить метод Абуладзе: двумя руками захватывают брюшную стенку в продольную высокую складку и просят женщину потужиться.

Если эти способы не приводят к цели, а послед действительно находится во влагалище, применяют выжимание его по способу Креде — Лазаревича. Для этого после опорожнения мочевого пузыря (самостоятельно или путем катетеризации) матку выводят на середину и массируют ее, а затем правой рукой обхватывают сократившуюся матку так, чтобы большой палец лежал на передней стенке, ладонь на дне ее, а все остальные пальцы на задней стенке. Матку сжимают в ладони и одновременно оттесняют книзу, в сторону полой щели.

Вышедшее из влагалища детское место вворачивают чисто вымытыми руками в оболочки и медленно вращают в одну сторону, закручивая оболочки в канатик. Или, не трогая руками детское место, просят женщину опереться на ступни и приподнять таз. Свисая, детское место своей тяжестью целиком отслаивает оболочки.

После выхождения послера, т. е. детского места (плаценты), с пуповиной и оболочками необходимо внимательно осмотреть целостность детского места и оболочек. Если не достает плацентарной дольки или части ее, необходимо задержавшуюся часть удалить из матки рукой (если нет кровотечения лучше это сделать в стационаре). Если детское место отделилось не полностью и имеется кровотечение, превышающее 350—400 мл, а метод Креде — Лазаревича оказывается безуспешным, показано при продолжающемся кровотечении ручное отделение плаценты.

ОПЕРАЦИЯ РУЧНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ И УДАЛЕНИЯ ПОСЛЕДА

Показания: 1) задержка отслойки плаценты или ее частей и кровотечение; 2) задержка послера в полости матки свыше 2 часов.

Техника. Под эфирным наркозом левой рукой разводят половые губы, во влагалище винтообразным движением вводят конусообразную кисть правой руки. По пуповине рука проникает в полость матки до плаценты. Далее, достигнув ее края, пилообразными движениями отслаивают плаценту. Левая рука лежит в это время на животе в области дна матки. После полного отделения плаценты помощник потягиванием за пуповину выводит послед из родового канала. Рукой, находящейся внутри, еще раз тщательно проверяют стенки матки и только после выводят руку наружу.

После рождения последа родильницу и ребенка следует отправить в стационар (родильный дом, родильное отделение больницы) соответствующим транспортом в сопровождении врача или акушерки. Если это невозможно, оставляют родильницу на месте, и за ней и ребенком ежедневно ведет наблюдение акушерка.

РОДЫ СТРЕМИТЕЛЬНЫЕ — редкое осложнение, встречается в 0,6—0,9% случаев. Слишком сильные родовые схватки, относительная податливость родовых путей либо разрыв их приводят к значительному укорочению родового акта, и последний может закончиться через 1—3 часа с момента появления родовой деятельности.

Подобное течение родов наблюдается у женщин с повышенной нервной возбудимостью, изменениями в эндокринной регуляции, при которых в организме вырабатывается слишком большое количество окситоических веществ. Обычно встречаются у многорожавших.

Такие роды наступают для беременной неожиданно, и она не успевает добраться до родильного стационара. Роды происходят либо дома, либо на улице, либо в машине скорой помощи.

Опасность стремительных родов для матери — глубокие разрывы мягких тканей родовых путей (шейки матки, влагалища, клитора, промежности), кровотечение в послеродовом периоде, при родах на улице — опасность заражения родильницы и ребенка столбняком. Для плода имеется опасность асфиксии, внутричерепной травмы (мертворождение, охлаждение и ранняя смерть!).

Помощь необходима неотложная. Роженицу укладывают на бок, под кожу вводят 1 мл 2% раствора пантопона или даже дают эфирный наркоз. Хороший эффект оказывает также внутримышечное введение 20 мл 25% раствора сернокислой магнезии. Эту же терапию следует также применить, если врач решил ослабить родовую деятельность, чтобы успеть доставить роженицу в стационар (особенно если роды патологические). «Прием родов» проводят в положении роженицы на боку.

Особенно внимательно надо осмотреть родовые пути после родов. На разрывы накладывают швы или в отдельных случаях производят тампонаду. Непременно вводят противостолбнячную сыворотку роженице, а если новорожденный лежал на земле, то и ему (матери 1500—3000 АЕ, новорожденному — 250 АЕ подкожно).

После оказания помощи при уличных родах родильницу с ребенком доставляют в родильный стационар. Здесь в первую очередь обмывают и дезинфицируют наружные половые органы, внутренние поверхности бедер и обязательно вводят противостолбнячную сыворотку, если это не было сделано ранее.

РАЗРЫВ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЛАГАЛИЩА, КЛИТОРА, ШЕЙКИ. Тампонада иногда применяется при кровотечении из множественных мелких разрывов стенки влагалища или при кровотечении из разрыва шейки матки как временная мера вследствие невозможности в данный момент оказать хирургическую помощь.

Для тампонации пользуются 3—4-слойным стерильным марлевым бинтом шириной в 10 см, длиной до 5—6 м, имеющимся в наборе акушерской сумки, сложенном в виде гармоник. Обнажают шейку матки при помощи введенных во влагалище зеркал и с помощью корнцанга или пальцем закладывают тампон отдельными слоями сначала в боковой свод на стороне разрыва. Заложив туго несколь-

ко слоев, переходят на задний свод, затем на другой боковой свод, потом на передний свод и далее повторяют все в том же порядке, как можно туже закладывая слой на слой. Заполнив марлей все влагалище, накладывают на наружные половые органы повязку из полотнца, привязав его к сделанному из простыни тугому поясу, которым через брюшную стенку придавливают матку (послеродовую) к влагалищному тампону. Получается, таким образом, Т-образная повязка, плотно прижимающая влагалищный тампон. Последний оставляется во влагалище до оказания хирургической помощи. Если же ограничиваются только тампонадой, то марлю удаляют не позднее чем через 6 часов.

При кровотечении из разрывов в пещеристого тела клитора применяют тугое прижатие клитора к лонной дуге пальцами через 3—4 слоя стерильных марлевых салфеток. Такое прижатие в течение 30—40 минут обычно останавливает кровотечение.

РАЗРЫВ ШЕЙКИ МАТКИ. Иногда приходится прибегать к операции и во внебольничных условиях. Для этого в врачебном акушерском наборе имеются соответствующие инструменты.

Техника зашивания разрыва. После дезинфекции наружных половых органов и соответствующей подготовки рук оперирующего обнажают шейку матки введенными во влагалище зеркалами, широко раскрыв для этого влагалище. Необходимо обеспечить должное освещение.

Края свисающей шейки матки захватывают пулевыми щипцами (лучше геморроидальными окончатými зажимами), которые накладывают постепенно одни за другими, одновременно подтягивая шейку матки как можно ближе ко входу во влагалище. При разрыве шейки слева пулевыми щипцами оттягивают ее вправо и наоборот. Обнажив как можно больше разрыв, накладывают первый шов на самый угол разрыва и завязывают его. Этим одним швом, как правило, удается остановить кровотечение. Дальше операция сводится к соединению отдельными швами краев разрыва шейки по всей его длине.

Если нельзя вытянуть шейку матки настолько, чтобы сразу обнажить угол разрыва, не следует терять времени: накладывают первый шов на верхний край разрыва в пределах видимости, лигатуру завязывают, а оба конца ее берут в зажим, которым подтягивают за эту лигатуру шейку матки книзу, что позволяет обнажить угол разрыва и наложить на него основную лигатуру. Концы лигатур завязанных швов обрезают на расстоянии 1 см от узла и линию разрыва смазывают йодом.

ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ (*placenta praevia*). Если плацента располагается в нижнем сегменте матки, она может полностью или частично прикрывать внутренний зев или край ее находится у внутреннего зева.

В зависимости от расположения плаценты по отношению к внутреннему маточному зеву различают: 1) полное или центральное предлежание плаценты (*placenta praevia totalis, centralis*); 2) боковое предлежание (*placenta praevia lateralis*); 3) краевое предлежание (*placenta praevia marginalis*) — у внутреннего зева пальпируется край плаценты. Последние два варианта иначе называются частичным предлежанием (*placenta praevia partialis*).

Чаще всего предлежание плаценты встречается у повторно беременных.

Причинами возникновения предлежания плаценты являются в основном воспалительные процессы слизистой оболочки матки, развивающиеся особенно часто после аборта.

Возможно кровотечение и при низком прикреплении плаценты, когда край ее располагается в области нижнего сегмента, близко к внутреннему зеву.

Диагноз. Нередко кровотечение появляется внезапно, без видимых причин, при формировании нижнего сегмента. Кровотечение при предлежании плаценты следует отличать от преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, кровотечения из варикозного узла во влагалище, разрыва мягких тканей или распадающейся раковой язвы на шейке матки.

При наружном акушерском исследовании, особенно в случаях полного предлежания плаценты, определяется высоко расположенная над входом таза предлежащая часть. Подозрение на предлежание плаценты может возникнуть и при поперечном положении плода.

Окончательный диагноз предлежания плаценты устанавливается при влагалищном исследовании и осмотре половых путей с помощью зеркал.

Влагалищное исследование при предлежании плаценты может вызвать обильное кровотечение, угрожающее жизни женщины, поэтому производить его в амбулаторных условиях не следует. При подозрении на предлежание или низкое прикрепление плаценты женщина должна быть немедленно транспортирована в стационар в сопровождении акушерки, лучше врача. В условиях стационара раннее вскрытие плодного пузыря дает иногда положительный эффект. При частичном предлежании плаценты опустившаяся головка тампонирует предлежащую часть плаценты. Иногда после вскрытия плодного пузыря головку фиксируют щипцами Мюзо и подвешивают к щипцам груз (300—350 г) (кожно-головные щипцы).

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ. Причинами могут быть: нефрит, изменения в сосудистой системе матери, тяжелые формы токсикоза беременности, воспалительные заболевания в матке, плаценте, травма, короткость пуповины, перерастяжение матки во время беременности (многоводие, многоплодие) и др.

Кровотечение, возникшее при преждевременной отслойке плаценты, может быть наружным и внутренним. В результате большой кровопотери и острых болей в животе наступает состояние коллапса и шока. Обычно в месте отслоившейся плаценты, где образуется ретроплацентарная гематома, истончается и выбухает стенка матки. Кожные покровы становятся бледными, пульс нитевидный, артериальное давление падает, выступает холодный пот. Матка напряжена, резко болезненна. Сердцебиение плода исчезает в связи с его гибелью.

Дифференцировать необходимо с разрывом матки, внутрибрюшным кровотечением. В случаях наружного кровотечения необходимо исключить предлежание плаценты.

Лечение. Неотложная госпитализация больной бережным способом. В условиях стационара при небольшом кровотечении показано вскрытие плодного пузыря, что нередко оказывается достаточным для прекращения дальнейшей отслойки плаценты и кровотечения.

При большом кровотечении показано немедленное родоразрешение в зависимости от возможностей и условий. Срочное опорожнение матки может быть произведено влагалищным путем при достаточном раскрытии шейки или путем кесарева сечения. При тяжелом состоянии беременной или роженицы при неподготовленных родовых путях производят кесарево сечение, независимо от состояния плода. Для предупреждения развития анемии и шокового состояния необходимо переливание крови. Следует иметь в виду, что при разбираемой патологии чаще всего может развиваться тяжелое кровотечение после родов на почве гипо- и афибриногенемии (см.). Особенно эффективно в таких случаях переливание свежечитратной крови.

ПОПЕРЕЧНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА ЗАПУЩЕННОЕ. Под влиянием схваток плод плотно обхватывается стенками матки, становится неподвижным или ограниченным в подвижности, плечико вколачивается во вход таза, выпавшая ручка становится отечной и синееет. Нижний сегмент матки перерастяннут, болезнен, пограничная борозда расположена косо на уровне, а иногда выше пупка. Роженица беспокойна, отмечает резкую болезненность в нижней части живота, пульс учащен, гиперемия лица, языка и губы сухие. Попытка к повороту плода, а также вправление выпавшей ручки противопоказаны, так как влекут за собой разрыв матки.

Лечение. Немедленная госпитализация в родильный стационар. Предварительно надо срочно ввести 2 мл 1% раствора морфина или 2% раствора пантопона и 20 мл 25% раствора серноокислой магнезии внутримышечно.

При запущенном поперечном положении, если плод жив, состояние здоровья беременной хорошее и она настаивает на получении живого ребенка, роды могут быть закончены операцией кесарева сечения с последующей терапией, направленной на борьбу с возможной инфекцией в послеоперационном периоде.

ПЕРВЫЙ ТУАЛЕТ НОВОРОЖДЕННОГО

Профилактика бленнореи. Врач (акушерка) тщательно моет руки, протирает их спиртом и сначала стерильной ваткой протирает веки ребенка, а затем пальцами одной руки осторожно оттягивает нижнее веко и другой рукой из стерильной пипетки наносит на вывороченную слизистую века одну каплю 2% раствора азотнокислого серебра. После этого веко осторожно отпускают, чтобы не выжать впушвенную каплю раствора. То же проделывают и на другом глазу. Промывать глаза после вкапывания раствора не следует.

Вторичную обработку остатка пуповины производят 95° алкогolem, после чего на пуповину накладывают лигатуру (тесемку или толстый хирургический шелк), отступя 3 см от пупочного кольца. Над этой лигатурой срезают пуповину ножницами, поверхность разреза смазывают 10% раствором йодной настойки и на оставшуюся культю пуповины накладывают стерильную сухую повязку из двух-трех слоев марли.

Первородную смазку только в местах наибольшего ее скопления осторожно снимают с помощью стерильной ваты, смоченной в стерильном вазелиновом масле. После этого ребенка завертывают в чистые теплые пеленки и одеяло.

Оживление родившегося в асфиксии плода. Асфиксия плода — отсутствие дыхания или его нарушение — наблюдается примерно у 4—5% новорожденных. Различают более легкую (синюю) и тяжелую (бледную, или белую) асфиксию. При синей асфиксии имеется недостаток кислорода и избыток углекислоты в крови новорожденного. Кожа ребенка цианотична, рефлексы сохранены, но понижены, тонус мускулатуры удовлетворительный.

При бледной, или белой, асфиксии наблюдается состояние глубокого торможения, распространяющегося на все отделы головного мозга. Новорожденный не дышит, кожа бледная, слизистые оболочки цианотичны, сокращения сердца очень замедленны, часто аритмичны, тоны глухие. Тонус мышц и рефлексы отсутствуют или резко снижены.

Асфиксия новорожденных нередко сочетается с внутрочерепными кровоизлияниями, возникшими вследствие асфиксии или родовой травмы. Распознавание сочетания такой патологии в условиях оказания неотложной помощи ребенку очень затруднительно и не всегда возможно из-за неясности клинических симптомов.

Необходимо, чтобы лечебные мероприятия не были грубыми и их проведение не усиливало торможения дыхательного центра.

Порядок оживления. Прежде всего освобождают верхние дыхательные пути от слизи и околоплодных вод. Для этого наклоняют голову ребенка на бок и сухой стерильной марлей на пальце осторожно протирают полость рта и очищают нос от слизи. Если этого недостаточно, вводят в трахею под контролем пальца стерильный эластичный катетер, надетый другим концом на резиновый баллон с мягким наконечником. Для удаления жидких масс из дыхательных путей новорожденного хорошо использовать водоструйный отсос, шланг которого присоединяется к катетеру или жесткому интубатору, введенному в трахею.

Иногда достаточно только отсасывания аспирированных околоплодных вод из дыхательных путей новорожденного, чтобы последний стал дышать.

Метод Легенченко. Не перевязывая пуповины (если она пульсирует), ребенка погружают до головки в ванночку с кипяченой водой температуры 38—39°, установленную между ногами роженицы. Удаляют слизь из дыхательных путей, как указывалось выше, и оставляют новорожденного в ванночке до установления регулярного дыхания. Матери в это время дается для вдыхания кислород.

Если этот метод в течение 1—2 минут не дает эффекта или если плод родился в тяжелой асфиксии, сразу прибегают к аппаратному искусственному дыханию (по В. А. Неговскому), введению крови и лекарственных веществ в артерию пуповины. Новорожденного срочно отделяют от матери, перерезая пуповину. После тщательного отсасывания слизи из дыхательных путей вдвуют воздух через интратрахеальный интубатор (при тяжелой асфиксии) либо через носогубную маску (при нетяжелой асфиксии) с помощью дыхательного аппарата для новорожденных ДП-5 (с электроприводом) и РДА-1 (ручной) под давлением в пределах от 0 до 40 мм рт. ст. Если под рукой нет интубатора, можно вдвуть (через 4 слоя марли) воздух ртом в рот новорожденному с последующим легким сжатием грудной клетки. Так делают 15—20 раз в минуту.

Если аппаратная вентиляция легких не приводит быстро к улучшению сердечной деятельности, применяют одновременно медикаментозные средства, которые вводят в сосуды пуповины (Л. С. Персианинов): в артерию пуповины на глубину 1,5—2 см вводят иглу, надев ее на шприц, наполненный 10% раствором хлористого кальция. Пуповину над иглой захватывают зажимом Кохера. Толчкообразными движениями поршня шприца вводят в артерию 2—3 мл хлористого кальция. Положительный эффект обычно проявляется сразу. Если же его нет, то немедленно вводят через ту же иглу 5—7 мл 40% раствора глюкозы. В редких случаях прибегают дополнительно к введению через ту же иглу консервированной резусотрицательной крови 0(I) группы из обычной ампулы. На верхний конец ампулы надевают резиновую трубку, соединенную с помощью стеклянного тройника с манометром и резиновым баллоном. Давление в ампуле доводят до 180 мм рт. ст., а затем снимают зажим с резиновой трубки, идущей к игле. Во время вливания давления в ампуле поднимают до 220 мм рт. ст. путем ритмических сжатий баллона около 40 раз в минуту. Обычно вводят 35—40 мл крови.

Интубация. Ребенок находится в теплой ванночке (не обязательно!). В положении с запрокинутой головой тщательно очищают рот от слизи. Указательный палец левой руки вводят глубоко в рот ребенка, нащупывают надгортанник в виде маленького мягкого валика, поперечно расположенного тотчас за корнем языка, вход в гортань, определяемый в виде узкой щели, расположенной перпендикулярно надгортаннику между двумя черпало-надгортанными связками, и далее вход в пищевод в виде ямки. Кончиком пальца, введенного в рот, закрывают вход в пищевод; ладонная поверхность кончика ногтевой фаланги лежит на гортани. Интубатор вводят в рот по этому пальцу, ногтевая фаланга которого, нащупав кончик интубатора, направляет его в гортанную щель. Затем интубатор проталкивают правой рукой в глубь трахеи на расстоянии 1,2—2 см. Надо следить, чтобы интубатор глубже не продвигался и не obturировал бронх. После введения в трахею интубатора из него осторожно удаляют мандрен. Для контроля правильности введения интубатора снова вводят II палец левой кисти во вход в пищевод. Если между этим пальцем и интубатором ощущается задняя стенка гортани, значит интубатор введен правильно — в трахею. Если интубатор введен в пищевод, то палец свободно его ощупывает.

Техника искусственного дыхания. Сначала при первых 10—12 вдуваниях воздуха давление в аппарате должно быть около 30—40 мм рт. ст. После расправления легких (о чем судят по установлению хорошей экскурсии грудной клетки) искусственное дыхание проводится при давлении 15—20 мм рт. ст. с частотой во время искусственного дыхания 24—30 вдохов в минуту.

Подача воздуха через аппарат достигается сжатием наполненного воздухом баллона у ручного аппарата РДА-I или соответствующей установкой регулятора частоты на аппарате ДП-5.

При появлении собственного дыхания у новорожденного искусственное дыхание прекращают только спустя некоторое время, когда убедятся, что глубина и частота собственного дыхания постепенно нарастает, приобретает ритмический характер и нормализуется. После восстановления дыхания, усиления и нормализации

работы сердца, появления мышечного тонуса и рефлексов интубатор из трахеи удаляют.

Уход за новорожденным и лечение после выведения его из состояния асфиксии. Новорожденного извлекают из ванночки, завертывают в сухие теплые стерильные пеленки, кладут в теплую постель с приподнятой верхней половиной туловища, обкладывают его грелками с водой температуры не выше 50° (избегать перегрева, ожогов). Ребенку подают в нос увлажненный кислород из подушки, на которую кладут груз 2—3 кг. Кислород пропускают через стеклянную банку (от аппарата Боброва), наполненную до половины водой.

Лечение при явлениях внутричерепного кровоизлияния у ребенка после выведения его из асфиксии — полный покой и подача увлажненного кислорода, холод к голове (резиновый мешок со льдом подвязывают к кровати, чтобы он не касался и не давил своей тяжестью).

В дальнейшем внутривенно вводят глюкозу с аскорбиновой кислотой и витамином В₁ при состоянии возбуждения — люминал и бром. Бром вливают внутривенно вместе с 10% раствором глюкозы в количестве 0,5—1,5 мл. Если ребенок в состоянии глотать, дают внутрь 0,5% раствор брома по 5 мл 3—4 раза в день. Люминал по 0,005—0,01 г 2—3 раза в день per os. При судорогах внутримышечно 1—2 мл 25% раствора сернокислого магния, либо 0,25 мл хлоралгидрата в клизме. Внутримышечные инъекции консервированной крови в количестве 5—8 мл через день. Глютаминовая кислота — 10% раствор по 5 мл 3—4 раза в день.

Кормление грудью только после исчезновения клинических проявлений стадии возбуждения. До этого новорожденного кормят в кровати из бутылочки или с ложечки сцеженным молоком матери, а в отдельных случаях с помощью зонда.

Перинатальная смертность объединяет анте-, интра- и постнатальную или неонатальную (в течение первых 7 суток) детскую смертность. В некоторых странах постнатальная смертность охватывает срок первых 9—10 дней, а в некоторых в течение всего времени пребывания новорожденного в родильном доме.

Анте- и интранатальная смертность включает всех мертворожденных. При этом антенатальная смертность включает погибших внутриутробно, в период беременности, а интранатальная — погибших во время родов.

В капиталистических странах размеры перинатальной смертности стоят в прямой связи с социальным положением родителей.

Случаи антенатальной гибели плода составляют 25% всей перинатальной смертности. Основными причинами внутриутробной смерти плода являются инфекции, токсикозы беременности, различные заболевания матери, патологии плаценты, уродство плода, гемолитическая болезнь.

Интранатальная гибель плода составляет 30% и даже более всей перинатальной смертности. Непосредственными причинами смерти являются: внутриутробная асфиксия, родовая травма, внутриутробные заболевания и уродства, несовместимые с жизнью.

Неонатальная (постнатальная) детская смертность (до 7 дней жизни включительно) составляет 40—50% всей перинатальной смертности. Основными причинами неонатальной смертности являются: ас-

фиксия, кровоизлияния в мозг, инфекция, пороки развития, гемолитическая болезнь новорожденных, родовая травма.

В снижении перинатальной и особенно антенатальной смертности важную роль играет деятельность женской консультации: максимально раннее начало и систематическое наблюдение за беременной; своевременное всестороннее обследование и систематическое наблюдение на протяжении всей беременности; лечение выявленных заболеваний; организация рационального режима питания, труда, отдыха; лечебная физкультура, психопрофилактическая подготовка к родам; широкая госпитализация беременных с патологией в стационар в ранние сроки беременности; предупреждение недонашивания.

В снижении интранатальной гибели плодов наряду с мероприятиями, указанными выше, большое значение имеют рациональное ведение родов, профилактика внутриутробной асфиксии плода, своевременный и правильный выбор вмешательства, квалификация врачей и акушеров, правильная организация работы родильного дома, тесная совместная работа акушеров и педиатров. Эти же моменты важны для снижения неонатальной смерти новорожденных.

ПРЕДМЕТЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ РОЖЕНИЦЕ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ ВНЕ РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ. Набор для акушерки содержит инструменты, перевязочный материал, белье и медикаменты.

I. Инструменты. 1) зажимы кровоостанавливающие зубчатые длиной 16 см — 2 штуки; 2) иглы хирургические режущие — 6 штук; 3) иглодержатель с кольцевыми ручками и кремальерой длиной 20 см; 4) катетер уретральный мужской металлический диаметром 6 мм; 5) кетгут в ампулах — 2 ампулы; 6) ножницы хирургические прямые; 7) ножницы изогнутые для пересечения пуповины; 8) пинцеты анатомические длинные — 2 штуки; 9) стерилизатор с сеткой для инструментов размером 23,5×15,5×7 см; 10) стетоскоп акушерский; 11) тазомер; 12) шелк хирургический в ампулах — 2 мл с иглами; 14) катетер резиновый; 15) кружка Эсмарха с прибором; 16) лента сантиметровая; 17) наконечник клистирный — 2 штуки; 18) перчатки резиновые — 1 пара; 19) пипетки глазные — 2 штуки; 20) спринцовка резиновая; 21) пузырь резиновый для льда; 22) термометр для воды в деревянной оправе; 23) термометр максимальный; 24) шприц «Рекорд» на 2 мл и 10 мл с 4 иглами; 25) безопасная бритва.

II. Перевязочные материалы: 1) бинты стерильные марлевые — 2 штуки; 2) вата гигроскопическая стерильная — 200 г; 3) лигатура для перевязки пупка шелковая в ампулах — один моток; 4) марля стерильная — 1,5 м.

III. Белье: 1) клеенка подкладная — 1 м; 2) пеленки-подстилки — 7 штук; 3) полотенца — 2 штуки; 4) простыни — 1 штука; 5) рубашка женская; 6) судно подкладное; 7) халат; 8) мыло — один кусок; 9) щетка для рук, ногтевые ножницы; 10) мыльница.

IV. Медикаменты: 1) вазелиновое масло — 25 г; 2) камфарное масло в ампулах — 12 амп.; 3) раствор кофеина в ампулах — 10 ампул; 4) раствор морфина в ампулах — 4 ампулы; 5) сернокислая магнезия 25% — 10,0 в ампулах № 5; 6) эрготин в ампулах — 6 ампул; 7) марганцовокислый калий — 5 г; 8) настойка йода — 20 г; 9) настойка валерианы — 5 г; 10) раствор азотнокислого сереб-

ра 2% — 10 г; 11) спирт денатурированный — 30 г; 12) сулема подкрашенная в таблетках по 1 г — 12 таблеток.

Акушерский набор для врача содержит дополнительно:

I. Инструменты и предметы ухода: 1) щипцы Симпсон — Феноменова; 2) перфоратор копьевидный Бло; 3) краниокласт Брауна; 4) декапитационный крючок Брауна; 5) ножницы Феноменова; 6) тупой ягодичный крючок; 7) широкие большие зеркала (лучше Дуайена) размером 9×4 см; 8) пулевые щипцы — 2 штуки; 9) окончатые зажимы — 4 штуки; 10) клеммы на сосуды — 2 штуки; 11) длинный маточный пинцет; 12) метрейринтер, щипцы для его введения и шприц на 200 мл для его наполнения; 13) пинцеты — анатомический и хирургический; 14) корнцанг; 15) трахеальный катетер с центральным отверстием и резиновый баллончик для отсасывания слизи; 16) маска, капельница, роторасширитель, языкодержатель для наркоза; 17) аппарат с иглами для вливания солевого раствора; 18) резиновые перчатки — 2 пары; 19) стерилизатор для инструментов металлический большой с подставкой и лампой (или примусом).

II. Медикаменты: 1) эфир для наркоза — 200 г; 2) спирт — 200 г; 3) йодная настойка в бутылке с притертой пробкой — 100 мл; 4) питуитрин в ампулах — 12 штук; 5) эрготин в ампулах — 12 штук; 6) хинин в таблетках по 0,3—10 таблеток; 7) камфара в ампулах — 12 штук; 8) кофеин в ампулах — 12 штук; 9) морфин или пантопон в ампулах — 6 штук; 10) полиглюкин 500 мл, система для его внутривенного вливания.

III. Белье стерильное: 1) халат; 2) полотенце — 2 штуки; 3) простыни — 2 штуки; 4) подстилки — 2 штуки; 5) клеенчатый передник.

VII. ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД

Обратное развитие половых органов. Матка сразу после родов значительно уменьшается благодаря резкому сокращению ее мускулатуры. К концу 1-х суток после родов дно матки находится на уровне пупка, на 5—6-й день — на середине расстояния между пупком и лоном, на 10—12-й день матка опускается в малый таз и дно ее исчезает за лоном.

Обратное развитие матки протекает замедленно после патологических родов, у ослабленных многорожавших женщин, а также у пожилых первородящих. У кормящих грудью обратное развитие идет быстрее, чем у некормящих. Вес матки после родов уменьшается: к концу 1-й недели она весит 500 г, к концу 3-й недели — 350 г, а к концу послеродового периода всего — 50 г.

Формирование шейки матки происходит изнутри кнаружи, раньше всего сокращается внутренний зев, поэтому канал шейки постепенно принимает воронкообразную форму. Внутренний зев закрывается к 7—10-му дню послеродового периода. К 10-му дню шейка матки полностью сформирована, но полное закрытие наружного зева шейки происходит к концу 2—3-й недели. Инволюция матки полностью завершается на 6—8-й неделе послеродового периода.

Особенно благоприятное влияние имеет раннее вставание после родов, систематически проводимая гимнастика, активные движения (см. «Лечебная физкультура в раннем послеродовом периоде»).

Брюшная стенка после родов. Глубже расположенные мышечные и фасциальные слои сокращаются лучше, чем поверхностные, и на коже поэтому образуются многочисленные складки. Рубцы беременности уменьшаются и принимают блестящий, белесоватый оттенок. Уменьшается пигментация белой линии.

Для лучшего сокращения мускулатуры брюшной стенки и лучшего оттока жидкости по лимфатическим путям производят бинтование живота широким вязанным бинтом, одним туром охватывающим весь живот роженицы от лона до пупка. Бинт плотно прилежит к стенкам живота и скрепляется большими английскими булавками или металлическими крючками.

Если нет указанного бинта, пользуются бандажем, скроенным по фигуре.

Влагалище. Полной инволюции не происходит. Влагалище остается более емким, поперечная складчатость с каждым родом постепенно исчезает, половая щель полностью не смыкается.

Лохии состоят из кровяной сыворотки, форменных элементов крови, лимфы, остатков распадающейся децидуальной оболочки. В пер-

вые дни послеродового периода лохии имеют кровяной характер, с 3-го дня становятся буровато-красными, коричневатыми, затем постепенно бледнеют, приобретают характер серозной жидкости. С 10—12-го дня, когда эпителизация эндометрия заканчивается, лохии становятся светлыми, без примеси крови. К 6-й неделе послеродового периода выделение лохий прекращается. К этому периоду полностью завершается регенерация всей слизистой оболочки матки, в том числе и плацентарной площадки.

Мышцы тазового дна. Значительно растягиваются мышцы и фасции. В отдельных участках отмечается расхождение мышечных пучков, разрывы их, что ведет к расслаблению этого опорного отдела внутренних органов. Особенно это относится к медиальным ножкам леваторов, которые расходятся своими дистальными концами, что приводит к расширению, зиянию входа во влагалище, образуются «грыжевые» ворота тазового дна. Большинство повреждений не полностью восстанавливается. Для предупреждения возможных в связи с этим в дальнейшем опущений стенок влагалища, матки, органов брюшной полости необходимо восстановить грубые нарушения — разрывы промежности, вульвы, стенок влагалища; лучшему восстановлению функции тазового дна способствуют систематические гимнастические упражнения (см. «Лечебная физкультура в послеродовом периоде»).

Первая менструация после родов у некармлиющих грудью родильниц появляется обычно через 7—8 недель, что связано с возобновившейся в этих случаях овуляцией. Не исключается возможность овуляции и несколько раньше, как и несколько позже. Примерно у 50% родильниц, кормящих грудью, менструация отсутствует в течение всего периода кормления. Однако отсутствие менструации во время кормления грудью не позволяет категорически отрицать отсутствие овуляции и особенно заранее установить время появления менструации. Для предупреждения возможного нежелательного наступления беременности женщинам с так называемой лактационной аменореей следует систематически измерять базальную температуру, проводить цитологические исследования влагалищного мазка и при выявлении овуляторных циклов (см. Женские болезни, Менструальный цикл) независимо от аменореи назначать противозачаточные средства.

Молочные железы. Впервые новорожденного прикладывают к груди через 12—24 часа после родов. Перед кормлением надо вымыть руки, надеть маску. Следует ежедневно обмывать молочные железы водой с мылом во время утреннего туалета, делать воздушные ванны для молочных желез по 15 минут после каждого кормления, носить лифчики, слегка приподнимающие молочные железы, часто менять нательное и постельное белье. Кормить надо сидя. Перед кормлением сосок обрабатывают собственным молоком матери, после кормления, когда сосок еще влажен, обильно посыпают стрептоцидовой пудрой с последующим наложением марли с рыбьим жиром. По возможности следует сцеживать молоко не руками, а аппаратом (вакуумный, электровакуумный). При отсутствии последних и настоятельной необходимости можно отсосать молоко руками (см. Гипогалактия). Усиленное рациональное питание, занятия физкультурой. Углубленная санитарно-просветительная работа среди матерей по вопросам техники и методики кормления грудью.

Мочепускание у родильниц самостоятельное, уход сводится к обмыванию наружных половых органов с последующим обсушиванием сухим стерильным тупфером на корнцанге, в дальнейшем (дома) — к обтиранию специальным полотенцем.

Если родильница не может самостоятельно мочиться, прибегают к теплу — грелка на область пузыря в течение 20—25 минут, теплое судно, подкожно 2—2,5 мл 20% раствора сернокислого магния, питуитрин Р одна ампула; при безуспешности в течение 7—8 часов после родов — катетеризация с соблюдением асептики и антисептики. При повторном применении катетеризации последующее промывание мочевого пузыря 2% раствором борной кислоты.

Непроизвольное отделение мочи через уретру встречается редко, является временным и проходит обычно без лечения или после одного — двух промываний пузыря 2% теплым раствором борной кислоты с последующим вливанием в пузырь 2% колларгола и 10% антипирина по 10—15 капель и применения средств, тонизирующих и успокаивающих нервную систему (Tincturae Strychni 5,0, Tincturae Valerianae 10,0 по 25 капель 3 раза в день).

ОТПУСК ПОСЛЕРодОВОЙ при нормальных родах предоставляется на 56 дней. При следующих патологических родах отпуск предоставляется продолжительностью в 70 календарных дней:

а) многоплодные роды, если родильница выписана с одним или более живыми детьми;

б) роды, которые сопровождались или которым непосредственно предшествовали нефропатия, преэклампсия, эклампсия;

в) роды, сопровождающиеся следующими акушерскими операциями: кесаревым сечением и другими чревосечениями во время родов, классическим и комбинированным поворотом на ножку, наложением акушерских щипцов, извлечением плода с помощью вакуум-экстрактора, плодоразрушающими операциями, ручным отделением последа, ручным и инструментальным обследованием полости матки;

г) роды, сопровождавшиеся значительной потерей крови, потребовавшей переливания крови или кровезаменителей, вызвавшей вторичную анемию и сопутствующие ей заболевания;

д) роды, сопровождавшиеся разрывом шейки матки III степени, разрывом промежности III степени, расхождением лонного сочленения;

е) роды с послеродовыми заболеваниями: тяжелой формой эндометрита, тромбозом, воспалением тазовой брюшины и клетчатки, общими септическими заболеваниями, гнойным маститом;

ж) роды у женщин, страдающих органическими заболеваниями сердца и сосудов: все формы многоклапанных пороков сердца, стеноз митрального клапана, все врожденные пороки вне зависимости от степени нарушения гемодинамики, недостаточность митрального клапана при явлениях декомпенсации; наличие активного ревматического процесса во время беременности и в родах: состояние после операции на сердце, стойкие формы гипертонической болезни, стойкий гипотонический синдром во время беременности и родов с анемией при беременности — Hb 55% и менее, лейкозом, болезнью Верльгофа и другими капилляротоксикозами, туберкулезом в активной форме, заболеваниями почек и почечных лоханок, базедовой болезнью, диабетом, паренхиматозным гепатитом с выраженным нарушением функции печени, болезнью Боткина;

Среднее содержание веществ в женском молоке в норме и патологии (по Е. М. Говорухиной)

	Состав	Молозиво	Молоко	
			здоровых желез	при мастите
Химический состав	Удельный вес	1,050—1,060	1,032	—
	Вода	86,21 %	88 %	—
	Сухой остаток	12,98 %	12 %	—
	Общий белок	3,37 %	2 %	3—4 %
	Казеин	—	1 %	—
	Лактоза	5,39 %	6,5 %	5—3,8 %
	Жир	3,77 %	3,7 %	5—6 %
	Соль (хлор, натрий)	0,5 %	0,3 %	—
	Медь	64,1 мг %	43,3 мг %	—
	Кальций	0,036 мг %	0,03 мг %	—
	Фосфор	0,1137 мг %	0,015 мг %	—
	Кобальт	—	10—25 мг %	—
	Цинк	232,3—245 мг %	232,3—245 мг %	—
	Никель	—	10—25 мг %	—
	Калорийность	1100 кал	660 кал	—
Морфологический состав	Общее количество клеток	15—38 млн.	100—500 тыс.	15—80 млн.

Молозивные тельца Характер лейкоцитов	70—80 % Преобладают ней- трофилы	Преобладают лим- фоциты	50—70 % Преобладают ней- трофилы	
				Микробиологиче- ский состав

з) преждевременные роды (рождение незрелого плода), если родильница выпилась с живым ребенком.

Предоставление послеродового отпуска в 70 дней оформляется лечащим врачом лечебного учреждения, родильного дома, родильного отделения больницы, женской консультации, поликлиники, амбулатории или врачом сельского врачебного участка по рекомендации лечебного учреждения, в котором произошли роды. В этом случае в обменной карте (справке о родах) записывается: «Послеродовой отпуск 70 дней».

Если ненормальные роды произошли вне лечебного учреждения, то при предоставлении послеродового отпуска в 70 дней лечащий врач может в необходимых случаях консультироваться с медицинским работником, принимавшим роды.

ПИТАНИЕ ЖЕНЩИНЫ ПОСЛЕ РОДОВ по калорийности, составу и усвояемости должно обеспечить потребности матери и плода. В среднем суточная калорийность должна быть на 25% выше, чем обычно (см. Питание беременной); в основном питание должно быть смешанным, малыми и частыми порциями, до 5 раз в сутки.

Питание кормящей матери является усиленным. Суточный рацион при кормлении грудью должен содержать около 130 г белков, 130 г жиров и 500 г углеводов, что дает до 4000 калорий.

Особенностью питания кормящей матери является не только увеличение в рационе на одну треть белков, жиров и углеводов, но и значительно более высокое требование к содержанию витаминов, минеральных солей и жидкости. При обычном питании нет достаточного количества витаминов. Поэтому кормящая мать (в течение 9 месяцев) должна ежедневно дополнительно к пище получать 100 мг витамина С в виде аскорбиновой кислоты или отвара шиповника, регулярно принимать рыбий жир по 15 г в день, что обеспечивает поступление важных для кормящей матери витаминов А и D. Остальные витамины женщина получает при несколько усиленном пищевом рационе также в повышенном количестве.

Очень значительны потребности кормящей матери в минеральных солях и особенно в солях кальция, фосфора и магния. За 9 месяцев грудного вскармливания ребенок

накапливает у себя 35 г кальция. Полугодовалый ребенок высасывает в сутки в среднем 1 л материнского молока, в котором содержится около 243 мг кальция. В дневной рацион кормящей матери следует включить не менее 50 г творога, 20 г сыра, 3 стакана молока, 1 яйцо, овощи, особенно свежую зелень, фрукты, ягоды и рекомендовать обязательное употребление в пищу хлеба из муки грубого помола, хлеба с отрубями. Следует предостеречь женщин от избыточного потребления жира (свыше 150 г в день), так как он ухудшает усвоение кальция.

Пищевой рацион должен быть обогащен продуктами, содержащими в большом количестве железо (печень, кровяная колбаса, блюда, приготовленные из сухого гематогена).

Для продуцирования молока кормящая мать нуждается в значительном количестве жидкости. Однако не следует при этом допускать избыточного питья, так как это перегружает сердечно-сосудистую систему. Общее количество свободной жидкости в рационе кормящей матери не должно превышать 2 л в сутки. Ее следует принимать главным образом в виде молока, а также фруктово-ягодных соков, а не только чая, воды, лимонада и т. п. Перед каждым кормлением рекомендуется выпить стакан молока.

Повторная беременность и роды после бывшей нормальной беременности и нормальных родов, с нормальным послеродовым периодом может рекомендоваться у здоровой женщины не ранее чем через 2 года после родов, во всех других случаях — индивидуально в зависимости от возраста и состояния здоровья женщины.

ПОЛОВАЯ ЖИЗНЬ. Начало после родов при нормальном течении послеродового периода, если нет особых противопоказаний, не ранее чем через 2 месяца и непременно после предварительной консультации врача женской консультации.

НЕКОТОРЫЕ ПОСЛЕРОДОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ГИПОГАЛАКТИЯ. Недостаточное образование после родов молока в молочных железах, вследствие чего приходится рано прибегать к искусственному докармливанию ребенка.

Этиология и патогенез недостаточно выяснены. По-видимому, основное значение имеет функциональная недостаточность паренхимы молочных желез в данных конкретных условиях. Большое влияние на высоту лактационной функции оказывают психические воздействия (резкие душевные эмоции отрицательного характера). Известное значение приобретают недостаточный уход за молочными железами, неправильная методика и техника кормления, недостаточное опорожнение желез, в отдельных случаях — пониженная продукция лактогенного гормона.

Симптомы. При первичной гипогалактии в молочных железах с самого начала данного лактационного периода образуется очень мало молока, не удовлетворяющее потребности новорожденного. При вторичной гипогалактии уменьшение количества молока наступает после периода нормальной лактации.

Диагноз. Диагноз надо ставить с осторожностью. Только длительное наблюдение позволяет убедиться, что действительно молока образуется мало (систематическое взвешивание ребенка до и после кормления)

Лечение и профилактика. Правильная техника кормления ребенка способствует выработке молокоотделительного условного рефлекса на раздражение соска сосанием. Более частое (через 2—2½ часа) или дробное кормление (от обеих желез попеременно— по 5 минут из каждой), сцеживание остаточного молока. В области ареолярного кружка с обеих сторон соска приставляют большой и указательный пальцы и, не отнимая их от кожи в пределах подвижности последней, производят легкие ритмические движения сверху вниз, в сторону соска. Можно испробовать горячие компрессы на молочные железы, гальванизацию желез, витамин Е [лучше внутримышечно 0,2 г (200 мг) — 1 ампула] в течение 10 дней, витамин А (3 мг 4 раза в день), витамин В₂ (по 50 мг 2—3 раза в день за 10—15 минут до кормления). Может быть использован питуитрин (окситоцин) — 2—3 единицы за 5—10 минут до прикладывания ребенка к груди (можно применять интраназально). Обязателен высококалорийный богатый витаминами пищевой режим, физкультура, достаточный сон, правильно организованный отдых, нейтрализация факторов, ведущих к перераздражению нервной системы. Большое значение имеет психотерапевтическое воздействие врача на мать, вселение в нее твердой уверенности, что она сумеет собственным молоком вскормить своего ребенка.

ЗАСТОЙ МОЛОКА В МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ. Этиология и патогенез. В результате недостаточного отсасывания, избыточного образования молока наступает сдавление выводных протоков; иногда последние закупориваются жировыми клетками, казеином и другими плотными веществами. Молоко переполняет одну или несколько долек, не выделяется наружу.

Симптомы Жалобы на тяжесть в пораженной железе, иногда боль. При пальпации обнаруживается хорошо отграничивающийся, продолговатой формы инфильтрат с как бы зернистой поверхностью. Нормальная температура. Застой молока часто служит предрасполагающим моментом в возникновении мастита (см.), но маститом (т. е. воспалительным процессом в тканях молочной железы) не является.

Лечение и профилактика. Тщательное соблюдение режима кормления и методики его при недостаточном опорожнении молочной железы — сцеживание аппаратами (водоструйным, вакуумным, ручным), при отсутствии последних — руками, соблюдая тщательную асептику, избегая массажа. Холод на 2—3 часа. Ношение рационально сшитого лифчика, поднимающего железу. Соблюдение гигиенических правил по уходу за молочными железами. Синэстрол (диэтилстильбэстрол) 5 мг перорально на день, в течение 2 дней. Окситоцин по 2—3 единицы интраназально за 5 минут до начала кормления в течение 4—5 дней, до 8 раз в день.

КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОЗДНИЕ ПОСЛЕРОДОВЫЕ. Задержка небольших частей плаценты, в части случаев — позднее проявление инфекции различной интенсивности.

Симптомы Через 15—20 дней после родов под влиянием незначительного физического напряжения наступает сильное кровотечение с повышением температуры, ознобом, незначительные боли в пахах. иногда сразу наступает общее тяжелое состояние.

Различают следующие кровотечения.

Поздние послеродовые кровотечения вследствие задержания частичек детского места. Такие частички в первые дни послеродового периода не нарушают «нормального» течения обратного развития послеродовой матки; можно отметить несколько более длительное выделение кровянистых лохий. Весь послеродовой период протекает при нормальной температуре. В дальнейшем, уже после выписки из стационара, домашняя работа или раннее половое сношение ведут к усилению или появлению кровянистых выделений, повышению температуры (до 38—38,5°), иногда сопровождающемуся легким познабливанием. При влагалищном исследовании наружный зев приоткрыт, тело матки равномерно сокращено, матка пастозная, форма ее приближается к округлой, при исследовании сокращается под руками, при этом нередко выделяются сгустки крови.

Лечение. До ликвидации воспалительного процесса, если нет жизненных показаний к оперативному удалению частичек послерода, лечение строго консервативное, как при метрэндометрите (см.), переливание крови 75—100 мл. После ликвидации воспалительных явлений—выскабливание слизистой оболочки тела матки. При угрожающих жизни кровотечениях или при длительно длящихся кровянистых выделениях с падением гемоглобина оперативное вмешательство (выскабливание слизистой тела матки, удаление полипа). До и после операции профилактическое назначение антибиотиков (или сульфаниламидов), внутривенно 10% раствор хлорида кальция, переливание крови, кровезамещающих жидкостей, витамин В₁₂ по 200 гамм через 1—2 дня с фолиевой кислотой (по 0,02 г 2—3 раза в день).

Поздние послеродовые кровотечения на почве слабо выраженной инфекции внутренней поверхности матки. Выделения долго сохраняют кровянисто-серозный характер, временами усиливаясь (под влиянием незначительных причин). Одновременно температура поднимается до 39—40°, нередко сопровождаясь ознобом. Через 1—2 дня она падает до субфебрильной. Общее состояние незначительно ухудшается, напоминая начальную стадию гриппозной инфекции. При влагалищном исследовании матка представляется мягкой, плохо сокращенной. Форма ее приближается к нормальной. Консистенция во всех отделах одинакова. При исследовании матка под руками не сокращается. Внутренний зев приоткрыт, палец редко может проникнуть через него без известного усилия. Нерезко выражен отек тазовой клетчатки.

Лечение. Если кровотечение обильно, малокровие нарастает, следует немедленно приступить к выскабливанию полости матки. После выскабливания матка обычно сокращается и кровотечение прекращается. В послеоперационном периоде обязательны антибиотики (левомецетин 0,4—0,5 г 3—4 раза в день и др.), питуитрин 1 мл 2 раза в день, 2—3 дня. На низ живота холод. При большой кровопотере дополнительное переливание 500—600 мл крови и 500—600 мл 5% раствора глюкозы под кожу. Полиглюкин 250—500 мл.

При отсутствии значительного кровотечения лечение консервативное, как при метрэндометрите. Борьба с вторичной анемией (витамин В₁₂, железо, печеночный экстракт).

Поздние послеродовые кровотечения как проявление септицемии (синдром Кувелера). Обычно через 10—15 дней после субфебрильного послеродового периода с довольно значительными серозно-кровянистыми выделениями наступает светлый промежуток, во время ко-

того родильница и выписывается. Дома продолжают довольно значительные кровянистые выделения. Под влиянием незначительного физического напряжения наступает обильное кровотечение. При влагалищном исследовании обнаруживаются явления метрэндомиометрита. Температура с большими ремиссиями от 37,5 до 41°, пульс учащен до 130—140 ударов в минуту. Частый повторный озноб, продолжающееся кровотечение, нарастающее малокровие.

Лечение. Выскабливание полости матки, если кровотечение не останавливается — гистерэктомия. Переливание крови, кровезамещающих жидкостей, антибиотики и все средства и методы борьбы с острой кровопотерей, септициемией и септикопиемией. По миновании грозных явлений систематическое лечение малокровия.

Профилактика. Тщательное ведение послеродового и послеродового периода. Внимательный осмотр последа: при подозрении на его задержку в течение первых часов после родов ручное обследование полости матки. Выписку родильниц из стационаров следует производить только после стойкого сокращения матки.

МАСТИТ ЛАКТАЦИОННЫЙ — серозный, гнойный, инфильтративный — воспалительный процесс в лактирующей молочной железе бактериального происхождения.

Этиология и патогенез. Инфекция чаще всего стафилококковая, распространяется либо по молочным ходам, либо по лимфатическим путям. Предрасполагающими моментами являются трещины сосков (см.), застой молока (см.), погрешности кормления, ухода, нарушения общей гигиены. В редких случаях мастит представляет собой метастаз инфекции в молочную железу (при септикопиемии).

Диагноз. Обследование молочных желез производится обязательно в лежачем положении больной, причем обнажаются и обследуются обе молочные железы, как заболевшая, так и здоровая (в первую очередь). В основном должна быть выявлена связь воспалительного процесса в молочной железе с лактацией и уточнена форма поражения, что устанавливается по клинической картине. В дифференциально-диагностическом отношении надо иметь в виду застой молока (см.), фиброзную мастопатию и в редких случаях гнойный метастаз в молочную железу при септикопиемии. Наиболее трудно и в то же время наиболее важно диагностировать форму воспалительного поражения молочной железы.

Серозный острый (начинающийся) мастит. Симптомы. Обычно начинается с неопределенных жалоб на покалывание, нагрубание, боли в молочных железах. Иногда жалобы возникают на фоне неумелого сцеживания молока руками, производимого по типу массажа и недостаточного внимания к технике и методике кормления, а также погрешностей в уходе за молочными железами и т. п. Через 1—2 дня болезнь начинается «внезапно» с резкого озноба, повышения температуры до 39—40°. Появляются дергающие, стреляющие боли в молочной железе. Нередко больная хорошо локализует боли. Боли имеют тенденцию к нарастанию. Вскоре появляется участок инфильтрации с плохо пальпируемыми контурами (затвердение), обычно резко болезненный при ощупывании. В ряде случаев появление инфильтрации предшествует началу болей. Молочная железа увеличивается в размерах, становится напряженной, появляются участки гиперемированной кожи, обычно соответствующие

очагу инфильтрации. В отдельных случаях имеют место поверхностные лимфангоиты. Общая слабость, потеря аппетита, бессонница.

Нередко отмечается увеличение и болезненность подмышечных лимфатических узлов. Острый лимфангоит молочной железы держится 1—2 дня, а затем заболевание под воздействием лечения купируется полностью или же воспалительный процесс локализуется вокруг молочных протоков, вызывая набухание и сужение просвета последних. Эпителий, выстилающий молочные каналы, становится легко проходимым для инфекта. Происходит свертывание молока и закупорка молочных протоков жировыми клетками, казенном и слущенным эпителием.

Лечение. Пораженную молочную железу высоко подвязывают и слегка прижимают к грудной клетке. Подвязку делают без ваты, одними бинтами, покрывая соски кусочками стерильной марли. Ширина бинта 15—20 см. Туры бинта накладывают в определенном порядке: один тур — поднимающий — идет через большую молочную железу на противоположное надплечье, второй тур — прижимающий — через большую молочную железу под вторую здоровую. При наличии двустороннего поражения каждую молочную железу подвязывают отдельно. Одновременно на железу кладут холод (мешок со льдом) на 24 часа (держать холод и ночью). В тех случаях, когда температура поднимается выше 37°, назначают сульфаниламиды: по 1 г 6 раз в сутки (ночью перерыва не делать). Можно назначить тетрациклин (окситетрациклин) или тетрациклин по 100 000 ЕД 3—4 раза в день, эритромицин. Молочная железа выключается из кормления на 24 часа. Выключение кормления при условии применения льда и сравнительно тугого бинтования молочной железы несколько затрудняет молокообразование, и, за редкими исключениями, больные на прилив молока в молочные железы не жалуются. Кратковременное выключение кормления при этом создает известный покой для сосков, обычно пораженных трещинами.

Через 24 часа повязку и холод снимают и соответствующую железу дают ребенку.

В дальнейшем: а) если вся молочная железа после проведения вышеизложенного лечения оказывается мягкой, равномерной консистенции, при отсутствии температуры рекомендуется ношение лифчика (сшитого по мерке), слегка поднимающего молочные железы. Кормить ребенка следует попеременно из каждой молочной железы. Между кормлениями на молочную железу рекомендуется класть лед на 1—1½ часа в течение еще нескольких дней, прием сульфаниламидов продолжать 2—3 дня;

б) если молочная железа все же остается несколько напряженной, чувствительной, при наличии субфебрильной температуры применяют новокаиновую ретромаммерную блокаду по Вишневскому — 150—200 мл 0,25% раствора новокаина вводится под инфильтрат. Блокаду можно повторить через 4—5 дней. Одновременно на молочную железу накладывают компресс из мази Вишневского, без бумаги. При этом молочную железу максимально поднимают. Область соска остается открытой и кормление грудью продолжается обычным образом. Компресс ставят на 24 часа, после чего грудную железу обмывают с мылом и вновь ставят компресс. И так 4—6 дней.

Для усиления эффекта лечения и получения более быстрых результатов назначают аутогемотерапию по 3—5 мл ежедневно, 3—5 инъекций, или переливание крови 1—3 раза по 80—100 мл.

Гнойные маститы. Абсцедирующий мастит. Температура повышается до 38—39°, с большими ремиссиями, изредка появляется озноб. Общее самочувствие ухудшается, язык становится суховатым, обложенным. больная плохо спит, аппетит ухудшается. Кормление ребенка из пораженной железы резко болезненно. Сама молочная железа увеличивается в размерах, кожа ее гиперемирована с синюшным оттенком, ткань железы тверда; инфильтрат занимает подчас большую часть ее. Пальпация железы резко болезненна. Подкожные вены расширены. Иногда увеличиваются подмышечные лимфатические узлы, причем они становятся болезненными. Движения в плечевом суставе, одноименном с пораженной молочной железой, также болезненны. В дальнейшем происходит размягчение инфильтрата, появляется флюктуация, образуется гнойный абсцесс (их может быть и несколько) с хорошо контурирующимися границами.

Флегмонозный мастит. Молочная железа как бы нафарширована гнойниками, причем они не сливаются вместе и не образуют больших гнойных полостей. Состояние больной тяжелое, температура нередко доходит до 40°, наблюдается повторный озноб. Молочная железа резко увеличена, болезненна, пастозна, инфильтрат без резких границ, занимает почти всю железу. Кожа над пораженным участком становится отечной, блестящей, гиперемированной с синюшным оттенком. Часто по поверхности пораженной железы тянутся красные полосы воспаленных лимфатических сосудов.

Лечение. Операция с большим радиальным разрезом (до 15 см). Тампонада гнойной полости с мазью Вишневского. Редкие перевязки — один раз в 6—7 дней.

В случаях, когда очень небольшой гнойник расположен сравнительно поверхностно и локализован в области околососкового кружка или даже соска, если диагностическая пункция указывает на наличие жидкого гноя без примеси некротических тканей, можно ограничиться небольшим разрезом (на ширину скальпеля), производимым путем прокола или даже пункцией. После осторожного удаления гноя полость гнойника промывают 0,25% раствором новокаина и тампонируют очень узкой полоской марли, пропитанной мазью Вишневского. На место прокола накладывают клеевую повязку. Смена повязки через 3—5 дней с удалением тампона; в повторном дренировании нет необходимости.

Для усиления терапевтического эффекта рекомендуется переливание крови или кровезаменителей 75—100 мл один раз в 5—7 дней, аутогемотерапия 3—5 мл один раз в 3 дня, ультрафиолетовое облучение нервных корешков D₃—D₇ в эритемных дозах, 10—12 сеансов. Для более быстрого рассасывания остаточных инфильтратов, кроме того, можно использовать впрыскивание алоэ. Кормление ребенка продолжается, если нет к этому прямых противопоказаний.

Осложнения 1. Молочные свищи проявляются к моменту, когда операционная рана начинает хорошо выполняться свежими грануляциями.

Лечение. Введение в свищевой ход узкой полоски марли, обильно смоченной 5% раствором азотнокислого серебра. Смена полосок ежедневная. При помощи этой методики удается вызвать по ходу свища легкий воспалительный процесс, который приводит к постепенной облитерации его. Очень редко приходится прибегать к хирургическим методам лечения.

2. Молочные кисты. Образуются вследствие закупорки молочного хода воспалительным инфильтратом. Для диагностики решающее значение, кроме клинической картины, имеет пункция образования с обязательным последующим исследованием пунктата.

Лечение. Оперативное вскрытие. Лучшие результаты получают при бестампонном ведении операционной раны.

Инфильтративный мастит. Сравнительно редкая форма, когда, начавшись обычно с высокой температуры и болей в железе, мастит через очень короткое время принимает как бы стационарный характер инфильтрата, занимающего какой-либо квадрант железы, то увеличивающегося, то уменьшающегося, хорошо отграниченного с гладкой поверхностью, слегка чувствительного, не спаянного с кожей. Боли нерезкие, имеют место после кормления, реже при приливе молока. Температура нормальная.

Диагноз. От простого застоя молока отличается по анамнезу и течению и тем, что при инфильтративном мастите из уплотнения выдавить молоко нельзя. Часто подмышечные лимфатические узлы одноименной стороны увеличены и при пальпации слегка болезненны. Следует исключить фиброзную мастопатию.

Встречаются либо первичные маститы, когда заболевание с самого начала приобретает хронический характер (первично хронические инфильтративные маститы), либо вторичные, когда инфильтрат, появившись при гнойном мастите, долгое время остается без изменений, несмотря на то что воспалительный очаг (абсцесс, флегмона) ликвидирован, равно как и инфильтрат вокруг очага (вторично хронические инфильтративные маститы).

Лечение. В целях активизации воспалительного очага блокада по А. В. Вишневскому (150—200 мл 0,25% раствора новокаина с антибиотиками) и последующим (на 6—7 дней) тугим бинтованием молочной железы марлей, густо пропитанной мазью Вишневского. Одновременно переливание 60—70 мл одногруппной крови один раз в 3—4 дня. Если образовался гной, показана операция, если гной не образовался — повторные переливания крови по 60—70 мл. Лечение длительное.

Если нет прямых противопоказаний со стороны ребенка или матери, при наличии молока в большой молочной железе следует продолжать кормление грудью. Опасность попадания гноя с молоком весьма относительна. Нормальное же функционирование железы улучшает общие условия для ликвидации процесса.

Профилактика. Поскольку основными этиологическими факторами для возникновения мастита являются трещины сосков, а predisполагающими — застой молока, профилактика маститов включает: 1) профилактику трещин сосков, которую следует начинать во время беременности; 2) тщательное соблюдение методики и техники кормления (своевременная ликвидация застоя молока); 3) общегигиенические мероприятия, поддерживающие чистоту как самого тела больной, так и окружающей ее обстановки; 4) тщательное лечение заболеваний, которые могут встретиться у кормящей матери.

СИМФИЗИТ — воспалительный процесс, возникающий в области лонного сочленения в послеродовом периоде (после выкидышей очень редко), различного происхождения.

Этиология и патогенез. Расхождение лонного сочленения как результат родовой травмы или физиологических изменений при беременности, отек и гематома в этой области с последующим воспалительным процессом. Иногда это своеобразный токсикоз беременности, в редких случаях — метастаз септической инфекции.

Симптомы. Со 2—3-го дня послеродового периода умеренная болезненность в лонном сочленении, усиливающаяся при пальпации и при движении, смещение разошедшихся концов лонных костей. Симптом Волковича (бедро несколько повернуто кнаружи и развернуто при слегка согнутых коленях — положение «лягушки»). Симптом Олокина (хруст в области лонного сочленения) возникает при сдавлении таза толчкообразными движениями, выслушивается фонендоскопом. Рентгенологически: вначале заболевания контуры суставной щели смазаны, она расширяется; позднее края костей становятся зазубренными, появляются очаги разрежения. Отечность ткани сочленения, иногда боли в крестце. Температура большей частью не выше 38°. При раннем вставании изменение походки (утиная походка).

Диагноз. Тщательное изучение истории родов. Наличие описанной клинической картины и рентгенологические данные. Необходимо различать: 1) физиологические изменения лонного сплетения во время беременности; 2) чрезмерную подвижность и расслабление лонного сочленения как выражение токсикоза беременности (симфизеопатия); 3) разрыв лонного сочленения во время родов; 4) воспаление лонного сочленения (симфизит).

Лечение. Тугое бантирование таза (лучше всего широкими полотноцами). Холод на лонное сочленение. Длительное пребывание на жесткой кровати. Аутогемотерапия по 10 мл каждый 3-й день. При повышении температуры сульфаниламиды по 1 г 3 раза в день в течение нескольких дней. Ходить можно разрешить при исчезновении всех клинических симптомов. При образовании гнойника оперативное вмешательство. Рентгенологический контроль за течением процесса.

Профилактика. Рациональное ведение родового акта.

См. также Симфизеопатия.

СИНДРОМ КИАРИ — ФРОММЕЛЯ. Патологическая лактация с нарушениями функционального состояния половых органов.

Этиология и патогенез полностью не выяснены. По-видимому, наблюдается патологическое выделение гипофизом пролактина, что уменьшает выделение фолликулостимулирующего гормона. В результате не происходит или происходит в недостаточной степени созревание фолликулов, понижено образование эстрогенов, наступает атрофия матки. Синдром наблюдается чаще у женщин с предшествующим длительным лактационным периодом.

Клиника характерна: длительное выделение молока из молочных желез после того, как ребенок был отнят от груди. Увеличение (иногда значительное) молочных желез, отсутствие пигментации сосков и околососковых кружков, менструации отсутствуют или очень скудны. В далеко зашедших случаях обнаруживаются атрофические изменения половых органов. Обычно у этих больных имеет место однофазный цикл; 17-кетостерониды в моче в пределах нормы. По данным цитологии и феномена «зрачка», имеется гипозэстрогения. При исследовании соскоба эндометрия обнаруживается атрофия сли-

зистой оболочки Больные жалуются на неопределенные боли в животе, иррадиирующие в конечности, в пояснице, бессонницу. Клинические проявления болезни наступают не сразу.

Диагноз особых трудностей не представляет. Выделяющаяся жидкость (молоко) из соска подлежит тщательному исследованию. При наличии в молочной железе уплотнений более или менее выраженных необходимо исключить новообразование (фиброзная мастопатия, см.).

Лечение требует длительного времени. Лучшим методом является назначение гипофизарного гонадотропина (фолликулостимулирующий гормон) по 500—100 МЕ каждый 2-й день в течение 20 дней. Синэстрол (или откэстрол) по 2,5 мг в день или через день в течение 10—20 дней. Иногда можно добиться эффекта при приеме 5 мг синэстрола *per os* 2 раза в день в течение 5 дней. Такое лечение надо проводить через каждые 20 дней несколько раз.

СИНДРОМ ШИХАНА. Этиология и патогенез. Возникает в результате поражения гипофиза, главным образом на почве массивных кровотечений в родах. Сущность его заключается в частичном разрушении передней доли гипофиза (анемический некроз). В дальнейшем наступает фиброзная атрофия его. Является одной из форм болезни Симмондса.

Клиника и диагноз. В послеродовом периоде вначале маскируется одновременно протекающим септическим поражением. Гипо- и даже агалактоз. В дальнейшем, при выздоровлении от сепсиса, длительное запаздывание начала менструации после родов, понижение полового влечения, бывшее до родов нормальным, нарушения психического характера (апатия, астеническая слабость), иногда познания неясной этиологии, полное отсутствие аппетита.

Гинекологический статус при полном развитии синдрома: выпадение волос на лобке, истончение половых губ, отсутствие пигмента, бледность слизистой оболочки влагалища: само влагалище узко, ткани его ригидны, своды уплощены. Матка резко атрофична, как и яичники, и молочные железы. Нарушается в различной степени деятельность (атрофия) различных желез внутренней секреции (половые, щитовидная, надпочечник). В дальнейшем прекращается выделение АКТГ. Развитые формы укладываются в клинику болезни Симмондса (гипофизарная кахексия).

Лечение В остром периоде лечение сепсиса, под видом которого обычно протекает синдром Шихана. В дальнейшем гормональные препараты (эстрогены, тиреоидные препараты, последние с большой осторожностью, АКТГ). Схема, предложенная С. Н. Давыдовым: АКТГ по 40 единиц в сутки, а затем по 80 мг кортизона или по 20 мг преднизолона и тиреоидин 0,015 г 2 раза в день, одновременно гормоны яичника: синэстрол по 10 000 единиц ежедневно в течение 14 дней, по 5000 единиц 6 дней, прогестерон по 5 мг и, наконец, 6 дней прогестерон по 10 мг Большое значение имеет пищевой рацион; пища должна быть высококалорийной, витаминизированной, содержать большое количество углеводов и белков.

Профилактика — все мероприятия по борьбе с атоническим (гипотоническим) кровотечением.

ТРЕЩИНЫ СОСКОВ. Этиология и патогенез. 1) недостатки ухода за молочными железами и соском во время беремен-

ности; 2) неправильный метод кормления; 3) недостаточное гигиеническое содержание молочных желез; 4) неумелое сцеживание молока руками

Симптомы Резкие боли при кормлении ребенка, появление элементов воспаления соска. При отсутствии лечения трещины увеличиваются в числе и глубине, проникают в подлежащие ткани. Иногда появляются язвы. Часто возникает мастит (см.). Течение длительное с ремиссиями.

Диагноз. Распознавание нетрудно. Следует исключить гиперэстезию соска (см.), грибковые поражения соска, экзему соска.

Лечение: 1) присыпание трещины сухим стрептоцидом с обязательным прикладыванием марли, смоченной касторовым маслом, независимо от степени сухости кожи;

2) накладывание на соски 5% преднизолоновой мази;

3) трещины и весь сосок вместе с околососковым кружком густо смазываются 1% раствором метиленового синего в 60° спирте; местное применение антибиотиков малоэффективно;

4) ванночки с марганцовокислым калием, местно — витамин А по 2—3 капли на сосок 2 раза в сутки.

Активная витаминизация, в частности витамином В₂, доза которого может быть доведена до 40 мг ежедневно.

При грибковых поражениях трещин назначают нистатин 500 000 единиц 4—5 раз в день, можно нистатиновую мазь (100 000 ед в 1 г маевой основы), витамины, смазывание очагов 1—2% водным раствором метилвиолета (пиоктанина) или генцианвиолета, или метиленового синего.

Переход от одного лечебного средства к другому должен осуществляться не ранее чем по истечении 3 дней применения средства: в течение этого времени приобретают известную уверенность как жалобы больной и ее впечатления от эффективности средств (с чем обязательно следует считаться), так и данные объективного наблюдения.

Кормление грудью должно продолжаться при наличии хотя бы минимальных возможностей.

VIII. ФЕТОПАТИИ

Бласто-, эмбрио- и фетопатия — патологические нарушения утробного периода, получившие название «киэмопатия» (киэма, эмбрион или плод человека со всеми оболочками, плацентой и децидуальными образованиями). В соответствии с периодами утробного развития плодного яйца человека их подразделяют на: 1) бластопатии (нарушения с момента оплодотворения до 15-го дня беременности), 2) эмбриопатии (поражения эмбриона) и 3) фетопатии (изменения в развитии плода в период с начала 4 месяцев и до окончания беременности).

Общепринятой классификации этиологических факторов бласто-, эмбрио-, фетопатий нет. С практическими целями можно пользоваться следующей классификацией.

I. ФАКТОРЫ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ

1. Физические факторы: а) механические воздействия, б) температурные изменения, в) ионизирующие излучения.
2. Химические факторы: а) недостаток кислорода (избыток углекислоты), б) неполноценное питание, в) гормональные нарушения, г) тератогенные яды.
3. Биологические агенты: а) вирусы, б) бактерии и их токсины, в) простейшие, г) паразитарные черви.
4. Психические травмы.

II. ФАКТОРЫ ВНУТРЕННЕЙ СРЕДЫ

1. Наследственные аномалии.
2. Неполноценность половых клеток.
3. Влияние возраста родителей.
4. Роль пола ребенка.
5. Иммуноконфликты (по системе АВ0, резус и др.).
6. Браки между родственниками.

Воздействие любого из указанных факторов в период бластоцита, как правило, приводит к гибели оплодотворенного яйца и прерыванию беременности. Последнее может быть не замечено женщиной, так как прерывание беременности наступает в то время, когда предполагается наступление менструации. В 20—50% случаев беременность прерывают именно на этой стадии развития. Если же поврежденное яйцо в этой стадии развития не погибает, а продолжает развиваться, то патологические изменения приводят к аномалиям развития плода.

Патологические нарушения в эмбриональном периоде (эмбриопатии), когда происходит закладка и формирование органов, как правило, приводят к возникновению пороков развития.

КРАТКИЙ КАЛЕНДАРЬ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ У ЧЕЛОВЕКА (ПО Т. Г. ИНГЕЛЛС И Н. М. НИКОЛАЕВУ)

1-я неделя беременности: к этому периоду относят возникновение двойных уродств (симметрических и асимметрических) и тератом.

2-я неделя беременности: время развития обратного положения внутренних органов.

3-я неделя беременности: 1) эктопия сердца, 2) пупочная грыжа, 3) врожденное отсутствие конечностей, 4) слияние нижних конечностей — симпадия.

4-я неделя беременности: 1) врожденное отсутствие конечностей, 2) пупочная грыжа, 3) трахео-пищеводное соустье, 4) спинномозговая грыжа.

5-я неделя беременности: 1) трахео-пищеводное соустье; 2) спинномозговая грыжа, 3) ядерная катаракта, 4) микрофтальмия, 5) расщепление мягкого и твердого неба и верхней губы, 6) ампутация стоп и кистей.

6-я неделя беременности: 1) расщепление мягкого и твердого неба и верхней губы, 2) веретенообразная катаракта, 3) микрофтальмия, 4) врожденные пороки сердца, 5) стенозы и аномалии аорты, 6) ампутации стоп и кистей.

7-я неделя беременности: 1) расщепление неба, недоразвитие нижней челюсти, 2) эпикантус и брахицефалия, 3) врожденные пороки сердца, 4) дефекты межжелудочковой перегородки, 5) стеноз устья легочной артерии, 6) ампутация пальцев.

8-я неделя беременности: 1) болезнь Дауна, 2) эпикантус и брахицефалия, 3) стойкое незаращение овального отверстия сердца, 4) отсутствие носовых ходов, 5) укорочение пальцев.

III месяц беременности. К этому времени плод приобретает человеческий вид, и дальнейшее его развитие идет по пути дальнейшего дифференцирования органов и систем и увеличения роста. Поэтому эмбриопатии, возникающие в этот период, имеют ограниченный характер и касаются недостаточности роста и развития органов (например, микроцефалия, колобома, деформация ушных раковин и т. п.).

Для фетопатий характерны такие поражения плода, которые оцениваются как внутриутробные заболевания (например, пневмония и т. п.) и при которых картина поражений близка или подобна таковой у новорожденных.

Физические факторы. Механические воздействия. Наблюдаются при многоплодной беременности, много- или маловодии, миоме матки, аномалии ее развития и др. К порокам от механических причин относят: косолапость, кривошею, сколиозы, ампутации конечностей и пальцев и т. п. Возможны поражения плода механическими факторами и на последних месяцах беременности.

Температурные факторы. Резкие колебания температуры тела при инфекционных заболеваниях наряду с другими воздействиями оказывают влияние на плод.

Ионизирующее излучение. Ионизирующая радиация неблагоприятно воздействует как на развивающийся эмбрион (плод), приводя к разнообразным blasto-, эмбрио- и фетопатиям, так и на половые клетки родителей, что в конечном счете ведет к тому же.

Опыты изучения последствий трагедии Нагасаки и Хиросимы указывают, что облучение беременных женщин, является причиной самопроизвольных выкидышей, мертворождений и рождений детей с эмбрио- и фетопатиями (микроцефалическая идиопатия).

Химические факторы. Недостаток кислорода или избыток углекислоты. При заболеваниях беременной, которые сопровождаются гипоксией организма (анемия, пороки сердца, болезни легких), а также отравления угарным газом возможны самопроизвольные выкидыши, различные поражения плода.

Неполноценное питание. Постоянный недостаток в пище ряда аминокислот, витаминов, минеральных солей (железо, марганец, медь, йод и т. д.), а также однообразии пищи могут играть роль в возникновении эмбрио- и фетопатий. Увеличение последних в военные годы относят преимущественно за счет неполноценного питания.

В возникновении эмбриопатий у человека большое значение имеет недостаток витамина А (поражения глаз), витаминов группы В (при авитаминозе В₂ — поражения опорно-двигательного аппарата) и витамина D (поражения костной системы).

Гормональные факторы. Женщины, страдающие диабетом, реже беременеют. У них чаще наблюдаются самопроизвольные выкидыши, мертворождения, дети рождаются крупными и вместе с тем с выраженными признаками незрелости, нередко с пороками развития сердца. При гипертиреозе у матери потомство имеет различные эмбрио- и фетопатии (недоразвитие мозга, гидроцефалия, пороки развития сердца и крупных сосудов), а при пониженной функции щитовидной железы — множественные уродства. При гипофункции надпочечников у матери описаны случаи анэнцефалии у детей. Приблизительно 3—6% эмбрио- и фетопатий связаны с различными эндокринопатиями у родителей.

Тератогенные яды. При отравлении матери хинином у плода наблюдаются аномалии развития почек, при хроническом отравлении свинцом — гидроцефалия. При отравлении беременной ртутью, анилином, бурой, йодом, фосфором, бензолом и его производными, алко-голем, никотином, хлороформом и другими соединениями наблюдаются разнообразные эмбрио- и фетопатии. Антибиотики тетрациклин-ового ряда могут также обладать тератогенным действием.

Биологические факторы. Вирусы. Все виды микроорганизмов способны проникать через плацентарный барьер и повреждать плод. Особенно детально изучено воздействие на плод человека вирусов краснухи, гриппа А, кори, свинки. После краснухи могут быть поражения глаз (микрофтальмия, катаракта), органа слуха (глухота) и ряд других дефектов. Повреждения плода могут наблюдаться не только при выраженных формах заболевания матери, но и при скрытых формах

Число эмбрио- и фетопатий к концу беременности обычно значительно снижается: на II месяце беременности вероятность их составляет 83%, а после 4 месяцев — только 10%. Поражения плода наблюдаются и при заболевании матери во время беременности эпидемическим паротитом, полиомиелитом, экстремелией, гепатитом, ветряной оспой.

Бактерии могут оказывать и косвенное влияние на плод посредством токсинов, повышенной температуры у матери, гипоксии, нарушения витаминного баланса и т. п. Последнее характерно для стафилококков, стрептококков, пневмококков, гонококков, микробов

паратифа, туберкулеза, листериоза, проказы и др. Больше всего повреждающее действие на плод изучено в отношении бледной спирохеты.

Простейшие. Наиболее изучен возбудитель токсоплазмоза. Эмбриопатии при токсоплазмозе наблюдаются до 3 месяцев беременности, но нередко встречаются фетопатии (поражение глаз, мозга и других органов).

Паразитарные черви. Заращение плода гельминтами описано в виде единичных случаев. Внутриутробное заражение плода может наступить при поражении матери анкилостомой, шизостомом, эхинококком, цестодами, аскаридами, филяриями и власоловом.

Внутренние факторы. Наследственные аномалии. У человека 22 пары аутомосом и пара половых хромосом: для женского пола 2 X-хромосомы, для мужского X- и Y-хромосомы. Обнаружено, что различные нарушения (количественные изменения, наличие перетяжек вторичного порядка, транслокации, делеции, мозаицизм, трисомия, моносомия, нехватки и т. п.) приводят к различным эмбрио- и фетопатиям. Известно, что болезнь Дауна связана с нерасхождением хромосом в 21-й паре (трисомия). Вместо обычных 2 хромосом у ребенка с болезнью Дауна имеется в 21-й паре еще одна хромосома. Последнее обстоятельство связано с нерасхождением хромосом в гаметах родителей при мейотическом их делении. В норме зрелая яйцеклетка должна иметь 22 аутомосомы и X-хромосому, а сперматозоид — также 22 аутомосомы X- или Y-хромосому. Неправильности в расхождении хромосом при развитии половых клеток и приводят к разнообразным патологическим состояниям у потомства.

Известно, что добавочные хромосомы в 10-й и 11-й парах также наблюдаются при болезни Дауна, а в 17-й и 18-й парах обуславливают множественные аномалии: низко посаженные уши, недоразвитая нижняя челюсть, умственное недоразвитие, незаращение межжелудочковой перегородки. Однако известно наличие нормального кариотипа при значительном числе эмбрио- и фетопатий (ахондроплазия, карликовость, врожденная гидроцефалия, мышечная дистрофия и др.).

Неполноценность половых клеток, гонад, обусловлена тремя причинами: 1) наследственностью, 2) воздействием вредных факторов внешней среды и 3) «перезреванием половых клеток» (А. П. Дыбан). Последнее — патологическое состояние гонад определяется тем, что яйцеклетка и сперматозоиды длительное время могут находиться в половых путях до момента оплодотворения и эти условия неблагоприятно отражаются на их качественной стороне.

Иммунные конфликты могут возникнуть, если в крови матери какой-нибудь фактор отсутствует, а ребенок унаследовал его от отца. Обычно такие патологические состояния наблюдаются при последующих беременностях (или при наличии предшествующей сенсибилизации) и чаще всего у резусотрицательных женщин при резусположительном плоде. В подобной ситуации у женщин нередко наступает прерывание беременности, плод погибает внутриутробно или рождается с признаками гемолитической болезни и нередко с эмбриопатией.

Браки между родственниками. Самопроизвольные выкидыши, мертворождения, конституционально ослабленное потомство чаще наблюдаются в родственных, чем в неродственных браках.

С целью профилактики следует, в частности, применять гамма-глобулин или сыворотку реконвалесцентов при определенной эпидемиологической обстановке; предохранительные прививки, если предполагаемая эпидемиологическая обстановка неблагоприятная. В случае выявления заболеваний проводить специфическое лечение (например хлоридин и сульфодимезин при токсоплазмозе). При иммуноконflikте необходимо проводить десенсибилизирующую и общеукрепляющую терапию несколько раз в течение беременности под контролем исследования антител в крови.

akusher-lib.ru

IX. ЖЕНСКИЕ БОЛЕЗНИ

АДЕНОМИОЗ см. Эндометриоз.

АБСЦЕСС ЗАДНЕГО ЗАМАТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА см. Пельвеоперитонит.

АДНЕКСИТ ОСТРЫЙ. Воспалительный процесс в трубах и яичниках.

Этиология. Стрептококковая, стафилококковая, гонококковая, туберкулезная инфекция.

Патогенез. Обычно первично поражаются трубы; поражение яичников носит вторичный характер. В отдельных случаях воспалительный процесс может возникнуть как проявление аллергического состояния, к которому лишь в дальнейшем присоединяется инфекция. Воспаление может протекать как серозное, серозно-гнойное или гнойное, в связи с чем секрет может быть серозным или гнойным.

Различают эндосальпингит, при котором воспалительный процесс поражает слизистую оболочку трубы, катаральный сальпингит, когда в процесс вовлекаются соединительнотканый и мышечный слои. Если при этом оба конца трубы становятся непроходимыми — образуется гидросальпинкс. Сращение его с яичником и рассасывание перегородок ведет к образованию тубо-овариального образования с серозным прозрачным содержимым. При гнойном сальпингите воспалительный секрет принимает гнойный характер; как маточный конец трубы, так и ампулярный делаются непроходимыми (пиосальпинкс). При вовлечении в процесс яичника образуется воспалительный конгломерат — аднекс — тумор. В тех случаях, когда пиосальпинкс срастается с яичником, в толще которого имеется абсцесс, перегородки между ними расплавляются и образуется тубо-овариальный абсцесс. Абсцесс может первично образоваться и в яичнике (абсцесс фолликула, или абсцесс желтого тела). При продолжающемся развитии воспалительного процесса поражается и серозный покров труб и яичников, и, почти как правило, матка. Содержимое пораженной трубы может быть и геморрагическим; оно наблюдается при внематочной беременности (см.), лишь изредка на почве воспаления.

Гнойники нередко имеют склонность к прорыву. При намечающемся прорыве в брюшную полость усиливаются боли внизу живота, появляются симптомы раздражения брюшины (перитонизм), тошнота, рвота, больные становятся резко беспокойными, теряют сон, аппетит. Если своевременно не будут приняты соответствующие

меры (лапаротомия), прорыв гнойника в брюшную полость приведет к возникновению перитонита. При намечающемся прорыве в прямую кишку появляются тенезмы, понос, выделение слизи, совершившийся прорыв ведет к появлению обильных гнойных выделений из заднего прохода и быстрому объективному улучшению общего состояния. В случае прорыва в мочевого пузыря наблюдаются частое и болезненное мочеиспускание и появление гнойной мочи. Общее состояние быстро улучшается. Однако следует помнить, что полного излечения при прорывах гнойников не наступает. Свищевые отверстия нередко слипаются и гной начинает вновь скапливаться. Такие рецидивы могут наблюдаться годами и в отдельных случаях вести к амилоидному перерождению внутренних органов.

При гнойных процессах, не поддающихся консервативному лечению, при наблюдении в течение 2—3 лет часто рецидивирующих, наличии незаживающих свищей, быстром увеличении воспалительных опухолей, особенно у женщин после 40 лет, показано радикальное хирургическое вмешательство.

Симптомы. Острый аднексит характеризуется интенсивными болями внизу живота, иррадирующими в нижние конечности, учащением пульса, общим сравнительно тяжелым состоянием (обложенный язык, тошнота, иногда рвота, метеоризм, наличие симптома Щеткина — Блумберга). Из влагалища появляются серозно-гнойные выделения. Если начало заболевания совпадает с менструальным периодом, все описанные явления более интенсивны. Изменение красной крови выражено нерезко: отмечается некоторое падение гемоглобина, РОЭ до 50—70 мм в час, лейкоцитоз доходит до 18 000—20 000. формула крови резко сдвинута влево, анэозинофилия. Изменения мочи обычно отсутствуют.

Диагноз. Описанная клиническая картина и анамнез позволяют поставить предварительный диагноз. Влагалищное исследование в начальный период острого поражения болезненно и затруднительно. При стихании острых явлений обнаруживаются с одной или обеих сторон увеличенные болезненные придатки, иногда пальпируется утолщенная извитая труба. Вся область придатков отечна, инфильтрирована, и подчас не удается различить отдельные образования. Необходимо дифференцировать в первую очередь с аппендицитом, внематочной беременностью (см. стр. 50). При подозрении на гнойник необходимо выяснить, является ли абсцесс проявлением пиосальпинкса, пельвеоперитонита, параметрита. Обязательно исследование флоры влагалища (мазки, посев).

Лечение стационарное. Строгий постельный режим, лед на низ живота, при резких болях наркотики (в свечах), антибиотики (лучше предварительно определить чувствительность к различным антибиотикам), сульфаниламиды, введение большого количества жидкости (5% раствор глюкозы, физиологический раствор), витаминотерапия (В₁). Следить за регулярной деятельностью кишечника, при необходимости теплые гипертонические капельные микроклизмы. Легкая нераздражающая диета, витамины

АДНЕКСИТ ХРОНИЧЕСКИЙ. Патогенез. Нерезко выраженные боли в пахах и внизу живота, в крестце, иногда при половых сношениях. Часто различного рода нарушения менструального цикла (ациклические кровотечения), наступающие в результате воздействия токсинов на яичники и нарушения гормональной функции их.

Основное значение имеет правильно и тщательно собранный анамнез и бережно проведенное влагалищное исследование. При последнем выявляется наличие инфильтрированных придатков, бугристых образований, иногда, туго-эластических опухолей.

Д и а г н о з. Хронический аднексит иногда приходится дифференцировать с аппендицитом, но значительно реже, чем при остром процессе. В ряде случаев различие надо проводить с катаральным аппендицитом. Часто необходим дифференциальный диагноз между хроническим аднекситом и внематочной беременностью. При обоих заболеваниях наблюдаются кровянистые выделения, чаще при внематочной беременности. При тубарном аборте имеется односторонняя опухоль в отличие от опухолей при аднекситах, которые часто бывают двусторонними. При внематочной беременности в отличие от аднексита может иметь место кратковременный инсульт (обморок). Температура и при внематочной беременности, и при хроническом аднексите чаще всего нормальная. При внематочной беременности имеются признаки анемии, которая мало характерна для хронического аднексита. Реакции на хориальные гонадотропины (Ашгейма — Цондека) подтверждают наличие беременности, хотя в случаях внематочной беременности, когда плодное яйцо отделилось от трубы, реакция может быть отрицательной. В случае сомнения больную нужно госпитализировать. В процессе наблюдения используют дополнительные методы исследования (пункция заднего свода, кульдоскопия). Если сомнения в диагнозе остаются, необходимо продолжить наблюдения в стационаре. При ненарушенной внематочной беременности придатковая опухоль увеличивается. Наоборот, при хроническом аднексите в результате лечения придатковый инфильтрат уменьшается.

Больные должны находиться на диспансерном учете у участкового врача, который проводит систематическое лечение. В необходимых случаях больную переводят на более легкую работу. Больная получает соответствующие гигиенические советы. Особенно следует избегать переохлаждения, так как это является нередкой причиной обострения болезни.

Широко должны быть использованы курортные факторы. Грязевая терапия — лучший метод лечения. Применяются аппликации (лепешки) на низ живота или «труссы» и внутривлагалищные грязевые тампоны (см. Лечение физическими методами и курортными факторами).

ADNEXTUMOR см. Аднексит.

АКТИНОМИКОЗ — относительно редкое хроническое заболевание, в большинстве вторичное.

Этиология. Вызывается при попадании в организм лучистого грибка — актиномицета.

Патогенез Чаще поражаются яичники и маточные трубы, реже матка и тазовая клетчатка (параметрит, парацеллюлит, парапроктит). При последнем характерно безудержное распространение с образованием гнойных свищевых ходов.

Симптомы. Заболевание может начаться в виде приступа болей внизу живота, с высокой температурой, рвотой, иногда развивается медленно; больная прощупывает у себя опухоль в животе. Боли различной интенсивности локализуются в подвздошной области,

в крестце и нередко распространяются по всему животу. Актиномикоз в илеоцекальной области может симулировать аппендицит. Позднее в этой области появляется опухоль, последняя увеличивается и переходит на соседние органы. Иногда наблюдается размягчение, гнойное расплавление опухоли, прорыв ее наружу или в мочево́й пузырь, прямую кишку. Часто симптомы заболевания остаются сходными с таковыми при обычном воспалительном заболевании.

Подозрительны на актиномикоз неуклонный рост инфильтрата или опухоли с отсутствием острых всплесков, значительная плотность («деревянная», «каменная») инфильтрата, наклонность к образованию свищевых ходов.

Различают две формы: 1) открытую, при которой имеется свищ с выделением из последнего гноя, в котором нередко удается в микроскопе обнаружить друзы или мицелий; 2) закрытую, при которой гной получают путем пункции или вскрытия очага.

Необходимо исследовать свежий гной, так как в противном случае колонии теряют типичный вид. В отдельных случаях прибегают к посеву гноя.

Д и а г н о з. Кожно-аллергическая реакция с актинолизатом (вводят 0,3 мл актинолизата и через 24 часа возникает эритема и общая температурная реакция). Исследование свежего гноя на обнаружение друз или мицелия.

Л е ч е н и е: 1) антибиотики (пенициллин) непосредственно в область очага или в полость гнойника; 2) гемотерапия в сочетании с пенициллинотерапией. В тяжелых случаях актиномикоза переливание одногруппной крови (100 мл) с последующим прибавлением 25 мл на каждое переливание (доза не должна превышать 150 мл); 3) актинолизат 2 раза в неделю. Первые три вливания в кожу внутренней сгибательной стороны левого предплечья по 0,3—0,5 мл, начиная с четвертого введения — по 0,5 мл в каждую из двух точек на обоих предплечьях (общая разовая доза 2 мл) на курс 20—25 инъекций, между курсами перерыв 1—2 месяца; 4) хирургическое удаление очага.

АЛЬГОДИСМНОРЕЯ см. Дисменорея.

АМЕНОРЕЯ см. Менструальный цикл, его нарушения.

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ (см. также Аплазия влагалища, Атрезии). Недостаточное развитие яичников сочетается с недоразвитием других органов половой системы, в частности труб (длинные, извитые). Наблюдаются следующие изменения матки: 1) однорогая матка с рудиментарным рогом или в виде мышечного тяжа либо имеющая полость; 2) наличие двух самостоятельных маток (у каждой одна труба и один яичник), имеются две шейки, два влагалища *uterus didelphys*); 3) при наличии двух маток, двух шеек и двух влагалищ они соприкасаются на ограниченном участке (обычно в области шейки); 4) оба тела матки и обе шейки тесно прилегают друг к другу; иногда при этом наблюдается общая шейка и общее влагалище; 5) в области дна матки образуется при сращении двух маток седловидное углубление (*uterus arcuatus*).

С и м п т о м ы. Указанные аномалии играют роль при наступлении беременности, в случае бесплодия и нарушений менструального цикла. При беременности в добавочном роге они протекают по типу

внематочной, и при диагностировании требуется хирургическое вмешательство. При седловидной матке в родах отмечается слабость родовой деятельности. При прочих аномалиях беременность обычно не наступает или происходит выкидыш в ранние сроки беременности.

Диагноз нередко труден. В некоторых случаях устанавливается при истмогистеросальпингографии (см.).

К аномалиям развития относятся также:

ANUS VESTIBULARIS. Прямая кишка открывается в преддверии влагалища или несколько выше во влагалище. В большинстве случаев верхний сфинктер прямой кишки и хорошее тазовое дно позволяют полностью удерживать кал и газы и никаких нарушений со стороны прямой кишки не наблюдается.

В раннем детском возрасте операция не рекомендуется. У взрослых она весьма эффективна.

ANUS VAGINALIS. Прямая кишка открывается во влагалище. Лечение только оперативное.

АНТЕФЛЕКСИЯ МАТКИ ОСТРОУГОЛЬНАЯ. Резкий перегиб матки вперед.

Этиология. Один из признаков полового инфантилизма. Иногда является конечным результатом сморщивания крестцово-маточных связок после лимфангита при хронических эндоцервицитах и эрозиях (parametritis posterior).

Симптомы. Болезненность при менструации, бесплодие, боли в области крестца, общая слабость.

Диагноз устанавливается на основании влагалищного исследования: узкое, короткое влагалище, своды уплощены, угол между телом и шейкой матки меньше 70° , шейка удлинена, а тело матки меньше нормального.

Лечение основного заболевания, вызвавшего образование остроугольной антефлексии. См. также «Гинекология детского возраста», «Инфантилизм».

АПАЗИЯ ВЛАГАЛИЩА — полное отсутствие влагалища. Чаще всего этот порок развития сочетается с резким недоразвитием или отсутствием матки, сопровождается первичной аменореей. Маточные трубы и яичники хорошо развиты. Обычно вторичные половые признаки выражены. Половая жизнь невозможна.

Диагноз: Наружные половые органы развиты нормально. Иногда отмечается довольно широкая уретра, которая может пропускать 1—1½ пальца; на месте входа во влагалище имеется углубление. При прямокишечном исследовании матка отсутствует, иногда удается определить тяж, идущий справа налево от одного рудиментарного рога к другому.

Лечение — операция создания искусственного влагалища (кольпопоз), которая предпринимается обычно не ранее 20-летнего возраста больной.

АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА — внезапно наступающие кровоизлияния в паренхиму яичника.

Этиология. Застой крови в сосудистой системе, питающей яичники, склероз сосудов, поднятие тяжести, резкое изменение положения туловища, бурное и продолжительное половое сношение,

прерванное половое сношение, внутриматочные впрыскивания и др.

Патогенез. Апоплексия может наступить в различные фазы овариального цикла, но реже всего в период до овуляции, когда фолликулы находятся еще в стадии созревания и бедны сосудами: чаще в период овуляции и стадии васкуляризации и расцвета желтого тела.

Симптомы. Внезапное появление сильных болей в подвздошной области, быстро распространяющихся по всему животу, сопровождающихся явлениями шока и коллапса. Учащение и ослабление пульса Умеренное падение артериального давления. Холодный пот, головокружение, иногда рвота, френикус-симптом.

Диагноз на основании изложенного.

Дифференциальный диагноз чаще всего следует проводить с вне-маточной беременностью (см.), аднекситом (см.), аппендицитом (см.). В ряде случаев диагностика весьма затруднена, основывается на следующем. Апоплексия наступает внезапно среди полного благополучия, чаще в середине менструального цикла, при отсутствии задержки менструации. При двуручном исследовании матка не увеличена, часто обнаруживается увеличенный яичник, болезненный, контурируемый отдельно от трубы и матки. Увеличенный яичник (за счет кровоизлияния) производит впечатление опухоли мягковатой консистенции и имеет шаровидную форму. Отсутствует цианоз наружных половых органов; наружное кровотечение наблюдается крайне редко. Биологические реакции на беременность отрицательные и т. д. Температура, как правило, в пределах нормы. Картина крови не изменена Раздражение брюшины выражено нерезко, иногда имеется «крик Дугласа». В анамнезе обычно отсутствует указание на воспалительный процесс придатков или приступы аппендицита. При своевременно установленном диагнозе и лечении исход вполне благоприятен. При подозрении на апоплексию яичника госпитализация обязательна.

Лечение при отсутствии явлений шока, коллапса, небольшого кровотечения — консервативное: постельный режим, холод на живот. Операция в подобных случаях не обязательна, так как кровотечение нередко останавливается самопроизвольно.

При значительном кровотечении в брюшную полость проводится хирургическое лечение.

АТРЕЗИЯ И СТЕНОЗ ВЛАГАЛИЩА могут быть в результате аномалии эмбрионального периода развития, а также перенесенных инфекций (дифтерия, сыпной тиф, реже, скарлатина и др.). При атрезии влагалища в нем имеется перегородка, которая делит влагалище на верхний и нижний отделы. Сплошная атрезия влагалища ведет к образованиям гематокольпоса.

Во влагалище имеются горизонтальные перегородки, которые ведут к стенозу — сужению влагалища на том или ином уровне. Обычно в таких случаях менструальная кровь не задерживается и половая жизнь протекает нормально. Об имеющемся стенозе женщина узнает лишь во время гинекологического осмотра.

Лечение хирургическое.

АТРЕЗИЯ КАНАЛА ШЕЙКИ МАТКИ наблюдается обычно в области наружного или (и) внутреннего зева.

Этиология: грубое выскабливание или прижигание слизистой канала таким веществом, как крепкий раствор азотнокислого серебра.

Лечение — хирургическое.

БАРТОЛИНИТ (см. также Бартолинит гонорейный) — воспаление бартолиновой железы.

Этиология инфекционная — стафилококк, стрептококк, гонококк, инфекции кишечной палочки и при влагалищном трихомонозе.

Патогенез. Инфицируются выводные протоки. В результате их закупорки может образоваться ложный абсцесс. В дальнейшем инфекция может перейти на клетчатку и образуется истинный абсцесс.

Симптомы. Появляются боли в области половой губы, повышается температура. При осмотре большая половая губа оказывается в нижней половине отечной, покрасневшей. Образуется синеватая болезненная опухоль, частично раскрывающая половую щель. Большая ходит с трудом. Ложный абсцесс нередко вскрывается самопроизвольно, однако опорожнение его обычно бывает недостаточным, перфорационное отверстие склеивается, в нем снова скапливается секрет. Характерно, что ложные абсцессы обычно рецидивируют. Может образоваться киста без воспалительных явлений в окружности.

Если в это образование проникает инфекция, возникает истинный абсцесс, общее состояние больной ухудшается, повышается температура, появляются боли даже в покое. При поражении выводного протока желез вокруг наружного отверстия выводного протока появляется малинового цвета пятнышко (пятнышко Зенгера) с припухлостью вокруг. Это поражение железы иногда носит название коналикулита, прежде считалось патогномичным признаком гонореи. В настоящее время от этого взгляда отказались.

Диагноз. В толще половых губ пальпируется туго-эластическое круглое или эллипсоидное болезненное, подвижное образование. Дифференцировать следует от кисты гартнерова хода, последняя может пальпироваться в верхней трети малой половой губы. На боковой стенке влагалища прощупывается плотный тяж, отходящий от кисты и идущий вверх, в глубину, от туберкулезного поражения костей таза (натечника). При наличии плотного образования необходимо исключить раковое поражение.

Лечение как ложного, так и истинного абсцесса хирургическое даже при самостоятельном вскрытии. В начальных стадиях острого процесса — покой, лед, антибиотики.

БЕЛИ — один из самых частых симптомов заболеваний половых органов.

Этиология. Бели — результат чрезмерной секреторной функции желез половых органов. Они наблюдаются в связи с внедрением инфекционного и паразитарного возбудителя, доброкачественными и злокачественными новообразованиями, химическими и механическими раздражениями, опущением и выпадением влагалища и матки и др. Бели могут быть и при экстрагенитальных заболеваниях, сердечно-сосудистых, инфекционных, крови, нейро-эндокринных и др.

В зависимости от источников различают бели трубные, маточные (корпоральные, шеечные), влагалищные, вестибулярные.

Наиболее частая причина трубных белей— гонорея, вызвавшая образование мешотчатой опухоли трубы. Трубные бели — жидкие, водянистые, серовато-белого или желтоватого цвета.

Чрезмерная продукция секрета железами тела (корпоральные бели) матки наблюдается в результате гонореи, а также туберкулеза, септических послеродовых или послеабортных процессов, новообразований (подслизистая миома, рак или саркома) и других причин. Корпоральные бели могут иметь гнойный характер, густую консистенцию, желтовато-зеленый цвет.

Шеечные бели наблюдаются чаще всего в виде прозрачного стекловидно-беловатого отделяемого слизистой оболочки канала шейки матки. В патологических условиях отделяемое продуцируется в большем количестве, становится мутным, тягучим, серовато-желтым, гнойным. При наличии новообразования к белям примешивается кровь.

Влагалищные бели являются результатом повышенной трансудации при генитальных и экстрагенитальных заболеваниях. Обычно беловатые или сливкоподобные, или крошковатой консистенции влагалищные выделения в патологических условиях резко увеличиваются в количестве, становятся более жидкими, желто-зеленого цвета.

Вестибулярных (продуцируемых парауретральными бартолиновыми железами) выделений в норме очень немного. При воспалительных процессах их секреция резко увеличивается. Они имеют вид мутноватой слизи с примесью отделяемых сальных и потовых желез.

Диагноз не представляет затруднений. Сложно определить место происхождения, что зависит от основного поражения.

Лечение основного заболевания.

БОЛИ. Спастические боли — боли при сокращении органа (матки, маточных труб). Наблюдаются при атрезиях влагалища, шейки и скопления в связи с этим менструальной крови (гематокольпос, гематометра, гематосальпинкс). Болезненные сокращения матки иногда наблюдаются при раке тела матки. Более интенсивные боли спастического характера могут быть при внематочной беременности (тубный аборт). К спастическим относятся также боли, наблюдающиеся иногда при менструальных кровотечениях.

Механические боли — боли при кровоизлияниях, образовании гематом и перекруте ножки кисты. Сюда относятся резкие боли при эндометриозе. В таких случаях они могут быть связаны с кровоизлияниями во время менструации, например в яичники, в которых образуются кисты с кровяным содержимым (шоколадные кисты).

Механическими являются также боли в связи с венозным полнокровием (чувство давления, тяжести). Застой в половых органах может возникать, например, при прерванных половых сношениях (с целью предупреждения беременности).

Воспалительные боли могут ощущаться при острых и при хронических воспалительных процессах. Причины их возникновения весьма многообразны (отек, инфильтрация и др.). Нередко в острой стадии болезни преобладают явления интоксикации, повышается температура, но боли могут быть незначительными. В других случаях, когда процесс уже стихает, боли длительно сохраняются. Боли при хронических воспалительных процессах придатков могут наблюдаться только в менструальные дни (альгодисменорея).

Боли при новообразованиях. Большинство новообразований женских половых органов протекает безболезненно. Миомы матки могут достигать больших размеров и в большинстве случаев растут безболезненно. При некрозе узла появляются механические боли.

Рак матки в первых двух стадиях протекает безболезненно. Боли проявляются при раке шейки матки только в запущенной стадии (третьей — четвертой), когда инфильтрат уже прорастает в клетчатку, сдавливая проходящие нервные окончания, или когда образуются метастазы в подвздошных лимфатических узлах.

Неврогенные боли, связанные с заболеванием нервов, проходящих в малом тазе (см. стр. 317).

Большинство болей при гинекологических заболеваниях возникает в зонах повышенной кожной чувствительности (висцеросенсорные рефлексы, проецируются в зонах Захарьина — Геда); они локализируются: 1) в низу живота, по средней линии (особенно характерны), 2) в гипогастриальной области, справа или слева, 3) в крестцово-поясничной области, 4) в области копчика, и иррадируют в нижние конечности (бедра).

Для дифференциального диагноза болей учитывают, что если провести линию от пупка к ости подвздошной кости, то при заболеваниях слепой кишки боли бывают выше ее или по этой линии (аппендицит), гинекологические боли располагаются ниже этой линии; надо определить наиболее болезненную точку. При болях с левой стороны их приходится дифференцировать с сигмоидитом. При этом заболевании боли располагаются выше указанной линии.

Очень часто боли являются двусторонними. Этим они отличаются от болей в связи с заболеваниями мочевыводящих путей (камни мочеочечника, пиелиты), при которых процесс обычно односторонний.

Иррадирующие боли. Боли в нижних конечностях чаще не связаны с гинекологическими заболеваниями, но могут наблюдаться при запущенном раке матки, когда имеются метастазы в позвоночнике или раковой инфильтрат охватывает выходящие из спинного мозга нервные сплетения. Отраженные боли могут локализоваться в подреберье, в области лопатки, плеча, шеи (phrenicus-symptom). Такие боли бывают при внематочной беременности и воспалительных заболеваниях придатков матки. После продувания труб в случае их проходимости боли могут держаться 2—3 дня и связаны с тем, что воздух попадает под диафрагму.

Боли в крестце см. Невралгии тазовые.

Если боли появляются сейчас же, как только больная встает, а при лежании их нет, это чаще боли не гинекологического происхождения. Если боли появляются среди ночи (в частности, характерны для рака матки), это связано с тем, что они не возникают ночью, но в это время воспринимаются больной, так как днем больная отвлекается и не замечает их.

Лечение основного заболевания, в качестве симптоматических средств — анельгезирующие медикаментозные и физиотерапевтические средства.

БРУЦЕЛЛЕЗ — общее инфекционное заболевание, при котором нередко в процесс вовлекаются половые органы.

Симптомы. Боли в крестце, расстройства менструального цикла (аменорея, полименорея, болезненные менструации), самопро-

извольные выкидыши, иногда бесплодие. Течение хроническое. Обычно поражение половых органов имеет вторичный характер.

Д и а г н о з. Большая часть больных соприкасалась с домашними животными или скотом, пораженным бруцеллезом. Обязательное проведение реакции Райта — Хеддльсона или (и) аллергической пробы Бюрне

Л е ч е н и е основного заболевания при самопроизвольных выкидышах, гормональное лечение на фоне противобруцеллезной терапии.

ВАГИНИЗМ — повышенная болезненность при попытке к половому сношению, обуславливающая невозможность половой жизни. Связана с рефлекторным спазмом m. constrictor cunni и мышц тазового дна. Попытки к половому сношению сопровождаются чувством страха, вызывают рефлекторное приведение бедер.

Э т и о л о г и я. Вагинизм наблюдается у женщин с невропатической конституцией, часто после грубого коитуса в начале половой жизни.

Л е ч е н и е. Очень осторожное исследование, сначала пальцевое, а затем зеркалом. Нужно убедить женщину в отсутствии у нее каких-либо заболеваний и препятствия к половому сношению. Большое значение имеет доверие больной к врачу. Общеукрепляющее лечение, пудендальная анестезия, седативные средства (см. стр. 516), занятия физкультурой, туризм, отвлечение внимания больной от сексуальных моментов (психотерапия). Беременность и роды обычно ведут к полному исчезновению вагинизма

ВАГИНИТ см. Кольпит, Гонорея.

ВУЛЬВИТ, вульвовагинит см. Гонорея, Трихомоноз, Гинекология детского возраста.

ВЫПАДЕНИЯ И ОПУЩЕНИЯ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ см. Опущения и выпадения влагалища и матки.

ГЕМАТОМА ВУЛЬВЫ может образоваться в результате ушиба, удара, падения. Частая причина — травма при очень быстрых или наоборот, затяжных родах.

С и м п т о м ы. Происходит разрыв сосудов в толще мягких тканей, кровь скапливается в клетчатке и образуется гематома различной величины в зависимости от степени кровоизлияния, растяжимости окружающих тканей и т. д., появляется боль в области наружных половых органов.

При осмотре в области половой губы отмечается образование сине-багрового цвета туго-эластической консистенции; при свежей гематоме отмечают ее флюктуацию. Необходимо исключить ложный абсцесс бартолиновой железы.

Л е ч е н и е. Покой, холод на область промежности. Обычно небольшие гематомы после консервативной терапии самостоятельно рассасываются. При нарастающей гематоме показано оперативное лечение — вскрытие гематомы, удаление кровяных сгустков и наложение лигатуры на кровотокающий сосуд. При отсутствии нагноения полость зашивают. В случае нагноения рекомендуются марлевый дренаж с мазью Вишневского или 5% синтомициновой эмульсией; антибиотики и сульфаниламиды

ГЕМАТОМЕТРА И ГЕМАТОСАЛЬПИНКС. Скопление крови в матке (гематометра) происходит при атрезии влагалища (см.) или шейки матки, может наблюдаться также в рудиментарном роге. Вначале развивается гематокольпос. При значительном скоплении крови в матке она проникает в маточные трубы, заполняет их, образуются спайки в фимбриях, абдоминальный конец трубы закрывается, образуется гематосальпинкс — выполненное кровью мешотчатое образование.

Диагноз полной атрезии влагалища не представляет трудностей. Наличие периодически повторяющихся болей характера *pelvis menstruationis* позволяет поставить правильный диагноз.

Лечение хирургическое.

ГЕРМАФРОДИТИЗМ см. Гинекология детского возраста.

ГОНОРЕЯ¹ — инфекционное заболевание с интенсивным местным поражением мочеполового тракта. См. также гинекология детского возраста.

Этиология. Вызывается гонококком Нейссера.

Патогенез. Инфекция распространяется преимущественно половым путем, но может передаваться и внеполовым (преимущественно у девочек) через загрязненное белье или предметы личного туалета.

Обычно поражаются сразу или последовательно органы, выстланные переходным и цилиндрическим эпителием: уретра и шейка матки, реже бартолиновы железы, прямая кишка, парауретральные ходы и вестибулярные железки, тело матки, маточные трубы и тазовая брюшина. Влагалище покрыто многослойным плоским эпителием и, как правило, гонококком не поражается.

Гонококки распространяются на протяжении слизистой оболочки, реже, по лимфатическим щелям и кровеносным сосудам, нередко антиперистальтически (из матки через трубы сразу в брюшную полость, вызывая воспаление тазовой брюшины). При гибели гонококка выделяется эндотоксин, который вызывает общие явления: головную боль, потерю аппетита, нервозность, иногда поражение суставов, мышц и сухожильных влагалищ.

Симптомы. Острая гонорея у 40% женщин протекает субъективно бессимптомно. В связи с этим течением инкубационный период у женщин не всегда легко определить. Чаще он равен 2—4 дням.

Течение гонореи женщин в значительной степени зависит от локализации процесса в мочеполовой системе.

Воспалительный процесс в уретре и шейке матки протекает без заметных общих явлений. Переход воспалительного процесса за внутрениий зев шейки матки, на тело матки и ее придатки обычно сопровождается значительным нарушением общего состояния больной. Появляются резкие боли внизу живота, повышение температуры, изменение гемограммы, нарастание реакции Борде — Жангу и др.

Такое различие в клинической картине заболевания дало повод разделить гонорею на: гонорею нижнего отдела мочеполовой системы (поражение уретры, шейки матки, больших, малых вестибулярных железок и влагалища) и гонорею верхнего отдела полового аппарата

¹ Написана канд. мед. наук Е. Н. Турановой.

или восходящую гонорею (воспаление матки, труб, яичников, брюшины).

Принятая классификация гонореи составлена в зависимости от клинического течения заболевания, отражающего реактивность организма на инфекцию. К свежей гонорее относятся заболевания длительностью до 2 месяцев. Разделение свежей гонореи на острую, подострую и торпидную диктуется тем, что гонорея у женщин часто с самого начала протекает торпидно, когда при крайне незначительных объективных симптомах и отсутствии жалоб легко удается обнаружить гонококки.

К хронической гонорее относятся заболевания давностью более 2 месяцев и вяло протекающая гонорея с неустановленным сроком заболевания.

Различают также латентную форму гонореи, когда нет клинических признаков заболевания, гонококки не обнаруживаются, а больные являются источником заражения.

Отдельные формы гонорей. **Бартолинит гонорейный** — поражение железы наступает обычно вторично, через 2—3 недели с момента заражения. В воспалительный процесс вовлекаются устья и выводной проток железы (обычно с обеих сторон), последний прощупывается в виде удлиненного болезненного тяжа или узелка тестоватой консистенции величиной с горошину. При надавливании со стороны влагалища на выводной проток из устья его может появиться гнойное отделяемое, в котором обнаруживают гонококки (каналикулярный бартолинит). При закрытии выводного протока железы гной скапливается в протоке и растягивает его. Образуется болезненная, подвижная флюктуирующая опухоль, выбухающая по направлению к преддверию (ложный абсцесс). Больные жалуются на боль в области наружных половых органов. Общее состояние не нарушается. В случае присоединения смешанной инфекции возникает истинный абсцесс. В воспалительный процесс вовлекается паренхима железы и окружающая ее клетчатка. Кожный покров над воспаленной железой гиперемирован и спаен с подлежащими тканями. Опухоль резко болезненна, пружиниста, неподвижна. Общее состояние больной нарушается, температура тела повышается до 38—39°.

В хронической стадии происходит соединительнотканное замещение воспалительного инфильтрата выводного протока бартолиновой железы, который пальпируется в виде плотного болезненного узелка (нодозный бартолинит).

В случае сужения или облитерации выводного протока бартолиновой железы, при отсутствии воспалительного процесса в протоке и теле железы секрет не может выделяться наружу. В результате образуется ретенционная киста бартолиновой железы, которая прощупывается в виде безболезненной опухоли эластической консистенции.

Вагинит гонорейный. Истинный гонорейный вагинит наблюдается только у девочек, изредка у беременных женщин, когда эпителий сочен и разрыхлен, и в климактерическом периоде, когда эпителиальный покров истончен.

Чаще наблюдаются негонококковые вагиниты, развивающиеся в результате мацерации эпителия, изменения кислотности влагалищной среды и флоры под влиянием выделений, вытекающих из цервикального канала.

При острой гонорее слизистая оболочка влагалища отечна, гиперемирована, особенно в сводах, легко кровоточит, отделяемое обильное, гнойное. В хронической стадии слизистая бледна, отделяемое скудное. Больные жалуются на боли.

Вульвит и вульвадит обычно развиваются вторично в результате воздействия на покровы воспалительного секрета, вытекающего из влагалища.

Симптомы. В остром периоде слизистая гиперемирована и покрыта гнойными выделениями. Очаговая мацерация покровного эпителия ведет к образованию поверхностных эрозий. Иногда развиваются остроконечные кондиломы. В случаях присоединения вторичной инфекции паховые железы увеличиваются и становятся болезненными. Больные жалуются на жжение, зуд и боль в области наружных половых органов.

При хроническом вульвадите на фоне бледной слизистой оболочки преддверия видны мелкие вульварные железки в виде гиперемированных узелков с устьями, заполненными гноем.

Оофорит гонорейный. **Симптомы.** Гной с гонококками, вытекающий из полости трубы, попадает на поверхность яичника. Гонококки через клеточные пространства зародышевого эпителия проникают в строму, эпителий гибнет и очагово заменяется соединительной тканью. В результате слипчивого воспалительного процесса между трубой и яичником образуются спайки. В паренхиме яичников могут возникнуть маленькие абсцессы. Если гонококк попадает на вскрывшийся фолликул яичника, то вместо желтого тела развивается нагноение, слой лютеиновых клеток разрушается и образуется псевдоабсцесс.

Яичник первоначально увеличен в размере, а затем может наступить атрофический процесс — сморщивание его, вследствие чего у больной наблюдается гормональная дисфункция (аменорея или межменструальные кровотечения и др.).

Парауретрит гонорейный. **Симптомы.** При гонорейном уретрите (см.) гонококки очень часто попадают в парауретральные ходы, располагающиеся на губах уретры. Устья парауретрального хода гиперемированы, отечны. Парауретральный ход может прощупываться в виде плотного тяжика или узелка. При надавливании на устья появляется гной.

Пельвеоперитонит гонорейный. **Симптомы.** Гонококки вместе с излившимся из трубы гноем, попадая на брюшину малого таза, могут вызвать воспаление тазовой брюшины. При этом образуется пластический (богатый фибрином) экссудат, который быстро ведет к слипанию смежных поверхностей соседних органов и тем отграничивает тазовую брюшину от остальной полости живота, вследствие чего может наступить нарушение нормального положения внутренних половых органов. Гонококки в клетчатку обычно не проникают, и у больных гонореей параметриты не наблюдаются.

Воспаление брюшины проявляется резкой гиперемией и отеком тканей с образованием фибринозного экссудата. При развитии пельвеоперитонита резко выражены общие расстройства: высокая температура, усиливаются боли в животе, возникает положительный симптом Щеткина — Блумберга, появляются тошнота, задержка стула, метеоризм.

Проктит гонорейный. **Симптомы.** Гонорейный проктит развивается вторично. Процесс локализуется в нижнем отрезке прямой

кишки в 3—4 см над наружным сфинктером. В остром периоде складки сфинктера отечны. Иногда между складками имеются трещины и гнойное отделяемое. При осмотре прямой кишки через ректоскоп или ректальное зеркало видна очагово гиперемированная и отечная слизистая оболочка, местами покрытая гнойным отделяемым. После удаления гноя обнаруживаются эрозии. Некоторые женщины отмечают зуд и жжение в заднем проходе, небольшую болезненность при дефекации, гной на каловых массах.

При хроническом проктите все явления выражены слабее. Если больная не лечится, может наступить рубцевание язвочек и эрозий, что влечет за собой рубцовое сужение прямой кишки.

Сальпингит гонорейный. Гонококки проникают в трубы из полости матки вследствие ее перистальтических и антиперистальтических сокращений. Поражается одна или две трубы. Первоначально развивается эндосальпингит. Слизистый покров трубы гиперемирован, отделяемое гнойное. При пальпации труба чувствительна. При катаральном сальпингите труба становится отечной, мерцательный эпителий местами слущивается, образуя эрозии. Воспалительный процесс захватывает и мышечный слой трубы. При исследовании определяются утолщенные болезненные трубы. Далее пораженные участки складок трубы склеиваются, образуя отдельные полости, в которых скапливается гнойный секрет (нодозный сальпингит). Через брюшную концев трубы гной стекает в полость брюшины малого таза, где в результате воздействия гонококков выделяется фибрин, образуя нежные, напоминающие вуаль, фиброзные наложения и спайки вокруг матки и труб (периметрит, периаднексит). В результате наличия серозно-фибринозного экссудата, обладающего пластическими свойствами, между маткой, придатками, сальником и кишечными петлями образуются сращения, что приводит к организации конгломератной опухоли (аднекстумор), резко болезненной при пальпации, плотно-эластической консистенции, но прилегающей к стенке таза. При более длительном процессе стенки трубы утолщаются, становятся плотнее. Просвет брюшинного конца трубы закрывается и фибрии втягиваются в ее просвет. Обычно уже до этого закрывается узкий просвет маточного конца трубы. Гной скапливается, растягивает ее, образуя мешотчатую опухоль (пиосальпинкс). Пальпируемая ретортообразная труба эластической консистенции, ограничена в подвижности. Больные жалуются на ноющие или схваткообразные боли внизу живота, усиливающиеся при акте дефекации, а также во время менструации, иногда отмечается задержка стула. Температура может повышаться и достигать 38—39°. Менструальный цикл часто нарушается, наблюдаются кровотечения типа меноррагии или метроррагии.

Хроническое воспаление придатков матки проявляется теми же симптомами, но менее выраженными. Процесс в трубах может тянуться более или менее длительное время, давая периодические обострения.

Уретрит гонорейный. С и м п т о м ы. Губки уретры гиперемированы, отечны. Стенки уретры при ощупывании со стороны влагалища тестоватой консистенции. При надавливании на нее со стороны влагалища из наружного отверстия уретры появляется гнойная капля. При остром уретрите жалобы на боль и жжение при мочеиспускании. Если в воспалительный процесс вовлекается шейка мочевого пузыря, то появляются учащенные мочеиспускания, иногда сопро-

вождающиеся болями в конце акта. Нередко жалобы отсутствуют. При хроническом уретрите выделения незначительные или отсутствуют. Стенки уретры инфильтрованы.

При уретроскопии: слизистая оболочка очагово гиперемирована, складчатость неравномерная, радиарная исчерченность (сосудистый рисунок) не выражена, на переднебоковых стенках обнаруживаются закрытые устья желез в виде желтоватых или белых зернышек.

Эндометрит гонорейный. Патогенез Гонококки, попадая из шейки матки в железы и в межэпителиальные щели эндометрия, вызывают воспалительную реакцию. В межменструальном периоде инфекция редко проникает до базального слоя. При очередной менструации воспаленный функциональный слой отторгается, но гонококки остаются и развиваются на раневой поверхности базального слоя. Базальный слой пронизывается лейкоцитами и плазматическими клетками. Остатки функционального слоя и верхние слои базальных клеток густо инфильтрируются. Обширная инфильтрация мешает регенерации и пролиферации слизистой оболочки, и менструальное кровотечение удлиняется. Нередко прилегающий мышечный слой матки вовлекается в воспалительный процесс. В таких случаях при двуручном исследовании определяется увеличенная, тестоватой консистенции матка, болезненная при смещении (метроэндометрит).

Симптомы. Боли внизу живота, причающиеся иногда схваткообразный характер (чаще у нерожавших), бели нередко с прожилками крови, иногда повышение температуры до 37—39° и удлинение менструального кровотечения типа меноррагии; может наступить аменорея. Боли внизу живота менее интенсивные, чем в острой стадии эндометрита, и возникают лишь при физическом напряжении.

Матка увеличена в размерах, плотна вследствие разрастания в стенках ее соединительной ткани. Температура нормальная. РОЭ повышается, но количество лейкоцитов обычно не увеличивается. Реакция Борде — Жаугу чаще бывает положительной.

Эндопервицит гонорейный. **Симптомы.** В остром периоде шейки матки гиперемирована, отечна, из канала вытекают слизисто-гнойные выделения в виде ленты. Эпителий слизистой оболочки шейки матки вокруг канала шейки в результате воздействия секрета отслаивается, образуя поверхностную эрозию. У женщин, имевших разрыв шейки матки, в результате отека слизистой цервикального канала наблюдается вывороченная, набухшая, легко кровоточащая слизистая канала шейки матки (эктропион), которую иногда ошибочно принимают за эрозию.

В хронической стадии эрозия становится зернистой. Местами видны белесовато-желтые зерна — кисты шейных желез (ovula Nabothii). Выделения более или менее обильные, слизисто-гнойные; иногда выделения отсутствуют.

Больные жалуются на выделения, зуд и жжение в области наружных половых органов в результате раздражения стекающим гнойным секретом.

Диагноз. Анамнестические данные (развитие воспаления после начала половой связи, после менструации, через 6—7 дней после аборта). Клиника и лабораторные данные: обнаружение гонококков, положительная серологическая реакция.

При восходящем гонорейном процессе известное диагностическое значение имеет клинический анализ крови: ускоренная РОЭ и нормальное или несколько уменьшенное количество лейкоцитов.

Мазки готовят из отделяемого уретры, парауретральных ходов (см.), шейки матки (см.), бартолиновых желез (см.), а в случае необходимости берут мазки из прямой кишки. Материал берется до применения различных лечебных препаратов и до местной терапии. У подозрительных на гонорею больных следует проводить бактериоскопические и бактериологические исследования после комбинированных методов провокации (см.). При отрицательных результатах исследования необходимо взять отделяемое непосредственно до и в первые 2—3 дня менструации, что рассчитано на выявление гонококка в глубоких десквамированных клетках эпителия.

Провокация гонореи (см. также стр. 267). Искусственное обострение воспалительного процесса для обнаружения гонококков: 1) химический способ раздражения слизистой оболочки: смазывают уретру 1—2%, шеечный канал матки—2—5% раствором ляписа или люголевским раствором на глицерине. Прямую кишку смазывают раствором Люголя; 2) биологический способ: с помощью внутримышечного введения гоновакцины в количестве 500 млн. микробных тел; 3) пищевой способ: прием соленой, острой пищи и пива; 4) термический способ: с помощью прогревания диатермическим током (30 минут в 1-й день, 40—50 минут во 2-й и 60 минут в 3-й; мазки берут через час после окончания сеанса). Женщинам рекомендуется надевать на шейку матки на 24 часа алюминиевый колпачок и скопившееся отделяемое подвергать бактериологическому и бактериоскопическому исследованию; 5) гормональный способ: внутримышечные инъекции синэстрола по 10 мг (0,5 мл 2% масляного раствора) на протяжении 3 дней. Отделяемое из шеечного канала матки и уретры исследуют ежедневно. Синэстрол противопоказан во время менструации и при воспалении придатков матки.

Целесообразнее пользоваться комплексными методами провокации, например химический комбинировать с биологическим, с пищевыми раздражениями. Применять провокацию надо после окончания менструации.

Можно использовать провокацию путем введения в шейку матки собственной крови больной. Проводят длительную вагинально-сакральную (по 30—40 минут) диатермию через день 4 сеанса и через 1—2 часа по окончании сеанса берут выделения для исследования. Лучше до начала диатермии надевать на шейку на 24 часа колпачок Кафка и скопившиеся выделения брать для бактериологического и бактериоскопического исследования.

Метод облучения шейки матки влагалищной ртутно-кварцевой горелкой в течение 2—10 минут (см.).

Гонорею необходимо дифференцировать с трихомонозом (см.) и микотическим поражением, вызываемым дрожжеподобным грибом рода кандиды (см.).

После установления диагноза гонореи необходимо выявить источник инфекции, заполнить карту по форме № 280 и сообщить в венерологический диспансер об источнике инфекции для привлечения его к лечению. Необходимо также привлечь к обследованию членов семьи заболевшей женщины (конфракция).

Лечение. Общие принципы лечения гонореи заключаются в воздействии на инфекцию путем применения антибиотиков или сульфаниламидных препаратов, в повышении реактивности организма путем применения иммунотерапии и методов местного воздействия.

Методика лечения гонореи антибиотиками

Название антибиотика и методика его применения	Дозы	
	Острая гонорея нижнего отдела мочеполовой системы у женщин и девочек	Острая восходящая, торпидная и хроническая гонорея
<p>Пенициллин вводят по 100 000—200 000 ЕД с интервалом 3—4 часа (в физиологическом растворе или в 0,5% растворе новокаина) или по 300 000 ЕД с интервалом 6—8 часов (в 0,5% растворе новокаина). Детям вводят разовыми дозами в зависимости от возраста по 50 000—100 000 ЕД с интервалом 3—4 часа. Курсовые дозы у детей должны быть те же, что и у взрослых</p>	<p>Курсовые дозы 800 000—1 000 000 ЕД или 600 000 ЕД +15 г норсульфазола (по 1 г 5 раз в день)</p>	<p>Не менее 1 500 000 ЕД в зависимости от остроты и тяжести процесса. При хронической гонорее целесообразно вводить в толщу шейки матки 200 000 ЕД и под слизистую оболочку уретры 100 000 ЕД с одновременными внутримышечными инъекциями</p>
<p>Пенициллин с собственной кровью больной: 300 000 ЕД пенициллина растворяют в 1 мл физиологического раствора, затем в этот же шприц набирают 5 мл крови и вводят внутримышечно. Интервалы между инъекциями в 12 часов</p>	<p>800 000—1 000 000 ЕД или 600 000 ЕД пенициллина +15 г норсульфазола</p>	<p>Днем вводят пенициллин в физиологическом растворе, а на ночь с собственной кровью Доза та же</p>
<p>Экмоновоциллин вводится двухмоментно: вводят иглу в наружноверхний квадрант ягодицы; если крови нет, вводят препарат по 300 000 ЕД через 12 часов</p>	<p>1 200 000 ЕД</p>	<p>2 000 000 ЕД и больше в зависимости от длительности процесса</p>

Название антибиотика и методика его применения	Дозы	
	Острая гонорея нижнего отдела мочеполовой системы у женщин и девочек	Острая восходящая, торpidная и хроническая гонорея
Бициллин-1, бициллин-3 по 600 000 ЕД через 24 часа	1 200 000 ЕД	Не менее 3—4 инъекций по 600 000 ЕД через 24 часа

Примечание. Больным тяжелой формой восходящей и длительной хронической гонореей показано комбинированное применение антибиотиков.

Сульфаниламидные препараты

Белый стрептоцид 0,5 г 6—8 раз в день в течение 10 дней. Одновременно местное лечение	30 г	Комбинировать с антибиотиками
Норсульфазол 1 г 5 раз в день, ночной перерыв 7 часов. Одновременно местное лечение	15—20 г	То же

При назначении лечения следует руководствоваться общим состоянием организма, особенностью течения процесса, его длительностью, анатомо-физиологическими особенностями пораженного органа.

Больной дается наставление в отношении личной гигиены, запрещается половая жизнь, тяжелая физическая работа, верховая езда, езда на мотоцикле и т. п. Рекомендуется следить за регулярностью отправления кишечника.

В острой стадии гонорей нижнего отдела мочеполового тракта у женщин лечение следует начинать с применения пенициллина или другого антибиотика (табл. 23). Местное лечение при этом не применяют.

При отсутствии антибиотиков следует назначить сульфаниламиды одновременно с местным лечением. В случаях неуспешности первого курса пенициллинотерапии надо назначить другой антибиотик.

Иммунотерапевтические средства применяются следующим образом: 1) при острой восходящей гонорее аутогемотерапия 5—10 мл через 1—2 дня. 4—5 процедур; 2) при свежей торpidно текущей и хронической гонорее поливалентная гонококковая вакцина в начальной дозе 200—300 млн. микробных тел. Интервал между инъекциями

**Местное лечение при гонорее нижнего отдела
мочеполового тракта у женщин**

Форма заболевания	Стадия заболевания	
	острая и подострая	хроническая
Гонорея уретры	Глубокое промывание (после предварительного мочеиспускания) + инстилляция 1—2% раствора протаргола. При подостром процессе инстилляцией 0,5—1% раствора ляписса или 3—5% раствора протаргола	Туширование уретры 1% ляписом через день. Наполнение мочевого пузыря раствором марганцовокислого калия 1:6000 + массаж уретры. После опорожнения мочевого пузыря смазывание уретры чистым ихтиолом или 1% люголевским раствором 8—12 раз через 1—2 дня в зависимости от местной реакции
Парауретрит	Горячие сидячие ванночки из раствора марганцовокислого калия 1:8000 или ромашки (1 столовая ложка на 2 стакана кипятка). Местная аутогемотерапия	Прижигание парауретральных ходов зондом с напаянным ляписом или электрокоагуляция
Вульвит	Сидячие ванночки из ромашки (1 столовая ложка на 2 стакана воды) или из раствора марганцовокислого калия 1:8000 температуры 37°. При подостром процессе смазывание 10% раствором протаргол-глицерина. Коагуляция или выскабливание острой ложечкой остроконечных кондилом	Выжигание мелких железок преддверия (ляпис, диатермокоагуляция). Хирургическое удаление остроконечных кондилом

Форма заболевания	Стадия заболевания	
	острая и подострая	хроническая
Бартолинит	<p>Сидячие ванночки, как при вульвите (10—15 минут 1—2 раза в день). Местная аутогемотерапия (инъекция 1—2 мл крови над выводным протоком железы и под ним). Псевдоабсцесс вскрыть (разрез 2 см длины), очистить полость, смазать йодной настойкой, затампонировать турундой с белым стрептоцидом</p>	<p>Местная аутогемотерапия. При рецидивирующих псевдоабсцессах экстирпация протока и железы</p>
Эндоцервицит	<p>Влагалищные ванночки с 3% раствором протаргола. Вагинальные шарники: протаргола 1,5 г, белого сахара 4 г, молочного сахара 3 г, масла-какао 1 г. При подострой гонорее: после вагинальной ванночки с перекисью водорода влагалище вытереть сухо и вложить тампон с 10% раствором протаргола в глицерине на 24 часа. В подострой стадии внутримышечное (на глубину 1,5 см) смазывание 1% раствором Люголя на глицерине или 2—3% раствором ляписа один раз в 3—4 дня</p>	<p>Ванночки с 2% раствором ляписа через 3—4 дня, при фолликулярной эрозии прижигание кристаллическим марганцовокислым калием один раз в 2 недели (зонд с ватой смазывают вазелином и обмакивают в порошок). Диатермокоагуляция эрозии и ретенционных кист шейки матки или вскрытие кист скальпелем</p>

Форма заболевания	Стадия заболевания	
	острая и подострая	хроническая
Проктит	Микроклизма (50 мл 1% раствора протаргола) через день. Свечи с белладонной 0,015 г 2—3 раза в день	Микроклизмы с 3% раствором протаргола. Прижигание эрозий с помощью ректального зеркала 5—10% раствором ляписа. Региональное введение в подслизистую оболочку прямой кишки гонокковой вакцины (50—100 млн. микробных тел). Через 2—3 дня 3—4 инъекции.

2—3 дня в зависимости от реакции (температурной, общей, очаговой); в соответствии с последней увеличивают дозу. Всего 4—5 инъекций. Получение высокой температуры не обязательно для успеха терапии. Вакцинотерапию можно заменить инъекциями молока, которое кипятят в пробирке в течение 5—10 минут и вводят внутримышечно. Начальную дозу 2 мл увеличивают до 5 и 10 мл. Интервал 2—3 дня. Всего 4—5 инъекций.

При восходящей гонорее в острой стадии назначают антибиотики. Больную необходимо госпитализировать или назначить постельный режим дома.

При остром воспалении брюшины назначают свечи с белладонной, лед на 30—60 минут с перерывом 3 часа до исчезновения явлений раздражения брюшины (симптом Щеткина—Блюмберга).

Нераздражающая диета, обильное питье. Внутрь 10% раствор хлористого кальция по 1 столовой ложке 3—4 раза в день.

При кровотечениях назначают викасол по 0,01 г 3 раза в день в течение 3—4 дней с перерывом 4—5 дней, после чего курс можно повторить. Аутогемотерапия по 5—10 мл через 1—2 дня, всего 3—4 раза.

При длительном кровотечении рекомендуется «лаковая кровь» (в шприц набирают 7 мл стерильной дистиллированной воды, затем в него же насасывают из локтевой вены 3 мл крови, вводят внутримышечно в верхний наружный квадрант ягодицы; в последующие дни количество воды уменьшают, а количество крови увеличивают на 1 мл; всего 10 инъекций)

Лечение спорыньей противопоказано, так как препарат вызывает сокращение мускулатуры матки.

При стихании процесса назначают на низ живота согревающий компресс с вазелиновым маслом или вазелином на 2 суток.

Необходимо следить за регулярностью опорожнения кишечника. При запорах ежедневно утром натощак назначают по 1 чайной ложке вазелинового масла или перед сном $\frac{1}{2}$ стакана настоя трав (коры крушины 1 столовую ложку, корня валерианы 1 столовую ложку и листьев мяты 2 столовые ложки смешать, заварить 500 мл кипятка и настоять в водяной бане в течение часа). Можно рекомендовать микроклизмы из 70 мл прокипяченного растительного масла.

При подостром восходящем процессе рекомендуются грелки на низ живота, облечение кварцем, затем при наличии нормального количества лейкоцитов в крови, даже при РОЭ 50 мм в час можно назначить ионизацию с хлористым кальцием 5—10 сеансов, после чего ионизацию с йодистым калием.

При хроническом процессе проводят диатермию (расположение электродов абдоминально-вагинально-сакральное), при показаниях — озокерито- и грязелечение.

При гонорее у беременных антибиотики применяют по схеме. Противопоказана вакциноterapia в больших дозах, вызывающих бурную реакцию. Начальная доза 100 млн. бактериальных тел; внутримышечные процедуры.

Местное лечение уретры, бартолиновых желез, прямой кишки проводят так же, как у небеременных, исключая глубокие промывания уретры и массаж ее.

Местная аутогемотерапия бартолинита не применяется.

Местное лечение пораженной уретры, бартолиновых желез и прямой кишки разрешается возобновить сразу после выписки женщины из родильного дома. Местное лечение шейки матки можно проводить спустя 5—6 недель после родов, а в случае аборта — не ранее 10 дней после операции.

Лечение гонорей у девочек см. «Гинекология детского возраста».

Критерий излеченности гонорей. Под установленным излеченности имеется в виду наступление момента, когда исчезают гонококки из организма и больной перестает быть источником заражения. Отсутствие гонококков в выделениях не всегда говорит о выздоровлении больной (гонококки могут находиться в закрытых очагах). В целях выявления гонококков через 7 дней после лечения применяются провокации (см. «Провокация гонорей»).

Лучшие результаты дает комбинированная провокация, т. е. одновременно проводится химическая, биологическая и термическая провокация (при отсутствии противопоказаний).

Через 24—48—72 часа после провокации берут для микроскопического исследования мазки из уретры, цервикального канала и прямой кишки. В сомнительных случаях следует проводить посев отделяемого.

Реакция Борде — Жангу для установления излеченности гонорей не имеет практического значения, так как в течение нескольких лет она может оставаться положительной.

Женщин отпускают до очередной менструации, во время которой берут мазки, а по окончании ее делают комбинированную провокацию и опять 3 дня берут мазки из уретры, шейки матки и прямой кишки. Такое обследование производят в течение 3 менструальных циклов. При благоприятных результатах больную снимают с учета.

Если источник инфекции не выявлен, больные должны находиться под наблюдением в течение 6 месяцев с повторным (2—3 раза) исследованием крови на реакцию Вассермана.

ДИСГЕРМИНОМА см. Гинекология детского возраста.

ДИСМЕНОРЕЯ (альгодисменорея) — болезненные менструации. Могут быть боли только в области половых органов и разнообразные боли в области тазовых органов, пояснице.

Этиология. Воспалительные заболевания половых органов, инфантилизм, функциональные расстройства нервной системы, нарушения обмена стероидных гормонов, вегетодистония, переутомление. В результате резко повышается тонус матки в предменструальный период и в начале менструации. Иногда дисменорея наступает в результате рубцовых изменений в матке, препятствующих свободному оттоку менструальной крови.

Симптомы. За 1—2 дня до наступления менструации появляются тупые тянущие боли внизу живота, иногда в пояснице. С началом менструации они усиливаются и исчезают на 2—3-й день. Нередко боли имеют схваткообразный характер. Отмечается общая слабость, депрессия, головные боли, плохой аппетит, иногда рвота. В отдельных случаях боли продолжают во время всей менструации и носят острый характер.

Различают первичную дисменорею, когда не выявлены анатомические изменения в тазовых органах (наблюдается обычно с первой же менструации) и вторичную в результате патологических изменений в тазовых органах (аденомиоз, воспалительные изменения, пороки развития и т. д.). Особый вид представляет перепончатая дисменорея, когда после резких схваток выделяется в виде пласта функциональный слой эндометрия.

Лечение индивидуальное. Прогестерон за 5—7 дней до начала менструации ежедневно по 5—10 мг. При гипоплазии матки с 8—10-го дня менструального цикла внутримышечные инъекции 1 мл 0.1% раствора эстрадиола или же этинил-эстрадиол внутрь по 0.05 мг один раз в 2 дня в течение первой половины менструального цикла до 16—18-го дня, а затем прогестерон по 5 мг ежедневно в течение 6—8 дней. Иногда хорошие результаты получаются при введении в носовые раковины тампончиков, смоченных раствором новокаина (воздействие на точки Флисса). Свечи (экстракт белладонны—0,02 г, папаверин—0,02 г, амидопирин—0,3 г), аспирин по 0,5 г. Андаксин по одной таблетке 2—3 раза в день. При воспалительном процессе, аденомиозе лечение основного заболевания.

С целью подавить овуляцию с 5-го по 20-й день цикла этинил-эстрадиол по 0,05 мг ежедневно. Такая терапия допустима в течение 1—2 месяцев.

ЗУД ВУЛЬВЫ наблюдается при многих общих и местных болезнях (диабет, недостаточность щитовидной железы, грибковые заболевания, глистная инвазия и др.) Может наблюдаться и как самостоятельное заболевание, что связывают с нервно-трофическими расстройствами.

Наблюдается у женщин преимущественно в климактерическом периоде на фоне недостаточности функции яичников. Может быть очень упорным, продолжаться месяцами и годами. Является причиной расчесов, ссадин и т. д.

Диагноз. Исключить кольпит, трихомоноз, грибковые заболевания, диабет, исследовать функцию яичников, щитовидной железы.

Лечение. Особое значение имеет соблюдение правил гигиены. Женщина должна подмываться теплой кипяченой водой утром и вечером, лучше настоем ромашки, заваривая из расчета 2 чайные ложки на стакан воды.

Назначается диетотерапия. Эффективны смазывания зудящих участков вульвы гидрокортизоном, преднизолоном или оксикортом. В условиях стационара можно применить блокаду—инфильтрацию кожи наружных половых органов 0,25% раствором новокаина. В упорных случаях инфильтрируют метиленовой синью по прописи: метиленовой сини 0,2 г, новокаина 0,5 г, дистиллированной воды 100 г, в количестве не свыше 25 мл на инъекцию. Введение сини болезненно. В отдельных случаях хороший эффект дают рентгенотерапия, психотерапия.

При диабете, дисфункции яичников, щитовидной железы соответствующая нейро-гормональная терапия. В особо упорных случаях прибегают к хирургическому вмешательству (иссечение пудендального нерва).

ИНФАНТИЛИЗМ ПОЛОВОЙ. Остановка в развитии в основном половой системы. При этом в зрелом возрасте обнаруживаются анатомические и функциональные особенности, свойственные детскому или юношескому возрасту (см. также Гинекология детского возраста).

Диагноз. Различают гипопластическую (нормальной формы, но уменьшенное в размерах тело, короткая шейка) и детскую матку (тело матки маленькое, шейка очень длинная с конической влагалищной частью и точечным зевом). Менструации поздно наступают, скудные, болезненные. Малые и большие половые губы недоразвиты, промежность корытообразная, влагалище узкое, короткое, трубы извиты, удлиненные.

У таких женщин отмечаются бесплодие, выкидыши, понижение или отсутствие полового чувства.

Распознавание облегчает гистеросальпингография.

Лечение. Гормонотерапия по показаниям: при гипофункции яичников — эстрогены, при алигодисменорее — прогестерон в сочетании с общеукрепляющим лечением, витамины (В₆), спорт, туризм, физкультура, рациональное чередование отдыха и труда. Усиления кровообращения в половой системе можно добиться назначением физиотерапевтических процедур (влагалищная диатермия, индуктометрия или озокерит, грязелечение).

КАРЦИНОСАРКОМА МАТКИ — редко встречающееся новообразование, отличающееся особой злокачественностью.

Карциносаркома — сложная опухоль, где раковые и саркоматозные элементы могут наблюдаться как независимые образования, а также могут быть перемешаны клеточные элементы обеих опухолей.

Симптомы. Не связанные с менструальной функцией кровянистые выделения, которым обычно предшествуют обильные влагалищные выделения гнойного характера. Источник кровотечения — множественные, полипoidные, хрупкие, легко кровоточащие некротические массы, расположенные на слизистой оболочке матки. Метастазирование происходит обычно гематогенным путем, только раковыми или только саркоматозными элементами.

В запущенных случаях болезни полость таза и вся брюшная полость могут быть заполнены опухолевыми массами, наблюдаются нарушения мочеиспускания и дефекации и т. д.

Диагноз Выскабливание слизистой оболочки тела матки и гистологическое исследование соскоба.

Лечение. Удаление матки с придатками и последующее лучевое лечение, химиотерапия (см. также «Рак половых органов»).

КИСТА БАРТОЛИНОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ см. Бартолинит.

КИСТА ГАРТНЕРОВА ХОДА. Располагается на переднебоковой стенке влагалища, туго-эластической консистенции, на широком основании Иногда может нагнаиваться. В последнем случае, если она вскрывается во влагалище, больная начинает страдать длительными, не поддающимися медикаментозному лечению гнойными белями.

Диагноз труден Дифференциальный диагноз должен быть проведен с цистоцеле, которое исчезает при вправлении.

Киста гартнерова хода и после вправления хорошо пальпируется.
Лечение — хирургическое.

КИСТЫ И КИСТОМЫ ЯИЧНИКОВ. Киста яичника—образование в нем полости и накопление в последней секрета. Содержание, строение и толщина стенок, размеры кисты разнообразны в зависимости от причин, вызвавших ее образование, локализации, особенностей кровоснабжения и т. д. Это ретенционные образования, а не истинные опухоли. Они увеличиваются за счет жидкого содержимого.

Фолликулярные кисты иногда связаны с воспалительным процессом и наличием спаек, окружающих яичник. В большинстве случаев этиология этих кист остается неясной, так как часто воспалительные явления отсутствуют.

Кисты желтого тела. В желтом теле скапливается жидкость, нередко кровянистая. Образование размером с грецкий орех, куриное яйцо.

Кисты текалютеиновые достигают величины гусиного яйца, обычно двусторонние. Образуются при пузырьном заносе, но нередко при двуручном исследовании не выявляются. Чаще диагностируются в ближайшие дни после рождения пузырьного заноса, когда в ряде случаев даже через брюшные покровы определяются большие двусторонние кисты.

Текалютеиновые кисты подвергаются обратному развитию, и в течение нескольких недель яичники принимают свои нормальные размеры.

Паровариальные кисты исходят из эмбриональных остатков, располагаются рядом с неизменным яичником. Эти кисты редко достигают значительных размеров

Тубоовариальные кисты образуются в результате слияния гидросальпинкса и фолликулярной кисты.

Течение и симптомы Обычно кисты протекают бессимптомно. Подвижные кисты на ножке могут перекрутиться. При пальпации они производят впечатление гладких туго-эластических образований, обычно расположенных сбоку от матки.

Лечение При простой кисте небольшого размера больная нуждается только в наблюдении. Такие кисты могут существовать

много лет, не причиняя никаких болей. Но часто трудно определить, имеется ли простая киста или истинное новообразование. При полорождении на бластому показана операция. Разграничение этих процессов чрезвычайно важно, но нередко затруднительно. Необходимо наблюдение в течение некоторого времени, прежде чем прийти к определенному заключению.

Кистомы. Псевдомуцинозные кистомы. Содержащийся в кистах секрет напоминает мушин—тягучий, густой, желтого цвета, иногда с коричневым оттенком. Эти опухоли—самые частые среди истинных новообразований яичника.

Многокамерные кистомы образуются из железистых формаций, которые выстланы эпителием, напоминающим эпителий желез шейки матки и кишечника. Эпителлиальные клетки обладают способностью быстро пролиферировать снаружки (эвертирующий рост)

Симптомы. Псевдомуцинозные кистомы чаще односторонние, в большинстве случаев растут на ножке. Вначале киста располагается в малом тазе, по мере роста выходит из него. Псевдомуцинозные кистомы, как и большинство других кист, обычно свободно смещаются в брюшной полости. Иногда больная сама отмечает, что у нее что-то перемещается в брюшной полости. Псевдомуцинозные кистомы обладают способностью быстро расти и могут достигать больших размеров. Чаще всего встречаются у женщин зрелого возраста. Вначале какие-либо симптомы отсутствуют. Больная чувствует себя здоровой, только постепенно появляется чувство тяжести в животе.

Лечение. оперативное.

Киста серозно-папиллярная растет медленно, в большинстве случаев двусторонняя. При гистологическом исследовании на внутренней поверхности кистомы определяются сосочки, покрытые мерцательным эпителием, очень похожим на эпителий слизистой оболочки маточных труб, поэтому некоторые авторы называют эти кистомы сальпингиомами. Сосочковые образования в кистах могут быть в виде плотных бородавок небольших размеров. В других кистах вся полость заполнена разрастаниями в виде мха, очень нежными, хрупкими, ломкими. Это резко пролиферирующие сосочковые кистомы.

Сосочковые образования не только растут внутри кистомы, но могут прорасти наружу через капсулу опухоли, оторваться и имплантироваться на брюшине, мочевом пузыре, в дугласовом пространстве.

Сама по себе сосочковая кистаденома не дает метастазов, но в ней может развиться рак яичника. Поэтому сосочковые кисты должны быть отнесены к предраковым состояниям. Они нередко вызывают асцит.

Диагноз. Приходится дифференцировать с гидросальпингитом, аднекстумором и придатковым воспалительным инфильтратом. Киста имеет более гладкую поверхность, туго-эластическую консистенцию, аднекстумор более завуалирован. Важно тщательно собрать анамнез, установить, были ли повышения температуры. При воспалительном процессе под влиянием лечения придатковый инфильтрат уменьшается.

Воспалительные заболевания придатков в менопаузе встречаются редко, поэтому у больных пожилого возраста прежде всего нужно помнить о возможности ракового новообразования.

Дифференциальный диагноз между опухолью яичника и внематочной беременностью обычно трудностей не представляет. Киста

яичника имеет более гладкую поверхность, туго-эластическую консистенцию. При внематочной беременности контуры расплывчаты.

Дифференциальный диагноз между опухолью яичника и опухолью кишечника (сигмовидной кишки) приходится проводить в том случае, когда опухоль располагается высоко, нижний полюс ее при влагалищном исследовании не достигается.

Чтобы не смешать кистому яичника с беременностью, нужно учесть наличие признаков беременности, осмотреть молочные железы (есть ли молозиво?), проверить пигментацию белой линии живота, прослушать сердцебиение плода, поставить реакцию на гонадотропные гормоны.

Часто приходится проводить дифференциальный диагноз между опухолью яичника и миомой матки, так как при кистоме больших размеров отдельно контурировать матку иногда не удается. В этих случаях нужно учитывать анамнестические данные. Миома очень часто сопровождается гиперменореей, в большинстве случаев растет только при функционирующем яичнике, в менопаузе миома начинает уменьшаться, поэтому если опухоль обнаружена в менопаузе, нужно думать о кистоме яичника. Если остается сомнение в диагнозе, рекомендуется лапароскопия, пневмоперитонеум (см. стр. 453) либо операция.

Иногда с целью диагностики проводят исследования с помощью ультразвука.

Нагноение в кистоме яичника. Обычно киста протекает при нормальной температуре, повышение температуры наблюдается при перекруте ножки, а также при присоединившейся инфекции; может быть гектического характера. Часто появляются боли. После перекрута целостность покрывающих ее поверхность слоев эпителия нарушается, возникают спайки с кишечником.

Лечение оперативное.

ПЕРЕКРУЧИВАНИЕ НОЖКИ КИСТЫ ЯИЧНИКА. Причиной перекручивания может быть резкое изменение положения тела больной, например быстрый поворот туловища с внезапной его остановкой, разница давления в сосудах ножки опухоли и др. Различают частичное, полное, многократное, постепенное, внезапное перекручивание.

Клиническая картина зависит от характера перекрута. При перекруте опухоли в ней нарушается кровообращение: прекращается венозный отток крови, а артериальная кровь продолжает поступать — происходит венозный застой. Отмечается отек опухоли, кровоизлияния в ее паренхиму. Тонкостенная опухоль может разрываться. При этом возникает кровотечение в брюшную полость; иногда может наступить омертвление опухоли.

Симптомы. Заболевание обычно начинается остро: появляются сильные боли в животе, пояснице, тошнота, иногда рвота; живот вздут, газы и стул часто задержаны. Температура тела в начале заболевания остается нормальной.

Больная беспокойна, на лице появляются капли холодного пота, пульс учащен. Если имеется внутрибрюшное кровотечение, отмечается бледность кожных покровов, падает артериальное давление.

При пальпации живота определяется опухолевидное болезненное образование. При осмотре эта половина живота выбухает. Опре-

деляется ригидность брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины. Перкуторный звук над опухолью притуплен.

Данные влагалищного исследования свидетельствуют о наличии опухоли, чаще округлой формы, эластической консистенции, ограниченной подвижности, болезненной при пальпации. Указания анамнеза на наличие опухоли подтверждают диагноз перекрута.

Указанные симптомы заболевания нередко возникают и при других заболеваниях — нарушенной внематочной беременности, кровотечениях из яичника (см. стр. 50), остром аппендиците, кишечной непроходимости, остром воспалении придатков матки, почечной колике и др., поэтому диагностика перекручивания ножки опухоли иногда затруднена.

При остром аппендиците, особенно тазовой его форме, боль нередко локализуется над лонным сочленением. Нарушается функция мочеиспускания. При влагалищном исследовании со стороны внутренних половых органов отклонений от нормы не отмечается. Наличие в анамнезе опухоли придатков, а также данные влагалищного исследования помогают исключить острый аппендицит.

Острая кишечная непроходимость (ущемления или заворот кишок) характеризуется внезапным началом заболевания. Боли очень сильные. Значительное ущемление кишечника может характеризоваться картиной шока; появляется рвота. В отличие от перекрута ножки опухоли наблюдается неравномерное вздутие живота, передвигающаяся перистальтическая волна, урчание. Отмечается умеренная ригидность мышц брюшной стенки. Непостоянным симптомом является отсутствие газов и стула.

Для почечной колики характерны острые боли в пояснице, которые иррадируют по ходу мочеточника и отдают в наружные половые органы, позывы на мочеиспускание, положительный симптом Пастернацкого.

При остром воспалении придатков матки бывает высокая температура тела. При влагалищном исследовании определяются увеличенные, спаянные с маткой болезненные придатки, матка ограничена в подвижности.

Менее трудно исключить асцит и беременность (следует иметь в виду возможность ущемления в малом тазе ретрофлексированной беременной матки, а также наличие ущемленной грыжи, гематометры, пиометры или переполнения мочевого пузыря).

Лечение. Во всех случаях срочная госпитализация, а при подтверждении диагноза перекрута ножки опухоли — неотложная операция.

ПСЕВДОМИКСОМА ЯИЧНИКА — разновидность псевдомucoзной кисты. Состоит из массы железок, наполненных густым, тягучим содержимым и напоминает по структуре соты. Оболочка такой кисты легко разрывается, и слизистое содержимое может попасть в брюшную полость. Вследствие этого образуется большое количество спаек. Излившееся в брюшную полость слизистое содержимое инкапсулируется, сростается с кишечником.

Диагноз. Больших размеров опухоль хорошо контурируется, туго-эластической консистенции, с гладкой поверхностью, иногда волнистая (в связи с многокамерностью). Труднее диагноз при очень больших, гигантских кистах, которые приходится дифференцировать с асцитом брюшной полости, возникающим в связи с каким-

нибудь другим заболеванием. Оболочка псевдомуцинозной кисты может быть настолько тонкой, что не пальпируется. Если имеется большая камера, то может наблюдаться флюктуация. В этих случаях помогает перкуссия. При кисте в области пупка получается притупление, а при асците в этой области имеется тимпанит, который дают прилегающие петли кишечника. При асците данные перкуссии меняются при перемещении больной. Киста может быть принята за беременную матку. Дифференциальному диагнозу помогает отсутствие признаков беременности.

Лечение оперативное.

КЛИМАКС — переходный период в жизни женщины длительностью в среднем от 6 до 18 месяцев, в течение которого организм претерпевает возрастные инволюционные изменения. Нарушается менструальный цикл: менструации изменяются в ритме и интенсивности, становятся более скудными и постепенно прекращаются. Наиболее выражены возрастные изменения половых органов: слизистая оболочка влагалища становится тонкой, теряет эластичность; матка уменьшается в размерах, своды уплощаются.

Климакс наиболее часто наступает в возрасте 47—48 лет. Около 60% женщин не испытывают в этот период болезненных ощущений, не нуждаются в лечении. Рекомендуется более тщательно соблюдать правила личной гигиены (гигиены половых органов), правильный режим работы и отдыха, рациональное питание, возрастная гимнастика.

Климакс патологический (климактерический синдром) — расстройство функций различных органов и систем, возникающие у женщин в связи с возрастной инволюционной перестройкой организма. В патогенезе патологического климакса основное место занимают функциональные изменения высших отделов центральной нервной системы — коры и подкорковой области, обменные нарушения, нарушения функции эндокринной системы и т. д. Патологический климакс наблюдается примерно у 40% женщин.

Симптомы. Симптомы патологического климакса разнообразны: 1) вегетативно-сосудистые симптомы — приливы жара к голове, шее, груди, пот, мигрень, боли в области сердца; 2) нервно-психические симптомы — нервозность, повышенная раздражительность, утомляемость, депрессия, плаксивость, чувство страха, тахикардия, головокружения, нарушение сна; 3) эндокринные симптомы — нарушение функции яичников, щитовидной железы, коры надпочечников; нарушение обменных процессов (жирового, углеводного, водного), боли в молочных железах, гипертрихоз. Более редкие симптомы: крауроз, перестезия, инволюционные психозы, обменные артриты, экземы, запор, понос, дизурические явления. Перечисленные симптомы могут появляться еще до прекращения менструаций, но наиболее часто они возникают через 3—6—9 месяцев, а иногда и позднее после прекращения менструаций.

Условно различают: 1) гиперфолликулиновую; 2) гипофолликулиновую; 3) агормональную фазы климакса. Они не имеют четких границ и постепенно переходят одна в другую.

В гиперфолликулиновую фазу обычно усиливается фолликулярная функция яичников, нет фазы овуляции, не образуется желтого тела. В этот период наблюдаются: а) задержка менструаций на 1—3 месяца часто с последующими маточными кровотечениями, б) появ-

ление «приливов», жара, пота, головных болей и других сопутствующих климактерических симптомов. При влагалищном исследовании отмечается сочность слизистой оболочки влагалища, матка обычных размеров или несколько увеличена, плотновата (вследствие отсутствия периодического влияния прогестерона и относительной гиперэстрогении); III—IV или IV реакция влагалищного мазка, положительный феномен «зрачка», базальная температура монофазная. В соскобе обнаруживают слизистую тела матки в стадии пролиферации. Чаше отмечается железистокистозная гиперплазия. Постепенно гипофолликулиновая фаза переходит в гипофолликулиновую.

В гипофолликулиновую фазу обычно отмечают стойкое отсутствие менструаций, более или менее выраженные климактерические симптомы, появляются или усугубляются сопутствующие патологические симптомы.

При влагалищном исследовании слизистая оболочка влагалища бледная, складчатость сглажена, размеры матки уменьшены, своды уплощены. Цитологическая реакция влагалищных мазков III, III—II. Феномен «зрачка» отрицательный. В соскобе обнаруживают слизистую тела матки в стадии пролиферации или в атрофическом состоянии.

В агормональную фазу отмечается завершение инволюционных изменений переходного периода: климактерические симптомы постепенно исчезают, размеры матки значительно уменьшаются, во влагалищных мазках преобладают атрофические клетки; слизи в цервикальном канале нет. Наблюдается повышенная экскреция гонадотропинов.

Лечение обусловлено особенностями клинического течения.

а) Психотерапия. Прекращение менструаций — психическая травма для больной. Поэтому следует разъяснить, что климактерический период является переходным и в этот период жизни организм приспосабливается к возрастным изменениям, а яйцники в течение длительного времени после прекращения менструаций сохраняют свою гормональную функцию. Женщины должны знать, что явления патологического климакса преходящи и не влекут за собой существенных болезненных изменений в организме. Психотерапия показана при всех формах патологического климакса.

б) Общеукрепляющее лечение, физические методы лечения. Если преобладают нервно-психические расстройства и нарушения обменных процессов, рекомендуются лечебная физкультура (см. стр. 182), теплые хвойные ванны, курортное лечение, прогулки на свежем воздухе.

в) Диетотерапия (ограничение острого, кислого, соленого, экстрактивных супов, мяса и т. д.). Пища рекомендуется в основном растительная — овощи, фрукты, салаты из сырых овощей. Особенно важна диетотерапия при ожирении или чрезмерном похудании. Примерная диета для ожирелых (на 1700—1500 калорий): хлеб (в основном черный) — 150—200 г, сахар — 2 куска, мясо, рыба, творог — 400 г, овощи — до 500 г, фрукты — до 1 кг. Исключить из пищевого рациона макаронные изделия, картофель, каши, изделия из теста, конфеты. При похудании необходимо рациональное высококалорийное питание.

г) Седативная терапия снижает возбудимость коры головного мозга, вегетативных центров, оказывает анальгезирующее и спазмолитическое действие, нормализует сон и функцию кишечника.

Рекомендуется: валериановый чай по $\frac{1}{4}$ стакана 2—3 раза в день, капли Зеленина по 25—30 капель 2—3 раза в день, бромвалериановая микстура по следующей прописи:

Rp. Inf. rad. Valerianae ex 12,0—240,0

Extr. fol. Menthae 4,0

Magnesiі sulfurici 1,0

Amidopyrini 0,6

Natrii bromati 1,0

Coffeini natrio-benzoici 0,4

DS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

При вегетативно-сосудистых расстройствах эффективны: белладон по 1 таблетке 2—3 раза в день в течение 2—3 недель или беллоид по 1 таблетке 2—3 раза в день в течение 2—3 недель.

Систематическое применение седативных средств приводит к значительному улучшению общего состояния, уменьшению, а иногда и исчезновению патологических климактерических симптомов. Седативная терапия показана при всех видах климакса.

д) Леч е н и е в и т а м и н а м и. Наиболее эффективно применение витамина А; среднесуточная доза 1,5 мг или 5000 ИЕ. Применяется в виде жидкого рыбьего жира (тресковый жир). Натуральный рыбий жир содержит в 1 г 350 ИЕ витамина А и 30 ИЕ витамина D₂ или в виде драже по 1—3 мг 1—2 раза в день в течение 2—3 недель. Применение витамина А с лечебной целью рекомендуется при следующих симптомах: нарушении зрения, сухости кожи и слизистых оболочек, кератитах, падении веса, повышенной утомляемости, пониженной сопротивляемости к инфекциям. Весьма эффективно применение витамина А при сенильных кольпитах.

Цитраль — по хмическому строению сходен с боковой цепью витамина А. Применяется в виде 1% спиртового раствора по 15—20 капель 2—3 раза в день в течение 7—10 дней. Наиболее эффективен при климактерических синдромах и гипертонической болезни.

Витамин В₁ (тиамин-бромгидрат) в виде внутримышечных инъекций 5% раствора по 1—2 мл ежедневно или через день или в порошках, драже, таблетках 2—3 раза в день (суточная доза до 12 мг). Рекомендуются при заболеваниях нервной системы, нарушении водного, углеводного обменных процессов, заболеваниях желудочно-кишечного тракта, невритах, функциональных заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

Витамин D₂ вместе с витамином А показан при сухости кожи, нарушении кальциевого обмена, некоторых кожных заболеваниях.

Витамин Е (токоферол) применяется в жидком виде — по 1 чайной ложке в день (масляный раствор витамина Е содержит от 0,3 до 2% токоферола) или в виде инъекций по 0,1—0,2 г в 1 мл 2 раза в неделю в течение 3—6 недель. Витамин Е обладает способностью нормализовать гонадотропную функцию, особенно функцию гипофизарно-диэнцефальной системы, уменьшать проницаемость капилляров. Оказывает благоприятное действие при нарушении кровообращения.

Особенно эффективно применение комплекса витаминов А, В, С, D, Е.

Эффект зависит от особенностей клинического течения заболевания и реакции организма на лечение. При появлении тошноты, кож-

ного зуда, ухудшении общего состояния прием витаминов следует прекратить.

е) Гормональная терапия — наиболее действенный метод лечения. Выбор гормональных препаратов, а также доза и длительность их применения должны быть обусловлены характером изменения гормональной функции яичников. При этом практическое помогает выявление фаз климактерического периода, которое определяется изучением особенностей клинического течения и данных обследования (функциональная диагностика).

Гормональная терапия в гиперфолликулиновой фазе климакса:

1) В период задержки менструаций проводятся внутримышечные инъекции прогестерона по 5—10 мг ежедневно в течение 6—8 дней или 6—9 таблеток прегнина под язык ежедневно в течение того же времени. Инъекции прогестерона или прием прегнина следует начинать через 18—20 дней после начала последней менструации или кровотечения, проводить периодически в течение 2—6 месяцев, пока не исчезнут климактерические симптомы. Кровянистые выделения типа менструаций обычно появляются через 2—5 дней после окончания инъекций прогестерона или према прегнина. Вводить прогестерон или назначать прегнин целесообразно при положительном феномене «зрачка». Нередко даже после 1—3 курсов лечения прогестероном или прегнином на 5—6 месяцев совершенно исчезают климактерические симптомы и нормализуется менструальный цикл.

2) В период маточных кровотечений до начала гормонального лечения рекомендуется диагностическое выскабливание слизистой оболочки тела матки (исключить органические заболевания матки, определение функционального состояния ее слизистой оболочки). При отсутствии такой патологии, как миома, полипы, эндометрит, рак, проводят периодическое лечение прогестероном, как указано выше. При наличии миомы, кисты, полипов, мастопатии, а также женщинам старше 50 лет проводят лечение андрогенными препаратами: 1, 2,5 или 5% раствор тестостерон-пропионата внутримышечно 1—2—3 раза в неделю по 1 мл. В среднем лечение проводится на протяжении 1—3 месяцев (пока не исчезнут патологические явления климактерического синдрома). При рецидиве патологических климактерических симптомов лечение следует повторить.

Периодическое лечение прогестероном в гиперфолликулиновую фазу климакса физиологично, так как восполняет отсутствующий в организме прогестерон и действует регулирующим образом на гонадотропную функцию гипофиза, обеспечивает физиологическое чередование действия на организм и половую систему эстрогенов и прогестерона.

Если климактерический синдром развился после 49—50 лет, следует применять комбинацию двух гормонов — эстрогенов и андрогенов, при этом исключается появление нежелательных в таком возрасте пролиферативных процессов: 1 мл 0,1% раствора эстрадиола и 1 мл 1, 2,5 или 5% раствора тестостерон-пропионата (в одном шприце) 2—3 раза в неделю в течение 3—5 недель. Интервалы между инъекциями удлиняют постепенно до 5—7 дней. Повторно курсы лечения гормонами назначают при рецидиве климактерического синдрома.

Инъекции эстрадиол-дипропионата можно заменять таблетками этинил-эстрадиола, синэстрола, октэстрола. Соответственно тестосте-

рон-пропионат можно заменить таблетками метилтестостерона, инъекции прогестерона — прегнином (сублингвально).

Эстрогены и андрогены вводятся в соотношении 1 : 25, у пожилых женщин (старше 50 лет) 1 : 40. Например, для женщины моложе 50 лет — 1 мг эстрадиола (1 ампула 0,1% раствора) и 25 мг тестостерон-пропионата (1 ампула 2,5% раствора) или 4—5 таблеток метилтестостерона.

При противопоказаниях к введению эстрогенных гормонов следует лечить только андрогенами: 1, 2,5 и 5% раствор тестостерон-пропионата внутримышечно, вначале через день, затем 2 раза в неделю, затем через 10, 12, 15 дней. В среднем на курс лечения 12—15 инъекций. Повторные курсы по показаниям.

Противопоказания к применению эстрогенных гормонов: миома матки, рецидивирующий полипоз эндометрия, опухоли и кисты яичников, кистозные мастопатии, любые опухоли (вне половой системы).

Противопоказания к применению андрогенных препаратов: гипертрихоз, отеки, акне, вирильный синдром, изменение голоса.

Противопоказаний к применению прогестерона нет.

В агормональную фазу климакса гормональное лечение обычно не проводится.

Гормональное лечение при патологическом климаксе следует сочетать с применением нейротропных средств.

Триоксазин и френолон особенно оказывают хороший эффект. Триоксазин и френолон применяют по 2 таблетки в день в течение 10—12 дней. Через 2 недели курс лечения можно повторить.

При климактерических маточных кровотечениях, если последние не поддаются гормональному или другому виду консервативного лечения или к таковым имеются противопоказания (при исключении других причин — подслизистая миома, гипертоническая болезнь и др.), эффективна рентгенотерапия (на область гипофиза).

Климакс и гипертония. Если климактерический период у гипертоников протекает патологически, следует одновременно проводить лечение климактерического синдрома (см. Лечение патологического климакса) и основного заболевания — гипертонии.

Показания и противопоказания к применению гормональных препаратов те же, что при лечении патологического климакса. При лечении значительно улучшается общее состояние, несмотря на то что артериальное давление остается повышенным.

Ухудшение общего состояния при гипертонии, развившейся в климактерическом периоде, обычно характеризуется повышением только максимального давления, носит нестойкий характер, не ведет к изменениям электрокардиограммы. В основе климактерической гипертонии лежат вазомоторные расстройства. При этих формах гипертонии гормональная терапия, направленная на нормализацию гормональных соотношений в организме, вполне эффективна.

Во время лечения гормональными препаратами необходим контроль (более тщательный) за артериальным давлением, чем при обычном течении климакса. Особенно показано сочетание гормональной терапии с применением нейротропных средств.

Климакс и тиреотоксикоз. Когда снижается функция половых желез, нередко проявляются выраженные патологические изменения функции щитовидной железы. Наиболее часто возникают тиреоток-

сикозы, реже обнаруживается понижение функции щитовидной железы и даже микседема. Это необходимо учитывать, так как ряд болезненных симптомов (тревожное состояние, бессонница, тахикардия, пот, похудание, ожирение, понижение работоспособности, раздражительность, вялость) возникает в результате заболевания щитовидной железой, а их относят за счет патологического климакса. Лечение климактерического синдрома при нарушении функции щитовидной железы не дает желаемого результата.

При обследовании женщин с патологическим течением климакса необходимо обращать внимание на состояние щитовидной железы и, если будут обнаружены изменения функции, проводить соответствующее лечение наряду с лечением патологического климакса.

Климакс и недержание мочи. Одним из наиболее неприятных симптомов климактерического периода и менопаузы является недержание мочи. При значительном уменьшении количества эстрогенных гормонов в организме понижается тонус сфинктера мочевого пузыря. Результатом этого являются различные дизурические явления (учащенное мочеиспускание, недержание мочи, боли при мочеиспускании). Эстрогенные гормоны повышают и усиливают тонус сфинктера и мышцы мочевого пузыря.

Лечение. Эстрогенная терапия оказывает весьма положительное действие. Доза и длительность применения эстрогенных гормонов должна быть обусловлена степенью недостаточности гормональной функции яичников. Лечение проводится под контролем реакции организма и половой системы на проводимое лечение. Прежде чем начать лечение дизурических явлений гормональными препаратами, следует исключить заболевания мочевого пузыря, уретры, почек. Если дизурические явления вызваны недостаточностью гормональной функции яичников, положительное действие оказывают инъекции фолликулина или эстрадиол-дипропионата (1 мл 1% раствора 2—3 раза в неделю на протяжении 3—4 недель, всего 8—12 инъекций). Показанием к повторным курсам лечения является рецидив дизурических явлений.

Климакс искусственный (менопауза искусственная) после удаления яичников или облучения рентгеновыми лучами.

Симптомы. Климактерический синдром (более или менее интенсивный) у большинства больных развивается через 2—4 недели после операции или облучения. Симптомы те же, что и при патологическом климаксе.

Лечение. Главным образом психотерапия, седативная терапия, витаминотерапия, общеукрепляющее лечение. Гормоны надо начинать только в крайних случаях, если климактерический синдром проявляется очень тяжело и патологические симптомы не снимаются другими видами лечения, и по тем же принципам, что и при лечении возрастного климакса. Не следует доводить до появления кровянистых выделений из матки в виде менструальноподобных выделений, даже если климактерический (посткастрационный) синдром появился у женщин молодого возраста.

Климакс ранний. Наряду с прекращением менструаций у женщин моложе 40—42 лет появляются симптомы патологического климакса («приливы», чувство жара, пот, головные боли, раздражительность, понижение работоспособности и т. д.).

Ранний климакс может наступить в результате различных гинекологических заболеваний (воспалительные процессы, кисты яични-

ков, миомы, аборт с последующим вовлечением в патологический процесс гипофизарно-диэнцефальной системы). Через некоторое время после прекращения менструации появляются признаки расстройств обменных процессов (ожирение или похудание), головные боли, понижение или повышение артериального давления и т. д.

Лечение (см. Лечение вторичной аменореи).

Ранний климакс может наступить также в результате первичного нарушения гипофизарно-диэнцефальной системы, инфекций, интоксикаций, травм, длительного охлаждения или перегревания. Вначале появляются признаки диэнцефально-гипофизарной патологии (головные боли, повышение артериального давления, ожирение или похудание, кризы, нарушение обменных процессов) и лишь через некоторое время прекращаются менструации и появляются типичные климактерические симптомы. Такие формы раннего климакса плохо поддаются лечению обычными методами, применяемыми для лечения патологического климакса или аменореи. Гормональная терапия малоэффективна. Применение гормональных препаратов приводит к временному улучшению и незначительному лечебному эффекту. Больные (и то не всегда) чувствуют себя несколько лучше только в период введения гормональных препаратов, после прекращения лечения все симптомы рецидивируют.

Больным с первично-диэнцефальной формой климакса необходимо специальное обследование и лечение в условиях неврологических учреждений.

КОЛЬПИТ (ВАГИНИТ) см. также Трихомоноз. Чаще вызывается смешанной флорой. Большое значение имеют нарушения овариальной функции, сопровождающиеся понижением кислотности содержимого влагалища.

Симптомы. Кольпит сопровождается обильными белями. При острых формах больная жалуется на резкую болезненность при половом сношении и влагалищном исследовании. Слизистая оболочка стенки влагалища инъецирована, ярко-красного цвета. В зависимости от интенсивности процесса имеется более или менее обильный серозно-гнойный секрет.

Серозно-гнойный (простой) кольпит вызывается смешанной гнойной флорой. Обильные серозные (вначале) и серозно-гнойные (в дальнейшем) выделения, зуд во влагалище и наружных половых органах. При осмотре в зеркале слизистая оболочка влагалища резко гиперемирована и отечна, покрыта гнойным отделяемым, местами изъязвлена.

Лечение. Сидячие ванны из настоя ромашки, антибиотики (пенициллин), после стихания острых явлений влагалищные спринцевания дезинфицирующими и вяжущими средствами (2% раствор соды, раствор перманганата калия 1 : 10 000, древесный уксус, 2—5% раствор протаргола).

Кольпит старческий. В менопаузе слизистая оболочка влагалища атрофируется, складки ее исчезают, своды сглаживаются. В эпителии снижается количество гликогена, изменяется бактериальная флора влагалища. При этих условиях легко возникают воспалительные процессы. Старческий кольпит может протекать вяло, не вызывая особых жалоб у больной. В других случаях появляются бели, гнойные или кровянистые. В этих случаях необходимо в первую очередь исключить рак матки.

Лечение состоит в применении спринцеваний с настоем ромашки, молочной кислоты (2 столовые ложки 50% раствора на 1 л кипяченой воды), тампонов с рыбьим жиром.

Кольпит аллергический возникает вследствие избирательного воздействия на слизистую оболочку влагалища различного характера невыясненной природы аллергенов. Чаще всего наблюдается у работниц химической, фармацевтической и текстильной промышленности.

Диагноз. При микроскопическом исследовании влагалищного отделяемого обнаруживаются клетки слизистой оболочки влагалища, эозинофильные клетки, скудная микрофлора, незначительное количество палочек Додерлейна. В отличие от кольпитов другой этиологии отсутствуют трихомонады и грибки, наблюдается скудная микрофлора.

Лечение комплексное: устранение аллергена, десенсибилизация организма — назначение кальция, пипольфена и антигистаминных средств (фенерган, антистин, аллерган и др.).

Кольпит эмфизематозный. Редкая форма кольпита, наблюдающаяся в большей части случаев у беременных, очень редко у небеременных и пожилых женщин. Заболевание имеет несколько названий: кистозная кольпогиперплазия, воздушные кисты, влагалищная эмфизема, эмфизематозный вульвовагинальный кольпит, очаговый кистоз, влагалищная псевдокистозная эмфизема.

Симптомы. Уплотнение слизистой оболочки влагалища, множественные пузырьки различного объема, переполненные газом. Может комбинироваться с другими заболеваниями влагалища.

Лечение. Протирание слабым раствором марганцовокислого калия стенок влагалища или 5—10% раствором ихтиола на глицерине.

КОНДИЛОМЫ ВУЛЬВЫ ОСТРЫЕ — сосочковые разрастания на коже наружных половых органов. Могут образовывать сплошную опухоль. Наблюдаются во влагалище и на шейке матки. Появляются обычно при белях, несоблюдении правил личной гигиены, часто у беременных. В отдельных случаях могут быть вирусного происхождения.

Симптомы. Вначале протекают бессимптомно. В дальнейшем вызывают ощущение наличия инородного тела, могут подвергаться омертвлению и нагноению. На месте отторгающихся тканей появляются изъязвления с гнилостным отделяемым и зловонным запахом.

Диагноз. Дифференциальный диагноз должен быть проведен с широкими кондиломами (сифилис). Как показывает само название, широкие кондиломы имеют вид бляшек, а острая кондилома — вид лепестков с заостренным концом.

Лечение острых кондилом заключается в их удалении — резании ножницами или лучше при помощи электрокоагуляции. Вмешательство требует обезболивания и должно проводиться в стационаре.

КРАУРОЗ ВУЛЬВЫ рассматривается как предраковое состояние.

Этиология. Возникает либо в результате хронического воспаления, либо в связи с нарушением функции яичников.

Симптомы. Постепенное сморщивание и атрофия наружных половых органов, вход во влагалище сужается, волосы на больших половых губах выпадают, кожа вульвы лишается пигмента. Жалобы

на зуд и сухость кожи, часто образуются трещины и изъязвления. Расчесы способствуют развитию вторичной инфекции (гноинки, лимфадениты). Поражение может захватить промежность и часть влагалища.

Лечение. Такое же, как при узде вульвы (см.). Крауроз, как и лейкоплакия, считается предраковым заболеванием, поэтому назначение эстрогенов нежелательно. Рекомендуются мази: мазь преднизолоновая или

Rp. Anaesthesini 3,0
Vitamini A oleosi gtt. XXX
Mentholi 2,0
Vaselini 60,0
MDS. Мазь

Подмывание слабым настоем ромашки.

В тяжелых случаях крауроза применяется вульвэктомия. Помимо облегчения субъективного состояния, операция показана как метод предупреждения рака.

КРОВОТЕЧЕНИЯ ВИКАРИРУЮЩИЕ. Наблюдаются у женщин молодого и среднего возраста, циклически через 21—28 дней, по 3—5 дней, в сроки менструаций, которые не появляются из матки.

Викарирующие менструации появляются из десен, носа, реже из легких, кишечника, симулируя туберкулез легких и язвенные заболевания желудка и кишечника.

Если викарирующие кровотечения необильны, то они не требуют специального лечения. Однако если при этом имеет место стойкое отсутствие менструаций, то необходимо обследовать больную для выявления этиологии и патогенеза аменореи (см «Менструальный цикл и его нарушения»), исключить туберкулез эндометрия

При пороках развития матки, когда менструальная функция практически невозможна, а гормональная функция яичников достаточно активна, лечение должно быть направлено на снижение гормональной функции яичников (андрогены в зависимости от возраста). Иногда за 1—2 дня до появления викарирующего кровотечения введение эстрогенов может оказать хороший эффект. Необходимо подобрать минимальную дозу.

КРОВОТЕЧЕНИЯ МЕЖМЕНСТРУАЛЬНЫЕ. У некоторых женщин в середине менструального цикла появляются более или менее обильные кровянистые выделения. Происхождение межменструальных кровотечений точно не известно. Совпадение их с периодом максимального развития фолликула и овуляции свидетельствует о связи этих кровотечений с циклической гормональной функцией яичников и реакцией эндометрия на гормональное воздействие. Считают, что межменструальные кровотечения являются одним из признаков овуляторного цикла.

Если у женщин исключаются патологические причины (как экстрагенитальные, так и генитальные) межменструального маточного кровотечения, то периодическое появление крови из половых органов в середине межменструального цикла не должно внушать опасений.

При незначительных кровотечениях специального лечения не требуется. При обильных кровотечениях показано диагностическое выскабливание слизистой оболочки тела матки.

КРОВОТЕЧЕНИЯ МАТОЧНЫЕ С ПЕРСИСТЕНЦИЕЙ ЖЕЛТОГО ТЕЛА. Предполагается, что причиной этой весьма редкой патологии менструального цикла является нарушение функции гипофиза — длительно выделяются лютеинизирующий и лютеотропный гормоны. Желтое тело не подвергается обратному развитию и, находясь в стадии расцвета, длительно выделяет прогестерон. Секреторная слизистая оболочка тела матки самостоятельно не отторгается.

Симптомы. После задержки менструаций наступает маточное кровотечение, которое может быть скудным и обильным, различной продолжительности.

Диагноз. Данные гистологического исследования соскоба слизистой матки. При гистологическом исследовании соскоба обнаруживают слизистую оболочку матки в стадии секреции с отеком стромы и небольшими очаговыми некрозами.

Базальная температура повышена больше 12—14 дней. Необходимо дифференцировать с ранним выкидышем.

Лечение направлено на нормализацию гормональной функции гипофиза и яичников.

Принципы лечения те же, что и при лечении функциональных маточных кровотечений.

КРОВОТЕЧЕНИЯ (МАТОЧНЫЕ) ПРИ СКЛЕРОКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКАХ. Этиология. Причина этой патологии точно не установлена, предполагается нарушение гонадотропной функции гипофиза и функций яичников.

Патогенез. Возникают в результате воспалительного процесса половых органов или врожденного изменения яичников (при токсозах во время беременности у матери).

Симптомы. Ациклические маточные кровотечения по типу однофазных ановуляторных кровотечений с гипер- или гипоестрогенной, без овуляции и образования желтого тела.

Диагноз. Ожирение, часто гипертрихоз, бесплодие. При гинекологическом обследовании часто обнаруживают увеличенным один или оба яичника, плотные с неровной поверхностью, подвижные, безболезненные. Дифференцировать следует с опухолями яичников или воспалительным процессом придатков матки (см. также Пневмоперитонеум. Кульдоскопия).

Лечение. Клиновидная резекция яичников. Гормональная терапия малоэффективна в отношении восстановления менструальной и детородной функции.

КРОВОТЕЧЕНИЯ МАТОЧНЫЕ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ. Функциональными или дисфункциональными называют такие маточные кровотечения, при которых не обнаруживают анатомических изменений половых органов, а гистологическое исследование соскоба слизистой оболочки тела и шейки матки исключает новообразование и воспалительный процесс. Различают две основные формы маточных кровотечений — циклические и ациклические.

Кровотечения маточные циклические (меноррагии) связаны с менструальным циклом, т. е. начинаются в срок ожидаемой менстру-

ации, но продолжаются 8—12 дней, могут быть скудными или обильными, со сгустками.

Функциональные меноррагии возникают при нарушении функции яичников и гипофиза. При этом обнаруживаются следующие функциональные изменения.

В гипофизе фолликулостимулирующий гормон продуцируется нормально или избыточно. Лютеинизирующий и лютеотропный гормоны продуцируются недостаточно или вовсе не продуцируются. Циклическая функция гипофиза нарушается.

В яичниках нормальное или чрезмерное развитие фолликулов, овуляция чаще не наступает. Желтое тело развивается недостаточно или вовсе не образуется.

В эндометрии при гистологическом исследовании соскоба, произведенного в конце второй фазы цикла, обнаруживается слизистая оболочка тела матки в стадии неполноценной секреции или в различной степени выраженной пролиферации.

В шейке матки не происходит закономерных циклических изменений: феномен «зрачка» в течение всего менструального цикла положительный или слабо положительный (шейка матки во вторую половину менструального цикла в отличие от нормального цикла не становится «сухой»).

Во влагалищном мазке также не выявляется закономерных изменений, свойственных женщинам с нормальным менструальным циклом. Цитологическая реакция влагалищных мазков в течение всего менструального цикла при исследовании в динамике чаще монотонная (III, IV—III и IV).

Базальная температура при подъеме температуры во вторую фазу цикла выражена слабее, чем в нормальном менструальном цикле. Кривая температуры слабо двух- или монофазная. Длительные кровотечения при меноррагии связаны с нарушением нормальных процессов отторжения слизистой оболочки матки.

Диагноз. Дифференцировать функциональные меноррагии следует с заболеваниями, которые могут явиться причиной циклических маточных кровотечений (заболевания сердечно-сосудистой системы, заболевания крови, субмукозные миомы матки, полипы, воспалительные процессы половых органов).

Лечение. Принципы лечения те же, что и лечение ациклических функциональных маточных кровотечений (см. Метропатия геморрагическая).

Кровотечения маточные ациклические, метроррагии. Нерегулярные беспорядочные кровотечения различной длительности и интенсивности, не связанные с менструальным циклом. Разновидностью метроррагии является геморрагическая метропатия. Ациклические кровотечения — метроррагии — чаще наступают после задержек менструаций, в среднем на 2—6-й неделе, а иногда наступают раньше срока. Заболевание может возникнуть в любом возрасте, однако наиболее часто функциональные маточные кровотечения наблюдаются у женщин молодого возраста (15—20 лет), а также в период климакса.

Этиология. Циклические и ациклические функциональные маточные кровотечения возникают в результате нарушения функции регуляторных механизмов коры головного мозга, межучного мозга и гипофиза. К развитию этих нарушений предрасполагают психические травмы, общие тяжелые заболевания, острые и хронические инфекции (тифы, туберкулез, малярия и др.), заболевания пе-

чени, недостаточное питание, заболевания эндокринных желез, воспалительные заболевания половых органов.

П а т о г е н е з. Ациклические маточные кровотечения могут также возникнуть как сопутствующий симптом при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, заболеваниях крови, печени, психических травмах и психических заболеваниях, охлаждении и перегревании, опухолевых и воспалительных процессах половых органов. Необходимо также учитывать возможность нарушений маточной и внематочной беременности.

При ациклических маточных кровотечениях—метроррагиях—обнаруживаются следующие функциональные изменения.

В гипофизе нормально или избыточно продуцируется фолликуло-стимулирующий гонадотропный гормон. Лютеинизирующего и лютеотропного гормона нет. В яичниках нарушаются процессы нормального созревания фолликулов. Овуляции не наступает.

В эндометрии при гистологическом исследовании соскоба, произведенного во время кровотечения или даже после его окончания, обнаруживается слизистая оболочка в стадии пролиферации или гиперплазия слизистой тела матки. В шейке матки не происходит закономерных циклических изменений, феномен «зрачка» в течение длительного времени положительный или отрицательный (в зависимости от интенсивности развития фолликулов).

Во влагалищных мазках также не отмечается закономерных циклических изменений. В зависимости от интенсивности развития фолликулов (по типу атретического или персистирующего фолликула) реакция влагалищного мазка при исследовании в динамике будет III—IV или IV, при слабом развитии фолликулов III реакция. Базальная температура монофазная.

Л е ч е н и е. см. Метропатия геморрагическая.

Метропатия геморрагическая—задержка менструаций на 6—12 недель, сменяющаяся маточными кровотечениями, которые чаще бывают не обильными, но длительными, до 1—2 месяцев.

П а т о г е н е з. Функциональные изменения следующие. В гипофизе длительно в избыточном количестве продуцируется фолликуло-стимулирующий гонадотропный гормон. Лютеинизирующего и лютеотропного гормона нет. В яичниках длительно персистирующие фолликулы кистозно атретизируются и погибают. Овуляции не происходит. Желтое тело не образуется. В слизистой оболочке матки типичная для этой патологии гиперплазия эндометрия, характеризующаяся резким его утолщением за счет разрастания желез и стромы функционального слоя. Форма и величина просвета желез очень разнообразны, часто железы кистозно расширены. Под влиянием длительного эстрогенного воздействия в гиперплазированной слизистой оболочке тела матки, главным образом в поверхностных слоях ее, происходит резкое нарушение кровообращения: застойное полнокровие, стаз и тромбоз резко расширенных сосудов. Возникают очаговые некрозы.

Кровотечения из гиперплазированной слизистой оболочки тела матки возникают как в результате отторжения ее некротизированных участков, так и вследствие разрыва растянутых полнокровных сосудов подэпителиального слоя слизистой оболочки. Отторжение гиперплазированной слизистой затруднено, происходит длительно, поэтому кровотечения при данной патологии длительные. Кровотечения при геморрагической метропатии ановуляторные,

Лечение функциональных маточных (ановуляторных) кровотечений.

Во время кровотечения следует начинать с выскабливания слизистой оболочки тела матки. Выскабливание производится с диагностической целью для исключения рака, туберкулеза, полипоза, а также для выявления характера функциональных нарушений слизистой тела матки. Кроме того, выскабливание слизистой оболочки необходимо с лечебной целью для удаления патологически измененной слизистой.

Если кровотечение длительное, то одновременно производится и симптоматическое лечение: внутримышечно питуитрин по 1 мл 1—2 раза в день или маммофизин в той же дозе, стиптицин внутрь по 0,05 г 3 раза в день, 10% раствор хлористого кальция по 1 столовой ложке 2—3 раза в день, викасол по 0,01 г 3 раза в день. При низком проценте гемоглобина назначают препараты железа, гематоген, витамин В₁₂ при показаниях — переливание крови.

Выскабливание слизистой оболочки матки можно не производить, если оно было сделано не более 1—2 месяцев назад и при гистологическом исследовании соскоба ничего патологического не обнаружено (кроме функциональных изменений). Гормональное лечение проводится следующим образом.

а) При выраженной гиперэстрогении (IV реакция влагалищного мазка, обильное выделение слизи вместе с кровью из цервикального канала) можно начать лечение с введения прогестерона в виде внутримышечных инъекций по 10 мг ежедневно в течение 6—8 дней или приема прегнина (под язык) по 2—3 таблетки 3 раза в день в течение того же времени. При введении прогестерона во время кровотечения могут быть следующие типы реакции.

Первый тип реакции на введение прогестерона — кровотечение значительно усиливается после 1—3 инъекций прогестерона.

Введение гормона следует продолжать до обычного срока, но одновременно назначать в течение 3—4 дней и эстрогены (эстрадиолдипропионат по 1—2 мл 0,1% раствора внутримышечно или этинилэстрадиол в дозе 0,05 мг по 1—2 таблетки в день внутрь) и симптоматическое лечение, как указано выше. Закономерным считается прекращение кровотечения через 2—4 дня после окончания гормональной терапии.

Второй тип реакции — кровотечение прекращается после 2—3 инъекций прогестерона и затем вновь появляется в виде менструальноподобного кровотечения через 2—5 дней после окончания введения гормона желтого тела или его заменителя. В таких случаях кровотечение проходит как обычная менструация.

Если после введения препаратов гормона желтого тела кровотечение не прекратится через 8—10 дней после последней инъекции прогестерона (или приема прегнина), то в этих случаях следует произвести повторное выскабливание слизистой оболочки тела матки (рак, туберкулез!).

Если кровотечение прекратилось, то в течение 3—4 месяцев продолжают гормональную терапию (см. табл. 25).

б) Если кровотечение возникло на гипофолликулиновом фоне (III реакция влагалищного мазка, кровь без примеси слизи), то гормональное лечение следует начинать с введения эстрогенных препаратов: 0,1% раствор эстрадиола по 1 мл в виде внутримышечных инъекций ежедневно или через день — всего 3—6 инъекций, с после-

дующим введением прогестерона в обычной дозе. Если кровотечение действительно связано с понижением эстрогенной функции яичников, то после 2—3 инъекций эстрадиола оно обычно прекращается или значительно уменьшается. Последние 2 инъекции эстрадиола рекомендуется сделать вместе с прогестероном (в одном шприце) и только затем перейти на введение одного прогестерона еще в течение 6—7 дней.

Если кровотечение не прекращается через 8—10 дней после окончания инъекций прогестерона, то для установления причины кровотечения необходимо более глубокое обследование (повторное выскабливание слизистой оболочки тела и шейки матки, гистеросальпингография). Особенно тщательно следует искать рак и туберкулез эндометрия, подслизистую миому матки. Если же кровотечение прекратилось, то надо продолжать систематическую циклическую гормональную терапию в течение 6—10 месяцев до восстановления менструальной функции.

Лечение проводится вне кровотечения. После диагностического выскабливания или остановки кровотечения показано комплексное лечение. Прежде всего надо учитывать сложный генез заболевания и разносторонний характер расстройств при функциональных маточных кровотечениях. Поэтому прежде всего необходим правильный режим труда и отдыха, рациональное питание с достаточным содержанием жиров, белков, витаминов, углеводов. Следует широко использовать средства, направленные на регуляцию центральной нервной системы (бромиды, физиотерапевтические методы лечения — гальванический воротник по Щербаку и др., психотерапия).

Однако основным методом лечения функциональных маточных кровотечений является систематическая гормонотерапия. Лечение гормональными препаратами вне кровотечения проводится различными методами.

1. Периодическое лечение препаратами гормона желтого тела или его заменителем (прегнин). Через 14—18 дней после выскабливания слизистой оболочки матки или остановки кровотечения на фоне выраженного «зрчка» и III—IV или IV реакции влагалищного отделяемого следует вводить прогестерон в дозе 5—10 мг ежедневно внутримышечно в течение 6—8 дней.

Такие курсы лечения надо повторять периодически в течение 6—12 месяцев под контролем тестов функциональной диагностики: введение прогестерона или прием прегнина следует назначать до тех пор, пока на 18—20-й день после окончания последней менструальноподобной реакции феномен «зрчка» не станет отрицательным и реакция влагалищного мазка — III, т. е. исчезнут признаки гиперэстрогении, которая наиболее часто является причиной маточных кровотечений. Такую больную достаточно один раз в месяц исследовать в поликлинике на 18—20-й день предполагаемого цикла, чтобы решить вопрос о необходимости дальнейшего лечения гормонами.

Инъекции прогестерона можно заменять прегнином по 6—9 таблеток ежедневно под язык в течение того же времени.

Лечение больных с функциональными маточными кровотечениями только прогестероном или прегнином целесообразно проводить женщинам с выраженной гиперфолликулинемией в климактерическом периоде, когда основная задача заключается в том, чтобы избавить женщину от маточных кровотечений. Периодическое применение прогестерона в течение 4—6 месяцев приводит к постепенному пре-

крашению менструаций или восстановлению менструального цикла на 6—14 месяцев. Следует помнить, что по восстановлении менструального цикла женщина должна оставаться под наблюдением, так как возможны рецидивы кровотечений.

2. Лечение маточных кровотечений эстрогенными и прогестеронными препаратами проводится больным в детородном возрасте, когда необходимо не только избавить больную от кровотечений, но и восстановить менструальную и детородную функцию, при отсутствии противопоказаний к применению эстрогенных препаратов. Циклическое введение эстрогенных и прогестеронных препаратов направлено на нормализацию функции гипофизарно-диэнцефальной системы и функции яичников.

Циклическая гормональная терапия проводится следующим образом: с 6—8-го дня после окончания очередного кровотечения начинают введение эстрогенных препаратов или их синтетических заменителей в дозе 2000—4000—10 000 единиц ежедневно или через день до 16—18-го дня создаваемого цикла. Последние две инъекции эстрогенного гормона сочетают с введением прогестерона или приемом прегнина и затем продолжают введение прогестерона или прегнина еще в течение 6—7 дней. Таких курсов можно провести 3—4, после чего сделать перерыв на 1—2 месяца и, если менструальный цикл не восстановился, периодически повторять лечение до полного восстановления менструального цикла. Больная должна находиться под систематическим наблюдением. Если обнаружатся какие-либо патологические симптомы (в половых органах, молочных железах и др.), введение гормональных препаратов следует прекратить.

Если есть противопоказания к лечению эстрогенными препаратами (кистозные мастопатии, опухоли в анамнезе, рецидивирующая полипоз), показано лечение только прогестероном (без эстрогенов) также женщинам молодого возраста.

Необходим контроль по тестам функциональной диагностики (чтобы избежать передозировки эстрогенных препаратов). Особую осторожность при лечении гормональными препаратами следует соблюдать при лечении женщин молодого возраста, так как гормоны не только оказывают стимулирующее действие на гормональную функцию гипофиза и половую систему, но и могут подавить эти функции. Если в процессе лечения гормональными препаратами (когда лечение начато вне кровотечения) появится незакономерная реакция на введение гормональных препаратов (кровянистые выделения или кровотечения во время введения эстрогенных препаратов или длительное кровотечение более чем через 10 дней после окончания курса лечения), следует прибегнуть к дополнительному обследованию для выявления причины кровотечения (диагностическое выскабливание, гистеросальпингография).

3. Лечение андрогенами. Если у больной с маточным кровотечением имеются противопоказания к лечению эстрогенными и прогестеронными препаратами и целесообразнее, чтобы менструальная функция прекратилась, особенно у женщин пожилого возраста (при миомах, рецидивирующих полипозах, кистозных мастопатиях), надо проводить лечение тестостерон-пропионатом или метилтестостероном до появления атрофических клеток во влагалищных мазках. Обычно такой эффект достигается введением внутримышечно 2,5 или 5% раствора тестостерон-пропионата 2 раза в неделю в течение 1—4 месяцев.

Когда при функциональных маточных кровотечениях обнаруживается воспалительный генез заболевания или при гинекологическом исследовании обнаруживаются даже остаточные явления воспалительного процесса, результаты лечения значительно лучшие, если наряду с гормональной терапией проводится противовоспалительное лечение. Наиболее эффективно при этом введение антибиотиков в шейку матки (200 000 ЕД пенициллина и 0,5 г стрептомицина в одном шприце) и через 6 часов в такой же дозе внутримышечно ежедневно в течение 8—12 дней. Антибиотики следует применять после определения чувствительности к ним.

Наряду с гормональным лечением эстрогенными и прогестероновыми препаратами для регулирования гонадотропной функции гипофиза надо назначать также витамин Е (см. табл. 25).

ЛЕЙКОПЛАКИЯ ВУЛЬВЫ — белесоватые пятна, которые при слиянии друг с другом напоминают пергаментную бумагу. При гистологическом исследовании отмечают ороговение поверхностных слоев эпидермиса, вращение эпителия в строму в виде «язычков», в соединительной ткани — мелкоклеточную инфильтрацию.

Симптомы. Больная жалуется на зуд, жжение наружных половых органов, боли при половом сношении. Лейкоплакия наблюдается в менопаузе у больных с гипофункцией яичников. На месте лейкоплакии может развиться рак вульвы.

Диагноз. Лейкоплакию вульвы приходится дифференцировать с vitiligo заболеванием всего организма, характеризующимся нарушением пигментного обмена. Депигментированные участки кожи при vitiligo резко ограничены от нормальной кожи, границы лейкоплакии нечеткие, переход к нормальной коже постепенный.

Лечение лейкоплакии такое же, как зуда вульвы (см.) (см. также Гинекология детского возраста).

МАСТОПАТИИ¹. Наблюдаются во всех возрастах. Часто впервые выявляются во время лактационного периода или во время беременности. Возникают в результате нарушений нейро-гуморальных корреляций.

Симптомы. В одной, чаще в обеих молочных железах появляется один или несколько медленно растущих инфильтратов с гладкой или как бы зернистой поверхностью, подвижных, малоболезненных (боль усиливается при пальпации). Границы их плохо контурируются. Накануне начала менструального кровотечения инфильтраты и болезненность усиливаются, по окончании менструации возвращаются к исходному состоянию. Боли носят ноющий или колющий характер, отдают в подмышечную впадину или в плечо соответствующей стороны, постоянные или во второй половине менструального цикла. Иногда увеличиваются подмышечные лимфатические узлы.

Заболевание протекает длительно без существенных изменений. Иногда появляются выделения из соска (светлые или кровянистые, последние крайне подозрительны на раковое поражение). При наступлении климакса инфильтраты несколько уменьшаются в объеме. Быстрый рост инфильтрата подозрителен на злокачественное превращение.

¹ Написано доцентом С. Б. Рафалькесом.

Диагностика и лечение нарушений менструального цикла (по М. Л. Крымской и И. С. Розовскому)

Характер нарушения менструального цикла	Этиология	Патогенез	Симптомы основные	Симптомы сопутствующие	Методы обследования	Клиника	Гормональное лечение	Другие методы лечения	Продолжительность лечения
Аменорея первичная (маточная форма)	Чаще туберкулез эндометрия. Реже—дифтерия и другие инфекции. Пороки развития	Поражение эндометрия. Пороки развития	Бесплодие. Иногда молимина	Нет	Гистеро-сальпингография (ГСГ). Зондирование. При возможности выскабливание. Наблюдение по тестам функциональной диагностики	Половые органы и вторичные признаки развиты. Полость матки отсутствует или резко деформирована (ГСГ). Базальная температура двухфазная. Явления «зрачка» и цитология характерны для нормального менструального цикла, иногда для гипofункции яичников	Не показано	При выявлении туберкулезного эндометрита—специфическая терапия	
Аменорея первичная (яичниковая форма)	Инфекция (скарлатина, дифтерия).	Пороки развития. Атрезия, фоллику-	Бесплодие. Вегетативно-сосудистая	Чаще медленно прогрессирующее	ГСГ, пневмоперитонеум. Наблюдения по те-	Выраженное недоразвитие половых органов и вторичных половых	Эстрогены: эстрадиолдипропиронат 0,1% 1 мл—1 раз в 10—15 дней	Общеукрепляющая и седативная терапия	Гормонотерапия до развития половых органов и вторичных поло-

тифы, ангина). Алиментарный фактор (недостаточность, неполноценность питания), половое развитие в военные годы. Пороки развития	лярного аппарата	дистония. Головные боли. Быстрая утомляемость. Понижение работоспособности	ожирение (к 30 годам)
---	------------------	--	-----------------------

стам функциональной диагностики. Определение содержания гонадотропных гормонов (ГТ). Рентгенография черепа (турецкое седло), зоны окостенения кистей

признаков. Общесоматический тип строения — женский. Повышенная экскреция ГТ (< 50 МЕ). Атрофические клетки (I—II реакция влажалошного мазка). Отрицательный феномен «зрачка». Выраженность клинических симптомов зависит от степени поражения фолликулярного аппарата

внутримышечного или диметрального 0,6% — 1 ампула 1 раз в 10—15 дней (курс лечения 4—6 месяцев). В дальнейшем циклическая терапия: эстрогены по 0,05 мг этинил эстрадиола ежедневно внутрь или 0,1% 1,0 эстрадиолдипропионата 1 раз в 2—3 дня в течение 15—20 дней до выраженного феномена «зрачка», с последующим приемом прегнина 6—8 дней по 2 таблетки 3 раза в день под язык или прогестерон по 1,0—2,0 мл 1—3 курса с перерывами в 1—2 месяца

ых признаков (в среднем 2—3 года). Менструальная функция устанавливается крайне редко. В дальнейшем — поддерживающая терапия (до стойкой III реакции влажалошного мазка)

Характер нарушения менструального цикла	Этиология	Патогенез	Симптомы основные	Симптомы сопутствующие	Методы обследования
Аменорея первичная (гипофизарно-диэнцефальная форма)	Нейроинфекции (менингиты, энцефалиты). Ревматизм, ангина, бруцеллез. Травмы головы. Психотравмы	Нарушение гонадотропной функции гипофиза. Вторично-недостаточность фолликулярного аппарата	Бесплодие. Головные боли слабость	Часто—плюригландулярные расстройства: нарушения функции щитовидной железы, нарушение жирового обмена	То же
Аменорея вторичная (маточная форма)	Травматическая, туберкулез	Синехии или полная атрезия по-	Бесплодие. Молимина (ча-	Нет	ГСГ, зондирование в сро-

Продолжение

Клиника	Гормональное лечение	Другие методы лечения	Продолжительность лечения
<p>Выраженное недоразвитие половых органов, вторичных половых признаков. Высокий рост, длинные конечности; иногда регионарное ожирение. Задержка окостенения эпифизов. Резкое уменьшение размеров турецкого седла. Пониженная экскреция гонадотропинов (>20 ME). Возможны илюригландулярные расстройства</p>	<p>То же</p>	<p>Физиотерапия: назальный электрофорез с витамином B₁, шейно-лицевая ионогальванизация или воротник по Шербаку. Общеукрепляющее лечение. Седативная терапия. Беллоид или беллапон</p>	<p>То же</p>
<p>Половые органы и вторичные половые</p>	<p>Не показано</p>	<p>При позрении на сраше</p>	

	эндометрия	лости матки	ше, чем при первичной аменорее маточной формы)		ки предполагаемых менструаций	признаки развиты нормально. Полость тела матки деформирована или отсутствует. При туберкулезе эндометрия вначале гипеолигоменорея, позже аменорея		ния в области внутреннего зева (аменорея после аборта) зондирование в дни предполагаемых менструаций. Редко—хирургическое удаление синехии (синдром Ашермана)	
Аменорея вторичная (яичниковая форма)	Инфекция на фоне первичной недостаточности яичников	Поражение фолликулярного аппарата. Отсутствие овуляции, желтого тела	Бесплодие	„Приливы“, головные боли, раздражительность, умеренное ожирение	Тесты функциональной диагностики, ГСГ, выскабливание слизистой тела матки. Рентгенография черепа (тупое сед-	Чаще аменорея наступает постепенно. Умеренная гипотрофия половых органов. Повышенная экскреция ГТГ. Умеренная эстрогенная недостаточность (стойкая III	При умеренной эстрогенной недостаточности начинают сразу с прогестерона по 10 мг 6—8 дней. При отрицательной пробе стимулирующая прерывистая терапия—эстрогены	Седативная общеукрепляющая терапия, физиотерапия	Гормональное лечение в течение 2—3 лет. При отсутствии стимулирующего эффекта исключить склеротические яичники. Уточнить этиологию (гипофизарный генез, тубер-

Характер нарушения менструального цикла	Этиология	Патогенез	Симптомы основные	Симптомы сопутствующие	Методы обследования	Клиника	Гормональное лечение	Другие методы лечения	Продолжительность лечения
					ло, глазное дно, цветные поля зрения. Определение экскреции гонадотропинов (ГТ)	реакция влажного мазка). Слизистая матки атрофичная, диспластическая, реже в стадии пролиферации. Значительное улучшение общего состояния во время гормонального лечения	50 000—150 000 МЕ (до выраженного насыщения) с последующей дачей гестагенов (прогестерон, прегнин) в течение 6—8 дней. 1—3 месяца с перерывами в 1—3 месяца (под контролем тестов функциональной диагностики)		кулез половых органов)
Аменорея вторичная (гипофизарно-диэнцефальная форма): а) с прева-	Нейроинфекция (менингит, энцефалит). Обильное кровотече-	Нарушение функции диэнцефальной системы	Состояние удовлетворительное	Ожирение, похудание, быстрая утомляемость, головные боли, сни-	См. Аменорея вторичная (яичниковая форма). Консультация	Обычно аменорея наступает сразу. Прогрессивная гипотрофия половых органов, выраженная	То же (см. Яичниковая форма): 1) при умеренной эстрогенной недостаточности хори-	Физиотерапия. Назальный электрофорез с витамином В ₁₂ , воротник	1—3 года. При неуспехе 1 раз в 2 года обязательно повторная рентгенография черепа

<p>лировании гипоталамических расстройств</p>	<p>ние после родов (синдром Шихана, Кларк-Фроммеля, контузии, опухоли гипофиза)</p>			<p>жение либидо</p>	<p>невропатолога</p>
<p>б) с превалированием дисэнцефальных расстройств</p>	<p>То же</p>	<p>То же</p>	<p>Вегетативно-сосудистые расстройства или кризы, ожирение, отеки, общее плохое самочувствие</p>	<p>Жажда, нарушение сна, памяти, работоспособности, снижение либидо</p>	<p>То же</p>

эстрогенная недостаточность (иногда II реакция влагалищного мазка). Низкая экскреция ГТ гормонов. Часто признаки плюригландулярных расстройств (в первую очередь щитовидной железы надпочечников)

Общее состояние ухудшается; аменорея появляется после развития симптомокомплекса дисцифальных расстройств. Эстрогенная недостаточность, часто аллергические состояния

огонин по 1500 МЕ 1 раз в 2—3 дня, всего 3 раза в течение 2—3 циклов

Транквилизаторы (триоксазин, френолон, этапипразин), при хронической инфекции антибактериальная терапия. При аллергии — десенсибилизирующая терапия (димедрол, пипольфен и

по Шербаку

(турецкое седло) и глазного дна. Консультация невропатолога, эндокринолога (исключить опухоль гипофиза)

Характер нарушения менструального цикла	Этиология	Патогенез	Симптомы основные	Симптомы сопутствующие	Методы обследования	Клиника	Гормональное лечение	Другие методы лечения	Продолжительность лечения
Циклические маточные кровотечения (меноррагия): а) связанные главным образом с органическими изменениями в матке	Миома (подслизистая и интрастициальная), аденомиоз, эндометриоз. Редко заболева-ния крови	Нарушение сократительной деятельности матки, процессов десквамации, регенерации слизистой .	Обильные или обильные и длительные кровотечения	Иногда анемия—вторичная постгеморрагическая (при миомах, аденомиозе)	ГСГ. При отсутствии субмукозной миомы показана биопсия эндометрия	Во время кровотечения слабость, головокружение; вторичная анемия, снижение артериального давления. Иногда болезненные менструации. При аденомиозе изменение размеров матки до и после менструации	др.), дозы эстрогенов в 5—10 раз меньше, чем при других формах расстройств) Аденомиоз, полипоз, миома (не субмукозная!)—в возрасте до 40 лет—метилтестостерон с 8-го до 20-го дня по 2—4 таблетки под язык, с 20-го до 26-го дня беременности (2 таблетки 3 раза в день). После 40 лет метилтестостерон с 5-го по 25-й день или в эти же дни те-	При подзрении на полипоз—выскабливание. Сокращающие матку средства. Рентгено-терапия миом	Гормональная терапия 4—6 месяцев. При появлении кровотечения повторить. При отсутствии клинического эффекта, прогрессирующей анемии, а также при одновременной вирусизация—оперативное лечение

б) связанные преимущественно с нарушением функций яичников	См. Аменорея (яичниковая форма)	1) Недостаточность развития фолликулов	Скудные кровянистые выделения в течение 3-7 дней после окончания менструации	Нет
		2) Слабая функция желтого тела	Скудные кровянистые выделения за 4-6 дней до наступления менструаций	Нет

Тесты функциональной диагностики	Скудные кровянистые выделения после окончания менструаций. до наступления менструаций или в межменструальный период Снижение генеративной функции (бесплодие, самопроизвольные выкидыши)	При недостаточности развития фолликула—эстрогены—с 6-го дня цикла в течение 4—5 дней небольшими дозами (этинил-эстрадион 0,05 мг 1 раз в день или октестрол 0,5 таблетки 1 раз в день). При недостаточности желтого тела—	Сокращающие матку средства. При сочетании с противовоспалительным процессом—физиотерапевтическое лечение, антибактериальная терапия	До прекращения кровянистых выделений. При отсутствии эффекта после 2—3 курсов лечения диагностическое выскабливание
То же				

стостерон-пропионат 2,5% 2 раза в неделю внутримышечно. После 45—47 лет андрогены в указанных дозах без перерыва 2—4 месяца (до 1,0—1,5 г) до прекращения кровотечения вообще

Характер нарушения менструального цикла	Этиология	Патогенез	Симптомы основные	Симптомы сопутствующие	Методы обследования
		3) Эндометрит, полипоз в сочетании с гипопункцией яичников	Скудные кровянистые выделения в указанном выше периоде и в межменструальном периоде	Нет	То же

Продолжение

Клиника	Гормональное лечение	Другие методы лечения	Продолжительность лечения
	<p>прогестерон или прегнин за 5—6 дней до наступления менструаций или за 1 день до появления скудных кровянистых выделений. Иногда можно сочетать введение эстрогенов с прогестероном в соотношениях 1:10 или 1:20 (например, 1 мг октестрола и 10 мг прогестерона). При межменструальных кровотечениях аналогичная тера-</p>		

<p>Ациклические маточные кровотечения (связанные с органическими заболеваниями половых органов)</p>	<p>См. Циклическое кровотечение. Рак. Тубекулёз половых органов. Актиномикоз</p>	<p>В зависимости от этиологии</p>	<p>Ациклические маточные кровотечения в большинстве случаев самостоятельно не прекращаются</p>	<p>В зависимости от этиологии. Иногда анемизация, адинамия, утомляемость</p>	<p>Биопсия эндометрия. Если диагноз не установлен при возможности ГСГ</p>	<p>В зависимости от этиологии и патогенеза</p>	<p>пия за 1—2 дня до появления кровотечения Не показано. В зависимости от этиологии хирургическое лечение, специфическая терапия</p>	<p>При сочетании с воспалительным процессом или остаточными явлениями его—антибиотики. В шейку матки 8—10 дней пенициллин 200 (0)—300 000 ЕД,</p>
<p>Ациклические маточные кровотечения (функционального характера)</p>	<p>См. Аменорея вторичная яичниковая и гипофизарно-диэнцефальная форма</p>	<p>Персистенция или атрезия фолликулов. Отсутствие овуляции и развития желтого тела. Реже склерокислотное изменение яичников. Гиперплазия слизистой тела матки</p>	<p>Чаше кровотечение после „задержки“ на 2—8 недель</p>	<p>Биопсия эндометрия; обследование по тестам функциональной диагностики. По показаниям ГСГ</p>	<p>При персистенции фолликулов резко положительный феномен „зрачка“ и IV реакция влажного мазка (80—90% кариопикнотический индекс). Монофазная ректальная железисто-кистозная гипер-</p>	<p>а) До 45 лет при выраженной гиперэстрогении на 18—20-й день после начала кровотечения, прогестерон (10 мг в день) или прегнин (по 3)—45 мг в день) в течение 6—8 дней; б) после 45 лет с 8-го по 20-й день метилтестосте-</p>	<p>Гормонотерапия в среднем 6—9 месяцев, лечение прекращается при отрицательном феномене „зрачка“ и III реакции влажного мазка на 18—20-й день цикла. При отсутствии эффекта показана повторная диагностиче-</p>	

Характер нарушения менструального цикла	Этиология	Патогенез	Симптомы основные	Симптомы сопутствующие

Продолжение

Методы обследования	Клиника	Гормональное лечение	Другие методы лечения	Продолжительность лечения
	<p>плазия слизистой матки. При атрезии фолликулов феномен „зрачка“ слабо выражен, III реакция влажной мазки. В соскобе возможна различная картина: стадия пролиферации или железисто-кистозная гиперплазия (реже!). Для всех кровянистые выделения после выскабливания прекращаются. Анемизация обычно не наступает</p>	<p>рон по 2—3 таблетки в день и с 20-го дня прогестерон или прегнин (дозу см. выше); в) после 50 лет тестостерон-пропионат 2,5—5% 1,0 2—3 раза в неделю в течение 2—3 недель и далее через 5—7—10 дней до исчезновения феномена „зрачка“ и появления атрофических клеток во влажной мазке. Повторные</p>	<p>стрептомицину 500 000 ЕД через 6 часов внутримышечно. Физиотерапия—шейно-лицевая гальванизация, электрофорез с йодистым калием (в возрасте старше 35 лет)</p>	<p>ское выскабливание и гистеросальпингография (туберкулез, полипы, атипические изменения слизистой, гормонально-активная опухоль)</p>

Маточное
кровооче-
ние в ме-
нопаузе

Рак, гор-
монопро-
дуцирую-
щая опу-
холь

Атипиче-
ские про-
лифератив-
ные про-
цессы сли-
зистой или
спонтанное
развитие
фолликула

Кровотече-
ние

курсы лечения при появлении положительно-го феномена „зрачка“ и ороговевающих клеток во вла-галищных маз-ках;
2) при масто-патиях, опухо-лях, не требу-ющих опера-тивного вме-шательства, у женщин до 45 лет терапия (см. графу б)

Выскабли-вание сли-зистой те-ла матки

Кровотечение после 2 и более лет менопаузы (исключить кольпит)

Только после исключения рака, гормоно-продуцирую-щей опухоли. Схема см. Ци-клические кро-вотечения

В зависи-мости от этиологии

Диагноз. Важно установить форму поражения железы. Исследовать необходимо обе молочные железы в лежащем положении больной. В затруднительных случаях можно прибегнуть к цитологии отделяемого молочной железы, рентгенологическому исследованию, исследованию при помощи радиоактивного фосфора (в специальных радиологических лабораториях), пробной пункции с последующим цитологическим исследованием полученного материала. Обязательно влагалищное исследование с цитологическим исследованием мазков влагалищного содержимого (определение функции яичников). Тщательное обследование состояния щитовидной железы. Дифференциальный диагноз проводят с хроническим лактационным маститом (см.), туберкулезом, актиномикозом, хроническим абсцессом. В ряде случаев способствует установлению правильного диагноза симптом Кенига: если уплотнение отчетливо ощущается при пальпации кончиками пальцев, но исчезает при исследовании рукой, положенной на молочную железу плашмя, диагноз мастопатии весьма вероятен. Во всех случаях обязательно исключение ракового поражения. При фиброаденоматозе обращают особое внимание на подвижность узелков, спаянность их с кожей и подлежащими тканями, поражения одной или двух желез. Циклические изменения, мелкоузелковая форма, двустороннее поражение молочных желез — цикломастопатия — обычно являются следствием относительной гиперэстрогении за счет недостаточности фазы желтого тела.

Лечение. При ановуляторном цикле или недостаточности желтого тела прогестерон 5—10 мг, прегнин 6—9 таблеток ежедневно в течение 6—8 дней, при гиперэстрогении андрогенные препараты метилтестостерон по 2—4 таблетки в день под контролем тестов функциональной диагностики до исчезновения гиперэстрогении. Эффект кратковременный.

Лечение выявленных поражений эндокринных желез. Систематический врачебный контроль (каждые 2—3 месяца). Лечение по назначению онколога (больная должна находиться на учете в онкологическом диспансере). При болях следует рекомендовать ношение лифчиков, высоко поднимающих молочные железы.

Рекомендуется избегать перегрева на солнце («загорать»). Нежелательно применять физиотерапевтические методы лечения этих больных, в особенности связанные с применением тепловых процедур и электrolечения.

МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ И ЕГО НАРУШЕНИЯ. Нормальный менструальный цикл — закономерные циклические изменения в организме женщины, повторяющиеся с правильными промежутками (21—24—26—30 дней) и проявляющиеся кровотечениями из половых органов. Продолжительность нормальных менструаций 3—5 дней. С каждой менструацией женщина теряет в среднем около 200 г крови. Начинаются менструации обычно в 12—15 лет. Начало менструации раньше 10 лет и позже 17 лет, продолжительность их менее 3 дней и более 7—8 дней свидетельствуют о патологии.

Менструальный цикл осуществляется под влиянием циклической гормональной функции яичников. Циклическая функция яичников обусловлена гонадотропной функцией гипофиза. Гормоны яичников в свою очередь оказывают влияние на гонадотропную функцию гипофиза, стимулируя и подавляя (в зависимости от концентрации гор-

монов) его гонадотропную функцию. При поражении или заболеваниях яичников циклическая функция гипофиза нарушается.

Сложное функциональное взаимодействие гипофиза, яичников и рецепторных органов регулируется центральной нервной системой через гипоталамус.

Основными звеньями, осуществляющими регуляцию менструального цикла, являются: кора головного мозга, гипоталамус, гипофиз, яичники, матка. Нарушение в любом из этих звеньев, а равно и их взаимосвязей может привести к различным нарушениям менструального цикла. Кроме того, для осуществления менструального цикла необходима нормальная функция печени и почек, нормальная функция щитовидной железы и коры надпочечников.

Существенное значение имеет также окружающая температура, питание, правильное чередование режима труда и отдыха.

Циклические изменения в гипофизе. В течение менструального цикла гонадотропные гормоны выделяются с определенной закономерной циклическостью. При помощи определения гонадотропных гормонов в моче и крови выявлено, что в фолликулиновую фазу цикла преобладает выделение фолликулолестимулирующих гормонов, а в фазу овуляции выделяются фолликулолестимулирующий и лютеинизирующий гормоны, причем количественно выход обоих гормонов увеличивается. В лютеиновую фазу цикла выделяется преимущественно лютеинизирующий гормон, а также лютеотропный гормон гипофиза. Фолликулолестимулирующий гормон гипофиза стимулирует овуляцию фолликулолестимулирующий и лютеинизирующий гормоны. Функция желтого тела обеспечивается влиянием лютеинизирующих и лютеотропных гонадотропных гормонов.

Циклические изменения в яичниках. Циклические изменения в яичниках происходят трехфазно: фолликулиновая фаза цикла начинается от 1-го дня менструации и продолжается в среднем 12—15 дней. За этот период развивается и достигает зрелости граафова пузырька один фолликул. По мере созревания фолликул продвигается к поверхности яичника и начинает выпячиваться. Вместе с фолликулами созревает яйцеклетка. Фолликулярная жидкость истончается, расслаивает поверхностную оболочку яичника, образуя в ней щель, через которую созревшая яйцеклетка попадает в брюшную полость и затем через маточные трубы в матку. Этот период, продолжающийся 1—2 дня, называют фазой овуляции. После выхода яйцеклетки с фолликулярной жидкостью в брюшную полость на месте фолликула образуется новая эндокринная железа — желтое тело. Функционирует она в среднем 10—14 дней и, если не наступает беременность, подвергается обратному развитию. Этот период называют лютеиновой фазой. С прекращением функции желтого тела заканчивается яичниковый цикл. Через 2—3 дня после деградации желтого тела наступает менструация. Циклическая функция яичника в течение менструального цикла проявляется закономерным циклическим выделением эстрогенных гормонов и гормона желтого тела. Циклическое выделение яичниками половых гормонов вызывает соответствующие фазе цикла изменения в рецептивных органах — влагалище, шейке и теле матки, маточных трубах.

Циклические изменения во влагалище. Цитологическое исследование влагалищных мазков в динамике в течение всего

менструального цикла при нормальной функции яичников обнаруживает следующее. До 8—10-го дня менструального цикла отмечается III реакция влагалищного мазка. На 11—13-й день цикла начинают появляться ороговевшие клетки — III—IV реакция. В фазе овуляции на 14—16-й день цикла преобладают ороговевшие клетки — IV—III или IV реакции. На 17—19-й день цикла постепенно исчезают ороговевшие клетки, реакция становится III—IV и затем III. В фазе желтого тела во влагалищных мазках преобладают промежуточные клетки — III реакция. Базальных и парабазальных клеток в нормальном цикле не обнаруживают. Сопоставление данных исследований цитологии влагалищных мазков в нормальном менструальном цикле и при различных нарушениях можно выявить характер изменений гормональной функции яичников. Для оценки функционального состояния яичников цитологическое исследование влагалищных мазков следует проводить не реже 2 раз в неделю. III реакция влагалищного мазка в течение всего цикла без ороговевших клеток в середине цикла указывает на умеренную недостаточность эстрогенной функции яичников; IV реакция влагалищного мазка в динамике характеризует повышенную эстрогенную функцию яичников; I, II реакции указывают на значительную недостаточность эстрогенной функции яичников.

Циклические изменения в шейке матки. Феномен «зрачка». Шеечные железы также претерпевают циклические изменения в течение менструального цикла. Секретция шеечных желез зависит от функции яичников. Циклические изменения функции шеечных желез в течение менструального цикла проявляются периодическим накоплением слизи в цервикальном канале. Количество слизи в канале шейки матки начинает быстро увеличиваться примерно с 8-го дня цикла. По мере накопления слизи наружный зев шеечного канала начинает постепенно расширяться и к 12—14-му дню цикла, т. е. к фазе овуляции, становится круглым, достигает в диаметре 3—4 мм. Слизь становится прозрачной и менее вязкой и стекает во влагалище. С 15—16-го дня цикла количество слизи начинает уменьшаться, слизь становится опять более вязкой и теряет прозрачность. С 20—21-го дня цикла шеечной слизи в цервикальном канале почти нет, шейка в прогестероновую фазу цикла становится «сухой». Условно феномен «зрачка» обозначается + и ++ (слабо положительный), +++ и ++++ (резко положительный). При гипоэстрогении феномен «зрачка» (при наблюдении в динамике) отрицательный или слабо положительный. При гиперэстрогеной функции яичников феномен «зрачка» в динамике положительный или резко положительный. Наблюдение за феноменом «зрачка» производится при помощи влагалищных зеркал. Расширенный наружный зев при свете лампы (при положительном феномене) напоминает зрачок. Симптом «зрачка» характеризует эстрогенную функцию яичников.

Симптом кристаллизации (арборизации) также важен при исследовании эстрогенной функции яичников. Шеечная слизь содержит коллоиды, соли натрия, калия, брома. Под влиянием эстрогенных гормонов шеечная слизь кристаллизуется в виде «листьев папоротника». В различные фазы менструального цикла образуются различные формы кристаллов. Феномен «папоротника» изучается под микроскопом при рассмотрении высушенной слизи, взятой из шеечного канала и нанесенной длинным пинцетом на предметное стекло. На

6—8-й день в высушенной слизи видны только черные полосы. Слизь еще не кристаллизуется. На 9—12-й день появляются кристаллы, имеющие четкую структуру листа папоротника. К фазе овуляции кристаллы занимают все поле зрения, становятся крупными и более грубыми. В начале прогестероновой фазы цикла кристаллы как бы разрушаются, границы «папоротника» стираются. К 19—21-му дню феномен исчезает.

При ановуляторном менструальном цикле феномен «папоротника» остается положительным вплоть до наступления кровянистых выделений. При гипозэстрогении феномена «папоротника» нет или он выражен слабо.

Биохимические изменения шейечного секрета выражаются в том, что к периоду овуляции под влиянием эстрогенов изменяется кислотность шейечного секрета (от 6,8—6,9 в постменструальном периоде до 7,6). Шейечная слизь разжижается за счет увеличения фермента муциназы и гиалуроновой кислоты, которая также влияет на состояние слизи цервикального канала. Определение рН шейечного секрета и вязкости слизистой пробки позволяют судить о наличии или отсутствии закономерных циклических изменений в шейке матки, а следовательно, и об изменениях нормальной функции яичников.

Циклические изменения слизистой оболочки тела матки. Циклические изменения функционального слоя слизистой матки носят следующий характер.

Стадия пролиферации. Менструальный распад, отторжение слизистой матки и очищение раневой поверхности базального слоя заканчивается к 3—5-му дню после наступления менструации. С этого же времени начинается эпителизация раневой поверхности базального слоя. Одновременно увеличивается функциональный слой за счет элементов базального слоя — желез, стромы, кровеносных сосудов.

Стадия секреции. С 13—15-го дня цикла гистологическая картина эндометрия постепенно меняется, происходит трансформация слизистой оболочки матки из стадии пролиферации в стадию секреции. С 18—20-го дня цикла железы приобретают пилообразную форму, железистый эпителий секретирует секрет, богатый гликогеном. Весь функциональный слой резко утолщается и дифференцируется на компактный и спонгиозный (губчатый слой). Такая слизистая оболочка называется предменструальной, или прегравидарной.

Если беременность не наступает, менструальное желтое тело погибает, продукция эстрогенных гормонов и прогестерона значительно снижается. При этом нарушается кровообращение, возникают застойные явления, изменяется проницаемость сосудистых стенок, возникают обширные крововизлияния, диффузное геморрагическое пропитывание тканей. Из нарушающихся кровеносных сосудов начинается кровотечение. Слизистая оболочка матки отторгается в течение первых 2 суток менструальной фазы. На 3-й день начинается регенерация раневой поверхности и возобновляется рост слизистой оболочки матки. Если функция яичников нормальна, то под влиянием эстрогенных гормонов происходит пролиферация слизистой оболочки матки, так как эстрогенные гормоны стимулируют ее рост. Гормон желтого тела способствует секреторным изменениям слизистой оболочки матки.

Таким образом, при нормальной функции яичников и эндометрия в определенные дни менструального цикла обнаруживаются характерные для каждого периода морфологические изменения слизистой оболочки матки. Морфологические исследования слизистой оболочки матки в различные фазы менструального цикла, а также при нарушениях его позволяют судить о функции яичников и характере нарушений этой функции.

Циклические изменения в маточных трубах. Перистальтика маточных труб различна в разные фазы менструального цикла. При помощи различных методов исследования (гистеросальпингография, кимография, пертубация) выявлено, что перистальтика маточных труб активнее в прогестероновую фазу цикла.

Циклические изменения базальной температуры. При ежедневном измерении утренней ректальной температуры выявляется, что она повышается на $0,4-0,5^{\circ}$ после овуляции и держится на таком уровне в течение всей прогестероновой фазы. За 1—2 дня до наступления менструации температура падает до исходных цифр. При нормальной функции яичников базальная температура двухфазная. Измерять базальную температуру следует по утрам в одно и то же время, натощак, не вставая с постели, в течение 5 минут обычным термометром. Показания термометра тщательно записывают.

Нарушения менструального цикла. Аменорея (физиологическая). Отсутствие менструаций. Как физиологическое состояние женщины наблюдается: до наступления половой зрелости, во время беременности, в большую часть периода грудного кормления, а также в период климакса и менопаузы.

Аменорея (патологическая). Отсутствие менструаций, не связанное с физиологическими периодами жизни.

Этиология. Может наступить в результате острых и хронических инфекций (скарлатина, дифтерия, корь, свинка, дизентерия, малярия, бруцеллез, туберкулез), психических травм, при некоторых психических заболеваниях (шизофрения, эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз), при функциональных и органических заболеваниях гипоталамуса, опухолях головного мозга, переохлаждении или перегревании, под влиянием интоксикации (алкогольная, никотиновая и др.), при заболеваниях эндокринных желез — щитовидной железы, коры надпочечников, поджелудочной железы, а также в результате воспалительных заболеваний половых органов, особенно при туберкулезе.

Патогенез: а) первичное поражение яичников, возникающее под влиянием перечисленных выше патологических факторов. При этом изменение функции яичников является ведущим в патологическом симптомокомплексе аменореи; б) вторичное вовлечение яичников в патологический процесс: яичники поражаются вторично в результате первичного поражения коры головного мозга, диэнцефальной системы, гипофиза, эндокринных желез, тяжелых соматических или обменных заболеваний. У этих больных аменорея является одним из симптомов основного заболевания. Как при первичном, так и при вторичном поражении яичников нарушаются процессы нормального развития фолликула, яйцеклетки и желтого тела.

Диагноз I и II аменореи клинически прост. Для выявления этиологии и патогенеза аменореи необходимы:

а) целенаправленный анамнез с обращением внимания на жалобы больной, заболевания матери в период беременности, физическое развитие в детстве, перенесенные инфекции в период детства и юности, условия жизни, питание, перенесенные травмы;

б) общее обследование — рост, строение скелета, отложение подкожного жира, кожа, состояние щитовидной железы, артериальное давление, отеки, развитие вторичных половых признаков. Состояние органов грудной и брюшной полости;

в) гинекологическое исследование — оволосение, развитие наружных и внутренних половых органов, цвет и складчатость слизистой оболочки влагалища, состояние шейки матки, размеры и положение матки и придатков;

г) функциональные исследования дополняют диагноз (цитология влагалищных мазков, базальная температура, феномен «зрачка», биопсия эндометрия, гистеросальпингография, рентгенография черепа и др.).

Прогноз для жизни при аменорее, связанной с функциональными нарушениями, благоприятный. Основное лечение гормональными препаратами под контролем тестов функциональной диагностики устраняет сопутствующие симптомы на более или менее длительные сроки. При первичной аменорее развиваются вторичные половые признаки и половые органы. В результате систематического общеукрепляющего лечения и лечения гормональными препаратами почти у всех женщин появляются кровянистые выделения типа менструаций. Восстановить самостоятельную менструацию и детородную функцию у больных с первичной аменореей и глубоким гипогонадизмом не удается.

При умеренной эстрогенной недостаточности настойчивое гормональное лечение у части больных с I и II аменореей приводит к восстановлению менструальной и даже детородной функции.

Классификация различных форм аменореи по патогенезу: 1) центральная форма аменореи с преимущественной симптоматикой, характеризующей заболевание коры головного мозга; 2) центральная форма аменореи с преимущественной симптоматикой, характеризующей заболевание диэнцефальной системы; 3) центральная форма аменореи с преимущественной симптоматикой, характеризующей заболевание гипофиза; 4) периферическая форма аменореи — яичниковая — с преимущественными симптомами, характеризующими заболевание яичников; 5) периферическая форма аменореи — маточная — с преимущественными симптомами, характеризующими заболевание матки.

Центральная форма аменореи при функциональных и органических заболеваниях коры головного мозга. Симптомы — различная более или менее выраженная неврологическая симптоматика. Менструации прекращаются через разные сроки от начала заболевания.

Выявление основного функционального или органического заболевания головного мозга.

Лечение проводится в специальных учреждениях и должно быть направлено на излечение основного заболевания. У большинства больных после выздоровления менструальная функция восстанавливается без специального лечения.

Гормонотерапия половыми гормонами малоэффективна, а иногда противопоказана (опухоль мозга!).

Центральная форма аменореи при функциональных и органических заболеваниях диэнцефальной системы. Симптомы. Заболевание начинается обычно с нарушения обменных процессов (водного, жирового, углеводного), изменения аппетита, функции кишечника (чередование запора и поноса), периодических болей в области сердца, изменения артериального давления, сосудистых кризов, иногда наблюдаются диэнцефальные кризы, которые сопровождаются чувством озноба, страха смерти, онемения конечности и т. д. Менструации прекращаются через разные сроки (от 1—2 месяцев до нескольких лет) после начала заболевания.

Лечение половыми гормонами обычно малоэффективно. Лечение основного заболевания, иногда в сочетании с небольшими дозами гормонов. Нейротропные средства (триоксазин, андаксин, френолон), беллоид, белласпон. Иногда антибактериальная, десенсибилизирующая терапия.

Центральная форма аменореи при заболеваниях гипофиза.

а) При адипозо-генитальной дистрофии (синдром Фрелиха) — патологическом синдроме, возникающем в результате опухолевых или воспалительных заболеваний гипофизарно-диэнцефальной системы.

Симптомы: ожирение, атрофия половых органов (см. «Болезнь Фрелиха»), аменорея, бесплодие.

б) При болезни Симмондса, которая представляет собой результат пангипопитуитаризма, возникающего в результате деструктивных процессов в гипофизе. Заболевание возникает при тромбозе сосудов гипофиза, опухолях гипофиза, сифилисе и туберкулезе гипофиза. При этом наблюдается астения, анорексия, гипотермия, гипотония, гипогликемия, понижение обменных процессов, преждевременное старение.

Нередко при болезни Симмондса развивается гипотиреоз, гипотония коры надпочечников. Аменорея — лишь один из симптомов основного заболевания.

Лечение основного заболевания (см. «Болезнь Симмондса»). Лечение эстрогенными и прогестероновыми препаратами является дополнительным и проводится по общепринятым схемам и принципам (см. Лечение вторичной аменореи).

в) При синдроме Шихана, возникающем в результате некроза передней доли гипофиза или тромбоза его сосудов. Заболевание является следствием шока или резкой кровопотери при родах, раннем послеродовом периоде, а также после аборта. Аменорея — один из симптомов ряда расстройств, возникающих в результате этого заболевания. Гормональную терапию половыми гормонами следует проводить только при стойкой аменорее и значительной гипотрофии половых органов.

г) Аменорея при нарушении гонадотропной функции гипофиза: нарушается нормальная продукция фолликулостимулирующего лютеинизирующего и лютеотропного гормонов.

Симптомы. Аменорея гипофизарного генеза обычно протекает клинически, помимо нарушения функции яичников, с нарушением функции щитовидной железы, коры надпочечников и других эндокринных желез.

Лечение направлено на стимуляцию гонадотропинами, эстрогенными и прогестероновыми препаратами (см. «Лечение яичнико-

вой аменорей»). При полигландулярных нарушениях — соответствующая терапия в зависимости от нарушения функции эндокринных желез.

Периферическая яичниковая форма аменорей. Первичная аменорея. Врожденное недоразвитие половых органов или поражение яичников в допубертатном и пубертатном периодах. Возникает под влиянием вышеуказанных патологических причин.

Симптомы. Характеризуется выраженной формой гипогенитализма: непропорционально удлиненные конечности по сравнению с туловищем вследствие задержки окостенения эпифизарных хрящей — неправильное отложение подкожного жира. Молочные железы не развиты. Половые органы резко недоразвиты: влагалище узкое, слизистые оболочки его тонки, легко ранимы, складчатость отсутствует или выражена плохо, тело матки значительно меньше нормального, иногда прощупывается в виде плотного тяжа или вовсе не прощупывается. Чаще половое чувство выражено слабо или отсутствует. Половая жизнь при глубоком недоразвитии половых органов невозможна. Цитологическая реакция влагалищного мазка I или II. Феномен «зрачка» отсутствует. Слизистая оболочка тела матки не развивается.

При поражении яичников в более позднем возрасте (когда половая система уже близка к завершению своего развития) или при более легкой степени поражения фолликулярного аппарата, когда фолликулы полностью не погибли, клиническая картина первичной аменорей не так тяжела. Недоразвитие половых органов и вторичных половых признаков выражено менее резко, значительно реже и не так интенсивно проявляются сопутствующие симптомы. Половая жизнь возможна. Реакция влагалищного мазка II, II—III или даже III. Иногда появляется слабо положительный феномен «зрачка». Ректальная температура монофазная. Слизистая оболочка матки очень слабо развивается, но в яичниках обнаруживаются фолликулы на ранних стадиях развития.

Лечение. Общеукрепляющее, курортное. Питание, богатое витаминами. Лечебная физкультура. Основное лечение — гормональное начинается с введения (в течение 4 месяцев) эстрогенных препаратов. Более целесообразно вводить эстрогенные препараты пролонгированного действия: 0,1% раствор эстрадиол-дипропионата по 1—2 мл один раз в 10—15 дней или 0,6% раствор 2,0 диметилового эфира диэтилстильбэстрол один раз в 1—1½ месяца. Эстрогенные препараты должны вводиться под контролем цитологии влагалищных мазков. Не следует создавать длительной гиперэстрогении. Нужно подобрать такую дозу эстрогенного препарата, чтобы реакция влагалищного мазка была III или в крайнем случае III—IV. После того как под влиянием лечения гормонами увеличатся размеры матки (через 2—4 месяца), лечение проводится уже двухфазно, т. е. чередуются введение эстрогенных препаратов в течение 20—22 дней и прогестерона в течение 6—8 дней. Появление кровянистых выделений типа менструаций через 2—4 дня после окончания инъекций прогестерона будет свидетельствовать о том, что лечение оказало стимулирующее действие на организм и недоразвитую половую систему. Лечение гормональными препаратами при первичной аменорее проводится с учетом реакции организма и половой системы, а также под контролем тестов функциональной диагностики, на протяжении 2—3 лет. Периодически можно проводить 4—6 курсов в год.

Противопоказанием к продолжительному лечению гормональными препаратами являются любые опухолевые процессы и непереносимость половых гормонов (аллергия, головные боли, отеки и т. д.).

Вторичная аменорея. Возникает в результате первичного или вторичного нарушения функции яичников (причины см. выше). В основе патологического процесса лежит нарушение процессов развития фолликул, отсутствует овуляция и образование желтого тела.

Симптомы. Отсутствие менструаций более 2—3 месяцев, не связанное с физиологическими периодами женщины. У части женщин общее состояние остается вполне удовлетворительным. Аменорея и бесплодие — основные патологические симптомы. У части женщин через разные сроки после прекращения менструаций появляются сопутствующие патологические симптомы — утомляемость, раздражительность, приливы жара к голове, пониженная работоспособность, нарушаются обменные процессы, сон, работа кишечника и т. д. Появление сопутствующих патологических симптомов не зависит от степени понижения гормональной функции яичников и длительности аменореи (при такой симптоматике следует выявлять дисэнцефально-гипофизный генез аменореи). При гинекологическом исследовании обнаруживаются уменьшенные размеры матки, укороченные своды, гладкость слизистых оболочек влагалища.

Диагноз. При динамическом обследовании цитологической картины влагалищных мазков реакция монотонная — II, ороговевающие клетки встречаются редко, феномен «зрачка» отрицательный или слабо положительный. Базальная температура монофазная. Выход эстрогенных гормонов с мочой понижен. Прегнандиола в моче нет. Слизистая оболочка тела матки в стадии пролиферации, ранней пролиферации или атрофическая.

Прогноз для жизни благоприятный. Восстановление менструальной и детородной функции зависит от этиологии и патогенеза заболевания и правильно построенного лечения.

Лечение. Стимулирующая терапия, направленная на восстановление функции яичников — общеукрепляющее лечение, седативная терапия, витамины, физические методы лечения, курортное лечение, спорт. Основной метод лечения гормональный. При значительном понижении гормональной функции яичников (II—III или стойкая III реакция влагалищного мазка) рекомендуется введение эстрогенных препаратов в среднем в дозе 100 000—150 000 МЕ на курс лечения инъекциями до 5000—10 000 МЕ и 30—50 мг прогестерона. Эстрогенные препараты вводятся внутримышечно через 1—3 дня, всего 10—15 инъекций с последующим введением прогестерона по 5—10 мг ежедневно в течение 6—8 дней. В последние две инъекции экстрадиол следует вводить вместе с прогестероном.

Лечение гормональными препаратами можно повторять иногда в течение нескольких лет с перерывами между курсами в 1—2 месяца. При стойком отсутствии стимулирующего эффекта (в отношении восстановления функции яичников) можно применять лечение гормональными препаратами 3—5 месяцев подряд, постепенно уменьшая дозу эстрогенных препаратов. Доза прогестерона не уменьшается.

Если после 2—3 курсов гормональной терапии кровянистые выделения не появятся или будут длительными, скудными или очень обильными и не прекратятся в течение 5—8 дней, следует произвести диагностическое выскабливание слизистой оболочки тела матки для исключения патологического процесса в слизистой (туберкулез, рак).

Противопоказания к гормональной терапии эстрогенными препаратами — любые опухолевые процессы и особенно половых органов, мастопатии, непереносимость к половым гормонам.

Периферическая маточная форма аменореи. Первичная аменорея. Этиология. Врожденные пороки развития матки. Поражение слизистой оболочки до наступления первых менструаций (травмы тазовых органов, туберкулез эндометрия). Яичники функционируют.

Симптомы. Первичное отсутствие менструаций. Телосложение правильное. Развитие скелета и отложение подкожного жира по женскому типу. Вторичные половые признаки выражены. Наружные и внутренние половые органы развиты. Размеры матки, как правило, несколько меньше нормы. Сопутствующих патологических симптомов нет. Общее состояние вполне удовлетворительное.

Диагноз. Гистеросальпингография и зондирование. При маточной форме аменореи полость матки отсутствует или значительно уменьшена, деформирована. Цитология влагалищного мазка. II или III—IV реакция. Феномен «зрачка» периодически положительный. Выход эстрогенных гормонов с мочой в пределах нормы или несколько меньше. При диагностическом выскабливании слизистая оболочка матки в соскобе отсутствует. У отдельных больных обнаруживается туберкулезный эндометрит.

Прогноз. Как правило, менструальную и детородную функцию восстановить не удается. Для жизни и общего состояния здоровья прогноз благоприятен. При туберкулезе эндометрия иногда удается добиться восстановления менструаций после упорного противотуберкулезного лечения.

Лечение. При туберкулезном эндометрите или даже полوزрении — специфическое противотуберкулезное лечение. При пороках развития матки лечение неэффективно. Гормональная терапия не показана.

Вторичная аменорея. Этиология. Возникает в результате образования синехий в области внутреннего зева и в полости матки после выскабливания слизистой шейки и тела матки. Особенно часто наблюдается после прерывания беременности или выскабливания послеродовой матки, в результате криминального аборта (после введения в полость матки йода, мыла, инородных тел), при туберкулезе эндометрия.

Симптомы. Менструации прекращаются непосредственно после указанных вмешательств. У большинства женщин сохраняются «скрытые циклы» — ежемесячное нагрубание молочных желез, боли внизу живота и другие предменструальные ощущения, свойственные данной больной. Функция яичников сохранена. Базальная температура чаще двухфазная. Цитологическая картина влагалищных мазков и изменение феномена «зрачка» такие же, как у женщин в нормальном цикле. Матка нормальных размеров или несколько увеличена. Гематометра обычно не образуется.

Диагноз. Тщательный анамнез. Клиническое обследование. Обследование функции яичников. Гистеросальпингография. Диагностическое выскабливание слизистой оболочки матки.

Лечение. Зондирование полости матки и нарушение синехий при помощи расширителей Гегара до № 6—8. Зондирование и расширение целесообразно проводить в сроки предполагаемых менструаций, под местной анестезией. В отдельных случаях лапаротомия, вскрытие полости матки и пальцевое разрушение спаек. При тубер-

кулезном эндометрите специфическое противотуберкулезное лечение.

Прогноз. У большинства больных удается нарушить синехии, и менструальная функция восстанавливается без какого-либо дополнительного лечения. Если синехии распространились на всю полость матки, то восстановить менструальную функцию не удастся (у этих больных травмирован не только функциональный, но и базальный слой). Если же полость матки есть, но менструаций не наступает, то предлагается использовать тест на рецептивность эндометрия — введение 0,1% раствора эстрадиола по 1 мл в течение 10—12 дней с последующим введением прогестерона по 5—10 мг в течение 6—8 дней. Отсутствие менструальноподобной реакции будет свидетельствовать об отсутствии рецептивности эндометрия к половым гормонам. Таким больным следует проводить лечение, направленное на повышение рецептивности слизистой оболочки матки — физиотерапия, витамины, алоэ и т. д., введение фолликулина и прогестерона в шейку матки, повторное диагностическое выскабливание.

Аменорея при заболеваниях щитовидной железы наблюдается при гипо- и гипертиреозах (см. Клинику заболеваний щитовидной железы).

Лечение в основном патогенетическое. Лечение аменореи половыми гормонами проводится только тем больным, у которых обнаруживается стойкое понижение гормональной функции яичников. Лечение по поводу заболевания щитовидной железы нередко приводит к восстановлению менструаций.

Аменорея при опухолях коры надпочечников. Опухоли коры надпочечников наиболее часто сочетаются с первичной или вторичной аменореей.

Симптомы. При опухоли коры надпочечников, помимо отсутствия менструаций, развивается вирильный синдром — оволосение на лице и на теле по мужскому типу, маскулинизация, низкий голос, гипотрофия молочных желез, увеличение клитора, гипотрофия матки, во влагалищных мазках появляются атрофические клетки.

Диагноз ставится на основании клинической картины, рентгенологического обследования области надпочечников (ретропневмоперитонеум), исследования 17-кетостероидов и дегидроэпиандростерона в моче. Их выход повышен до 40—400 мг в суточной моче.

Лечение только оперативное. Менструальная функция восстанавливается через несколько месяцев после операции. В этот же период у части больных исчезает вирильный синдром.

Аменорея при гиперплазии коры надпочечников. Симптомы. Аменорея, вирильный синдром выражен умеренно или отмечается гирсутизм, клитор увеличен не всегда, гипотрофия матки.

Диагноз ставится на основании клинического обследования, рентгенологического обследования области надпочечников (ретропневмоперитонеум), исследования 17-кетостероидов и дегидроэпиандростерона в моче. Экскреция 17-кетостероидов и дегидроэпиандростерона выше нормы (20—60 мг).

Гиперплазия коры надпочечников следует дифференцировать с опухолью коры надпочечников. Для этого проводится кортизоновая проба — ежедневное введение внутримышечно в течение 5—6 дней по 100 мг кортизона или 5 дней по 20 мг преднизолона внутрь. Снижение 17-кетостероидов после кортизоновой пробы по сравнению с исходным количеством более чем на 50% свидетельствует о гиперплазии коры надпочечников.

Лечение. Преднизолон или кортизон (5—10 мг) под контролем исследования мочи на 17-кетостероидов. Лечение препаратами типа кортизона проводится не прерывно до тех пор, пока уровень 17-кетостероидов в моче не станет нормальным. При аменорее в результате гиперплазии коры надпочечников менструальная функция нередко восстанавливается под влиянием этой терапии. Повторять лечение препаратом типа кортизона следует в зависимости от клинического течения и количества 17-кетостероидов в моче. Противопоказания к применению кортикоидной терапии — непереносимость (аллергия), задержка жидкости в организме, усиление роста волос, а также язва желудка, кишечника, туберкулез.

Аменорея при заболеваниях поджелудочной железы. Менструации могут прекращаться при всех формах диабета (легкой, средней тяжести, тяжелой). Лечение основного заболевания. Лечение половыми гормонами как дополнительное рекомендуется больным со значительным понижением гормональной функции яичников, при стойкой аменорее.

Гипоаменорея — скудные менструации, циклические с сохранением ритма.

Этиология. Недостаточное развитие фолликулов и желтого тела; поражение эндометрия.

Диагноз. При гипофункции яичников цитологическая реакция влагалищного мазка III (в динамике), феномен «зрачка» слабо положительный, базальная температура слабо двухфазная или вторая фаза короче нормальной. При гистологическом исследовании соскоба чаще обнаруживается слизистая оболочка тела матки в стадии неполноценной секреции. При нормальной функции яичников показана гистеросальпингография (Ашермана сращения, туберкулез).

Лечение. При гипофункции проводится по тем же принципам, что и лечение аменореи, только доза эстрогенных препаратов должна быть значительно меньше, чем при аменорее.

Прогноз благоприятный. Восстановление менструальной функции наступает чаще, чем при аменорее.

При отсутствии лечебного эффекта от лечения гормональными препаратами проводится диагностическое выскабливание слизистой оболочки матки, поскольку гипоаменорея может явиться симптомом начинающегося туберкулеза эндометрия и яичников. При туберкулезе специфическое лечение.

Олигоменорея — короткие, **опсоменорея** — редкие через 1—3—6 месяцев менструации, обычные по количеству или скудные, или периодические маточные кровотечения, чередующиеся с задержками менструаций.

Патогенез. Ослабленная фолликулярная функция — слабое, длительное развитие фолликула или длительное развитие фолликула с удовлетворительной или избыточной эстрогенной активностью, отсутствие овуляции и желтого тела. См. также «Аменорея».

Диагноз. Ставится на основании особенностей клинического течения и данных обследования по тестам функциональной диагностики, при котором выявится степень недостаточности гормональной функции яичников или их гиперэстрогенная функция.

Лечение. При пониженной функции яичников проводится по тем же принципам, что и лечение аменореи. При гиперфолликулиновой аменорее — см. Кровотечения маточные.

Аменорея и опсоменорея при синдроме Штейна — Левенталя.

Этиология. В анамнезе токсикозы беременности матери, воспалительные процессы придатков, заболевания коры надпочечников.

Симптомы. Ожирение, аменорея (как правило, вторичная), гирсутизм, бесплодие. При гинекологическом исследовании обнаруживается увеличение яичников с обеих сторон. При функциональном обследовании: базальная температура монофазная, цитология и феномен «зрочка» без динамических изменений. Слизистая оболочка матки атрофическая или в стадии пролиферации. В яичниках поликистозные изменения (см.).

Диагноз. Необходимо дифференцировать с кистой яичника, воспалением придатков, гиперплазией коры надпочечников. Для уточнения диагноза проводят также кульдо- или лапароскопию, биконтрастную гинекографию, исследования мочи на содержание 17-кетостероидов и дегидроэпиандростерона.

МЕТРИТ ОСТРЫЙ, хронический см. Эндометрит, Метроэндометрит.

МЕТРОПАТИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ см. Кровотечения маточные дисфункциональные.

МЕТРОРРАГИИ см. Кровотечения маточные.

МЕТРОЭНДОМЕТРИТ см. Эндометрит, Метроэндометрит.

МИОМА МАТКИ — доброкачественная опухоль, состоит из гладкомышечных, с примесью большего или меньшего количества соединительнотканых волокон. В состав опухоли входит также небольшое число кровеносных и лимфатических сосудов.

Этиология. Причины возникновения неясны, не исключена роль эстрогенов (одновременное наличие мелкокистозного перерождения яичников, фиброзной мастопатии).

Различают: субсерозные (подбрюшинные), внутривенечные (интерстициальные, интрамуральные), субмукозные (подслизистые) миомы. Однако могут встречаться комбинации указанных миом или их атипичное расположение узлов (позадисшеечная, забрюшинная, предпузырная, подбрюшинная, межсвязочная). Миомы, растущие в сторону свободной брюшной полости или полости матки, могут вытягиваться в виде ножки. Наконец, нередки множественные узлы.

Симптомы. Вначале течение бессимптомное. Нередко миома обнаруживается случайно при гинекологическом исследовании по какому-либо иному поводу. В дальнейшем появляются нарушения менструальной функции (гиперполименорея, алгодисменорея), зависящие от: 1) гиперэстрогении с наблюдаемой при этом гиперплазией эндометрия; 2) нарушения сократительной способности мышечной стенки матки в зависимости от топографии миоматозных узлов; 3) увеличения менструирующей поверхности и сопутствующих атрофических процессов в эндометрии; 4) застоя, образования тромбов или кровоизлияний внутри опухоли.

Боли (ноющие, острые, схваткообразные), нарушения мочеиспускания, дефекации.

Диагноз. В типичных случаях интрамуральных и субсерозных миом не труден, в атипичных случаях приходится прибегать к допол-

нительным методам. Для подтверждения связи пальпируемой опухоли с маткой необходимо смещать шейку матки (пальцами, пулевыми щипцами). Если при этом смещается и опухоль, она связана с маткой. Может быть использована гистеросальпингография, биконтрастная гинекография, ультразвук. Это позволяет во многих случаях провести дифференциальную диагностику между миомой и опухолью яичника. В простых случаях диагностика легка. Киста яичника обычно гладкая, имеет тугоэластичную консистенцию. Матка прощупывается отдельно. Очень важны данные анамнеза: миомы в большинстве случаев вызывают менорагии, а кисты протекают бессимптомно, обычно не нарушают менструального цикла. При сомнениях (опухоль яичника или миома) следует предполагать опухоль яичника, потому что просмотреть опухоль яичника гораздо опаснее, киста может быть злокачественной.

При субмукозных узлах имеет место кровотечение. Субмукозные узлы могут рождаться. При этом наблюдаются небольшие схватки и кровотечение. Родившийся узел может быть различных размеров (с грецкий орех, куриное яйцо и больше). При небольших размерах опухоли диагностика довольно простая: выше узла прощупывается ободок, киацо — это раскрятая и сглаженная шейка. Если же узел заполняет все влагалище, тогда пальцами трудно достигнуть шейки матки; это напоминает выворот матки. Узел начинает спускаться из тела матки в шейный канал, обычно в менструальные дни. При осмотре в это время можно увидеть, что шейка матки слегка приоткрыта и в зеве ощущается нижний полюс узла. После окончания менструации шейка матки может снова закрыться. При закрытой шейке матки диагностика субмукозного узла трудна. Обычно матка увеличена умеренно — соответственно 6—8-недельной беременности. Больные нередко лечатся по поводу геморрагической метропатии. Поэтому в случаях длительных, не поддающихся гормонотерапии, кровотечений нужно подумать, нет ли здесь субмукозного узла. Ценным методом для установления диагноза является гистеросальпингография.

Если диагноза субмукозного узла сомнений не вызывает, диагностическое выскабливание полости матки противопоказано, потому что оно поведет к травмированию слизистой оболочки узла и возможности его инфицирования.

При невозможности произвести гистеросальпингографию (постоянное кровотечение!) можно в условиях стационара осторожно зондировать матку.

Для дифференциального диагноза с беременностью проводится биологическая проба на беременность (см. стр. 434).

Лечение. Больные с бессимптомной миомой, у которых опухоль по величине меньше размеров матки при 4-месячной беременности, должны находиться на диспансерном учете и осматриваются врачом 3—4 раза в год. Если опухоль по своим размерам больше или быстро растет, ее следует удалить, в особенности если наблюдаются явления сдавливания ею соседних органов.

Показанием к лечению чаще всего служат кровотечения, которые в большинстве случаев носят характер меноррагий.

Андрогены, как правило, назначают больным старше 40 лет.

При циклических кровотечениях сразу после окончания менструации (на 7—8-й день цикла) назначают таблетки метиландростендиола по 10 мг 2 раза в день или метилтестостерона по 5 мг 3—4 раза

в день (под язык) в течение 12—14 дней, с 24—26-го дня цикла стиптицин в дозе 0,05 г по 1 таблетке 3 раза в день. При обильных менструациях маммофизин или питуитрин по 1 мл один раз в день в течение всего периода менструаций. Такие циклы повторяют в течение 8—10 месяцев.

При ациклических кровотечениях (исключить подслизистую миому!) вводят андрогенные препараты непосредственно после прекращения кровотечения — таблетки метилтестостерона по 5 мг 4—6 таблеток в сутки или тестостерон-пропионат в виде 2,5—5% раствора по 1 мл 1—2 раза в неделю до исчезновения ороговевающих клеток во влагалищных мазках.

Лечение продолжается 20—40 дней. Такие курсы повторяют при появлении положительного феномена «зрачка» или ороговевающих клеток во влагалищных мазках (3—4 раза на протяжении 1 года с промежутками до 30 дней).

При рождающемся миоматозном узле больную немедленно направляют в стационар. Показания к рентгенотерапии см. «Рентгенотерапия миом».

При всех остальных «симптомных» миомах, как и не поддающихся лечению консервативными методами, применяется оперативный метод.

Рентгенотерапия миом матки. Показания: у больных в возрасте старше 40 лет, страдающих маточными кровотечениями при миоме матки межзачаточной, межзачаточно-подбрюшинной на широком основании, если правильно применявшиеся другие медикаментозно-консервативные методы оказались неэффективными.

Противопоказания. 1. В зависимости от локализации и размеров опухоли: а) подслизистые миомы; б) подбрюшинные подвижные миомы в виде отдельного узла из узлов на длинной ножке; в) слишком большие размеры миомы — величина свыше 16—18-недельной беременности. 2. В зависимости от характера опухоли и изменений в ней: а) опухоли на ощупь очень плотны, окаменелые — обызвествленные миомы (диагноз легко подтвердить рентгенографией); б) размягченные сплошь или с отдельными размягченными участками опухоли, что может указывать на некроз или нагноение их; в) значительная болезненность отдельных узлов при пальпации их. 3. В зависимости от сочетания миомы матки с другими опухолями или опухолевидными образованиями: а) опухоль яичника, или другого органа брюшной полости; б) подозрение на наличие саркоматозного изменения (очень быстрый рост опухоли, общее исхудание, явления интоксикации); в) длительно не заживающая эрозия шейки матки, рецидивирующая эрозия; г) осумкованного характера мешотчатые опухоли придатков матки (гидромиосальпинкс); д) рецидивирующие маточные кровотечения после проведенной ранее рентгенотерапии при обнаружении атрофии эндометрия.

Методика рентгенотерапии. Облучение области расположения каждого яичника с 2 передних полей на расстоянии 30 см с фильтром 0,5 мм меди и 1 мм алюминия, при напряжении 180 kV; суммарное на одно кожное поле 600—700 г (при двукратном или трехкратном облучении соответственно в дозе 200 или 300 г за сеанс), доза на глубину 10 см 200—250 г.

Профилактика. Следует рекомендовать профилактически принимать метилтестостерон большим, опесированным путем консервативной миомэктомии, в случаях выраженной гиперэстрогении. Лечение см. стр. 315.

МОЛОЧНИЦА. Вызывается грибом *Monilia albicans*. Особенно часто поражает влагалище у беременных.

Симптомы. Зуд и жжение во влагалище. При осмотре гиперемия слизистой оболочки влагалища, отек тканей его: местами видны небольшие белые пятнышки, отделить которые от подлежащих тканей почти не удается.

Диагноз не представляет затруднений. Необходимо исключить лейкоплакию.

Лечение. Осторожное протирание пораженных участков 2—3% раствором буры или 10% раствором буры на глицерине.

НЕВРАЛГИЯ ТАЗОВАЯ¹ — синдром, характеризующийся приступообразными болевыми ощущениями в области половых органов и отсутствием клинических поражений (макропоражений), что раньше относили к так называемым эссенциальным болям. При них обнаруживаются патогистологические изменения (микропоражения) в различных органах малого таза с преобладанием поражений системы вегетативной иннервации.

Различают две формы тазовых невралгий: первичную и вторичную. Последняя чаще всего является результатом инфекции или гормональных нарушений. С клинико-анатомической точки зрения различают невралгии: подчревного и пояснично-аортального сплетения (наиболее частая форма), пояснично-яичникового сплетения, крестцового сплетения (внутреннего срамного нерва) и копчикового сплетения (кокцигодия).

Невралгия подчревного и пояснично-аортального сплетений наиболее частая форма всех тазовых невралгий. В большинстве случаев возникает с наступлением половой зрелости, чаще в возрасте 30—40 лет. В небольшом количестве случаев удается установить взаимосвязь между болевым фактором и неправильными положениями матки, воспалительными процессами, трофическими изменениями и т. д. В большинстве же подобных невралгий перечисленные изменения отсутствуют. Встречаются и такие невралгии, при которых нет анатомических изменений в органах малого таза. В этих случаях можно предположить наличие гормональных нарушений, связанных с дисфункцией яичников.

Этиология. Подробным клиническим обследованием почти всегда можно установить в анамнезе перенесенные воспалительные заболевания, приведшие к фиброзу и сдавлению нервных волокон.

Некоторые воспалительные процессы ведут к образованию целлюлита, склерозу крестцово-маточных связок, поражению подчревного нервного сплетения. Такие поражения могут возникнуть и при восходящей инфекции по лимфатическим путям из шейки матки или прямой кишки. Кроме воспалительного фактора, различные экзогенные или эндогенные причины могут привести к перевозбуждению периферических нервов полового аппарата и вызвать невралгию.

Симптомы различны в зависимости от этиологического фактора, типа нервной деятельности женщины, времени возникновения. Вначале невралгия проявляется непостоянными болями в малом тазу, относительно легко переносимыми, которые усиливаются при физическом напряжении, во время менструации, irradiруя в поясницу. Болевые симптомы более выражены после перенесенных абортов, или бывших родов. Irradiация болей в соседние органы — мочевого пузыря, прямую кишку, по ходу седалищного, замыкатель-

¹ Написано Б. И. Гринбергом.

ного и внутреннего срамного нервов — связана с наличием множественных функциональных связей подчревного сплетения. В некоторых случаях отмечается иррадиация на расстойянии с возникновением головных болей, мигрени и т. д. Иногда боль принимает сжимающий или скручивающий характер, усиливаясь при малейшем движении или прикосновении к животу больной, что нередко приковывает ее к постели.

Невралгические симптомы часто сопровождаются нарушением вазомоторных или секреторных рефлексов, что в свою очередь усиливает боль, проводя к неврастени с наклонностью к меланхолии, депрессии. В результате лечения или даже без него боль может стихнуть, прекратиться, а затем снова возобновиться после определенных психических травм. С наступлением менопаузы невралгии, связанные с менструальным циклом, могут исчезнуть.

В большинстве же случаев невралгия продолжается и после наступления менопаузы вследствие стойких поражений нервной системы, как и особой лабильности ее в этом периоде.

Диагноз При исследовании половых органов не удается выявить существенных изменений. Влагалищное исследование сопровождается резкими болями при введении пальцев, при пальпации и смещении матки, придатков, связок. Очень важно определить состояние напряжения крестцово-маточных связок (контрактура, фиброз) и эластичности заднего свода (задний параметрит). Пальпация через брюшную стенку области мыса и мезогастральной области болезненна. Признак, названный «люмбаоортальной плексальгией», очень важен для дифференциальной диагностики между невралгией подчревного и пояснично-аортального сплетений и пояснично-яичниковой плексальгией. Установленная пояснично-аортальная плексальгия в некоторых случаях является показанием к резекции пресакрального нерва. Дифференциальный диагноз между невралгиями подчревного и пояснично-аортального сплетений и другими формами невралгии крайне затруднен.

Лечение чаще всего симптоматическое. Показано применение седативных средств: микстура Бехтерева по одной столовой ложке 3 раза в день, анальгин 0,5 г 3—4 раза в день, 10% раствор бромистого натрия по одной столовой ложке 3 раза в день, при отсутствии эффекта — аминазин по 0,025 г 3 раза в день с учетом противопоказаний к нему (поражения печени, почек, кроветворных органов, язва желудка и двенадцатиперстной кишки, заболевания сердца). Во время сильных болей применяют настойку опия по 20 капель, барбитураты (мединал 0,5 г, люминал 0,1 г), а при отсутствии эффекта — подкожное введение 1 мл 1—2% раствора промедола. Рассасывающая, противовоспалительная терапия дает некоторые обнадеживающие результаты. Диатермия, бальнеотерапия (серные, щелочные ванны), как и гинекологический массаж при воспалительных процессах, часто весьма эффективны. Новокаиновая блокада нижнего подчревного или пояснично-аортального сплетения редко дает стойкий положительный результат.

Хирургическое лечение показано при отсутствии эффекта от консервативного.

Невралгия пояснично-яичникового сплетения. Боль вызывается поражением стромы и нервов яичников, частично матки и труб. Яичниковая невралгия может быть вызвана опухолями матки, выпадением ее, воспалительными заболеваниями труб. Гистологические

исследования дают четкую картину: чаще склеротические пери- и интрафасцикулярные процессы нервов яичников. Иногда не удается установить причины, т. е. отсутствуют как клинические, так и патологические изменения. В этих случаях можно предполагать наличие перевозбуждения нервной системы, связанного с эндокринными нарушениями.

Симптомы. Боль локализуется в поясничной и крестцовой области, иногда с иррадиацией по ходу запирающего нерва, имеет тянущий, сжимающий или скручивающий характер. При менструации боли часто стихают, а с прекращением ее возобновляются с прежней силой. Этот вид невралгии исчезает с наступлением беременности, началом менопаузы в отличие от невралгии подчревного сплетения, которая продолжается и после наступления менопаузы.

Диагноз основан на локализации болей, а также на их прекращении с наступлением беременности или менопаузы. При влагалищном исследовании обычно не удается обнаружить каких-либо патологических изменений со стороны половых органов. Дифференцировать этот вид невралгии от остальных крайне трудно.

Лечение. Применяют успокаивающие средства: пирамидон по 0,5 г 1—2 раза в день, настой валерианы по 1 чайной ложке 3—4 раза в день, 25% раствор сульфата магния по 5—10 мл внутримышечно ежедневно. Новокаиновая блокада дает хорошие результаты. Лучший и более стойкий эффект наблюдается при хирургическом лечении — обработке фенолом пояснично-яичниковых и маточных сосудистых ножек, резекции пресакрального и симпатического поясничного нервов на уровне L₁.

Невралгия крестцового сплетения (невралгия внутреннего срамного нерва). Чаще двусторонняя и сопровождается другими невралгиями половой сферы (подчревной, яичниковой или брюшной). Бывает и вульварная невралгия подчревного происхождения.

Симптомы. Боль носит тупой характер, продолжительна, иногда в виде приступов с чувством жжения или скручивания, распространяется на вульву, промежность, по ходу запирающего, седалищного или бедренного нервов. Заболевание часто сопровождается зудом вульвы, а также трофическими изменениями в виде атрофии малых половых губ, крауроза, лейкоплакия и др. Боль приводит к затруднению половой жизни (вульвовагинит). Заболевание может проявиться и в виде истмико-цервикальных болей. Причинами невралгии могут быть токсические поражения (диабет, ревматизм), инфекционные заболевания, воспалительные заболевания матки и придатков, травмы (переломы таза, оперативные вмешательства), гормональные нарушения.

Диагноз основан на локализации болей, отсутствии обнаруживаемых поражений при двуручном исследовании, усилении болей при давлении по ходу срамного нерва — седалищная и лонно-седалищная точки. Седалищная точка располагается кнутри от седалищной ости на горизонтали, проходящей через заднепроходное отверстие. Лонно-седалищная точка проходит на уровне лонно-седалищного бугра. Иногда можно найти еще третью — болевую точку в вестибулярной области по обеим сторонам уретры — точку криватора. Дифференцировать невралгию крестцового сплетения от других видов невралгий тазовых органов чрезвычайно трудно.

Лечение в зависимости от причины, вызвавшей заболевание. Новокаиновые, алкогольные блокады, лучевая терапия дают некото-

рое облегчение, а иногда излечение. Хорошие результаты наблюдаются при хирургическом лечении (резекция внутреннего срамного нерва, иногда в сочетании с резекцией пресакрального нерва).

Невралгия копчикового сплетения (кокцигодиния). В основе заболевания лежат такие причины, как травмы, тяжелые роды, спаечные ретроверзии, задние параметриты, некоторые инфекции, токсические факторы (алкоголизм, сифилис, туберкулез). Кокцигодиния может быть проявлением местного и (или) общего поражения. Частое отсутствие местных поражений является доказательством нервной этиологии, в частности поражения последней копчиковой пары (менингоградикулит).

Симптомы. Заболевание характеризуется появлением болей в копчике или крестцово-копчиковом сплетении. Боль спонтанная или спровоцированная в виде тяжелого приступа, трудно поддающаяся лечению. Половая жизнь, акт дефекации, сидение усиливают боль. Часто наблюдается сочетание кокцигодинии с тазовыми подчревными невралгиями.

Диагноз основан на определении болевой точки на спинной поверхности копчика или крестца. Для определения этой точки указательный палец вводят в прямую кишку, а большой палец лежит на спинной поверхности копчика. При надавливании большим пальцем на копчик боль усиливается. Довольно характерным признаком заболевания считают появление на кожных покровах небольших участков гиперестезии или анестезии, а также резкую болезненность при движении копчика. Отсутствие спонтанного излечения также относится к характерным признакам кокцигодинии. Заболевание трудно отдифференцировать от остальных видов тазовых невралгий.

Лечение сводится к применению болеутоляющих средств: антипирин по 0,5 г 3—4 раза в день, пирамидон, аспирин в тех же дозировках, свечи с белладонной и др. При заболевании средней тяжести рекомендована физиотерапия (фарадизация, токи высокой частоты, диодинамические токи, лучевая терапия). Сильные приступы болей иногда удается купировать подкожным введением 1—2% раствора промедола в количестве 1—2 мл. Инфильтрация новокаином или нейроплегическими растворами задних крестцово-копчиковых корешков, а также эпидуральное введение новокаина дает хорошие результаты. В тяжелых случаях эффективно только хирургическое лечение.

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПЕРЕШЕЙКА МАТКИ — истмико цервикальная недостаточность — может быть причиной повторных (привычных) выкидышей и преждевременных родов.

Патогенез. Различают функциональную и органическую недостаточность. Первая зависит от нарушений гормонального характера, вторая — от нарушений целостности циркулярных мышечных волокон сфинктерного аппарата перешейки. Последнее преимущественно связано с повреждениями, какие причиняются тканям перешейки при расширении шейки расширителем Гегара, при выскабливании кюреткой (аборт!), при некоторых других операциях на шейке матки.

Диагноз. При нормальном менструальном цикле истмус в фазе пролиферации (первая фаза) несколько расширяется (до 0,2—0,3 мм) и, наоборот, резко суживается в фазе секреции (вторая фаза), иногда это сужение может доходить до состояния спазма, как это наблюдается в первые недели беременности (физиологическое состояние).

При недостаточности перешейка последний остается расширенным, широким в обе фазы цикла и во время беременности. Плодное яйцо, выполнив всю полость матки, начинает давить на область внутреннего зева и, если истмус оказывается расширенным, вклинивается в него, что в конечном счете ведет к выкидышу или в более поздние сроки к преждевременным родам.

Установить это состояние можно введением во второй фазе цикла расширителя Гегара № 8, который при недостаточности истмуса легко, без насилия проходит через истмус. Еще демонстративнее это обнаруживается путем истмогистеросальпингографии, которую надо проводить обязательно во второй фазе цикла.

На рентгенограмме виден широкий истмус, иногда почти такой же ширины, как нижний отдел полости матки. Видны и деформации по краям истмуса.

Чтобы убедиться, какого характера недостаточность — функциональная или органическая (особенно если это относится к женщине, у которой в анамнезе аборт, сопровождавшийся расширением канала шейки и выскабливанием), необходимо в следующем менструальном цикле и в той же секреторной фазе повторить истмогистеросальпингографию после предварительного (в течение 5—6 дней до этого) введения 60—80 мг прогестерона. При недостаточности чисто функциональной истмус под влиянием прогестерона может сузиться. При органической недостаточности истмуса ширина его просвета не изменится.

Лечение. При функциональной недостаточности уже в ранние сроки беременности показано гормональное, при органической — хирургическое лечение (круговой шов на шейку матки, несколько выше внутреннего зева; существуют различные модификации операции).

ОЖОГИ ВЛАГАЛИЩА наблюдаются при неправильном применении сильнодействующих лекарств в жидкости для спринцеваний.

Симптомы. Участки слизистой оболочки влагалища покрыты гнойными налетами, воспалены.

Диагноз. Дифференциальный диагноз должен быть проведен с раком влагалища. Анамнестические данные при ожоге указывают на острое возникновение и причину заболевания. Диагноз подтверждается при повторных осмотрах, так как лекарственные ожоги быстро поддаются лечению, очищаются от гнойных налетов и эпителизируются.

Лечение — спринцевание легкими дезинфицирующими средствами. Мазевые тампоны (балзам Шостаковского — винилин, цигерол, масло облепиховое).

ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ ГОРМОНОПРОДУЦИРУЮЩИЕ. Гранулезоклеточная опухоль (фолликулома) состоит из клеток, похожих на клетки зернистой оболочки фолликулов по своему строению напоминают рак, но клиническое течение не всегда злокачественное. Это дает основание считать, что могут наблюдаться злокачественные и доброкачественные гранулезоклеточные опухоли.

Симптомы и течение. Опухоль способна продуцировать эстрогенные гормоны. Если она развивается в менопаузе, то у больной возникают маточные кровотечения. В слизистой оболочке матки при соскобе находят гиперплазию эндометрия. Проявление так

называемых дисфункциональных кровотечений у девушек может также быть связано с гормонопродуцирующей опухолью яичника.

Текома — опухоль, которая состоит из клеточных элементов, напоминающих клетки theca interna. При окраске на жир в опухоли обнаруживают большое количество липоидов, что для нее характерно.

Симптомы и течение. Текомам свойственны такие же симптомы, как и гранулезоклеточным опухолям (гиперэстрогенные). В брюшной полости нередко обнаруживается асцит. Если в менопаузе у женщины появляются кровотечения, в соскобе раковые клетки не обнаружены, но находят гиперплазию эндометрия, следует подумать о гормонопродуцирующей опухоли (гранулезоклеточной или текоме).

Арренобластома. **Симптомы.** Гормонально активная опухоль, обуславливающая постепенное исчезновение вторичных женских половых признаков и появление мужских. Опухоль обычно односторонняя.

Диагноз гормонопродуцирующих опухолей довольно труден. Диагностике помогает выявление эстрогенной насыщенности. Во всех случаях необходимо исключить раковое поражение.

Лечение оперативное.

ООФОРИТ ОСТРЫЙ, ХРОНИЧЕСКИЙ см. Аднексит острый, хронический.

ОПУЩЕНИЕ И ВЫПАДЕНИЕ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ. Недостаточность тазового дна при повышенном внутрибрюшном давлении. Слабость подвешивающего и поддерживающего аппарата и ослабление мускулатуры тазового дна вызывают чаще всего неправильно проведенным послеродовым периодом. Имеют значение глубокие разрывы промежности, гематомы, разрывы леваторов, общая астения, инфантилизм, в старости — исчезновение жира и старческая атрофия.

Степень опущения может быть от небольшого выпячивания влагалища до полного выпадения. К опущению передней стенки влагалища всегда присоединяется опущение дна мочевого пузыря. Опущению задней стенки влагалища гораздо реже сопутствует опущение передней стенки прямой кишки. Для развития выпадения матки необходимы два предварительных условия: ретроверсия матки и опущение ее. Стенка влагалища делается ороговевшей, мозолистой, грубой, соединительная ткань отечна, наблюдаются надрывы чрезмерно растянутой слизистой оболочки, образование язв, окружность язв инфильтрирована, воспалена. Матка выдается наружу, становится видимой. Полное выпадение развивается большей частью постепенно, но может возникнуть и сразу при натуживании и поднятии тяжести. При резкой астении встречается и у молодых девушек (spina bifida).

Симптомы. Чувство опущения при ходьбе. Учащение мочеиспускания. При большой цистоцеле относительное недержание мочи. При большой ректоцеле запор. При изъязвлении выпавших частей и сопутствующем воспалении окружающих тканей сильные боли при каждом движении. Самостоятельно значительные тянущие и режущие боли наблюдаются главным образом при острых формах выпадений.

Опущение годами может оставаться незначительным, но может прогрессировать и вести к полному выпадению. При последнем раз-

вивается цистит и недержание или задержка мочи. Увеличение матки вследствие застоя, отек и гиперплазия. Отмечается образование пролежней на влагалищной части матки.

Диагноз в большинстве случаев не представляет трудности. Чтобы обнаружить малые степени опущения стенки влагалища, необходимо заставить женщину потужиться. Чтобы диагностировать *rectocele*, производят ректальное исследование: введенным в прямую кишку пальцем следует попытаться выпятить заднюю стенку влагалища.

Нужно проверить ширину входа во влагалище. При выпадении влагалища половая щель зияет, в него свободно можно ввести три пальца.

Важно определить состояние ножек *m. levator ani*. Для этого во влагалище вводят два пальца и, надавливая в стороны и вниз, пальпируют мышцы тазового дна.

Иногда выпадение стенки влагалища можно смешать с кистой передней стенки влагалища. Отличие: киста более эластичной консистенции и остается при вправлении влагалища. В отличие от выпадения наблюдается как осложнение родов выворот матки. Это может произойти (очень редко!) после рождения субмукозной миомы, которая может потянуть за собой дно матки. При вывороте матки в выпавшем органе матка не прощупывается, в сводах высоко можно достать колено — шейку. При ректальном исследовании определяется воронка вывернутого тела матки.

Образующиеся на шейке матки при выпадении язвы (*decubitus*) могут внешне напоминать рак шейки матки.

В отличие от раковых язв при выпадении быстро поддаются лечению в условиях стационара. Если этого не происходит, чтобы исключить рак шейки матки, необходимо произвести биопсию.

ПАРАМЕТРИТ — воспаление околоматочной клетчатки.

Этиология. В настоящее время параметрит после родов и гинекологических операций наблюдается редко, значительно чаще после внебольничных абортов. Обычный возбудитель — стрептококк или стафилококк. Инфекция может перейти на параметрий с придатков матки или эндометрия.

Патогенез. Процесс может распространяться по лимфатическим сосудам или венам. В последнем случае сначала развивается флебит и перифлебит, а в дальнейшем параметрит.

Параметрит начинается со стадии незначительного отека. Во второй стадии образуется плотный, иногда значительный по размерам инфильтрат. В зависимости от локализации параметрит может распространяться кверху по боковой стенке таза или вниз вдоль влагалища. Самые частые — боковые параметриты. Параметриты локализуются между листками широких связок, где имеется слой рыхлой клетчатки, поэтому здесь инфекция быстро распространяется. Передний параметрит распространяется в прецервикальной клетчатке; процесс может охватить мочевой пузырь со всех сторон. При заднем параметрите инфекция из шейки попадает в *spatium rectovaginalis*. В этом пространстве также имеется рыхлая клетчатка, и проникающая сюда инфекция легко распространяется до середины влагалища, а также на область крестцово-маточных связок.

Разграничение пространств клетчатки в малом тазу не резкое, поэтому при тяжелых формах заболевания процесс может перехо-

дить на соседнее пространство. В отдельных случаях он охватывает всю клетчатку малого таза (см. «Пельвеоцеллюлит»).

Симптомы. Повышенная температура (38—40°) в конце 1-й или в начале 2-й недели заболевания. Нередко начало заболевания характеризуется ознобом. Пульс соответствует температуре. Боли колющего или режущего характера на пораженной стороне, иногда иррадируют в область почек и крестца. Головная боль, потеря аппетита, жажда, подавленное настроение. В зависимости от распространения экссудата нарушается деятельность соседних органов (циститы, вторичные пиелиты, запор с метеоризмом, рвотой). Характерное положение больной на кровати — нога на стороне поражения несколько отведена в сторону и полусогнута в коленном суставе.

Острый период параметрита продолжается 3—4 недели. Если лечение проводится правильно, инфильтрат постепенно уменьшается, рассасывается, температура спадает, оставаясь некоторое время субфебрильной, уменьшается лейкоцитоз и РОЭ.

Воспалительный инфильтрат, особенно при заднем параметрите, может полностью не рассосаться, приобрести деревянную консистенцию.

Частое осложнение — образование абсцессов в клетчатке; небольшие гнойники в дальнейшем сливаются между собой. Гнойник может вскрыться в прямую кишку, появляются частые тенезмы, сопровождающиеся отхождением слизи. С жидким калом отходит значительное количество зловонного гноя. Вслед за опорожнением абсцесса температура спадает. Но нередко опорожнение гнойника оказывается неполным. Из кишечника в абсцесс может попасть новая инфекция, и процесс затягивается.

Абсцесс при переднем параметрите может вскрыться в мочевой пузырь. Вначале в осадке мочи отмечают большое количество лейкоцитов, а через 1—2 дня отходит зловонная моча с гноем.

Прорыв гнойника во влагалище наблюдается редко, так как клетчатка, идущая от шейки матки, плотная и имеет фасциальные уплотнения; поэтому инфильтрат в запущенных случаях бокового параметрита может подойти к брюшной стенке в подчревную область до уровня выше пупартовой связки.

Диагноз в большинстве случаев не представляет больших затруднений. Инфильтрат легко пальпируется, отличается гомогенностью, плотностью.

Чрезвычайно важны анамнестические данные. Например, заболевание началось после внебольничного аборта. Труднее диагноз в случаях, когда параметрит развился как осложнение воспаления придатков при наличии пиосальпинкса. При больших размерах инфильтрата приходится отличать параметрит от пельвеоперитонита. Помогают данные пальпации и перкуссии. При пельвеоперитоните при перкуссии область притупления ниже, чем границы инфильтрата при пальпации, так как при пельвеоперитоните к органам малого таза всегда прирастают петли кишечника. При параметрите границы притупления и пальпации совпадают, так как нет спаек с органами брюшной полости.

Дифференциальный диагноз между параметритом и воспалением придатков. Основное различие между этими заболеваниями состоит в том, что при параметрите инфильтрат переходит на стенки таза. При воспалительных процессах в трубках имеются

мешотчатые образования. На стенки газа процесс не переходит, и около них остается небольшое свободное пространство.

Дифференциальный диагноз проводится с канцероматозными инфильтратами: метастазы в дугласовом пространстве при раке яичника напоминают параметрит, они так же плотны. Нередко в связи с некрозом опухоли повышается температура. Чтобы различить эти заболевания, следует учесть, что параметриты — заболевание детородного периода жизни женщины, наблюдаются чаще всего после внебрюшинных аборт; рак яичников чаще развивается в менопаузе, когда воспалительные заболевания придатков встречаются редко. В неясных случаях окончательный диагноз должен быть поставлен на основании результатов лечения. В течение недели вводят антибиотики. Если температура снизится, инфильтрат уменьшится, то этим подтверждается септический характер заболевания.

Дифференциальный диагноз между параметритом и внематочной беременностью: при внематочной беременности может образоваться большой инфильтрат, спускающийся до середины задней стенки влагалища, и повысится температура. Это напоминает задний параметрит. Различие проводится на основании анамнестических данных (задержка менструаций, кровянистые выделения, боли). Пункция заднего свода легко уточняет диагноз. В отдельных случаях проводят биологическую реакцию на беременность.

Лечение. В остром периоде строгий постельный режим. Назначают антибиотики, холод на низ живота. При болях показаны антипирин, амидопирин, свечи с белладонной. Если образовался абсцесс, его необходимо опорожнить, но предварительно провести дифференциальный диагноз между пиосальпинксом и параметритом, так как при пиосальпинксе и пиоварии достаточны пункции и отсасывание гноя, а при параметрите необходима кольпотомия.

В подострой и хронической стадиях параметрита рекомендуются физиотерапевтические методы лечения примерно в такой последовательности:

1. Внеочаговое ультрафиолетовое облучение — 4 сеанса.
2. Ультрафиолетовые «трусы», начиная с процедуры одновременно с 3-м сеансом внеочагового облучения; всего «трус» — 4 сеанса.
3. Электрофорез (с хлористым кальцием, новокаином и т. д.) — 15—20 сеансов.
4. Индуктотермия — 15—20 сеансов. При наличии коротковолновой диатермии можно после ультрафиолетового облучения непосредственно переходить на этот метод лечения.

Парафинотерапия и озокеритотерапия. Парафин обладает очень большой теплоемкостью при низкой теплопроводности. Нагретым до 65—70° парафином смазывают слою марли и накладывают на низ живота и поясницу больной. Длительность процедуры от 1 до 1½ часов. По такому же принципу проводится лечение озокеритом. Парафин и озокерит применяются также в виде влагалищных тампонов.

ПЕЛЬВЕОПЕРИТОНИТ — воспалительное заболевание брюшины малого таза.

Этиология. Заболевание возникает в результате метроэндометрита, воспаления придатков матки септической и гонорейной этиологии.

Патогенез. Образуется серозно-фибринозный или гнойный экссудат, а в дальнейшем спайки.

Развитие заболевания зависит от защитных свойств организма, состояния тканей в месте первичного поражения, вирулентности микробов. Если процесс с брюшины малого таза переходит на брюшину брюшной полости, то возникает разлитой перитонит.

Симптомы. Развивается остро, с ознобом и резким повышением температуры, тошнотой, рвотой, сильными болями внизу живота (особенно резко выражены боли при пельвеоперитоните гонорейной этиологии); пульс становится частым, слабого наполнения и напряжения. При пальпации живота отмечается вздутие, напряжение брюшной стенки и положительный симптом Щеткина — Блюмберга, нарушается функция соседних органов (частое болезненное мочеиспускание, стул и газы задержаны). При исследовании крови отмечается лейкоцитоз, повышенное количество нейтрофилов, лимфопения и ускоренная РОЭ.

Спустя некоторое время острый процесс стихает, ограничивается областью малого таза. Указанные симптомы становятся менее выраженными, в прямокишечно-маточном пространстве нередко образуется абсцесс.

При влагалищном исследовании в начале заболевания из-за болезненности и напряжения брюшной стенки трудно установить патологические изменения в половых органах. Обращает внимание напряжение и болезненность в заднем своде. По мере ограничения процесса в прямокишечно-маточном пространстве отмечается наличие выпота, выпячивающего задний свод, а также смещение матки вперед и вверх. Верхняя граница выпота определяется над лонцом, здесь же отмечается наличие припаявшихся петель кишечника, ограничивающих сверху воспалительный процесс. В связи с этим граница притупления перкуторного звука будет ниже по сравнению с пальпаторной. Образовавшийся гнойник в малом тазу может вскрыться в мочевого пузыря, прямую кишку, брюшную полость. В результате могут наблюдаться рецидивы воспалительного процесса — восходящая инфекция мочевых путей, свищи между кишечником и полостью гнойника или разлитой перитонит. Иногда после вскрытия гнойника наступает выздоровление.

Пельвеоперитонит необходимо дифференцировать с параметритом, прервавшейся внематочной беременностью, нагноившимся аппендикулярным инфильтратом и генерализованным перитонитом.

Лечение. В начале заболевания полный покой, положение больной с несколько приподнятым головным концом, холод на живот, антибиотики, сульфаниламиды, обезболивающие средства, витамины, введение глюкозы, хлористого кальция в вену и другие десенсибилизирующие средства. При образовании гнойника в малом тазу показано хирургическое лечение.

ПОЛИПЫ ШЕЙКИ МАТКИ. Железистые и железисто-фиброзные полипы имеют ярко-красный цвет, выступают из наружного зева, величина их с горошину, боб, лесной орех. Реже они имеют языкообразную форму, достигают в длину нескольких сантиметров.

Этиология. Полипы появляются в результате гиперпластического процесса слизистой оболочки шеечного канала и нарушенной функций яичников. чаще у женщин среднего и пожилого возраста.

Симптомы. Течение вначале бессимптомное, затем появляются кровотечения ациклического типа, бели.

Лечение. Небольшие полипы могут быть удалены амбулаторно. Шейку матки протирают спиртом и йодной настойкой, полип захватывают корнцангом и откручивают. В каждом случае обязательно гистологическое исследование.

Полипы могут быть удалены и петлей при электрокоагуляции. Прижигание основания полипа рационально в целях предупреждения рецидива.

В случаях кровотечений в условиях стационара, помимо откручивания полипа, следует произвести выскабливание слизистой оболочки тела матки.

Больные с полипами шейки матки должны быть взяты под диспансерное наблюдение, так как полипы нередко рецидивируют.

ПОЛИПЫ ЭНДОМЕТРИЯ возникают из патологически измененного базального слоя эндометрия. Утолщенные, патологически измененные очаги базального слоя эндометрия вытягиваются, удлиняются и принимают форму полипа. Предполагается, что причиной образования полипов являются патологические изменения сосудов базального слоя. Полипы эндометрия обычно не принимают участия в циклических изменениях эндометрия. Иногда же полипы (если они участвуют в циклических кровотечениях) покрываются функциональным слоем, отражающим фазы менструального цикла. У этих больных отторжение функционального слоя, покрывающего полип, может значительно затянуть кровотечение (менструальное). Полипы эндометрия чаще бывают множественными, достигают 2—4 см. Возникают в любом возрасте, но чаще у женщин старше 40 лет.

Симптомы. Кровотечения при полипе чаще бывают без нарушения цикла (овуляторные), типа меноррагии, т. е. с удлинением менструаций до 7—10 дней или появлением кровянистых выделений до менструаций. Иногда отмечаются контактные кровотечения. Бели. Если полипы сочетаются с ановуляторными циклами, то кровотечения часто становятся очень обильными. Сокращения матки могут сдавить полип, нарушить его кровообращение и способствовать его инфицированию.

Диагноз становится на основании характера кровотечений и в основном гистологического исследования соскоба слизистой оболочки матки. Полипы слизистой оболочки тела матки склонны к рецидивам.

Лечение. При полипах без нарушения менструального цикла лечение хирургическое — удаление полипа.

При полипах с нарушенным менструальным циклом показано удаление полипа и последующее лечение нарушенного менструального цикла по общепринятым принципам лечения с учетом всех показаний и противопоказаний (см. табл. 25). При рецидивирующем полипозе применяют андрогены по той же схеме.

ПОЛОВАЯ ХОЛОДНОСТЬ (ФРИГИДНОСТЬ), ДИСПАРЕУНИЯ, ПОЛОВОЙ АГЕДОНИЗМ¹ — понятие избирательное. Под ним подразумевают «психосексуальную недостаточность» женщины, отсутствие «сексуального интереса», желания половой жизни, отсутствие удовольствия от половой жизни, половую анестезию, отсутствие оргазма и т. д. Временное отсутствие libido может быть

¹ Написано кандидатом медицинских наук Р. А. Хентовым.

вызвано усталостью, тревогами и т. д. Причиной половой холодности может оказаться метод предупреждения беременности, боязнь беременности или родов.

Вследствие грубого насилия или частых половых сношений сразу же после дефлорации иногда возникает вагинизм (см.).

Оргазм у мужчины и женщины часто не совпадает во времени и обычно наступает раньше у мужчин. Если половой акт прерывается преждевременно, это может притупить половое чувство женщины и вызвать половую холодность.

Отсутствие удовлетворения от половой жизни (агедонизм) чаще всего наблюдается при эндогенных расстройствах: гипогонадизме, нередко при гипотиреозе, некоторых заболеваниях надпочечников или других эндокринных органов, ожирении, а в некоторых случаях в связи с нейро-эндокринными нарушениями после абортов.

Половая холодность в узком смысле слова означает отсутствие оргазма при половом сношении, часто даже несмотря на наличие полового влечения.

При обращении женщины с жалобами на «половую холодность» этот интимный вопрос всегда следует рассматривать с учетом того, что ведущее место в этом процессе принадлежит центральной нервной системе. Надо осторожно выяснить отношения между супругами, используемый метод предупреждения беременности, жилищно-бытовые условия и т. д. При обследовании женщин обращают внимание на наличие анатомических изменений в половых органах, учитывая, что разрывы влагалища и промежности, опущение половых органов и неправильное положение матки, воспалительные процессы и опухоли могут явиться причиной указанных жалоб.

Если отсутствие оргазма, агедония не влияют отрицательно на половую жизнь и не нарушают семейных взаимоотношений супругов, не следует заострять их внимание на этом. Необходимость лечения нужно обосновать очень осторожно.

Лечение комплексное. Особое внимание уделяется основному заболеванию. При отсутствии видимой патологии следует применить андрогены, которые улучшают кровообращение и повышают чувствительность клитора и вульвы. Мужские половые гормоны противопоказаны в случаях эстрогенной недостаточности, при сердечных заболеваниях, мастурбации. Применение только эстрогенов при половой холодности не дает эффекта, кроме случаев первичной недостаточности яичников. Рекомендуются все виды бальнеотерапии, особенно морские и хвойные ванны, физиотерапевтическое лечение (при отсутствии противопоказаний). Очень важен общеукрепляющий гигиенический режим. Весьма эффективна психотерапия.

В молодом возрасте при нормальной функции яичников рекомендуется 1% раствор тестостерона по 1 мл один раз в неделю, всего 2—4 инъекции.

При гипофункции яичников показано сочетание андрогенов с эстрогенами в соотношении 1 : 10 или 1 : 20. Например, пол-ампулы 0,1% раствора эстрадиола и 1 мл 1% тестостерона в одном шприце один раз в 4—5 дней, всего 3—4 инъекции. Лечение проводится под контролем тестов функциональной диагностики («зрачок», ректальная температура).

ПРЕДМЕННОСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ. Появление различных болезненных симптомов — раздражительности, плаксивости, наруше-

ния сна, нормальной работоспособности, нагрубание молочных желез, отеков, вазомоторных нарушений во вторую половину менструального цикла.

Причина появления этих симптомов не совсем ясна.

Диагноз. Наиболее часто обнаруживается избыточная продукция эстрогенных гормонов и недостаток прогестерона. Нарушается нормальное соотношение эстрогенов и прогестерона.

Лечение. При недостаточности фазы желтого тела прогестерон в обычной дозе. При наличии отеков 10% раствор хлористого аммония по одной столовой ложке 3 раза в день. Седативная терапия. При выраженной гиперэстрогении небольшие дозы андрогенных препаратов в первую фазу цикла: метилтестостерон по 5 мг 2—3 раза в день под язык в течение 8—10 дней первой фазы цикла. Витаминотерапия.

ПРЕДРАК¹. Большинство злокачественных опухолей женских половых органов возникает на видимом фоне предсуществующих патологических состояний, которые принято называть предраком (комплекс биологических и морфологических сдвигов). Предраковые состояния не всегда переходят в рак, однако выявление и правильное лечение предрака женских половых органов является мощным средством профилактики рака, а иногда и способствует раннему его выявлению.

Предрак наружных половых органов, зуд (см.), лейкоплакия (см.), крауроз (см.) Обычно заболевание начинается с зуда, затем появляется пергаментность и атрофия кожного покрова, присоединяется инфекция на фоне расчесов и вульварное кольцо как бы сморщивается, нормальные складки слипаются и появляются участки иногда обширных белых бляшек. Чаще это заболевание возникает в силу расстройств общего обмена и изменений в нервной системе, трудно улавливаемых в клинике. Иногда причиной является диабет, заболевания щитовидной железы, лимфогрануломатоз, желтуха.

Лечение подобных заболеваний трудно и должно складываться из ряда общеукрепляющих и стимулирующих мероприятий, а также и из местных процедур. Прежде всего необходимо лечение основного заболевания.

Местно можно рекомендовать различные примочки, ванночки, мази. В состав мазей целесообразно включать алоэ, анестезин, кортикостерон (оксикорт), витамины. Иногда помогают примочки с боровской жидкостью. Не нужно применять ингредиентов, вызывающих сухость покрова (растворы перманганата калия, присышки). Проводится новокаиновая блокада вульварного кольца.

Облучение при предраке наружных половых органов нецелесообразно.

Предрак шейки матки. К таковым относятся различные виды «эрозий», лейкоплакии, деформации и эктропионы, а также полипоз, иногда эндоцервицит. А. И. Серебров все виды так называемых эрозий и деформаций шейки, угрожающих по переходу в рак, объединяет под названием «эндоцервикозы», уточняя, что наиболее угрожающим являются патологические состояния шейки матки, связанные с железисто-мышечной гиперплазией.

¹ Написано доктором медицинских наук И. С. Краевской.

Из группы предраковых состояний шейки надо выделить дискератозы (изменения в многослойном плоском эпителии, покрывающем шейку), которые характеризуются малыми изменениями на шейке матки при осмотре простым глазом и хорошо дифференцируются при осмотре кольпоскопом.

Предраковые состояния шейки матки возникают в результате травматизации ее (при патологических родах, абортах), а также хронического воспаления шеечного канала.

Выявление предраковых состояний шейки матки чаще происходит при профилактических осмотрах без каких-либо жалоб со стороны больной.

Перед началом лечения у больных с предраковым состоянием шейки матки после проведенной кольпоскопии берутся мазки легким поскабливанием всей поверхности шейки с захватом области внутреннего зева. Затем производится кольпоскопия (расширенная).

Если после цитологического исследования мазков и кольпоскопии подозрение на рак отпадает, то может быть проведена электрокоагуляция с непосредственно предшествующей биопсией. В некоторых случаях при больших деформациях шейки более целесообразна пластическая операция или ампутация шейки «холодным» скальпелем или электроконизация. Обе последние процедуры проводятся в стационаре.

Предрак тела матки. В большинстве случаев предрак тела матки определяется только при микроскопическом исследовании эндометрия. Клинически предрак тела матки может проявляться в виде рецидивирующих полипов (см.).

Предраковые изменения тела матки заключаются в железистой гиперплазии эндометрия с разрастанием желез и стромы, нередко сочетаясь с дисгормональными сдвигами.

Кроме железистой гиперплазии эндометрия (особенно у женщин в менопаузе), к предраку тела матки следует отнести эндометриоз (см.).

Своеобразным предраковым состоянием тела матки является пузырьный занос; 10—15% больных, перенесших пузырьный занос, в дальнейшем заболевают хорioneпителиомой.

Клинически предраковые состояния тела матки чаще всего проявляются в виде маточных кровотечений, большей частью типа метроррагии.

Лечение предрака тела матки избирается в зависимости от длительности, интенсивности симптомов, а также в зависимости от возраста больной.

Применимо гормональное лечение в зависимости от гормональных сдвигов. При рецидивирующем предраковом состоянии матки возможна операция экстирпации матки без придатков как брюшноночным, так и влагалищным путем.

Предрак яичника. К предраковым состояниям яичника в основном относятся различные пролиферирующие кистэпителиомы. Чаще всего переходят в рак псевдомуцинозные или цилиоэпителиальные сосочковые кистомы.

Учитывая, что клинически распознать пролиферирующую, угрожаемую по рску кистому трудно, нужно принять за правило направлять в стационар для оперативного удаления каждую больную с какой бы то ни было опухолью яичника. Таким образом, предупреждается опасность злокачественного превращения кисты.

Все больные с подозрением на предраковое состояние должны состоять на онкологическом диспансерном учете.

РАК ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ. Рак вульвы. В одних случаях образуется большей или меньшей глубины язва с инфильтрированными краями и гнойным налетом; при другой форме болезни — экзофитном раке — вначале появляются грибовидные разрастания; при третьей — образуется инфильтрат. Самая частая локализация — внутренняя поверхность больших половых губ, затем область клитора, особенно его крайней плоти. Опухоли малых половых губ и задней спайки встречаются реже.

Чаще всего обнаруживают рак плоскоклеточный, со склонностью к орогованию. Несмотря на близкую локализацию, уретра в процесс долго не вовлекается.

Рак вульвы довольно быстро дает метастазы в регионарные лимфатические узлы (поверхностные, затем в глубокие паховые, а также расположенные на наружной подвздошной артерии).

К л а с с и ф и к а ц и я. Первая стадия — опухолевый процесс локализованный (узловатый или язвенный), до 2 см в диаметре, поверхностный, без поражения лимфатических узлов (аденопатия).

Вторая стадия — то же, с инфильтрацией подлежащих тканей или обширный поверхностный процесс с поражением лимфатических узлов, остающихся подвижными.

Третья стадия — опухоль распространилась на половину вульвы или захватила обе стороны с глубокой инфильтрацией подлежащих тканей, создающей неподвижность пораженной области без поражения или с поражением лимфатических узлов, оказывающихся неподвижными с одной или с обеих сторон.

Четвертая стадия — опухолевый процесс распространился на всю вульву, кожу бедер, лобка или на соседние органы (мочевой пузырь, прямая кишка, влагалище) или дал отдаленные метастазы.

С и м п т о м ы. Болезнь обычно начинается с появления бородавки или узелка на наружных половых органах. В большинстве случаев это сопровождается упорным зудом, а в дальнейшем чувством жжения и боли при мочеиспускании. По мере того как образуется язва, появляются гнойники и кровянистые выделения с гнилостным неприятным запахом. Несмотря на то что это заболевание доступно зрению (а это способствует ранней диагностике), запущенные его формы нередки. Причиной обычно является запоздалое обращение в женскую консультацию.

Д и а г н о з. Диагноз в большинстве случаев нетруден. Цитологическое исследование, кольпоскопия и исследование биоптического материала обязательны. Похожие по своему виду на раковые поражения вульвы доброкачественные или острые кондиломы — это мягкие, не кровотокающие, разбросанные в виде отдельных групп бородавчатые образования. Иногда они дают обширные разрастания в виде цветной капусты, но не распадаются и не изъязвляются. В каждом отдельном случае язвы наружных половых органов нужно исключить сифилис (реакция Вассермана). Приходится проводить дифференциальный диагноз и с туберкулезом наружных половых органов (см.). Туберкулезные язвы имеют инфильтрированные края с налетом. Диагноз позволяют установить данные биопсии.

Лечение. При раке первой — второй стадий успешна экстирпация вульвы с клетчаткой паховой области и лимфатическими узлами. Комбинированная лучевая терапия в сочетании с электрохирургическим удалением опухоли и последующей экстирпацией паховых лимфатических узлов или их рентгенооблучение дают наиболее обнадеживающие результаты. В неоперабельных случаях показано лучевое лечение, симптоматическое лечение, химиотерапия (см.).

Рак влагалища — опухоль, часто обнаруживается на задней стенке влагалища. Обычно проявляется в двух формах: либо в виде грибовидных разрастаний довольно плотной консистенции с инфильтрованным основанием, либо в виде язвы с некротическими участками, кровоточащей, с глубоко распространяющимся плотным инфильтратом. В большинстве случаев имеет место плоско-клеточный неороговевающий рак, хотя встречаются и железистые формы его. Очень рано появляются метастазы в паховые лимфатические узлы. Наиболее неблагоприятно течение при расположении опухоли на передней стенке и в средней трети влагалища.

Классификация. Первая стадия — ограниченная опухоль или язва диаметром до 2 см в толще слизистой оболочки и подслизистого слоя, без метастазов.

Вторая стадия — опухоль больших размеров с инфильтрацией паравагинальной клетчатки. В паховых лимфатических узлах одиночные подвижные метастазы.

Третья стадия — опухоль распространяется на значительную часть влагалища (более $\frac{2}{3}$) с инфильтрацией паравагинальной клетчатки и переходом на стенку малого таза. Множественные регионарные метастазы (паховые, подвздошные).

Четвертая стадия — опухоль перешла на мочевой пузырь, прямую кишку. Опухоль меньших размеров, но с отдаленными метастазами.

Симптомы. Кровянистые выделения, особенно характерны контактные. В дальнейшем появляются боли.

Диагноз. Обязательно исследование при помощи зеркал. Цитологическое, кольпоскопическое исследование, биопсия и гистологическое исследование. Необходимо исключить сифилис, туберкулез. Затруднения могут возникнуть при папилломах и кондиломах влагалища. Для последних характерно отсутствие инфильтрации подлежащих их окружающих тканей.

Лечение. Сочетанное лучевое. При первой, второй и третьей стадиях применяется наружное облучение (рентгенотерапия или телегамматерапия) в сочетании с внутриволостным введением радиоактивных препаратов. Следует испытать химиотерапию. Больным, перенесшим лучевое лечение, рекомендуется длительное воздержание от половой жизни до полного исчезновения послелучевых изменений.

Рак шейки матки чаще всего развивается на влагалищной части шейки матки в окружности наружного зева, реже в слизистой оболочке канала шейки.

Классификация. Стадия 0 рака шейки матки — наличие гистологически доказанного злокачественного роста клеточных элементов без прорастания базальной мембраны.

Первая стадия — рак строго ограничен шейкой матки.

Вторая стадия: а) рак шейки матки с инфильтрацией параметрия на одной или двух сторонах, не переходящих на стенку таза (параметральный вариант); б) рак шейки матки с инфильтрацией влагалища в пределах двух верхних третей (влагалищный вариант);

в) рак шейки матки с инфильтрацией тела матки (маточный вариант).

Третья стадия: а) рак шейки матки с инфильтрацией параметрия на одной или двух сторонах, перешедший на стенки малого таза (параметральный вариант); б) рак шейки матки с распространением на нижнюю треть влагалища (влагалищный вариант); в) рак шейки матки с изолированными метастазами у стенки малого таза (регионарный метастатический вариант).

Четвертая стадия: а) рак шейки матки с переходом на мочевой пузырь; подтверждается цистоскопически или наличием свища (пузырный вариант); б) рак шейки матки с переходом на прямую кишку (ректальный вариант); в) рак шейки матки с отдаленными метастазами (метастатический вариант).

Симптомы. Рак шейки матки начинается с преклинической формы, при которой простым глазом нельзя определить что-либо характерное для данного заболевания. Лишь специальные методы исследования (кольпоскопия, цитология, биопсия) позволяют не только заподозрить, но и подтвердить наличие рака. Раковое поражение площадью несколько миллиметров называют микрокарциномой.

При дальнейшем развитии опухоль часто приобретает вид эрозии с шероховатой поверхностью, напоминающей шагреневую кожу, располагающуюся около наружного зева шейки матки.

При выраженной форме рака шейки матки можно различать несколько форм.

Рак шейки матки с экзофитным ростом, т. е. ростом снаружy, имеет вид гриба или цветной капусты. В обоих случаях основание растущей во влагалище опухоли располагается на шейке матки.

Эндофитная форма с ростом опухоли внутрь шейки. Если распада ее тканей нет, придает шейке матки вид свиного рыльца. При распаде образуется раковый кратер с плотными хрящевидной консистенции краями.

Рак канала шейки матки. При этой локализации опухоли вся шейка матки увеличивается, нередко принимает бочковидную форму; наружный зев не изменен. В значительном большинстве случаев устанавливают плоскоклеточный рак с большей или меньшей наклоном к орогованию; значительно реже цилиндрического вида.

Начальные формы болезни протекают бессимптомно, нередко рак шейки матки обнаруживается лишь при профилактическом осмотре женщин.

Начальные симптомы: желтоватого цвета с примесью сукровицы, бели, иногда боли, которые, впрочем, связаны не с самой раковой опухолью, а с сопутствующими воспалительными процессами.

Возникающие после обследования женщины или по другим причинам (подъем тяжести, натуживание) кровотечения обусловлены нарушениями целостности легко ранимой, богатой кровеносными сосудами опухоли.

При выраженном процессе обильные бели приобретают вид мясных помоев, имеют неприятный гнилостный запах. Более или менее значительные кровянистые выделения обычно не связаны с менструальным циклом. Когда процесс переходит на клетчатку, раковая опухоль сдавливает нервные стволы и появляются боли, особенно интенсивные в ночное время.

Раковая кахексия развивается поздно. Частое осложнение — присоединение инфекции мочевыводящих путей. В связи со сдавлением мочеточников наблюдаются пиелонефриты. Одной из причин гибели больных является развивающаяся анурия.

Диагноз. При подозрении на рак шейки матки осмотр начинают влажными зеркалами. Только после этого приступают к двуручному исследованию ввиду возможности травмы опухоли и кровотечения. Обязательно и ректальное исследование.

Интраэпителиальный рак шейки матки, рак без инвазии.

Многослойный плоский эпителий приобретает черты ракового, имеется атипия клеток, их усиленное размножение. В ряде случаев эти процессы иногда обратимы (редко), но может развиться рак. При интраэпителиальном поражении метастазы или кахексии не наблюдаются. Следовательно, нет признаков истинной раковой опухоли. Поэтому интраэпителиальный рак следует считать облигатным преканцером. При этой форме наблюдаются пограничные эпителиальные и истинно раковые процессы, поэтому обнаружение интраэпителиального малигнизированного эпителия является показанием к широкой биопсии (конизации) или диагностическому выскабливанию канала шейки.

Интраэпителиального характера изменения в шейке матки могут наблюдаться у беременных женщин. В отпечатках, полученных со слизистой оболочки шейки матки у беременных, может наблюдаться картина, напоминающая интраэпителиальный рак. Как правило, после родов это явление исчезает. Однако такие женщины подлежат наблюдению до тех пор, пока повторные цитологические исследования диагноза рака не подтвердят.

Уточнить диагноз ракового поражения помогают некоторые специфические пробы.

Проба Хробака состоит в том, что к поверхности эрозии прикасаются пуговичным зондом. При отличающейся хрупкостью раковой опухоли зонд легко проникает в глубь ткани.

Проба Шиллера. Раствором Люголя при помощи ватного шарика обильно смачивают шейку матки и прилежащие участки свода. При соединении йода с гликогеном, который отлагается в клетках эпителия нормальной слизистой оболочки, возникает темно-коричневое окрашивание. Участки, бедные гликогеном, остаются светлыми. Ценность этой пробы снижается тем, что она неспецифична, однако проба позволяет выбрать участок для биопсии; широко используется при кольпоскопии.

Особенно важны кольпоскопия (позволяет обнаружить подозрительные участки, а в ряде случаев поставить предварительный диагноз), цитологическое исследование отделяемого влагалища, гистологическое исследование биоптического материала. Крайне желательно тщательное урологическое обследование. Надо исключить туберкулезное поражение, сифилис, аденоматозные разрастания (аденомы, кондиломы). В некоторых случаях при обширном эктропионе в большом количестве *ovula Nabothii* создается впечатление о раковом поражении.

Лечение. При первой стадии рака шейки матки может применяться как сочетанное лучевое, так и комбинированное лечение.

Комбинированный метод лечения применяется предпочтительно у больных молодого и среднего возраста. Первый вариант комбиниро-

ванного лечения — операция с последующим облучением — является единственно рациональным методом. а) при сопутствующих осумкованных гнойно-воспалительных процессах в придатках матки; б) при опухолях придатков; в) при миомах матки; г) при наличии беременности; д) при аденогенной структуре рака шейки матки; е) при наличии противопоказаний к облучению со стороны крови (например, лейкопения) и сопутствующих заболеваний, при которых облучение также противопоказано. В остальных случаях применим второй вариант комбинированного лечения — облучение с последующей операцией.

Противопоказаниями к проведению комбинированного лечения, и показаниями к сочетанному лучевому лечению являются: а) сопутствующие тяжелые органические заболевания сердца и сосудов; б) общее значительное ожирение с изменениями сердечно-сосудистой системы; в) отказ больной от операции.

При второй стадии рака шейки матки применяется сочетанное лучевое лечение. При противопоказаниях к лучевой терапии и маточном варианте допустимо комбинированное лечение.

При третьей стадии применяется сочетанная лучевая терапия. Исключение составляют больные с изолированными метастазами у стенки малого таза (регионарный метастатический вариант). При этой последней форме заболевания допустимо комбинированное лечение: предоперационная лучевая терапия, последующая операция и иногда по показаниям послеоперационная лучевая терапия.

При четвертой стадии проводится симптоматическое лечение. Однако и при этой стадии следует испробовать химиотерапию (см. стр. 337).

Рак тела матки встречается примерно в 10 раз реже, чем рак шейки матки. В отличие от рака шейки матки рак тела матки нередко наблюдается у небеременевших и не живших половой жизнью. Для довольно значительного числа больных характерно позднее наступление менопаузы, а в климактерическом периоде дисфункциональные маточные кровотечения, особенно в связи с явлениями гиперэстрогении. Установленную в менопаузе гиперплазию эндометрия считают предраковым состоянием.

Различают две формы заболевания: экзофитную (полипозную) и язвенную. Процесс обычно начинается на дне матки или в трубных углах. Раковый полип, разрастаясь, может спускаться в канал шейки. При язвенной форме наблюдается диффузное поражение эндометрия. Опухоль имеет строение аденокарциномы или злокачественной аденомы.

Классификация. Стадия 0 — рак *in situ*. Картина аденоматоза — аденоматозная гиперплазия, гиперплазия эндометрия с атипическим разрастанием эпителия, карциноидная гиперплазия (желестая).

Первая стадия — рак тела матки — ограничен пределами эндометрия.

Вторая стадия: а) рак с инфильтрацией миометрия; б) рак тела матки с инфильтрацией параметрия на одной или на обеих сторонах, не переходящий на стенку малого таза; в) рак тела матки с переходом на шейку матки.

Третья стадия: а) рак тела матки с инфильтрацией параметрия на одной или на обеих сторонах, перешедший на стенку таза; б) рак тела матки с метастазами в регионарных лимфатических узлах, при-

датках, влагалище; в) рак тела матки с прорастанием брюшины, но без вовлечения близлежащих органов.

Четвертая стадия: а) рак тела матки с прорастанием брюшины и переходом на мочевой пузырь, на прямую кишку или на подпаянные другие отделы кишечника; б) рак тела матки с отдаленными метастазами.

Симптомы. В начале заболевания нередки боли внизу живота у нерожавших женщин с узким цервикальным каналом (в матке задерживаются выделения), сопровождающиеся болями. Позже могут появиться боли в связи с метастазами в регионарных лимфатических узлах.

Бели вначале могут быть водянистыми, потом сукровичными. В запущенной стадии болезни они приобретают вид мясных помес с зловонным запахом.

Кровотечения — самый характерный симптом при раке тела матки, особенно в менопаузе. Они возникают после физического напряжения, а также гинекологического исследования.

Диагноз основывается на описанных выше анамнестических и клинических данных. Размеры матки обычно не увеличены, а в ряде случаев меньше нормальных, если больная старческого возраста. Больных нужно исследовать осторожно, так как грубое исследование — возможная причина кровотечения и метастазирования опухоли.

Влагалищное исследование, особенно если оно затруднено, следует дополнять исследованием через прямую кишку. Иногда оно позволяет получить дополнительные данные о величине матки, распространении процесса на параметрий и т. д.

Важным методом исследования является цитология влагалищного отделяемого и отсоса из полости матки, взятого при помощи шприца Брауна (предпочтительнее) или длинной пипетки с резиновой грушей.

Однако основной метод исследования — диагностическое выскабливание слизистой оболочки матки с последующим гистологическим изучением отдельно соскобов, полученных из шейки и тела матки. Выскабливание производят в стационаре.

Лечение. В первой стадии рака тела матки показано комбинированное лечение: расширенная или простая экстирпация матки с придатками и последующая лучевая терапия, которая проводится по той же методике, что и при раке шейки матки.

Во второй стадии рака тела матки при отсутствии инфильтрации параметрия проводится то же лечение, что и при первой стадии. При параметральном варианте лечения следует начинать с наружного облучения. При полном исчезновении инфильтрата в параметрии после наружного облучения допустима операция — расширенная экстирпация матки с придатками. При наличии противопоказаний к операции проводится сочетанная лучевая терапия (внутриполостное введение радиоактивных препаратов с дополнительным дистанционным облучением малого таза).

В третьей стадии рака тела матки показана сочетанная лучевая терапия. Комбинированное лечение допустимо при регионарном метастатическом варианте или при изолированном поражении придатков.

В четвертой стадии заболевания проводится симптоматическое лечение.

Рак яичника. Различают: 1) рак первичный; 2) рак вторичный; 3) рак метастатический.

Рак первичный (аденокарцинома) встречается относительно не часто; это солидная опухоль. Вторичный рак (раковая киста) развивается из папиллярной или псевдомуцинозной кистомы (чаще из папиллярной). Обычно имеется двустороннее поражение. Метастатический рак. При раке желудка и кишечника могут образоваться метастазы в яичниках, превышающие по своим размерам первичную опухоль. Метастатический рак яичника отличается характерной микроскопической картиной — наличием так называемых перстневидных клеток, резким разрастанием стромы (опухоль Крукенберга).

Опухоли обычно двусторонние, плотные, хотя могут иметь и кистозные полости; сопровождаются асцитом.

Классификация. Первая стадия — опухоль в пределах одного яичника и без метастазов.

Вторая стадия — опухоль вышла за пределы яичника, поражая второй яичник, матку, одну или две трубы.

Третья стадия — опухоль распространилась на париетальную тазовую брюшину; метастазы в регионарные лимфатические узлы, сальник.

Четвертая стадия — опухоль яичников прорастает соседние органы — мочевой пузырь, прямую кишку, петли кишок с диссеминацией по брюшине за пределами малого таза или с метастазами в отдаленные лимфатические узлы и внутренние органы; асцит.

Диагноз. В большинстве случаев опухоль двусторонняя, подвижная, бугристая, неправильной формы. Почти всегда имеется асцит. При подозрении на рак яичника нужно не только обследовать состояние половых органов, но также произвести рентгеноскопию желудка и кишечника.

Лечение хирургическое комбинированное или комплексное.

При первой и второй стадиях показана радикальная операция (экстирпация или надвлагалищная ампутация матки с придатками), при третьей и четвертой стадиях — паллиативная операция (удаление основных массивов опухолей и измененного сальника). При распространении и диссеминации в брюшной полости хирургическое лечение сочетается с лучевым лечением и химиотерапией. Лучевое лечение производится после оперативного вмешательства (рентгеновы лучи, лучи радиоактивного кобальта).

В качестве химиотерапевтических препаратов назначают ТиоТЭФ, циклофосфан, сарколизин. Лечение проводят гинекологи-онкологи.

Гормонотерапия в комплексе с другими лечебными мероприятиями осуществляется в виде назначения андрогенных препаратов (тестостерон-пропионат, метилтестостерон и др.).

Химиотерапия¹ применяется преимущественно для лечения злокачественных опухолей яичников в комплексе с хирургическим вмешательством (радикальным или паллиативным), лучевой терапией (в виде наружного облучения) и гормонотерапией (андрогенными препаратами). При первой и второй стадиях заболевания в конце операции лекарственный препарат вводят в брюшную полость при зашивании брюшной стенки. Препарат дополнительно разводят 100—150 мл 0,25% раствора новокаина или физиологического рас-

¹ Написано членом-корреспондентом АМН СССР проф. Л. А. Новиковой.

твор. В послеоперационном периоде химиотерапию продолжают по истечении 10 дней.

При распространенных процессах химиотерапию часто приходится начинать еще в периоде обследования и подготовки больных к операции, которая иногда вынужденно затягивается из-за наличия сопутствующих заболеваний. Химиотерапию до операции показано начинать при асцитных формах опухоли путем введения препарата в брюшную полость после предварительного выведения асцитической жидкости. Химиотерапия способствует как бы постепенному высушиванию брюшной полости, что нормализует работу сердца, желудочно-кишечного тракта и других органов и делает возможным применение операции.

Наибольшее распространение получили препараты из группы алкилирующих веществ. Из них на первом месте стоит ТиоТЭФ. Препарат выпускается во флаконах, содержащих по 10—20 мг сухого вещества в таблетках в смеси с хлористым натрием. Разводится в дистиллированной воде непосредственно перед употреблением. Однократная доза 10—15—20 мг (0,2—0,4 мг на 1 кг веса). Обычно препарат вводят внутримышечно через день, можно применять его и внутривенно. В полости препарат вводят в больших дозах — до 40 мг ТиоТЭФ действует в основном на кроветворение (лейкопоз и тромбоцитопоз). Общая доза препарата связана с индивидуальной переносимостью его.

Циклофосфан (аналог эндоксана). Выпускается в ампулах по 100 и 200 мг для внутривенного или внутримышечного применения. Обычно вводят по 200—400 мг ежедневно или через день. При введении в полости доза препарата может быть увеличена до 600—1000 мг в брюшную полость и до 400—600 мг в плевральную. Общая доза при отсутствии осложнений может быть доведена до 8—10 г, в среднем 5—6 г. Эндоксан используется таким же образом. Может быть применен *per os*, так как выпускается и в виде драже по 50 мг.

К побочным осложнениям при лечении циклофосфаном или эндоксаном относится частичное или полное выпадение волос у больных. По прекращении лечения волосы обычно вновь отрастают. Лейкопения и тромбоцитопения при лечении этими препаратами возникают реже и позднее, чем при лечении ТиоТЭФ. Возможны обострения бывших ранее воспалительных заболеваний печени и желчного пузыря.

Применяется еще этимидин по 5—6 мг через день (10—15 вливаний общей дозой до 60—90 мг). Этот препарат оказывает угнетающее действие на кроветворение (лейкопоз и тромбоцитопоз), иногда вызывает тошноту, рвоту, шум в голове и у некоторых больных стойкое угнетение слуха. Менее токсичен препарат бензоТЭФ. Он применяется внутривенно по 24 мг, растворенных в 20 мл физиологического раствора, 3 раза в неделю. Общая доза от 360 до 480 мг.

Во второй, третьей и четвертой стадиях заболевания рекомендуется применять химиотерапию повторно через 1—2 месяца в зависимости от общего состояния больных и состояния периферической крови. При благополучном состоянии больных эти курсы проводят меньшими дозами, более растянуто, а при активном опухолевом процессе — по первоначальной схеме.

При проведении химиотерапии обязательно исследование периферической крови не реже чем через 5—6 дней, а при намечающейся

тенденции к лейкопении или тромбоцитопении — через день или каждый день.

На всем протяжении курса химиотерапии проводятся систематические переливания крови, гормонотерапия в виде инъекций тестостерон-пропионата по 50 мг внутримышечно и лечение витаминами комплекса В.

РЕТРОДЕВИАЦИИ МАТКИ (ретроверсия и ретрофлексия). Различают две формы ретрофлексии — подвижную и фиксированную. При подвижной ретрофлексии отсутствуют спайки и сращения, поэтому положение матки может быть легко исправлено. При фиксированной ретрофлексии имеются обширные спайки с задней поверхностью матки, которые подтягивают ее кзади; попытки исправления положения не дают успеха.

Симптомы. Подвижная ретрофлексия в большинстве случаев клинически себя не проявляет. Нередко наблюдается при общем энтероптозе, астенической конституции.

Фиксированные ретрофлексии отмечаются в сочетании с хроническим периметритом: обычная жалоба больных на боли в крестцово-подвздошной области, иногда нарушения менструального цикла.

Диагноз основывается на данных влагалищного исследования. Определение положения матки при наличии одновременно опухолей малого таза (миома матки, кисты яичника), а также при значительных воспалительных выпотах в малом тазе затруднено.

При двуручном исследовании матка через передний свод не пальпируется, а определяется с помощью более глубокой пальпации через задний влагалищный свод.

Для выведения матки при ретрофлексии «внутренние пальцы» вводят в задний свод, а «наружной рукой» стараются возможно ближе проникнуть к промоторию. «Внутренней рукой» выводят тело матки из малого таза, а «наружной рукой» подхватывают дно матки: как только матка немного приподнялась, врач переводит свои пальцы из заднего свода в передний и старается отодвинуть шейку матки кзади. Если имеется подвижная ретрофлексия, матка переходит в антеверсию. Необходимое условие — расслабление брюшной стенки. Причины неудачи выведения: 1) фиксированная ретрофлексия; 2) чрезмерно короткая шейка; 3) очень толстые брюшные стенки.

Лечение. Подвижные ретроверсии и ретрофлексии не требуют специального лечения. Если у женщины нет жалоб, не следует ей говорить о неправильном положении матки.

Фиксированные ретрофлексии в большинстве случаев являются результатом воспалительного процесса — параметрита или аднексита. Показано физиотерапевтическое лечение — электрофорез, диатермия, парафин и др., а также грязевое лечение, гинекологический массаж после стихания острого воспалительного процесса.

САЛЬПИНГИТ острый, хронический см. Аднексит острый, хронический.

САРКОМА МАТКИ — злокачественная соединительнотканная опухоль, возникающая из стенки тела или шейки матки. Саркома может исходить из стромы эндометрия, из соединительной ткани, вхо-

дятся в состав мышечной стенки матки, а также и из самих мышц (миогенная саркома).

Симптомы. Ботриоидная саркома из стромы эндометрия растет в виде гроздевидной опухоли, иногда выступая (рождаясь) из наружного зева в виде одного или нескольких полипов. Почти всегда при этом имеется кровотечение. Саркома толщи стенки матки протекает без атипических кровянистых выделений. Признаки этого вида саркомы заключаются только в наличии быстрорастущей бугристой опухоли матки. Даже при микроскопическом исследовании соскоба из полости матки при миогенной саркоме ничего патологического обнаружить не удастся.

Диагноз. Своевременная диагностика саркомы матки трудна и в основном должна идти по пути дифференцировки саркомы от миомы: учитывается возраст больной (миомы в возрасте от 40 до 45 лет, саркомы в более молодом возрасте), наличие беременности и родов в анамнезе (мало рожавшие и небеременевшие чаще заболевают миомой матки), быстрота роста опухоли и ее малая подвижность. Если опухоль исходит из шейки матки, вероятнее всего предположить саркому, а не миому, особенно в молодом возрасте. Иногда диагноз саркомы выявляется лишь в гистоморфологической лаборатории после произведенной операции надвлагалищной ампутации матки.

Лечение. Операция радикальная, в дальнейшем целесообразно профилактическое облучение.

Если саркома матки распространилась настолько, что радикальная операция невозможна, следует предпринять попытку лечения больной лучистой энергией. При этом надо учитывать общее состояние больной, картину крови и предшествующее облучение.

Можно рекомендовать применение химиотерапии.

СВИЩИ, ФИСТУЛЫ см. Урология гинекологическая.

СИНЕХИИ (СРАЩЕНИЯ) ВНУТРИМАТОЧНЫЕ. Образуются в результате травмы во время выскабливания слизистой матки по поводу выкидыша или послеродового кровотечения, а также инфекции (туберкулезного или другого характера воспаления эндометрия) в теле матки, реже в перешейке, резко уменьшающие полость матки (иногда наблюдается полное исчезновение полости).

Симптомы. Нарушение менструальной функции: гипоменструальный синдром вплоть до аменореи. Бесплодие, привычные выкидыши, преждевременные роды. Субъективные жалобы редки.

Диагноз. Данные анамнеза, клиника и гистеросальпингографии, значительное уменьшение полости матки, ее деформация (ашермановские сращения и др.).

Лечение. При недавно образовавшихся после травмы сращениях в стационарных условиях возможно осторожное и медленное расширение полости матки и введение лизады (128 единиц). При обширных плотных сращениях в отдельных случаях по особым показаниям (бесплодие, привычные выкидыши) производится вскрытие полости матки (чревосечение) и разъединение сращений.

СИФИЛИС ШЕЙКИ МАТКИ. Первичный сифилис шейки матки — редкая локализация заболевания.

Симптомы. Появление эрозии — твердой (даже хрящевой) язвы, характерно значительное полнокровие сосудов, особенно по

периферии. Края язвы ровные, язва неглубокая. Поражаются регионарные лимфатические узлы.

Диагноз. Дифференциальная диагностика необходима между сифилисом и раковым поражением, мягким шанкром. Для сифилитической язвы характерны плотные неподрытые края, небольшая глубина, правильные очертания. Раковые язвы чаще встречаются у пожилых женщин, отличаются длительностью течения, имеют неправильные очертания, нередко вывороченные края, изрытое кровоточащее дно. Диагностическую ценность имеет кольпоскопия и цитологическое исследование влагалищного содержимого. В сомнительных случаях — серологические реакции крови на сифилис, исследование пунктатов паховых желез, биопсия эрозии.

Лечение — специфическое, прогнотосифилитическое.

Критерий излеченности сифилиса. Закончивших специфическое лечение следует считать клинически здоровыми, если при заключительном обследовании спинномозговая жидкость нормальна, нет изменений со стороны нервной системы, внутренних органов, зрения, слуха, несмотря на то что все серологические реакции остаются положительными. Такое состояние следует определить как серофиксированный сифилис. В подобных случаях дальнейшее лечение не изменяет состояния серореакций.

По окончании специфического лечения болевшие сифилисом подлежат последующему диспансерному наблюдению, сроки которого зависят от стадии заболевания, при которой была начата терапия. Болевшие врожденным сифилисом, независимо от формы заболевания, также подлежат диспансерному наблюдению в течение 5 лет после окончания полноценного лечения. Начавшие лечение в детском возрасте с наступлением половой зрелости подлежат повторному клинико-серологическому обследованию. При повторном обследовании особое внимание уделяется исследованию органов чувств и нервной системы.

Получившие превентивное лечение снимаются с диспансерного учета спустя год после окончания специфической терапии.

С наступлением беременности к женщине, болевшей сифилисом, предъявляются более строгие требования.

Каждая женщина, болевшая сифилисом, во время беременности в интересах рождения здорового ребенка должна подвергнуться специфическому лечению независимо от интенсивности предшествовавшего лечения, отсутствия клинических и серологических данных.

Лечение должно быть начато с момента установления беременности.

ТЕРАТОИДНЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ. Различают две формы — дермоиды и тератобластомы.

Патогенез. Дермоиды растут медленно, содержат элементы всех трех зародышевых листков. При температуре тела жидкое содержимое опухоли после удаления ее застывает, приобретает вид сала. В опухоли обнаруживают волосы, зубы, кости.

Диагноз. Как и другие кистомы яичников (см.), дермоиды нередко обнаруживаются лишь при гинекологическом осмотре. Опухоль гладкая, плотной консистенции. Обычно растет на ножке, довольно подвижная, располагается впереди матки. При рентгеноскопии можно получить тень костных образований или зубов.

Лечение — оперативное.

ТЕРАТОБЛАСТОМА см. Карциносаркома,

ТРИХОМОНОЗ. Вызывается только влагалищной трихомонадой. Другие виды трихомонад не вызывают заболеваний мочеполовой системы. Заражение трихомонозом у взрослых происходит преимущественно при половых сношениях. Внеполовое заражение наблюдается крайне редко при употреблении губок, мочалок, подкладных суден, наконечников для спринцевания, которыми незадолго до этого пользовалась больная трихомонозом.

Возникновению и развитию трихомоноза способствует понижение сопротивляемости организма после перенесенных инфекционных заболеваний (грипп, ангина, туберкулез, глисты и т. п.), а также при нарушении целости покровного эпителия преддверия и вульвы, в результате воспалительного процесса, химического или механического раздражения.

Инкубационный период равен 3—15 дням.

Симптомы. Различают острое, подострое, торпидное (малосимптомное) течение свежего процесса (длительность заболевания до 2 месяцев), хронический трихомоноз (давность заболевания более 2—3 месяцев), а также трихомонадоносительство, когда отсутствуют реактивные воспалительные явления, а трихомонады обнаруживаются.

Бартолинит трихомонадный. Симптомы. Вокруг выводного протока железы слизистая оболочка гиперемирована. При надавливании на железу из выводного протока появляется жидкий гной, содержащий трихомонад. При далеко зашедшем процессе могут возникнуть такие же изменения, как и при гонорейном бартолините (см. Гонорея).

Больные жалуются на болезненность в области наружных половых органов или появление опухоли в области половых губ.

Вагинит (кольпит) трихомонадный. Резкая диффузная гиперемия покровов влагалища, сосочки слизистой оболочки нередко гипертрофированы, видны в виде возвышений, лишенных эпителия и напоминающих малину. Возвышение сосочков обусловлено воспалительной инфильтрацией сосочкового слоя.

Симптомы. В заднем своде влагалища много жидких выделений желтоватого цвета, обычно пенистых, что объясняется деятельностью газообразующих бактерий.

Жалобы на обильные бели, иногда с примесью крови, нередко разъедающего характера, подчас с запахом, зуд и жжение в области наружных половых органов и во влагалище, болезненность при половых сношениях. Интенсивность жалоб весьма разнообразна.

При хроническом процессе слизистая оболочка влагалища нерезко гиперемирована, застойна, шероховата на ощупь. Выделения приобретают сметанообразный вид.

Вульвит и вестибулит трихомонадный. Обильные выделения, вытекающие из влагалища, попадая на вульву у кожи бедренных складок промежности и анальную область, вызывают воспалительную реакцию этих участков.

Симптомы. При остром процессе кожа больших половых губ и слизистая преддверия отечна, гиперемирована, покрыта слизисто-гнойным налетом. Лимфатические узлы увеличены и болезненны. Нередко в бороздках между девственной плевой и малыми половыми

губами застаивается гной. После удаления его могут быть видны мелкие эрозии. При хроническом процессе отмечается очаговая гиперемия слизистой оболочки в области мелких вестибулярных желез, шероховатость внутренней поверхности малых половых губ, отечность. Нередко в результате длительно существующих выделений появляются разрастания остроконечных кондилом.

Бели, зуд и жжение в области наружных половых органов, усиливающиеся при попадании мочи на воспаленные ткани.

Уретрит трихомонадный. Уретра инфицируется обычно вторично в результате затекания гноя из влагалища.

Симптомы. Губки уретры отечны, гиперемированы, стенки мочеиспускательного канала инфильтрированы. При надавливании на них со стороны влагалища из наружного отверстия уретры выделяется гнойная капля, содержащая трихомонад. У 30% женщин трихомонадный уретрит протекает субъективно бессимптомно, остальные жалуются на болезненность при мочеиспускании, иногда на учащение позывов к мочеиспусканию. При хроническом процессе уретра прощупывается в виде уплотненного тяжа. После массажа стенок уретры через влагалище удается получить скудное гнойное отделяемое. При уретроскопии: слизистая оболочка в зависимости от характера патологического процесса (мягкий, переходный, твердый инфильтрат) гиперемирована или бледна, сосуды плохо различимы, складки грубо выражены или сглажены. Устья желез уретры гиперемированы, отечны или в случае их закупорки видны в виде желтоватых узелков. Нелеченый уретрит может протекать длительно, являясь причиной постоянных рецидивов вагинита.

В воспалительный процесс вовлекаются парауретральные ходы. Слизистая оболочка вокруг них гиперемирована, из протоков выделяется гной (парауретрит).

Цервицит трихомонадный. Симптомы. Шейка матки отечна и очагово-гиперемирована. В результате постоянного стекания выделений из шейки матки вокруг канала шейки образуется эрозия, которая постепенно увеличивается, приобретает бархатистый вид. Жалобы те же, что при кольпите.

Диагноз ставится на основании клинической картины и обнаружения трихомонад в отделяемом (см. «Лабораторная техника»).

До взятия материала для анализа на трихомонады больным не следует проводить в течение 6—7 дней какое-либо лечение мочевого тракта.

В сомнительных случаях можно прибегнуть к культуральной диагностике. Необходимо исключить гонорею, мягкий шанкр, сифилис.

Лечение следует начинать одновременно обоим супругам даже при отсутствии у мужа трихомонад. На период лечения половая жизнь запрещается.

При показании назначают общеукрепляющее лечение, витамины, эндокринные препараты, в основном гормоны яичника. Лечение подлежат больные как с наличием воспалительных явлений, так и трихомонадоносители, так как последние являются источниками заражения. При одновременном страдании трихомонозом и гонореей должно проводиться лечение одновременно того и другого заболевания. Необходимо лечить все очаги возможного поражения влагалища, уретры, шейки матки и вульвы.

При лечении больных трихомонозом беременных женщин не допускаются лечение тампонами и внутривагинальные процедуры.

При остром вагините, вульвите, бартолините рекомендуется применять сидячие ванночки продолжительностью 10—15 минут и для удаления гноя из влагалища — спринцевания настоем ромашки или шалфея (4—5 столовых ложек ромашки или шалфея заварить 8—10 стаканами кипятка, настоять в течение часа в водяной бане и процедить) или раствором марганцовокислого калия (1:8000—10 000). Температура воды 37—38°. На ночь во влагалище рекомендуется вводить шарики, в состав которых входят противотрихомонадные, фунгицидные средства, сульфаниламиды или антибиотики, действующие на сопутствующую флору.

Rp. Osarbon (Польфа)

DS. По 1 шарик-свече на ночь во влагалище в течение 7—10 дней

Rp. Osarsoli

Acidi borici

Glucosae aa 0,3

Streptocidi albi pulv. 0,5

Butyri cacao q. s.

ut f. globuli vaginalis

DS. По 1 шарик во влагалище перед сном

Белый стрептоцид может быть заменен антибиотиками: левомицетином (0,5 г) или тетрациклином (1 г). Последние действуют на сопутствующую флору значительно сильнее. Вместо шариков можно стенки влагалища, слизистую оболочку преддверия и вульву смазывать желе следующего состава: осарсол — 3 г, тетрациклин — 1 г, витамин А — 400 000 ИЕ, агар — 2 г, глицерин — 10 г, дистиллированная вода — 100 мл: 5—7 г желе вводят во влагалище шприцем ежедневно в течение 7—10 дней.

Методика приготовления желе: агар измельчают и заливают водой на 3 часа. Нагревают в водяной бане до полного расплавления. Прибавляют глицерин и горячим фильтруют через марлю, затем охлаждают. При постоянном размешивании прибавляют антибиотик и остальные препараты. На холоду антибиотик сохраняет свои свойства свыше недели.

При отсутствии эффекта вульву, влагалище и шейку матки смазывают пастой и во влагалище вводят марлю, пропитанную пастой следующего состава (которую меняют через 2 дня):

Rp. Osarsoli

Streptocidi albi pulv. aa 5,0

Zinci oxydati 10,0

Amyli tritici 20,0

Glycerini 80,0

M. f. pasta

DS. Перед употреблением подогреть в водяной бане, на курс 12—15 процедур

После стихания острых явлений вместо пасты можно применять смазывание вульвы и влагалища 4% водным раствором метиленовой сини. Смазывание производится ежедневно в течение 7—10 дней.

Одновременно с лечением вагинита следует проводить лечение уретры. В острой стадии применяются промывания уретры раствором оксицианистой ртути 1:6000, ляписа 1:3000 или риванола 1:5000. Промывания делают ежедневно или через день.

После промывания в мочеиспускательный канал вводят взвесь осарсола:

Rp. Osarsoli 5,0
Acidi borici 3,0
Aq. destill. 100,0
DS. Перед введением взбалтывать

Если трихомонады из отделяемого не исчезли, применяют сухой метод лечения — присыпки порошка следующего состава:

Rp. Osarsoli 0,3
Acidi borici
Glucosae
Tetracyclini aa 0,5
M. f. pulv. D. t. d. N. 10
DS. Присыпка

Порошок вводится во влагалище через зеркало Куско после предварительного протирания содовым раствором и высушивания. Рукояткой гинекологического пинцета порошок растирается по стенкам влагалища. Часть порошка вводится в канал шейки. В уретру через тубус уретроскопа или желобоватый зонд вводят 0,25 г осарсола ежедневно в течение 10—12 дней.

В случае возникновения побочных явлений после применения осарсола (дерматит, белок в моче), можно рекомендовать в течение 1—2 недель лечение фурацилином. Влагалище через зеркало протирают раствором фурацилина (1:5000), затем осушивают и высыпают в него порошок следующего состава:

Rp. Furacilini
Laevomycetini 0,2
Acidi borici 0,3
Glucosae 0,5
M. f. pulv. D. t. d. N. 20
DS. Присыпка

Порошок растирают по слизистой оболочке влагалища и малых половых губ. В уретру закапывают раствор фурацилина. Такое лечение проводят ежедневно в течение 2 недель.

При хроническом уретрите необходимо проводить инстилляцию 0,25—0,5% раствора ляписа через день или смазывание слизистой оболочки уретры 1% раствором Люголя на глицерине или 1% раствором ляписа через 2 дня, 8—10 раз.

В более упорных случаях уретрита — массаж уретры при моче-вом пузыре, наполненном раствором перманганата калия (1:6000) или раствором оксицианистой ртути (1:10 000). После опорожнения пузыря в уретру вводят 0,3 г осарсола.

Парауретральные ходы следует прижигать ляписом, напаянным на зонд (мандрен нагревают и, вращая вокруг оси, про-

вводят по карандашу ляписа). В случае необходимости парауретральные ходы разрушают диатермокоагуляцией.

Исчезновения воспалительных явлений, эпителизации эрозий и исчезновением трихомонад можно добиться лечением тампонами с рыбьим жиром ежедневно в течение 3—4 недель. После менструации курс повторяется.

Комбинированное лечение. Аминоакрихин внутрь по 0,1 г 3 раза в день 5 дней и по 0,05—0,1 г в глобулях, которые вводят во влагалище на ночь через 2—3 дня, всего 3—4 раза. В промежутках вводят глобули, содержащие белый стрептоцид по 0,3 г. Курс только местного лечения повторяют после 3 последующих менструаций. При возникновении побочных явлений лечение прекращают. Противопоказания: сенильные вагиниты, гастриты, язвенная болезнь.

Трихомонацид назначается внутрь после еды, взрослым по 0,1 г 3 раза в день в течение 5 дней. В уретру вводят ежедневно 1% раствор трихомонацида. В цервикальный канал через день вводят таблетку, содержащую 0,05 трихомонацида. Во влагалище в течение 10—12 дней ежедневно вводят вагинальные шарики, содержащие 0,05—0,1 г препарата. 1% глицириновый раствор препарата йодиола (йод-поливинилалкоголь) применяется местно в виде инстилляций в уретру, влагалищных ванночек и тампонов ежедневно в течение 15—20 дней.

Лечение трихомоноза можно проводить октилином (синоним гераклин). Это 1—3% раствор октилового спирта в глицерине. Выпускается во флаконах по 100 г для ванночек. Вагинальные шарики приготавливаются на полиэтиленоксиде. Шарик содержит 0,1 мл октилового спирта и 0,3 г глюкозы. Проводится три курса лечения: первый курс — 14 дней, ежедневно; второй и третий курсы — сразу по окончании менструации в течение 8 дней.

Наряду с лечением влагалища проводится лечение уретры — вливания 1% раствора октилового спирта в глицерине.

Метронитазол, или флагил, применяется одновременно для лечения женщины и мужчины. Назначают внутрь по 0,25 г 2 раза в день в течение 7—10 дней. Иногда в первые 3—4 дня по 0,25 г 3 раза в день. Общая доза на курс лечения для взрослых 5 г. Курс лечения можно повторить.

Обычно трихомонады исчезают из уретры в 1-е сутки, из влагалища на 2-е сутки.

Противопоказания: при беременности (проходит через плацентарный барьер), нарушении кровотока, активных заболеваниях центральной нервной системы.

Аминитрозол (Польфа) перорально 3 раза в день по 100 мг в течение 10 дней. Курс лечения можно провести в течение 6 дней — ежедневно по 600 мг препарата в день (разделенных на 4 равные части). Одновременно осуществляется лечение мужа по той же схеме.

Во время лечения не следует иметь половых сношений, нельзя употреблять спиртные напитки. При продолжительном повторном применении необходимо исследование крови.

Лечение бартолинита. Местная аутогемотерапия (1—3 мл крови, взятой из локтевой вены в область, окружающую выводной проток железы). Инъекции через день, всего 3—4 раза. Если же из выводного протока железы выделяется гной, содержащий трихомонады, рекомендуется промывать просвет протока железы шприцем с

затупленной иглой или глазным шприцем 2—4% водным раствором метиленовой сини или фурацилина (1:5000) через день 6—8 раз.

При развивающемся псевдоабсцессе железы показано применение тепла в виде грелки, сидячих ванночек по 10—15 минут 1—2 раза в день в течение 5—6 дней.

Развившийся псевдоабсцесс вскрывают, полость осушивают и смазывают настойкой йода, затем вводят турунду с порошком синтомицина и осарсола по 0,2 г. Турунду следует менять через 1—2 дня.

Критерии излеченности при трихомонозе. Женщина считается здоровой, если из отделяемого половых органов и уретры исчезли трихомонады.

После окончания лечения женщину следует повторно обследовать по окончании 2—3 очередных менструаций.

Профилактика трихомоноза. Учитывая, что трихомоноз в основном передается половым путем, профилактические мероприятия должны быть такими же, как и при заболевании гонореей: выявление и привлечение к лечению источников инфекции и контактов. Профилактическое лечение лиц, являющихся заведомыми источниками и половыми контактами больного трихомонозом, если у них даже трихомонады не обнаружены.

Женщины, страдающие трихомонозом, допускаются к работе с детьми при условии аккуратного лечения.

ТУБЕРКУЛЕЗ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ. Чаще всего поражаются маточные трубы. Обычно процесс двусторонний.

Туберкулез маточных труб. Различают 4 основные формы: 1) хронические поражения с незначительными изменениями в трубах и малыми симптомами; 2) значительные поражения с подострым течением (в виде аднекстумора, пиосальпинкса); 3) тяжелые, остро текущие казеозные поражения; 4) зажившие туберкулезные очаги (обызвествленные, инкапсулированные).

Формы заболевания, относящиеся к первой группе, встречаются чаще всего. Нередко единственная жалоба больных — бесплодие.

Туберкулез матки. Наблюдается продуктивный эндометрит: по эндометрию разбросаны отдельные туберкулы, слизистая оболочка сохранена. Казеозные поражения эндометрия более редки. Если девочка перенесла казеозный эндометрит, полость матки может уменьшиться в результате частичного зарастания. В редких случаях наблюдается первичная аменорея в результате полной облитерации полости матки.

Туберкулез шейки чаще всего протекает, как язвенный. В этих случаях на шейке матки имеются различного вида эрозии; по периферии от эрозии и на ней самой можно увидеть отдельные бугорки. Распознавание характера эрозии затруднено. Решает вопрос биопсия, тщательное исследование срезов.

Туберкулез вульвы встречается при тяжелом клиническом течении. Он может проявляться в виде волчанки, скрофулодермы. Иногда встречается язвенная форма. Язвы отличаются болезненностью при исследовании.

Туберкулез вульвы часто протекает в сочетании с туберкулезом брюшины, особенно у девушек. Поражение брюшины может быть различным. В отдельных случаях имеется экссудативный туберкулез; клинически диагностируется асцит. Одновременно поражены половые органы. Чаще гинекологам приходится встречаться с уже осумко-

ванным процессом, когда в области таза образуются ложные кисты (сероцеле).

Симптомы. Указания на туберкулезный контакт в семье часто отсутствуют. При тщательном обследовании его устанавливают примерно у 20% больных.

Менструации могут начинаться своевременно и проходить нормально. У 25% больных они запаздывают.

Ряд больных страдает кровотечениями, нерегулярными менструациями; нередко наблюдаются кровотечения типа геморрагической метропатии, однако чаще расстройство цикла идет по типу гипоменструального синдрома, вплоть до аменореи.

Редкое, но важное для диагноза обстоятельство — первичная аменорея у видимо достигших половой зрелости женщин — результат перенесенного в детстве казеозного эндометрита, который может привести к облитерации полости матки и таким образом к аменорее.

Чаще туберкулез протекает с малыми симптомами. Многих больных, помимо бесплодия, беспокоят боли внизу живота неопределенно характера.

Реже туберкулез протекает тяжело, с подъемами температуры. В этих случаях имеются значительные изменения в органах — большие инфильтраты, аднекстумор. Очень тяжело протекает болезнь в том случае, если она осложнилась вторичной инфекцией. Пиосальпинкс может вскрыться в кишку или мочевой пузырь.

Процесс нередко обостряется в пубертатном периоде, во время беременности. Иногда после родов наблюдается милиарный туберкулез с обсеменением из половых органов.

Диагноз иногда представляет большие трудности. Необходимо тщательно собирать анамнез. Иногда удается установить симптомы перенесенного в прошлом экссудативного плеврита, туберкулезного перитонита, костного туберкулеза. Ценными являются указания на перенесенный туберкулезный лимфаденит (звездчатые рубцы на шее). Важны указания на контакт с туберкулезными больными.

При подозрении на туберкулез обязательно производят рентгеноскопию легких. Наличие в легких изменений туберкулезного характера может с большим вероятием подтвердить этиологию поражения гениталий.

Большое значение имеют туберкулезные пробы, особенно реакция Манту, которая ставится в том случае, если реакция Пирке отрицательная. Положительная реакция Манту является доказательством туберкулезного процесса в организме.

Известную ценность имеет сегментарная туберкулиновая диагностика. Туберкулиновая реакция ставится одновременно на предплечье и на коже брюшной стенки. При этом интенсивность реакции различна: при генитальном туберкулезе аллергическая реакция на коже живота значительно ярче, на предплечье она может быть выражена слабо.

Лучшие результаты получаются при посеве пунктата из заднего свода и привитого затем морской свинке. Для диагностики генитального туберкулеза производят также бактериологическое исследование менструальной крови. Кровь собирают в надетый на шейку матки колпачок Кафка. Для высевания микобактерий требуется 3—4 недели. При прививке морским свинкам надо еще более длительное время.

Цитологическим исследованием можно обнаружить комплексы эпителиоидных клеток, а в отдельных случаях типичные клетки Ланганса, характерные для туберкулезного процесса. Шприцем Брауна во вторую фазу цикла берут секрет из полости матки, прикладывая наконечник к разным точкам слизистой оболочки тела матки.

Для диагностики используют и гистеросальпингографию. Ценным является обнаружение петрификатов на обзорной рентгенограмме таза. На рентгенограмме при туберкулезном поражении трубы имеют тонкий просвет (в виде проволоки). Одновременно видны небольшие расширения. У женщины, перенесшей туберкулезный эндометрит, полость матки оказывается уменьшенной, с неправильными очертаниями. Большую ценность представляет биопсия эндометрия (то же в стационаре).

Лечение¹. Основным принципом лечения является длительная комбинированная антибактериальная терапия (сочетанное применение 2—3 противотуберкулезных препаратов). Наиболее оправдано одновременное или последовательное введение стрептомицина как в очаг поражения, так и внутримышечно в сочетании с одним из таких препаратов, как ПАСК, фтивазид, салюзид и метазид.

При остром и подостром течении туберкулезного процесса придатков матки в сочетании с пельвеоперитонитом или перитонитом назначают в течение 15—20 дней: стрептомицин по 1 г (1 000 000 ЕД) в сутки внутримышечно в сочетании с пероральным приемом или в свечах и микроклизмах фтивазида (или метазид) по 0,5 г 2 раза в день и ПАСК по 2 г 4—5 раз в день. После падения температуры лечение продолжают стрептомицином и фтивазидом (метазидом). Стрептомицин вводят по 0,5 г ежедневно или по 1 г через день в очаг поражения через влагалитные своды. Если в воспалительных образованиях придатков матки определяется экссудат, следует произвести пункцию через свод в целях опорожнения содержимого образования и через ту же иглу ввести 1 г стрептомицина, растворенного в 5—10 мл 0,5% раствора новокаина. В дальнейшем стрептомицин вводят в образование ежедневно или через день по 0,5 г и через 6 часов после этого 0,5 г внутримышечно. Такое лечение проводят в стационаре в течение 2—2½ месяцев. По мере накопления экссудата производят повторную пункцию с удалением выпота. Обычно после 2—4 пункций экссудат больше не накапливается. При благоприятном течении процесса лечение продолжается в поликлинических условиях еще 5—7 месяцев при назначении внутрь фтивазида (или метазид) по 0,5 г 2 раза в день и ПАСК ежедневно по 8—10 г в день.

При туберкулезном эндометрите и эндоцервците, установленных гистологически или цитологически, стрептомицин вводят ежедневно по 0,5 г в толщу шейки матки, ближе к внутреннему зеву и через 6 часов после этого 0,5 г внутримышечно. Одновременно больной назначают фтивазид (метазид) по 0,5 г 2—3 раза в день или ПАСК по 2 г 4—5 раз в день. После применения 40—50 г стрептомицина, 40—50 г фтивазида или 400—500 г ПАСК больную переводят на поликлиническое лечение, продолжая давать ПАСК и фтивазид в тех же дозах. Через 1½—2 месяца больную вновь помещают в стационар для повторного лечения стрептомицином путем

¹ По М. С. Ерминой.

введения его в шейку матки по 0,5 г ежедневно в течение 1—1 $\frac{1}{2}$ месяца (под контролем цитологического исследования влагалищного содержимого). Обычно непрерывное лечение в течение 3—4 месяцев может привести к исчезновению поражения эндометрия.

При язвенных поражениях шейки матки, влагалища и вульвы производят ежедневно обкалывание язвы стрептомицином по 0,5 г и через 6 часов после этого 0,5 г стрептомицина вводят внутримышечно. Одновременно больной назначают фтивазид (метазид) по 0,5 г 2—3 раза в день или ПАСК по 2 г 4—5 раз в день. Обычно бывает достаточно 20—30 г стрептомицина и 40—50 г фтивазида или 500—700 г ПАСК.

При трубно-влагалищных, придатково-брюшностеночных, кишечно-придатково-брюшностеночных свищах (даже при обильном отхождении каловых масс) назначают обкалывание стрептомицином свищевого хода по 0,5 г ежедневно в течение длительного времени (2—4 месяца). Если свищевой ход недоступен для обкалывания (кишечно-придатковые свищи), стрептомицин назначают в микроклизмах по 1 г (через катетер, вводимый до места расположения свища, что устанавливают ректороманоскопией), чередуя с приемом внутрь ПАСК в течение 2—3 месяцев. При пузырно-придатковых свищах стрептомицин или салюзин вводят в мочевой пузырь путем инстилляции.

При всех локализациях и формах туберкулеза назначают витамин В₁, В₁₂, аскорбиновую кислоту, препараты брома, противоязвенные средства. При плохой переносимости химиотерапевтических препаратов применяют антигистаминные препараты, витамин В₆, димедрол, хлорид кальция, супрастин. В случаях аллергических реакций временно (на 1—3 дня) прекращают антибактериальное лечение. Если противотуберкулезное действие препаратов проявляется медленно или отмечается плохая переносимость, а также при низком содержании в моче 17-кетостероидов назначают небольшие дозы кортина (20—25 инъекций по 1 мл). Обычно быстро снижается туберкулезная интоксикация, улучшается сон и аппетит, стихают перитонеальные явления, уменьшается воспалительная реакция в придатках матки.

В ряде случаев показано оперативное лечение: при пиосальпинксах, пиоваре с плотной капсулой, больших кистозных образованиях (сероцеле).

Операция показана и в случаях тяжелой альгодисменореи, обусловленной туберкулезным процессом и возникшим на его почве эндометриозом.

ХОРИОНЭПИТЕЛИОМА МАТКИ — злокачественная опухоль, развивающаяся из элементов трофобласта, синцития и клеток Ланганса, темно-красного цвета, напоминающая окраску плаценты. Это зависит от того, что элементы опухоли поражают сосуды. В результате наблюдаются кровоизлияния. Распознавание заболевания в таких случаях затруднено тем, что опухоль может расти, не давая кровотечения. Если узел расположен под слизистой оболочкой, рано возникает кровотечение. Опухоль гормонально активная, выделяет гонадотропный гормон. В связи с этим увеличивается матка; в эндометрии происходит децидуальная реакция. В яичниках образуются лютеиновые кисты, но значительно реже, чем при пузырьном заносе. Наблюдается набухание молочных желез, из них выдавливается

молозиво. В передней доле гипофиза происходят такие же изменения, как при беременности.

Опухоль развивается чаще всего после осложнения беременности пузырьным заносом или выкидышем. Пузырный занос должен поэтому рассматриваться как предбластоматозное состояние.

Симптомы. Обычно опухоль развивается непосредственно после пузырьного заноса или после выкидыша, родов; чаще наблюдается у повторнобеременных. В 30% случаев имеется так называемый скрытый период, когда больная нормально менструирует и нет очевидных признаков болезни.

Основной симптом — скудные кровянистые выделения, иногда обильные кровотечения. Выскабливание полости матки, как правило, кровотечение не останавливает. Быстро развивается анемия, причина которой не только в кровотечении, но и в интоксикации организма продуктами распада опухоли. Боли обычно отсутствуют.

По своему клиническому течению хорионэпителиома является самой злокачественной из всех опухолей, встречающихся в половых органах женщины. Инфекция присоединяется легко. Иногда биопсия или выскабливание слизистой оболочки матки могут дать начало септическому процессу.

В связи с особенностью опухоли поражать сосуды метастазирование хорионэпителиомы происходит по кровеносным путям, поэтому метастазы наблюдаются прежде всего в легких и влагалище.

Диагноз ставится на основании клинического течения. При влагалищном исследовании шейка уплотнена. Матка увеличена до размеров 8—9-недельной беременности, иногда больше.

Во время осмотра влагалищными зеркалами в переднем своде иногда можно обнаружить подслизистые узлы. Необходимо поставить реакцию Ашгейма — Цондека, или сперматоурическую реакцию на самцах лягушки. Если для пузырьного заноса характерно наличие положительной реакции Ашгейма — Цондека с разведенной мочой в 50—100—200 раз, то при хорионэпителиоме положительная реакция с разведением отмечается не всегда.

Это не исключает хорионэпителиому (реакция может быть отрицательной, если больную подвергли выскабливанию и удалили опухоль, а метастазов нет).

Можно проверить также термостабильность гормонов: мочу кипятят 15 минут и ставят реакцию Ашгейма — Цондека. При нормальной беременности реакция отрицательна, так как под влиянием кипячения гонадотропный гормон разрушается. При хорионэпителиоме гормон термостабилен и положительная реакция наблюдается даже после кипячения.

Окончательно диагноз подтверждают данные гистологического исследования соскоба слизистой оболочки матки.

Необходима рентгеноскопия, а иногда и рентгенография грудной клетки.

Лечение. Радикальная операция особенно эффективна в ранних стадиях болезни, но она должна производиться и при наличии метастазов во влагалище. Большое значение имеет последующая гормонотерапия (андрогены). Некоторый успех отмечен при химиотерапии (ТиоТЭФ, циклофосфан и др.)

На диспансерный учет нужно брать каждую больную, перенесшую пузырьный занос, повторно ставить реакции на гонадотропные гормоны.

Если в течение 2 лет у страдавших хорионэпителиомой не возникнут метастазы, больную можно считать выздоровевшей.

ШТЕЙНА — ЛЕВЕНТАЛЯ СИНДРОМ (поликистозные яичники, склерокистозные яичники). Этиология и патогенез. Причина возникновения поликистозного изменения яичников точно не установлена. Процесс характеризуется глубоким нарушением корреляции между гипофизом и яичниками, которая в основном проявляется отсутствием закономерной цикличности в образовании гипофизарных гормонов и отсутствием функции желтого тела яичников.

Нередко наблюдается сочетание поликистозного изменения яичников и гиперплазии коры надпочечников (комбинированные формы).

Симптомы. Стойкое нарушение менструального цикла, чаще в виде аменореи, опсоменореи, реже маточных кровотечений после задержек менструаций. Бесплодие, реже выкидыши, генеративная функция снижена. Ожирение и гирсутизм наблюдаются не у всех больных. Заболевание женщин молодого возраста.

При влагалищном исследовании обнаруживаются увеличенные в 2—4 раза, подвижные, с гладкой поверхностью, эластической консистенции яичники, мало чувствительные при пальпации.

Диагноз. Дифференцировать следует с хроническим воспалительным процессом яичников, гиперплазией коры надпочечников.

Дополнительные обследования: кульдоскопия, лапароскопия, биоконтрастная гинекография, определение в моче 17-кетостероидов, кортизоновая проба.

Лечение. Наиболее эффективно хирургическое лечение — клиновидная резекция $\frac{1}{2}$ — $\frac{2}{3}$ яичников, при комбинированных формах операция с последующей кортизонотерапией. У большинства больных через 1—3 месяца после операции устанавливается нормальный менструальный цикл и у многих из них наступает беременность.

Разрешать беременность следует не раньше чем через 5—6 месяцев после операции. При беременности в более ранние сроки может наступить самопроизвольный выкидыш.

ЦЕРВИЦИТ, ЭНДОЦЕРВИЦИТ. Возникает чаще в результате незашитых разрывов шейки матки после родов. Наступает зияние наружного зева, причем нередко слизистая оболочка канала шейки выворачивается наружу и легко инфицируется. Воспалительный процесс в шейке обусловлен проникновением инфекции.

Симптомы. В острой стадии область наружного зева гиперемирована, шейка отечна. Выделения желто-зеленые. Температура нормальная. Несколько страдает общее состояние, иногда боли внизу живота и в крестце. В дальнейшем все эти явления исчезают. В хронической стадии слизисто-гнойные бели, иногда с примесью крови. Шейка матки отечна, при исследовании болезненна. Отмечаются эрозии.

Диагноз. Следует исключить гонорею (см.), туберкулез (см.).

Лечение. Сульфамидные препараты. Влагалищные ванночки из 2% раствора азотнокислого серебра или 5—10% раствора протаргола. При обильных гнойных выделениях теплые спринцевания раствором двууглекислой соды, 3% раствором борной кислоты.

ЭНДОМЕТРИОЗ — гиперпластический процесс с образованием очагов эндометрия (железистых образований и окружающей их

стромы) вне слизистой оболочки матки. Особенностью таких очагов является то, что в них могут происходить циклические изменения: железы могут подвергаться секреторному метаморфозу, а клетки стромы превращаться в деидуальные клетки. В очаге эндометриоза могут происходить кровоизлияния.

Различают две формы эндометриоза: 1) внутренний эндометриоз — эндометриоз в мышечном слое матки; 2) внешний эндометриоз — эндометриоз яичников, труб, брюшины и др.

Симптомы. Эндометриоз характеризуется хроническим длительным течением с склонностью к прогрессированию. Основные симптомы заболевания: боли перед менструацией или во время нее (альгодисменорея) и кровотечения, чаще типа гиперменореи (в случаях внутреннего эндометриоза).

При внутреннем эндометриозе матка несколько увеличена. Если поражены придатки, то они прощупываются как опухолевидные образования, напоминающие тубо-овариальную опухоль или кисту.

Эндометриоз ретроцервикальный характеризуется наличием инфильтрата, расположенного в маточно-ректальном пространстве. При осмотре заднего свода могут быть обнаружены небольшие узелки (величиной с дробишку или горошину) темно-синего цвета (необходима дифференциальная диагностика с хорионэпителиомой — метастаз во влагалище).

Диагноз. Кровотечение, боли, изменение размеров матки или инфильтрата в пред- и постменструальный период. Необходимо исключить рак тела матки (выскабливание), субмукозную миому (гистерография).

Лечение. Если при менструации имеются небольшие кровопотери, можно назначить повторные курсы лечения прогестероном (1 мл 0,5% раствора, 5—6 инъекций за неделю до ожидаемого срока менструации).

В легких случаях лечение гормонами желтого тела дает хороший эффект. В более тяжелых случаях применяют андрогены: тестостерон-пропионат по 10 мг 2 раза в неделю до 18—20-го дня цикла или метилтестостерон по 5 мг 2—4 таблетки в день под язык. Такие курсы можно повторить в течение 3—4 циклов.

Если консервативное лечение не дает эффекта, показана операция. В более пожилом возрасте с целью прекращения менструальной функции назначают рентгеновское облучение.

Эндометриоз мочевого пузыря. Опухоль относится к числу доброкачественных, однако способна к инфильтративному росту, метастазированию и рецидивированию, что напоминает истинную опухоль.

Симптомы. Частые болезненные мочеиспускания и боли в нижней части живота, возникающие перед началом и во время менструаций, иногда появлением крови в моче во время менструации. Степень дизурических расстройств зависит от величины эндометриального узла. Гематурия наблюдается в случаях, когда узел прорастает в слизистую оболочку мочевого пузыря.

Диагноз. При влагалищном исследовании в области свода влагалища или пузырно-влагалищной перегородки обнаруживается образование округлой формы, которое во время менструации увеличивается и становится более болезненным. Весьма характерна цистоскопическая картина: обычно в области дна мочевого пузыря обнаруживается один или несколько узлов различной величины, покрытых гладкой слизистой оболочкой. Вокруг узлов наблюдаются нерезко

выраженный отек слизистой оболочки и чрезмерно развитая сеть извитых сосудов. На поверхности узла можно обнаружить небольшие кисты темно-красного цвета. Дифференцировать приходится с кровотокающей папилломой, злокачественной опухолью или варикозным расширением вен мочевого пузыря. Характерная особенность эндометриоза — изменение цистоскопической картины в зависимости от фазы менструального цикла, поэтому цистоскопическое исследование следует проводить как в межменструальном периоде, так и во время менструации.

Лечение — оперативное. При отказе больной от операции, а также обширности распространения процесса с вовлечением влагалища и паравезикальной клетчатки или рецидива заболевания проводится лучевое лечение для выключения функции яичников.

Эндометриоз яичников. Этому заболеванию свойственно наличие шоколадных кист. В их стенке находятся очаги, сходные с эндометрием и характеризующиеся циклическими изменениями.

Несмотря на то что кисты образуют с брюшиной обширные, очень плотные спайки, маточные трубы обычно остаются незарощенными.

Симптомы. В области придатков обнаруживается небольшая опухоль (со сливу, мандарин, кулак). Процесс может быть как двусторонним, так и односторонним.

Основным симптомом является альгодисменорея. Вначале появляются боли до или во время менструации. В дальнейшем боли усиливаются, становятся почти непрерывными, отличаясь особой интенсивностью в менструальные дни.

Диагноз. Следует дифференцировать с хроническими воспалительными процессами придатков; на наличие эндометриоза указывает отсутствие в анамнезе гонорейной инфекции или послеабортных септических заболеваний. Хроническое течение, устойчивость к терапии, в частности к антибиотикам. Исключением являются случаи сочетания эндометриоза труб с туберкулезной инфекцией, при которых лечение стрептомицином дает некоторое улучшение.

Необходим осмотр заднего свода зеркалами. Иногда удается обнаружить узелки темно-синего цвета. Лучше производить осмотр в коленно-локтевом положении больной (в этом случае задний влагалищный свод виден лучше).

Характерной особенностью эндометриоза является увеличение опухоли в предменструальные дни и уменьшение после окончания менструации. Для уточнения диагноза применяется также лапароскопия.

Лечение. В молодом возрасте лучший результат дает оперативное лечение, причем чем раньше, тем исход лучше (обширныеращения с кишечником, брюшиной!).

Метилтестостерон по 0,05 г в таблетках, 2—4 таблетки в день под язык с 8—10-го по 20-й день цикла. Повторять курсы лечения в течение 3—4 циклов. При больших дозах могут появиться симптомы вирилизма (огрубение голоса, оволосение на лице). В этих случаях курс лечения можно повторить не ранее чем через 3—4 месяца. Применяют также прегнин по 0,005 г в таблетках, длительно (6 месяцев). Схема лечения прегнином: по 2 таблетки 3 раза в день под язык в течение 6—8 дней во второй половине цикла.

ЭНДОМЕТРИТ, МЕТРОЭНДОМЕТРИТ. Воспаление внутренней оболочки и мышечного слоя матки наблюдается при гонорее (см.),

половом туберкулезе (см.), общих инфекционных заболеваниях (скарлатина, корь), после абортов.

Симптомы. В острой стадии боли внизу живота, тянущего характера, выделения вначале кровянистые, а в дальнейшем серозные или гнойные. Матка представляется отечной, набухшей, болезненной при пальпации. Повышенная температура (часто), общее недомогание; позднее расстройство менструации (полименорея, менорагия).

В одних случаях заболевание проходит самостоятельно, в других инфекция распространяется вглубь и процесс захватывает мышечный слой (метрит), иногда распространяется на брюшинный покров (периметрит). В процесс могут вовлекаться параметрий и придатки.

Диагноз острой стадии на основании анамнеза, гнойных выделений и данных исследования. При бимануальном исследовании матка увеличенная, уплотненная и несколько болезненная.

Лечение. В острой стадии покой, лед на низ живота. При сильных болях свечи с беллалонной и папаверином. Внутривенно 10% раствор хлористого кальция по 10 мл. Антибиотики. В основном лечение проводится так же, как при острых воспалительных заболеваниях придатков матки. После снижения температуры больная должна еще оставаться в постели 7—8 дней. Вставать можно только в том случае, если при влагалищном исследовании не обнаруживается болезненность или экссудат.

Эндометрит старческий. Хронический старческий эндометрит чаще всего вызывается при попадании в матку кишечной палочки. Заболевание способствует резко сниженной резистентности организма против инфекции. В результате длительно протекающего воспалительного процесса в эндометрии образуется грануляционная поверхность, которая выделяет большое количество водянистого, иногда гноевидного секрета. Нередко наблюдается сужение, частичное и полное зарращение шеечного зева, иногда полная атрезия. В матке скапливается большое количество гноя (пиометра), слизисто-водянистой жидкости (мукометра). Если нет атрезии, время от времени из матки выделяются жидкость или гной.

Дифференцировать надлежит с раковым поражением матки. При появлении кровянистых выделений из матки больная должна быть госпитализирована. В стационаре нужно попытаться пройти зондом через шеечный канал и расширить его. В результате начинает выделяться густой или жидкий гной. Имея в виду возможность сочетания пиометры и рака тела матки после прекращения гнойных выделений, после введения в течение 2—3 дней антибиотиков (пенициллин по 800 000 ЕД, стрептомицин по 1 000 000 ЕД в сутки) и витаминов нужно кюреткой взять соскоб со слизистой оболочки матки. Если признаков рака не найдено, диагноз старческого эндометрита пиометры подтверждается.

Пиометра и мукометра могут наблюдаться у женщин, леченных радем по поводу рака шейки матки.

Лечение. После расширения шеечного канала до № 6—7 расширитель промывают слабым дезинфицирующим раствором риванола или фурацилина полость матки при помощи маточного шприца под небольшим давлением. Если заболевание рецидивирует, может возникнуть вопрос об оперативном лечении.

ЭРОЗИЯ ШЕЙКИ. Дефект эпителия (истинная эрозия), поверхность язвы ярко-красного цвета с синеватым оттенком, «бархатная»,

при дотрагивании слегка кровоточит. Чаще встречается «ложная эрозия», при которой нет полного отсутствия эпителия, а плоский многослойный эпителий замещен цилиндрическим (первая стадия заживления). Ложная эрозия бывает простая (*erosio simplex*) — эпителий цилиндрический, гладкая на вид, немногочисленные железы; железистая (*erosio glandularis*) — с сильным развитием желез; железисто-кистозная (*erosio glandularis cystica*) — с многочисленными растянутыми железами; папиллярная (*erosio papillaris*) — сосочковыми выростами между железами, бархатистая на вид. Чаще перечисленные виды эрозий комбинируются.

Нарастающий на поверхность эрозии эпителий закрывает выводные протоки желез, и последние по мере накопления секрета растягиваются, превращаясь в мелкие ретенционные кисты (*ovula Nabothi*); при этом отмечается гипертрофия шейки матки.

Этиология. Надрывы, выворот шейки матки. Длительные, патологические выделения из канала шейки матки ведут к мацерации, сшиванию эпителия вокруг наружного зева шейки.

Симптомы. Бели, часто гнойного характера. При гипертрофии шейки чувство тяжести в малом тазу, боли в крестце, контактные кровотечения, особенно при папиллярной и раковой (см. стр. 332) эрозии. Простая эрозия при правильном лечении эпителизируется в течение 6 недель. При долго незаживающей, несмотря на систематическое лечение, эрозии (включая и эндоцервицит), необходимо исключить рак (кольпоскопия, биопсия).

Диагноз. При исследовании в зеркалах видна эрозия ярко-красного цвета, с бархатистой поверхностью, при пальпации мягкая на ощупь и слегка кровоточащая. Дифференцировать необходимо с раковой эрозией (см.). Необходима кольпоскопия (см.). В сомнительных случаях диагноза решающее значение имеет биопсия с последующим гистологическим исследованием.

Лечение обязательно одновременно и сопутствующего эндоцервицита, в острой и подострой стадии покой. Ванночки в течение 5—8 минут через день с неочищенным древесным уксусом или фурацилином после предварительного освобождения шейки и влагалища от слизи (содовые тампоны или спринцевание: 2 чайные ложки соды на 1 л кипяченой воды).

Спринцевания ежедневно с солью (одна столовая ложка на 1 л кипяченой воды температуры 36—37°), перманганатом калия (10 г растворяют в 200 мл дистиллированной воды и применяют раствор по одной чайной ложке на 1 л кипяченой воды).

Тампоны применяют с глицерином, танином на глицерине (5%), синтомициновой эмульсией (10%), грамицидиновой пастой, оксикортом. Тампон должен быть прижат к шейке и оставаться во влагалище в течение 6—8 часов, после чего его удаляют и спринцуют влагалище одним из указанных выше растворов.

Для лечения эндоцервицита антибиотики вводят под слизистую оболочку шеечного канала с помощью тонкой иглы на глубину 2—2,5 см (антибиотики применяют в зависимости от предварительно установленной чувствительности к ним флоры, взятой из канала шейки).

Диатермокоагуляция в случаях безуспешного на протяжении 6—8 недель лечения эрозии указанными выше методами. Однократная диатермокоагуляция обычно достаточна для получения стойкого излечения. Предварительно необходима биопсия.

В большинстве случаев производится диатермокоагуляция, в отдельных случаях — диатермоконизация.

Противопоказания к диатермокоагуляции: выраженное воспаление придатков в виду возможности обострения, маточные кровотечения, беременность, трихомоноз.

Диатермокоагуляция допустима только при отсутствии подозрения на раковое поражение, что может быть установлено биопсией, цитологическим исследованием, кольпоскопией. При всех видах лечения необходима и общеукрепляющая терапия. Ovula Nabothii опорожняют проколом или надрезом, после чего вводят тампон, пропитанный 5% раствором танина в глицерине.

akusher-lib.ru

Х. БЕСПЛОДНЫЙ БРАК

Бесплодный брак — в течение 2 лет регулярной супружеской жизни без применения противозачаточных средств беременность не наступает. Встречается в 10—15%.

Бесплодие первичное — у женщины не было ни одной беременности. Бесплодие вторичное — отсутствие зачатия при имевшейся беременности в прошлом.

Бесплодие относительное может быть устранено в результате лечения. Бесплодие абсолютное устранить нельзя (отсутствие матки, половых желез, некоторые пороки развития).

Этиология. Различные нарушения в организме жены (50—60% случаев) или мужа (30—40%) или же обоих супругов (10—20%).

Вызывается воспалительными заболеваниями половых органов (наиболее часто), эндокринными расстройствами, инфекциями и интоксикациями, опухолями, пороками развития. Часто наблюдается сочетание различных расстройств.

БЕСПЛОДИЕ ЖЕНСКОЕ

Причины. Аборт. Осложнения после искусственного аборта, в первую очередь внебольничного, — одна из наиболее частых причин вторичного бесплодия. После искусственного аборта, произведенного в стационаре, у 5—7% женщин наступает стойкое бесплодие, которое связано чаще всего с воспалительным процессом, но может быть обусловлено и эндокринными расстройствами. Так называемый несложненный аборт у 12% женщин является причиной появления в дальнейшем воспалительных заболеваний в половых органах и у 50% — вызывает обострения бывших в различное время до аборта воспалительных процессов. У 8—10% женщин аборт обуславливает нарушение функции яичников.

Бесплодие после аборта может быть вызвано также рубцовыми изменениями в эндометрии (симптом Ашермана), вследствие которых нарушается nidация яйца.

Аденомиоз — одна из причин чаще первичного бесплодия. Часто сочетается с эндометриозом труб и непроходимостью их. Нарушается nidация оплодотворенного яйца.

Аппендицит. Гнойные процессы в брюшной полости вызывают обширные сращения и непроходимость маточных труб. После

аппендэктомии по поводу гнойного аппендицита у 14% женщин наступает бесплодие.

Биологическая несовместимость мужских и женских половых клеток встречается в 1%. К таким бесплодным бракам относятся супружеские пары, у которых ни у мужа, ни у жены никаких нарушений обнаружить не удается и вместе с тем имеется стойкое бесплодие (3—5 лет). После развода и вступления в новый брак у каждого из них бесплодие исчезает.

Влагалищная среда — величина рН влагалищного секрета претерпевает ритмические изменения в зависимости от фаз менструального цикла. В момент предполагаемой овуляции кислотность обычно снижается до слабокислой реакции (4,8—4,9). Значительное повышение кислотности влагалищного отделяемого в этот период может быть одной из причин бесплодия.

При наличии положительной пробы Шуварского (см. добавление, стр. 363) определение рН влагалищного содержимого не играет существенной роли.

Воспалительные заболевания половых органов — кольпит, цервицит, эндометрит, сальпинго-оофорит (см. Женские болезни) — наиболее частая причина вторичного бесплодия.

Гонорея (см.). У 50—60% женщин, перенесших восходящую гонорею, бесплодие наступает вследствие спаечных процессов (гонорейный сальпингит).

Гормональные расстройства — наиболее частая причина первичного бесплодия. Нарушение нейро-эндокринной регуляции в любом звене между диэнцефалоном, гипофизом, яичниками и маткой может вести к бесплодию. Различные эндокринные расстройства (нарушение функции щитовидной железы, коры надпочечника), воздействуя через диэнцефально-гипофизарную систему, нарушают гормональную и генеративную функцию яичников. Ановуляторные циклы как причина бесплодия отмечаются в 5—10% случаев. Иногда овуляция может происходить, но выделяется неполноценная яйцеклетка, которая не может быть оплодотворена. При неполноценном желтом теле выделяется небольшое количество прогестерона, что может явиться причиной недостаточной трансформации слизистой оболочки эндометрия и нарушения nidации оплодотворенного яйца (см. также Женские болезни. Менструальный цикл).

Инфантилизм. При выраженных признаках полового инфантилизма нарушается nidация яйца, так как часто при инфантилизме наблюдается гипофункция яичников, а также нарушения рецепторного аппарата. Трансформация тонкой слизистой оболочки тела матки нарушается.

Инфекции — скарлатина, дифтерия, эпидемический паротит могут приводить к патологическим изменениям в яичниках и слизистой оболочке матки. Особое значение имеют венерические болезни (см. Гонорея) и туберкулез, при которых в случае поражения маточных труб, как правило, нарушается проходимость их.

Бывший ранее экссудативный плеврит, туберкулез легких и другие формы экстрагенитального туберкулеза при наличии первичного бесплодия с большой долей вероятности указывают на туберкулезный генез заболевания.

Опухоли. Кисты и кистомы яичников нарушают миграцию яйцеклетки по трубе (паро-овариальные кисты и др.), генеративную функцию яичников. Миомы матки подслизистые нарушают nidацию,

часто при многах изменяется функция яичников, повышается возбудимость матки.

Резус-несовместимость крови супругов при условии резус-отрицательной крови у жены не является причиной бесплодия. Иногда может явиться причиной привычных (чаще поздних) выкидышей на почве выраженной сенсибилизации. В результате привычных выкидышей в дальнейшем наступают изменения в маточной мускулатуре и эндометрии, нарушение nidации яйца и бесплодие.

БЕСПЛОДИЕ МУЖСКОЕ

Причины: неполноценная сперма, значительно реже — половая слабость и крайне редко пороки развития половых органов (эписпадия и др.).

Воспалительные заболевания в результате перенесенной гонорей; азооспермия вследствие заращения семявыводящих путей, при сохраненном сперматогенезе.

Инфекции. Паротит (эпидемический) может вызвать патологические изменения в зародышевом эпителии без признаков орхита.

Нейро-эндокринные расстройства — нарушение гипоталамо-гипофизарной функции; а также эндокринные нарушения (щитовидная железа и др.) могут вести к продуцированию патологической спермы (нарушение сперматогенеза).

Хронические интоксикации — алкоголизм, морфинизм, а также воздействие рентгеновых лучей и других производственных вредных.

Травма центральной нервной системы, а также травмы половых органов — ушибы, ранения, осложненное грыжесечение или операция по поводу гидроцеле могут существенно отразиться на сперматогенезе.

ДИАГНОСТИКА БЕСПЛОДНОГО БРАКА

Целенаправленно собранный анамнез: возраст (после 35 лет ановуляторные циклы встречаются чаще, генеративная функция снижается), профессия, перенесенные заболевания, характер менструального цикла.

1. **Исследование спермы.** Патологические изменения спермы: 1) олигоспермия — малое количество сперматозоидов в сперме; 2) астеноспермия — малая (недостаточная) подвижность сперматозоидов; 3) тератоспермия — наличие патологических форм сперматозоидов; 4) некроспермия — наличие только неподвижных форм сперматозоидов; 5) азооспермия — отсутствие сперматозоидов в эякуляте.

Различают истинную азооспермию, когда сперматогенез нарушен, и ложную, когда сперматогенез не нарушен, но имеется непроходимость семявыводящих путей. Отсутствие эякулята называется аспермией.

При частых половых сношениях может наблюдаться так называемая физиологическая олигосперия, поэтому исследование спермы производится после воздержания от половой жизни в течение 4—5 дней.

Способ получения спермы: материал для исследования получают путем прерванного полового сношения, эякуляцией спермы в стаканчик, из которого она переливается в пробирку. Чистые стаканчик и пробирку предварительно необходимо промыть горячим 2% содовым раствором, сполоснуть чистой горячей водой и высушить.

Следует учесть, что даже малейшая потеря первых порций семени, что чаще наблюдается при получении материала путем прерванного сношения, может существенно изменить характер исследуемого эякулята, так как в первой порции (каплях) семени содержится до 50—70% всех сперматозоидов, причем они наиболее зрелые и активные.

Пробирку со спермой закрывают ватой или корковой пробкой, обертывают ватой и доставляют в лабораторию. Сперма должна быть доставлена в первые 2 часа после полового сношения. Во время транспортировки сперму нельзя подвергать быстрому охлаждению. В холодную погоду пробирку со спермой транспортируют за лифчиком или в подмышечной впадине.

Необходимо разъяснять обследуемым, что плохие результаты исследования спермы нередко могут быть обусловлены погрешностями при получении или при доставке материала в лабораторию.

При обследовании мужа в отсутствие жены или если нет должных условий для получения спермы указанным выше путем допустимо получение спермы путем мастурбации.

Забор спермы эякуляцией в презерватив делать нельзя, так как сперматозоиды при соприкосновении с вулканизированной резиной мгновенно теряют подвижность.

Физико-химические свойства эякулята. В норме объем эякулята колеблется в пределах 2,5—4 мл. При небольшом объеме необходимо прежде всего уточнить, весь ли эякулят представлен. Если эякулят собран полностью, то небольшой объем указывает на функциональные нарушения в добавочных половых железах, что может быть обусловлено недостатком либо стероидных гормонов (андрогенов), либо гонадотропных гормонов (гипофизарные нарушения). При малом объеме спермы зачатие обычно затруднено.

Внешний вид. Сперма — опалесцирующая беловато-желтая мутноватая жидкость, обладающая некоторой вязкостью. После эякуляции происходит свертывание эякулята, он принимает студнеобразный вид, а затем через 5—15 минут разжижается.

Прозрачная, не опалесцирующая водянистая сперма встречается обычно при выраженной олигоспермии или при азооспермии.

Запах эякулята весьма специфичен и связан с наличием секрета предстательной железы. Зловонный и гнилостный запах имеется только в патологическом эякуляте.

Кислотность: рН семени равен 7,2—7,4, что связано со щелочной реакцией секрета предстательной железы.

Определение количества сперматозоидов в эякуляте (густота семени) см. «Лабораторные методы исследования».

Определение активности спермы (подвижности сперматозоидов). При исследовании подвижности сперматозоидов следует всегда учитывать характер их движения. Оплодотворяющей способностью могут обладать только сперматозоиды, двигающиеся поступательно. Сперматозоиды, совершающие движение по кругу (маневрные) или колебательные движения на месте (маятниковобразные), продвигаться в половом тракте женщины не могут. Сле-

дует учитывать, что некоторые сперматозоиды обладают маневжными движениями по кругу со значительным диаметром. Такую форму подвижности удобно диагностировать при осмотре препарата в микроскопе при малом увеличении (объектив 8, окуляр 7).

Сперма, в которой сперматозоиды обладают только маятникообразными и маневжными движениями (астеноспермия), является неполноценной (нефертильной).

Процент подвижных сперматозоидов определяют следующим образом: каплю эякулята помещают на предметное стекло, покрывают покровным и микроскопируют. Окуляр микроскопа закрывают на $\frac{3}{4}$ черной бумагой и под большим увеличением (объектив 40, окуляр 7—15) считают количество хорошо подвижных, плохо подвижных и неподвижных сперматозоидов в $\frac{1}{4}$ поля зрения. Подсчет лучше производить в 3—4 препаратах. Среднюю величину умножают на 4 и получают количество подвижных сперматозоидов в поле зрения, а также вычисляют процент неподвижных сперматозоидов в поле зрения.

Морфологические особенности спермы (см. Лабораторные исследования).

Определение качества спермы по методу Дубинчика (1940). При микроскопировании капли спермы, покрытой покровным стеклом, определяют количество сперматозоидов в поле зрения и их подвижность. В зависимости от густоты спермы и подвижности сперматозоидов эякулят оценивается по пятибалльной системе. Различают густую сперму, когда расстояние между сперматозоидами меньше длины сперматозоида; сперму средней густоты, когда расстояние больше длины сперматозоида, и редкую, когда между сперматозоидами видны большие промежутки.

Оценку 5 (высокофертильная) получает густая или средней густоты сперма, в которой лишь единичные сперматозоиды неподвижны или слабо подвижны, остальные же, т. е. почти все, обладают активным поступательным движением.

Оценку 4 (фертильная) получает сперма густая или средней густоты с наличием больше половины активно подвижных сперматозоидов. Эти оба балла характеризуют сперму, обладающую высокой способностью к оплодотворению.

Оценку 3 получает сперма густая, средней густоты и редкая, где половина видимых в поле зрения сперматозоидов неподвижна, в другой половине только часть обладает активно поступательными движениями, у остальных движения слабые (маневжные или качательные). Такая сперма обладает плохой способностью к оплодотворению (слабофертильная).

Если сперма густая, средней густоты или редкая и в ней лишь единичные сперматозоиды обладают поступательным движением, то она оценивается баллом 2. Густая, средней густоты и редкая сперма, где совершенно не обнаружено поступательных движений сперматозоидов, оценивается баллом 1. Наконец, сперма без сперматозоидов (азооспермия) обозначается оценкой 0 (нефертильная).

Запись исследования ведется по следующему образцу: 1) время, прошедшее после предыдущего сношения; 2) время получения эякулята; 3) время исследования; 4) количество спермы; консистенция спермы; 5) густота семени (густая, средней густоты и редкая); 6) подвижность сперматозоидов (количество подвижных и слабо подвижных); 7) наличие патологических форм сперматозоидов.

Биопсия тестикул является дополнением к исследованию спермы, проводится в тех случаях, когда нужно уточнить причину патологических изменений в эякуляте. Биопсия проводится урологом.

2. Проба Шуварского — Гунера позволяет характеризовать совместимость шеечной слизи и спермы. Женщина приходит для исследования через 2—4 часа после полового сношения. До этого необходимо воздержаться от половой жизни, в течении 4 дней. Влагалище и шейку обнажают зеркалами и отдельно аспирируют содержимое заднего свода и шеечного канала. Слизь из шеечного канала можно получить с помощью длинного пинцета (или насосать однограммовым шприцем, вставляя его без иглы в цервикальный канал). Каплю содержимого из влагалища и каплю содержимого из шеечного канала раздельно переносят на предметное стекло, покрывают покровными стеклами и исследуют под микроскопом. При положительной пробе в шеечной слизи можно определить от 5 до 15 хорошо подвижных сперматозоидов. Если подвижность сперматозоидов в цервикальной слизи плохая, то проба считается слабо положительной. В кислой влагалищной среде сперматозоиды теряют подвижность максимум через 12 часов, обычно значительно раньше.

Положительная проба Шуварского — Гунера у одной и той же женщины может быть в течение 3—4 дней, т. е. не всегда в период овуляции. Однако чаще проба остается положительной очень короткий промежуток времени (1—2 суток). Следовательно, при отрицательной пробе последнюю следует повторить в сроки предполагаемой овуляции (на 12-й, 14-й и 16-й день менструального цикла).

Отсутствие во влагалищном и в шеечном содержимом сперматозоидов наблюдается в следующих случаях: а) при половом сношении эякулят не попадает во влагалище (пороки развития, импотенция и др. нарушения); б) в эякуляте нет сперматозоидов (азооспермия); в) эякулят весь изливается наружу после сношения. Последнее происходит в случае эякуляции очень жидкой спермы с уменьшенной вязкостью, а также при выраженных сокращениях влагалища по направлению от шейки матки ко входу. Истечение семени может происходить также при выраженном инфантилизме из-за недостаточной емкости заднего свода, кроме того, при опущении и выпадении влагалища.

Если во влагалище обнаруживаются неподвижные сперматозоиды, а в слизи шеечного канала сперматозоидов вообще нет, то это может наблюдаться: а) при высокой кислотности секрета влагалища и слабой резистентности спермы, когда попадающие во влагалище сперматозоиды сразу погибают; б) при некроспермии; в) при повышенной вязкости спермы; г) при неправильном положении шейки матки (редко!). Наконец, если во влагалище обнаруживаются подвижные сперматозоиды, а в слизи шеечного канала их найти не удается или они имеются, но находятся в неподвижном состоянии. Это наблюдается: а) при цервицитах, когда шеечный секрет инфицирован и губительно действует на сперматозоиды; б) при гипофункции яичников, когда шеечной слизи мало; в) при неправильном положении шейки матки; г) при производстве пробы без учета срока предполагаемой овуляции (в начале или в конце менструального цикла).

При отрицательной пробе Шуварского — Гунера наряду с бактериоскопическим исследованием шеечного секрета следует обязательно произвести пробу Курцрок — Миллера.

Проба Курцрок — Миллера дает возможность установить действие цервикальной слизи на сперматозоиды. Проба производится следующим образом: женщина приходит в кабинет в сроки предполагаемой овуляции и приносит с собой сперму, полученную путем прерванного полового сношения. Доставить эякулят следует не позднее чем через 1—1½ часа после получения.

На одно предметное стекло наносят рядом каплю свежего семени и каплю цервикальной слизи. Расстояние между каплями равно 3 мм. Капли покрывают одним общим покровным стеклом, после чего при микроскопии начинают определять четкую границу между каплями. В нормальных условиях сперматозоиды скапливаются у границы слизи, проникают в нее и продолжают двигаться в шейечной слизи: ответ читается через 10—20 минут.

3. Исследование проходимости маточных труб производят с помощью гистеросальпингографии, пертубации, а также пробой с раствором метиленового синего и пробой Шпека (редко!) (см.).

При первичном бесплодии исследование следует начинать с гистеросальпингографии, так как последняя дает представление о размерах матки (гипоплазия), иногда позволяет заподозрить наличие туберкулезного поражения матки и маточных труб (см. стр. 349). Кинографическая пертубация дает сведения о функциональном состоянии маточных труб (их перистальтика).

4. Исследование функционального состояния яичников. При бесплодии у женщин с проходимыми маточными трубами и при наличии фертильной спермы у мужа необходимо исследовать функцию яичников. Для выявления ановуляторных циклов или циклов с неполноценной фазой желтого тела изучаются в динамике данные базальной температуры, симптом «зрачка», цитологическая картина влагалищного отделяемого и биопсия эндометрия.

У женщин с однофазным (ановуляторным) циклом базальная температура в течение всего цикла остается однофазной. При ановуляторном цикле, протекающем по типу цикла с атретическим фолликулом, симптом «зрачка» появляется с 18—22-го дня цикла, достигая величины лишь + или ++, и быстро исчезает. При персистенции фолликула симптом «зрачка» появляется рано, на 7—8-й день цикла, и, достигнув величины +++ или ++++, остается положительным вплоть до наступления кровотечения. Патологическая картина влагалищного отделяемого при однофазном цикле с атретическим фолликулом характеризуется стойкой III реакцией. Кариопикнотический индекс в течение всего межменструального периода остается невысоким (20—25%). У женщин с персистенцией фолликулом уже с 7—8-го дня цикла и вплоть до наступления кровотечения отмечается IV реакция (кариопикнотический индекс до 70—90%).

Биопсию эндометрия производят за 4—5 дней до наступления менструации. Соскоб должен быть полным. Отсутствие в эндометрии секреторных изменений свидетельствует об однофазном цикле.

Неполноценная фаза желтого тела. Повышение базальной температуры во время фазы желтого тела слабо выражено (на 0,2—0,3°). Иногда подъем температуры кратковременный (5—7 дней вместо 12). Симптом «зрачка» выражен чаще слабо (+, ++ в период предполагаемой овуляции) и может быть пролонгирован, т. е. оставаться положительным до 20—22—24-го дня цикла (при 28-дневном цикле).

Цитологическая картина влагалитического отделяемого может в известной степени характеризовать эту патологию и проявляться иногда в низком кариопикнотическом индексе. Иногда, наоборот, кариопикнотический индекс не снижается во второй фазе цикла (III—IV реакция остается почти до наступления менструации). При биопсии слизистой оболочки тела матки обнаруживается неполноценная фаза секреции.

Диагностика причин бесплодия у женщин с расстройством менструального цикла (синдром Штейн — Левенталя, аденогениальный синдром и др.) см. Женские болезни.

ЛЕЧЕНИЕ ЖЕНЩИН

Гидротубация — введение лекарственных средств в полость матки и труб для восстановления проходимости последних. Удовлетворительные результаты наблюдаются при введении в трубы под давлением 100—150 мм рт. ст. 0,5% раствора новокаина с лидазой, пенициллином и стрептомицином, а также гидрокортизона.

Условия для гидротубации те же, что для пертубации (см.) и гистеросальпингографии (см.).

На курс лечения (в течение одного менструального цикла) проводится от 4 до 8 через день процедур. Всего же проводят 2—4 курса, повторяя их через 1—2 месяца.

Введение лидазы рассчитано на размягчение рубцовой ткани и повышение проницаемости капилляров. Антибиотики под влиянием лидазы глубже проникают в ткань. Гидротубация под давлением имеет целью механическое воздействие на очаг. Можно применять следующие прописи вводимых лекарственных смесей: 1) лидазы 64 или 128 единиц, пенициллина 200 000 или 400 000 ЕД, стрептомицина 500 000 или 1 000 000 ЕД; 2) гидрокортизона 50 мг, пенициллина 200 000 ЕД, стрептомицина 500 000 ЕД.

Гормональная терапия. Применяется при наличии стойких однофазных (ановуляторных циклов), а также циклов с неполноценной фазой желтого тела.

Обычно гормональная терапия сочетается с фармакологическими средствами, стимулирующими вегетативную нервную систему. Кроме того, в комплексную терапию следует включать и физиотерапевтическое лечение (см.). Для нормализации функции гипофиза показано применение гальванического воротника по Щербаку или шейно-лицевой ионогальванизации в сочетании с назальной ионогальванизацией с витамином В₁.

Гормональная терапия проводится циклически под контролем тестов функциональной диагностики. Основной принцип действия гормонотерапии должен быть направлен на стимуляцию нейро-эндокринной системы. В период предполагаемой овуляции, т. е. на 12-й, 14-й и 16-й день 28-дневного цикла, обычно вводятся несколько больших дозы эстрогенов в сочетании с прогестероном.

Схемы могут быть различные. Так, на 12-й, 14-й и 16-й день можно вводить 1 мл 0,1% раствора эстрадиол-дипропионата вместе с 1 мл 0,5% прогестерона внутримышечно. В первой половине цикла, на 8-й, 10-й день, и во второй половине цикла, на 18-й и 20-й день — по 1 таблетке октестрола (или 0,05 мг этинилэстрадиола), а с 21-го

по 26-й день ежедневно по одной инъекции прогестерона (2 мл 0,5% раствора). Прогестерон можно заменить сублингвальным применением этинил-тестостерона (прегнином), который следует принимать по 2 таблетки (10 мг) 3 раза в день. Указанные полные курсы гормонотерапии можно применять 2—3 месяца и затем упростить лечение, оставив еще на 2—3 месяца только инъекции эстрадиол-дипропионата и прогестерона на 12-й, 14-й и 16-й день и прогестерона на 24-й, 25-й и 26-й день.

При выраженной недостаточности желтого тела лучше проводить циклическую гормонотерапию, так как обычно слабое, неполноценное желтое тело наблюдается там, где имеется и слабый фолликул. В тех случаях, когда снижение генеративной функции яичников связано с нарушением гонадотропной функции гипофиза, хорошие результаты можно наблюдать и после внутримышечного введения хорионического гонадотропина (по 1500 МЕ хориогонина один раз в 3 дня, на 11-й, 14-й и 17-й день цикла или по 500 МЕ на 9-й, 10-й и 11-й день). Лучшие результаты наблюдаются тогда, когда эстрогенная насыщенность выражена в первую фазу цикла. Лечение можно проводить в течение 2—4 циклов. Можно сочетать применение хорионического гонадотропина с половыми гормонами. Это особенно показано в тех случаях, когда имеется недостаточность первой и второй фазы цикла. Если же первая фаза цикла хорошо выражена и имеется только недостаточность второй фазы, то введение хориогонина по 1500 МЕ на 18-й, 21-й и 24-й день может стимулировать функцию желтого тела.

При бесплодии на почве инфантилизма особенно большую роль играет комплексная терапия—витамины, морские ванны, физиотерапия в сочетании с гормональным лечением. При инфантилизме с нормальной функцией яичников гормональное лечение должно быть ограничено и проводится так же, как и при гормональных нарушениях, под контролем тестов функциональной диагностики. Применение физиотерапии в сочетании с введением эстрогенов и гестагенов во второй фазе цикла не нарушает функции яичников и способствует значительному улучшению кровоснабжения в половых органах и повышению обменных процессов.

При гипофункции щитовидной железы хорошие результаты получены при введении тиреоидина по 0,05 г 1—2 раза в день в течение 10 дней с перерывом в 10 дней. Желательно провести 2—4 курса лечения.

При гиперандрогении надпочечникового происхождения (высокая экскреция 17-кетостероидов и снижение ее при применении кортизоновой пробы) восстановление генеративной функции возможно путем дачи преднизолона по 10 мг с 6-го по 15-й день цикла. Курс лечения можно повторить (под контролем экскреции 17-кетостероидов) 3—4 раза. Введение кортикоидов вызывает торможение повышенной адренотропной функции гипофиза. При этом нормализуется гонадотропная активность гипофиза. О результатах гормонотерапии можно судить по изменению тестов функциональной диагностики: усиливается подъем базальной температуры во второй фазе цикла и др.

Курортные, физиотерапевтические методы лечения бесплодия см. Женские болезни.

При бесплодии на почве непроходимости маточных труб показано сочетание курортных методов лечения с систематическим

физиотерапевтическим лечением, а также применение биогенных стимуляторов (инъекции алоэ, стекловидного тела).

Получены хорошие результаты при сочетании лечения курортными факторами (грязи, бальнеотерапия) с применением гинекологического массажа (см. «Лечение физическими методами», «Манипуляции»). Такая терапия показана при хронических периметритах и периаднекситах, часто сочетающихся с ретродевиациями матки.

Пертубация (особенно проводимая повторно) и гистеросальпингография являются не только диагностическими, но иногда и лечебными факторами при бесплодии. Разрушая рыхлые сращения, эти манипуляции восстанавливают проходимость труб.

При отрицательной пробе Шуварского — Гунера консервативное лечение в зависимости от причины бесплодия проводится в следующих направлениях.

1. При эндопервичитах показано лечение антибиотиками (после предварительного определения чувствительности к ним бактериальной флоры).

Хороший эффект иногда дает также электрофорез с цинком или с аммонийными растворами серебра.

При хронических цервичитах и наличии эрозии показана кольпоскопия, по показаниям — прицельная биопсия, с последующей диатермокоагуляцией.

2. Если бесплодие обусловлено тем, что сперма не депонируется во влагалище и вытекает, то рекомендуется после полового сношения в течение 30 минут занимать положение с приподнятым тазом, лучше со скрещенными ногами.

3. При повышенной кислотности влагалища (рН 4.0 к моменту овуляции) целесообразно за час до полового сношения произвести спринцевание с раствором соды (1 чайная ложка на 2—3 стакана воды).

Хирургические методы лечения бесплодия. Если систематическое консервативное лечение, проводимое в течение 3—4 лет, не восстанавливает проходимость труб, возникает вопрос об оперативном способе лечения.

Условиями для хирургического лечения являются прежде всего точно установленная непроходимость маточных труб после повторной (с введением спазмолитических средств) пертубации и обязательной гистеросальпингографии, полноценная сперма мужа, положительная проба Шуварского — Гунера, функция яичников должна быть сохранена, что обязательно подтверждается данными биопсии эндометрия, произведенной за 3—5 дней до предполагаемой менструации.

Пластические операции на маточных трубах показаны только тем женщинам, у которых бесплодие связано исключительно с непроходимостью труб. Возраст больных не должен превышать 32 года.

Лучшие результаты получаются, когда труба анатомически мало изменена и сохранен ее фимбриальный конец.

Из оперативных вмешательств, восстанавливающих проходимость труб, применяются сальпингостоматопластика, сальпинголизис и пересадка труб, последняя применяется чаще.

При пересадке труб в просвет трубы вводятся полиэтиленовые или поливиниловые трубочки, препятствующие возникновению послеоперационных сращений.

ЛЕЧЕНИЕ МУЖЧИН

При наличии слабофертильной спермы, если имеется гормональная недостаточность, рекомендуется в течение 10—12 дней (в первую фазу менструального цикла у жены) принимать метилтестостерон по 2 таблетки (10 мг) 3 раза в день под язык и витамин Е по одной чайной ложке 1—2 раза в день (по 20—40 мг). Лечение следует проводить несколько месяцев.

Можно придерживаться другого принципа лечения, рассчитанного на подавление гонадотропной функции гипофиза большими дозами андрогенов. При этом наступает и торможение сперматогенеза вплоть до азооспермии. После прекращения лечения в ответ на временное подавление гонадотропной функции гипофиза происходит значительное повышение последней и сперматогенный эпителий повышает свою активность. Это явление получило название «Рибунд-феномен». При строгом подборе больных, по данным отдельных авторов, это лечение дает до 50% положительных результатов. Для достижения указанного эффекта назначают по 50 мг тестостерон-пропионата (1 мл 5% раствора) 3 раза в неделю (до 1200 мг).

Можно принимать также тестостерон-пропионат по 25 мг 2 раза в неделю и одновременно хориогонин по 1000—1500 МЕ тоже 2 раза в неделю. Оба препарата вводятся в течение 6—10 недель. Лечение оказывает стимулирующее влияние на диэнцефалон.

При гипотиреозе показано введение препаратов щитовидной железы — тиреоидина по 0,05—0,1 г 1—2 раза в день в течение 10 дней. С перерывами в 10 дней можно повторить 2—3 курса лечения. Лечение следует сочетать с применением витамина С по 0,3 г 2 раза в день.

Наряду с гормонотерапией применяется общеукрепляющая терапия: достаточный сон, богатая витаминами и белками пища, спорт. По возможности следует устранить вредное влияние алкоголя, никотина, производственных вредностей.

Профилактика должна начинаться с предупреждения эмбрио- и фетопатий (см. Фетопатии), предупреждения детских инфекций, венерических заболеваний.

В случае возникновения воспалительного заболевания проводится своевременная комплексная терапия. Обследование супружеской пары и патогенетическая терапия должны начинаться своевременно. Результаты терапии при женском бесплодии у 25-летних в 2 раза выше, чем у 35-летних.

XI. ГИНЕКОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА¹

АЛЬГОДИСМНОРЕЯ — болезненные менструации.

Альгодисменорея первичная (болезненные менструации при отсутствии органических изменений в органах малого таза).

Этиология. Чаще всего встречается у девушек с лабильной нервной системой при понижении порога болевой чувствительности. Иногда причиной является психическая травма (испуг, внезапное появление первых менструаций, попытка к изнасилованию), иногда нарушение гормонального равновесия в организме (эстрогены — прогестерон).

Симптомы. Резкие, схваткообразные боли внизу живота, в крестово-поясничной области с отдачей в паховую область. Боли сопровождаются плохим общим самочувствием, головной болью, тошнотой, рвотой, спастическим колитом, метеоризмом. Начинаются за 1—2 дня до менструации или в первый день менструации и редко продолжаются в течение всей менструации.

Лечение. При болях постельный режим, покой, тепло на низ живота, вещества, снижающие тонус гладкой мускулатуры матки (атропин, белладонна, адреналин), противогистаминные препараты (димедрол), спазмолитические (платифиллин, папаверин). В межприступном периоде лечение, способствующее урегулированию функции нервной системы: седативные (бромистый натрий, микстура Бехтерева, валериана), транквилизирующие средства (андаксин, триоксазин) в сочетании с психотерапией. Ионогальванизация солнечного сплетения с новокаином или хлоридом кальция. Назальная ионогальванизация с витамином В₁. Общеукрепляющая терапия, правильная организация отдыха, труда, занятия спортом, гормонотерапия — прогестерон по 1 мл 0.5% раствора внутримышечно один раз в день за 6—8 дней до ожидаемой менструации.

Альгодисменорея вторичная (болезненные менструации, обусловленные органическими изменениями в органах малого таза).

Этиология. Возникает в результате наличия острых или хронических воспалительных процессов матки, яичников, тазовой брюшины, эндометриозных разрастаний, эндометриозных кист, пороков развития матки и влагалища, при которых затруднен отток менструальной крови.

Симптомы. Боли постоянного характера, длятся в течение всей менструации, иногда сопровождаются подъемом температуры и раздражением брюшины.

¹ См. также раздел Женские болезни

Лечение. При пороках развития и эндометриозе — оперативное, при воспалительных процессах: в остром периоде — антибиотики, покой, в хроническом — физиотерапевтическое лечение: ионогальванизация с новокаином, хлоридом кальция, диатермия.

АМЕНОРЕЯ ПЕРВИЧНАЯ (отсутствие менструаций у девочек, достигших пубертатного периода).

Этиология. Первичная аменорея может быть следствием ослабления организма в результате перенесенных инфекций, недостаточного питания, авитаминоза, туберкулезного поражения эндометрия. Является одним из симптомов функционального или анатомического поражения гипоталамо-гипофизарной системы, пороков развития половых органов и яичников.

Симптомы, лечение см. Атрезия матки, влагалища, девственной плевы, Удвоение матки, Задержка полового созревания, Дисгенезия гонад.

АМЕНОРЕЯ ВТОРИЧНАЯ (прекращение менструации после периода нормального менструального цикла).

Вторичная аменорея является одним из симптомов эндокринных заболеваний (гиперплазия надпочечников, синдром или болезнь Иценко — Кушинга, синдром Штейн — Левенталя, вирилизирующие опухоли надпочечников и яичников, туберкулез эндометрия). Часто развивается после тяжелых соматических заболеваний, истощающих организм, при психических и нервных заболеваниях. Нельзя забывать и о возможности беременности у девушек более старшего возраста.

Симптомы. Обусловлена заболеванием, симптомом которого является вторичная аменорея.

Лечение основного заболевания. До выявления причины, вызвавшей аменорею, гормональная терапия категорически противопоказана.

АПЛАЗИЯ ВЛАГАЛИЩА, МАТКИ, ТРУБ (полное отсутствие влагалища, матки, труб).

Является результатом нарушения развития мюллеровых ходов в период эмбрионального развития, часто сочетается с несовместимыми с жизнью уродствами.

Оперативное лечение аплазии влагалища — создание искусственного влагалища — показано в более старшем возрасте, к моменту начала половой жизни.

АПЛАЗИЯ ЯИЧНИКОВ (врожденное отсутствие яичников). Встречается очень редко, чаще как эмбриональный порок развития яичников — глубокое недоразвитие или отсутствие коркового слоя яичников (см. Дисгенезия гонад).

АТРЕЗИЯ ВЛАГАЛИЩА (нарушение проходимости влагалища).

Нарушение развития нижней трети мюллеровых ходов в период эмбрионального развития, воспалительные процессы или травматические повреждения влагалища. Атрезированные участки могут располагаться в верхней, средней и нижней третях влагалища.

Симптомы см. Атрезия девственной плевы.

Диагноз устанавливается при помощи вагиноскопии. Чем выше по ходу влагалища расположен участок атрезии, тем труднее диагностика.

АТРЕЗИЯ ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ (нарушение проходимости девственной плевы). Порок развития мюллера бугорка, при котором формирующаяся из него девственная плева остается в виде сплошной преграды. Может быть следствием воспалительного заболевания влагалища (дифтерия, скарлатина, корь) и травматических повреждений.

Симптомы. До наступления половой зрелости протекает бессимптомно, обнаруживается при гинекологическом осмотре. С наступлением менструаций появляются периодические боли внизу живота, обусловленные скоплением крови во влагалище (haematocolpos), а в дальнейшем в полости матки (haematometra) и трубах (haematosalpinx). При значительном скоплении крови возникают постоянные боли и симптомы сдавления соседних органов (мочевого пузыря и прямой кишки). При скоплении крови в трубах возникает опасность разрыва труб.

Диагноз облегчается клинической картиной и данными исследования: напряженная, синюшная девственная плева, опухолевидное образование в малом тазу при ректальном исследовании, отсутствие менструаций.

Лечение оперативное. Рассечение девственной плевы; на края разрыва обычно накладываются кетгутовые швы. Соблюдение строгой асептики (угроза инфицирования!).

АТРЕЗИЯ МАТКИ (отсутствие полости матки) в результате воспалительных заболеваний эндометрия. Встречается почти всегда как следствие туберкулезного поражения.

Атрезия шейки матки (нарушение проходимости цервикального канала) в результате нарушения развития средней трети мюллеровых ходов или воспалительных процессов в цервикальном канале.

Симптомы см. «Атрезия влагалища».

Лечение. Восстановление проходимости цервикального канала хирургическим путем или с помощью расширителей Гегара.

БЕЛИ — патологические выделения из влагалища. Являются симптомом многих воспалительных заболеваний и опухолей влагалища и матки. В зависимости от причины, их вызвавшей, носят различный характер: слизистые, гнойные, сукровичные.

Бели физиологические — бели новорожденных, бели девочек предпубертатного и пубертатного возраста.

Этиология. Реакция влагалищного эпителия на воздействие эстрогенных гормонов: у новорожденных — на эстрогенные гормоны матери, перешедшие через плаценту; у девочек 12—14 лет — на гормоны собственных яичников.

Обильные слизистые выделения молочного цвета. В мазке определяются десквамированный эпителий влагалища, слизь, палочки Додерлейна, иногда скудная кокковая флора.

При несоблюдении чистоплотности выделения разлагаются и вызывают раздражение слизистой оболочки вульвы и наружных половых органов.

Лечение. Подмывание наружных половых органов водой с мылом, 2% раствором питьевой соды ($1/2$ чайной ложки на стакан воды), 2% раствором борной кислоты.

ВУЛЬВОВАГИНИТЫ (воспалительные заболевания вульвы и влагалища).

Наиболее часто вульвовагиниты встречаются в возрасте от 3 до 10 лет, что объясняется анатомическими и функциональными особенностями наружных половых органов и влагалища у детей. Вульва покрыта нежной, легко ранимой кожей, влагалище имеет тонкую слизистую оболочку — 2—4 слоя эпителиальных клеток. Вульвовагиниты делятся на гонорейные (см. «Гонорея у девочек») и негонорейные.

Вульвовагиниты негонорейные по этиологическому принципу делятся на инфекционные и неинфекционные.

Вульвовагиниты инфекционные. Бактериальные вагиниты вызваны различными патогенными микроорганизмами, проникающими во влагалище из окружающей среды или гематогенным путем при общих и местных инфекционных заболеваниях.

Вульвовагиниты неясной этиологии. При понижении реактивности организма вследствие инфекции или интоксикации вегетирующая во влагалище кокковая флора приобретает вирулентные свойства и вызывает воспалительные изменения влагалища.

Симптомы. Незаметное начало и вялое течение. Слизистая оболочка преддверия и вульвы нерезко гиперемирована. Выделения серозно-гнойные, различной интенсивности — от незначительного количества до более обильных. Нередко присоединяются воспалительные изменения кожи промежности, анальной области и внутренней поверхности бедер.

Диагноз. При бактериоскопическом исследовании обнаруживается большое количество лейкоцитов. Флора преимущественно кокковая, диплококковая и палочковая. В случае обнаружения во влагалище гемолитического стафилококка необходимо такого ребенка взять под особое наблюдение.

Лечение. 1. Антибиотики. Перед применением производится определение чувствительности флоры к ним. При невозможности определить чувствительность следует руководствоваться следующими положениями: стрептококки наиболее чувствительны к пеницилину и менее чувствительны к синтомицину, левомицетину и стрептомицину. Стафилококки более чувствительны к стрептомицину и тетрациклину.

Курсовая доза пенициллина 1 000 000—2 000 000 ЕД. По 100 000 ЕД на инъекцию через 4 часа или по 200 000 ЕД в 2 мл 0,5% раствора новокаина с интервалом в 6 часов.

Стрептомицин на курс 1 000 000—2 000 000 ЕД. Препарат разводят физиологическим раствором и вводят по 150 000 ЕД через 6 часов круглосуточно.

Левомицетин назначается внутрь по 0,25 г 3—4 раза в день в зависимости от возраста. Курсовая доза 5—6 г.

Синтомицин назначается по 0,02 г на 1 кг веса ребенка 4 раза в день. Курсовая доза 10—15 г.

Тетрацилин, тетрациклин и биомицин назначаются внутрь по 0,1 г 4—5 раз в день (по 0,025 г на 1 кг веса на сутки). Курсовая доза 3—4 г.

2. Сульфаниламидные препараты. Эффективны при вагинитах, вызванных стрептококком, стафилококком.

Норсульфазол принимают каждые 4—6 часов в дозах: в возрасте 1 года по 0,25 г, от 2 до 5 лет по 0,3—0,5 г, от 6 до 12 лет

по 0,5—0,7 г. Высшая суточная доза для ребенка 0,2 г на 1 кг веса тела.

3. Местное лечение — гигиенические, лечебные ванночки из настоя ромашки (1—2 столовые ложки аптечной ромашки на 2—3 стакана кипятка, через 2 часа процедить через марлю и разбавить кипяченой горячей водой). Девочку предварительно необходимо подмывать с мылом, затем посадить в тазик с приготовленным настоем на 10—15 минут, после чего просушить кожу и смазать кремом.

Спринцевания (через резиновый катетер) дезинфицирующими растворами: 3% перекисью водорода, 1—2% раствором сульфата цинка, 2% борной кислотой, 0,02% раствором фурацилина, закапывание во влагалище 30% водного раствора альбуцида в количестве 8—10 мл ежедневно.

При вяло протекающем воспалительном процессе следует медленно вводить во влагалище 5—10 мл 1% или 0,25% раствора азотно-кислого серебра, грамицидина (1 мл 4% раствора на 100 г воды). Лечение через день, всего 10 процедур.

После спринцевания рекомендуется ввести во влагалище палочку с норсульфазолом.

Rp. Norsulfasoli 0,5

Ac. borici 0,05

Butyri cacao q. s.

M. f. bacillis. D. t. d. N. 10

S. По 1 палочке во влагалище. Вводить через день. Всего 8—12 процедур

Вульвовагинит микотический (молочница влагалища). Вызывается дрожжеподобным грибом рода кандиды (*Candida albicans*). Заболевание отмечается чаще в период полового созревания и у половозрелых девушек. Иногда молочнице половых органов сопутствует микотический стоматит.

Симптомы. Зуд (иногда более выражен ночью) в области преддверия и влагалища. Выделения чаще отсутствуют или очень скудные. На слизистой оболочке влагалища и вульвы белый творожистый налет. При легком снятии его обнажается легко кровоточащая слизистая.

Диагноз. При бактериоскопическом исследовании выделений обнаруживают споры и мицелий грибка.

Одновременно исследуют кровь и мочу на сахар, так как нередко микотический вульвовагинит сопутствует диабету.

Лечение. Спринцевание влагалища 5% раствором питьевой соды ежедневно 1—2 раза в день. Сидячие ванночки из этого же раствора. Введение во влагалище 20% раствора буры в глицерине, смазывание вульвы и введение во влагалище через резиновый катетер 2% водного раствора лиоктанина:

Rp. Boracis 20,0

Glycerini 80,0

MDS. Наружное

При упорных микотических вагинитах назначают нистатин по 1 таблетке (500 000 ЕД) 2—3 раза в день в течение 10 дней и исключают из пищи продукты, содержащие крахмал. Лечение нистатином можно провести в 2—3 цикла с перерывом в 15 дней.

При установлении у больной сахарного диабета лечение основного страдания.

Вульвовагинит трихомонадный. Вызывается простейшими жгутиковыми паразитами — влагалищными трихомонадами.

Симптомы. Чаще заболевают девочки пред- и пубертатного возраста, так как для размножения трихомонад необходима кислая среда и достаточное количество гликогена. Основной симптом — обильные выделения пенистого характера, резкая гиперемия и отечность слизистой оболочки, зуд в области наружных половых органов и влагалища.

Диагноз устанавливается при исследовании отделяемого из влагалища (обнаружение трихомонад).

Лечение. У девочек применяются следующие препараты.

1) Осарсол. Спринцевания с 2% раствором сульфата цинка или другим дезинфицирующим раствором. После спринцевания во влагалище вводят палочки с осарсолом следующего состава:

Rp. Osarsoll

Streptocidi albi aa 0,2

Butyri cacao q. s.

M. f. bacilli N. 20

S. По 1 палочке в вагину

Курс лечения 20—25 процедур через день.

2) Гипосульфит натрия с борной кислотой. Спринцевание влагалища производить настоем ромашки, после которого во влагалище вводят палочки по прописи:

Rp. Natr. hyposulfurici

Ac. borici aa 0,5

Butyri cacao 1,0

M. f. bacilli N. 20

S. По 1 палочке в вагину

Rp. Sol. Natrii hyposulfurici

10% 200,0

Sterilis!

DS. По 20,0 во влагалище

Одновременно делают промывания прямой кишки и мочевого пузыря стерильными растворами 1% гипосульфита натрия и 4% раствора борной кислоты (по 20 мл каждого раствора на одну обработку). Растворы вводят шприцем через резиновый катетер поочередно: вначале раствор гипосульфита, а затем борной кислоты. Длительность лечения 10 дней при ежедневных процедурах.

Для предупреждения рецидивов указанное лечение повторяют после двух последующих менструаций в течение недели (по одной палочке через день). Следует приурочить лечение ко дню окончания менструации.

3) Трихомонацид. Вводятся палочки с препаратом в дозе 0,05—0,1 г через день в течение 10 дней. При передозировке отмечается ожог слизистой оболочки влагалища от незначительной гиперемии до более выраженных явлений. Введение препарата в таких случаях следует прекратить и назначить спринцевание настоем ромашки.

Терапию трихомонацидом в детском возрасте следует проводить с большой осторожностью.

4) Флагил — высокоэффективный трихомонацидный препарат (одна таблетка — 250 мг). У детей применяется в количестве 13—15 таблеток (общая доза 3,5—4 г) в течение 5 дней: 1-й день — по 2 таблетки 2 раза через 12 часов; 2-й день — по одной таблетке 3 раза через 3—4 часа; 3-й, 4-й и 5-й день — по одной таблетке 2 раза в день через 12 часов.

Препарат обладает минимальным побочным действием, выражающимся в виде головной боли, диспепсических явлений (при передозировке).

Вульвовагиниты неинфекционные. 1) Вульвовагиниты при нарушении обмена веществ. При заболеваниях, вызывающих нарушение обмена веществ (диабет, тиреотоксикоз, экссудативный диатез, ожирение), при понижении реактивности организма микроорганизмы, вегетирующие во влагалище, приобретают вирулентные свойства и вызывают воспалительные изменения.

Симптомы. Слизистая оболочка вульвы и преддверия нерезко гиперемирована, выделения необильные, сероватого цвета, жидкой консистенции. В мазках небольшое количество лейкоцитов, десквамированного эпителия и банальная флора.

Лечение. Консультация с педиатром для уточнения основного заболевания. Необходимы гигиенические обмывания половых органов с мылом или 2% раствором питьевой соды или борной кислоты.

2) Вульвовагиниты вследствие химического и термического раздражения. Неправильное применение с лечебной или гигиенической целью для инстилляций или спринцеваний влагалища крепких растворов перманганата калия, сулемы и других веществ, применение горячих сидячих ванночек.

Симптомы. Покраснение, отек слизистой оболочки, иногда ожоги слизистой и кожи наружных половых органов. Выделения скудные, слизистого характера. Необходимо тщательно собрать анамнез.

Лечение. Немедленное устранение причины, вызвавшей раздражение половых органов и влагалища. Область вульвы смазывают рыбьим жиром или прокипяченным растительным маслом. При выраженном вульвовагините инстилляцией витаминизированного рыбьего жира 2—3 мл ежедневно в течение 5—10 дней.

3) Вульвовагиниты вследствие механического раздражения (инородные тела влагалища). Инородные тела попадают во влагалище чаще всего в результате озорства, иногда при онанизме. Дети почти всегда скрывают факт введения инородного тела.

Симптомы. Воспалительный процесс; выделения становятся обильными, гнойно-сукровичными с ихорозным запахом. На коже гребней больших половых губ образуются гнойные корочки, кожа промежности и внутренней поверхности бедер гиперемирована, иногда мацерирована.

Диагноз. Лучшим методом диагностирования инородного тела является вагиноскопия (см.). Необходимо ректальное исследование и зондирование влагалища желобоватым или пуговчатым зондом. При подозрении на металлическое инородное тело диагностики возможна с помощью рентгенологического исследования. Диф-

ференциальный диагноз проводится с гонорейным воспалением или злокачественным новообразованием влагалища.

Лечение — удаление инородного тела. Для извлечения применяются различные инструменты — ложечка Фолькмана, пинцет с длинными браншами, щипцы Кольмана. После извлечения следует произвести лечение сопутствующего вульвовагинита, для чего применяются спринцевания влагалища через резиновый катетер дезинфицирующим раствором (3% перекись водорода, 2% раствор сульфата цинка, 0.02% раствор фурацилина, настоек ромашки). После спринцевания во влагалище вводятся палочки с антибиотиками и норсульфазолом. Курс лечения 5—7 процедур при ежедневном введении.

г) Вульвовагиниты на почве энтеробиоза. Острицы, попадая во влагалище, вызывают резкий зуд и раздражение преддверия и слизистой.

Симптомы. В результате расчесов появляется резкая гиперемия вульвы и анальной области, складки сфинктера утолщаются, появляется отечность их. Выделения из влагалища носят слизистогойный характер.

Диагноз. При обследовании на энтеробиоз обычное исследование кала на яйца глистов не дает положительного ответа. Самка остриц откладывает яйца не в кишечнике, а в перианальных складках. Эффективным методом исследования на энтеробиоз является исследование соскоба из перианальных складок Спичкой, отточенной в виде шпателя и смоченной в 50% растворе глицерина или 1—2% растворе питьевой соды, осторожно делают соскоб с поверхности складок вокруг заднего прохода. Полученный материал со спички тщательно соскабливают краем покровного стекла на предметное стекло в каплю одного из указанных растворов. Каплю покрывают покровным стеклом и исследуют под микроскопом. В обследовании ребенка входит посев выделений из влагалища на кишечную палочку.

Лечение — противоглистная терапия (пиперазин). Пиперазин принимают в течение 5 дней в дозе соответственно возрасту. Суточная доза препарата распределяется на 2—3 приема, через $\frac{1}{2}$ —1 час после еды. Соблюдение особой диеты при этом не требуется.

В возрасте 1 года суточная доза 0.4 г, в 2—3 года — 0.6 г, в 4—5 лет — 1 г, в 6—8 лет — 1.5 г, в 9—12 лет — 2 г и в возрасте 13—16 лет суточная доза 2.5—3 г.

При легких формах энтеробиоза проводится один цикл лечения пиперазином. В случаях, плохо поддающихся терапии, проводят 3—5 циклов с перерывом между ними в 5 дней. Детям, страдающим запором, после курса лечения назначают слабительное.

Противопоказаний к применению пиперазина нет. Иногда возникают побочные явления в виде легкой тошноты и головной боли.

Rp. Piperastini adipinici 0,2

D. t. d. N. 15

S. По 1 таблетке 3 раза в день через $\frac{1}{2}$ —1 час после еды. Ребенку 3 лет.

В свободные от лечения дни на ночь за 2 часа до сна назначить очистительные клизмы из слабого раствора питьевой соды (половина чайной ложки на стакан воды).

Объем клизмы зависит от возраста ребенка: до 2 лет — $\frac{1}{2}$ стакана, от 3 до 5 лет — 1 стакан, от 6 до 8 лет — 2 стакана и старше 8 лет — 3 стакана.

После действия кишечника ребенка обязательно подмыть с мылом (лучше детским или карболовым), просушить кожу и обильно смазать наружные половые органы и анальную область каким-либо индифферентным кремом (детский, ланолиновый).

Для устранения зуда рекомендуется на ночь смазать задний проход ртутной мазью (белой, желтой или серой). При упорном зуде назначить мазь с 3—5% анестезином.

Rp. Ung. Anesthesini 5%
DS. Наружное

Клизмы применяют в целях механического удаления остриц из прямой кишки и устранения зуда. Терапевтической роли клизма не играет, поэтому целесообразно применять чесночные, уксусные, йодные и другие клизмы.

Хорошим противоглистным средством является морковный сок по $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ стакана 2 раза в день в течение месяца.

ГОНОРЕЯ У ДЕВОЧЕК¹. Девочки обычно заражаются внеполовым путем: через судно, загрязненные предметы туалета, общую постель и т. п. Источником инфекции чаще являются мать, родственники или другие лица, ухаживающие за ребенком.

В отличие от взрослых у девочек поражаются области мочеполювого тракта, выстиланные многослойным плоским эпителием или переходным эпителием (влагалище, вульва, преддверие). Реже обнаруживается поражение шейки матки и прямой кишки, т. е. области, выстиланной цилиндрическим эпителием.

Патогенез. В подэпителиальной и подслизистой ткани пораженных органов образуется воспалительный инфильтрат, состоящий из лейкоцитов, эозинофилов и лимфоцитов. Плазматические клетки в отличие от взрослых у детей отсутствуют.

Заболевание является многоочаговым: в воспалительный процесс вовлекается влагалище у 100% больных, уретра — в 60—85%, прямая кишка — у 50%, бартолиновы железы — в 2—3% больных. Воспаления матки и придатков, как правило, не наблюдается.

Симптомы. Заболевание почти всегда начинается остро.

Вульвит. В острых случаях кожа больших, малых половых губ и слизистая оболочка преддверия диффузно гиперемированы и покрыты гнойно-слизистыми выделениями. Клитор отечен и гиперемирован. На гребнях больших половых губ, промежности и коже соприкасающихся поверхностей бедер гной высыхает в корочки и вызывает раздражение кожи. **Уретрит.** Гиперемированные и отечные губки уретры покрыты гнойными выделениями. Если гной из преддверия удалить и затем надавить на промежность, то из мочеиспускательного канала выделяется гной. **Вагинит.** Девственная плева отечна, края ее склеены слизисто-гнойными выделениями. При надавливании живота над лобком и на промежность из влагалища выделяется гной. **Проктит.** Гной из половых органов затекает в анальное отверстие. Кожа заднего прохода отечна и ги-

¹ Написано кандидатом медицинских наук Е. Н. Турановой.

перемирована. Иногда между складками наружного сфинктера видны трещины и гнойное отделяемое.

При хроническом процессе все явления острого воспаления стихают, гиперемия слизистых оболочек становится очаговой. При вагиноскопии обнаруживаются очаговая гиперемия и нередко точечные кровоизлияния, которые легко кровоточат. Изредка на шейке матки отмечается поверхностная эрозия. При ректоскопии можно обнаружить неравномерную гиперемию и слизисто-гнойный налет. Однако лодобная эндоскопическая картина может быть и при негонококковом процессе.

Девочки жалуются на выделения, жжение и болезненность в области наружных половых органов; часто плачут при акте мочеиспускания. Общее состояние нередко нарушается, они становятся капризными, теряют аппетит, бледнеют, худеют. Иногда же жалобы настолько незначительны, что только появление гнойных пятен на белье обращает внимание родителей на заболевание девочки. При заболевании прямой кишки жалобы часто отсутствуют, иногда же отмечают болезненность при дефекации и зуд.

Диагноз. В острых случаях не представляет затруднений. Однако диагноз гонореи всегда должен быть подтвержден обнаружением в выделениях гонококков (при окраске по Граму). Большое значение при установлении диагноза имеют данные анамнеза (заболевание гонореей родственников или лиц, имевших контакт с ребенком).

При отсутствии гонококков в мазках ребенку делают провокацию. В сомнительных случаях следует сделать посев. Дифференцировать следует с негонококковыми вагинитами, которые могут вызывать различные раздражители: химические, термические, механические, введение инородных тел во влагалище, мастурбация, заползание остриц, инфекционные агенты (бактериальные, трихомонадные, микотические). Особое место занимает дифтерийный вагинит (см. Вульвовагиниты). Его характерными особенностями являются синюшная окраска кожи вокруг язвочки, расположенной на инфильтрированном основании. Язвочки покрыты сероватым, трудно снимающимся налетом. При негонококковом процессе почти никогда не поражается прямая кишка и крайне редко, только при трихомонозе и микотическом воспалении, поражается уретра.

Лечение. Общие принципы лечения (см. Женские болезни. Лечение гонореи женщин).

Девочек, больных гонореей, необходимо госпитализировать. Постельный режим, общеукрепляющее лечение.

Антибиотикотерапия у детей менее эффективна, чем у взрослых. Поэтому курсовые дозы антибиотика не должны быть меньше, чем для взрослого.

При появлении лейкопении, кожных высыпаний лечение сульфаниламидными препаратами и антибиотиками следует прекратить.

Вакциноterapia применяется у детей старше 3 лет в случаях повторного безуспешного лечения антибиотиками, а также у больных хронической гонореей. Инъекции гоновакцины производятся с интервалами в 3—4 дня в зависимости от клинических реакций. Начальная доза гоновакцины 50—10 млн. бактериальных тел. При отсутствии можно вводить молоко начиная с 0,5 мл. Обычно производят от 4 до 5 инъекций гоновакцины или молока. После окончания иммунотерапии назначают антибиотики.

Местное лечение гонореи у девочек

Форма заболевания	Стадия заболевания	
	острая и подострая	хроническая
Вульвовагинит	Теплые сидячие ванночки по 10—15 минут 2—3 раза в день из отвара ромашки или раствора марганцовокислого калия 1:10 000. После ванночек наружные половые органы осушить. Очаги раздражения смазать пастой Лассара. При экзематозных поражениях кожи примочки из 3% буровской жидкости или смазывание 10% синтомициновой эмульсией	Промывание влагалища через тонкий резиновый катетер раствором марганцовокислого калия 1:8000 с последующей инстилляцией через этот катетер 1—2% раствора протаргола или 0,25—1% раствора азотнокислого серебра в количестве 3—5 мл через день. В упорно протекающих случаях вагинита смазывание влагалища через уретроскопическую трубку раствором Люголя на глицерине, 10% раствором протаргол-глицерина через 2—3 дня
Уретрит	В подострой стадии: закапывание глазной пипеткой по 3—4 капли 0,5—1% раствора протаргола, 1—2% раствора колларгола (чередовать)	Вкапывание в уретру по 3—4 капли 2—5% раствора протаргола или 0,25—0,5% раствора азотнокислого серебра
Проктит	В прямую кишку вводят 10—20 мл 1—2% раствора протаргола ежедневно	Микроклизмы с 2—3% раствором протаргола. Трещины и очаговые поражения в прямой кишке прижигают под контролем ректального зеркала или уретроскопа 2% раствором ляписа

Местное лечение в остро протекающих случаях гонореи при применении антибиотиков не обязательно. Однако в хронических случаях, а также тогда, когда после лечения антибиотиками гонококки исчезают, а воспалительные явления остаются, следует применить местное лечение (табл. 26).

Установление излечимости гонорей у девочек основывается на наличии нормальной клиники (нормальной вагиноскопической картины) и благоприятных результатов повторных лабораторных исследований мазков, взятых из влагалища, уретры и прямой кишки до и после провокации, как химической, так и биологической. Провокация производится через 7 дней после лечения.

Провокация: влагалище, прямую кишку смазывают люголевским раствором на глицерине или 2% раствором ляписа. В уретру закапывают глазной пипеткой люголевский раствор или 1% раствор ляписа. Одновременно детям старше 3 лет внутримышечно вводят гонококковую вакцину (от 150 до 200 мл бактериальных тел). На 2-й, 3-й и 4-й день после провокации делают бактериоскопическое исследование мазков из отделяемого влагалища, мочеиспускательного канала и прямой кишки. В сомнительных случаях следует произвести посев на гонококки. Реакция Борде — Жангу у детей не имеет диагностического значения.

Дети должны находиться под наблюдением в течение 3 месяцев. Каждый месяц после провокации производят бактериоскопические исследования выделений в течение 3 дней.

Профилактика. Дети должны спать отдельно от родителей, иметь индивидуальный ночной горшок и отдельные предметы туалета (губку, мочалку и т. д.). Дети, поступающие в детские коллективы, должны быть осмотрены педиатром, а при подозрении на гонорейную инфекцию — венерологом.

Подмывание детей производится текущей струей воды при помощи отдельного ватного тампона. Обтирание индивидуальным полотенцем.

В детских яслях должны быть индивидуальные горшки, а в детских садах уборные стоячего типа.

Сотрудники, заболевшие гонореей, допускаются к работе с детьми после 3-месячного обследования по окончании лечения.

При заболевании ребенка гонореей необходимо подвергнуть обследованию всех родственников и коллектив детского учреждения, имеющих контакт с ребенком.

После окончания лечения гонорей ребенок сразу допускается в школу, но в детский сад и детские ясли только после 2-месячного обследования.

ГЕРМАФРОДИТИЗМ. Различают:

Гермафродитизм истинный. Крайне редкий порок эмбрионального развития половых желез, при котором у эмбриона одновременно развиваются элементы мужской половой железы — тестикулы и женской половой железы — яичники.

Симптомы. Строение наружных половых органов при истинном гермафродитизме в некоторых случаях ближе к женскому, в других — к мужскому типу. При истинном гермафродитизме всегда имеются внутренние половые органы, сформированные по женскому типу: матка, грубы, влагалище — часто недоразвитые.

При формировании наружных половых органов по мужскому типу наблюдаются промежностная гипоспадия и крипторхизм, часто имеются паховые грыжи, неспустившаяся половая железа находится в паховом канале. При гистологическом исследовании гонад обычно отмечается недостаточное развитие фолликулярного аппарата и тестикулярных элементов. Срок наступления половой зрелости не нарушается. Вторичные половые признаки развиваются по женскому или мужскому типу, иногда противоположному характеру строения наружных половых органов. Нарушений роста и развития скелета не отмечается, телосложение часто интерсексуального типа.

Диагноз. Лапаротомия и последующее гистологическое исследование обеих гонад.

Необходим бережный подход, щадящий психику родителей и больного.

Для окончательного решения вопроса о выборе пола необходимо учитывать среду, в которой воспитывается ребенок, сформировавшиеся привычки и поведение его. Решающим является характер строения наружных половых органов и развития вторичных половых признаков.

Гермафродитизм ложный женский. Половые железы всегда представляют собой правильно сформированные яичники, внутренние половые органы также сформированы по женскому типу — матка, трубы, влагалище. Наружные половые органы сформированы по типу, приближающемуся к мужскому: увеличенный пенисообразный клитор, слияние больших половых губ, напоминающее мошонку, мочеиспускательный канал и влагалище не разделяются в нижней трети, образуя так называемый уrogenитальный синус, открывающийся под увеличенным клитором. При некоторых формах ложного гермафродитизма вторичные половые признаки развиваются по мужскому типу.

Различают: а) Врожденный адреногенитальный синдром (АГС), или врожденная гиперплазия надпочечников. Причиной является врожденное нарушение синтеза стероидов коры надпочечников, в результате чего в надпочечниках синтезируется повышенное количество мужских половых гормонов — андрогенов и пониженное количество глюкокортикоидов — гидрокортизона. При этом в передней доле гипофиза секретруется избыточное количество АКТГ, которое в свою очередь стимулирует повышенное образование андрогенов в ретикулярной зоне коры надпочечников и вызывает ее гиперплазию.

Симптомы. Нарушение формирования наружных половых органов зависит от срока развития внутриутробного развития, когда нарушается синтез стероидов надпочечников.

Различают: 1) увеличение клитора — гиперсекреция андрогенов со второй половины беременности; 2) пенисообразный клитор, слияние мочеиспускательного канала и влагалища — образование уrogenитального синуса, который открывается под увеличенным клитором, слияние больших половых губ — гиперсекреция андрогенов с 13—14-й недели беременности; 3) пенисообразный клитор; уrogenитальный синус проходит внутри его и открывается на внутренней поверхности или головке пенисообразного клитора; большие губы сливаются и имеют вид мошонки — гиперсекреция андрогенов до 12-й недели беременности. В последнем случае при рождении неправильно определяется пол ребенка.

Под влиянием повышенного количества андрогенов развивается ранняя вирилизация организма девочки: гипертрихоз, строение скелета и мускулатуры по мужскому типу, огрубение голоса. Отмечается быстрый рост в раннем детском возрасте, который, однако, прекращается к 10—12 годам вследствие преждевременного окостенения эпифизарных зон роста трубчатых костей под влиянием избыточного количества андрогенов. Яичники имеют правильное гистологическое строение, однако женские половые гормоны в яичнике не образуются, так как избыточное количество андрогенов подавляет гонадотропную функцию передней доли гипофиза.

Диагноз ставится на основании вирилизации организма, данных гормонального исследования (резко повышенное выделение 17-кетостероидов в моче — до 100 мг в сутки), рентгенологического исследования надпочечников в условиях ретропневмоперитонеума, при котором можно обнаружить двустороннее равномерное увеличение надпочечников, рентгенологического исследования органов малого таза в условиях пневмоперитонеума, при котором видны тень матки и яичников.

В случаях с выраженной вирилизацией наружных половых органов следует определять половой хроматин для уточнения генетического пола и дифференциальной диагностики с другими формами гермафродитизма.

Лечение консервативное. Кортизон, гидрокортизон, преднизолон. Перечисленные препараты тормозят избыточное образование АКГ в передней доле гипофиза, вследствие чего резко уменьшается образование андрогенов в надпочечниках; прекращается торможение гонадотропной функции гипофиза, в результате чего нормализуется гормональная секреция яичников.

Наибольшее распространение получил преднизолон. Начальная доза преднизолона зависит от возраста больной и клинической картины вирилизации.

Ориентиром для выбора правильности дозы является изменение выделения 17-кетостероидов с мочой, которое при правильно избранной дозе соответствует возрастной норме.

В возрасте от 3 до 5 лет — 10 мг в день, от 6 до 9 лет — 15 мг, от 10 до 13 лет — 20 мг, от 14 до 16 лет — 25—30 мг преднизолона.

В указанных дозах преднизолон вводится в течение 2—3 недель, после чего дозу постепенно снижают до 2,5—5 мг в сутки (под контролем выделения 17-кетостероидов). Под влиянием этого лечения гипертрихоз уменьшается, развиваются молочные железы, устанавливается менструальный цикл. В случае необходимости производится хирургическая коррекция наружных половых органов: удаление клитора, рассечение урогенитального синуса.

б) Ложный женский гермафродитизм, вызванный вирилизацией опухолью надпочечников. Опухоль сетчатой зоны надпочечников, секретирующая андрогены, вызывает картину бурной вирилизации: оволосение по мужскому типу, увеличение клитора, огрубение голоса. Так как опухоль развивается в постнатальном периоде жизни, нарушения строения наружных половых органов выражаются только в гипертрофии клитора.

Диагноз. Данные клинической картины и гормонального исследования — резко повышенное количество 17-кетостероидов (свыше 100 мг), рентгенологическое исследования надпочечников (ретро-

(пневмоперитонеум), при котором определяется одностороннее увеличение надпочечника, причем последний теряет свою треугольную форму, кортизоновой пробы — отсутствие падения выделения 17-кетостероидов с мочой после применения больших доз кортизона — 100 мг в день в течение 5 дней или 20 мг преднизолона в течение 5 дней.

Лечение. Оперативное удаление пораженного надпочечника. Перед операцией и во время нее необходимо введение кортизона (преднизолона или гидрокортизона) во избежание развития острой недостаточности надпочечников после удаления опухоли. В раннем послеоперационном периоде дозу кортизона (преднизолона, гидрокортизона — см. выше) постепенно уменьшают и вводят АКТГ для стимуляции гормональной секреции второго, оставшегося надпочечника. После удаления опухоли вирусизация постепенно исчезает. Гипертрофированный клитор иногда удаляют оперативно. Опухоль часто злокачественная. После удаления опухоли необходим строгий контроль за состоянием больной в течение 5 лет.

ДИСГЕНЕЗИЯ ГОНАД см. Пороки развития половых желез.

ДИФТЕРИЯ ВЛАГАЛИЩА. Воспаление вызывается дифтерийной палочкой у девочек, больных дифтерией зева, иногда может быть изолированная дифтерия влагалища.

Симптомы. Кожа вульвы интенсивно красной или синюшной окраски, плотно инфильтрирована. На вульве поверхностные или глубокие язвы неправильного очертания, покрытые беловатым или серо-желтым, плотно сидящим налетом. Из влагалища выделения серозного или серозно-кровянистого характера со зловонным запахом. Ребенок задерживает мочеиспускание, так как моча, попадая на язвы, вызывает боль. Отмечается общее недомогание ребенка. Повышение температуры может отсутствовать. Регионарные лимфатические узлы увеличены и болезненны.

Диагноз. Подтверждением диагноза является наличие палочки Леффлера в посеве из влагалища.

Лечение противодифтерийное. Необходима срочная госпитализация в инфекционную больницу. До госпитализации вводят противодифтерийную сыворотку от 10 000 до 50 000 АЕ в зависимости от возраста ребенка.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ВО ВЛАГАЛИЩЕ ДЕВОЧЕК. Иностранное тело во влагалище вызывает острый воспалительный процесс — вульвовагинит вследствие механического раздражения слизистой оболочки влагалища.

Попадают инородные тела во влагалище при баловстве, при проявлении интереса к наружным половым органам, а у более старших девочек при мастурбации. Имеют место и случаи, когда дети друг другу вводят инородное тело во влагалище при соответствующих «играх». Иностранными телами оказываются чаще пуговицы различной величины, пробки от пузырьков, наконечники от авторучки, металлические футляры от губной помады, катушки от ниток, крышки от круглого школьного пенала и мягкие ткани — кусочки ваты, губки и др.

Возраст детей преимущественно 5—7 лет, реже это случается у более старших девочек (10—12 лет).

Дети почти всегда скрывают факт введения инородного тела во влагалище. Причиной обращения матери к врачу служит появление белей гнойного характера или чаще сукровичных выделений.

Симптомы. Быстрое развитие воспалительного процесса. В ближайшие дни после попадания инородного тела во влагалище появляются обильные, гнойные (желто-зеленого цвета), а иногда сукровичные выделения с ихорозным запахом. Кожа больших половых губ покрывается гнойными корочками. Кожа промежности и внутренней поверхности бедер гиперемичируется, иногда бывает покрыта гноем и мацерирована.

Диагноз. Дифференциальный диагноз проводится с гонорейным процессом, а в отдельных случаях со злокачественным новообразованием влагалища и матки.

Осмотр ребенка должен быть начат с исследования через прямую кишку (лучше после опорожнения кишечника). Затем обследование влагалища инструментом (ложечкой Фолькмана или желобоватым зондом) и, наконец, при показаниях — вагиноскопия. При вагиноскопии обычно удается обнаружить инородное тело. Если подозревается инородное тело металлическое, то диагностика возможна путем рентгенографии малого таза.

Лечение — удаление инородного тела. Нередко при исследовании ребенка через прямую кишку удается обнаружить инородное тело и осторожными движениями исследующего пальца «на себя» (по направлению ко входу во влагалище) удалить его. Если попытки к удалению не дают эффекта, форсировать опасно, так как инородное тело может оказаться с заостренными концами и при извлечении его можно травмировать ткани влагалища и соседних органов (мочевой пузырь, прямая кишка).

При извлечении инородного тела с помощью вагоскопа (женского уретроскопа) следует пользоваться различными инструментами, пригодными в данной ситуации (пинцет с длинными, тонкими браншами, щипцы Кольмана и др.).

При наличии крупного инородного тела удаление его возможно лишь с помощью гинекологических зеркал Симса. В случае беспокойного поведения девочки при попытке к извлечению инородного тела в условиях поликлиники следует прекратить извлечение и госпитализировать ребенка в стационар, где удаление можно произвести под наркозом.

После извлечения инородного тела показано лечение вульвовагинита, развившегося в результате пребывания инородного тела во влагалище. Проводятся спринцевания влагалища дезинфицирующими растворами (настой ромашки, 3% раствор перекиси водорода, раствор фурацилина 1 : 5000 и др.) ежедневно или через день, всего 5—10 процедур. Эффект от проводимого лечения всегда благоприятный.

При длительном и безрезультатном лечении в поликлинике вульвовагинита неясной этиологии и при отсутствии эффекта от лечения необходимо всегда подумать о возможности наличия во влагалище инородного тела.

КРОВОТЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНЫЕ — нерегулярные маточные кровотечения типа метроррагий, чередующиеся с периодом аменореи от 1 до 6 месяцев у девочек в возрасте от 12 до 18 лет.

Этиология. Нарушения гормональной функции яичников (чаще!), заболевания крови (болезнь Верльгофа, гипопроконвертинемия, лейкоз), опухоли половой сферы, заболевания печени.

Патогенез. Нарушение гормональной функции яичников может произойти вследствие нарушения количества и ритма секреции гонадотропных гормонов гипофиза. Гипергормональный тип характеризуется персистенцией фолликула — фолликул, достигший зрелости, не овулирует, не превращается в желтое тело, а продолжает расти и секретировать эстрогенные гормоны довольно длительное время (2—3 месяца), а затем подвергается атрезии. Это происходит потому, что при достижении определенного уровня эстрогенной насыщенности организма обычно не изменяется состав гонадотропинов, т. е. не увеличивается содержание лютеинизирующего гормона при соответствующем уменьшении фолликулостимулирующего. В результате этого фолликул не созревает и овуляции не наступает.

Под влиянием эстрогенных гормонов происходит гиперплазия эндометрия, но так как желтое тело не образуется, то и секреторных изменений в эндометрии не наблюдается, а вместо этого имеет место железистокистозная гиперплазия с образованием растянутых желез, полипов и очагов некроза. С момента атрезии фолликула, когда уровень эстрогенов падает, начинается обильное кровотечение, очень интенсивное, обусловленное отторжением измененного эндометрия. Кровотечение может начаться и при наличии растущего фолликула и зависеть от некробиотических процессов в гиперплазированном эндометрии.

Гипогормональный тип характеризуется замедленным развитием фолликула (при котором не достигший зрелости фолликул подвергается атрезии), отсутствием овуляции и образования желтого тела, пониженной секрецией эстрогенов и отсутствием секреции прогестерона. В матке отмечается недостаточная пролиферация с образованием гипопластической слизистой оболочки.

Симптомы. Гипергормональный тип нарушения характеризуется обильными длительными кровотечениями до 1½—2 месяцев, резко анемизирующих больную, чередующихся с периодами аменореи до 6 месяцев. При гинекологическом исследовании отмечается легкой цианоз и сочность слизистой оболочки входа во влагалище. При ректальном исследовании у девочек младшего возраста (12—15 лет) патологических изменений со стороны матки не отмечается. У длительно болеющих девочек старшего возраста (15—18) лет отмечается увеличенная в размерах мягкая матка. Придатки не изменены. Гипогормональный тип нарушения характеризуется длительными необильными выделениями, переходящими в скудные. Анемизации обычно нет. Кровянистые выделения чередуются с аменореей до 6 месяцев. При гинекологическом осмотре и ректальном исследовании патологических изменений со стороны половых органов не определяется.

Диагноз. Гормональное исследование по тестам функциональной диагностики (см. Женские болезни, Менструальный цикл) и биохимические исследования: определение экскреции эстрогенов и прегнандиола в суточной моче.

Гипергормональная функция яичников характеризуется гиперэстрогенным типом мазка: преобладание поверхностных клеток с выраженным пикнозом ядра, располагающихся изолированно; значительное количество лейкоцитов, фон мазка светлый (IV, IV—III ре-

акция), «зрачок» + + + +, ректальная температура монофазная. Содержание эстрогенов в моче повышено, прегнандиола — понижено.

Гипогормональная функция яичников характеризуется гипоэстрогенным типом мазка: преобладают клетки с большим ядром (промежуточные, иногда парабазальные), клетки расположены группами, лейкоциты в значительном количестве, фон мазка грязный, реакция III, III—II, «зрачок» + +, +, —. Ректальная температура монофазная. Содержание эстрогенов в моче снижено.

Лечение комплексное. 1. Антианемическая терапия: переливание крови (с учетом резус-принадлежности!) в количестве 50—500 мл (в зависимости от степени анемизации), плазмы, кровезаменителей, полиглюкина, подкожное введение 5% раствора глюкозы и физиологического раствора в количестве 250—1000 мл, витамин В₁₂ — 100—200 гамм через день (при высоком ретикулоцитозе не показан!), фолиевая кислота — 0,02 г по одной таблетке 3 раза в день, препараты железа, гемостимулин — 0,5 г по 2 таблетки 3 раза в день.

2. Симптоматическая терапия (кровоостанавливающая): питутрин или маммофизин в дозе 1 мл один раз в день внутримышечно, спорынья, стиптицин, прегнантол, растворы желатины, хлористого кальция, глюконата кальция, витамин К, рутин и др. (см. рецептуру).

3. Общеукрепляющая терапия: глюкоза, препараты мышьяка и стрихнина, поливитамины, витамин В₁₂ (который, помимо общеукрепляющего действия, стимулирует секрецию лютеинизирующего гонадотропина), инсулин (см. рецепты), лечебная физкультура, полноценное питание, правильный режим труда и отдыха.

4. Гормональная терапия определяется характером дисфункции яичников.

А. Гипергормональная форма. С целью остановки кровотечения применяются:

1) эстрогенные гормоны — этинилэстрадиол в дозе 0,05 мг (10 000 единиц в таблетке) по одной таблетке 3—4 раза в день внутрь в течение 3—4 дней или фолликулин по 10 000 единиц 3—4 раза в день в течение 3—4 дней;

2) гормон желтого тела — прогестерон 1 мл 0,5% раствора (5 мг в ампуле) по 2 ампулы 2 раза в день в течение 6—7 дней. При отсутствии прогестерона его можно заменить прегнином (этинилтестостерон) по 3 таблетки (0,005 мг) 3—4 раза в день в течение 6—7 дней. Можно применять 17-гидроксипрогестерон-капроат — 125 мг в ампуле (однократная инъекция).

Остановке кровотечения способствует комбинация эстрогенов и прогестерона в соотношении 1:20 (1:10) — этинилэстрадиол по 0,05 мг (10 000 единиц) и прогестерон по 10 мг в течение 3—4 дней, а затем один прогестерон в дозе 10 мг в течение 3—4 дней.

Применение андрогенов для остановки кровотечения у девочек противопоказано.

Выскабливание слизистой оболочки матки с целью остановки кровотечения применяется только в случае угрожающего жизни большой кровотечения.

При применении эстрогенов и прогестерона после временного прекращения кровотечения в течение 3—4 дней снова начинаются кровянистые выделения, иногда довольно обильные из гиперплазированной эндометрия, который отторгается неравномерно, поэтому после остановки кровотечения необходимо провести курс прогестеротерапии для секреторной трансформации эндометрия. При этом

слизистая оболочка отторгается равномерно: через 2—3 дня после окончания прогестеронотерапии начинаются так называемые менструальноподобные выделения, которые длятся 5—7 дней. В это время необходимо применять сокращающие маточные средства;

3) хориальный гонадотропин (внутримышечные инъекции) по 1000—1500 единиц в день до остановки кровотечения (3—5 дней), а затем по 500 единиц через день в течение 14 дней. Через 3—7 дней после прекращения введения хориогонина начинаются менструальноподобные выделения, длящиеся 5—7 дней. Хориальный гонадотропин содержит фолликулостимулирующий и лютеинизирующий (в основном) плацентарные гонадотропины, под влиянием которых в яичнике происходит стимуляция лютеинизации фолликулов и увеличение в нем секреции прогестерона, а в эндометрии секреторные изменения.

После остановки кровотечения применением эстрогенов и прогестерона дальнейшая гормональная терапия производится под контролем тестов функциональной диагностики. Если к 20—22-му дню цикла (от начала менструальноподобной реакции) отмечается IV реакция влажалищного мазка, следует применять прогестерон по 5—10 мг в день в течение 6—7 дней ежедневно или назначение прегнина по 9 таблеток в день в течение 6—7 дней. Подобную терапию необходимо проводить в течение 2—3 менструальных циклов, после чего она отменяется и ведется наблюдение за характером менструального цикла.

После остановки кровотечения хориогонином в следующем цикле гормональная терапия не проводится; рекомендуется динамическое наблюдение за функцией яичников. В случае задержки менструации на 10—14 дней при гиперэстрогенном типе мазка показана терапия прогестероном или прегнином, описанная выше.

Б. Гипогормональная форма. В период кровянистых выделений лечение следует начинать с небольших доз эстрогенных гормонов: этинилэстрадиол по $\frac{1}{4}$ таблетки — 0,05 мг (2500 единиц) в день, микрофоллин форте по одной таблетке (500 единиц) 4—6 раз в день в течение 10—14 дней до остановки кровянистых выделений, после чего следует перейти к введению прогестерона по 5—10 мг в день в течение 6—7 дней или прегнина по 6 таблеток в день в течение 6—7 дней. Через 3—5 дней после прекращения лечения появляются менструальноподобные выделения, длящиеся 5—7 дней. Во время кровянистых выделений следует назначать сокращающие маточные средства. Эстрогенная терапия при гипогормональной форме носит заместительный характер.

Механизм действия эстрогенов состоит в ускорении процессов пролиферации и регенерации эндометрия.

В дальнейшем рекомендуется циклическая гормональная терапия по следующей схеме. С 6-го дня от начала кровотечения (в ответ на гормональную терапию) начинают прием эстрогенных препаратов: микрофоллин по 500 единиц 3—4 раза в день до 12-го дня цикла, с 13-го по 16-й день — этинилэстрадиол по полтаблетки (5000 единиц) один раз в день и одновременно инъекция прогестерона 5 мг один раз в день. С 17-го по 25-й день применяют один прогестерон по 5—10 мг в день. Это лечение проводят в течение 2 месяцев. В третьем цикле вводят эстроген с прогестероном в указанных дозировках только с 13-го по 16-й день, а с 17-го по 25-й — прогестерон.

Затем следует прекратить гормональную терапию и наблюдать за характером менструального цикла.

Лечение и наблюдение проводятся под постоянным контролем тестов функциональной диагностики.

Необходимо подчеркнуть, что у молодых девушек применение синэстрола, стильбэстрола, диэтилстильбэстрола не показано. В случае отсутствия микрофоллина и этинилэстрадиола рекомендуется вводить фолликулин в соответствующих дозах.

Лечение хориальным гонадотропином, действие которого направлено на стимуляцию собственных гормонов яичников, начинается с 12-го по 15-й день цикла. Вводят 1500 единиц один раз в день. Менструальноподобные выделения появляются через 10—14 дней после введения препарата. В следующем цикле дозу хориогонина следует уменьшить до 1000 единиц, в третьем цикле — до 500 единиц в день, в четвертом цикле гормональную терапию следует прекратить и наблюдать за самостоятельной функцией яичников.

ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ¹. I. Герминогенные опухоли яичника. **Тератомы яичников.** Этиология и патогенез. Тератомы являются производными всех трех зародышевых листков энто-, экто- и мезодермы, а иногда одного какого-либо из этих листков.

а) Зрелая тератома — дермоид — состоит из зрелых органов и тканей. Рост опухоли является следствием секреторной деятельности желез элементов этого образования (сальных, потовых, слизистых).

Симптомы. Изредка ноющие боли в животе, но чаще никаких жалоб нет до момента перекрута опухоли. При перекруте симптомы острого живота. Размеры ее невелики, поэтому она может оказаться случайной находкой при ректальном осмотре ребенка. Опухоль плотной консистенции, неровной поверхности, подвижна, так как имеет длинную ножку, располагается впереди матки, большей частью с одной стороны. Менструальная функция не нарушена.

Осложнения. Перекрут ножки опухоли, нагноение, разрыв стенки опухоли, злокачественное превращение (очень редко).

Лечение оперативное.

Прогноз благоприятный.

б) Тератобластома — незрелая тератома. Этиология и патогенез. Опухоль из недифференцированной зародышевой ткани, очень злокачественная, характеризуется быстрым ростом, часто дает метастазы по току лимфы и крови.

Симптомы. Увеличение живота, боли, асцит, кахексия, нарушение менструальной функции. Через брюшные покровы определяется овоидной или круглой формы опухоль, бугристая, чаще спаянная с окружающими органами.

Лечение — радикальная операция.

Прогноз неблагоприятный.

в) Дисгерминома. Патогенез — герминогенная опухоль яичников, происходящая из недифференцированных клеток гонад, расположенных в воротах яичников. Дисгерминома — «опухоль молодых», встречается чаще всего в возрасте с 11 до 20 лет. Опухоль злокачественная и дает быстрый рост метастазирования, особенно

¹ См также Женские болезни.

в пубертатный период. Чаще поражает один яичник. Гормональной активностью не обладает.

Симптомы. Увеличение живота, боли, тяжелое общее состояние: повышение температуры, слабость, рвота, явления интоксикации, что объясняется некрозом опухоли и кровоизлияниями в ткань быстрорастущей опухоли. Иногда опухоль может симулировать инфекционное заболевание. При инфильтрирующем росте она срастается с окружающими органами, образуя конгломерат плотно-эластической консистенции, при некрозах рыхлая, с распадом участков опухоли. Быстро нарастают симптомы кахексии.

Лечение. При наличии односторонней опухоли, без признаков прорастания капсулы, при отсутствии видимых метастазов и асцита и при нормальном состоянии второго яичника у девушек можно ограничиться удалением опухоли с последующим длительным наблюдением над больной. При наличии двустороннего образования прорастания капсулы показана экстирпация матки с придатками и послеоперационная рентгенотерапия.

II. Ретенционные кисты яичника. Образуются вследствие скопления секрета в замкнутой полости.

а) Фолликулярная киста. Этиология. Ретенционное образование, развивающееся из граафова пузырька, часто возникает после воспалительного процесса.

Симптомы. Увеличение живота. При гинекологическом исследовании определяется опухоль, чаще небольших размеров, округлой формы, эластической консистенции, подвижная, безболезненная. До перекрута и разрыва часто протекает бессимптомно. Иногда вызывает нарушения менструального цикла типа ювенильного кровотечения.

Лечение оперативное. Операция, максимально щадящая ткань яичника.

б) Паровариальная киста. Этиология. Ретенционное образование из остатков вольфова тела, придатка яичника.

Симптомы. Опухоль небольших размеров, ограниченно подвижная, эластической консистенции, нарушений менструального цикла не вызывает, протекает бессимптомно до перекрута и разрыва.

Лечение оперативное.

III. Кистомы яичников. Кистомы яичников (истинные опухоли) — доброкачественные пролиферирующие опухоли яичников, эпителиального происхождения.

Патогенез. Различают: 1) псевдомуцинозные многокамерные кистомы, наполненные псевдомуцином, чаще односторонние, достигающие иногда большой величины; 2) простые серозные — однокамерные, наполненные серозной жидкостью, иногда двусторонние; опухоль обычно небольших размеров; 3) папиллярные, включающие папиллярные разрастания эпителия, выстилающего кистому, которые нередко прорастают капсулу и распространяются в брюшную полость.

Симптомы, диагноз. Небольшой величины кистомы протекают бессимптомно и диагностируются случайно или при перекруте опухоли (картина острого живота). Большие кистомы вызывают увеличение живота. При ректальном исследовании определяется опухоль туго-эластической консистенции, безболезненная, подвижная.

Лечение оперативное. Необходимо гистологическое исследование удаленной опухоли.

Прогноз благоприятный.

IV. Гормональноактивные опухоли яичников. а) **Гранулезоклеточная опухоль яичников.** Патогенез. Гранулезоклеточная опухоль яичников образуется из женской части гонад. В детском возрасте появляется чаще, чем у взрослых, и отличается более доброкачественным течением. Озлокачествление происходит в 16—28% случаев.

Симптомы. Преждевременное половое созревание, характеризующееся развитием молочных желез, оволосением, появлением менструации, течение которой в дальнейшем нарушается и идет по типу мено- и метроррагий, чередуясь с периодами аменореи.

Диагноз. При ректальном исследовании отмечается увеличение матки и чаще односторонняя опухоль яичников различной величины и формы с гладкой или бугристой поверхностью, плотно-эластической консистенции, периодически беспокоят боли в животе. При лабораторном исследовании обнаруживается гиперэстрогения (гиперэстрогенный тип мазка, повышенное содержание в моче эстрогенов). Окончательный диагноз ставится после гистологического исследования опухоли.

Лечение оперативное, при озлокачествлении радикальное с последующей рентгенотерапией.

б) **Текаклеточная опухоль** — текома, по клинической картине ничем не отличается от гранулезоклеточных, так как ткань опухоли также секретирует эстрогенные гормоны. Дифференциальная диагностика между этими опухолями возможна только при гистологическом исследовании.

в) **Арренобластома** — опухоль яичников, образующаяся из элементов мужской части гонад. В детском возрасте встречается редко. Чаще наблюдается в 20—30 лет. Отличается доброкачественным течением.

Симптомы. Арренобластома вызывает явления вирилизации и маскулинизации организма. В очень редких случаях опухоль продуцирует эстрогенные гормоны. При этом в клинической картине преобладают явления нарушений менструального цикла типа менометроррагии.

Диагноз. Ставится на основании данных бимануального исследования, определения гормонов в моче и клинических проявлений дефеминизации.

Лечение оперативное. После удаления опухоли все явления вирилизации, как правило, исчезают.

Прогноз благоприятный.

V. Рак яичников. Различают: 1) первичный рак яичников — чаще поражаются оба яичника, 2) вторичный рак — развивается на почве кистом, односторонние опухоли.

Симптомы. Опухоли имеют различный размер, чаще округлой формы, плотной консистенции, бугристые. В запущенных случаях отмечают увеличение живота, асцит, боли, кахексию.

Диагноз. Нетруден при наличии больших опухолей, которые определяются через брюшную стенку или пальпаторно при ректальном исследовании.

Лечение оперативное с последующей рентгенотерапией и химиотерапией.

ПОЛОВОЕ СОЗРЕВАНИЕ, НАРУШЕНИЯ. Период полового созревания, или пубертатный период, начинается с формирования вторичных половых признаков и заканчивается наступлением регулярных овуляторных менструаций.

Начало и длительность полового созревания зависят от семейных, конституциональных особенностей, условий внешней среды, климата, питания. Половое созревание начинается с 9—10 лет и длится до 15—16 лет. Первая менструация наступает чаще всего в 12—14 лет.

Половое созревание наступает вследствие прекращения торможения гипоталамуса, которое исходит от соседних участков мозга и шишковидной железы. После прекращения этого торможения гипоталамус начинает стимулировать переднюю долю гипофиза к секреции гонадотропных гормонов, которые в свою очередь стимулируют секрецию половых гормонов в яичниках. Под влиянием половых гормонов происходит увеличение молочных желез, оволосение. Эстрогены обуславливают специфическое женское строение скелета, формирование таза, распределение жировой ткани. Под влиянием эстрогенов находятся процессы роста костей и окостенения ростковых зон в эпифизах трубчатых костей, поэтому с окончанием периода полового созревания заканчивается рост скелета. Первые менструации обычно носят ановуляторный ациклический характер. К 15—16 годам гонадотропная функция гипофиза и гормональная секреция яичника приобретают циклический характер, а менструации — регулярный овуляторный характер.

Последовательность процессов полового созревания у девочек: 9—10 лет — таз становится шире; 10—11 лет — начинается развитие молочных желез; 12—13 лет — оволосение лобка, подмышечных впадин, увеличение половых органов; 13—14 лет — первые менструации, часто нерегулярные; 15—17 лет — появление овуляторных менструаций, окончательное формирование таза и скелета.

Физиологические варианты полового созревания: 1) преждевременное развитие молочных желез без других признаков половой зрелости — оволосения, менструации; 2) преждевременное появление оволосения также без других признаков половой зрелости.

Причиной первого и второго является повышенная реактивность ткани молочной железы и волосяных фолликулов к половым гормонам. В обоих случаях необходимо исключить истинное или ложное преждевременное половое созревание.

Половое созревание преждевременное — наступление половой зрелости до 8 лет. При истинном преждевременном половом созревании наряду с развитием вторичных половых признаков имеется нормальный овуляторный менструальный цикл.

Формы истинного полового преждевременно го созревания:

а) конституциональная (генуинная или идиопатическая) форма. Наиболее часто наблюдается у девочек, иногда имеет наследственный характер. Несмотря на то что такие девочки по физическому развитию опережают сверстниц, интеллектуальное развитие их обычно соответствует календарному возрасту;

б) церебральная форма. Стимуляция секреции гипофиза обусловлена различными патологическими процессами в гипоталамической или пограничных областях мозга (опухоль, последствия энцефалита, менингита, родовой травмы, дефекты развития). Обычно наряду с клиникой преждевременного созревания отмечаются многочисленные неврологические симптомы — судорожные припадки, нарушения глазодвигательных нервов, полиурия, часто отмечаются нарушения психики.

При указанных формах содержание эстрогенов, 17-кетостероидов и гонадотропинов в моче приближается к содержанию таковых у женщин детородного возраста. Во влажгалищном мазке определяется достаточная эстрогенная активность — III—IV реакция.

Половое созревание преждевременное ложное. Повышенное образование половых гормонов секретируется опухолью тканью яичника или надпочечника. «Менструации» носят эстрогенный, ановуляторный характер, в яичнике яйцеклетка не созревает, оплодотворение и беременность невозможны.

Яичниковая форма. Источником эстрогенных гормонов являются гормональноактивные опухоли яичника, чаще всего гранулезно-или текаклеточные, составляющие до 5% от опухолей яичников у девочек. В 16—28% случаев отмечается озлокачествление опухоли. Величина опухоли колеблется от микроскопических до гигантских размеров (до 20 кг).

Диагноз. Ректальное исследование при опорожненном кишечнике. В несных случаях производится рентгеновское исследование органов малого таза в условиях пневмоперитонеума или лапароскопия.

При гормональном исследовании в этих случаях отмечается резкое повышение выделения эстрогенов, выделение 17-кетостероидов соответствует календарному возрасту ребенка, гонадотропинов в моче не обнаруживается.

Лечение оперативное, при озлокачествлении опухоли — пангистерэктомия. После удаления опухоли в возрасте до 8 лет вторичные половые признаки претерпевают инволюцию. Над детьми, перенесшими операцию, ведется тщательное наблюдение в течение 5 лет.

Надпочечниковая форма. Источником эстрогенных гормонов является феминизирующая опухоль надпочечников. Это самая редкая форма. Обычно клинические признаки при опухоли надпочечников с ростом опухоли отступают на второй план, а первое место занимают симптомы гиперкортицизма или вирилизма.

Диагноз. Данные ретропневмоперитонеума (исследование надпочечников рентгенографическое).

При гормональном обследовании отмечается значительное повышение выделения 17-кетостероидов, гидроксикортикостероидов; выделение эстрогенов несколько повышено, гонадотропинов в моче нет.

Лечение оперативное. Операция технически трудна и требует специальной гормональной подготовки и гормональной терапии в первые 10 дней после операции во избежание развития недостаточности надпочечников.

Половое созревание, задержка. Задержку менструации и появления вторичных половых признаков до 18 лет принято называть переходящим инфантилизмом. Чаще всего причиной его являются конституциональные особенности. Иногда задержка полового созревания

является следствием плохих условий жизни, недостаточного питания. Эта форма задержки полового созревания не требует специальной гормональной терапии. В подобных случаях необходимы улучшение бытовых условий, регулярное полноценное питание, физические упражнения и т. д.

Задержка полового созревания может быть также одним из симптомов поражения или функциональной неполноценности гипоталамуса, гипофиза, яичников.

Половое созревание, задержка при повреждении заднего гипоталамуса (опухоль, кисты, врожденные дефекты). При этом обычно имеют место симптомы поражения дienceфальной области: сонливость, нарушение терморегуляции, несахарный диабет, ожирение.

а) Синдром Фрелиха — адипозогенитальная дистрофия. Характеризуется, помимо задержки развития вторичных половых признаков и полового инфантилизма, ожирением поясничного типа, задержкой роста, часто имеют место симптомы сдавления головного мозга: нарушения со стороны глазного дна, застойный сосок, бitemпоральная гемиатрофия.

б) Синдром Лоуренса — Бидля отличается от синдрома Фрелиха наличием нарушения психического развития (дебильность), пигментного ретинита, поли- и синдактилии.

Прогноз обоих состояний неблагоприятный.

Лечение при врожденных пороках симптоматическое, при опухолях — оперативное.

Половое созревание, задержка при повреждении (опухоль, киста) или функциональной недостаточности передней доли гипофиза. Пангипопитуитаризм — резкая недостаточность секреции всех гонадотропных гормонов гипофиза. Следствием этого является сексуальный инфантилизм, карликовый рост, понижение функции щитовидной железы, поджелудочной железы, надпочечников. Подобные состояния известны под названием гипофизарного нанизма. У больных яичники остаются незрелыми, внутренние и наружные половые органы гипопластичны. Диагноз ставят на основании внешнего вида больных. Для исключения опухоли гипофиза необходимо рентгенографическое исследование турецкого седла.

Гипофизарный гипогонадизм, или гипофизарный евнухоидизм. При этом отмечается недостаточная секреция только гонадотропных гормонов передней доли гипофиза. У таких больных имеет место отсутствие вторичных половых признаков, евнухоидные пропорции тела, иногда высокий рост. Андрогенная функция надпочечников не страдает; иногда отмечается скудное половое оволосение. Внутренние и наружные половые органы недоразвиты; яичник и матка гипопластичны. При исследовании влагалищного мазка отмечается I—II реакция, в моче резко пониженное выделение гонадотропных гормонов — меньше 6 МЕ.

Лечение. Применяются женские половые гормоны для стимуляции развития вторичных половых признаков и половых органов, например: этинилэстрадиол по 0,02 мг ежедневно в течение 2¹/₂—3 месяцев или диместрол в инъекциях по 2 мл 0,6% раствора каждый 4-й день в течение 2—2¹/₂ месяцев под контролем вагинальных мазков. После появления вторичных половых признаков и первого менструальноподобного кровотечения следует перейти на циклическую гормональную терапию (этинилэстрадиол по 0,05 мг 2 раза в день в течение 18 дней, затем прогестерон внутримышечно по

1 мл 0,5% раствора или прегнин — 0,005 г по 3 таблетки 3 раза в день под язык в течение 6 дней), которую следует проводить в течение 2—3 циклов. Более физиологичным является применение хориального гонадотропина. Хориогонин следует назначать после 2½—2 месяцев терапии эстрогенами с 10-го по 14-й день от начала менструальноподобного кровотечения в дозе 1500 единиц, уменьшая ее в каждом следующем цикле: во втором — по 1000 единиц, в третьем — 500 единиц.

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ЖЕЛЕЗ — ДИСГЕНЕЗИЯ ГОНАД — следствие нарушения развития зачатка гонад на ранних стадиях эмбрионального развития. Обычно дисгенезия гонад сочетается с множественными пороками развития скелета и внутренних органов (задержка роста, синдактилия, коарктация аорты, недоразвитие нижней челюсти, высокое небо, двусторонний птоз, крыловидные складки шеи, идущие от сосцевидных отростков к плечам, короткая шея). У таких больных «яичники» представляют собой соединительнотканые тяжи, иногда с включениями клеток мозгового или коркового слоя яичников, матка рудиментарная, наружные половые органы резко гипопластичны. При гормональном исследовании отмечается резко пониженное выделение эстрогенов и 17-кетостероидов — меньше 2—5 мг, повышенное выделение гонадотропинов с мочой — выше 50 МЕ.

Диагноз устанавливается на основании внешнего вида больных и данных гормонального и клинического обследования, рентгенологического исследования органов малого таза в условиях пневмоперитонеума (биконтрастная гинекография).

Лечение. В возрасте 12—14 лет следует проводить терапию эстрогенными гормонами для стимуляции роста и развития вторичных половых признаков по схеме, указанной выше (см. Гипогонадизм гипофизарный).

Терапия хориальным гонадотропином таким больным не показана, так как эта терапия основана на стимуляции функции собственных яичников.

СИНЕХИИ — слипчивое воспаление малых половых губ. Встречается у девочек в возрасте до 5 лет. Слипание половых губ происходит в результате воспалительного процесса, при котором нет замещения эпителия слизистой оболочкой внутренней поверхности малых половых губ кожным эпителием, особенно при несоблюдении гигиенического ухода за ребенком.

Симптомы. Затрудненное мочеиспускание, скопление мочи за перемычкой с раздражением кожи и зудом. Синехии обычно распознаются случайно (матерью или врачом, обследующим девочку), иногда выявляются в более позднем возрасте, если протекают бессимптомно. При осмотре отмечается поверхностная спайка между малыми половыми губами.

Лечение. Разъединение спайки тупым или острым путем. Производить разъединение следует как можно раньше, пока не образовалось ее уплотнение. Плотные синехии разделяют термокаутером или скальпелем над желобоватым зондом. При тупом разъединении синехий следует осторожно, легкими движениями рук развести половые губы ребенка в стороны. Разделение спайки можно произвести желобоватым или пуговчатым зондом по средней линии. При появ-

лени кровянистых выделений после разделения спайки края губ смазать 3% раствором перекиси водорода или 2% раствором ляписа.

В дальнейшем во избежание рецидива липчивого процесса рекомендуется в течение 2 недель смазывать разделенные губы рыбьим жиром, стерильным вазелином или индифферентным кремом (детский, ланолиновый и др.).

ТУБЕРКУЛЕЗ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ДЕВОЧЕК является местным проявлением общего заболевания. Инфицирование происходит гематогенным путем или путем непосредственного контакта с пораженными туберкулезом соседними органами (кишечник, брюшина).

У девочек допубертатного возраста иногда наблюдается туберкулезное поражение тазовой брюшины как частичное проявление общего поражения серозных оболочек. У девушек в возрасте 16—17 лет туберкулез половых органов встречается чаще. По частоте поражения на первом месте стоят трубы, затем матка и яичник; влажные и вульва поражаются редко.

Симптомы. Жалобы: слабость, потливость, похудание, потеря аппетита, субфебрильная температура. Появление первых менструации запаздывает, отмечаются нарушения менструального цикла типа гипер-, гипо- и аменорей, внизу живота отмечаются боли ноющего характера, усиливающиеся в период менструаций.

Диагноз представляет значительные трудности. При сборании анамнеза необходимо выяснить подробно перенесенные заболевания. Плеврит, частые пневмонии, перитонит, нодозная эритема, заболевания лимфатических узлов, костей и глаз указывают на возможность туберкулезной инфекции. Следует выяснить, имеется ли контакт с туберкулезными больными в семье и быту.

Обследование больной складывается из тщательного гинекологического, рентгенологического и специального обследования, включающего кожную пробу Пирке, внутрикожную пробу Манту и подкожную пробу с туберкулином. При проведении проб учитывается общая, очаговая и местная реакция через 24, 48, 72 часа.

При гинекологическом исследовании определяются двусторонние опухолевидные образования в придатках. Чаще отмечаются утолщенные болезненные трубы.

Лечение комплексное. антибактериальная терапия (стрептомицин, ПАСК, фтивазид или метагид), витаминотерапия (В₁, В₆, С), климатотерапия, высококалорийное питание (3000—3500 кал в день). Стрептомицин применяют по 0,5 г 1—2 раза в день, на курс лечения 40—60 г. Фтивазид или метагид по 0,3 г 3 раза в день, на курс лечения 30—35 г. Аминосалицилат натрия (ПАСК) по 10 г в день (2 г 5 раз), на курс лечения 500 г. В период лечения могут появиться тошнота, рвота, головокружения, дерматит, вестибулярные расстройства. Для предотвращения этих явлений рекомендуется прием ПАСК в сочетании с жженой магнезией по 0,3 г или с молоком, димедрол по 0,03—0,05 г 1—2 раза в день, витамин В₁. При резко выраженных лобочных явлениях лечение прекращают на 1—3 дня. Повторный курс лечения проводят через 2—3 месяца.

Указанное лечение рекомендуется повторять в весенне-летние месяцы в течение 2—3 лет.

Больны девочки должны состоять на учете туберкулезных диспансеров.

См. также Женские болезни, Туберкулез.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ДЕВОЧКИ

а) Осмотр. Врач, проводящий исследование половых органов девочек и подростков, должен проявлять максимально бережное отношение, внимание и выдержку.

Двуручное исследование половых органов у девочек затруднено тем, что дети болезненно реагируют на исследование и часто сопротивляются действию врача, поэтому при первичном осмотре ребенка необходимо присутствие матери или другого близкого для девочки лица.

Исследование начинают с осмотра наружных половых органов. При этом обращают внимание на характер оволосения, аномалии развития наружных половых органов, воспалительные изменения. Затем, осторожно раздвигая половые губы, осматривают область уретры и уретральных желез, вход во влагалище, вестибулярные железы. Для осмотра девственной плевы следует, захватив большие половые губы у основания, оттянуть их кпереди, книзу и немного в сторону. При этом девственная плева безболезненно растягивается и становится доступной для длительного осмотра.

Заключение о состоянии девственной плевы (в случаях попытки к изнасилованию или каких-либо других манипуляций) обязан выдать врач судебно-медицинской экспертизы, а не гинеколог, производящий прием в поликлинических условиях.

б) Вагиноскопия. Вагиноскопия широко применяется для исследования слизистой оболочки влагалища и шейки матки (наблюдение за феноменом «зрачка», при подозрении на полип или опухоль шейки, инородное тело). Исследование производится с помощью женского уретроскопа типа уретроскопа Валентина (отечественного производства).

Противопоказаний к вагиноскопии нет. В случае необходимости исследование производится под наркозом.

Здоровая слизистая оболочка влагалища на всем протяжении равномерной окраски (нежно-розовый цвет с желтоватым оттенком). Складчатость более выражена у девочек пубертатного возраста. Шейка конической формы, зев щелевидной или округлой формы. Отделяемое слизистого характера в небольшом количестве.

в) Взятие мазков. Для получения выделений из влагалища уретры и прямой кишки можно пользоваться различными инструментами (желобоватые зонды, фолькмановская ложка) и специальными приспособлениями для вымывания выделений. При взятии выделений из уретры инструмент вводится на глубину не более 0,5 см, в прямую кишку не более чем на 3 см, а во влагалище следует ввести инструмент до заднего свода. Из каждого участка отделяемое берется отдельным инструментом.

При скудных выделениях или отсутствии свободных выделений можно собрать их путем вымывания из влагалища и прямой кишки введением через резиновый катетер, соединенный со шприцем, теплого физиологического раствора в количестве 100 мл. Промывную жидкость собирают в стерильный лоток или чашку, приставленные к промежности. Затем жидкость центрифугируется и исследуются мазки.

Для уточнения возбудителя инфекции, помимо бактериоскопического исследования мазка, необходимо произвести посев выделений

на питательную среду с определением чувствительности к различным антибиотикам.

г) Двуручное исследование. У девочек для исследования половых органов применяется двуручное ректальное исследование. Кишечник и мочевого пузыря должны быть предварительно освобождены. В исключительных случаях приходится прибегать к исследованию через гименальное отверстие, о чем ставятся в известность родители.

При исследовании определяются: величина, форма, положение, консистенция, чувствительность и подвижность тела и шейки матки.

Трубы и яичники у детей обычно не удается прощупать. Если они увеличены и прощупываются, необходимо определить степень их увеличения и подвижности, форму, консистенцию, болезненность, наличие спаек и сращений. По окончании исследования определяются состояние параметрия и дугласова кармана (наличие инфильтратов, экссудата, болезненности).

При беспокойном поведении (особенно маленьких детей) необходимо производить исследование под раушнаркозом (хлорэтил, закись азота).

д) Специальные методы исследования. Для исследования характера гормональной функции яичников применяются методы функциональной диагностики: измерение ректальной температуры, исследование цитологии влагалищного мазка и определение феномена «зрачка».

Методику см. Лабораторные методы исследования. Женские болезни, Менструальный цикл и его нарушения.

Мазок для цитологического исследования берут из переднего или глубины бокового свода влагалища с помощью ватного тампона (на зонде Плейфера) у маленьких детей или branшей корнцанга, желобоватым зондом или фолькмановской ложкой у старших девочек. Полученный материал наносят на стекло, высушивают и окрашивают. Частота взятия мазка — один раз в 3—4 дня.

Феномен «зрачка» определяют с помощью вагиноскопа, тубус которого осторожно подводят к шейке матки. Осматривать шейку следует один раз в 3—4 дня.

Ректальную температуру измеряют после сна, в спокойном состоянии, обычным термометром, вводя его в прямую кишку на глубину 3 см.

Для определения гормональной функции яичников применяют также биохимические методы определения эстрогенов и прегнандиола в суточной моче.

Для изучения гормональной функции надпочечников определяют экскрецию 17-кетостероидов, дегидроэпиандростерона и 17-гидроксикортикостероидов (в суточной моче).

Для определения функциональной способности надпочечников применяют пробу Торна и пробу с нагрузкой АКГГ.

Для исследования некоторых патологических состояний половой сферы (пороки развития, опухоли матки и придатков) применяют лапароскопию и рентгенографию органов малого таза в условиях пневмоперитонеума.

При подозрении на опухоль гипофиза (аменорея, задержка полового созревания) производят рентгенографию турецкого седла.

Для определения костного возраста необходима рентгенография кистей рук.

ХИ. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ УРОЛОГИЯ

АНУРИЯ — полное отсутствие отделения мочи почками.

Этиология и патогенез. Различают: 1) секреторную, или истинную, анурию, которая может наблюдаться в двух разновидностях: ренальная анурия, возникающая в результате различных патологических процессов в самой почке, и преренальная анурия, возникающая как следствие шока, тяжелых форм послеродовых, чаще послеабортных, септических заболеваний; 2) экскреторную — ложную анурию, когда имеется препятствие к свободному оттоку мочи из почек. Может наблюдаться и анурия смешанного характера.

Особое место среди анурий занимает рефлекторная анурия

Симптомы. Анурии обычно предшествует период олигурии. В дальнейшем обложенный язык, тошнота, рвота, задержка стула, метеоризм, мучительная икота, головные боли, сонливость, безразличное отношение к окружающему, учащение пульса, дыхание глубокое, нередко принимает характер чейн-стоксова. Температурная реакция чаще всего отсутствует. Цианоз лица, отек нижних конечностей, реже уремические судороги. На 8—10-е сутки с начала анурии наблюдается летальный исход в коматозном состоянии. В моче в начале заболевания высокое содержание белка (16—20—33%), которое в дальнейшем быстро уменьшается, большое количество эритроцитов, лейкоцитов. Повышается остаточный азот (140—180 мг% и более), мочевины крови. Артериальное давление обычно в пределах нормального.

Лечение в первую очередь направлено на основное заболевание, вызвавшее анурию. Прекрасные результаты дает диализ (искусственная почка). Паранефральная блокада по Вишневскому, насыщение организма жидкостью, никотиновая кислота. При уремии, вызванной переливанием резус-несовместимой крови — переливание крови, полиглюкин, жидкость БК-8. При рефлекторной анурии длительное введение капельным методом внутривенно и подкожно больших количеств жидкости, внутривенное введение новокаина, бромистого натрия. Кровопускание, промывание желудка, почечных лоханок, теплые ванны, сердечные средства, папаверин, карболин.

ДИСТОПИЯ ПОЧКИ. Неправильное положение почки. Различают дистопию тазовую, подвздошную и поясничную. Клинически может протекать бессимптомно и обнаруживается при гинекологическом осмотре: обычно ставится диагноз кисты или опухоли яичника.

Диагноз. Дифференциальный диагноз без специального урологического исследования труден. Заподозрить дистопированную почку можно и в тех случаях, когда опухоль располагается высоко, не связана с маткой, при перкуссии над опухолью определяется тимпанит, что говорит о ретроперитонеальном расположении. Нужно помнить о частоте дистопированной почки при порсках развития половых органов. При каждом подозрении на дистопию почки показано урологическое обследование (внутривенная урография и ретроградная пиелография). На рентгенограмме обнаруживается короткий мочеточник и низкое расположение лоханок почки.

МОЧЕИСПУСКАНИЕ ЗАТРУДНЕННОЕ (ишурия парадоксальная).

Этиология. Отек слизистой оболочки шейки мочевого пузыря в результате длительного прижатия ее головкой (при длительно текущих родах), разможнение окружающих мочеиспускательный канал тканей, глубоких трещин слизистой оболочки входа во влагалище, вызывающее при каждом мочеиспускании болезненные ощущения (попадание мочи на трещины); неумение родильницы мочиться лежа.

Симптомы. Отсутствие мочеиспускания, если мочевой пузырь переполнен и нет других причин задержки мочеиспускания.

Диагноз нетруден. Необходим тщательный собранный урологический анамнез до беременности и в течение ее.

Лечение. Питуитрин в дозе 1 мл внутримышечно, грелки на область мочевого пузыря на полчаса 2—3 раза, психогенное воздействие, отвар толокнянки (8 г на 200 мл воды на сутки). Раннее вставание (при отсутствии противопоказаний). К катетеризации прибегают в крайнем случае. Может быть использован дегидрогенизированный эрготамин.

НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ ЧАСТИЧНОЕ. Характеризуется произвольным выделением мочи без позыва на мочеиспускание (результат повышения внутрибрюшного давления).

Этиология. Играет роль родовая травма. При длительных родах подвергается травмированию и шейка мочевого пузыря, повреждаются заложенные здесь мышечные и нервные волокна. Чаще всего недержание мочи наблюдается у многорожавших женщин и женщин с некоторым опущением передней стенки влагалища.

Недержание мочи развивается обычно через несколько лет. После родов, реже непосредственно в послеродовом периоде.

Большое значение имеет гормональная недостаточность; она встречается чаще всего либо в климактерическом возрасте, либо в менопаузе, т. е. в годы, когда наблюдаются изменения в гормональном балансе.

Симптомы. Непроизвольное выделение мочи наступает при физическом напряжении (кашель, чиханье, смех, поднятие тяжести, ходьба). Во время сна больные удерживают мочу, так же как и при полном покое.

Диагноз. Прежде всего нужно исключить мочевые свищи (см.), связь с неврологическими заболеваниями (миелит, травмы спинного мозга, инсульт, рассеянный склероз и др.). Недержание мочи в этих случаях протекает по типу парадоксальной ишурии (см. Мочеиспускание затрудненное)

Большое значение имеет правильно собранный анамнез, проверка сухожильных и зрачковых рефлексов. В случае сомнения больная должна быть консультирована невропатологом. Реакция Вассермана позволяет выяснить специфическую этиологию заболевания.

Необходимо убедиться в том, что у больной действительно имеется частичное недержание мочи. Для этого, положив больную в гинекологическое кресло с разведенными бедрами и с приподнятым туловищем (в полусидячем положении), нужно заставить ее покашлять. При недержании из уретры вытекает небольшая порция мочи. Нельзя проводить эту пробу на топчане, в горизонтальном положении или на кровати: когда больная лежит, вся тяжесть внутрибрюшного давления не передается на шейку мочевого пузыря, внутренний сфинктер закрыт и истечения мочи не происходит.

Лечение. Поскольку в этиологии большое значение имеют травматические повреждения промежности и опущение передней стенки влагалища, эти больные часто нуждаются в оперативном лечении.

Если недержание мочи у женщины наблюдается в климактерическом периоде и имеется гипозэстрогения, нужно провести гормонотерапию (фолликулин от 5000 до 10 000 единиц ежедневно в течение 3—4 недель или синэстрол по 1 мл 0,1% раствора внутримышечно в течение 2 недель под контролем тестов функциональной диагностики). Эффективно лечение гимнастикой (по Атабекову). Комплекс лечебной физкультуры включает следующие упражнения: 1) общеукрепляющие. 2) упражнения для тазового дна и 3) для брюшного пресса (см. Лечебная физкультура).

Если больная почему-либо не может заниматься физкультурой и если она отказывается от операции, то как паллиативное средство можно рекомендовать вкладывать в передний свод на глубину 6—7 см шарик из стерильной ваты, который следует ежедневно менять. Шарик подкрепляет передний свод стенки и может в какой-то степени облегчить страдание.

ПАРАНЕФРИТ. Воспаление околопочечной клетчатки с одной или с обеих сторон.

Этиология. Вызывается в большинстве случаев стафилококком, реже стрептококками и кишечной палочкой. Во многих случаях паранефрит представляет собой гнойный метастаз в околопочечную клетчатку (жировую капсулу почки) при послеродовой септикопиемии. В других случаях имеет место прямой переход инфекции из почки (например, пиелонефрит) при колите, аппендиците и др.

Симптомы. Начинается сильными болями в околопочечной области, имеющими тенденцию к нарастанию. Общее состояние напоминает септический процесс. Температура тела достигает 40° или даже выше, имеет гектический характер, озноб заканчивается обильным потом. Симптом Пастернацкого резко положительный. В дальнейшем на пораженной стороне отмечается выпячивающийся инфильтрат без ясных границ, покраснение и отечность кожи над ним, нижняя конечность полусогнута и прижата к животу (боли при этом становятся слабее).

Диагноз. В начальных стадиях распознается с трудом. Указанная клиническая картина, наличие в моче белка, лейкоцитов, зернистых цилиндров, характерное положение больной в кровати облегчают распознавание. Облегчает диагноз следующий симптом: если

сильно нажать на верхнюю переднюю ось крыла подвздошной кости, то при наличии паранефрита возникает острая боль, стихающая, как только прекращается давление на кость.

Лечение. В самом начале заболевания лечение проводится, как при септикопиемии. При уточнении диагноза показана срочная операция. Диагностическая пункция допустима только на операционном столе, как первый этап оперативного вмешательства.

ПИЕЛИТ, ЦИСТОПИЕЛИТ, ПИЕЛОЦИСТИТ. Бактериальное воспаление лоханки одной или обеих почек, связанное с беременностью, родами (см. также Пиелит и беременность).

Этиология и патогенез. Возбудителем заболевания являются главным образом кишечная палочка и стафилококки. Послеродовой пиелит может наблюдаться как продолжающийся пиелит, возникающий во время беременности как самостоятельное заболевание (восходящая инфекция), как одно из проявлений септического поражения (метастаз). Предрасполагающими моментами являются родовая травма, застой мочи.

Симптомы. Повышение температуры до 40°, пульс соответствует температуре, озноб, резкая тупая боль в пояснице, болезненное и учащенное мочеиспускание. Суточный диурез вначале уменьшен, а затем увеличивается. Резко выражен симптом Пастернацкого с одной (чаще) или обеих сторон (исследовать по возможности в сидячем положении больной). Болезненность при ощупывании области почек и по ходу мочеточников. Вместо приема Пастернацкого А. М. Мажниц рекомендует произвести указательным пальцем глубокую и в то же время щадящую пальпацию в углу, образованном XII ребром и позвоночником (костно-verteбральный угол). Появление малейшей боли указывает на пиелит. В моче большое количество лейкоцитов (гной) при малом количестве белка. Общая слабость, головная боль, сухой обложенный язык, иногда тошнота, рвота, сонливость. После освобождения лоханок от гноя указанные симптомы исчезают, чтобы при новом скоплении гноя в лоханках возобновиться. Общее состояние больных в периоде апирексии, если пиелит протекает как самостоятельное заболевание, мало страдает (см. также Беременность, Осложнения беременности, Беременность при различных заболеваниях).

Диагноз. Исключить цистит, холецистит, послеродовые заболевания половых органов. Динамическое наблюдение за составом мочи. В осадке мочи лейкоциты, гиалиновые цилиндры, иногда щелоченные эритроциты, белок в небольшом количестве, много бактерий, в небольшом количестве хвостатые клетки. При пиелоцистите количество белка нарастает, отмечаются почечный эпителий, гиалиновые цилиндры. Иногда болезнь протекает по типу цистопиелита или пиелоцистита.

Лечение. Постельный режим. Молочно-растительная диета, обильное питье. Тепло на поясницу, сульфаниламидные препараты (этазол, сульфадимезин, уросульфан) по 1 г 3—4 раза в день, отвар толокнянки (10 г на 200 мл воды; выпить в течение суток), салол (при кислой реакции мочи) по 0,5 г 3—4 раза в день в течение 10 суток. В тяжелых случаях следует применять антибиотики с учетом чувствительности возбудителя к ним. С целью профилактики кандидоза обязательно назначения витаминов В₁ и В₂ в обычных дозах.

Одновременно с началом лечения антибиотиками назначают нистатин в таблетках по 250 000 ЕД 3 раза в день. Полезно питье минеральных вод типа боржома, эссентуков № 4 (при кислой моче), славянской, смирновской (при щелочной моче).

После выписки из стационара больные, страдающие пиелитом во время беременности или в послеродовом периоде, должны находиться под особым наблюдением терапевта женской консультации или поликлиники.

СВИЩИ МОЧЕПОЛОВЫЕ — сообщения между мочевыводящими путями и половыми органами. Различают уретро-влагалищные и уретро-пузырно-влагалищные свищи (расположены между мочеиспускательным каналом и влагалищем или захватывают сфинктер пузыря).

Самыми частыми являются свищи, возникающие после родов в результате длительного стояния головки плода в одной плоскости таза (при клинически узком тазе). Реже свищи образуются в результате повреждения при операции в родах. Послеоперационные свищи возникают в результате ранения мочевых путей при гинекологических операциях. Так, пузырно-влагалищные и мочеточниково-влагалищные свищи наблюдаются чаще всего после операции по поводу рака шейки матки.

Симптомы. Основным симптомом является постоянное произвольное истечение мочи, чаще при пузырно-влагалищных свищах, особенно больших размеров; произвольный акт мочеиспускания отсутствует. Реже наблюдается произвольное истечение мочи при сохраненном акте мочеиспускания, что имеет место при свище небольших размеров, расположенном высоко, когда моча частично может удерживаться в мочевом пузыре. Постоянное истечение мочи и пропитанное мочой белье болезненно отражаются на психике женщин. У этих больных часто наступает аменорея (психогенная), исчезающая после ликвидации свища.

Постоянное истечение мочи приводит к мацерации наружных половых органов, воспалению. Во влагалище откладываются соли, что приводит к развитию кольпита.

Мочеточниково-влагалищные свищи проявляются через 1—1½ недели после операции, поэтому они обнаруживаются в первую очередь в стационаре. У больной имеется постоянное истечение мочи, но в то же время сохранено произвольное мочеиспускание, так как мочевого пузыря не поврежден и в него поступает моча из одного мочеточника.

Диагноз. Необходимо провести дифференциальный диагноз с так называемым функциональным недержанием мочи. Функциональное недержание мочи наблюдается лишь днем. Пока женщина лежит в кровати, моча не вытекает.

Распознавание мочеточниково-влагалищного свища происходит на основании наполнения мочевого пузыря подкрашенной жидкостью: все введенное в мочевой пузырь количество жидкости полностью вытекает через катетер. В то же время при осматре зеркалами влагалища можно увидеть, как в глубине подтекает неокрашенная моча.

При сомнении следует прибегнуть к хромоцистоскопии, при которой можно наблюдать функционирующее устье мочеточника с одной стороны; другое отверстие мочеточника будет «немым». Может быть

проведена пиелография с внутривенным введением сергозина. При этом на снимке получают с одной стороны хорошо выраженный на всем протяжении мочеточник. С другой же стороны он прерывается, и жидкость идет по фистульному ходу

Осмотр зеркалами позволяет распознать свищ в том случае, если он доступен осмотру. Иногда осмотр зеркалами не удается из-за наличия больших рубцов во влагалище. Основным методом распознавания свища в этих случаях является наполнение мочевого пузыря подкрашенной жидкостью, для чего используется физиологический раствор с добавлением метиленовой сини. Этой жидкостью наполняют мочевой пузырь, и при одновременном осмотре зеркалами можно увидеть отверстие, откуда подтекает жидкость.

Дополнительное значение имеет цистоскопия, которая позволяет ориентироваться в отношении характера свища, изменений в мочевом пузыре.

Лечение. Иногда мочеточниково-влагалищные свищи через несколько месяцев закрываются самостоятельно, однако чаще всего свищи приходится лечить оперативно.

Успешное оперативное вмешательство может быть произведено при отсутствии инфекции и воспаления в мочевом пузыре и влагалище, поэтому следует оперировать свищи не ранее 4—6 месяцев после родов, так как попытка более ранней операции часто оканчивается неудачей.

В течение этого времени больная, кроме обычного ежедневного туалета наружных половых органов, должна постричь на лобке и вульве волосы ножницами (не сбривать), ежедневно смазывать вульву цинковой мазью, борной мазью или пастой Лассара, ежедневно спринцевать влагалище 2% раствором молочной кислоты. В условиях стационара промывают мочевой пузырь 3% раствором борной кислоты (для ликвидации цистита).

Для сбора мочи больной следует посоветовать заложить во влагалище ватный тампон, что позволит удержать некоторое количество мочи в пузыре, достаточное для анализа.

Свищи кишечно-влагалищные после родов наблюдаются значительно реже, чем пузырно-влагалищные. Это объясняется тем, что крестцовая область таза является более емкой, головка находит здесь больше места для своего продвижения. Прямая кишка проходит несколько влево от промотория, поэтому высокие свищи прямой кишки (в плоскости входа в малый таз) встречаются исключительно редко. Чаще всего кишечно-влагалищные свищи возникают в результате плохо сросшегося разрыва промежности третьей степени. Больные жалуются на недержание газов. Свищи обычно небольших размеров, поэтому большое количество кала во влагалище не попадает.

Кишечно-влагалищные свищи (бытовые) могут произойти в результате падения на острый предмет, полового сношения в состоянии опьянения, редко — как следствие лучевой терапии при раке матки.

Диагноз основывается на данных ректального исследования. Пациент выпячивает задняя стенка влагалища, и тогда удается увидеть небольшое отверстие, окаймленное грануляционной тканью, через которое можно ввести зонд в прямую кишку.

Лечение оперативное не ранее 4 месяцев после родов (или операции).

Свищи пузырно-кишечно-влагалищные. Одновременно существующие мочеполовой и кишечный свищи. Образуется нечто вроде клоаки: влагалище сообщается с мочевым пузырем и прямой кишкой. Такие свищи могут наблюдаться в результате патологических родов, а также же лучевого повреждения.

Лечение оперативное.

Свищи при раке шейки матки являются самыми неблагоприятными. Они возникают при запущенных формах, переходе опухоли с шейки матки на мочевой пузырь. В других случаях свищ может образоваться при неправильном проведении лучевой терапии.

При этом возникает склерозирование окружающих тканей, что крайне затрудняет восстановление целостности мочевого пузыря. Приходится ограничиваться симптоматической терапией: промыванием мочевого пузыря слабым теплым раствором перманганата калия, раствором риванола 1:5000, промыванием влагалища перекисью водорода и смазыванием наружных половых органов мазями, чтобы предохранить их от мацерации.

Уретрит острый неспецифический послеродовой — обычно инфекционное поражение слизистой оболочки мочеиспускательного канала. В редких случаях возникает как аллергическое заболевание.

Этиология и патогенез. Вызывается стафилококком, чаще кишечной палочкой. Возникновению воспаления благоприятствуют длительность родового акта (прижатие и разможнение стенок канала, послеродовые инфекционные заболевания, частая катетеризация, нарушения асептики). При общей послеродовой инфекции нередко имеющиеся в наружном отрезке мочеиспускательного канала сапрофитные микроорганизмы приобретают патогенный характер.

Симптомы и течение. Нерезко выраженное жжение и болезненность мочеиспускания, частое мочеиспускание. Боли во влагалище; иногда они иррадируют по ходу мочеиспускательного канала; пальпация мочеиспускательного канала через влагалище болезненна. Температура нормальная или субфебрильная. Общее состояние мало страдает.

Диагноз. Необходимо провести дифференциальный диагноз с гонорейным уретритом (см.). При септических состояниях или даже при тяжело протекающих острых послеродовых заболеваниях органов малого таза клиническая картина уретрита маскируется основным заболеванием.

Лечение. Молочно-растительная диета, обильное питье. Сульфаниламидные препараты (сульфадимезин, этазол). Следует испробовать салол (0,5 г 3 раза в день). Болеутоляющие средства: свечи с белладонной, опиум, пантопоном. Катетеризация противопоказана. Промывания уретры раствором перманганата калия (1:4000, 1:6000), а затем инстилляцией 2—5% раствора протаргола. Хорошо действуют сидячие ванны, принимаемые 2—3 раза в день.

ЦИСТАЛЬГИЯ — «раздражительный пузырь». Характеризуется болезненными, императивными позывами к мочеиспусканию, которые имеют место днем и ночью. В этих случаях наблюдаются симптомы острого цистита, но нет изменений со стороны мочи. При цистоскопии обнаруживается некоторая гиперемия сосудов в области треугольника Льетода и рыхлость его слизистой оболочки. Цистальгия в какой-то мере связана с нарушениями в половой сфере. Нередко у этих больных имеются воспалительные изменения шейки матки или при-

датков. Мочевой пузырь интимно прилежит к матке. Те или иные осложнения со стороны половых органов вызывают изменения в мочевом пузыре. При патологических изменениях в половой сфере может появляться отечность слизистой оболочки в области треугольника Льеода, приводящая к болезненным позывам. Обычно цисталгия проходит в менопаузе.

Диагноз. Клиническая картина. Анализ мочи (исключить цистит!) и цистоскопия (при отсутствии противопоказаний к ней).

Лечение. Борьба с застойными явлениями в малом тазе, в частности при использовании прерванного сошения в качестве предохранения от беременности. Хороший эффект дает лечебная гимнастика. Большое значение имеет соблюдение правил гигиены, необходимо избегать холодных сырых помещений и охлаждения.

Показаны тепловые процедуры (спринцевания, парафинотерапия и др.), внутривенное вливание 0,25 или 0,5% новокаина в количестве 5—10 мл ежедневно или через день, всего 12—15 вливаний.

При тяжелых формах заболевания может быть испробована пре-сакральная анестезия (100 мл 0,25% раствора новокаина). В отдельных случаях при гипоэстрогении можно применить гормонотерапию (синэстрол по 0,001 г в таблетках 2—3 раза в день в течение 2—3 недель).

ЦИСТИТ, ПЕРИЦИСТИТ, ПАРАЦИСТИТ ПОСЛЕРОДОВОЙ ОСТРЫЙ. Воспаление мочевого пузыря, зависящее от особенностей течения родового акта или перехода инфекции с половых органов на пузырь. Иногда возникают на почве трихомонадной инвазии.

Этиология и патогенез. Цистит возникает в связи с попаданием в мочевой пузырь главным образом кишечной палочки, в меньшем числе случаев — стафилококков и стрептококков (вторичный цистит). Заболевание может быть и первичным, когда инфекция проникает в мочевой пузырь при катетеризации. Для развития заболевания необходимо наличие предрасполагающих факторов, из которых основными являются: травма, задержка мочи в мочевом пузыре и изменения слизистой оболочки стенки пузыря (длительное течение родового акта, травма, запор, иногда анемия после обильных кровопотерь) в послеродовом периоде.

Симптомы. Учащенное мочеиспускание (поллакурия), болезненность в конце его, мутная последняя порция мочи. В моче умеренное количество лейкоцитов (гноя). Скучные слизисто-гнойные выделения из уретры, особенно при трихомонозе. При двуручном исследовании отмечаются болевые ощущения, особенно при пальпации боковых стенок пузыря. При цистоскопии обнаруживается гиперемия слизистой оболочки, экстрavasаты, экхимозы, отек, инъекции сосудов. Температура обычно нормальная. Общее состояние больных мало страдает. Болезнь часто протекает как цистопиелит.

В редких случаях наблюдается омертвление слизистой оболочки мочевого пузыря с образованием некротических свищей; возникает при ущемлении кзади беременной матки. Это состояние сопровождается высокой температурой, общим септическим состоянием (уропсис).

Как осложнение послеродового септического перитонита или как метастаз при септикопиемии может наблюдаться пери- или пара-цистит; часто заканчивается образованием гнойника.

Диагноз. Данные систематического исследования мочи и жалобы больной позволяют уточнить диагноз. Цистоскопия в остром периоде противопоказана. Для уточнения диагноза ставят пробу с 3 стаканами, в которые больная последовательно мочится. При уретрите в первом стакане обнаруживается гной, во втором и третьем его нет; при цистите гной обнаруживается во всех стаканах.

Профилактика и лечение. Молочно-растительная диета. Промывание мочевого пузыря один раз в день раствором перманганата калия (1:10 000—1:6000), физиологическим раствором, дистиллированной водой с последующей инстилляцией в мочевой пузырь 5 мл 2% раствора протаргола. Все растворы должны быть температуры тела. Сульфадимезин по 1 г через 4 часа, 2 суток, затем в этой же дозе каждые 6 часов в течение 2 суток и через 8 часов в течение 2 суток. Этазол по 1 г через 4 часа несколько дней. Раствор толокнянки (10 г на 200 мл воды на сутки). Обильное питье. При сильных болях и тенезмах свечи с белладонной. Инстилляцией 2% раствора протаргола по 10 мл через день, 3—4 раза. Теплые клизмы из ромашки. Активное лечение основного заболевания. В целях профилактики рациональное оказание помощи в родах, борьба с задержкой мочеиспускания. Тщательное соблюдение асептики при взятии мочи катетером. После удаления мочи мочевой пузырь промывают 3% раствором борной кислоты (или кипяченой водой температуры 38—39°) с последующим введением в мочевой пузырь 20 мл 2% раствора протаргола. При трихомонадных циститах наряду с активным общим лечением трихомоноза промывают мочевой пузырь раствором окисианистой ртути (1:5000).

ХIII. ЛЕЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ И КУРОРТНЫМИ ФАКТОРАМИ

ЛЕЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ

АЛЬГОДИСМЕНОРЕЯ. За 2—3 суток до появления очередной менструации проводится ежедневно влагалитная ионогальванизация с раствором новокаина или 4% раствором дикаина при одновременном применении микроклизмы 2% раствором новокаина (20—30 мл). В первые дни появления менструаций переходят на брюшно-пояснично-крестцовую ионогальванизацию с новокаином на зоны наибольшей чувствительности (зоны Захарьина—Геда). Одновременно применяют умеренное тепловое воздействие — индуктотермию, диатермию (эндотермию) и др. (см. методики № 14, 17, 28, 31 и 32).

АМНОРЕЯ, ГИПОМНОРЕЯ, ОЛИГОМНОРЕЯ. Шейно-лицевая ионогальванизация (см. методику № 44), несколько курсов с перерывами в 6—8 недель. Одновременно местные на малый таз тепловые воздействия: индуктотермия, диатермия (эндотермия), электросветовая ванна — соллюкс, парафино- и озокеритотерапия, грязи (см. методики № 3, 5, 11, 14, 17, 28, 48). Целесообразно проведение гидротерапии — соляно-хвойные ванны и души (см. методики № 7, 8, 22).

Применение УВЧ и микроволновой терапии противопоказано.

БАРТОЛИНИТ. В острой и подострой стадиях внеочаговое ультрафиолетовое облучение области надплечий в эритемных и гиперэритемных дозах (см. методику № 61), местно УВЧ в олиготермических дозировках (см. методику № 52) и одновременно ультрафиолетовое облучение (см. методику № 58). При нагноении для ускорения созревания — водяные теплые и горячие полуванны (тазовые) и аппликации парафина или озокерита (см. методики № 3, 7, 62).

БЕСПЛОДИЕ. Показания: воспалительные процессы половых органов и возникшие в результате их функциональные нарушения (неполноценная перистальтика трубы и др.). Терапия комплексная: наряду с мероприятиями, направленными на ликвидацию «остаточных» воспалительных изменений, особое внимание уделяют повышению (стимуляции) трофических функций нервных образований органов малого таза и брюшной полости (солнечного сплетения).

Для нормализации менструальной функции проводят шейно-лицевую ионогальванизацию (см. методику № 44). При наклонности к маточным кровотечениям дополнительно корригируют действие шейно-лицевой ионогальванизации применением маммарной методики и маммарно-дорсальной или при вовлечении в процесс солнечного сплетения — маммарно-солярной (см. методики № 1, 4, 19, 21, 29, 38, 40, 45). Помимо этого, с соответствующими интервалами, в зависимости от общего состояния больной, проводят влагалищную ионогальванизацию с йодидом калия в микродозах, усиливающую секрецию желез, ион-рефлекс (см. методику № 32). Из тепловых воздействий наиболее целесообразно применение брюшно-пояснично-крестцовых аппликаций озокерита, парафина, глины, грязи и др. (см. методики № 2, 3, 5, 51). Больным с измененной реактивностью предварительно проводят курс водолечения или общее ультрафиолетовое облучение (см. методики № 8, 12, 13, 22 и 58).

ВАГИНИТ (кольпит). Спринцевание слабыми растворами дезинфицирующих при температуре 35—37°; тазовые теплые ванны с отваром ромашки, перманганатом калия и др.; влагалищная пояснично-крестцовая ионогальванизация с сульфатом цинка и новокаином (см. методику № 32). При трихомонадном кольпите ионогальванизация с солянокислым хинином.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ (вагинит, церво-эндоцервицит, метроэндометрит, сальпингит, оофорит, периметрит, параметрит, пельвеоперитонит). В острой и подострой стадиях воспаления внутренних половых органов лечение начинают с облучения ультрафиолетовыми лучами в эритемных и гиперэритемных дозах кожи нижней трети задней поверхности шеи и надплечий до третьего и четвертого грудных сегментов включительно (см. методику № 6). Процедуры ежедневно, при повышенной светочувствительности кожи — через день. Общее количество облучений 6—8. Одновременно проводится холодовая терапия — прикладывание льда (резиновый пузырь с кусочками тающего льда) на низ живота. Пузырь со льдом применяют в течение первых 2—3 суток, удерживая его по 10—20 минут, повторяя с интервалами по 20—30 минут. Под пузырь подкладывают сухую салфетку. При наступлении стабилизации воспалительного процесса облучение ультрафиолетовыми лучами в эритемных и гиперэритемных дозах (2—4 биодозы) кожи области «труссов» (гипогастральная, пояснично-крестцовая полями в 600—800 см²) (см. методику № 60), общее количество облучений 8—12. Целесообразно, приступая к «ультрафиолетовым трусам», продолжать одновременно и облучение ультрафиолетовыми лучами области надплечий.

При благоприятном течении заболевания (улучшение общего самочувствия, исчезновение, уменьшение болей, падение температуры до и ниже 37°, лейкоцитоз ниже 9000, РОЭ до 20 мм и др.) приступают к проведению брюшно-пояснично-крестцовой ионогальванизации с новокаином, кальцием и цинком (см. методику № 31). При отсутствии отрицательных реакций (значительное усиление болей, температура выше 37,7—38°, ухудшение лабораторных показателей и др.) переходят на влагалищную ионогальванизацию с теми же лекарственными растворами (см. методику № 32). При первых сеансах

сила тока не должна превышать 8—10 мА, в дальнейшем может быть увеличена до 15—20 мА. Продолжительность сеанса от 10 до 20 минут. Общее количество сеансов 15—20. При наличии церво-эндоцервицита и эрозии шейки матки у больных, хорошо переносящих влагалищную ионогальванизацию, проводят внутришеечную ионогальванизацию металлическим цинковым электродом с раствором (для гидрозлектрической ванночки) 4% сульфата цинка, хлорида кальция и новокаина, взятых в равных объемных количествах. Внутришеечную ионогальванизацию проводят один раз в 5—7 дней, чередуя ее с влагалищной ионогальванизацией. Сила тока от 7—10 до 20 мА. Продолжительность сеанса 10—20 минут (см. методику № 35). Процедуры проводить до наступления полной эпителизации эрозии.

В период реконвалесценции эндотермокоагуляция эрозии шейки матки противопоказана.

Завершающим этапом является применение тепловых процедур. Целесообразнее первоначально применять аппликации (брюшно-пояснично-крестцовые) парафина, озокерита, грязи, глины и др. (см. методику № 2, 3) как факторов, обладающих интенсивно раздражающим тепловым действием, обуславливающим возникновение мощных кожно-висцеральных рефлексов. Это особенно благоприятно влияет на трофические функции органов малого таза и ведет к более быстрому восстановлению их нормальной деятельности. Применение диатермии, индуктотермии, микроволновой терапии менее эффективно. Что касается воздействия УВЧ № 52 (электрическим полем ультравысокой частоты), то во избежание могущих быть при этом осложнений необходимо полностью исключить наличие мешотчатых образований. При различных формах и степенях ретродевиаций матки, а также при наличии рубцовых образований целесообразно дополнительное применение бимануального (либо вибрационного) гинекологического массажа, но лишь при отсутствии болезненности.

При противопоказаниях к применению эритемных и гиперэритемных ультрафиолетовых лучей (декомпенсированный порок сердца, открытая форма легочного туберкулеза, нефрозо-нефрит, гепатит, гипертиреоз) их можно заменить ионогальванизацией воротниковой области или шейно-надплечных кожных зон (см. методику № 33), которую следует чередовать с аппликациями горчичников на те же кожные рефлексогенные поля (в количестве 4—6 штук одновременно). При осложнении воспалительного процесса маточными кровотечениями учащают и усиливают воздействие на шейно-надплечную зону, а также применяют те или иные маммарные методики (см. раздел «Маточные кровотечения» методики № 1, 4, 18, 38, 42, 45, 47). При лечении хронически протекающих и особенно часто обостряющихся воспалительных процессов благоприятное влияние на их течение оказывают предварительно проводимые общие и внеочаговые верхнесегментарные воздействия: общее облучение ультрафиолетовыми лучами, гидротерапевтические процедуры (см. методики № 7, 8, 22, 58).

ВУЛЬВИТ, ВУЛЬВОВАГИНИТ. Помимо мероприятий, указанных при лечении вагинита, применяются: стабильная дарсонвализация вульвы 8—15 минут и ионогальванизация вульвы 4% раствором диканна. При слабом токе (4—6 мА) продолжительность процедуры до 15—20 минут (см. методики № 23, 31, 32, 60).

МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ. Многообразие причин, вызывающих возникновение маточных кровотечений, требует строго индивидуального выбора физиотерапевтическим факторов, методов их применения и индивидуальных дозировок. Использование различных маммарных методик, за редким исключением (неправильно подобранная методика), всегда положительно влияет на этот симптом. Маммарные методики, помимо оказываемого ими миотонического и вазопрессорного действия на органы малого таза (матка, связочный аппарат, мочевой пузырь, сосуды), положительно влияют на трофические их функции, что клинически проявляется улучшением течения воспалительных процессов внутренних половых органов, остановкой маточных кровотечений, затормаживанием роста миом матки, улучшением функции мочевого пузыря, кишечника, исчезновением геморроидальных узлов и др. На общее состояние они оказывают тонизирующее действие: повышают трудоспособность, бодрость и др.

В зависимости от характера заболевания, помимо воздействий на молочные железы, подвергают раздражению физиотерапевтическими факторами ряд определенных кожных рефлексогенных зон.

Показания. При ювенильных и климактерических кровотечениях, недостаточном обратном развитии матки после родов и аборта, при кровотечениях, сочетающихся с хроническими воспалительными процессами внутренних половых органов, показаны маммарные методики (см. методики № 1, 4, 45, 47). При наличии подострых воспалительных заболеваний внутренних половых органов, осложненных кровотечениями, показаны шейно-надплечное ультрафиолетовое облучение и маммарно-шейно-надплечная методика (см. методики № 18, 42, 61). Наиболее выраженное миотоническое и вазопрессорное действие на органы малого таза оказывает маммарно-дорсальная методика, которая применяется при упорных кровотечениях (см. методику № 38). При солярите, обуславливающем нарушение функции надпочечников и тем самым возникновение застойных явлений в органах брюшной полости и малом тазе, целесообразно использование наряду с чисто маммарным методом и маммарно-солярной методики (см. методику № 40). Маммарно-влагалищная ионогальванизация показана у больных с умеренными маточными кровотечениями, страдающих одновременно хроническим воспалительным процессом внутренних половых органов, кольпитом, церво-эндоцервизитом и эрозией шейки матки (исключить злокачественные эрозии) (см. методику № 37). Маммарно-брюшно-пояснично-крестцовую, а также маммарно-бедренную методики следует применять у некоторых больных с хроническим воспалительным процессом внутренних половых органов как «входные» процедуры перед маммарно-влагалищным методом, а также у девушек. Помимо этого, маммарно-бедренная методика применяется у больных при повышенной чувствительности внутренних половых органов (неврит тазовых сплетений и седалищного нерва, аднексит — ишиас) (см. методику № 36).

Противопоказания. Злокачественные новообразования или подозрения на них, беременности всех сроков, внематочная беременность, нарушения сердечной деятельности с явлениями декомпенсации. Методики маммарная, маммарно-дорсальная, маммарно-солярная противопоказаны при наличии острых и стойких подострых воспалительных процессов внутренних половых органов.

НЕВРИТЫ ТАЗОВЫХ СПЛЕТЕНИЙ характеризуются наличием упорных болей, часто жгучих, типа каузалгии, особенно при хронических рубцовых (спаечных) воспалительных процессах придатков и тазовой клетчатки при различных степенях ретродевиаций матки. В процесс вовлекаются не только гипогастральные, маточные сплетения и седалищный нерв, но и вышележащие сплетения (почечное, мезентериальное, аортальное, солнечное). Наиболее целесообразно применять эндотермию (диатермию) или индуктотермию солнечного сплетения. «ультрафиолетовые трусы» гиперэритемными дозами (2—4 биодозы), брюшно-пояснично-крестцовую, а далее влажливо-пояснично-крестцовую ионогальванизацию с новокаином или дикаином в комплексе со световыми «тазовыми» ваннами (см. методики № 11, 21, 29, 31, 32, 60).

НЕВРОЗЫ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЕ. Наиболее эффективными физиотерапевтическими воздействиями являются: шейно-лицевая ионогальванизация, водолечение, лечебная физкультура (см. методики № 8, 12, 13, 22, 44). При наличии маточных кровотечений типа менометроррагий одновременно с проведение шейно-лицевой ионогальванизации необходимо применять маммарные методики (см. методики № 38, 42).

Противопоказаниями к применению шейно-лицевой ионогальванизации являются злокачественные новообразования или подозрение на них, наличие субмукозных миом и полипов тела и шейки матки, эндометриодная гетеротопия, беременность всех сроков.

НЕДЕРЖАНИЕ И НЕУДЕРЖАНИЕ МОЧИ. При недостаточности тонуса сфинктера мочевого пузыря применяется импульсный электрический ток низкой частоты. Для целей электрогимнастики (электростимуляция мышц) следует применять так называемый экспоненциальный ток (ток Лапика). Он имеет пологую кривую нарастания импульса и отличается от других импульсных токов тем, что при нем сокращаются и те мышцы, которые находятся в состоянии дегенеративной атрофии. Для проведения электрогимнастики пользуются импульсным электронным генератором (аппарат стимуляции мышц типа АСМ-2). Для каждой больной приходится подбирать определенную частоту импульсов, адекватную степени поражения, что осуществляется посредством ритмического модулятора, позволяющего изменять число ритмов в одну минуту от 8 до 48. Правильно проводимая электростимуляция благоприятно влияет на кровоснабжение и трофику тканей и увеличивает силу и объем сокращения мышц. Сеансы проводят ежедневно. Общее количество процедур до заметного улучшения полной нормализации тонуса сфинктера (см. методики № 25, 26, 27).

ООФОРИТ см. Воспалительные заболевания внутренних половых органов.

ПАРАМЕТРИТ см. Воспалительные заболевания внутренних половых органов.

ПЕЛЬВЕОПЕРИТОНИТ см. Воспалительные заболевания внутренних половых органов.

ПЕРИМЕТРИТ, ПЕРИСАЛЬПИНГИТ, ПЕРИООФОРИТ см. Воспалительные заболевания внутренних половых органов.

ПОСЛЕРОДОВЫЕ ЯЗВЫ промежности подвергают облучению ультрафиолетовыми лучами, а также воздействию электрическим полем ультравысокой частоты. В целях стимуляции трофических функций тканей применяется местная стабильная дарсонвализация (импульсный ток высокого напряжения и частоты). Для полного исключения возможного раздражения от искр вакуум-электрода его необходимо в течение всей процедуры держать плотно прижатым к раневой поверхности. Сеансы проводят ежедневно. Ультрафиолетовое облучение от 1 до 3 биодоз, УВЧ в олиготермических дозировках (см. методику № 57).

САЛЬПИНГИТ см. Воспалительные заболевания внутренних половых органов.

СИМФИЗИТ. Боли в области лонного сочленения успешно поддаются воздействиям индуктотермии, ионогальванизации с новокаином (лонно-крестцовое расположение электродов), УВЧ в олиготермических дозировках (40—80 W) и ультрафиолетовым облучениям (см. методики № 28, 31, 52, 60).

ЦЕРВО-ЭНДОЦЕРВИЦИТ. Помимо влагалищных спринцеваний с различными дезинфицирующими средствами, проводят интрацервикальную ионогальванизацию (электролиз) с помощью металлического цинкового электрода, а при отсутствии такового может быть использован медный (типа обычного зонда) диаметром 2 мм и длиной 200 мм стержень, изолированный резиновой трубкой длиной 170 мм. Свободный, не изолированный его конец с навитой на него марлей смачивается в растворе сернокислого или хлористого цинка и вводится в канал шейки до внутреннего зева (см. методику № 35). Процедуры проводятся с интервалами 4—5 дней. Пользование солями цинка дает наилучший эффект по сравнению с другими тяжелыми металлами (серебро, медь, железо, сплавы и др.).

ЭРОЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ ПРОСТАЯ. Из физических методов лечения наиболее высокий эффект дает внутривагинальная цинк-ионогальванизация (см. методику № 35). Бактерицидное и бактериостатическое действие лекарственных веществ при ионогальванизации зависит от валентности иона и критической для коллоида клетки величины потенциала. Таким образом, степень терапевтического действия прямо пропорциональна длительности процедуры. Целесообразно также, если нет противопоказаний, применять для ускорения эпителизации метод шейно-лицевой ионогальванизации, оказывающий особо благоприятное влияние на трофику органов малого таза (см. методику № 44).

Отсутствие признаков эпителизации свидетельствует об особой стойкости гиперпластических образований и, наоборот, начало эпителизации — о доброкачественности образования.

ГИПОГАЛАКТИЯ. Значительный терапевтический эффект наблюдается при применении импульсного электрического тока высокого напряжения и частоты (дарсонвализация). Применяют лабильный метод, пользуясь вакуум-электродом. Воздействию подвергают обе молочные железы и область надплечий. Сеансы (процедуры) проводят ежедневно. Общее количество процедур на курс лечения может быть доведено до 15—20 (см. методику № 23).

ФИЗИОПРОФИЛАКТИКА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

В целях предупреждения возникновения и развития патологических состояний во время беременности, осложнений в родах и возникновения послеродовых заболеваний применяется ряд физиотерапевтических воздействий, из которых наиболее эффективными являются ультрафиолетовые облучения, некоторые виды гидротерапии и лечебная физкультура.

1. Ультрафиолетовые облучения во время беременности. Под влиянием общих ультрафиолетовых облучений в организме происходит ряд сложных изменений (появление продуктов белкового распада, повышение трофических функций, перестройка иммуногенеза в сторону его повышения, превращение провитаминов кожи в активные вещества, изменение в обмене электролитов) и в конечном итоге выраженная десенсибилизация.

Клинические наблюдения показали, что число послеродовых заболеваний у женщин, подвергавшихся во время беременности ультрафиолетовым облучениям, резко снижается. Помимо этого, облучения благоприятно влияют на развитие плода, предотвращая возникновение рахита.

Общее облучение ультрафиолетовыми лучами следует начинать на 32—34-й неделе беременности и проводить не менее 15—20 сеансов (табл. 27).

Противопоказания. Злокачественные новообразования или подозрение на них, гепатит, нефрозо-нефрит, гипертиреоз, активный туберкулез легких, декомпенсированные пороки сердца, малярия, гипертония, острые инфекции.

2. Водолечебные процедуры во время беременности. Применяют частичные и общие обтирания, души пылевой, игольчатый, дождевой. Ванны (пресные, соленые и хвойные) целесообразно проводить в первые месяцы беременности (до 6-го месяца). Все водные процедуры как адекватные раздражители повышают жизнедеятельность организма через посредство кожно-висцеральных многообразных рефлексов.

Особенно целесообразно проведение гидропрофилактики и гидротерапии тем беременным женщинам, которым ультрафиолетовые облучения противопоказаны.

3. Лечебная физкультура в виде комплексов физических упражнений способствует благоприятному течению как беременности, так и родового акта и повышает общую сопротивляемость организма. Основной задачей, помимо укрепления мышц брюшного пресса, тазового дна, увеличения подвижности тазовых сочленений и

Схема общего облучения беременной ртутно-кварцевой лампой с горелкой ПРК-7 на расстоянии 3 м при средней биодозе 4 минуты

Порядковый номер процедур	Средняя биодоза	Продолжительность облучения в минутах	
		передняя поверхность тела	задняя поверхность тела
1	$\frac{1}{4}$	1	1
2	$\frac{1}{4}$	1	1
3	$\frac{1}{2}$	2	2
4	$\frac{1}{2}$	2	2
5	$\frac{3}{4}$	3	3
6	$\frac{3}{4}$	3	3
7	1	4	4
8	1	4	4
9	$1\frac{1}{4}$	5	5
10	$1\frac{1}{4}$	5	5
11	$1\frac{1}{2}$	6	6
12	$1\frac{1}{2}$	6	6
13	$1\frac{3}{4}$	7	7
14	$1\frac{3}{4}$	7	7
15	2	8	8
16	2	8	8
17	$2\frac{1}{4}$	9	9
18	$2\frac{1}{4}$	9	9
19	$2\frac{1}{2}$	10	10
20	$2\frac{1}{2}$	10	10

позвонок, является общее улучшение психо-физического состояния беременных (повышение тонуса всех систем организма — нормализация кровообращения, дыхания, общего обмена).

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ

АППЛИКАЦИИ. Методика № 1. Аппликации грязевые на молочные железы. Грязь (иловая, торфяная и др. или глина) нагревают до 42—48°, в количестве 1—1,5 кг выкладывают на двойную марлевую салфетку размером 30×30 см, края которой собирают вместе и плотно завязывают. Придав полученному кисету форму лепешки, ее локализуют на грудной железе, покрывая сверху теплоизолирующей тканью. Грязевую лепешку удерживают до 15—20 минут. По снятии ее молочную железу вытирают сухой или влажной мягкой тканью или ватой. Процедуры проводят ежедневно или через день. Общее

количество сеансов на курс лечения 12—20. При неагивных реакциях со стороны сердца грязевую лепешку апплицируют только на правую молочную железу.

Методика № 2. Грязевые аппликации и грязевые влагалищные тампоны. Брюшно-пояснично-крестцовая методика. Грязь (торф, глина и др.), нагретую до 38—40°, в количестве $\frac{3}{4}$ ведра выкладывают на двойную марлевую салфетку размером 50×50 см, края которой собирают и плотно завязывают. Заключенной в салфетке грязи придают форму лепешки и апплицируют одну из них на пояснично-крестцовую область, а другую — на нижнюю часть брюшной стенки. Больную, как обычно, укутывают клеенкой, брезентом и шерстяным одеялом. Процедура продолжается 10—20 минут. Обмывание проводят влажной губкой, после чего необходим получасовой отдых. Общее количество процедур на курс лечения 8—12. Тампоны см. методике № 51.

Методика № 3. Парафиновые аппликации. Брюшно-пояснично-крестцовая методика. Парафином температуры 55—70° пропитывают многослойную (16—18 слоев) марлевую салфетку размером 300—400 см² и накладывают одну на пояснично-крестцовую область, а другую — на нижнюю часть брюшной стенки. Перед наложением аппликаций кожу подлежащего воздействию участка покрывают с помощью кисти парафином (температура 60°). Больную укутывают брезентом и теплым одеялом. По истечении 10 минут для усиления теплового действия брюшной аппликации поверх нее накладывают один или два мешочка с песком. Процедура продолжается 15—30 минут. Сеансы проводят через день. Общее количество сеансов на курс лечения от 10 до 20.

Методика № 4. Парафиновые и озокеритовые аппликации. Марлевые салфетки размером 15×15 или 18×18 см, в 8—12 слоев, пропитанные парафином или озокеритом (45—55°), накладывают на молочные железы, соски при этом изолируют клеенкой или сухой ватой. Салфетки покрывают клеенкой и теплоизолирующей тканью. Продолжительность сеанса 10—20 минут. Курс лечения 15—20 сеансов.

Методика № 5. Озокеритовые аппликации. Брюшно-пояснично-крестцовая методика. Первая методика аналогична методике применения парафина. Вторая проводится с помощью разлива расплавленного озокерита в металлические или деревянные (последние способствуют более длительному сохранению первоначальных температур) кюветы. Перед выливанием озокерита в кюветы в них кладут обыкновенную медицинскую клеенку, вместе с которой и вынимают затвердевшую массу озокерита. По измерении температуры аппликации (55—65°) таковые накладывают одну на пояснично-крестцовую область, другую — на нижний отдел брюшной стенки. Больную укутывают брезентом и теплым одеялом. Через 10—15 минут для усиления теплового действия брюшной аппликации поверх нее накладывают тяжесть (мешочек с песком). Процедура продолжается от 20 до 40 минут. Сеансы проводят через день. Общее количество сеансов на курс лечения 15—20. Во избежание ожогов необходимо тщательно следить за полным обезвоживанием расплавленного парафина и озокерита, а также за состоянием кожи, подлежащей воздействию, удаляя с нее влагу.

Методика № 6. Озокеритовые аппликации на молочные железы (см. методику № 4).

ВАННЫ. Методика № 7. Газовая ванна (сидячая). Применяется ванна особой формы, удобной для длительного свободного сидения больной. Ванну наполняют водой температуры 34—36°. Больная погружает в воду весь таз, поясницу, нижнюю часть живота и верхнюю треть бедер. Ноги больной погружают в поставленный около ванны сосуд, наполненный водой той же температуры, или на них надевают теплые туфли. Больную по погружении в ванну покрывают простыней и поверх нее теплым одеялом. В сидячих ваннах обычно монтируются спинной и восходящий (промежностный) душ и приточно-отточная система. Это дает возможность проводить дополнительное как механическое, так и температурное воздействие на поясничную область, промежность и весь таз. Температура обычно не доводится более чем до 40—42°. Продолжительность сеанса 10—30 минут.

Холодные тазовые ванны температуры 15—10° (при варикозных расширениях геморроидальных вен, атонии мочевого пузыря, кишечника и др.) не должны продолжаться более 2—5 минут.

При возникновении сердцебиения или головокружения на область сердца и голову накладывают холодные влажные компрессы.

Методика № 8. Общие водяные ванны (пресные, хвойные, соляные, щелочные, жемчужные, углекислые, сероводородные, радоновые, лекарственные и др.). В общую ванну 180—200 л погружается все тело, за исключением левой половины грудной клетки (области сердца). По температуре воды ванны подразделяются на: холодные — ниже 20°; прохладные — от 20 до 33°; тепловатые, или «индифферентные», — от 34 до 35°; теплые — от 36 до 40°; горячие — свыше 40°. Длительность пребывания больной в ванне обычно от 8 до 15 минут. Курс лечения 12—18 ванн. Количество хвойного экстракта на одну ванну 50 г, соли 2 кг, соды 0,5 кг. Углекислые ванны начинают с 35°, понижая температуру их через каждые две ванны на 1°, и доводят ее до 32°. Продолжительность в среднем 10—12 минут, общее количество — 12. Сероводородные ванны применяют тепловатыми или теплыми, длительностью 10—12 минут, курс 10—15 ванн. Радоновые ванны концентрации от 100 до 200 единиц Махе, температуры 35—37°, от 10 до 20 минут, на курс 15—20 ванн. Из лекарственных ванн чаще применяются отвар ромашки, перманганат калия, горчица, крахмал, отруби и др.

Методика № 9. Ножные ванны (по Гауффе). Ноги погружаются в сосуд, наполненный водой температуры 34—35°. В течение 10—15 минут температуру воды непрерывно повышают до 40—45°, а ванну продлевают еще 10—15 минут. Для повышения раздражающего действия ванн к воде прибавляют обычный порошок горчицы 25—50 г.

Методика № 10. Суховоздушные ванны (типа Линдемана).

Местно для согревания голени, бедра, малого и большого таза. Длительность процедуры 10—15—20 минут. Температура воздуха от 40 до 60—70°. Процедуры проводят через день. Курс лечения 10—20 сеансов. Необходимо наблюдение за состоянием сердечно-сосудистой системы.

Методика № 11. Электросветовая (газовая) ванна. Процедуру проводят на специальной (широкой) кушетке, имеющей по бортам выступающие вверх деревянные «ребра-ограничители», предохраняющие от возможного смещения и падения свеговой ванны. Размер ванны, имеющей деревянный корпус, обычно полусферической формы,

рассчитан на монтаж 16 ламп накаливания в 40 W каждая. Ванна устанавливается над нижним отделом брюшной стенки и верхней трети бедер. Первоначально включаются только 8 ламп, в последующие сеансы — дополнительно по 2—4 лампы. Температура воздуха измеряется вмонтированным в ванну термометром и обычно доводится от 40 до 60—70°. Продолжительность сеанса (облучение брюшной стенки и пояснично-крестцовой области) от 15 до 30—40 минут.

Методика № 12. Влажные обтирания. Влажной шершавой тканью температуры 32—34° обтирают поочередно: верхние конечности, грудь и спину, нижние конечности. Вслед за обтиранием (увлажнением) следует растирание сухой шершавой тканью (мохнатым полотенцем), которое продолжают до появления чувства тепла — легкого покраснения кожи. В течение курса (15—30 процедур) температуру воды постепенно снижают, но не ниже 15°. Обтирания с растираниями целесообразно проводить после 5—10-минутных занятий лечебной физкультурой. Многим больным можно рекомендовать проводить процедуру самим.

Методика № 13. Влажные укутывания (обертывания). На кушетке расстилают большое шерстяное одеяло (или два), поверх — простыню, смоченную водой температуры 32—35° и хорошо отжатую. Обнаженную больную тщательно обертывают сначала простыней (руки можно оставлять свободными), а затем одеялом. Необходимо добиться «герметического» укутывания, чтобы при дыхании больная не ощущала охлаждения от входящего под одеяло воздуха. Процедура продолжается в среднем 30—40 минут. Максимальное успокаивающее действие наступает к моменту начала потоотделения, что должно быть своевременно отмечено. Если преследуется цель усиления потоотделения и тем самым повышения обмена (при болезнях почек, подагре, ревматизме и др.), то процедура может быть продлена в зависимости от состояния больной до 1½—2 часов. После укутывания применяется теплый душ (36—37°). По окончании сеанса необходим длительный отдых до одного часа.

ДАРСОНВАЛИЗАЦИЯ см. Импульсные токи высокого напряжения и частоты.

Методика № 14. Брюшно-пояснично-крестцовая диатермия (эндотермия). Один свинцовый пластинчатый электрод размером 12×16 см накладывается на нижнюю часть брюшной стенки и фиксируется мешочком с песком, второй электрод размером 14×18 см — на пояснично-крестцовую область. Сила тока от 0,8 до 1,5—1,8 А. Продолжительность сеанса 15—30—40 минут. Общее количество сеансов 12—20.

Методика № 15. Влагалищно-брюшная методика. Металлический влагалищный электрод (оливообразный или цилиндрический) вводят во влагалище, а его рукоятку с проводом высокой изоляции фиксируют к поверхности кушетки мешочком с песком. Второй электрод (свинцовый пластинчатый) располагают на брюшной стенке и фиксируют также мешочком с песком. Дозировка см. методику № 17.

Методика № 16. Влагалищно-пояснично-крестцовая. Влагалищный электрод вводят и фиксируют так же, как указано в методике № 15. Второй свинцовый пластинчатый электрод подкладывают под пояснично-крестцовую область. Дозировка см. методику № 17.

Методика № 17. Влагалищно-брюшно-пояснично-крестцовая. Влагалищный электрод вводят и фиксируют так же, как указано в методике № 15. Два других электрода (свинцовые пластинчатые), соединенные раздвоенным проводом, накладывают: первый (12×16 см) на нижнюю часть брюшной стенки и фиксируют мешочком с песком, второй (14×18 см) — на пояснично-крестцовую область; затем эти электроды подключают к одной из клемм аппарата. Сила тока при всех указанных вагинальных методиках от 0,8 до 2 А. Продолжительность сеанса 15—30—40 минут. Общее количество сеансов на курс лечения 12—20.

Методика № 18. Эндотермия (диатермия) молочных желез. На железы накладывают свинцовые пластинчатые электроды круглой или овальной формы размером 12×12 или 10×12 см, фиксируют или резиновыми бинтами или мешочками с песком и соединяют оба раздвоенным проводом с одной из клемм аппарата эндотермии (диатермии). Третий свинцовый пластинчатый электрод размером 12×20 см располагают на шейно-надплечной области. Для лучшего контакта под электрод на кушетку подкладывают соответствующего размера «ватник» толщиной 3—4 см. Сила тока от 0,8 до 1,2—1,5 А, продолжительность сеанса 15—20 минут. Сеансы проводят ежедневно или через день. Общее количество сеансов на курс лечения 8—15.

Методика № 19. Воздействию подвергается правая молочная железа (пороки сердца!). Сила тока снижается до 0,6—0,8 А.

Методика № 20. Маммарно-соляная эндотермия (см. методику № 40).

Методика № 21. Эндотермия (диатермия) солнечного сплетения. Электрод (пластинчатый металлический, обычно свинцовый, площадью 200 см²) располагают на подложечной области и фиксируют мешочком с песком. Второй аналогичный электрод площадью 300 см² располагают на рефлексогенной зоне солнечного сплетения на спине внутрь от нижнего угла левой лопатки. Сила тока от 0,1 до 0,3 А. Продолжительность сеанса от 10 до 20 минут (иногда 30—40 минут). Сеансы ежедневно или через день. Общее количество сеансов на курс лечения 5—15.

ДУШИ. Водяные души. Методика № 22. Души различаются по форме струи (цельной и раздробленной или распыленной), силе струи, ее температуре и водной массе, по направлению (восходящие, нисходящие и циркулярные), по месту воздействия (местные и общие). Чаще применяются: пылевой, дождевой, ленточный, игольчатый, циркулярный или мантиль-душ, душ Шарко и шотландский, при давлениях до 2 атм. (среднее) или до 4 атм. (высокое). По температуре воды они подразделяются на холодные, прохладные, тепловатые и т. д. (см. методику № 8). Ленточный душ применяется для воздействия на позвоночник (симпатические узлы) температурой 36—20° при постепенном снижении ее с каждой процедурой. Циркулярный душ с 36 до 28°, продолжительностью от 2 до 5 минут, ежедневно; общее количество процедур на курс лечения 15—30. Душ Шарко (веерный или струевой) применяется как общее мощное воздействие. Больная стоит на расстоянии 3 м вначале спиной, потом поворачивается передней поверхностью тела, а затем поочередно боковыми. Температура воды первоначально 34—32°, в дальнейшем ее снижают до 25—20° (иногда и ниже). Процедуру начинают при давлении 2 атм., а в последующие сеансы повышают до 3—4 атм. Раз-

вернутую веером струю направляют на стопы ног и постепенно доходят до надплечий и нижней трети шеи. Голова и в особенности лицо, а также область половых органов, чтобы исключить возникновение головокружения и значительной болезненности, не должны подвергаться ударам струи. Длительность процедуры 1—2—3 минуты. Сеансы проводятся ежедневно, общее количество их на курс лечения 15—20 Шотландский душ проводится так же, как и душ Шарко, но с той существенной разницей, что при нем поочередно воздействуют теплой и холодной струями из двух брандспойтов. Начинают обычно с теплой или даже горячей воды (38—44°), длительность воздействия которой от 20 до 60 секунд, затем сразу пускают холодную струю (25—20—15°), продолжительность действия которой не более 10—15 секунд. Такое сменное воздействие повторяют 2—5 раз. При проведении лечения душами Шарко и шотландским необходимо следить за состоянием сердечно-сосудистой деятельности и общей реакцией больной.

ИМПУЛЬСНЫЕ ЭЛЕКТРОТОКИ. Методика № 23. Импульсный ток высокого напряжения и частоты (дарсонвализация). При местной дарсонвализации пользуются конденсаторными (вакуум) электродами различной формы (цилиндрической, конусовидной, грибовидной и др.) Влагалищная и прямокишечная дарсонвализация а также дарсонвализация вульвы проводится стабильно. Electroды смазывают вазелином, вводят в прямую кишку или во влагалище и фиксируют (в своем основании, т. е. рукоятке) мешочком с песком. Сила тока доводится до появления ощущения легкого тепла. Продолжительность сеанса 10—15 минут, общее количество сеансов 10—15—20. При лечении трофических язв и вяло заживающих ран применяют лабильную дарсонвализацию, но не допускают появления искр (эффлювий). Длительность процедуры и количество их на курс лечения см. стабильную методику. Стеклоянные вакуум-электроды дезинфицируют спиртом.

Методика № 24. Общая дарсонвализация («индуктотерапия»). Больная (сидя или лежа) находится внутри катушки самоиндукции («соленоид»), являясь тем самым вторичной цепью, в которой возникают токи высокой частоты. Во время процедуры больная не должна испытывать никаких ощущений. Работа аппарата проверяется неоновой лампой (свечение). Продолжительность процедуры 15—20 минут. Общее количество сеансов на курс лечения 10—30. При проведении дарсонвализации необходимо удалить все металлические предметы, которые прикасаются к коже.

Методика № 25. Импульсный низкочастотный ток (электростимуляция мышц). Брюшно-пояснично-крестцовая методика. Металлические пластинчатые электроды с гидрофильной прокладкой смачивают физиологическим раствором и накладывают на нижнюю часть брюшной стенки (электрод 300 см²) и на пояснично-крестцовую область (электрод 400 см²). Применяется экспоненциальный (импульсный) ток малых частот (6—12—15 гц). Процедура продолжается 10—15 минут. Проводится ежедневно; на курс лечения 15—20 сеансов.

Методика № 26. Лонно-крестцовая методика. Металлические пластинчатые электроды с гидрофильной прокладкой одинаковой площади (70—100 см²) смачивают физиологическим раствором и накладывают соответственно на лонное сочленение и область крестца.

Применяется тетанизирующий (импульсный) ритмический ток. Длительность процедуры от 8 до 15 минут. Общее количество процедур на курс лечения 15—20.

Методика № 27. Влагалищно-лонно-крестцовая. Дополнительно вводится металлический влагалищный электрод. Два других электрода соединяют раздвоенным проводом с другим полюсом аппарата.

Для проведения указанных методик (№ 25, 26 и 27) применяется аппарат для электростимуляции мышц марки АСМ-2 и АСМ-3 с ритмическими модуляторами (частотой от 8 до 48 в минуту).

ИНДУКТОТЕРМИЯ. Методика № 28. Индуктометрия области малого таза. А. Диск средний или малый (из трех) устанавливается на держателе над нижней областью брюшной стенки. Воздушный зазор 4 см (можно пользоваться ватной подушкой, подкладываемой под диск). Сила тока (анодного) 120—200 мА, продолжительность 10—30 минут. Общее количество сеансов на курс лечения 15—20. Б. Плоская спираль (из кабеля) вмонтирована в кушетку в месте, соответствующем пояснично-крестцовой области болевой. Воздушный зазор осуществляется посредством ватной подушки толщиной 4—6 см. Сила тока и продолжительность сеанса см. выше. При появлении ощущения жжения необходимо увеличить зазор и уменьшить силу анодного тока. При применении вагинального электрода (2 или 3 витка спирали) сила тока не должна превышать 140 мА, а продолжительность сеанса — 20 минут.

Методика № 29. Индуктометрия солнечного сплетения. Электрод—диск (малый) или плоская спираль. Первый располагается над подвздошной областью. Воздушный зазор 3—5 см. Второй либо накладывается на подвздошную область с подстеленными под него «ватником» или мохнатым полотенцем (6—8 слоев), либо локализуется на рефлексогенной зоне солнечного сплетения. Воздушный зазор осуществляется также с помощью «ватника». Сила тока 110—120 мА. Продолжительность сеанса 10—15—20 минут. Сеансы ежедневно или через день. Общее количество сеансов на курс лечения 6—12.

Методика № 30. Индуктометрия области надплечий. Воздействие высококачественным магнитным полем. На область надплечий накладывается «ватник» или сложенное в 6—8 слоев мохнатое полотенце (сухое), а поверх располагается электрод — кабель в 2—3—4 витка. Витки кабеля фиксируют между собой изоляционной лентой на равных расстояниях. Свободные концы кабеля должны быть одинаковой длины. Места перекреста кабеля во избежание пробития изоляции дополнительно обертывают резиновым бинтом. Сила тока от 110 до 180 мА. Продолжительность сеанса 10—20 минут, частота — через день. Общее количество на курс лечения 12—15 сеансов.

ИОНОГАЛЬВАНИЗАЦИЯ, ЭЛЕКТРОФОРЕЗ. Методика № 31. Брюшно-пояснично-крестцовая методика. Два свинцовых электрода—прямоугольные пластины размером 12 × 16 см и 14 × 18 см с несколько большими по размерам гидрофильными прокладками из 8—12 слоев байки (толщиной не менее 1 см) располагают: первый электрод на нижнюю часть брюшной стенки (нижний его край граничит с лонным сочленением) и фиксируют мешочком с песком, второй — на пояснично-крестцовой области. Гидрофильные прокладки

электродов смачивают лекарственными растворами (чаще применяют хлористый кальций, сернокислый цинк, йодистый калий, новокаин, адреналин, бром, сульфат-магнезию, кофеин-бензоат натрия, кодеин, хинин, пенициллин, стрептомицин, стрептоцид белый и др.).

Для предупреждения инактивации пенициллина, а также некоторых других лекарственных веществ применяют дополнительно прокладки с 5% раствором глюкозы и 1% раствором гликокола. Порядок наложения: непосредственно на кожу накладывают смоченную лекарственным раствором тонкую прокладку или лист фильтровальной бумаги, на него — обычную прокладку, смоченную теплой водой (водопроводной), поверх нее — несколько слоев (2—5) фильтровальной бумаги с буферным раствором, затем снова обычную прокладку, смоченную водой, и, наконец, свинцовый пластинчатый электрод. Начальная сила тока 8—12 мА (до появления ощущения легкого покалывания). Появление чувства жжения в каком-либо участке под прокладкой требует изоляции этого участка от воздействия тока, что достигается покрытием такого клеенкой или сухим ватным шариком, смазанным вазелином. Максимальная сила тока при ланчой методике от 25 до 30 мА. Продолжительность сеанса от 10 до 40 минут. Общее количество их на курс лечения от 15 до 30.

Методика № 32. Влагалищно-брюшно-пояснично-крестцовая. Два пластинчатых металлических электрода с гидрофильными прокладками располагают: первый на нижнем отделе брюшной стенки, второй на пояснично-крестцовой области и соединяют оба раздвоенным проводом с одним из полюсов гальванического аппарата. Третий влагалищный электрод вводят во влагалище на всю его глубину до свочов и соединяют с другим полюсом. Наиболее рациональным влагалищным электродом является угольный (как неполяризирующийся) или деревянный. Последний имеет то преимущество, что при пользовании им полностью исключается возможность возникновения электрохимических ожогов, а также простота его изготовления и экономичность. Цельнодеревянный электрод хранят в соответствующем лекарственном растворе, а перед введением на него навивают тонкий слой ваты (для лучшего контакта со слизистой оболочкой), которую смачивают тем же раствором. Электрод вводят с помощью влагалищного зеркала (цилиндрического или Куско) во избежание выжимания из ваты лекарственного раствора. Зеркало удаляют сейчас же по введению электрода. Сила тока, продолжительность и количество процедур на курс лечения те же, что и при брюшно-пояснично-крестцовой методике.

Методика, № 33. Воротниковая моногальванизация по Щербак. Электрод, имеющий форму «воротника или шали», накладывают на надплечья, спину (верхние три грудных сегмента), наключичные области и верхнюю часть плеч. Он разделен на две половины, не соприкасающиеся одна с другой, отстоящие друг от друга на 5—7 см («двойной полуворотник» — метод чисто воротниковой гальваноионотерапии). Каждую из половин воротника соединяют с различным полюсом гальванического аппарата. Из лекарственных растворов применяются соли кальция, бромиды, сульфат магния (4—5% раствор). При первых сеансах сила тока 4 мА. При отсутствии негативных явлений она постепенно (при последующих сеансах) повышается, однако не должна быть более 12 мА. Продолжительность сеанса от 8 до 15 минут, частота — через день. Общее количество на курс лечения 12—15 сеансов.

Методика № 34. Воротниково-поясничная ионогальванизация по Щербаку. Электрод в форме «воротника или шали» (цельный, не разделенный на половины) накладывают на надплечья, спину, надключичные области и верхнюю часть плеч и соединяют с положительным полюсом гальванического аппарата. Второй электрод, прямоугольной или квадратной формы, располагают на поясничной области и соединяют с отрицательным полюсом. Размер гидрофильной прокладки всего воротника обычно 800 см², а поясничного — 600 см². Для электрода-воротника из лекарственных веществ применяют 4—5% раствор хлорида кальция (бромиды, новокаин, сульфат магния и др.). При начальных сеансах сила тока 4 мА, при последующих постепенно увеличивается, не должна превышать 12—15 мА. Продолжительность сеанса от 5 до 15—20 минут. Сеансы проводятся через день. Общее количество сеансов на курс лечения 12—18.

Методика № 35. Интрацервикальная цинк-ионогальванизация. Два металлических пластинчатых электрода с гидрофильными прокладками, смоченными водой (водопроводной), располагают: один на брюшной стенке, другой на пояснично-крестцовой области и соединяют оба раздвоенным проводом с отрицательным полюсом. Третий электрод из металлического цинка в форме расширителя Гегаля длиной 2—3 см вводят в канал шейки матки до внутреннего зева. При пользовании металлическим зеркалом типа Куско целесообразнее применять «диск-стержневой» — цинковый электрод, чашеобразный диск которого контактирует с эрозированной поверхностью шейки матки и тем концентрирует силовые линии тока. После введения электрода в канал шейки матки зеркало не удаляют, а в течение всей процедуры больная удерживает его пальцами руки. Непосредственно после этого во влагалище вливают (из маленького резинового баллончика) подогретый раствор 2% сернокислого цинка до полного погружения в него влагалищной части шейки матки. Во избежание смещения электрода его фиксируют у наружного конца зеркала ватным шариком. Электрод соединяют с положительным полюсом. Сила тока при первых сеансах от 10 до 12 мА, при последующих — от 15 до 20 мА. Продолжительность сеанса от 8 до 20 минут. Сеансы проводятся один раз в 5—7 дней в зависимости от быстроты отпадения струпа. Общее количество процедур определяется степенью структурных изменений тканей шейки матки и в среднем колеблется от 8 до 18.

Методика № 36. Маммарно-брюшно-пояснично-крестцовая. Два электрода накладывают на молочные железы (см. методику № 37), третий и четвертый электроды в виде металлических пластин с гидрофильной тканью размером 14 × 18 см, смоченные 4% раствором хлорида кальция, располагают на пояснично-крестцовой области и нижней части брюшной стенки, соединяют оба раздвоенным проводом с положительным полюсом. Дозировки см. методику № 37.

Методика № 37. Маммарно-влагалищная. При этом методе наиболее целесообразно применять постоянный ток. Два металлических пластинчатых электрода с гидрофильными прокладками, смоченные 1% раствором йодистого калия, накладывают каждый на молочные железы (соски изолируют кружками клеенки) и соединяют раздвоенным проводом с отрицательным полюсом гальванического аппарата. Третий электрод, влагалищный, смоченный 4% раствором хлорида кальция, вводят во влагалище и соединяют с положительным полюсом. Сила тока при первых сеансах доводится до 10—15 мА,

в дальнейшем до 20—25 мА. Продолжительность сеанса от 15 до 30—40 минут. Сеансы проводят ежедневно или через день. Общее количество сеансов на курс лечения 20—30. В качестве вагинального электрода рекомендуется пользоваться «деревянным электродом», при котором полностью исключается возможность электрохимического ожога. При пользовании угольным или металлическим стержневым электродом необходимо тщательно навивать на них вату или марлю слоем толщиной не менее 1 см. Электрод вводят во влагалище при помощи зеркала, которое удаляют сейчас же. Таким путем обеспечивается удержание гидрофильной тканью лекарственного раствора, который при введении электрода «по пальцу» обычно в значительном количестве выжимается из ткани, в силу чего электрод становится более «сухим» и менее действенным.

Методика № 38. Маммарно-дорсальная. Воздействию (одновременно) подвергаются молочные железы и кожные рефлексогенные зоны спины от второго до седьмого грудного сегмента включительно. 1. Постоянный ток: два электрода располагают на молочных железах (см. методику № 42), третий — на спине книзу от второго грудного сегмента. Дозировки те же, что и при методике № 42 (маммарно-шейно-надплечной). 2. При эндотермии расположение свинцовых пластинчатых электродов такое же, как и при постоянном токе. Сила тока от 0,8 до 1,5 А; продолжительность сеанса 15—20 минут. Общее количество на курс 12—15.

Методика № 39. Ионогальванизация области «трусов» (гальванические трусы по А. Е. Щербаку). Воздействие постоянным током оказывается преимущественно на органы малого таза. Метод «трусов» сходен с методом «гальванического пояса по Щербаку», отличаясь от последнего только меньшим размером (площадью) электродов. При нем электрод (металлический пластинчатый) с гидрофильной тканью площадью 300—400 см², смоченный 4% раствором хлорида кальция, располагается на пояснично-крестцовой области и соединяется с положительным полюсом гальванического аппарата. Два электрода, аналогичные первому, но площадью 150—200 см² каждый, накладывают на переднюю поверхность верхней трети обоих бедер и соединяют с отрицательным полюсом. Эти электроды фиксируют мешочками с песком или резиновыми бинтами. Сила тока начальная от 8—15 до 20—25 мА. Продолжительность сеанса от 15 до 30—40 минут. Сеансы проводят ежедневно или через день. На курс лечения 12—15 сеансов.

Методика № 40. Маммарно-соляная. Воздействию (одновременно) подвергаются молочные железы и кожная рефлексогенная зона солнечного сплетения (зона Захарьина — Геда), находящаяся на уровне нижнего угла левой лопатки, внутрь от него. При применении постоянного тока два электрода располагаются на молочных железах (см. методику № 42), а третий электрод — на области кожной рефлексогенной зоны солнечного сплетения. Сила тока от 8 до 10—15 мА. Продолжительность сеанса 10—20 минут. Количество сеансов 15—20. При эндотермии расположение электродов такое же, как и при постоянном токе, дозировка от 0,2 до 0,5 А. Продолжительность сеанса 10—20 минут. Курс лечения 10—15 сеансов.

Методика № 41. Ионогальванизация трещин сосков. На сосок накладывается гидрофильная ткань (вата, фланель) размером 4×4 см и толщиной не менее 1 см, смоченная смесью следующих растворов, взятых в равных объемных количествах: хлорида или

сульфата цинка 1%, хлорида кальция 2% и новокаина 10% или ди-каина 4%. Поверх ватника кладут круглую металлическую пластинку диаметром 3 см, соединенную с положительным полюсом гальванического аппарата, которую вместе с ватником фиксируют мешочком с песком. Второй электрод, состоящий также из гидрофильной ткани размером 12 × 16 см и металлической пластины размером 8 × 12 см, соединенной с отрицательным полюсом, располагается на области надплечий. Гидрофильную ткань смачивают водопроводной водой. Сила электротока от 2 до 4—5 мА. Продолжительность сеанса от 10 до 15—20 минут. Процедуры проводят ежедневно. Общее количество сеансов на курс лечения 12—15.

Методика № 42. Маммарно-шейно-надплечная. При применении постоянного электрического тока на каждую молочную железу накладывают электроды, состоящие из металлической пластины (свинцовой) круглой формы диаметром 12 см и гидрофильной прокладки диаметром 15 см, толщиной не менее 1 см, смоченной 1% раствором йодистого калия. Соски предварительно изолируют кружками клеенки. Электроды фиксируют либо резиновыми бинтами, либо мешочками с песком и соединяют оба раздвоенным проводом с отрицательным полюсом гальванического аппарата. Третий электрод, состоящий из прямоугольной свинцовой пластины размером 10 × 15 см и гидрофильной ткани (прокладки) размером 12 × 18 см, смачивают 4% раствором хлористого кальция, локализуют на шейно-надплечной области и соединяют с положительным полюсом. При первых сеансах сила тока 10—15 мА, продолжительность сеанса 15 минут, при последующих сеансах сила тока 20—25 мА, продолжительность сеанса 30—40 минут. Курс лечения от 15 до 30 сеансов.

Методика № 43. Ионогальванизация солнечного сплетения. Электрод (пластинчатый металлический с гидрофильной прокладкой) площадью 200 см² (12 × 16 см) располагают на подложечной области. Второй электрод площадью 250 см² (14 × 18 см) кладут на кожную рефлексогенную зону солнечного сплетения (зона Захарьина — Гедда), находящуюся на уровне нижнего угла левой лопатки внутрь от него. Из лекарственных растворов чаще применяются хлорид кальция и новокаин (4% раствор). Кальций вводится с электрода, располагающегося на подложечной области, новокаин — с электрода, локализованного на рефлексогенной зоне солнечного сплетения. Соответственно меняются и полюса. Сила тока первоначально доводится до 8—10 мА, при последующих сеансах до 15—20 мА. Продолжительность сеанса от 10 до 20—30 минут. Сеансы проводятся через день. Общее количество сеансов на курс лечения от 8 до 15.

Методика № 44. Шейно-лицевая ионогальванизация. Два металлических пластинчатых электрода двулопастной формы, площадью 150—180 см² каждый, с гидрофильными прокладками смачивают физиологическим раствором или 4—5% раствором бромистого натрия или кофеин-бензоат натрия. Электроды накладывают на боковые поверхности верхней трети шеи и лица правой и левой стороны так, чтобы ушная раковина оказалась расположенной между лопастями электрода. При этом короткая лопасть, накладываемая на шею, своим верхним краем должна доходить до сосцевидного отростка, а длинная, накладываемая на боковую поверхность лица, соответствовать верхнему краю надбровной дуги. Нижнюю (шейную) часть электрода располагают на 2—3 см вниз от угла нижней челюсти.

Электроды фиксируют резиновыми бинтами и соединяют каждый с соответствующим полюсом гальванического аппарата. При первых сеансах (4—6) сила тока не должна превышать 2—4 мА, а продолжительность сеанса 8—10 минут. В дальнейшем при отсутствии негативных явлений силу тока можно постепенно увеличивать, однако не повышать более чем до 7 мА, а продолжительность сеанса до 15—20 минут. Общее количество сеансов на курс лечения в среднем 8—12, а при медленно наступающем эффекте может быть увеличено до 15—20. Сеансы проводят через день или ежедневно в зависимости от ответной реакции больной. Повторные курсы лечения при недостаточной эффективности или рецидивах назначаются через 4—6 недель.

КОМПРЕССЫ. Методика № 45. Маммарная. Воздействию подвергаются только молочные железы. Гидрофильную ткань (салфетку) смачивают в пресной воде (44—48°), умеренно отжимают и накладывают либо одновременно на обе молочные железы (соски не изолируются), либо поочередно на правую и левую. Поверх салфетки накрывают клеенкой и теплоизолирующей тканью (шерстянкой, ватником). По мере охлаждения компресса салфетку вновь смачивают в воде указанной температуры и процедуру повторяют. Общая продолжительность сеанса в зависимости от ответной реакции больной 15—30 минут. Сеансы проводят ежедневно или через день. Общее количество сеансов на курс лечения от 10 до 20—30. При возникновении сердцебиений, болей в области сердца, общей слабости и др. воздействию подвергают только одну правую молочную железу.

Методика № 46. Согревающие компрессы, соляные (влажные) (по Е. К. Сеппу). Гидрофильную ткань, сложенную в 6—8 слоев, размером 14 × 18 см, смоченную водой комнатной температуры, накладывают на брюшную стенку, накрывают клеенкой, сверху нее шерстяной тканью или ватой и фиксируют несколькими витками полотенца или бинтом. Компресс держат в продолжение 8 часов. Лечение проводят ежедневно в течение 3—6 недель.

СВЕТОЛЕЧЕНИЕ. Методика № 47. Лучистая энергия.

Облучение электрическими лампами накаливания и инфракрасных лучей. При облучении раздельно каждой молочной железы пользуются рефлектором так называемой лампы Минина. Угольные лампы накаливания дают 94% инфракрасных лучей. Длительность облучения каждой железы от 5 до 7 минут. Каждую железу облучают по 2—3 раза. Расстояние рефлектора от молочной железы не должно быть меньше 5 см. Для одновременного облучения обеих желез применяется линейный рефлектор. Общее количество сеансов 12—15.

Методика № 48. Облучение лампой соллюкс. Общее либо местное облучение производится на кушетке. Общее облучение лампой соллюкс (стационарной) проводится с целью избежать охлаждения больших, подвергающихся общему облучению кварцевой лампой. Рефлектор при этом располагается на таком расстоянии от больной, чтобы ею ощущалось легкое тепло (обычно расстояние в пределах 70—100 см). Длительность облучения такая же, как и при кварцевой лампе.

При местном облучении, чаще области малого таза, рефлектор устанавливают на 70—40 см от поверхности тела. В основном при дозировке руководствуются ощущением больной, а также ее общим

состоянием, при длительности процедуры свыше 15 минут — состоянием сердечно-сосудистой системы. Наиболее целесообразно пользоваться горелками в 500 W. Облучают поочередно пояснично-крестцовую область и нижнюю часть брюшной стенки с верхней третью бедер.

Методика № 49. Газовая электросветовая ванна (см. методику № 11).

Методика № 50. Микроволновая терапия (аппарат ЛУЧ-58). Рефлектор-излучатель, круглой или прямоугольной формы, устанавливают на расстоянии 6—8 см над обнаженной нижней частью брюшной стенки. Мощность постепенно повышают до появления в облучаемом участке кожи приятного умеренного ощущения тепла. При появлении жжения мощность необходимо уменьшить, а расстояние несколько увеличить. Кожа перед процедурой должна быть абсолютно сухой.

Средняя терапевтическая мощность при гинекологических заболеваниях равна 40—60 W.

ТАМПОНЫ. Методика № 51. Грязевые влагалищные тампоны. Цилиндрическое эбонитовое или деревянное зеркало наполняют грязью температуры 44—52° путем вдавливания его в грязевую массу, находящуюся в низкостенном сосуде. По заполнении зеркала его снаружи очищают от избытка прилипшей грязи; небольшое ее количество, оставшееся на стенке зеркала, облегчает его введение во влагалище. Введенное до отказа зеркало удерживают левой рукой, а правой с помощью деревянного поршня (обтуратора) грязь выдавливают во влагалище при одновременном извлечении зеркала. По окончании процедуры удаление грязи из влагалища производят посредством введенных в него 2 пальцев руки. Одновременно проводят и спринцевание соленой водой температуры 38—40° (одна столовая ложка поваренной соли на кружку в 2 л)

Применение металлических зеркал при влагалищных грязевых тампонах недопустимо, так как можно вызвать ожог слизистой оболочки влагалища.

Методика № 52. Электрическое поле ультравысокой частоты (УВЧ). Брюшно-пояснично-крестцовая методика. Электроды в форме дисков диаметром 15 см (или прямоугольные соответствующей площади) располагают: один на нижней части брюшной стенки, другой на пояснично-крестцовой области при воздушном зазоре 2—3 см. Длительность сеанса 10—15 минут. Общее количество на курс лечения 8—12 сеансов. При данной методике следует пользоваться аппаратом мощностью 300—350 W.

Методика № 53. Соляная методика. Электроды — диски диаметром 8—10 см — располагают: один на брюшной стенке над солнечным сплетением, другой над рефлексогенной его зоной (внутри от нижнего угла левой лопатки). Зазор 2—3 см. Длительность процедур 10—15 минут, количество процедур на курс лечения 8—12. При данной методике следует пользоваться аппаратом мощностью 80 W. При гинекологических заболеваниях наиболее целесообразными оказываются малые (олиготермические) дозировки.

Ультразвукотерапия. Методика № 54 основана на сложной взаимосвязи «местных» влияний (микромассаж клеток и тканей, образующееся в тканях тепло, физико-химические и биохимические изменения) и сложных рефлекторных реакций с изменением состояния нервной, эндокринной систем, обмена веществ и т. д. Особенно выде-

ляются болеутоляющее, противовоспалительное и сосудорасширяющее действие ультразвуковых колебаний, их влияние на трофику тканей и общее состояние больной.

Показания. Ультразвуковая терапия нашла применение при таких заболеваниях, как радикулит, нефрит, невралгии, плотные рубцы, воспалительные заболевания придатков матки, особенно осложненные спаечным процессом, зуд вульвы и некоторые другие.

Противопоказания. Общие инфекции, тяжелые неврозы, органические заболевания центральной нервной системы, коронарная болезнь, тромбофлебиты, активный туберкулез, злокачественные новообразования, беременность.

Методика лечения. Источником ультразвуковых колебаний является обычно тонкая пластинка кварца (пьезокристалл), вмонтированная в ультразвуковой вибратор с имеющимся внутри устройством типа УВЧ (генератор переменных напряжений). Ультразвуковой вибратор соединен с генератором высокочастотным кабелем. Прикладыванием вибратора к телу и передвиганием его по телу передаются ультразвуковые колебания тканям организма.

Основные показатели: интенсивность ультразвука (измеряется в ваттах) и продолжительность воздействия (обычно от 3 до 5 минут на поле воздействия).

В практической работе применяют ультразвук интенсивностью от 0,1—0,2 до 0,5—0,6 W/cm²; интенсивность выше 0,8—1 W/cm² применять не следует.

Скорость движения вибратора с продолжительностью воздействия при этих условиях 5 минут. На курс 10—15—20 процедур. Лечение проводят в поликлинических условиях.

УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЕ ОБЛУЧЕНИЕ. Методика № 55. Облучение ультрафиолетовыми лучами воротниковой зоны. При облучении ультрафиолетовыми лучами воротниковой зоны по Щербaku следует иметь в виду, что при дозировках, превышающих 2 биодозы, общая поверхность облучаемых кожных полей не должна превышать 600 см². Дозировку с каждым последующим сеансом увеличивают, но не более чем до 4 биодоз. Процедуры проводят ежедневно или через день в зависимости от ответной реакции кожи. Общее количество процедур на курс лечения 8—12.

Противопоказания те же, что и при применении эритемных доз УФЛ.

Методика № 56. Облучение ультрафиолетовыми лучами молочных желез. Облучение молочных желез эритемными гиперэритемными дозами ультрафиолетовых лучей проводится по общепринятым правилам. Целесообразно пользоваться медицинской клеенкой с вырезанными в ней соответствующих размеров отверстиями для молочных желез. Дозы для соска должны быть вдвое уменьшены, что достигается путем прикрытия их во время процедуры (по прошествии половины времени облучения) кружочками из клеенки. Облучение начинают с 2 биодоз и доводят (при некоторых формах мастита) до 6 биодоз. Больной рекомендуют смазывать облученную поверхность кожи растительным жиром. Процедуры проводят в зависимости от ответной реакции ежедневно или через день. Общее количество на курс лечения от 10 до 12 процедур.

Противопоказания те же, что и при применении эритемных доз ультрафиолетовых лучей.

Методика № 57. Облучение ультрафиолетовыми лучами нижних конечностей. Облучение нижних конечностей при тромбофлебите проводят, применяя только субэритемные дозы, начиная с $\frac{1}{4}$ биодозы. Облучению подвергают всю конечность в один сеанс (передняя, задняя и боковая поверхность). Предварительно определяют биодозу (устанавливают светочувствительность не только по общепринятым правилам — на брюшной стенке, но и на каждой конечности), возможность светочувствительной асимметрии. Дозы повышаются через каждые 2 процедуры на $\frac{1}{4}$ биодозы, однако не должны превышать 2 биодоз. Общее количество сеансов на курс лечения 8—12.

Методика № 58. Общее ультрафиолетовое облучение. Общее ультрафиолетовое облучение проводится посредством стационарной ртутно-кварцевой лампы. Обнаженная больная ложится на кушетку, рефлектор устанавливается на расстоянии 100 см. Облучению поочередно подвергаются передняя, боковые и задняя поверхности тела ($\frac{1}{4}$ биодозы на каждую). За курс лечения 15—20 облучений. Шесть первых сеансов проводят, увеличивая дозу при каждом из них на $\frac{1}{4}$ биодозы, а при всех последующих на $\frac{1}{2}$ биодозы. Биодоза определяется на коже брюшной стенки посредством биодозиметра Горбачева с расстояния в 50 см. При отпуске лечебных процедур рефлектор поднимается на 100 см над поверхностью тела. Тем самым при той же экспозиции (равной биодозе) сила света уменьшается в 4 раза, т. е. делается равной $\frac{1}{4}$ биодозы, а углы падения лучей на верхние и нижние части тела увеличиваются, чем повышается интенсивность их облучения.

При одновременном облучении нескольких больных (групповое облучение) пользуются более мощной ртутно-кварцевой лампой — так называемым маяком с горелкой типа ПРК-7, установленной на особом штативе вертикально. Лампа устанавливается в центре помещения (фотарий), обычно квадратной комнаты. От лампы (как от центра) пол помещения расчерчивается на концентрические окружности, первая на расстоянии 2 м от лампы, вторая — 3 м, третья — 4 м и четвертая — 5 м. Каждая из «дорожек» между окружностями обозначается цифрой. При первых сеансах больных размещают на самой последней дорожке, отстоящей от лампы на 5 м (в зависимости от выявленной биодозы). Облучению поочередно подвергают переднюю, боковые и заднюю поверхности тела. При пользовании мощной лампой увеличение дозы производится не путем удлинения экспозиции, а простым перемещением в пределы соседней, расположенной ближе к лампе дорожки.

Методика № 59. Облучение ультрафиолетовыми лучами (КУФ) трещин сосков. Источником ультрафиолетовой радиации коротких лучей (КУФ) является так называемая «холодная ртутно-кварцевая лампа низкого давления». Перед процедурой необходимо обмыть молочную железу теплой водой и осторожно удалить с соска и трещин образовавшиеся «корочки».

Горелка устанавливается на расстоянии 50 см (иногда и 30 см) от соска. Продолжительность облучения 3—5 минут. Короткие ультрафиолетовые лучи вызывают менее интенсивную гиперемию (эритему) по сравнению с лучами обычной кварцевой лампы. Процедуры проводят ежедневно. После процедуры целесообразно наложение маевой повязки (стрептоцидовая эмульсия или 5% мазь на ланолине с

персиковым маслом). Кормление при наличии трещин целесообразно проводить через накладку или пользоваться электрическим аппаратом для сцеживания.

Методика № 60. Ультрафиолетовые «труссы». Облучению ультрафиолетовыми лучами (кварцевой лампой) подвергается кожа области тела, обычно закрываемая купальными трусами. За один сеанс облучают кожное поле от 600 до 800 см² с 2—3 биодоз. При последующих сеансах с уменьшением светочувствительности кожи дозировку увеличивают до 4—6 биодоз. Облучению подвергают поочередно: 1) пояснично-крестцовую область, ягодицы и верхнюю треть бедер; 2) боковую поверхность правую; 3) боковую поверхность левую ст гребешков подвздошной кости до верхней трети бедер включительно; 4) область от пупочного кольца до границы верхней и средней трети бедра. Облучение такого рода четырьмя полями повторяют в указанной последовательности. Всего проводится за курс лечения 6—12 облучений.

Методика № 61. Шейно-надплечное облучение ртутно-кварцевой лампой. Облучению ультрафиолетовыми лучами (в эритемных и гиперэритемных дозах) подвергается кожа задней поверхности нижней трети шеи и надплечий до третьего — четвертого грудного сегмента включительно. Облучаемую поверхность кожи делят вертикальными линиями на три поля: боковые поля (правое и левое надплечья) и средний участок, включающий нижнюю треть шеи и грудные сегменты. Размер каждого облучаемого кожного поля от 250 до 300 см². Первым облучают правое надплечье, вторым — средний участок, третьим — левое надплечье. При последующих сеансах облучают все три поля одновременно. При первых трех облучениях применяют 2—3 биодозы, при последующих — 3—4 биодозы. Сеансы проводят через день, при слабо выраженных эритемах — ежедневно. Общее количество облучений в зависимости от течения процесса 6—12.

ТЕХНИКА БЕЗОПАСНОСТИ В ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ КАБИНЕТАХ

МЕРОПРИЯТИЯ, ПРЕДОХРАНЯЮЩИЕ ОТ ЗАЗЕМЛЕНИЯ.

Опасность заземления возникает тогда, когда вблизи от больного или обслуживающего персонала расположены проводники, соприкасающиеся непосредственно с землей, а именно водопроводные и канализационные трубы, а также трубы отопления, газопровода, сырой каменный или деревянный пол, физиотерапевтические аппараты, металлические корпуса которых заземлены, и др. Необходимо устанавливать коврики на расстоянии, недосягаемом до указанных предметов; изолировать пол влагонепроницаемым материалом; закрыть все рубильники кожухами; следить за тщательной изоляцией электропроводов; производить процедуры УВЧ только на деревянных ковриках без наличия на них металлических конструкций (прикосновение больной, находящейся под током, к металлическим частям коврика, даже при отсутствии заземления может вызвать поражение током).

Исключение вредного и опасного действия полей УВЧ на больную и обслуживающий персонал. В целях возможного уменьшения воздействия УВЧ поля на головной мозг больной необходимо при отпуске процедуры так располагать ее по отношению к аппарату (генера-

тору), чтобы голова находилась в возможно наибольшем удалении как от корпуса аппарата, так и от токонесущих проводов терапевтического контура. Аппараты УВЧ мощностью в терапевтическом контуре более 50 W устанавливать не ближе как на расстоянии 3 м от обслуживающего персонала. А при эксплуатации генераторов УВЧ с мощностью в контуре пациента выше 200 W необходима тщательная экранировка генератора. Установка частичных экранов не достигает цели.

При работе с аппаратом «Луч-58» необходимо его изолировать в отдельной комнате, а рефлектор-излучатель не поднимать выше уровня глаз больной, чтобы избежать облучения сетчатки глаза, могущего привести к тяжелым нарушениям зрения.

Большую опасность представляет **высокое напряжение низких частот**, возникающее во вторичных обмотках, трансформаторах и проводах, идущих к колебательным контурам. Необходима исключительная осторожность и неослабевающее внимание при ремонте электроаппаратуры: проверка исправности блокировки, выключения тока и др. Несущие ток провода должны быть высокой изоляции. Провода с пересохшей резиной должны быть изъяты из употребления.

Во избежание вредного влияния ультрафиолетовых лучей на сетчатку глаза необходимо при всякого рода процедурах, проводимых с кварцевой лампой, надевать защитные очки-консервы. Рекомендуется проверять крепление кварцевой горелки, чтобы предупредить возможное ее падение при передвижении рефлектора и штатива лампы.

Нельзя пользоваться при применении лампы соллюкс горелками мощностью свыше 500 W, так как перегрев ламп 750—1000 W (перегрев) в доколе может грозить их отрывом и падением на больную.

При работе со стеклянными вакуум-электродами (дарсонвализация) надо следить за их неповрежденностью, особенно при введении их в прямую кишку или влагалище.

Ряд других необходимых мероприятий по безопасности приведен в примечаниях при описаниях методик.

ЛЕЧЕНИЕ КУРОРТНЫМИ ФАКТОРАМИ ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ ДЛЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Тщательное обследование больной до направления на курорт (точно выяснить показания и противопоказания!). Наряду с лабораторными исследованиями необходима консультация терапевта, а иногда и других специалистов.

До решения вопроса о выборе курорта необходимо выяснить, нельзя ли использовать при данном заболевании лечение курортными факторами во внекурортной обстановке.

Для подготовки к курортному лечению иногда необходимо провести ряд лечебных мероприятий (например, удаление цервикального полипа, лечение экземы или фурункулеза наружных половых органов, электрокоагуляция плохо поддающейся лечению эрозии, ликвидация трихомонадного кольпита, затрудняющего бальнео- и грязелечение и др.).

Показания: 1) хронические цервициты, в том числе осложненные эрозией, хронические метроэндометриты, девращения матки с ограниченной подвижностью (санаторное или амбулаторное лечение); 2) хронические воспалительные заболевания придатков матки (кроме мешотчатых опухолевидных образований и туберкулезного процесса). Условия: нормальная температура тела, отсутствие резких сдвигов РОЭ и в лейкоцитарной формуле в течение 6—8 недель (санаторное и амбулаторное лечение); 3) заболевания тазовой брюшины и клетчатки: хронические пельвеоперитониты, периаднекситы, параметриты (санаторное лечение); 4) послеоперационные инфильтраты по окончании острого периода при нормальной температуре и при отсутствии резких сдвигов РОЭ и в лейкоцитарной формуле в течение 4 недель (санаторное лечение); 5) стерильность (бесплодие) на почве воспалительных заболеваний матки и труб, а также при нерезко выраженном недоразвитии матки (санаторное и амбулаторное лечение); 6) функциональная недостаточность яичников на почве их первоначального поражения при нормальных или нерезко уменьшенных размерах матки (санаторное или амбулаторное лечение)

ВЫБОР НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНОГО СЕЗОНА ДЛЯ БАЛЬНЕО- И ГРЯЗЕЛЕЧЕНИЯ

Больным, у которых имеется склонность к ангинам, катарам верхних дыхательных путей, ревматическим обострениям или невралгиям, зимнее грязелечение желательнее не проводить.

При пониженной функции яичников лучшие результаты дает курортное лечение в весенне-летний и летне-осенний сезон, ибо в это время к действию бальнеологических факторов присоединяется общее укрепляющее, стимулирующее действие солнца, тепла, движения. Необходимо считаться и с индивидуальной переносимостью холода и тепла: больные, которые плохо чувствуют себя в жару, часто с трудом переносят и грязевые процедуры; в таких случаях целесообразно проводить лечение в более прохладное время года.

В целях профилактики следует направлять на курорты больных с гипоовариальными расстройствами в начальных стадиях заболевания. Для этих больных показаны: грязелечение, сероводородные, нарзанские ванны, гелиотерапия, морские купания, высокогорный климат.

Больных, особенно молодого возраста, не следует направлять на радонолечение, которое действует угнетающе на овариальную функцию.

Женщин в климактерическом периоде с вазомоторными и нервно-вегетативными расстройствами лучше всего направлять в местные санатории (в условиях привычного климата), на южные приморские курорты в весенний и осенний сезон и на курорты Прибалтики в летние месяцы.

Противопоказания. Общие противопоказания, исключаящие направление больных на курорты и в местные санатории, в том числе: а) все заболевания в острой стадии, хронические заболевания в стадии обострения и осложненные остро-гнойными процессами; б) венерические заболевания в острой или заразной форме; в) злокачественные новообразования; г) наличие беременности всех сроков; д) наличие миомы матки.

Примечание. Можно разрешить осторожное грязелечение и сероводородолечение экстрагенитальных заболеваний (артриты, радикулиты и др.) при наличии миомы матки небольшой величины в периоде менопаузы, когда миома находится в состоянии обратного развития. Если миоматозная матка полностью удалена или надвлагалищно ампутирована, то это не служит противопоказанием к бальнео- и грязелечению как гинекологического, так и внегинекологического заболевания. Если же произведена только энуклеация миоматозных узлов, то противопоказания остаются в силе; е) наличие кисты яичников; ж) заболевания женских половых органов туберкулезной этиологии.

Примечание. Показано климатолечение (преимущественно аэро- и гелиотерапия); з) наличие сактосальпинкса; и) наличие эндометриоза; к) наличие пузырно-кишечно-влагалищных свищей; л) заболевания с симптомами маточных кровотечений (характера метроррагии, метроррагии); м) функциональная недостаточность яичников (вторичная) в результате эндокринопатий (базедовой болезни, сахарного диабета, акромегалии, мегалии, болезни Кушинга и др.); н) послеабортивный период (до первой менструации); о) период лактации.

Курорты: а) грязевые и с крепкими хлоридно-натриевыми водами: Анапа, Ахтала, Бердяск, Бакирово, Балдоне, Бирштонас, Вазри-Ятчи, Гопри, Друскиникай, Евпатория, Ейск, Жданово, Зеленоградск, Карачи, Кашин, Кемери, Кирилловка, Краинка, Липецк, Медвежье, Молла-Кара, Молтаево, Муялды, Нальчик, Одесса (Куяльницкий лиман), Пярну, Пятигорск, Садгород, Саки, Сергиевские минеральные воды, Серогово, Славянск, Солигалич, Сольвычегодск, Соль-Илецк, Старая Русса, Тинаки, Увильды, Угдан, Усть-Кут, Усолье, Учум, Хаапсалу, Хилово, Чапаевские минеральные воды, Чадыр, Шира, Эльтон, Яны-Курган;

б) с сероводородными водами: Арчман, Баку (район Имени 26 бакинских комиссаров), Горячий Ключ, Ейск, Ключи, Красноусольск, Любен Великий, Менджи, Пятигорск, Сергиевские минеральные воды, Серноводск, Сочи — Мацеста, Сураханы, Талги, Тамиск, Тбилиси, Усть-Качка, Усть-Кут, Черче, Чимюн;

в) с радоновыми водами: Белокуруха, Джеты-Огуз, Молоковка, Пятигорск, Цхалтубо;

г) с термальными слабоминерализованными кремнистыми водами: Алма-Арасан, Арасан-Копал, Горячинск, Джалал-Абад, Иссук-Ала, Кульдур, Начики, Оби-Гарм, Талая, Ташкентские минеральные воды, Ткварчели, Уш-Белдир, Ходжа-Оби-Гар, Шаам-бары;

д) бальнеологические: Гай, Джермук, Нафталан, Ташкентские минеральные воды, Чартак;

е) климатические, главным образом приморские, располагающие водогрязелечебницами или теплыми морскими ваннами: Анапа, Бердянск, Боровое (Щудинский санаторий), Геленджик, Евпатория, Зеленоградск, Лиепая, Паланга, Пярну, Светлогорск, Сурами, Феодосия, Эссентуки, Железноводск, Ижевские минеральные воды, Исти-Су, Иссук-Ата, Кашин, Кемери, Краинка, Кульдур, Медвежье, Миргород, Моршин, Нижние Серги, Пятигорск, Серогово, Серноводск, Старая Русса, Талая, Трускавец, Учум, Хилово, Шира.

Терапевтическое действие курортных факторов можно дифференцировать следующим образом:

1. Лечебная грязь, нафталан, озокерит, сероводородная и радоновая воды обладают противовоспалительными и болеутоляющими свойствами, однако наиболее эффективной при воспалительных заболеваниях является грязь.

2. Сероводородные курорты пользуются заслуженной славой среди больных, страдающих гиповариальными расстройствами.

3. При склонности к кровотечениям предпочтительно направлять больных на лечение радоновой водой.

Сопутствующие болезни. При наличии у больных, помимо болезней женских половых органов, других сопутствующих болезней, при которых показано курортное лечение, рекомендуется санаторное лечение на следующих курортах:

1. С болезнями органов кровообращения — сероводородные и радоновые воды, указанные в пп. б, в и Арзни.

2. С болезнями органов движения, периферической и центральной нервной системы и тромбозами — грязевые и с крепкими хлоридо-натриевыми водами, сероводородными, радоновыми и термальными слабоминерализованными кремнистыми водами, указанными в пп. а, б, в, г и Джермук.

3. С облитерирующим тромбангитом — сероводородные и радоновые воды, указанные в пп. б, в.

4. С болезнями органов пищеварения и нарушениями обмена веществ: Арзни, Арчман, Березовские минеральные воды, Биштонас, Боржом, Горячий Ключ, Псекупс, Джалал-Абад, Джермук, Друскининкай.

5. С тиреотоксикозом (легкие формы) показаны радоновые воды — Белокуриха, Пятигорск, Молоковка.

6. С болезнями кожи — сероводородные, радоновые и термальные слабоминерализованные кремнистые воды, указанные в пп. б, в, г.

XIV. ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Беременность, диагностика. Реакция Ашгейма—Цондека. С наступлением беременности в моче женщины появляются гонадотропные гормоны (хориальные гонадотропины), быстро нарастающие в количестве в течение первых недель беременности (максимум на 8—11-й неделе беременности). Гормоны обнаруживаются в моче уже со 2-го дня внедрения трофобласта в децидуальную оболочку; их особенно много при токсикозах беременности, пузырном заносе, хорионэпителиоме. Для исследования пользуются утренней мочой женщины (наиболее концентрированная). При щелочной или нейтральной реакции мочу слегка подкисляют уксусной кислотой и фильтруют. Мочу вводят нескольким (5) неполовозрелым мышам (весом 6—8 г): первой в количестве 0,2 мл, второй—0,25 мл, третьей и четвертой—по 0,3 мл, пятой—0,4 мл. В 1-й день мочу вводят 2 раза — утром и вечером, на 2-й день — 3 раза (утром, днем и вечером) и на 3-й день—один раз. Таким образом, всего вводится подкожно 1,2—2,2 мл мочи. Через 96—100 часов от момента первого введения мочи мышей умерщвляют (помещают их в стеклянную банку, на дно которой кладут кусок ваты, смоченной эфиром), вскрывают и макроскопически осматривают половые органы.

Первая реакция: в яичниках обнаруживаются несколько зреющих фолликулов, рога матки цианотичны, в мазках из влагалища — ороговевшие чешуйки и глыбки их; реакция не специфична для беременности. Вторая реакция: в яичниках множественные кровоизлияния в фолликулы — кровяные точки; реакция специфична для беременности. Третья реакция: в яичниках атретические желтые тела, содержащие яйцеклетки (лютеинизация фолликулов), рога матки без особых изменений; реакция специфична для беременности. Реакция дает правильный ответ в 98% случаев.

Недостатки реакции: значительная продолжительность ее, частая гибель мышей (женщине не следует назначать сульфамидных препаратов уже за несколько дней до исследования).

Сперматозоидная (сперматоурическая) реакция Галли—Майнини на озерных самцах-лягушках основана на том, что у последних вне естественного периода их размножения в содержимом клоаки никогда не бывает сперматозондов.

Предварительно, перед инъекцией мочи беременной, необходимо получить и исследовать содержимое клоаки лягушки для исключения возможности спонтанной сперматореи.

После инъекции мочи беременной женщины в количестве 3—5 мл в лимфатический мешок лягушки, расположенный под кожей спины,

через 30—60—90 минут у лягушки в клоачной жидкости появляется большое количество сперматозоидов. Сперматозоиды добывают с помощью стеклянной капиллярной пипетки (1—2 капли) и исследуют под микроскопом. При положительной реакции в каждом поле зрения встречается очень много движущихся сперматозоидов. Точность реакции 85—100%. К тому же реакция очень быстрая, что делает ее весьма ценной в практическом отношении.

Моча (исследования, применяемые в акушерской практике). Мочу получают следующим образом: подмывают кипяченой водой наружные половые органы беременной и обсушивают их стерильной марлей, затем стерильным куском ваты закладывают половую щель, чтобы в мочу не попали выделения из влагалища, и предлагают женщине помочиться в чистое судно или стеклянную посуду. Затем через чистую стеклянную воронку переливают 8—10 мл мочи в пробирку и направляют в лабораторию для исследования. Если необходимо быстро определить наличие белка в моче, можно тут же воспользоваться следующими пробами:

1. Реакция на белок с сульфосалициловой кислотой. К 8—10 мл профильтрованной (пропущенной через фильтровальную бумагу) мочи в пробирку прибавляют 10—20 капель водного раствора 20% сульфосалициловой кислоты. При наличии белка в моче получается муть. Для сравнения в другую пробирку наливают мочу этой же женщины, не прибавляя к ней сульфосалициловой кислоты.

2. Реакция на белок с уксусной кислотой. Кипятят в пробирке на спиртовой горелке 4—5 мл профильтрованной мочи. При значительном количестве белка получается помутнение. Так как помутнение может зависеть от присутствия в моче большого количества солей, прибавляют после кипячения несколько капель 5—10% уксусной кислоты. Если при этом осадок не растворяется, значит моча содержит белок.

Эти методы исследования позволяют выявить наличие белка в моче, но не определяют его количество. Применяются обычно в родильном доме при поступлении роженицы. При выявлении таким образом белка в моче в условиях женской консультации необходимо беременную взять на особый учет и немедленно произвести в лаборатории подробное исследование мочи, чтобы определить количество белка, а также наличие других патологических элементов (сахар, красящие пигменты, почечные элементы, элементы крови и бактерии).

Околоплодные воды, отхождение. 1. Окрасивание свежего препарата эозином: каплю влагалищного содержимого, полученного пипеткой, наносят на предметное стекло и покрывают покровным. Из тонкой пипетки к краю покровного стекла впускают несколько капель 1% водного раствора эозина, который в силу капиллярности сейчас же проникает под покровное стекло, равномерно окрашивая препарат. Избыток окрашенной жидкости отсасывают с противоположного края стекла при помощи фильтровальной бумаги. Затем таким же способом препарат промывают водой, после чего рассматривают под микроскопом, обычно при малом увеличении. Нанесенную каплю можно сначала покрасить эозином, а затем наложить покровное стекло.

При разрыве плодного пузыря в исследуемой жидкости обнаруживаются первородные пушковые волоски, характерными признаками которых являются: 1) наличие кончика в виде острия (другой ко-

нец волоска обычно представляет луковицу); 2) расположение волоска в виде полукруга; 3) гладкие, ровные контуры; 4) полное отсутствие или крайне незначительное количество пигмента в канале.

В свежем препарате на розовом фоне видны ярко окрашенные эпителиальные клетки влагалишной стенки с ясно выраженными ядрами, эритроциты и лейкоциты. При отошедших водах здесь же видны большие скопления неокрасившихся «чешуек» кожи плода, которые, будучи покрыты первородной смазкой, не окрашиваются эозином (Л. С. Зейванг).

2. Метод микроскопической диагностики с помощью окрашивания суданом более простой и надежный. Полученную из влагалища каплю наносят на предметное стекло, слегка фиксируют и красят суданом III. Под микроскопом на желто-буrom фоне видны многочисленные жировые капли, преимущественно округлые, ярко-оранжевого цвета.

3. Метод окрашивания фенолсульфопфталеином: в сухих неокрашенных мазках без примеси крови кристаллы околоплодных вод в виде сплошного тонкого ветвящегося узора или елочки. При окрашивании 1% раствором фенолсульфопфталеина кристаллы околоплодных вод приобретают ярко-красный цвет.

Отделяемое из половых органов и прямой кишки. Выделения берут у женщины в положении ее на гинекологическом кресле платиновой петлей, легко и быстро стерилизующейся на пламени, стерильной branшей пинцета или корнцанга, стерильным маленьким ватным тампоном на палочке или, наконец, специальной ложечкой.

Накануне предупреждают больную, чтобы утром до взятия мазков она не подмывалась и не мочилась.

Сначала берут отделяемое из уретры. Пальцами левой руки раздвигают половую щель и обнажают отверстие уретры. Прокаленную, остывшую платиновую петлю вводят в отверстие уретры, берут оттуда слизь, выделения и наносят их на чистое предметное стекло. Иногда следует слегка помассировать пальцем уретру и выжать из нее каплю отделяемого. В таком случае отделяемое берут непосредственно петлей, не вводя ее в уретру. Отделяемое из парауретральных желез берут так же.

Отделяемое из бартолиновых желез. Разводят пальцами одной руки малые половые губы, а между большим и указательным пальцем другой руки зажимают находящуюся в глубине на уровне нижней трети большой губы бартолиновую железу. Затем бережно сдавливают этими пальцами ощущаемую между ними железу, и секрет последней в виде капли появляется из выводного протока. Эту каплю берут стерильной петлей и размазывают тонким слоем на предметном стекле.

Выделения из шейки матки. Обнажают шейку матки при помощи зеркала. Прокаленной и остывшей петлей или стерильным тампоном берут отделяемое из шейки и наносят его на предметное стекло, размазав тонким слоем.

Отделяемое из влагалища. Из заднего свода стерильной петлей или стерильным тампоном берут каплю содержимого и наносят на третье предметное стекло.

Мазки фиксируют одно-двукратным проведением каждого из них над пламенем спиртовой лампочки, после чего с сопроводительной запиской передают или отправляют в лабораторию для исследования. На каждом стекле необходимо поставить буквенные обозначения.

ния: U — уретра, С — шейка, V — влагалище. Если мазки приготовляют на одном стекле, то обозначения ставят под соответствующим мазком.

Получение отделяемого из прямой кишки. Вводят в последнюю на глубину 3—4 см стеклянный наконечник и впускают через него 50—80 мл теплого физиологического раствора из кружки Эсмарха. Эту промывную жидкость собирают в стакан, а плавающие в ней комочки слизи переносят на предметное стекло или на то же стекло, на котором уже имеются мазки из уретры (U), шеечного канала (С), размазывают тонким слоем и подписывают буквой R.

Мазки из парауретральных ходов (PU) и бартолиновых желез (В) надо наносить на другое предметное стекло.

Гонококки. Приготовление и окраска мазков.

Отделяемое должно быть равномерно распределено по предметному стеклу и высушено на воздухе.

1. Окраска мазков на гонококки. Только метод Грама имеет дифференциально-диагностическое значение.

После обсушивания на воздухе, а затем над пламенем (тремякратное проведение) препарат красят. Сначала 2% водным раствором метиленовой сини или леффлеровской сини (30 мл насыщенного раствора метиленовой сини, 100 мл дистиллированной воды и 1 мл 1% раствора едкого натра). В метиленовую синь погружают фиксированный мазок (мазки) на 1—2 минуты, затем обмывают слабой струей водопроводной воды, обсушивают мазок фильтровальной бумагой или в термостате и рассматривают в микроскопе с иммерсией. При этой окраске гонококки представляются равномерно темно-синими, но возможны ошибки. Поэтому, как правило, пользуются двойной окраской (по Граму). На фиксированный препарат кладут полоску фильтровальной бумаги и на последнюю наливают на одну минуту карболовый раствор генцианвиолета (10 мл насыщенного спиртового раствора генцианвиолета) в 100 мл 0,5% раствора карболовой кислоты; затем осторожно снимают фильтровальную полоску и, не обмывая препарат, погружают на 3 минуты в раствор Люголя (йода 1 г, йодистого калия 2 г, воды 300 мл), после этого препарат обесцвечивают 96% спиртом до получения сероватого цвета, споласкивают водой и дополнительно окрашивают 1% раствором карболфуксина или 1—2% раствором нейтральрота в течение минуты. После такой окраски при рассматривании препарата в микроскопе с иммерсией видны гонококки, окрашенные в красный цвет, а другие диплококки — в темно-синий. Ядра клеток розово-лиловые, а протоплазма бледно-розовая. Гонококки обесцвечиваются при окраске по Граму. Одни грамтрицательны, другие диплококки — грамположительны.

Надо помнить, что под влиянием некоторых условий среды, сульфаниламидных препаратов и антибиотиков меняются свойства гонококков, и они могут оказаться грамположительными.

Поэтому, если в мазках имеется обильное количество лейкоцитов и очень скудная флора, надо такие случаи считать подозрительными и повторно брать мазки, лучше после провокации (см. Провокации).

Если для исследования выделения надлежит куда-либо далеко переслать, поступают следующим образом. Выделения наносят в виде толстых капель на вощаную бумагу (размером 4 × 5 см), отдель-

ную для каждого места, откуда берут выделения. Каждую бумагу с нанесенными на нее выделениями подписывают буквой (U, C, V). Когда капли подсохнут, бумаги направляют в конверте в лабораторию. С последней высохшие выделения осторожно соскабливают на предметное стекло, растворяют каплей дистиллированной воды, подсушивают и затем красят по Гаму (Тарасов).

2. Реакция на антиген Лисовской имеет целью обнаружить специфический антиген в моче больной; основана на связывании введенного в реакцию комплемента при соединении антигена с соответствующим антителом. Вместо антигена, приготовленного из гонококков, берут мочу больной, вместо сыворотки ее крови — сыворотку животного (кролика или лошади), иммунизированного гонококками.

3. Реакция Лисовской—Фейгеля основана на принципе реакции Лисовской. В качестве антигена берут выделения из канала шейки матки

Методика: на шейку матки надевают на 24 часа колпачок Кафки. По снятии колпачка из него берут 0,2 мл выделений, разбавляют в 10 мл дистиллированной воды, встряхивают в течение 2—3 минут и затем добавляют 0,1—0,5 мл 10% раствора антиформина. Нагревают на водяной бане при 60° в течение 30 минут. Для удаления хлора прибавляют 2—3 капли 1% раствора серноватистокислого натрия, затем нейтрализуют 2% раствором серной кислоты до слабо щелочной или нейтральной реакции. рН доводят до 7,2.

ТРИХОМОНАДЫ. Отделяемое уретры лучше брать с помощью небольшой тупой ложечки, введенной в уретру на глубину 4—5 см. Такой же ложечкой (но другой!) или браншей корнцанга берут отделяемое из влагалища и отдельно из канала шейки матки.

Полученный материал опускают в каплю теплого физиологического раствора, нанесенного на предметное стекло. После взятия материала из уретры больная самопроизвольно мочится в чистую посуду, откуда мочу наливают в пробирку, центрифугируют и исследуют осадок.

У новорожденной девочки материал берут тонкой стеклянной палочкой или насасывают дипеткой, введенной во влагалище, и опускают в каплю теплого физиологического раствора (37°).

Исследование окрашенного препарата. Из полученной капли делают мазок, фиксируют в этиловом или метиловом алкоголе, слегка обсушивают в воздухе и красят 1% водным раствором метиленовой сини или красителем Романовского—Гимзы.

В окрашенных препаратах видны трихомонады — простейшие жгутиконосцы с интенсивно окрашенной в голубой цвет протоплазмой и эксцентрически расположенным темно-фиолетовым ядром. Последнее меньше ядра эпителиальной клетки. Видны четыре жгутика и краевая нить ундулирующей мембраны, окрашенные в красный цвет.

Метод посевов применяется для диагностики трихомонад на различных питательных средах (обычно 1% раствор глюкозы на физиологическом растворе и сыворотка человеческой крови в количестве 10% к общему объему среды). Материал засевают и через 48 часов выращивания в термостате при температуре 37° посевы просматривают в микроскопе.

Наибольшее число положительных результатов у одних и тех же женщин дает метод посевов, затем метод окрашенных препаратов.

В повседневной практике широко пользуются методом сухого окрашенного мазка. В неясных случаях рекомендуется прибегнуть к методу посева.

Исследование нативного препарата. Свежие препараты необходимо исследовать сейчас же по их взятии. В нативном препарате видны: клетки плоского эпителия, лейкоциты, разнообразная микрофлора, слизь. Среди всего этого можно увидеть качающиеся со жгутиками трихомонады.

Если немедленное исследование на месте не может быть произведено, взятую каплю выделений опускают в стерильную пробирку с небольшим количеством физиологического раствора. Пробирку закрывают пробкой и, наклеив соответствующую этикетку, отправляют в лабораторию.

ЦИТОЛОГИЯ ВЛАГАЛИЩНОГО МАЗКА. Отделяемое набирают из бокового свода (при введенном влагалищном зеркале) стерильной стеклянной пипеткой с резиновой грушей на конце или так же, как это делают для взятия отделяемого (см.). При кольпите цитологическое исследование влагалищных мазков не производят, ибо такие мазки не характеризуют эстрогенную насыщенность организма.

Окраска мазков (первый способ). Тотчас после взятия материал равномерным слоем распределяют на конце предметного стекла и в течение 15 минут фиксируют в смеси Никифорова, затем красят 15 минут в гематоксилине Эрлиха, опускают в холодную водопроводную воду, двукратно меняя ее. Затем помещают в раствор эозина на 10 минут и после этого промывают водой, и препарат исследуют с покровным стеклом в капле воды.

Окраска мазков (второй способ). Материал размазывают с каплей физиологического раствора на 1—2 стеклах. Высушивают на воздухе и окрашивают одну минуту разведенным фуксином.

Свежие препараты — к капле материала на предметном стекле прибавляют 1—2 капли 1% водного раствора метиленового синего и накрывают препарат покровным стеклом. Через 1—2 минуты к краю покровного стекла подводят 1—2 капли воды. Одновременно к противоположному краю покровного стекла прикладывают полоску фильтровальной бумаги (промывание и удаление излишней воды). Исследуют препарат тотчас с увеличением 10×40 . Все клеточные элементы окрашиваются в различные оттенки синего цвета.

Типы клеток влагалищного мазка. В эпителиальном покрове, выстилающем влагалище, различают три слоя: 1) поверхностный, 2) промежуточный и 3) основной, или базальный. Соответственно этому во влагалищном мазке встречаются три типа эпителиальных клеток: 1. Ороговевающие поверхностные эпителиальные клетки — самые крупные, ясно очерченные, с маленьким темно окрашенным ядром и слабо окрашенной протоплазмой. В мазке располагаются обычно изолированно. Встречаются в преобладающем количестве в фолликулиновой фазе менструального цикла, т. е. с 9-го по 14-й день нормального цикла. 2. Промежуточные клетки — крупные эпителиальные клетки, часто неправильной формы, с завернутыми краями, более крупным круглым, слабо окрашивающимся ядром, располагаются в мазке преимущественно пластами. Встречаются во всех фазах менструального цикла и преобладают

среди других эпителиальных клеток. 3. Базальные, или атрофические, клетки — самые мелкие клетки влагалищного эпителия, округлой или овальной формы с относительно более крупным светлым ядром, занимающим большую часть клетки. Наряду с лейкоцитами они являются преобладающими клеточными элементами в период менопаузы и при резко выраженной эстрогенной недостаточности.

Типы клеточных реакций. По влагалищному мазку различают четыре реакции. Первая реакция — при резкой недостаточности или полном отсутствии фолликулярных гормонов (эстрогенов). Мазок состоит из атрофических (базальных) клеток и лейкоцитов; ороговевающие и промежуточные клетки отсутствуют. Вторая реакция — при значительной недостаточности эстрогенов. Мазок состоит из атрофических клеток, небольшого количества промежуточных клеток и лейкоцитов. Третья реакция — при незначительной недостаточности эстрогенов. В мазке преобладают промежуточные клетки, располагающиеся пластами. Среди них немного ороговевающих; атрофических клеток нет. Четвертая реакция — при достаточной секреции эстрогенов. Мазок состоит в основном из ороговевающих клеток, расположенных изолированно. Среди них единичные промежуточные клетки; атрофических (базальных) клеток и лейкоцитов нет.

Вычисление каріопикнотического индекса. Подсчет клеток с пикнотическим (темным) ядром небольшого диаметра (6 μ) (поверхностных клеток) является весьма чувствительным критерием эстрогенной насыщенности. Подсчитывают количество пикнотических клеток среди 200 клеток мазка. Подсчет ведется при большом увеличении (объектив 40, окуляр 10—15). При введении эстрогенов каріопикноз быстро растет. При нормальном менструальном цикле в период овуляции он составляет около 80—90%.

Метод флюоресцентной (люминесцентной) микроскопии свежих и окрашенных мазков. В мазках, окрашенных водным раствором акридина, клетки плоского многослойного эпителия отличаются темно-зеленым свечением протоплазмы и светло-зеленой флюоресценцией ядер. При накоплении в клетках продуктов ороговения появляется диффузная оранжевая флюоресценция протоплазмы.

ЧИСТОТА ВЛАГАЛИЩНОГО СОДЕРЖИМОГО. Определяется в мазках из отделяемого влагалища, взятого ватным тампоном или петлей и окрашенного по Граму.

Первая степень — чистая культура толстой неподвижной грамположительной палочки (влагалищная палочка Дедерлейна) и единичные клетки слущенного эпителия. Вторая степень — наряду с влагалищной палочкой Дедерлейна имеются сапрофиты, преимущественно нежная, слегка изогнутая грамтрицательная *сopra variabile*, единичные лейкоциты. Третья степень — обилие лейкоцитов, почти полное отсутствие влагалищной палочки, различные кокки. Четвертая степень — влагалищная палочка полностью вытеснена гноеродной флорой; обилие лейкоцитов — гнойный секрет.

Зависимость степени чистоты от кислотности влагалищного содержимого, которая может быть определена с помощью лакмусовой бумажки или электрометрическим пу-

тем. Обычно при рН от 4,0 до 5,0 наблюдается первая степень чистоты, при рН от 6,0 до 7,0 — вторая и третья степень чистоты. Кислотность в основном зависит от содержания гликогена в эпителии влагалища. В течение менструального цикла кислотность колеблется, и к моменту менструации рН падает иногда до нейтральной.

ЦИТОЛОГИЯ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ. Атипичные клетки, появляющиеся при раковой опухоли, отличаются большим ядром. Меняется соотношение в размерах между ядром и протоплазмой: в норме 1:3, при раке 1:1,5, т. е. ядро занимает почти такую же площадь, как вся протоплазма. Часто наблюдается гиперхроматизм ядра. Раковые клетки полиморфны, значительно отличаются размерами. Встречаются гигантские клетки, лишенные оболочки «голые» ядра. Цитологическое исследование должен проводить врач, получивший специальную подготовку. Но каждый врач женской консультации должен уметь разбираться в значении полученного анализа.

Результаты цитологического исследования различают следующим образом:

- 1-я группа — отсутствие атипичных клеток; в мазках имеются только нормальные клетки;
- 2-я группа — присутствие атипичных, но не характерных для рака клеток; показана биопсия;
- 3-я группа — в плазме имеются одиночные, подозрительные атипичные клетки; показана биопсия;
- 4-я группа — много бесспорно атипичных клеток, мазок положительный; требуется биопсия.

Методика взятия мазков для цитологического исследования. Лучше всего, если мазок сделан в виде отпечатка или небольшого соскоба с шейки матки. Поверхностный соскоб делают деревянным или металлическим шпателем, ручкой пинцета. При таком методе мазок или соскоб берут непосредственно с пораженного участка. Менее точные данные получают при исследовании содержимого заднего свода, в котором имеются клетки влагалищного эпителия.

Исследовать можно методом фазово-контрастной микроскопии. Фиксирование и окраска по Романовскому производятся в лаборатории. В женской консультации мазок только высушивается. Окраска гематоксилин-эозином требует до высыхания фиксации. Для этих целей применяют жидкость Никифорова (смесь эфира и 95% спирта в равных количествах).

Люминесцентная микроскопия очень ценна для диагностики рака. Ее производят с помощью специального микроскопа.

Цитологический метод имеет большое значение для выявления прехлинических форм рака.

СПЕРМАТОЗОИДЫ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ИХ В ЭЯКУЛЯТЕ (густота семени). Количество сперматозоидов определяют в счетной камере. Для разведения применяется раствор: двууглекислой соды 5 г, формалина 1 мл, воды 100 мл.

В крайнем случае можно пользоваться в качестве разбавителя 3% раствором хлорида натрия. Сперму переливают из пробирки в баночку с диаметром дна 3—4 см и осторожно перемешивают стеклянной палочкой. Разведение осуществляется с помощью обычного меланжера для счета лейкоцитов, т. е. насыщают сперму

до метки 0,5 и затем разводящую жидкость до метки 11. Получается разведение в 20 раз. После этого несколько раз встряхивают меланжер и каплю содержимого наносят на сетку счетной камеры. При осмотре под малым увеличением сперматозоиды должны равномерно располагаться по всей сетке камеры. Если же они расположились отдельными скоплениями, меланжер следует тщательно встряхнуть еще несколько раз и внести в счетную камеру новую каплю. Для уточнения результата исследование можно проводить в двух сетках. Если при этом расхождение не превышает 10%, то результат считается правильным. В противном случае делают забор материала в другой меланжер и повторяют исследование. Подсчет производят в микроскопе при большом увеличении (окуляр 40, объектив 7).

Наиболее распространенной счетной камерой является камера Горяева. Количество сперматозоидов, полученное при подсчете в 5 больших квадратах (по диагонали), умножают на 1 млн. и получают количество сперматозоидов, содержащееся в 1 мл. Например, в 5 квадратах в сумме оказалось 65 сперматозоидов. Следовательно, в 1 мл эякулята содержится 65 млн. сперматозоидов.

В 1 мл нормальной спермы находится от 60 до 200 млн. сперматозоидов. При выраженной олигоспермии, когда сперматозоидов меньше 20 млн. в 1 мл, обычно наблюдается бесплодие.

ХV. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕКОТОРЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ МАНИПУЛЯЦИИ

БИОПСИЯ шейки или пробная эксцизия при подозрении на рак шейки матки. Если подозрение вызывает не один участок эрозии, необходимо биопсию делать из 2—3 подозрительных мест передней и задней губы. Совершенно непригодны для микроскопического исследования кусочки и обрывки тканей, самопроизвольно отделившиеся. Биопсия должна быть произведена полноценно: вырезанный для микроскопического исследования из шейки матки клиновидный кусочек должен обязательно включать в себя не только подозрительную, но и соседнюю и подлежащую ткань. Овал, который очерчивает вырезанный кусочек, должен заходить на 1 см за границы язвы на здоровую на глаз поверхность слизистой оболочки. Он должен также и в глубину заходить настолько, чтобы там захватить пласт ткани, лежащей под подозрительным участком слизистой оболочки.

Получившийся после глубокого вырезывания дефект в шейке матки во избежание кровотечения зашивают одним — двумя кетгутовыми швами. Операция должна проводиться с соблюдением должной асептики и антисептики.

Вырезанный кусочек ткани помещают в склянку с 5—10% раствором формалина. На склянку немелленно наклеивают этикетку с обозначением фамилии, имени, отчества больной, возраста, даты и места, откуда взят кусочек ткани.

К повторной биопсии прибегают, если гистологическая картина не дает определенного ответа, а клиническая картина продолжает оставаться подозрительной.

«ВАННОЧКИ» ВЛАГАЛИЩНЫЕ. Предварительно спринцуют влагалище тепловатым содовым раствором, затем вводят во влагалище трубчатое зеркало, удаляют тупфером оставшуюся жидкость, а в зеркало наливают 2 столовые ложки 2% раствора ляписа или 5—10% раствора протаргола так, чтобы в этот раствор погрузилась влагалищная часть матки. Спустя 3—4 минуты вращательными движениями очень медленно (в течение 2—3 минут) выводят зеркало ко входу во влагалище. Наклоняют зеркало вниз и в подставленный тазик выливают содержимое. Остаток раствора до извлечения зеркала можно высушить с помощью ватных тампонов. Ванночки при-

меняют через 2—3 дня. Чтобы не оставлять на белье пятен, надо пользоваться гигиенической повязкой.

ГИДРОТУБАЦИЯ. Введение лекарственных средств в полость матки и труб для восстановления проходимости последних. Удовлетворительные результаты наблюдаются при введении в трубы под давлением 0,5% раствора новокаина с лидазой, пенициллином и стрептомицином, а также гидрокортизона.

Введение лидазы и антибиотиков рассчитано на размягчение рубцовой ткани и повышение проницаемости капилляров. Антибиотики под влиянием лидазы глубже проникают в ткани. Кроме того, действие гидротубации под давлением рассчитано на физическое воздействие на очаг. Можно применять следующие прописи вводимых лекарственных смесей: 1) лидазы 64 или 128 ед/мл, пенициллина 200 000—400 000 ЕД, стрептомицина 500 000—1 000 000 ЕД; 2) гидрокортизона 50 мг, пенициллина 200 000 ЕД, стрептомицина 500 000 ЕД.

Условия для гидротубации те же, что и для пертубации и гистеросальпингографии (см.).

Техника Шейку матки обнажают при помощи зеркала и подъемника. После дезинфекции половых органов переднюю губу фиксируют пулевыми щипцами и в цервикальный канал вставляют наконечник с obturatorом. Введение лекарственных веществ осуществляется при помощи шприца Брауна или аппарата для продувания труб системы завода «Красногвардеец», к которому присоединяют градуированную стеклянную бюретку объемом 50 мл. Верхний конец бюретки резиновой трубкой соединяют с фильтром аппарата, а нижний — таким же образом с наконечником. В аппарате создается отрицательное давление, и лекарственный раствор из стерильной посуды через наконечник насасывается в стерильную бюретку. Резиновую трубку зажимают корнцангом у самого наконечника. Наконечник вводят в шейку матки и начинают нагнетание теплого раствора новокаина и лекарственных средств (температура 37°). Давление в бюретке создается воздухом, поступающим из воздушного резервуара. Нагнетание лекарственного раствора производится под давлением, не превышающим 200 мм рт. ст. На курс лечения (в течение одного менструального цикла) проводится от 4 до 8 процедур. Всего же проводят 2—4 курса, повторяя их через 1—2 месяца.

ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИЯ применяется для определения состояния стенок полости матки, формы полости матки, наличия или отсутствия в последней полипов, фиброзного или злокачественного образования, различных вариантов аномалий развития матки и труб, состояния просвета маточных труб, проходимости или непроходимости труб (в последнем случае места, где имеется непроходимость), гидросальпинкса, перитубарных образований, туберкулеза, эндометриоза матки и маточных труб.

Противопоказания. Общее недомогание, хотя бы протекающее с нормальной температурой. Общие и местные инфекционные заболевания (грипп, ангина, фурункулы, отит, периостит, пиелит и др.). Острые и подострые воспаления наружных половых органов, влагалища, матки, труб, яичников, брюшины. обширная эрозия шейки матки, наличие во влагалище трихомонад, III и IV степень чистоты влагалища. Наличие большого числа лейкоцитов в отделяемом канала шейки матки. Подозрение на беременность (маточную, внематоч-

ную). Кровянистые выделения из матки. Ускоренная РОЭ — выше 10—12 мм в час; лейкоцитоз. При отсутствии противопоказаний больную предупреждают, чтобы она с момента окончания менструации до исследования не жила половой жизнью (во избежание инфекции и беременности). В день исследования утром ставят очистительную клизму, проводят тщательный туалет наружных половых органов. Перед самым исследованием просят больную помочиться.

Исследование лучше производить во второй фазе менструального цикла (16—20-й день при 28-дневном цикле), так как в первой фазе часто отмечается спазм трубных сфинктеров.

Для исследования обычно применяется отечественный йодолипол (жидкая маслянистая взвесь 30% химически связанного йода или, что значительно лучше, водные контрастные вещества). Преимущество водных растворов — исключение возможности жировой эмболии, что позволяет проводить манипуляцию даже при наличии кровянистых выделений из матки.

Техника. Больная лежит на краю рентгеновского стола (троскоп) в положении для гинекологического исследования. Врач, предварительно тщательно вымыв руки, производит влагалищное исследование, если таковое не было проведено накануне, затем, снова вымыв руки, вводит во влагалище нижнее и верхнее зеркало и под контролем зрения дважды протирает (дезинфицирует) влагалище тупфером, смоченным в спирте. Центрирует трубку перпендикулярно столу и на уровне 2—3 см выше симфиза. Наготове должны быть две заряженные кассеты размером 18 × 24 см. Наливают в 10-граммовый шприц с надетым наконечником (можно и в 5-граммовый) 5—6 мл йодолипола, предварительно подогретого до температуры тела. Захватывают переднюю губу шейки матки с помощью пулевых щипцов. Можно произвести предварительное зондирование, но оно не обязательно (грубое зондирование может вызвать рефлекторное сокращение матки).

Наконечник шприца Брауна бережно вводят в шеечный канал за внутренний зев, но не далее. Иногда наконечник встречает в области внутреннего зева значительное препятствие, что может быть связано с наличием в данном месте миоматозного узла, или наконечнику придано неправильное направление. Можно ограничиться введением наконечника только в канал шейки на глубину 1,5—2 см (см. Истмография).

Медленно вводят контрастную массу, которая обычно под небольшим давлением свободно проходит в полость матки и дальше в маточные трубы. Обычно после введения 1,5—2 мл вещества продвижение поршня становится затруднительным. При непроходимости труб дальнейшее продвижение поршня вызывает у больной тупую боль в паховой (одной или обеих) области. Это сигнализирует об осторожности при дальнейшем введении. Если попытки дальнейшего введения контрастной массы продолжают вызывать болевые ощущения, введение прекращают и плотно захватывают пулевыми щипцами одновременно обе губы шейки матки по обе стороны наконечника.

Обычно при средних размерах матки бывает достаточно для заполнения полости и труб 3—4 мл йодолипола. После введения указанного количества йодолипола наконечник извлекают, а наружный зев за обе губы зажимают в пулевых щипцах.

Извлекают из влагалища нижнее зеркало и производят первый снимок (70—80 kV, 70 mA, фокусное расстояние 100 см). Если после проявления первого снимка трубы заполнились до конца, можно этим ограничиться и сделать через сутки второй контрольный снимок. Если же на первом снимке трубы не заполнились, спустя 10—20 минут производят второй снимок. Если на втором снимке трубы оказались незаполненными, на этом исследование заканчивают, если заполнились, делают через сутки третий контрольный снимок. При проходимых маточных трубах (хотя бы одна труба) контрастная масса оказывается в области заднего заматочного пространства в виде поперечных обрывочных размазанных теней.

Как правило, гистеросальпингографию следует делать в стационарных условиях.

ДИАТЕРМОКОАГУЛЯЦИЯ. Для этой цели можно пользоваться аппаратом для терапевтической или хирургической диатермии УДЛ-350, УДЛ-350 М, УДЛ-200 М. Более портативным является аппарат ДК-1. Аппараты включают в сеть переменного тока.

Аппарат ДК-1 позволяет производить только punctures и поверхностную коагуляцию шариковыми наконечниками. Хирургический нож для конизации может быть использован при аппарате УДЛ-350.

Диатермокоагуляцию проводят на гинекологическом кресле. Пассивный электрод подкладывают под спину женщины, шейку матки обнажают зеркалами, дезинфицируют ее (спиртом), хорошо осушают.

Процедуру осуществляют без анестезии. Если ее производят правильно, болевых ощущений не бывает. Ток включают нажатием ногой на педаль. Для того чтобы не было ожогов, надо сначала коснуться шейки матки электродом, а потом нажать педаль. Прикосновение электрода к стенке влагалища вызовет ожог.

Диатермокоагуляция цервикального канала требует большой осторожности, так как может вызвать в дальнейшем его сужение (стеноз).

Более эффективно пунктирование эрозии, потому что таким путем разрушаются очаги инфекции в глубине шейки матки. Иглу направляют параллельно цервикальному каналу. Если имеется эктропион шейки, то иглу следует направлять косо снаружи кнутри.

Пунктур делают столько, сколько нужно, чтобы слилась вся поверхность коагуляции, обычно от 10 до 40 (при гипертрофированной шейке). В результате образуется струп, который отпадает через 2 недели после демаркации от окружающих тканей.

В течение 6—8 недель женщина должна соблюдать половой покой. Она является производной трудоспособной, но должна избегать значительной физической нагрузки.

Вагинальный осмотр зеркалами надо производить крайне осторожно, так как он может нарушить отторжение струпа и вызвать кровотечение (лучше не пользоваться зеркалом Куско). Необходим гигиенический туалет 2 раза в день (подмывать наружные половые органы кипяченой водой, часто менять белье).

После однократной коагуляции полная эпителизация наблюдается в 90—80% случаев. Повторную коагуляцию при исключении ракового поражения производят не ранее чем через 3—6 месяцев, так как в отдельных случаях эпителизация затягивается.

Осложнения наблюдаются редко. Небольшое кровотечение возможно во время коагуляции, поэтому следует начинать диатермокоагуляцию с задней губы.

Половая жизнь допускается не ранее полной эпителизации. В случае появления кровотечения после диатермокоагуляции показана госпитализация.

ДИАТЕРМОКОНИЗАЦИЯ — удаление в виде конуса части шейки матки. Применяется при больших деформациях шейки и ее гипертрофии. Она может быть сделана при помощи аппарата УДЛ-350, особыми электродами Геймса — Кроссена или Роговенко. Эта операция должна производиться только в условиях стационара.

ИНСУФЛЯЦИЯ — вдувание во влагалище порошкообразных веществ (осарсол, стрептоцид и др.) с терапевтической целью воздействовать на патогенную флору влагалища.

Методика. Влагалище расширяют зеркалами и растягивают стенки до сглаживания складок. С помощью тампона, смоченного содовым раствором, тщательно удаляют из влагалища слизь, кровь, скопившиеся выделения. Вторым тампоном на корнцанге обсушивают стенки и своды влагалища. В некоторых случаях уместно предварительно хорошо проспринцевать влагалище, а потом обсушить его тампонами. На растянутые сглаженные стенки влагалища вдувают из специального распылителя или из резинового баллона порошок под контролем зрения. Порошок должен покрыть все стенки влагалища.

КАТЕТЕРИЗАЦИЮ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ производят с целью получить для исследования мочу непосредственно из мочевого пузыря или в случаях, когда больная не может самостоятельно помочиться. Предварительно необходимо подмыть наружные половые органы больной, обсушить их стерильной марлей, раздвинуть половые губы и обнажить широко отверстие мочеиспускательного канала. Последнее отдельно дезинфицируют слабым раствором марганцовокислого калия или 2% раствором хлорамина. Специальный металлический стерильный катетер вводят через уретру в мочевой пузырь.

При пользовании стерильным резиновым катетером последний берут ближе к концу прокипяченным пинцетом, смазывают стерильным вазелиновым маслом и вводят в уретру с помощью пинцета, а не захватывают пальцами. При катетеризации мочевого пузыря должны строго соблюдаться асептика и антисептика. Выпускаемую с помощью катетера мочу, если ее должны исследовать, собирают в подставленный стерильный лоток.

КОЛЬПОСКОПИЯ позволяет уточнить характер патологических изменений на шейке матки и дает возможность произвести прицельную биопсию в подозрительных случаях. Кольпоскопия, однако, не дает права ставить окончательный диагноз.

Кольпоскоп — бинокуляр, снабженный сильным источником света. Кольпоскоп дает увеличение в 10—15—30 раз. Чаще всего пользуются увеличением в 15 раз. После обнажения шейки зеркалами свет подают центрированно на влагалищную часть. Кольпоскопию проводят до бимануального исследования, чтобы избежать возможной травмы при исследовании.

Кольпоскопия может быть: 1) нативная — осмотр шейки без удаления из влагалища отделяемого; 2) простая — осмотр шейки после протирания ее ватным тампоном; 3) расширенная — обработка шейки различными веществами. Чаще пользуются 3% уксусной кислотой, которая помогает выявить эктопию и другие патологические изменения на шейке. Проводится также проба Шиллера с раствором Люголя, которая основана на содержании гликогена в клетках. Раковая ткань бедна гликогеном и не окрашивается раствором Люголя; 4) цветная — окраска шейки различными красками, что дает возможность лучше выявить изменения на шейке матки; 5) люминесцентная: при окраске шейки специальными красками и при освещении кварцевым источником света раковая ткань приобретает характерное для нее свечение.

Кольпоскопические картины: 1) нормальная слизистая шейка матки бледно-розового цвета с нежной сетью древовидно расположенных сосудов. Раствором Люголя красится в темно-коричневый цвет; 2) эктопия — появление цилиндрического эпителия из цервикального канала на влагалищной части шейки; после обработки уксусной кислотой эктопия напоминает гроздь незрелого винограда, йоднегативна; 3) зона превращения — цилиндрический эпителий начинает вытесняться плоским многослойным эпителием. Эпителизация может идти двумя путями: а) нарастанием плоского многослойного эпителия с периферии; б) метаплазией цилиндрического эпителия. В результате эпителизации появляются открытые и закрытые железы (ovulae Nabothii); 4) атипические изменения на шейке: а) лейкоплакия — в виде белесоватых йоднегативных участков, на которых сосудистый рисунок не виден; б) основа лейкоплакии — своеобразная картина ярко-красной крапчатости на белесоватом фоне; в) членение и мозаика (образование «полей») — вид «мраморности» (йоднегативные участки); г) эритроплакии — ярко-красные участки, обычно с резкой границей, йоднегативны; 5) раковые изменения — появляются деформированные сосуды в виде клубочков, штопора, спиралей и т. д. Появляется разнокалиберность сосудов. Такие участки, как правило, йоднегативны, нередко наблюдается «плюс»-ткань. В запущенных случаях некроз обуславливает грязный налет и бесструктурность ткани.

КУЛЬДОСКОПИЯ (трансвагинальная пельвееоскопия) — метод визуального исследования внутренних половых органов женщины с помощью специального эндоскопа, который вводится в брюшную полость через прокол заднего свода влагалища (задняя кольпотомия) в дугласов карман, откуда собственно и название кульдоскоп (cul de sac — слепой мешок).

Показания. Уточнение характера патологического процесса во внутренних половых органах: место, откуда исходит опухоль, взаимоотношение опухоли с соседними органами, внематочная беременность, эндометриоз, туберкулез придатков матки. В ряде случаев может заменить пробное чревосечение.

Методика. Накануне и утром в день исследования больной опорожняют кишечник (клизма). Перед самой операцией вводят под кожу 1 мл 2% раствора промедола. Больная лежит на гинекологическом кресле. Наружные половые органы дезинфицируют. Обнажают влагалище зеркалами и тщательно обрабатывают их спиртом и йодом. Заднюю губу шейки матки захватывают пулевыми щипцами и при-

поднимают шейку вверх. В этот момент производят парацервикальную анестезию (0,5% раствором новокаина по 20 мл в каждую сторону). Затем больную переводят в коленно-грудное положение. Голова, плечи и грудь лежат на подушке; спина максимально вогнута. В таком положении кишечные петли перемещаются к диафрагме. Вводят во влагалище зеркало и максимально оттягивают последним проежность вверх. Заднюю губу, захваченную пулевыми щипцами, низводят книзу, обнажают задний свод и хорошо освещают последний рефлекторной лампой. Длинной толстой иглой прокалывают задний свод и проникают в дугласов карман. При этом слышно, как засасывается воздух в брюшную полость. Скальпелем по игле производят заднюю кольпотомию и несколько расширяют отверстие, чтобы можно было ввести кульдоскоп. Вводят последний и осматривают с его помощью полость малого таза.

По окончании осмотра просят больную сделать глубокий вдох и вслед за этим выдох и потужиться. При этом из брюшной полости через трубку с шумом выходит воздух. Затем трубку вынимают и на отверстие в своде накладывают 1—2 кетгутовых шва. Трансвагинальную кульдоскопию можно производить и в положении больной на спине с высоким положением таза.

Противопоказания. Острые воспалительные процессы в малом тазу, инфильтраты или опухоли в дугласовом кармане, сращения с кишечником, фиксированная ретрофлексия матки, сердечно-сосудистые заболевания у больной в стадии декомпенсации и другие тяжелые заболевания. Производить кульдоскопию надлежит в условиях стационара.

ЛАПАРОСКОПИЯ (трансабдоминальная пельвеоскопия) — введение оптической системы производится через прокол в брюшной стенке (см. Пневмоперитонеум).

МАССАЖ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ способствует усилению обмена веществ, улучшает кровообращение, растягивает соединительнотканые тяжи, рубцы, образовавшиеся в результате воспалительного процесса в тазовой клетчатке или брюшине. После массажа спайки и перемычки истончаются, а иногда и исчезают.

Массаж производят в положении женщины на гинекологическом кресле. Врач стоит, как при обычном гинекологическом исследовании. Предварительно должны быть опорожнены мочевой пузырь и кишечник. Брюшную стенку припудривают тальком. Вводят во влагалище два пальца (указательный и средний), локоть руки опирается на одноименное колено врача, нога которого стоит на подножке кресла или на табуретке. Такое положение руки позволяет массировать нежнее и рука быстро не утомляется. Круговыми движениями «наружная» рука постепенно вдавливает брюшную стенку к пальцам «внутренней» руки и проникает к задней поверхности матки, а затем и к правому ребру ее в область широкой связки, к правому параметрию. Ткань, подвергающаяся массажу, находится между пальцами обеих рук. Ладонной стороной трех фаланг (а не концами пальцев!) «наружной» руки производят поглаживание, разминание, надавливание и растяжение; все эти манипуляции одновременно вызывают и гиперемию. Если массажу должна подвергаться правая сторона (например, при рубцовом сморщивании правого параметра), то во влагалище вводят два пальца левой руки. Пальцы, введенные

в правый влагалищный свод, производят давление на шейку матки в сторону левого параметрия, а «наружная» рука с постепенно нарастающей силой оттягивает матку в левую сторону. Произведя такое постепенное растягивание, врач спустя непродолжительное время делает паузу, не извлекая пальцев из влагалища, и через короткий срок вновь повторяет растяжение.

В первый сеанс, который длится не более 5 минут, рекомендуется проделать 2—3 растягивания, увеличивая число их на одно при каждом из последующих занятий. Затем растягивание проделывают многократно, сеансы продолжаются максимум до 15—20 минут. Если массировать приходится инфильтрат, то начинают массаж с периферии инфильтрата, постепенно продолжая массирующие движения по направлению отводящих кровеносных и лимфатических сосудов.

Интенсивность массажа соразмеряют с чувствительностью больной. Массаж не должен вызывать боли ни во время, ни после сеанса. Боли, появляющиеся после массажа, сигнализируют о возможности возникновения осложнения, и массаж прекращают.

При благоприятном течении массаж продолжают систематически в течение 2, а иногда 3 месяцев.

Массаж гинекологический вибрационный производят иногда вместо двуручного гинекологического массажа. Большой наконечник вибрационного аппарата прикладывают к брюшным покровам и двумя пальцами, введенными во влагалище, подводят подлежащие массажу органы к месту, куда прикладывают наконечник аппарата. Применяют главным образом при ожирении брюшной стенки, кровотечениях у женщин на почве атонии матки, наличии плотных инфильтратов.

ПЕРТУБАЦИЯ — продувание труб — метод определения проходимости труб. Условия для пертубации: отсутствие кровянистых выделений; манипуляции следует производить не ранее чем через 4—5 дней после окончания и не позже чем за 5—6 дней до наступления менструаций, т. е. с 10-го по 20-й день менструального цикла (при 28-дневном цикле). Клинический анализ крови и мочи накануне пертубаций должны соответствовать норме. Степень чистоты влагалищного отделяемого I или II.

В мазках из шейки и уретры — отсутствие лейкоцитов, трихомонад, гонококков.

Противопоказания. Фебрильная или субфебрильная температура. Острые, подострые, а также хронические, но часто обостряющиеся воспалительные процессы половых органов. Опухоли матки и придатков. Наличие фокальной инфекции (гнойные очаги, пиодермия). Не следует производить пертубацию раньше, чем через 2 месяца после окончания грязелечения.

Техника. За несколько часов до манипуляции очистительная клизма. Гинекологическое исследование и зондирование не следует производить непосредственно перед вмешательством (профилактика спазма). Больную укладывают в гинекологическое кресло. Наружные половые органы, влагалище и шейку матки дезинфицируют спиртом и 2% настойкой йода. Шейку матки обнажают при помощи зеркала и подъемника. Переднюю губу захватывают пулевыми щипцами и слегка подтягивают ко входу во влагалище. В канал шейки вводят наконечник, плотно закрывающий просвет канала, и начинают вводить

(нагнетать) воздух (газ) в полость матки. Давление в системе во время продувания не должно быть выше 180 мм рт. ст. Если трубы проходимы, то при давлении 75 мм рт. ст. обнаруживается проходимость труб — давление в системе начинает падать. При стенозированных трубах проходимость устанавливается лишь при давлении 125—160 мм рт. ст. Признаками проходимости маточных труб являются: падение давления в системе, появление характерного звука при аускультации брюшной стенки, возникновение френikus-симптома и исчезновение печеночной тупости. Наиболее достоверным признаком является определение при рентгеноскопии в поддиафрагмальной области газового пузыря.

При анализе результатов пертубации во избежание возможных ошибок необходимо учитывать следующие обстоятельства: 1) при неполном замыкании наружного маточного зева воздух из матки может выходить во влагалище, что сопровождается характерным звуком; 2) френikus-симптом иногда наблюдается и при непроходимых в ампулярных отделах трубах; френikus-симптом может отсутствовать и при проходимых трубах (при небольшом количестве введенного воздуха). Более точные данные для оценки функционального состояния труб можно получить при кимографической пертубации (прибор Ягунова или аппарат для продувания труб системы завода «Красногвардеец»).

Пертубация аппаратом системы завода «Красногвардеец» производится следующим образом. Воздушный резервуар до метки 190 заполняют жидкостью, затем кран режима переключают с давления на вакуум. Через фильтр в воздушный резервуар засасывают газ из обычной кислородной подушки. После включения прерывателя и введения наконечника в полость матки аппарат включают в сеть. Кран регулировки устанавливают так, чтобы газ поступал со скоростью 30—50 мл в минуту. В случае проходимости труб, когда кимографическая кривая опускается и давление в системе падает, прерыватель следует выключить и увеличить скорость подачи газа так, чтобы в одну минуту входило около 100 мл газа. Во время пертубации следует вводить от 50 до 130 мл газа, после чего регулятор скорости устанавливается на нуле, подача газа прекращается. Давление в системе при этом снижается до определенного уровня (минимальное давление). В зависимости от степени проходимости труб минимальное давление составляет 110—125 мм рт. ст. После того как минимальное давление становится стабильным в течение 20—30 секунд, включают вакуум, и давление снижается до нуля. По соответствующему уровню воды в воздушном резервуаре можно судить о количестве введенного газа.

Отрицательным моментом при применении пертубации вышеописанным аппаратом является невозможность полностью исключить обратное выхождение воздуха (газа) через шеечный канал. Однако при известном навыке даже незначительное выхождение воздуха (газа) можно диагностировать по характерному звуку и одновременному появлению вертикального падения кимографической кривой. Шум, создаваемый мотором при работе аппарата, мешает производить во время пертубации аускультацию. Следует отметить, что решающей при кимографической пертубации является не аускультация, а регистрация изменения давления. В целях исключения функционального характера непроходимости труб (т. е. их спазм) во всех случаях непроходимости труб следует повторить продувание после

однократной инъекции атропина или введение по 5 или 10 мг прогестерона в течение 3—4 дней перед повторной пертубацией.

Для оценки степени проходимости труб и функционального их состояния анализируют следующие показатели: 1) давление, при котором устанавливалась проходимость труб (максимальное давление); 2) характер кимографической кривой (частота и амплитуда колебаний); 3) давление в системе после прекращения нагнетания газа (минимальное давление).

Запись кимограммы рекомендуется вести на миллиметровой бумаге, что дает возможность довольно точно определить амплитуду колебания давления, а также число сокращений маточных труб в минуту. На кимограмме следует указать дату пертубации, фамилию и инициалы обследуемой, номер истории болезни, дробью указать день менструального цикла (числитель) и продолжительность менструального цикла (знаменатель), количество введенного газа и дробью максимальное (числитель) и минимальное (знаменатель) давление.

ПИЕЛОГРАФИЯ — исследование почечных лоханок, чашечек и мочеточника с помощью контрастной рентгенографии. Ретроградная пиелография. Вводят мочеточниковые катетеры в почечные лоханки и производят обзорный рентгеновский снимок. Затем через катетеры (один или оба) медленно под небольшим давлением из 20-граммового шприца с иглой вводят подогретый до 37° стерильный 20% раствор сергозина (монойодметансульфоокислый натрий, содержащий 52% органического йода) в количестве 8—10 мл в каждую сторону до появления у больной ощущения тяжести в области почки и делают рентгеновский снимок. После ретроградной пиелографии с целью профилактики мочевой инфекции вводят внутривенно 10 мл 40% раствора уротропина или внутримышечно 200 000 ЕД пенициллина.

Противопоказания. Острый уретрит, цистит.

Выделительная (внутривенная) пиелография. В вену вводят 50 мл 40% стерильного раствора сергозина.

Время появления сергозина в лоханке и мочеточнике и интенсивность его тени позволяют судить о функции каждой почки, лоханки, мочеточника в отдельности.

Первый рентгеновский снимок делают через 7—10 минут, повторный — через 15—20 минут и последний — через 30—45 минут после введения сергозина.

Доза сергозина для девочки определяется в зависимости от возраста — по 0,1 г сухого вещества сергозина на 1 год жизни.

Серийные снимки позволяют судить о форме и размерах лоханки, наличии камня, ширине мочеточника.

Противопоказания. Острые заболевания печени, базедовизм, менструация, азотемия.

ПЕЛЬВИМЕТРИЯ — по специальным показаниям определение размеров таза с помощью рентгеновых лучей. Существуют различные методики. Наиболее простая и доступная — по принципу прибора Фабра — основана на одновременной рентгенографии прямого и поперечного размера входа таза, размера головки, стоящей в плоскости входа. Осуществляется с помощью специальной металлической масштабной линейки.

Рентгеновский снимок производится: переднезадний — при условиях 70—80 kV, 80 mA, фокусное расстояние 100 см, экспозиция 4 секунды; боковой снимок — 80 kV, 80 mA, экспозиция 5 секунд. Более точные данные определения соответствия размеров головки и таза получаются при рентгенографии в родах, при головке, стоящей во входе таза.

ПЛОД, ВНУТРИУТРОБНАЯ СМЕРТЬ. РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА¹. Имеется свыше 15 признаков, характеризующих на рентгенограмме внутриутробную смерть плода: зияющие швы между костями черепа, смещение и значительное захождение теменных костей за лобную и затылочную, мешкообразная конфигурация черепа при высоком стоянии головки, изгиб позвоночника в направлении, обратном тому, что имеется у живого плода, — резкое (углообразное) разгибание в шейно-грудном и поясничном отделах позвоночника, так называемый гибус вследствие потери мышечного тонуса, отвисание нижней челюсти, свисание конечностей, спадение грудной клетки и др.

Описанные признаки отчетливее обнаруживаются спустя 12—14 часов после смерти плода.

Обязательным условием для относительно безошибочной рентгенодиагностики внутриутробной смерти плода является наличие целого плодного пузыря, проведение рентгеновского снимка вне схваток, а окончательное решение вопроса надо основывать не на одном каком-либо из описанных признаков (который сам по себе может быть и при живом плоде), а непременно на совокупности возможно большего количества признаков.

ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМ (газовая гинекография) — рентгенологическое исследование нижнего отдела брюшной полости и малого таза на фоне введенного газа. Позволяет уточнить и дифференцировать опухоли, исходящие из половых органов и экстрагенитальные, опухоль яичника и субсерозную миому, опухоль кишечника, выявить склеро-кистозные яичники, уточнить характер аномалий развития и уродств внутренних половых органов (врожденное отсутствие яичников и др.).

Рентгенологическое исследование при пневмоперитонеуме производится только в стационарных условиях.

Подготовка больной. Накануне и за несколько часов до наложения пневмоперитонеума тщательно очищают кишечник (клизмой). Перед самым наложением опорожняют (самопроизвольно) мочевой пузырь. Исследование следует проводить лучше натощак.

Вдувание газа. После предварительной дезинфекции кожи живота в положении больной на спине производят прокол передней брюшной стенки на 2 см ниже и влево от пупка. Игла на своем пути встречает три сопротивления: кожу, апоневроз и брюшину. Далее соединяют ее с аппаратом для наложения пневмоторакса. Характерно появление колебания жидкости в градуированной бюретке, что свидетельствует о попадании иглы в брюшную полость. Постепенно вводят газ (кислород или углекислый газ) в количестве 1000—1500 мл в зависимости от толщины подкожножирового слоя. При поступлении

¹ При отсутствии возможности применять фовоэлектрокардиографию.

газа в брюшную полость больная начинает чувствовать некоторое давление в подложечной области, появляется небольшой френкикус-симптом. Если газ не попал в брюшную полость (что уточняется при рентгенологическом исследовании), то имело место проникновение газа в кишечник или надбрюшинную клетчатку. В таких случаях процедуру можно повторить через 1—2 дня (при нормальных анализах крови).

Рентгенологическое исследование производится в положении Тренделенбурга на животе с наклоном головного конца штатива на 30—40°, для чего у штатива закрепляют специальные наплечики, чтобы больная не сползала вниз. Желательно сначала произвести рентгеноскопию, что позволяет определить количество газа в малом тазу, взаимоотношение матки с остальными органами и патологическими изменениями в малом тазу.

Затем в описанном положении осуществляют рентгенографию — центральный луч направляют на копчик с небольшим (на 15°) наклоном трубки в краниальном направлении. При положении больной на спине центральный луч направляют несколько выше лобка. При этом наклон трубки идет в каудальном направлении, а угол, образуемый центральным лучом с плоскостью штатива, равен 20—30°.

Рентгеновские снимки делают при обычном режиме: первый — обзорный, затем с уточнением оптимального режима производится второй снимок.

Если невозможно изменить положение трохоскопа, чтобы придать больной положение Тренделенбурга, следует после введения газа придать больной коленно-грудное положение с выгибанием позвоночника.

При наличии томографа с помощью последнего производят послыное исследование, при котором получается более детальная рентгенологическая картина.

Целесообразно сочетать пневмоперитонеум с гистеросальпингографией (биконтрастная гинекография). При этом получается биконтрастный снимок, позволяющий более подробно представить себе картину, включая изображение полости матки и маточных труб (биконтрастная рентгенопельвеография).

Можно ограничиться введением зонда в полость матки, что тоже позволяет судить о положении матки и ее взаимоотношениях с соседними органами.

Если требуется определить и состояние толстого кишечника (прямой, сигмовидной, слепой кишок), наличие или отсутствие спаек, прорастание кишечника опухолью, следует после первого — второго рентгеновского снимка наполнить кишечник через клизму бариевой взвесью и сделать еще снимок.

Это позволяет определить взаимоотношение опухоли с различными отделами толстого кишечника.

Рентгенологическое исследование в условиях пневмоперитонеума, как правило, переносится легко. Больные указывают лишь на ощущение распирания в брюшной полости, иногда незначительные боли в области плеча (френкикус-симптом). В течение суток после наложения пневмоперитонеума больная находится в постели в положении с несколько приподнятым ножным концом кровати.

Противопоказания. Сердечно-сосудистые заболевания с явлениями суб- и декомпенсации, острые воспалительные процессы в брюшной полости и малом тазу, адгезивный перитонит.

ПНЕВМОРЕТРОПЕРИТОНЕУМ. Рентгенологическое исследование почки, окруженной слоем газа, позволяет получить более четкое изображение контуров почки. Газ вводят пресакральным путем, т. е. через пространство между копчиком и прямой кишкой. Под контролем пальца, введенного в прямую кишку в положении больной на боку с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами, иглу вкальвают в заднюю промежность на глубину 4—5 см (тщательно контролируют, нет ли крови). Далее производят анестезию с 20 мл 0,25% раствора новокаина, далее вводят другую, более длинную иглу, если нет крови, подключают аппарат (см. Пневоперитонеум) и вводят 1000—1500 мл кислорода, который в течение 15—30 минут распространяется по забрюшинной клетчатке, окружая почки и мочеточник. Образуется пневморетроперитонеум, что дает возможность на рентгенограмме получить четкое изображение контуров почки и надпочечника, опухоли надпочечника, почечные аномалии. Иногда ретроперитонеум сочетают с пиелографией (см. Пиелография).

ПОЛИПЭКТОМИЯ в условиях хирургического кабинета женской консультации допустима при слизистом полипе на тонкой ножке. После дезинфекции обнаженного в зеркалах влагалища и шейки матки захватывают полип ближе к ножке корнцангом или маленькими овариальными щипцами, или окончатый абортцангом и вращают в одну сторону вокруг продольной оси до полного откручивания. При длинной, но несколько широкой ножке на последнюю, возможно ближе к ее основанию, накладывают тонкую кетгутовую лигатуру или кетгутовый шов и отсекают скальпелем. После отделения полипа оставшуюся культю или соответствующее этому место смазывают раствором йода. Удаленный полип всегда направляют для гистологического исследования.

Если полип исходит из полости матки, его удаляют только в стационарных условиях.

ПРОМЫВАНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ производят через катетер из кружки Эсмарха либо из шприца Жане после предварительного промывания уретры (см. Промывание уретры). Кружка должна находиться выше уровня мочевого пузыря не более чем на 75—100 см. При промывании из шприца давление на поршень не должно форсироваться, чтобы не вызвать быстро нарастающего давления в мочевом пузыре. Промывная жидкость должна быть подогрета до 37°. Выпускаемые порции жидкости должны быть меньше емкости мочевого пузыря. Проще всего емкость мочевого пузыря определяется измерением количества самостоятельно выпущенной мочи при одном акте мочеиспускания. Количество вводимой жидкости должно быть несколько меньше. При промывании мочевого пузыря не следует наполнять его до появления позыва к мочеиспусканию. В противном случае промывание причиняет болезненность и опасно возможностью восходящей инфекции. Промывная жидкость, шприц, кружка Эсмарха с резиной, как и катетер, должны быть стерильные. В качестве промывной жидкости можно пользоваться 2% раствором борной кислоты, раствором перманганата калия 1:8000, такой же концентрации раствором оксицианистой ртути.

ПРОМЫВАНИЕ УРЕТРЫ производится либо как самостоятельное мероприятие, либо всегда перед промыванием мочевого пузыря,

чтобы не занести в пузырь имеющиеся в мочеиспускательном канале патогенные микроорганизмы. Промывают из кружки Эсмарха с резиновой трубкой с помощью стеклянного конусообразного с одним отверстием наконечника (см. Промывание мочевого пузыря).

Сначала струей обмывают наружные половые органы. Затем двумя пальцами левой руки раскрывают половую щель, обнажают наружное отверстие мочеиспускательного канала и обмывают последнее струей промывной жидкости, не касаясь наконечником кожи и отверстия. После этого вводят конец наконечника в уретру, направляя его к задней стенке канала и несколькими прерывистыми струями промывают мочеиспускательный канал. Промывная жидкость, удаляясь о заднюю стенку канала, разбрызгивается по всему каналу, промывая его. Наконечник не следует глубоко вводить в уретру, чтобы жидкость не поаладала через внутренний сфинктер в мочевой пузырь, а промывала только мочеиспускательный канал.

ПРОХОДИМОСТЬ ТРУБ (см. также Пертубация, Гистеросальпингография): а) проба с метиленовой синью. Шейку матки обнажают при помощи зеркала и подъемника, заднюю губу шейки матки фиксируют пулевыми щипцами, дезинфицируют влагалище, производят пункцию через задний свод и в заматочное пространство вводят 100 мл физиологического раствора. Иглу не извлекают. Затем через наконечник с obturatorом шприцем Брауна вводят в полость матки 20 мл 0,1% раствора метиленовой сини. Если из иглы, оставленной в заматочном пространстве, будет вытекать голубоватая жидкость, можно считать, что минимум одна труба проходима; б) проба Шпека. Обнажают шейку матки зеркалами, дезинфицируют половые органы, пулевыми щипцами фиксируют переднюю губу шейки матки. Шприцем Брауна с obturatorом медленно вводят в полость матки 10 мл теплого 0,06% раствора феносульфофталеина. Наконечник извлекают через 10 минут. Снимают пулевые щипцы и извлекают зеркало. Больную укладывают на кушетке. В первые 10 минут она выпивает стакан теплого чая. Через 1 час катетером получают первую порцию мочи. Если она красная, то проба положительная. Если же она обычного соломенного цвета, то к моче прибавляют несколько капель 10% раствора едкого натра (изменение цвета мочи происходит только в щелочной среде). При отрицательной пробе следующую порцию мочи берут еще через час и повторяют исследование. При отрицательной пробе маточные трубы непроходимы.

ПУНКЦИЯ ЗАДНЕГО СВОДА влагалища, пробный прокол (как правило, в стационаре). Производится с целью выяснить характер содержимого (свободная жидкость, кровь, гной) в полости малого таза.

Техника. После мочеиспускания (самостоятельного или с помощью катетера) на гинекологическом кресле с соблюдением во всем строжайшей асептики и антисептики производят дезинфекцию наружных половых органов, влагалища и влагалищной части матки (обмывание, обсушивание, обработка спиртом и йодом наружных половых органов, осторожное протирание в зеркалах влагалищных стенок туфферами, смоченными спиртом, смазывание влагалищных стенок йодом). После этого сменяют зеркала и обнажают шейку матки.

Задним зеркалом оттягивают вниз заднюю стенку влагалища, переднее зеркало (подъемник) подводят под влагалищную часть

матки. Пункцию делают длинной (8—10 см) иглой, не слишком тонкой (чтобы могли пройти и мельчайшие сгустки крови), насаженной на 10-граммовый шприц. При вколе иглу направляют несколько кпереди параллельно задней стенке матки, чтобы не проколоть стенку прямой кишки. Иглу продвигают в глубину (обычно на 3—4 см), пока не получится ощущение, что она попала как бы в пустоту. После этого начинают оттягивать поршень шприца и отсасывают жидкость. Если жидкость не высасывается, иглу осторожно и медленно вытягивают и продолжают вытягивать поршень. Как только в шприце показывается содержимое (светлая жидкость, кровь, гной), извлеченные иглы прекращают и продолжают отсасывание.

По окончании пункции извлекают иглу и вторично смазывают задний свод влагалища йодом.

РЕНТГЕНОГРАФИЯ ПЛОДА применяется в отдельных случаях для уточнения диагноза: 1) многоплодие; 2) некоторые уродства плода и особенно гидроцефалия; 3) относительные размеры плода и размеры таза при подозрении на клинически узкий таз; 4) дифференцирование опухоли и беременности (применяется редко); 5) диагноз — мертвый плод. Рентгенография должна производиться только по строгим клинически обоснованным показаниям.

Рентгеновские снимки производятся в положении беременной на спине или на животе (в последнем случае имеется специальное приспособление или под грудь кладется подушка, которую женщина обхватывает руками для удобного положения) таким образом, чтобы дно матки незначительно выходило за верхний край кассеты. Высота укладки варьирует в зависимости от срока беременности и от задач снимка: при низко стоящей предлежащей части плода в границы снимка попадает вход и полость таза; при многоводии, отвислом животе снимок делается в положении на боку. Снимок необходимо производить при опорожненном кишечнике и мочевом пузыре.

Условия снимка: напряжение 80 kV, сила тока 100 mA, расстояние 70—80 см, экспозиция до 4 секунд, для бокового снимка — до 6 секунд. Количество снимков ограничивается двумя: один — в переднезадней, другой — в боковой проекции, не больше.

Доза излучения при этих условиях на глубине составляет 3—3,5 г.

СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА.

Артериальное давление среднее. По сравнению с цифрами максимального (систолического) и минимального (диастолического) давления ближе к действительному уровню внутриартериального давления крови стоят величины так называемого среднего давления — давление в манжетке, соответствующее самым большим колебаниям осциллометра, равняется среднему давлению в артериях. По осциллограмме можно учитывать величины среднего, максимального и минимального артериального давления. Высота среднего давления (md) отсчитывается по моменту наибольших осцилляций, а минимального (mn) — по моменту начала резкого снижения зубцов.

Среднее артериальное давление в нормальных условиях — величина постоянная. Оно не подвергается влиянию тех факторов, от которых меняется систолическое и диастолическое давление. У здоровых беременных женщин систолическое давление в плечевой артерии колеблется от 110 до 125 мм рт. ст., диастолическое — от 60 до 85 мм рт. ст., пульсовое давление в среднем равно 40—50 мм рт. ст.,

среднее артериальное давление составляет 80—100 мм рт. ст. При поздних токсикозах рекомендуется измерять артериальное давление на обеих плечевых артериях, так как разница может достигать 15—60 мм вместо 5—10 мм рт. ст. при нормально протекающей беременности.

Височное давление (височно-плечевой коэффициент) характеризует внутричерепное артериальное давление, так как сосуды связаны общей иннервацией. Измерение артериального давления в височной артерии производится с помощью специальной манжетки (4 см ширины и 20 см длины), соединенной с тонометром, и определяется пальпаторным методом. В норме максимальное давление равно 60—70 мм рт. ст., среднее — 50—55 мм рт. ст., минимальное — 35—40 мм рт. ст.

Для практических целей имеет значение определение височно-плечевого коэффициента, т. е. отношения максимального височного и плечевого артериального давления, в норме равного 0,5.

При местных сосудистых расстройствах функционального или органического характера давление в височной артерии может повышаться относительно давления в плечевой артерии.

Локальное повышение височного давления свидетельствует о регионарной гипертонии (внутричерепной).

Давление венозное — сила, с которой кровь давит на стенку венозных сосудов. Высота венозного давления определяется тонусом вен, количеством притекающей к ним и оттекающей от них крови, функциональной способностью правого желудочка, высотой внутригрудного давления. Венозное давление в норме уменьшается по направлению от периферических вен к сердцу. Максимальное венозное давление в венах и минимальное — в полых венах.

1. Бескровный метод исследования венозного давления основан на измерении того давления, которое нужно приложить к мягким тканям конечности, чтобы вены спались и ток крови по ним прекратился.

2. Кровавый метод измерения венозного давления основан на введении в вену канюли, которая соединяется с измеряющим прибором, по принципу соединяющихся сосудов. Давление крови в вене уравнивается столбом жидкости в измеряющей системе, по которому определяется венозное давление.

Существует два способа измерения венозного давления: а) одномоментный способ, при котором после получения цифры давления игла извлекается из вены; б) длительный, капельный способ измерения венозного давления по Вальдману, при котором игла флеботонометра соединена двухходовым краном с манометром и сосудом для физиологического раствора, капельно вливающегося в вену в промежутках между измерениями давления. Длительный способ флеботонометрии расширяет возможности и значение метода. Он более точный и позволяет следить за динамикой венозного давления под влиянием лекарственных веществ и характером его повышения (устойчивое при сердечной недостаточности, неустойчивое при нарушениях сосудистого тонуса).

Измерение венозного давления кровавым методом производится в положении исследуемой на спине при максимальном расслаблении мышц. Игла вводится в среднюю вену локтевого сгиба руки, уложенной на уровне сердца. Рекомендуется вводить иглу без предварительного наложения жгута, чтобы не создавать искусствен-

ного повышения давления. Если венепункция производилась со жгутом, то выжидают 1—2 минуты, чтобы давление выровнялось.

Средние цифры венозного давления у здоровых людей в спокойном состоянии, по данным В. А. Вальдмана, равняются 70—75 мм вод. ст. Чаще всего при полном покое наблюдаются цифры от 60 до 80 мм вод. ст. Изредка встречаются и более низкие цифры — до 50—40 мм вод. ст. или более высокие — до 110—120 мм вод. ст.

Внутривенное давление у разных лиц установлено на индивидуальной, довольно постоянной высоте: у одних по гипотоническому, у других по нормотоническому, у третьих по гипертоническому типу.

При пассивном положении тела уровень венозного давления ниже, чем при активном состоянии. Границу нормального венозного давления В. А. Вальдман рекомендует определять по величине, соответствующей покояющему состоянию организма, когда больше всего исключается возбуждающее действие нервной системы на сосудистый тонус.

Венозное давление повышается при физической нагрузке, глубоком выдохе, кашле. В патологических условиях венозное давление повышается при сдавлении в области верхней полой вены, правожелудочковой недостаточности. Понижение венозного давления бывает при падении венозного тонуса и уменьшении притока крови к сердцу.

Для выявления реакции венозного давления на нагрузки применяют различные функциональные пробы.

Капилляроскопия — метод прижизненного наблюдения кровеносных сосудов кожи и слизистых оболочек. Он дает возможность одновременно исследовать как функциональное состояние, так и морфологию капилляров с наиболее удобным для работы увеличением в 48 и 72 раза. Капилляроскопию производят на ногтевых переходных складках кожи пальцев рук и реже ног. Для просветления рогового слоя кожи за 2—3 минуты до микроскопирования на переходную складку наносят каплю индифферентного масла (персиковое, кедровое, бергамотовое, укропное и др.). Палец располагают в удобной позе на столике капилляроскопа. На ногтевое ложе направляют боковое освещение и начинают наблюдение. Для точности исследования необходимо, чтобы переходная складка кожи не была травмирована, иначе капилляры будут изменены в связи с местными повреждениями.

Чтобы не впасть в ошибку, надо проводить исследования на III, IV и V пальцах обеих рук с целью лучшего выявления функционального состояния капилляров и возможности асимметрии. При капилляроскопии обращается внимание на фон рассматриваемого поля, степень видимости капилляров, их количество, длину, ширину, форму капилляров, состояние отдельных элементов капиллярной петли, наличие анастомозов, кровенаполнение, характер и скорость капиллярного кровотока, наличие и количество экстравазатов и пигментных остатков и т. д.

Для документации капилляроскопических наблюдений пользуются протоколированием, зарисовками и при необходимости фотографированием. Фотокапиллярография дает представление о количестве и форме капилляров в исследуемой области, но не отражает состояния гемодинамики. Капилляротонометрия применяется для проведения специальных исследований.

Существует два метода исследования капиллярного давления в периферических сосудах: 1) кровавый метод по Крогу заключается в том, что под контролем капилляроскопа в капилляр вводят тон-

чайшую волосяную трубку, соединенную с манометром, который покажет величину давления; 2) бескровный метод основан на регистрации давления на мягкие ткани исследуемой области. За капиллярное давление принимается то давление, которое необходимо, чтобы исчезли первые капилляры при капилляроскопии. Нормальное капиллярное давление равняется 25—30 мм вод. ст.

Капилляроскопия представляет особую ценность для изучения местных сосудистых изменений при различных физиологических состояниях (фазы менструального цикла, беременность, роды, послеродовой период) и ряде заболеваний (сепсис, нефрит, пороки сердца с нарушением компенсации кровообращения, геморрагический диатез, поздние токсикозы беременности и др.), вовлекающих в процесс периферические сосуды.

В патологических условиях могут изменяться все капилляроскопические показатели. При этом по состоянию капилляров иногда можно судить о патологическом процессе еще до появления клинических симптомов заболевания. Например, в предменструальный период обычно наблюдается некоторое спастическое состояние капилляров и некоторая гипотония их в первые дни менструации, причем ток крови замедляется и иногда в ряде капилляров переходит в кратковременный стаз. В первой половине нормально протекающей беременности можно отметить характерные изменения в капилляроскопической картине, заключающиеся в следующем: меняется фон поля зрения, увеличивается число функционирующих капилляров, расширяются венозные колена ряда капилляров. Несколько замедляется ток крови в капиллярах, особенно в венозных их отделах. Еще более наглядно это отмечается, начиная с 16—18 недель беременности. Ток крови больше замедляется и прогрессирует с ростом беременности до появления стаза. По мере приближения к сроку родов прерывистость течения становится все чаще, а стазы все продолжительнее. В ряде случаев наблюдается легкая извилистость венозных колен капилляров.

Капилляроскопия у беременных с поздними токсикозами выявляет нарушения гемодинамики в капиллярной системе. Так, на высоте заболевания у 90% женщин меняется фон поля зрения, который становится мутным с бледным или бледно-розовым оттенком. Количество функционирующих капилляров значительно уменьшено. Видимые капилляры имеют разнообразную форму и величину: в виде головных шпилек, извилистые, штопорообразные, в виде восьмерок, а при хроническом нефрите — они самой причудливой формы, чего не наблюдается при поздних токсикозах. Наряду с капиллярами, в которых образуются стазы, отмечаются капилляры мелкие, в виде точек, в которых циркуляция крови плохо определяется из-за сплошной мутности фона.

При водянке беременных артериальные колена, как правило, имеют обычный калибр, а венозные умеренно или резко расширены. Ток крови в капиллярах замедлен, зернистый, часто переходит в стаз.

При нефропатии, преэклампсии и эклампсии наряду с изменениями тока крови почти во всех случаях наблюдается спазм артериальных колен и неравномерное расширение венозных колен капилляров.

В процессе эффективного лечения примерно у 75% беременных женщин происходит нормализация показателей капилляроскопиче-

ской картины. У остальной части женщин нередко наблюдается несоответствие между клиническим течением заболевания и данными капилляроскопии, при помощи которой можно выявить скрытое течение токсикоза.

Осциллография — графическая регистрация колебаний сосудистой стенки.

Артериальная осциллография дает возможность измерить максимальное, минимальное и среднее артериальное давление. Запись производится в положении женщины лежа на спине или сидя с помощью осциллографа, который состоит из манометра, пишущего устройства и манжетки с насосом. При этом плечевая артерия должна находиться на уровне сердца. Запись ведут на плече, предплечье, бедре и голени.

Техника. Накладывается манжетка, накачивается воздух до исчезновения пульса ниже манжетки, далее постепенно выпускается воздух из манжетки. Прибор чертит прямую линию до тех пор, пока давление в манжетке не снизится до максимального артериального — первая пульсовая волна запишется в виде первого колебания на осциллограмме (систолическое давление). Далее амплитуда осцилляций нарастает. Наибольшие осцилляции соответствуют среднему артериальному давлению. Затем амплитуда снижается, а последняя отчетливая осцилляция соответствует диастолическому артериальному давлению.

Величина наибольшей осцилляции в миллиметрах называется осциллографическим индексом (ОИ). Линия, соединяющая вершины отдельных осцилляций, называется осциллографической кривой.

Среднее давление — постоянная величина для здорового человека. Эта физиологическая константа равна 90—100 мм рт. ст. Повышение его может свидетельствовать о так называемой скрытой гипертонии.

Осциллометрические исследования. Принцип действия: осциллометр передает колебания артериальной стенки спиртовому манометру через воздушную манжетку. Визуально отмечаются минимальные и максимальные колебания давления; последние соответствуют среднему артериальному давлению (табл. 28).

Плетизмография — исследование периферического кровообращения, основанное на изменении объема части тела в зависимости от его кровенаполнения. Объем каждого органа или части тела человека представляет собой сочетание объема, занимаемого собственно тканью органа, неспособного к быстрым изменениям, и объема крови, движущейся в кровеносных сосудах, меняющегося в зависимости от величины просвета сосудов. Если объем тканей может быть принят неизменным в течение данного отрезка времени, то объем крови может подвергаться изменениям в зависимости от сужения или расширения сосудов.

Увеличение объема органов указывает на расширение, а уменьшение — на сужение сосудов.

На плетизмограмме регистрируются пульсовые колебания (волны I порядка), связанные с фазой систолы и диастолы сердца, дыхательные волны (II порядка), обусловленные дыхательными движениями тела, а также связью между дыхательным и сосудодвигательным центрами, и, наконец, вазомоторные волны (III порядка).

Плетизмография широко используется для изучения безусловных и условных рефлексов, а также функциональных гемодинамиче-

ских сдвигов под воздействием различных физиологических факторов и патологических влияний.

Так, с помощью плетизмографического исследования можно выявить изменение реактивности сосудистой системы, зависящей от центральных нервно-рефлекторных воздействий, связанных с беременностью. При поздних токсикозах у беременных обнаруживаются нарушения и извращения рефлекторных реакций сосудистой системы на различные раздражители.

Таблица 28

**Нормальные осциллометрические колебания
в области конечностей (по Самуэлу) ***

Артерии	Осциллометрический индекс
Верхней части плеча	4—20
Предплечья	2—12
Сгиба руки	1—10
Кисти	Меньше 0,5—2,0
Бедра	4—16
Верхней трети голени	3—12
Лодыжки	1—10
Стопы	Меньше 0,5—2,0

* Таблица заимствована из книги Павелски и Завадски «Физиологические константы в клинике внутренних болезней» (перевод с польского). М., 1963.

Проницаемость капилляров — способность капиллярной стенки при измененных физиологических или патологических условиях пропускать в окружающие ткани элементы крови. Проницаемость капилляров увеличивается при нарушениях сосудистого тонуса. Существует ряд функциональных проб для определения проницаемости капилляров.

Гидрофильность тканей, тест разработан Мак Клюром и Олдричем (волдырная проба), не только является показателем тканевой гидрофильности, но также отражает и состояние проницаемости сосудистых мембран. Сущность пробы заключается в том, что в толщу кожи сгибательной стороны предплечья тонкой иглой вводится 0,2 мл стерильного физиологического раствора и отмечается время, когда образовавшийся волдырь становится незаметным на глаз и на ощупь. Срок рассасывания волдыря определяется для здорового взрослого человека в 45—55 минут.

Физиологические колебания во второй половине неосложненной беременности могут быть в пределах от 45 до 35 минут и зависят от срока беременности. У беременных женщин при значительной отечности тканей, особенно с высокой альбуминурией, рассасывание волдыря происходит за время от 30 до 10 минут и меньше. Эту пробу

особенно целесообразно применять у беременных при наличии скрытых отеков, что имеет диагностическое и прогностическое значение.

Кольцо Хемлина. С помощью «обручального» кольца определяется симптом отека пальца. Почти у всех первородящих женщин, у которых на 37-й неделе беременности появляется выраженная гипертензия, отек этот обнаруживается на 31-й неделе беременности. При увеличении объема пальца на 2—3 номера кольца почти всегда можно ожидать наличие скрытых или явных отеков.

Сосудистая иннервация. Белый дермографизм вызывается быстрым и легким штрихом на коже острым концом металлической или деревянной палочки. Через 10—12 секунд после раздражения появляется белая полоска, которая держится от 1 до 5—10 минут.

Красный дермографизм вызывается медленным и сильным штрихом на коже тупым концом металлической палочки. Возникает через 5—15 секунд красная полоска, сохраняющаяся от 1½ минут до 1—2 часов. Степень реакции зависит от места приложения раздражения.

Возвышенный дермографизм. Производится сильное давление на кожу тупым предметом. Через 1—2 минуты появляется бledноватый валик, сохраняющийся длительное время. В отличие от белого и красного дермографизма, возникающих у здоровых людей, возвышенный дермографизм обнаруживается лишь при патологии (особенно часто при наличии аллергических заболеваний).

Рефлекторный дермографизм. Производится сильное штриховое давление на кожу острым предметом. Через 5—30 секунд появляются розово-красные (реже белые) пятна, занимающие полосу в 1—6 см. Контуры пятнистости неровные, фестончатые. Реактивные явления держатся от 30 секунд до 10 минут.

СПРИНЦЕВАНИЕ ВЛАГАЛИЩА. В кружку Эсмарха вливают соответствующий теплый (36—37°, а иногда и более высокой температуры) раствор. Кружку помещают на высоте 50 см над уровнем постели, наконечник вводят на глубину 5 см. Жидкость вливается во влагалище и вытекает обратно в подкладное судно, на котором лежит больная. Спринцевание можно проводить и сидя над биде или над тазом.

Средства, применяемые для спринцевания: поваренная соль (2 чайные ложки на 1 л воды); настой ромашки (2 столовые ложки заварить крутым кипятком, дать настояться в чайнике, процедить через 2—3 слоя марли и влить в 1 л воды в кружку); борная кислота (2 чайные ложки на 1 л воды); калий перманганат (раствор 1:3000); квасцы (Alumen crudum — 1 чайная ложка на 1 л воды); танин (1—2 чайные ложки на 1 л воды); молочная кислота (1 чайная ложка на 1 л воды).

При гнойных выделениях применяют раствор сернокислого и солянокислого цинка.

Спринцевания сначала ежедневно, затем через день и дальше 1—2 раза в неделю.

ТАМПОНЫ ВЛАГАЛИЩНЫЕ — ватный шарик, перевязанный тонкой ниткой. Стерилизуется в автоклаве. Предназначены для введения во влагалище лекарственных веществ.

Смоченный лекарственным веществом тампон вводят с помощью длинного пинцета или корнцанга во влагалище, раскрытое с помощью зеркал. Удерживая тампон в глубине влагалища, удаляют зеркала. Тампоны лечебные обычно оставляют во влагалище в течение 10—12 часов: удаляют тампоны за концы нитки. После удаления тампона производят спринцевание влагалища теплой водой. Для смачивания тампона применяют лекарственные вещества в глицерине. Последний извлекает воду из тканей; выделения после такого тампона становятся жидкими.

Rp. Ichthyoli 10,0
Glycerini 100,0
Rp. Alumnoli 10,0
Acidi borici 20,0
Glycerini 200,0

УРЕТРОСКОПИЯ — осмотр внутренней поверхности мочеиспускательного канала. Производится с помощью специального инструмента уретроскопа, представляющего собой узкую цилиндрическую металлическую трубку с вставленным в нее obturatorом. Трубка вводится в мочеиспускательный канал вместе с obturatorом, а после введения последней вынимается и в канале остается трубка, в которую вводят осветительную систему — стержень с электрической лампочкой и оптическим устройством на наружном конце. Осторожными движениями в глубь уретры и обратно вводят и выводят стержень с осветителем и осматривают через оптическое стекло всю слизистую оболочку мочеиспускательного канала. При этом определяют цвет слизистой оболочки, дефекты, полипы и другие разрастания в ней, характер отложений (гной, кровь и др.).

ХРОМОЦИСТОСКОПИЯ (красочная проба). Исследование мочевого пузыря после внутривенного введения большой индигокармина (0,4% раствор индигокармина в физиологическом растворе) в количестве 4—5 мл позволяет выявить функциональную способность той или другой в отдельности почки, их выделительную функцию. Обычно при нормальной функции почки, лоханки и мочеточника выделение индигокармина из мочеточника в мочевой пузырь наступает на 3—4-й минуте после внутривенного введения его. В случае нарушения функции почки (опухоль, камни, воспалительного характера изменения, сращивание мочеточника, перегиб его и др.) отмечается запаздывание поступления или отсутствие поступления краски. Особенно большое значение имеет неравномерное выделение краски обеими почками.

ФОНОКАРДИОГРАФИЯ ВНУТРИУТРОБНОГО ПЛОДА позволяет регистрировать характер сердечной деятельности плода благодаря тому, что звуковые колебания, исходящие от сердца плода, преобразуются в электрические, а последние усиливаются и графически изображаются на движущейся ленте.

Фонокардиограмма плода отмечает ритмичный, учащенный, заниженный, аритмичный характер сердцебиения, интенсивность его, позволяет своевременно, раньше, чем обычной аускультацией, выявлять истинное состояние этой деятельности и раньше оказывать необходимую помощь в целях предупреждения асфиксии и гибели плода.

Для указанной цели применяется специальный электрический аппарат фонокардиограф. Принцип метода заключается в том, что звуковые колебания, исходящие от сердца плода, через микрофон преобразовываются в электрические, затем усиливаются и регистрируются на бумажной ленте, движущейся на барабане с определенной скоростью.

ЦИСТОГРАФИЯ — рентгеновский снимок мочевого пузыря, наполненного контрастной жидкостью (сергозин) или газом (кислород). Применяется в качестве метода для косвенного определения предлежания плаценты.

Техника. Перед цистографией мочевой пузырь надо опорожнить произвольным мочеиспусканием или путем катетеризации. Через катетер в пузырь вводят 10% раствор сергозина или кислорода (150—200 мл) до первого позыва на мочеиспускание. Снимки производят в дорсо-вентральном и полубоковом положении лежа.

Нормально на рентгенограмме между верхней границей тени мочевого пузыря и головкой плода в последние недели беременности имеется узкая серповидная щель, а иногда головка вплотную прилегает к тени мочевого пузыря или даже как бы вдавливают ее.

Если плацента расположена в нижнем отделе у внутреннего зева, указанная щель оказывается широкой — в пределах 3—3,5 см. Метод относительно пригоден в случае полного или значительного частичного предлежания плаценты, при расположении последней на передней или переднебоковой стенке нижнего сегмента.

ЦИСТОСКОПИЯ, помимо осмотра слизистой оболочки полости мочевого пузыря, часто сочетается с индигокарминовой пробой, катетеризацией мочеточников, пиелографией, эндovesикальной терапией и в этом отношении имеет большое диагностическое значение.

После введения в мочевой пузырь цистоскопа из него удаляют оптическую систему и вместо нее вставляют особый кран с возможностью поступающего и обратного тока для промывной жидкости, позволяющий легко наполнять и опорожнять мочевой пузырь. Сначала определяют наличие и количество остаточной мочи, потом вводят теплую (37°) промывную жидкость до появления позыва к мочеиспусканию и выводят обратно в подставленный градуированный стакан. Этим определяется емкость мочевого пузыря. Обычно применяется прозрачный раствор окисицианистой ртути (1 : 8000—10 000). Промывной кран удаляют. Наличие в цистоскопе автоматического клапана не позволяет жидкости вытекать из мочевого пузыря.

Если пузырь хорошо отмыт, жидкость, его наполняющая, совершенно прозрачная, в цистоскоп вводят оптическую систему — трубку, присоединяют к питающей электросети, включают контакт и осматривают слизистую оболочку мочевого пузыря: сначала переднюю стенку, затем, медленно вращая цистоскоп по ходу часовой стрелки и передвигая его спереди назад и обратно, осматривают боковые стенки, дно мочевого пузыря, устья мочеточников и переходную складку. При положении угловки цистоскопа на 5 часах по циферблату видно щелевидное устье левого мочеточника, а на 7 часах — правого. В области пузырного треугольника слизистая оболочка более интенсивного красного цвета.

При осмотре устьев мочеточников можно видеть периодические их расширения с одновременным выбрасыванием струи мочи в норму

бесцветной, а при почечном кровотечении — окрашенной в красный цвет. При цистите слизистая оболочка мочевого пузыря гиперемированная, отечная, бархатистая. При туберкулезе обнаруживаются бугорки величиной с просыное зернышко, желтоватого цвета, окруженные красноватым венчиком — кольцом. Можно увидеть, если есть, камни, инородные тела, опухоль.

ЭЛЕКТРОФОНОКАРДИОГРАФИЯ ПЛОДА в основном проявляется в виде желудочкового комплекса *QRS*, продолжительность которого составляет 0,04—0,06 секунды. Амплитуда комплекса варьирует от 10 до 70. Электрокардиограмма плода может быть получена в ранние сроки беременности, когда сердцебиение стетоскопом и с помощью фонокардиографии (см.) еще не определяется (с 15—16 недель беременности и несколько раньше). На электрокардиограмме получаются систолические комплексы плода и отдельно — матери.

Применяемые для электрокардиографии плода электроды находятся на брюшной стенке. При продольном положении плода наиболее рационально располагать дифферентный электрод в области проекции дна матки на брюшную стенку, а индифферентный — над левой или правой пупартовой связкой. Перед наложением электродов кожу протирают спиртом и осторожно смазывают специальной пастой. Скорость движения ленты 50 мм в секунду.

ЭХОГРАФИЯ — ультразвуковая диагностика. Применяется для распознавания характера опухолей и дифференциальной диагностики опухолей яичников с опухолями матки. Производится с помощью отечественного аппарата УЗД-4 с двухмерным датчиком. При этом используется принцип ультразвуковой дефектоскопии. Короткие звуковые импульсы, проходя через ткани, обладающие различным акустическим сопротивлением, частично поглощаются, а частично отражаются. Отраженные импульсы улавливаются сложной электронной машиной, которая преобразует их энергию в электрическую и регистрирует на экране электронно-лучевой трубки. Опухоли матки и яичников дают на экране различные своеобразные изображения, что и позволяет их различать.

XVI. СУДЕБНОМЕДИЦИНСКАЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

Акушер-гинеколог, привлеченный к выполнению функций эксперта, должен руководствоваться действующими нормами о правах, обязанностях и ответственности экспертов.

Врач, как и любой эксперт, обязан являться по вызову лица, производящего дознание, следователя, прокурора или суда и давать объективное заключение по поставленным перед ним вопросам. Если предложенный вопрос выходит за пределы специальных знаний эксперта или имеющиеся материалы недостаточны для составления заключения, то эксперт сообщает о невозможности дать заключение (ст. 82 УПК). В случаях, когда эксперт без уважительных причин уклоняется от дачи заключений, он привлекается к уголовной ответственности (ст. 182 УК). Производство заведомо ложных экспертиз является уголовно-наказуемым преступлением (ст. 181 УК).

Эксперту предоставлено право: знакомиться с соответствующими материалами дела, заявлять ходатайства о предоставлении ему дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения, присутствовать при допросах и других следственных и судебных действиях, задавать допрашиваемым вопросы, относящиеся к предмету экспертизы (ст. 82 УПК).

Судебно-медицинские акушерско-гинекологические освидетельствования, как и другие экспертизы живых лиц, производятся только на основании постановления (предложения) органа дознания, следствия или суда. В порядке частных просьб подобные освидетельствования совершенно недопустимы.

При судебно-медицинских освидетельствованиях целесообразно присутствие лица, ведущего дознание, и следователя, за исключением случаев осмотра лиц другого пола, если освидетельствование сопровождается обнажением этого лица (ст. 181 УПК).

Свидетельствуемая должна предъявить врачу-эксперту официальный документ, удостоверяющий ее личность, так как в судебно-медицинской практике наблюдались случаи явки на экспертизу так называемых подставных лиц.

При каждом таком освидетельствовании следует всегда иметь в виду установление и фиксирование в судебно-медицинских документах данных, характеризующих:

1) акушерско-гинекологический анамнез (менструации, половая жизнь, беременность, аборт, роды, производившиеся операции и т. д.).

2) общее состояние свидетельствуемой: телосложение, соответствие внешнего вида указываемому возрасту, инфантилизм, вирилизм

(омужествление), ненормальности оволосения, наличие (или отсутствии) врожденной патологии, умственное развитие;

3) вторичные половые признаки: правильность формирования и степень развития молочных желез, их величину, упругость, состояние и окраска околососковых кружков, выделения; оволосение в подмышечных впадинах, в области лобка и больших половых губ, тип оволосения.

4) состояние наружных половых органов: правильность формирования, соответствие их развития возрасту, состояние входа во влагалище (цвет, целость) и наружного отверстия мочеиспускательного канала, выделения (наличие или отсутствие, характер, количество);

5) девственную плеву: форму, ширину (высоту), свободный край, консистенцию, форму и размер отверстия, наличие «кольца сокращения», признаки недавнего или давнего нарушения целости плевы (см. «Девственность», «Дефлорация и экспертные доказательства полового сношения»);

6) повреждения (их наличие или отсутствие) на теле свидетельствуемой, особенно в области наружных половых органов и бедер.

В качестве вещественных доказательств наиболее часто бывают: медицинские документы (история болезни, справки, анализы и т. д.), следы крови, спермы, мекония, выделения молочных желез и влагалища и т. д.

Эти объекты (следы, выделения, волосы и т. д.) подлежат изъятию и направлению только в специальные судебно-медицинские лаборатории, которые находятся в краевых, областных и республиканских центрах.

Акт судебно-медицинского акушерско-гинекологического освидетельствования составляется врачом-экспертом и направляется тому органу дознания, следствия или суда, по поручению которого производилась экспертиза. На руки свидетельствуемым акты не выдаются.

АБОРТ — ЭКСПЕРТИЗА ПРЕСТУПНОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

При расследовании этого преступления необходимо применение судебно-медицинской экспертизы (осмотр места преступления, освидетельствование живых лиц, исследование трупов и вещественных доказательств).

Врачом-экспертом прежде всего должно быть объективно исключено самопроизвольное прерывание беременности, возникшее в связи с заболеваниями матери и плода.

Методы криминального аборта, кроме обычных, применяемых в лечебных учреждениях, подразделяют на общие и местные.

Общие воздействия на организм или его отдельные функциональные системы практикуются посредством: приема внутрь больших доз сильнодействующих лекарственных веществ (хинин, спорыньи, пахикарпин, ртутные соединения, отвары ядовитых растений и т. д.); введения в организм эндокринных препаратов (питuitрин и др.). Это часто приводит к тяжелым отравлениям и иногда вызывает прерывание беременности: применение физических методов (термических — горячие ванны, грелки, горчичники, стягивание живота и поясицы); поднятие больших тяжестей, прыжки с некоторой высоты и т. п.).

Так называемые местные способы подразделяются на влагалишные, цервикальные и внутриматочные.

Влагалишные методы — обильные спринцевания нагретой жидкостью (водой) или раствором какого-либо вещества (йод, марганцовокислый калий, сулема и т. д.). При влагалишных методах аборта наблюдаются ожоги и изъязвления, а при всасывании растворенных ядов — общие отравления даже со смертельным исходом.

Цервикальные манипуляции рассчитаны на расширение шейки матки (бужи, катетеры, стебли растений, перья птиц и т. д.). Использование этих предметов может вызвать механические повреждения, нередко протекающие с осложнениями, включая шок и сепсис.

Внутриматочные воздействия, направленные на прерывание беременности, чаще всего практикуются в виде инъекций различных жидкостей (растворы мыла и соды, йодная настойка, перманганат калия, сулема, уксус, нашатырный спирт и др.). Введенные под большим давлением такие жидкости быстро расширяют полость матки и вызывают ее сокращение. В качестве осложнений, нередко сопровождающихся смертельным исходом, бывают: воздушная эмболия (особенно при введении мыльных растворов), шок, септические заболевания, отравления, ожоги, а также механические повреждения шейки или тела матки вплоть до ее прободения инструментами, используемыми для введения жидкостей.

Для преступного прерывания беременности используют прокол плодных оболочек посредством длинных острых предметов (например, вязальные спицы, иглы, стеклянные палочки, зонды и т. д.). При таком способе аборта особенно опасны механические повреждения, сопровождающиеся прободением матки или ее шейки, кровотечением, шоковым состоянием, инфицированием. Развитие шока нередко бывает причиной смерти во время производства аборта.

Установление прерванной беременности, особенно в ее ранние сроки, при судебно-медицинском освидетельствовании представляет очень большие трудности. Для диагностики служат общие ранние признаки беременности (см. «Беременность»).

Определенное доказательное значение в этом отношении имеет микроскопическое исследование секрета молочных желез и производство реакции Ашгейма—Цондека, положительный результат которой сохраняется в течение 5—7 дней после прерывания беременности. При освидетельствовании женщины вскоре после аборта могут быть установлены выделения, а также размягчение шейки матки и приоткрытие ее наружного отверстия. Если же прерывание беременности произведено в поздние сроки, то в таком случае экспертной диагностике способствуют изменения, остающиеся в организме женщины (инволюция тела матки, характер выделений и др.).

В зависимости от способа прерывания беременности при гинекологическом осмотре наблюдаются: ожоги и изъязвления слизистой оболочки, механические повреждения шейки матки и влагалища в виде осаднений, ранений, кровоизлияний, изменения окраски слизистой оболочки и даже инородные тела.

Целесообразно производить микроскопическое исследование выделений из матки. В них могут быть обнаружены элементы плацентарной ткани, околоплодных оболочек и т. д.

Важное значение имеют медицинские документы из поликлиник, женских консультаций, больниц и родильных домов, куда женщина

могла обращаться в связи с беременностью или за помощью по поводу начинающегося выкидыша.

Во всех случаях криминальных абортов для врача-эксперта очень важно быть осведомленным в материалах следствия (данные осмотра места преступления, описание обнаруженных вещественных доказательств: предметы и жидкости для производства аборта, следы крови и т. д.).

Установление аборта при исследовании трупа. Эксперт должен установить: непосредственную причину смерти, доказательства бывшей беременности, метод ее прерывания и причинную связь между наступлением смерти и произведенным криминальным абортom.

Диагностика причины смерти основывается на данных вскрытия трупа с обязательными дополнительными лабораторными исследованиями — микроскопическими, судебнохимическими и др. В каждом случае криминального аборта (или даже подозрении на него) вскрытие трупа необходимо начинать с производства пробы на воздушную эмболию.

Обязательность доказательства бывшей беременности диктуется тем, что, судя по экспертным материалам, «манипуляции прерывания беременности» производятся, когда ее наличие не установлено. Это бывает нередко с корыстными целями или же при необоснованной диагностике якобы имеющейся беременности.

При решении вопроса о бывшей беременности важное значение имеет исследование секрета молочных желез и содержимого полости матки, а также обнаружение в яичнике истинного желтого тела.

При судебно-медицинском исследовании трупа диагностика метода, примененного для прерывания беременности, должна основываться на совокупности данных — следственных материалов, медицинских документов, анамнестических сведений, результатов вскрытия трупа и лабораторных исследований (микроскопические, судебнохимические и др.).

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ

При экспертизе беременности наиболее часто требуется установление: наличия и характера течения беременности, ее срока для определения срока времени зачатия, признаков прерванной беременности, доказательств бывших родов (недавних или давних), осложнений, приведших к наступлению смерти.

Судебно-медицинское освидетельствование женщины при экспертизе беременности по сравнению с общеакушерской практикой имеет ряд особенностей наряду с сообщением правильных и обстоятельных данных анамнеза: наблюдается стремление к преувеличению, иногда к утаиванию и искажению фактов, что наблюдается нередко как при симуляции состояния беременности, так и при попытке ее сокрытия.

Определять нормальное течение диагностированной беременности эксперту приходится при установлении и квалификации тяжести телесных повреждений, причиненных беременной женщине, когда необходимо решить, сохранилась ли беременность или не наступило ли ее прерывание в связи с травмой (ст. 108 УК РСФСР).

Эксперт при этом обязан исключить симуляцию нарушения беременности.

При распознавании наличия и нормального течения беременности чаще всего приходится производить освидетельствование в ранние сроки, когда у женщин имеются лишь вероятные признаки беременности. Целесообразны гормональные и биологические реакции с последующим критическим анализом их результатов (реакции Ашгейм — Цондека, Галли — Майнини).

В поздние сроки беременности, когда имеются ее достоверные признаки, судебно-медицинская экспертная диагностика основывается на тех же доказательствах, что приняты в акушерской практике.

Определение срока и продолжительности беременности производства в экспертной практике при возбуждении алиментных исков и бракоразводных дел, а также при расследовании дел об абортax.

Экспертные выводы основываются на общепринятых акушерских данных, но с обязательным тщательным критическим анализом объективных результатов освидетельствования и соответствующих медицинских документов.

Для разрешения вопроса о сроке зачатия врачу-эксперту целесообразно использовать объективные показатели, отраженные в медицинских документах родильного дома, женской и детской консультации.

В экспертном отношении может приобрести значение несоответствие календарного срока зачатия, указываемого женщиной-истницей или мужчиной-ответчиком, состоянию доношенности и зрелости ребенка к периоду его рождения.

Значительное расхождение медицинских данных с указаниями истицы и ответчика может представлять экспертное значение, особенно в группе методов, применяемых при решении вопросов о «спорном отцовстве» (исследование групп и типов крови, способности к оплодотворению и т. д.).

При экспертизе беременности, закончившейся родами, устанавливаются признаки недавних или давних родов.

Для экспертного вывода всегда необходима совокупность признаков, характеризующих недавние или давние роды, а не какой-нибудь один из них.

Большое значение имеют при этой экспертизе медицинские документы из соответствующих учреждений.

Объектом судебно-медицинской экспертизы являются наблюдаемые в течение беременности аномалии, осложнения и наступление смерти. В этом отношении наибольшее значение имеют: пузырный занос, внематочная беременность и эклампсия, особенно ее бессудорожная форма. При таких осложнениях, могущих привести к непредвиденному наступлению смерти, бывает иногда несвоевременное обращение за медицинской помощью, а также врачебно-диагностические ошибки, ведущие к неправильному выбору оказания медицинской помощи. В связи с этим назначается судебно-медицинская экспертиза для решения вопроса о наличии (или отсутствии) врачебной ошибки, небрежности или неоказания медицинской помощи. Подобные экспертизы производятся только в судебно-медицинских учреждениях и обязательно в комиссионном порядке.

ДЕВСТВЕННОСТЬ

Доказательством сохранения физической девственности является, как правило, ненарушенная девственная плева (см. также «Половое сношение без дефлорации», стр. 473).

При исследовании девственной плевы определяют: форму и высоту (ширину), характер и особенности свободного края, размер отверстия, свойства плевы, зависящие от ее строения.

Основные — наиболее часто встречающиеся — формы девственной плевы. Кольцевидная плева имеет вид кольца с отверстием круглой или овальной формы. В качестве ее высоты (ширины) считают расстояние от основания до свободного края; высота плевы подвержена большим колебаниям. Этот вид плевы встречается наиболее часто. Полулунная плева бывает в виде полумесяца, расположенного в нижней части; такая форма плевы часто обнаруживается в детском возрасте. Килевидная плева. Наиболее развита нижняя часть, выступающая вперед, а верхняя — резко сглажена. Иногда верхняя часть так же выступает вперед, как и нижняя, тогда плева приобретает форму гребешка (гребешковая плева). Если же боковые части килевидной плевы выдаются вперед и при этом отверстие имеет щелевидную форму, то плева становится сходной с малыми половыми губами (губовидная плева). Перегороженная плева обычно характеризуется двумя отверстиями неправильно округлой или овальной формы, разделенными перегородкой. При несплошной перегородке она напоминает отростки (отростчатая плева). Иногда в перегородочной плеве бывает несколько отверстий (решетчатая плева). Непрободенная (заращенная) плева не имеет отверстия. Нередко такая форма плевы сопровождается другими пороками развития.

По установлению формы девственной плевы исследуют ее свободный край. Он может быть ровным, гладким, тонким, но бывает и неровным, что чаще всего отмечается у кольцевидной плевы. Неровный свободный край девственной плевы может иметь: бахромчатый вид (бахромчатая плева), множественные неглубокие выемки, создающие вид зубчатости (зубчатая плева), глубокие выемки, как бы разделяющие плеву на отдельные части (дольчатая, или лопастная плева). Глубокие выемки на свободном крае плевы бывают не только естественного происхождения. Они могут представлять собой повреждения, что требует особого внимания эксперта при дифференциальной диагностике выемок и повреждений.

Размеры отверстия девственной плевы весьма разнообразны. Они зависят от высоты и ширины плевы: чем она шире, тем меньше отверстие.

Свойства плевы — толщина, консистенция, степень растяжимости — зависят от ее строения и характера преобладающей ткани (эпителиальной или соединительной). Как наиболее выраженные типы строения различают мясистую и эластическую плеву.

Методика исследования девственной плевы. Первым и вторым пальцами обеих рук захватывают и натягивают вперед и книзу кожу с подкожножировой клетчаткой у основания больших половых губ. Применяя такую методику, можно хорошо осмотреть и определить: форму плевы, ее высоту (ширину), толщину, характер и особенности свободного края (наличие естественных вые-

мок, рубцовых утолщений), диаметр отверстия и, наконец, выраженность так называемого кольца сокращения в виде охватывания кончика пальца, что ощущается при осторожном (!) его введении в отверстие плевы.

Дефлорация и экспертные доказательства полового сношения. Дефлорация характеризуется наличием разрывов девственной плевы или надрывов ее свободного края. Такие повреждения возникают: при полном или неполном половом сношении, при развратных действиях (рукой или каким-либо предметом) и очень редко — при случайной локализованной травме, например падении на выступающий тупой твердый предмет. Указывается на возможность надрывов и осаднений на плеве вследствие самоповреждений — при мастурбации, грубых расчесах (при острицах, негигиеническом содержании наружных половых органов). Изменение целостности девственной плевы может явиться следствием язвенных воспалительных процессов, например при дифтерии.

Разрывы девственной плевы бывают различными в зависимости от формы и особенностей строения плевы. Наиболее часто они располагаются в радиальном направлении, в количестве 1—3, чаще локализируются в нижних сегментах, иногда бывают симметричными. Если определять положение разрывов применительно к циферблату часов, то разрывы обнаруживают соответственно цифрам: 5, 6, 7 и 8, иногда 3 и 9 (при кольцевидной плеве).

Если свободный край плевы имеет углубления, то следует определить, какого они происхождения. Естественные выемки могут располагаться в различных частях плевы, их края одинаковы по цвету и консистенции со смежными участками свободного края, не имеют белесоватости. Они, как правило, неглубокие и не доходят до основания плевы. Повреждения же плевы (при половом сношении) чаще всего имеют определенную локализацию (см. выше), доходят до основания (разрывы), край поврежденного участка плевы утолщенный, белесоватый.

Давность дефлорации определяется по характеру изменений свободного края девственной плевы. В течение 1—2 дней края разрывов кровоподтечные, покрасневшие, болезненные, окружающие ткани припухшие, ярко-красного цвета, нагноение наблюдается редко. Через 3—4 дня заметен процесс заживления — разрастание эпителия на поверхности разрыва. Рубцевание обычно заканчивается к 7—10-м суткам. При разрывах мясистой плевы заживление может продлиться до 14 дней. Если, кроме нарушения целостности девственной плевы, имеются повреждения тканей влагалища, то срок заживления может удлиниться около 20 дней. При наличии свежих грануляций (до 20 дней) легкое и осторожное массирование плевы может сопровождаться появлением капельки крови. В более поздние сроки и вообще при сформировании рубцов в области разрывов определить давность дефлорации практически невозможно.

Половое сношение без дефлорации наблюдается: 1) при низкой легко растяжимой кольцевидной девственной плеве, особенно если у нее имеются естественные выемки, что увеличивает размеры отверстия плевы; 2) при половом акте в преддверии влагалища — при плотной девственной плеве с маленьким отверстием. Когда имеются основания для предположения о половом сношении без дефлорации, то целесообразно освидетельствовать субъекта, подозреваемого в совершении полового акта: для решения вопроса

о соотношении размеров полового члена и половых органов исследуемой.

Как выше было указано, у девственниц вследствие эластичности плевы при осторожном введении в ее отверстие кончика пальца ощущается его охватывание — «кольцо сокращения». Его отсутствие наряду с другими анатомическими особенностями плевы (низкая, с утолщенным вьялом свободным краем в нижних сегментах) может быть косвенным доказательством полового акта без дефлорации. Таким же доказательством неоднократности половых сношений в преддверии влагалища является воронкообразное углубление в области ладьевидной ямки, сглаженность («лаковость») слизистой оболочки. Иногда при этом, особенно у малолетних, отмечается неполное смыкание половой щели: большие половые губы не прикрывают малые. Если половому сношению сопутствует заражение венерическими болезнями или такое сношение сопровождается беременностью, то это само по себе может приобрести значение доказательства полового акта, в особенности при отсутствии повреждений девственной плевы.

К доказательствам полового акта или попыток к его совершению, кроме нарушений целостности девственной плевы, относятся также сопутствующие повреждения в области наружных и внутренних половых органов. В качестве вещественных доказательств полового сношения (или попыток к его совершению) могут быть: сперма во влагалище (необходимо взятие мазков) и ее пятна на одежде, белье, коже пострадавшей, пятна крови и волосы пострадавшей на одежде или теле подозреваемого.

ПОЛ — УСТАНОВЛЕНИЕ (ЭКСПЕРТИЗА ГЕРМАФРОДИТИЗМА)

При наличии истинного или ложного гермафродитизма установление пола необходимо для получения документов, удостоверяющих личность, поступления в специальные учебные заведения, определения годности к воинской службе, расследования дел о клевете, оскорблениях и половых преступлениях, расторжения брака (например, из-за невозможности нормальных половых сношений, отсутствия способности к зачатию или оплодотворению), рассмотрения исков об алиментах, возбуждения дел против врачей (например, при хирургических операциях на половых органах для создания половой дифференцировки, возможности половых сношений и т. д.).

При экспертном определении пола необходимо: тщательное соби- рание специфического анамнеза, общий осмотр строения тела, антропометрические измерения (роста, частей тела, таза), определение характера и степени выраженности вторичных половых признаков, обследование и подробная характеристика анатомического строения наружных половых органов, установление наличия половых желез или их функциональных проявлений (см. Гинекология детского возраста).

ПОЛОВАЯ СПОСОБНОСТЬ ЖЕНЩИНЫ, ЭКСПЕРТИЗА

Невозможность совокупления у взрослой женщины может быть обусловлена дефектами развития и заболеваниями половых органов (например, короткое влагалище, его аплазия или атрезия, врожденные или приобретенные сужения, опухоли, вагинизм и т. д.).

Неспособность к зачатию у женщины прежде всего может быть связана с возрастом, когда генеративная функция половых желез еще не развилась или, наоборот, прекратилась. Эта неспособность может являться следствием целого ряда причин (см. «Бесплодие»).

Для суждения о стерильности женщины имеют значение медицинские документы и обследование в стационаре, когда это целесообразно.

При экспертизе в связи с бракоразводными процессами на почве бесплодия всегда необходимо освидетельствование мужа женщины, подвергающейся судебно-медицинскому обследованию.

Половая зрелость — установление. Судебно-медицинская экспертиза достижения или недостижения половой зрелости относится к периоду от 14 до 18 лет, так как лица до 14 лет считаются не достигшими половой зрелости, а после 18 — достигшими.

Половая зрелость при судебно-медицинской трактовке этого понятия не ограничивается только достижением способности к повышению половых функций женщины, но обязательно должна характеризоваться рядом других признаков.

При экспертизе половой зрелости устанавливают: общее развитие организма, способность к совокуплению, зачатию, вынашиванию плода, родоразрешению, вскармливанию ребенка, степень умственного развития свидетельствуемой, ее занятия и материальную обеспеченность, подготовленность к уходу за новорожденным и выполнению других функций материнства.

Общее развитие характеризуется соответствующими антропометрическими данными (рост стоя, сидя, окружность грудной клетки и т. д.), возрастными показателями, степенью выраженности вторичных половых признаков.

Способность к совокуплению зависит от правильности развития и надлежащих размеров наружных половых органов и влагалища. Это само по себе является важным, но не решающим признаком при установлении половой зрелости.

Способность к зачатию находится в зависимости от функции яичников, т. е. появления менструации и ее цикличности. Однако необходимо иметь в виду возможность раннего или запоздалого появления этой функции.

Способность к вынашиванию плода при нормально развивающейся беременности зависит от правильности строения матки и ее величины, а также от общего развития организма и степени развития вторичных половых признаков.

Способность к родоразрешению определяется размерами таза, достаточными для прохождения плода и общей физической подготовленностью организма.

Способность к вскармливанию ребенка, уходу за ним, подготовленность к самостоятельному существованию и воспитанию ребенка при учете умственного развития свидетельствуемой должны обязательно приниматься во внимание при экспертном установлении достижения (или недостижения) половой зрелости. При решении этих вопросов целесообразны консультации педагога, психиатра и других специалистов.

Вывод эксперта по совокупности всех данных должен точно указывать на достижение или недостижение половой зрелости. Недопустимы такие формулировки, как «не вполне достигла половой зре-

лости». При этой формулировке органы следствия или суда практически будут лишены возможности использовать вывод эксперта как доказательство наличия (или отсутствия) состава преступления.

ПОЛОВЫЕ ПРЕСТУПЛЕНИЯ

Изнасилование — половое сношение с женщиной, совершенное с применением физического насилия, угроз или с использованием беспомощного состояния потерпевшей. Под физическим насилием понимается физическое преодоление сопротивления потерпевшей. Угроза может иметь в виду причинение вреда не только самой потерпевшей, но и ее близким.

В качестве беспомощного состояния женщины признаются обстоятельства, когда она не может сопротивляться из-за обморока, болезни, престарелого возраста, гипнотического состояния, опьянения и т. д. К изнасилованию в беспомощном состоянии относится и совершение полового акта с заведомо душевнобольной.

Экспертные доказательства насильственного полового акта могут быть установлены при: освидетельствовании потерпевшей, осмотре ее одежды и белья, осмотре места происшествия, диагностике беспомощного состояния, освидетельствовании подозреваемого. Если изнасилование сопровождалось насильственной или скоропостижной смертью, то необходимо производить судебно-медицинское исследование трупа. Все вещественные доказательства, обнаруженные врачом-экспертом, подлежат направлению в судебно-медицинскую лабораторию.

При экспертизе изнасилования, независимо от условий, при которых оно произошло, врачом должны быть установлены: 1) доказательства происшедшего совокупления (или попытки к нему) и его давность; 2) объективные признаки физического насилия или иных обстоятельств, при которых был совершен половой акт (например, заболевание, опьянение и др.).

Доказательством полового сношения у девиц является анатомическое нарушение целостности девственной плевы. Однако необходимо иметь в виду, что не всегда даже при полном половом сношении происходит лишение физической девственности (см. Дефлорация). Кроме повреждений девственной плевы, при насильственном совокуплении возможны, особенно у детей, надрывы уздечки, малых половых губ, промежности и разрывы влагалища.

При дефлорации большое значение имеет обнаружение на белье и одежде подозреваемого пятен крови и лобковых волос пострадавшей. На ее одежде и белье могут быть пятна спермы.

Установление совокупления у женщин, живших половой жизнью, основывается чаще всего на обнаружении спермы во влагалище, в области наружных половых органов, на белье и одежде, а также на месте предполагаемого происшествия. Положительные результаты обнаружения спермы являются доказательством только полового акта, а не изнасилования.

Вещественные доказательства (пятна, крови, спермы, волосы) подлежат изъятию и направлению для исследования в судебно-медицинскую лабораторию. В отношении пятен крови и спермы, изъятых при освидетельствовании потерпевшей или подозреваемого, а также обнаруженных на месте происшествия, необходимо производить опре-

деление группы и типа крови и групповой принадлежности спермы для соответствующих сопоставлений. Если определяется групповая принадлежность спермы на вещественных доказательствах, то обязательно должна быть установлена группа крови у потерпевшей и подозреваемого лица. Определение групповой принадлежности спермы позволяет исключить происхождение спермы от конкретного лица или же предполагать, что сперма может принадлежать данному субъекту, а также другим людям, у которых сперма имеет такие же групповые свойства.

При экспертизе изнасилования следственное значение имеет установление давности происшедшего совокупления. Для диагностики используется динамика изменений повреждений в области наружных и внутренних половых органов.

Как показывает судебно-медицинская практика, физическое насилие встречается при изнасиловании в виде: нанесения побоев (ссадины, кровоподтеки, раны), следов сдавления шеи и закрытия рта рукой, ударов по голове для оглушения, связывания и других методов, лишающих возможности сопротивляться.

В то же время нельзя упускать из виду, что иногда наблюдается умышленное нанесение самоповреждений, симулирующих следы физического насилия, якобы причиненных посторонним лицом.

Освидетельствованию должен обязательно подвергаться подозреваемый (или обвиняемый) субъект: у него на лице, груди, руках, в области половых органов могут быть признаки сопротивления, оказанного женщиной, — следы укусов, ссадины, кровоподтеки.

Вопрос о возможности (или невозможности) изнасилования женщины одним мужчиной решается судом в каждом конкретном случае в зависимости от характера происшествия, соотношения физической силы и т. д. Экспертная практика показывает, что взрослая женщина при попытке совершения с нею насильственного полового акта может оказывать длительное сопротивление (даже нескольким лицам), если при этом не было побочных обстоятельств, например неожиданности нападения, случайного падения, наступления физической слабости, алкогольного опьянения и т. д.

Необходимо иметь в виду, что при расследовании дел об изнасиловании возможны случаи умышленного искажения женщиной обстоятельств и обстановки, при которых произошло половое сношение, например с целью шантажа.

Последствия изнасилования могут быть обусловлены как самим актом совокупления (беременность, заражение венерической болезнью), так и теми средствами, которые были применены для его совершения (механические повреждения половых органов, их воспалительные состояния). Бывают также нервные и психические расстройства.

ХVII. ОСНОВНЫЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ АКТЫ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ И ПРАВ ЖЕНЩИН¹

Ст. 122 Конституции СССР

Женщине в СССР предоставляются равные права с мужчиной во всех областях хозяйственной, государственной, культурной и общественно-политической жизни.

Возможность осуществления этих прав женщин обеспечивается предоставлением женщине равного с мужчиной права на труд, оплату труда, отдых, социальное страхование и образование, государственной охраной интересов матери и ребенка, государственной помощью многодетным и одиноким матерям, предоставлением женщине при беременности отпусков с сохранением содержания, широкой сетью родильных домов, детских яслей и садов.

АБОРТ. Незаконное производство аборта. Ст. 116 УК² РСФСР. Незаконное производство аборта врачом наказывается лишением свободы на срок до 1 года или исправительными работами на тот же срок, или лишением права заниматься врачебной деятельностью.

Производство аборта лицом, не имеющим медицинского образования, наказывается лишением свободы на срок до 2 лет или исправительными работами на срок до 1 года.

Действия, предусмотренные частями первой и второй настоящей статьи, совершенные неоднократно или повлекшие за собой смерть потерпевшей или иные тяжкие последствия, наказываются на срок до 8 лет.

Об отмене запрещения аборт (Указ от 23 ноября 1955 г., извлечение) (Ведомости Верховного Совета СССР, 1955, № 22).

...В целях предоставления женщине возможности самой решать вопрос о материнстве, а также предупреждения вреда, наносимого здоровью женщин внебольничными абортами, Президиум Верховного Совета СССР постановляет:

1. Отменить ст. 1 Постановления ЦИК и СНК от 27 июня 1936 года о запрещении аборт.

2. Производство операции искусственного прерывания беременности допустить только в больницах и других лечебных учреждениях согласно инструкции Министерства здравоохранения СССР.

О выдаче больничных листов в связи с операцией аборт.

19. Больничные листы в связи с операцией аборт выдаются с первого дня нетрудоспособности женщинам — работницам и служащим, заработок которых не превышает 60 руб. в месяц, а при опера-

¹ Составлено М. А. Каплан.

² УК РСФСР — Уголовный кодекс РСФСР, принятый третьей сессией Верховного Совета РСФСР пятого созыва 27/X 1960 г. (Ведомости Верховного Совета РСФСР, 1960, № 40, ст. 591).

ции аборта по медицинским показаниям или при самопроизвольном аборте — независимо от заработка. В остальных случаях больничные листы в связи с абортом выдаются начиная с одиннадцатого дня нетрудоспособности (Справочник профработника. Профиздат, 1965, стр. 324).

АЛИМЕНТЫ НА ДЕТЕЙ (из Кодекса законов о браке, семье и опеке РСФСР).

Ст. 42. Родители обязаны доставлять содержание несовершеннолетним детям, а также нуждающимся нетрудоспособным детям.

Ст. 48. Обязанности содержания детей лежат на обоих родителях, размер выдаваемого ими содержания определяется в зависимости от их материального положения.

Ст. 51-а. При присуждении алиментов на содержание одного ребенка взыскивается одна четверть получаемой заработной платы ответчика, на содержание 2 детей — одна треть и на содержание 3 и больше детей — половина заработной платы ответчика.

При присуждении алиментов с колхозников исчисление производится в трудоднях по тем же нормам.

Если мать-колхозница, получающая алименты, работает с ответчиком в одном колхозе, правление колхоза непосредственно при исчислении трудодней записывает соответствующую часть выработанных трудодней отца (в зависимости от наличия детей) на счет матери. Если мать работает в другом колхозе, это перечисление на имя матери соответствующей части выработанных отцом трудодней перечисляется на имя матери правлением колхоза, где работает ответчик, при окончательном подсчете трудодней.

БРАК (из Кодекса законов о браке, семье и опеке РСФСР).

Ст. 1. Регистрация брака устанавливается как в интересах государственных и общественных, так и с целью охраны личных и имущественных прав и интересов супругов и детей. Только зарегистрированный брак порождает права и обязанности супругов, предусмотренные настоящим Кодексом.

Примечание. Лица, фактически состоявшие в брачных отношениях до издания Указа Президиума Верховного Совета СССР от 8 июля 1944 г. «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям...», могут оформить свои отношения путем регистрации брака с указанием срока фактической совместной жизни. Если фактические брачные отношения не могут быть зарегистрированы вследствие смерти или вследствие пропажи без вести на фронте одного из лиц, состоящих в таких отношениях, другая сторона имеет право обратиться в народный суд с заявлением о признании ее супругом умершего или пропавшего без вести лица на основании ранее действовавшего законодательства (статьи 11 и 12 Кодекса законов о браке, семье и опеке).

Ст. 2. Регистрация брака в органах записи актов гражданского состояния является бесспорным доказательством наличия брака. Документы, удостоверяющие факты совершения брака по религиозным обрядам, никакого юридического значения не имеют.

Примечание. Браки, заключенные по религиозным обрядам до 20 декабря 1917 г., а в местностях, которые были заняты неприятелем, — до образования органов записи актов гражданского состояния, приравниваются к зарегистрированным бракам.

Ст. 4. Для регистрации брака требуется: а) взаимное согласие зарегистрировать брак, б) достижение брачного возраста¹ и в) представление документов, указанных в ст. 132 настоящего Кодекса.

Ст. 5¹. Брачный возраст устанавливается в 18 лет.

Примечание. Президиумы центральных исполнительных комитетов автономных республик, президиумы областных исполнительных комитетов автономных областей, президиумы окружных исполнительных комитетов, а также городских и районных советов в городах могут в исключительных случаях по отдельным ходатайствам понижать для женщин установленный настоящей статьей брачный возраст, но не более чем на 1 год (6 апреля 1928 г.) (СУ № 47, ст. 355).

Ст. 6. Не подлежат регистрации браки: а) между лицами, из которых хотя бы одно состоит уже в другом браке; б) между лицами, из которых хотя бы одно признано в установленном законном порядке слабоумным или душевнобольным; в) между родственниками по прямой восходящей или нисходящей линии, а также между полнородными и неполнородными братьями и сестрами.

Ст. 7. При регистрации брака супруги могут сделать заявление о своем желании носить общую фамилию мужа или жены или остаться при своих добрачных фамилиях.

Ст. 9. Оба супруга пользуются полной свободой выбора занятий и профессии. Порядок ведения общего хозяйства устанавливается по взаимному соглашению супругов. Перемена места жительства одним из супругов не создает для другого супруга обязанности следовать за ним.

Ст. 10. Имущество, принадлежавшее супругам до вступления в брак, остается разделным их имуществом. Имущество, нажитое супругами в течение брака, считается общим имуществом супругов. Размер принадлежащей каждому супругу доли в случае спора определяется судом.

Ст. 17. Брак прекращается смертью одного из супругов, а равно признанием его умершим в нотариальном или судебном порядке.

Ст. 18. При жизни супругов брак может быть прекращен только путем развода через суд по заявлению одного или обоих супругов. Развод производится публично. По просьбе супругов дело о разводе может в необходимых случаях, по решению суда, слушаться в закрытом судебном заседании.

ОТПУСК ПО БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАМ (см. также Пособие). Об увеличении продолжительности отпусков по беременности и родам (Указ Президиума Верховного Совета СССР от 26 марта 1956 г.). В целях дальнейшего улучшения охраны материнства и детства Президиум Верховного Совета СССР постановляет: Увеличить с 1 апреля 1956 г. отпуск по беременности и родам с 77 до 112 календарных дней, установив продолжительность отпуска 56 дней до родов и 56 после родов, с выдачей за этот период пособия в установленном порядке.

¹ Брачный возраст указывается по КЗОБСО РСФСР; по ряду других союзных республик брачный возраст установлен в 16 лет.

В случае ненормальных родов или рождения двух и более детей отпуск после родов предоставляется продолжительностью 70 календарных дней. («Правда», 27 марта 1956).

Об отпусках без сохранения содержания, предоставляемых женщинам в связи с рождением ребенка.

«Установить, что руководители предприятий... обязаны предоставить женщинам по их просьбе после окончания отпуска по беременности и родам дополнительный отпуск на срок до 3 месяцев без сохранения заработной платы» (Постановление Совета Министров СССР от 13 октября 1956 г., СП СССР, 1957, № 2, ст. 7).

Закон о пенсиях и пособиях членам колхозов. III Пособия женщинам — членам колхозов по беременности и родам.

Ст. 18. Женщины — члены колхозов, независимо от стажа работы, имеют право на получение пособия за время отпуска по беременности и родам.

Отпуск по беременности и родам предоставляется на 56 календарных дней до родов и 56 календарных дней после родов, а в случае ненормальных родов или рождения двух или более детей — на 70 календарных дней после родов.

Ст. 19. Пособия женщинам — членам колхозов по беременности и родам определяются в таком же порядке и по тем же нормам, как пособия, установленные для женщин-работниц и женщин-служащих.

Принят на четвертой сессии Верховного Совета СССР, шестого созыва 15 июля 1964 г. (Ведомости Верховного Совета СССР, 1964, № 29).

Об очередных отпусках беременным женщинам (Письмо юридического отдела ВЦСПС от 22 октября 1945 г. № 55/21842).

Юридический отдел ВЦСПС считает, что руководители предприятий и учреждений обязаны предоставлять беременным женщинам очередной отпуск, приуроченный к отпуску по беременности и родам, независимо от того, проработала ли беременная женщина в данном учреждении или предприятии 11 месяцев или этого срока она не проработала.

(сборник «Охрана здоровья и прав женщин в СССР», Министерство здравоохранения РСФСР, юридический отдел, 1947 г., стр. 34).

ОХРАНА ТРУДА ЖЕНЩИН. Ст. 129 КЗоТ РСФСР¹. Воспрещается применение труда женщин и лиц моложе восемнадцати лет в особо тяжелых и вредных для здоровья производствах и подземных работах.

Список особо тяжелых и вредных работ, равно как предельные нормы переноски тяжестей, отдельно для женщин и для подростков устанавливаются НКТ по согласованию с ВЦСПС.

Список особо тяжелых и вредных работ см. «Сборник законодательных актов о труде», Госюриздат, 1964 г.

Перечень должностей, связанных с подземными работами, на которых разрешается в порядке исключения применение женского труда. Утвержден Госкомитетом Совета Министров СССР по вопросам труда и зарплаты. Постановление от 30 августа 1957 г. № 292 см. «Сборник законодательных актов о труде», 1964, стр. 523.

¹КЗоТ РСФСР — Кодекс законов о труде РСФСР.

Предельные нормы переноски и передвижения тяжести

№ п/п	Способ переноски или передвижения	Предельная норма на 1 человека в кг	Примечание
1	Ручная переноска по ровной поверхности	20	
2	На одноколесных тачках	50	Передвижение тяжестей на одноколесных тачках допускается лишь по катальным доскам, причем предельный подъем (т. е. отношение максимальной высоты подъема к длине пути) не должен превышать 0,02
3	На трех- или четырехколесных ручных тележках	100	При передвижении трех- или четырехколесных тележек по неровной поверхности предельный подъем не должен превышать 0,01.
4	На двухколесных ручных тележках: а) по ровной поверхности пола или предельном подъеме не выше 0,02 б) по неровной поверхности почвы или мостовой при предельном подъеме не выше 0,01	115 60	
5	В вагонетках по рельсам	600	При передвижении вагонетки по наклонной плоскости предельный подъем не должен превышать 0,01

О предельных нормах переноски и передвижения тяжести взрослыми женщинами¹ (из постановления НКТ СССР от 14/VIII 1932 г.) («Известия НКТ СССР», 1932 г., № 25).

1. Установить для женщин старше 18 лет следующие предельные нормы переноски и передвижения тяжестей (не включая веса приспособлений для переноски и передвижения грузов (см. табл. 29).

II. При всех работах по ручной переноске тяжестей женщинами, где характер груза это допускает, должны применяться носилки. Носилки должны быть снабжены ножками. Вес груза вместе с носилками не должен превышать 50 кг на двоих.

Охрана труда женщин беременных и кормящих грудью. Командировки (ст. 133 КЗоТ РСФСР). Женщины, начиная с V месяца беременности, не подлежат посылке в командировку вне места постоянной работы без их на то согласия.

Непрерывный трудовой стаж. О пособиях по временной нетрудоспособности рабочим и служащим, ушедшим с предыдущей работы по собственному желанию.

(Извлечение из Указа Президиума Верховного Совета СССР от 25 января 1960 г., Ведомости Верховного Совета СССР, 1960, № 4).

В целях дальнейшего улучшения обеспечения рабочих и служащих пособиями по временной нетрудоспособности Президиум Верховного Совета СССР постановляет:

2. Стаж непрерывной работы сохраняется независимо от срока поступления на другую работу:

г) беременным женщинам и матерям, имеющим детей в возрасте до 1 года, в связи с переходом их на работу по месту жительства.

Отказ в приеме на работу или увольнение беременной женщины или кормящей матери. Ст. 139 УК РСФСР. Отказ в приеме на работу или увольнение с работы женщины по мотивам ее беременности, а равно отказ в приеме на работу или увольнение с работы матери, кормящей грудью, по этим мотивам наказываются исправительными работами на срок до одного года или увольнением от должности.

Перевод беременных и кормящих грудью женщин на легкую работу. Беременные женщины на срок беременности до ухода их в вышеуказанный (декретный) отпуск, нуждающиеся в переводе на более легкую работу, переводятся на таковую с сохранением за ними прежней заработной платы из расчета последних 6 месяцев (ст. 132 КЗоТ РСФСР в редакции от 10 мая 1937 г., СУ РСФСР 1937 г., № 6, стр. 40).

Об оплате труда беременных женщин при переводе их на более легкую работу (из постановления ЦИК и СНК СССР от 27 июня 1936 г., СЗ СССР, 1936, № 34, ст. 309).

9. Установить уголовное наказание за отказ в приеме на работу женщин по мотивам беременности, снижение им заработной платы

¹ К погрузочно-разгрузочным работам женщины допускаются только в следующих случаях: погрузка и разгрузка навалочных грузов (песок, глина, зерно, овощи и т. п.), грузов легкого веса (щепной товар, пустая тара, фрукты в мелкой таре и т. п.), штучных грузов (кирпич, асфальт, жмых и т. п.), работы по тарировке зерновых грузов и овощей, работы по подгортанию зерна к норам, трубам и лентам элеваторов и перегружателей (Постановление НКТ СССР от 20 сентября 1931 г.).

по тем же мотивам, предусмотрев в законе обязательность сохранения за беременной женщиной одновременно с переводом ее на более легкую работу прежней заработной платы из расчета последних 6 месяцев работы.

Ночная работа. Ст. 131 КЗоТ РСФСР. Не допускается сверхурочная и ночная работа беременных и кормящих грудью¹.

Ночным считается время с 10 часов вечера до 6 часов утра (ст. 96 КЗоТ РСФСР).

На сезонных работах допускаются к ночным работам женщины, за исключением беременных и кормящих грудью (Постановление ЦИК и СНК СССР от 4 июня 1926 г., СЗ СССР, 1926, № 40, стр. 290)

Об условиях труда рабочих и служащих, занятых в лесной промышленности и в лесном хозяйстве (из Постановления ЦИК и СНК СССР от 7/III 1933 г., СЗ СССР, 1933, № 18, стр. 100).

8 Беременные и кормящие грудью женщины допускаются только к легким работам. Перечень этих работ устанавливается НКТ Союза ССР по соглашению с соответствующими народными комиссариатами и Центральным комитетом профессионального союза рабочих леса и сплава.

О сохранении за женщинами, переведенными на другую работу в связи с кормлением ребенка грудью, прежней заработной платы (разъяснение Секретариата ВЦСПС от 22 декабря 1950 г., «Бюллетень ВЦСПС», 1951, № 1).

В случае невозможности оставления женщин в связи с кормлением ребенка грудью на их прежней работе и отсутствия работы, одинаковой по квалификации и оплате, эти женщины переводятся на время кормления на другую работу в том же предприятии или учреждении с сохранением за ними прежней заработной платы из расчета последних 6 месяцев работы (не считая времени отпуска по беременности и родам).

О применении труда беременных и кормящих женщин в предприятиях хлопчатобумажной, трикотажной и табачной промышленности² (Постановление Секретариата ВЦСПС от 19 января 1938 г., сборник постановлений и правил «Охрана труда». Профиздат, 1960, стр. 114).

В целях обеспечения нормальной работы хлопчатобумажных, трикотажных и табачных фабрик, работающих в три смены, ВЦСПС постановляет:

1. Разрешить директорам этих предприятий для замены в ночные часы беременных женщин и женщин, кормящих грудью, которые не допускаются к ночным работам, устанавливать для их сменщиц порядок сменности, предусматривающий равномерное чередование между ними работы в ночное время. Дети этих сменщиц должны обязательно обеспечиваться в первоочередном порядке детскими садами и детскими яслями.

¹ Беременные женщины не привлекаются начиная с 4 месяцев беременности к сверхурочным работам на предприятии или в учреждении (п. 7 Указа Верховного Совета СССР от 8 июля 1944 г.).

² Согласно приказу НКЛП СССР от 17 марта 1940 г. № 86, согласованному с ВЦСПС, постановление Секретариата ВЦСПС от 19 января 1938 г. распространено на все предприятия легкой промышленности и согласно постановлению ВЦСПС от 25/III 1945 г. — на сетевязальные фабрики Министерства рыбной промышленности СССР.

2. Установить для работниц, работающих с таким порядком сменности, дополнительный отпуск из расчета 1 день отпуска за каждый месяц.

3. В связи с освобождением кормящих грудью женщин от работы за полчаса до окончания смены допускать к работе работниц следующей смены за полчаса до ее начала, оплачивая им эти полчаса как за сверхурочную работу.

4. Обязать директоров табачных и махорочных фабрик: а) перевести беременных женщин, работающих на крошильных станках, по врачебному заключению на другие, более легкие работы; б) для беременных женщин, работающих на гильзовых машинах системы Семенова, Эллисона и Раковицкого, а также на папиросонабивных машинах системы Куркевича, сокращать в каждом отдельном случае, согласно врачебному заключению, количество обслуживаемых ими машин до трех, а для работающих на гильзовых машинах системы Фельдмана — до одной машины; в) для беременных женщин, работающих на ручной укладке папирос, завертке и укладке сигар, уменьшить в каждом отдельном случае, согласно врачебному заключению, общеустановленные нормы выработки на 15—20%; г) к беременным женщинам, работающим на папиросонабивных машинах, прикреплять, начиная с V месяца беременности, подсобных работниц для загрузки табака в дистрибуторы. Количество машин для обслуживания их грузчицами определять по согласованию с профсоюзной организацией.

5. За беременными работницами, переводимыми по врачебному заключению на более легкую или менее уплотненную работу, сохраняется их средняя заработная плата из расчета последних 6 месяцев в соответствии с процентом выполнения норм выработки по новой работе.

Беременные работницы, выработавшие на облегченной работе больше гарантированной им заработной платы, оплачиваются по фактическому заработку.

Перерывы на кормление ребенка грудью. Ст. 134 Кодекса законов о труде РСФСР.

Для матерей, кормящих грудью, должны быть установлены, помимо общих перерывов (ст. 100), еще дополнительные перерывы для кормления ребенка.

Точные сроки перерывов устанавливаются правилами внутреннего распорядка, причем перерывы на кормление не могут иметь место реже чем через 3½ часовые промежутки и продолжительность их должна быть не менее получаса. Указанные перерывы засчитываются в счет рабочего времени.

Согласно установившейся практике перерывы, представляемые на кормление ребенка в рабочее время, оплачиваются по среднему заработку, а не по тарифной ставке. Эти перерывы не должны вызывать уменьшения заработка (Письмо Отдела заработной платы ВЦСПС от 5 июня 1934 г. № 10/18/162, сборник «Охрана здоровья и права женщин в СССР», Министерство здравоохранения РСФСР, юридический отдел, 1947, стр. 33).

Постановление президиума ВЦСПС от 10 июля 1956 г. (Бюллетень ВЦСПС, 1956, № 14, стр. 12).

6. Матерям, кормящим грудью, в предвыходные и предпраздничные дни предоставляется для кормления ребенка один перерыв продолжительностью в полчаса, который по желанию матерей может

быть перенесен на конец рабочего дня. Оплата за время перерыва производится по среднему заработку.

Комнаты для кормления грудных детей. 11. в) Предусмотреть на предприятиях и в учреждениях с массовым применением женского труда обязательную организацию детских яслей, детских садов, комнат для кормления грудных детей и комнат личной гигиены женщин;

г) обязать наркоматы в проектах промышленного строительства предусматривать строительство детских учреждений (ясли, детсады, комнаты матери и ребенка), рассчитанных на полный охват нуждающихся в обслуживании детей работниц и служащих данного предприятия. (Указ Президиума Верховного Совета СССР от 8 июля 1944 г., «Ведомости Верховного Совета СССР», 1944, № 37).

На предприятиях комнаты для кормления грудных детей должны быть организованы из расчета одна комната на 300 работающих женщин.

ПОЛОЖЕНИЕ О КОМНАТЕ ЛИЧНОЙ ГИГИЕНЫ ЖЕНЩИНЫ (утверждено Наркомздравом СССР 28 марта 1945 г.).

В соответствии с Указом Президиума Верховного Совета СССР от 8 июля 1944 г. на предприятиях и в учреждениях организуются комнаты личной гигиены женщины¹.

Основной задачей комнат личной гигиены женщины является предупреждение женской заболеваемости путем: а) внедрения среди женщин санитарно-гигиенических навыков; б) проведения среди женщин санитарной агитации и пропаганды.

1. Комнаты личной гигиены женщины организуются при наличии 300 работающих женщин и более. 2. Комнаты личной гигиены женщины организуются и оборудуются за счет предприятий и учреждений. 3. Помещения для комнат личной гигиены женщины предоставляются на территории предприятия или учреждения. 4. Организация комнат личной гигиены женщины производится в соответствии с утвержденными санитарно-гигиеническими нормами. 5. Ответственность за правильное устройство и ремонт комнат личной гигиены женщины несет администрация предприятия или учреждения. 6. Обслуживание комнат личной гигиены женщины, как правило, проводится средним медицинским персоналом или лицами, специально к этому подготовленными.

Примечание. Ежедневная уборка комнат проводится техническим персоналом предприятия.

7. Ответственность за санитарное состояние и функционирование комнат личной гигиены женщины возлагается на заведующих здравпунктами, главных врачей поликлиник или начальников медико-санитарных частей. 8. Методическое руководство организацией и работой комнат личной гигиены женщины осуществляется врачом акушером-гинекологом учреждения.

¹ Союзные и республиканские министерства и ведомства обязаны организовывать на предприятиях комнаты для кормления грудных детей и комнаты личной гигиены женщины из расчета 1 комната на 300 работающих женщин.

ПОСОБИЯ Пособие по беременности и родам (из Положения о горячке изменения и выплаты пособий по государственному социальному страхованию) Утверждено Постановлением Президиума ВЦСПС от 5 февраля 1955 г. в соответствии с Постановлением Совета Министров СССР от 22 января 1955 г. (с изменениями и дополнениями на 1 января 1964 г.) (сборник «Законодательные акты о труде». Госюриздат, 1964, стр. 664—667).

64. Женщинам — работницам и служащим — предоставляется отпуск на 56 календарных дней до родов и 56 календарных дней после родов. В случае ненормальных родов или рождения 2 или более детей отпуск после родов предоставляется продолжительностью в 70 календарных дней.

Отпуск по беременности и родам предоставляется на основании больничного листа, выданного лечебно-профилактическим учреждением (женской, женско-детской консультацией, родильным домом, родильным отделением больницы, поликлиникой, амбулаторией).

65. Женщины — работницы и служащие, в том числе и не состоящие членами профсоюза, имеют право на пособие по беременности и родам независимо от стажа работы.

66. Если со дня освобождения от работы по беременности до дня родов прошло больше или меньше установленного числа дней родового отпуска, то пособие выделяется за все дни, фактически проведенные в родовом отпуске. Послеродовой отпуск исчисляется со дня родов, считая и день родов.

67. В случае наступления срока отпуска по беременности в период очередного отпуска пособие выдается на общем основании, а очередной отпуск подлежит продлению по окончании послеродового отпуска.

Если отпуск по беременности предоставлен в период отпуска без сохранения заработной платы, пособие за дни такого отпуска не выдается. Если отпуск по беременности и родам продолжается и после окончания отпуска без сохранения заработной платы, то пособие выдается начиная со дня окончания этого отпуска.

68. При выкидыше, наступившем по истечении 196 дней беременности, пособие по родам выдается на общем основании.

69. Пособие в связи с операцией аборта выдается с первого дня нетрудоспособности женщинам — работницам и служащим, имевшим среднемесячный заработок за предыдущие 2 календарных месяца перед месяцем, в котором производилась операция аборта, не свыше 60 рублей, а при операции аборта по медицинским показаниям или при самопроизвольном аборте — независимо от заработка.

В остальных случаях пособие в связи с абортom выдается начиная с 11-го дня нетрудоспособности.

В заработок, учитываемый при определении права на пособие, включаются все виды заработной платы, на которые по действующим правилам должны начисляться страховые взносы (за период временной нетрудоспособности вместо заработка учитывается пособие по больничному листу). При этом все выплаты, подлежащие учету, включаются в заработок того месяца, в котором они были фактически начислены.

70. Пособие за время отпуска по беременности и родам женщинам — работницам и служащим, состоящим членами профсоюза, выдается в следующих размерах,

В размере полного заработка за весь период отпуска:

а) имеющим общий стаж работы не менее 3 лет, в том числе не менее 2 лет непрерывной работы на данном предприятии или учреждении;

б) не достигшим 18 лет, проработавшим непрерывно на данном предприятии или в учреждении не менее 1 года;

в) бывшим партизанкам и инвалидам Великой Отечественной войны;

г) имеющим орден;

д) женщинам-новаторам или передовикам производства при наличии общего стажа работы не менее 1 года.

В размере $\frac{3}{4}$ заработка за первые 20 календарных дней отпуска, а за остальное время отпуска в размере полного заработка:

а) проработавшим непрерывно на данном предприятии или в учреждении не менее 2 лет, но не имеющим общего 3-летнего стажа работы;

б) не достигшим 18 лет, не имеющим годовичного стажа работы.

В размере $\frac{2}{3}$ заработка за первые 20 календарных дней отпуска, а за остальное время отпуска в размере полного заработка:

проработавшим непрерывно на данном предприятии или в учреждении от 1 года до 2 лет.

В размере $\frac{2}{3}$ заработка за все время отпуска: проработавшим на данном предприятии или учреждении менее года.

71 Пособие за время отпуска по беременности и родам женщинам — работницам и служащим, не состоящим членами профсоюза, выдается в размере $\frac{2}{3}$ заработка.

72. Пособие по беременности и родам исчисляется из полного заработка, определяемого в соответствии с п. 24 настоящего Положения, но без ограничения суммой двойного должностного оклада (ставки) или двойной тарифной ставки (ставки сельщика).

Пособие в размерах, указанных в пп. 70 и 71, выдается в каждом данном календарном периоде отпуска за рабочие дни.

73 Пособие по беременности выплачивается вперед за весь дородовой отпуск, а пособие за время послеродового отпуска — одновременно с выплатой заработной платы.

Если отпуск по беременности, оплаченный вперед, фактически окажется меньше установленного, то связанная с этим переплата засчитывается в счет пособия за время послеродового отпуска. Если отпуск по беременности окажется фактически длиннее установленного, то производится соответствующая доплата.

Положение о порядке назначения и выплаты пособий по беременности и родам женщинам — членам колхозов¹ (СП СССР № 22, ст. 136, извлечение). 1. В соответствии с Законом о пенсиях и пособиях членам колхозов женщины — члены колхоза (в том числе рыболовецких) имеют право на получение пособия за время отпуска по беременности и родам независимо от стажа работы.

3. Отпуск по беременности и родам предоставляется на основании больничного листа, выдаваемого в соответствии с правилами, предусмотренными инструкцией ВЦСПС и Наркомздрава СССР «О порядке

¹ Утверждено Постановлением Совета Министров СССР от 4 ноября 1964 г.

выдачи застрахованным больничных листов», утвержденной постановлением Совнаркома СССР от 14 августа 1937 г., № 1382.

В сельских местностях, где нет лечащих врачей, выдача больничных листов для предоставления отпуска по беременности и родам женщинам — членам колхозов может быть разрешена акушерке, фельдшернице-акушерке, фельдшеру, заведующему медицинским пунктом, фельдшерско-акушерским пунктом, акушерским пунктом, колхозным родильным домом с последующим контролем со стороны заведующего врачебным участком. Список указанных должностных лиц, которым разрешается выдача больничных листов для предоставления отпуска по беременности и родам, устанавливается областными (краевыми) отделами здравоохранения, министерствами здравоохранения автономной республики или министрами здравоохранения союзных республик, не имеющих областного деления.

4. Если со дня освобождения от работы женщины — члена колхоза в связи с предоставлением ей отпуска по беременности до дня родов прошло больше или меньше установленного числа дней дородового отпуска, то пособие выдается за все дни, фактически проведенные в дородовом отпуске. Послеродовой отпуск исчисляется со дня родов, считая и день родов.

7. Если женщина — член колхоза систематически не выходила на работу без уважительных причин, уклоняясь от общественного труда, то ей может быть отказано в пособии.

Размер пособия. 8. Пособие за время отпуска по беременности и родам колхозницам выдается в следующих размерах:

в размере полного заработка:

- а) имеющим стаж работы не менее 3 лет;
 - б) не достигшим 18 лет, имеющим стаж работы не менее 1 года;
 - в) бывшим партизанкам и инвалидам Великой Отечественной войны;
 - г) имеющим орден;
 - д) женщинам-новаторам или передовикам колхозного производства, имеющим стаж работы не менее 1 года;
- в размере $\frac{2}{3}$ заработка за весь период отпуска — остальным женщинам-колхозницам.

Пособие по беременности и родам, выдаваемое колхозницам, во всех случаях не может быть менее 40 копеек за 1 календарный день отпуска по беременности и родам.

Исчисление пособия. 9. Пособие по беременности и родам женщинам — членам колхоза исчисляется из фактического заработка за работу в общественном хозяйстве колхоза независимо от формы оплаты труда. В сумму заработка включаются все виды заработка (в том числе дополнительная оплата) за исключением видов заработка, указанных в п. 10.

10. В сумму заработка при исчислении пособия по беременности и родам женщинам — членам колхоза не включаются:

- а) оплата за время отпуска, учебного сбора или выполнения государственных или общественных обязанностей;
- б) пособия по временной нетрудоспособности, пособия по беременности и родам;
- в) премии (в том числе премии натурой), не предусмотренные системой оплаты труда;
- г) суточные при командировках;
- д) всякого рода единовременные пособия.

11 При исчислении пособия по беременности и родам женщинам— членам колхоза натуральная оплата учитывается по государственным розничным ценам того года, за который определяется заработок.

В стаж работы засчитывается всякая работа в общественном хозяйстве колхоза в качестве члена колхоза независимо от характера и продолжительности работы и длительности перерывов.

Правлениям колхозов и комиссиям по назначению пенсий и пособий колхозникам предоставляется право не засчитывать в стаж работы, необходимый для определения размера пособия, периоды, когда по имеющимся в колхозе документам женщина-колхозница без уважительных причин систематически не выходила на работу, уклоняясь от общественного труда.

12. Женщинам — членам колхоза пособия по беременности и родам исчисляются из их фактического заработка за календарный год, предшествующий году, в котором предоставлен отпуск по беременности и родам.

15. Пособие женщинам — членам колхоза выплачивается вперед за весь дородовой отпуск; пособие за все время послеродового отпуска выплачивается после родов.

Если отпуск по беременности (дородовой), оплаченный вперед, фактически окажется меньше установленного, то связанная с этим переплата засчитывается в счет пособия за время послеродового отпуска. Если отпуск по беременности (дородовой) окажется фактически больше установленного, то производится соответствующая доплата.

Пособие на рождение ребенка (из Положения о порядке назначения и выплаты пособий по государственному социальному страхованию). Утверждено постановлением Президиума ВЦСПС 5 февраля 1955 г., в соответствии с Постановлением Совета Министров СССР от 22 января 1955 г. (с изменениями и дополнениями) (сборник «Законодательные акты о труде», Госюриздат, 1964, стр. 666)

75 Пособие на рождение ребенка состоит из единовременного пособия на предметы ухода за новорожденным и пособие на кормление ребенка.

76. Пособие на рождение ребенка выдается одному из родителей (отцу или матери), если он проработал на данном предприятии или учреждении непрерывно не менее 3 месяцев ко дню рождения ребенка.

77. Пособие на рождение ребенка не выдается, если среднемесячный заработок родителя, обратившегося за пособием, за предыдущие 2 календарных месяца перед месяцем рождения ребенка превышает 50 рублей. При этом учитывается весь фактический заработок, а также пенсия, если родитель ее получает.

Если в течение указанных 2 месяцев родитель проработал не все рабочие дни ввиду того, что был временно нетрудоспособен (или мать ребенка была в отпуске по беременности), то при выплате пособия на рождение ребенка учитывается среднедневной заработок, из которого было исчислено пособие по больничному листу. Если этот среднедневной заработок превышает 2 рубля, то пособие на рождение ребенка не выдается.

78. Пособие на рождение ребенка выдается независимо от непрерывного стажа и размера заработка родителей следующим работникам, занятым на подземных работах в угольной промышленности:

а) всем рабочим, занятым в очистных и подготовительных работах, а также на подземных работах на строительстве шахт при условии, если они в течение 2 месяцев до обращения за пособием выполняли норму выработки;

б) горным мастерам, начальникам и механикам очистных и подготовительных участков и их помощникам при условии, если в течение 2 месяцев перед обращением за пособием обслуживаемые ими участки или лавы выполняли установленный производственный план.

79. Если мать ребенка живет в сельской местности вместе с ребенком и входит в состав колхоза, то выдается только пособие на предметы ухода за новорожденным.

80. При определении права на пособие рабочий или служащий считается отцом ребенка, если состоит в зарегистрированном браке с матерью ребенка.

81. Пособие на рождение ребенка выдается, хотя бы ребенок родился после смерти отца, имевшего право на это пособие ко дню смерти. Умерший считается отцом ребенка, если со дня его смерти до рождения ребенка, прошло не более 9 месяцев.

82. Назначенное пособие выдается, хотя бы после назначения пособия родители выбыли из круга лиц, имеющих право на это пособие.

83. Если родители ребенка отсутствуют, то пособие выдается опекуну.

84. Пособие на рождение ребенка не выдается, если ребенок родился мертвым.

85. Единовременное пособие на обзаведение необходимыми предметами ухода за новорожденным выдается в размере 12 рублей. Пособие на кормление ребенка выдается в размере 18 рублей. В случае рождения двойни или тройни пособие на рождение ребенка выдается на каждого ребенка в отдельности.

86. Единовременное пособие на предметы ухода за новорожденным выдается после родов в день предъявления необходимых документов.

Пособие на кормление ребенка выдается в два срока. Первая часть пособия в размере 10 рублей выдается вместе с пособием на обзаведение необходимыми предметами ухода за новорожденным, а вторая часть в размере 8 рублей выдается по достижении ребенком 5 месяцев.

87. Пособие по случаю рождения ребенка назначается на основании следующих документов, которые должен представить в Совет социального страхования родитель, обратившийся за пособием:

а) свидетельство о рождении, выданное органом записи актов гражданского состояния (ЗАГС), для получения пособия;

в) справка о местожительстве ребенка, а если он находится в сельской местности, то справка сельсовета о том, входит ли мать в состав колхоза.

Данные о заработной плате родителя, обратившегося за пособием, а также его непрерывный стаж работы отмечаются администрацией предприятия, учреждения или организации на обороте свидетельства о рождении ребенка, выданном органом ЗАГС для получения пособия.

88. На основании предъявленных документов и в соответствии с настоящим положением Совет социального страхования устанавли-

вает право на пособие и делает на обороте свидетельства ЗАГС надпись о выплате:

а) единовременного пособия на обзаведение необходимыми предметами ухода за новорожденным в размере 12 рублей;

б) первой части пособия на кормление ребенка в размере 10 рублей.

После этого получателю пособия возвращаются все документы, которые он представляет в расчетную часть предприятия или учреждения. Расчетная часть в тот же день выплачивает указанные выше суммы.

89. Одновременно с возвращением документов (п. 88) Совет социального страхования выдает получателю пособия на руки талон по установленной форме на выплату второй части пособия на кормление ребенка.

Этот талон получатель пособия предъявляет в расчетную часть предприятия или учреждения лишь по достижении ребенком 5 месяцев. При этом он должен представить администрации справку домоуправления, яслей, консультации и т. п. о том, что ребенок жив.

На основании предъявленного талона расчетная часть в тот же день выплачивает вторую часть пособия на кормление ребенка.

90. Пособие на рождение ребенка, недополученное ввиду смерти родителя, имевшего право на это пособие, выдается другому родителю или иному лицу, воспитывающему ребенка.

Льготы многодетным и одиноким матерям. Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усилении охраны материнства и детства, об установлении почетного звания «Мать-героиня» и учреждении ордена «Материнская слава» и медали «Медаль материнства» (из Указа Президиума Верховного Совета СССР от 8 июля 1944 г., Ведомости Верховного Совета СССР, 1944, № 37).

В целях увеличения материальной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, поощрения многодетности и усиления охраны материнства и детства Президиум Верховного Совета Союза Советских Социалистических Республик постановляет:

1. Об увеличении государственной помощи многодетным и одиноким матерям:

1. Установить, что государственное пособие выдается многодетным матерям (имеющим мужа и вдовым), имеющим 2 детей, при рождении третьего и каждого следующего ребенка вместо ныне существующего порядка выдачи государственного пособия многодетным матерям, имеющим 6 детей, при рождении седьмого и каждого следующего ребенка

2. Выплату государственного пособия многодетным матерям производить в следующем порядке и размере¹:

Ежемесячное пособие многодетным матерям выплачивать начиная со 2-го года рождения ребенка до достижения им 5-летнего возраста. Матерям, имеющим ко дню издания настоящего указа 3, 4, 5 и 6 детей, пособие, предусмотренное настоящей статьей, выплачивается на каждого ребенка, родившегося после издания настоящего указа.

¹ Указом Президиума Верховного Совета СССР от 25 ноября 1947 г. с 1 января 1948 г. установлен размер государственного пособия многодетным и одиноким матерям (см. стр. 492).

При определении государственного пособия по многодетности учитываются дети, погибшие или без вести пропавшие на фронтах Великой Отечественной войны.

3. Установить государственное пособие одиноким матерям (не состоящим в браке) на содержание и воспитание детей, родившихся после издания настоящего указа в следующих размерах¹.

Государственное пособие одиноким матерям выплачивается до достижения детьми 12-летнего возраста.

Одиноким матерям, имеющим 3 и более детей, государственное пособие, предусмотренное настоящей статьей, выплачивается дополнительно к пособию по многодетности, получаемому в соответствии со ст. 2 настоящего указа.

При вступлении одинокой матери в брак право на пособие, предусмотренное настоящей статьей, за ней сохраняется.

Матери, получающие алименты на детей, родившихся до издания настоящего указа, сохраняют свое право на получение алиментов до совершеннолетия ребенка и пособия, предусмотренного настоящей статьей, не получают.

Матери детей, родившихся в 1944 г. до издания настоящего указа, не получающие на них алиментов, имеют право на получение пособия, предусмотренного настоящей статьей.

4. Если одинокая мать пожелает поместить в детское учреждение рожденного ею ребенка на воспитание, детское учреждение обязано принять ребенка на содержание и воспитание полностью за государственный счет. Мать ребенка имеет право взять обратно своего ребенка из детского учреждения на свое воспитание. За время нахождения ребенка в детском учреждении государственное пособие на ребенка не выплачивается.

5. Увеличить размер единовременного пособия, выдаваемого из средств социального страхования и касс взаимопомощи кооперативных артелей на новорожденного ребенка с 45 до 120² рублей. Установить, что на означенную сумму должна быть обеспечена продажа матерям комплекта белья для новорожденного.

II. Об увеличении льгот для беременных женщин, матерей и о мерах по расширению сети учреждений охраны материнства и детства.

7. Не привлекать беременных женщин, начиная с 4 месяцев беременности, к сверхурочным работам на предприятиях и в учреждениях, а женщин, имеющих грудных детей, — к работам в ночное время на период кормления ребенка.

10. Освободить на 50% от платы за помещение детей в детские сады и ясли родителей: имеющих 3 детей при зарплатке до 400² рублей в месяц, имеющих 4 детей при зарплатке до 600² рублей в месяц, имеющих 5 и более детей независимо от размера заработка.

III Об учреждении медали «Медаль материнства» и ордена «Материнская слава» и об установлении почетного звания «Мать-героиня».

12. Учредить медаль «Медаль материнства» I и II степени для награждения матерей, родивших и воспитавших: 5 детей — медалью II степени, 6 детей — медалью I степени.

13. Учредить орден «Материнская слава» I, II и III степени для награждения матерей, родивших и воспитавших: 7 детей — орденом

¹ Указом Президиума Верховного Совета СССР от 25 ноября 1947 г. с 1 января 1948 г. установлен размер государственного пособия многодетным и одиноким матерям.

² В старом масштабе цен.

III степени, 8 детей — орденом II степени, 9 детей — орденом I степени.

14. Установить, что матери, родившей и воспитавшей 10 детей, присваивается почетное звание «Мать-героиня» с вручением ордена «Мать-героиня» и грамоты Президиума Верховного Совета СССР.

15. Награждение орденами «Материнская слава» и медалями «Медаль материнства» и присвоение почетного звания «Мать-героиня» производится по достижении последним ребенком возраста 1 года и при наличии в живых остальных детей этой матери. При награждении матери учитываются и дети, погибшие или пропавшие без вести на фронтах Великой Отечественной войны.

IV. Об изменении в законах о браке, семье и опеке. 21. Установить, что при регистрации в органах ЗАГС ребенка от матери, не состоящей в зарегистрированном браке, ребенок записывается по фамилии матери с присвоением ему отчества по указанию матери.

О размере государственного пособия многодетным и одиноким матерям (Указ Президиума Верховного Совета СССР от 25 ноября 1947 г. извлечение, Ведомости Верховного Совета СССР, 1947, № 14).

Президиум Верховного Совета СССР постановляет: выплату государственного пособия многодетным и одиноким матерям независимо от срока назначения производить с 1 января 1948 г. в следующем размере (см табл. 30).

Государственное пособие одиноким матерям (не состоящим в браке) на содержание и воспитание детей выплачивать в следующих размерах: 50¹ рублей в месяц на одного ребенка, 75¹ рублей — на 2 детей и 100¹ рублей — на 3 и более детей.

Закон о государственных пенсиях (принят пятой сессией Верховного Совета СССР четвертого созыва 14 июля 1956 г., «Ведомости Верховного Совета СССР», 1956, № 15).

Ст. 10. Женщины, родившие 5 и более детей и воспитавшие их до 8-летнего возраста, имеют право на пенсию по старости по достижении 50 лет и при стаже работы не менее 15 лет, если они не имеют права на пенсию по старости в более раннем возрасте.

Об улучшении дела государственной помощи многодетным и одиноким матерям и улучшении условий труда и быта женщин (из указа Президиума Верховного Совета СССР от 19/V 1949 г., Ведомости Верховного Совета СССР, 1949, № 26).

1. В случае, когда ребенок одинокой матери передан на воспитание в установленном законом порядке опекуну (вследствие смерти матери, ее болезни и других причин), полагающееся ей государственное пособие на воспитание ребенка назначается и выплачивается указанному опекуну.

3. Плача на содержание в детских садах и детских яслях детей одиноких матерей, заработок которых не превышает 600¹ рублей в месяц, снижается на 50%.

Положение о порядке назначения и выплаты пособий по государственному социальному страхованию. (из постановления Президиума ВЦСПС от 5 февраля 1955 г. с изменениями и дополнениями на 1 января 1964 г., «Сборник законодательных актов о труде». Госюриздат, 1964, стр. 562).

12. При отпуске для ухода за заболевшим членом семьи пособие выдается, если отсутствие ухода грозит опасностью для жизни или

¹ Сумма указана в старом масштабе цен.

здоровья заболевшего и если невозможно поместить больного в больницу, а в семье нет другого члена, могущего ухаживать за больным (домашняя работница не считается членом семьи). При заболевании ребенка в возрасте до 2 лет матери выдается пособие независимо от того, имеется ли другой член семьи, могущий ухаживать за больным ребенком.

Пособие по уходу за заболевшим членом семьи выдается не более чем за 3 дня. Продление срока выплаты пособия по уходу сверх 3 дней производится лишь в особо исключительных случаях в зависимости от тяжести заболевания члена семьи и бытовой обстановки.

Таблица 30

Размер государственного пособия многодетным и одиноким матерям

	Единовременно (в старом масштабе цен)	Ежемесячно
Матерям, имеющим 2 детей, при рождении третьего ребенка	200 рублей	
Матерям, имеющим 3 детей при рождении четвертого ребенка	650 »	40 рублей
Матерям, имеющим 4 детей, при рождении пятого ребенка	850 »	60 »
Матерям, имеющим 5 детей, при рождении шестого ребенка	1000 »	70 »
Матерям, имеющим 6 детей, при рождении седьмого ребенка	1250 »	100 »
Матерям, имеющим 7 детей, при рождении восьмого ребенка	1250 »	100 »
Матерям, имеющим 8 детей, при рождении девятого ребенка	1750 »	125 »
Матерям, имеющим 9 детей, при рождении десятого ребенка	1750 »	125 »
Матерям, имеющим 10 детей, при рождении каждого следующего ребенка	2500 »	150 »

Матери, освобожденной от работы для нахождения вместе с больным ребенком в стационаре, пособие выдается за все время освобождения.

РЕГИСТРАЦИЯ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА В ОРГАНАХ ЗАГС (из КЗоБСО РСФСР). Ст. 25. Запись о рождении в книгах записи актов гражданского состояния является доказательством происхождения ребенка от указанных в ней родителей и может быть оспорена только в судебном порядке.

Ст. 26. Отец и мать ребенка записываются в книгу записей рождений.

Ст. 27. При регистрации в органах ЗАГС рождения ребенка от матери, не состоящей в зарегистрированном браке, ребенок записывается по фамилии матери с присвоением ему отчества по указанию матери.

Ст. 28. В случае вступления матери в зарегистрированный брак с лицом, от которого она ранее родила ребенка и которое признает себя отцом ребенка, ребенок приравнивается во всех отношениях к детям, родившимся в зарегистрированном браке, ему присваивается отчество по имени отца и с обоюдного согласия родителей фамилия отца.

XVIII. ОСНОВНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

АНТИБИОТИКИ. При назначении антибиотиков необходимо соблюдение следующих основных положений: 1) определять чувствительность организма к антибиотикам; 2) учитывать преимущественное действие каждого антибиотика на определенные виды микробов; 3) применять при тяжелом течении заболевания комбинации антибиотиков; 4) не прекращать лечения антибиотиками сразу же после наступления клинического выздоровления; 5) при длительном лечении антибиотиками назначать витамины С, витамины комплекса В, витамин К и никотиновую кислоту, а также нистатин. Это необходимо в связи с гибелью нормальной микрофлоры кишечника, которая принимает участие в синтезе витаминов комплекса В и витамина К, и опасностью развития кандидамикоза. Для предотвращения резких аллергических реакций, в частности при введении пенициллина, рекомендуется до назначения пенициллина выяснить, лечили ли больную раньше пенициллином, не наблюдалось ли зуда, крапивницы, анафилактической реакции. Целесообразно применять внутрикожный тест (0,2 мл раствора пенициллина — 10 000 ЕД в 1 мл). Если на месте введения появляется краснота, то не следует применять пенициллин. Надо также учитывать, что при антибиотикотерапии могут наблюдаться побочные явления. Их можно классифицировать следующим образом (Х. Планельес и А. Харитоновна, 1960):

I. Прямые токсические явления (местное токсическое действие на слизистые оболочки, мышечную ткань, центральную нервную систему; резорбтивное токсическое действие на различные органы — сердце, почки, эндокринные железы; влияние на кровь — изменение свертываемости).

II. Косвенные побочные явления, не связанные с фармакологическими свойствами препаратов и возникающие как результат: 1) подлинного химиотерапевтического действия: а) реакции обострения Герксгеймера, зависящей от массовой гибели и ускоренного распада возбудителей; б) изменения течения заболевания в зависимости от различной степени доступности возбудителей в различных тканях и особенно в инфекционных очагах; в) изменения течения инфекционного процесса вследствие подавления развития иммунологических реакций большого; 2) сенсibilизации организма; 3) развития дисбактериоза и суперинфекций естественно нечувствительными микроорганизмами, обычно обитающими на поверхности слизистых оболочек организма; 4) приобретения устойчивости возбудителей инфекций.

III. Смешанные побочные явления. В подавляющем числе случаев побочное действие антибиотиков и появление осложнений обусловлены невыполнением основных правил назначения их.

Бициллин (Bicillinum). Может рассматриваться как дюрантная форма пенициллина.

Показания. Инфекционные заболевания, вызываемые чувствительными к пенициллину микроорганизмами; вводят только внутримышечно.

Противопоказания. Повышенная чувствительность к пенициллину и новокаину, бронхиальная астма, аллергические заболевания. Различают бициллин-1, бициллин-2 и бициллин-3.

Способ применения, доза. Бициллин-2 и бициллин-3 применяют, когда необходимо быстро создать высокую концентрацию пенициллина в крови.

Выпускается во флаконах по 300 000, 600 000 или 1 200 000 ЕД.

Rp. Bicillini 300 000 ЕД

D. t. d. N. 4

S. Непосредственно перед употреблением приготовить в асептических условиях суспензию путем введения во флакон 2 мл стерильной дистиллированной воды. Смесь тщательно перемешать, вращая флакон между ладонями, до получения равномерной суспензии. Вводить глубоко внутримышечно в верхний квадрант ягодицы в дозе 300 000 ЕД 1 раз в 4 дня, в дозе 600 000 ЕД один раз в 6 дней. Перед введением надо убедиться, что игла не попала в кровеносный сосуд

Грамицидин С (Gramicidinum С). **Показания.** Инфицированные раны (послеродовая язва, инфицированная послеоперационная рана брюшной стенки, промежности и влагалища), трещины сосков.

Способ применения, доза. Грамицидин С выпускают в 2% стерильном спиртовом растворе.

Для изготовления лечебного спиртового раствора исходный раствор грамицидина разводят в 100 раз 70° спиртом. Этот раствор может храниться неограниченно долгое время. Жировой раствор готовят путем разведения в 25—30 раз исходного спиртового раствора в касторовом масле, рыбьем жире или ланолине. Жировой раствор сохраняется длительно.

Водный раствор грамицидина можно употреблять в течение первых 3 дней после приготовления.

Rp. Sol. Gramicidini spirituosae 2% 2,0

D. t. d. N. 6 in ampul.

S. Растворять перед употреблением в стерильной дистиллированной воде в 40—100 раз. Для наружного применения

Раствором увлажняют марлю и накладывают ее на инфицированную поверхность.

Колимицин (Colimycinum). **Показания.** Послеродовая язва, стафило- и стрептодермия.

Противопоказания. Наступающие явления раздражения в очаге или на окружающей здоровой коже.

Применяют в виде тампонов, смоченных 0,25—0,5% раствором колимицина на 0,5% растворе новокаина. Тампоны (смоченные салфетки) меняют ежедневно. Колимицин выпускается в ампулах и во флаконах, содержащих 0,5—1 г препарата (175 000, 350 000 ЕД препарата).

Rp. Colimycini 0,5

D. t. d. N. 6

S. Перед употреблением содержимое 1 флакона растворить в 100 мл 0,5% раствора новокаина

Мицерин (Mycerinum). Антибиотик широкого спектра действия, обладает бактерицидным действием.

Показания. Заболевания, вызванные грамположительными и грамотрицательными бактериями (флегмона, ожог). Действуют на микробов, устойчивых к пенициллину и стрептомицину.

Противопоказания. Заболевания почек.

Способ применения, доза. Внутрь в виде раствора применяется по 100 000—200 000 ЕД 2 раза в день. Применять не более 5—7 дней.

Для наружного применения в виде 1% водного раствора; общее разовое количество раствора не должно превышать 25—50 мл (pro *dos*), 50—100 мл (pro *die*).

Rp. Mycerini sulfurici флакон 200 000 ЕД

D. t. d. N. 10

S. По 100 000 ЕД 2 раза в день (внутри)

Мономицин (Monomycinum). Антибиотик широкого антибактериального спектра действия.

Показания. Перитонит, мастит, тяжелая септическая инфекция, хроническая инфекция мочевой системы; как кишечный антисептик перед операцией на пищеварительном тракте.

Противопоказания. Тяжелые дегенеративные изменения в печени и почках, неврит слухового нерва.

Способ применения, доза. Полостное и местное применение препарата — по 250 000—500 000 ЕД 1—3 раза в сутки. Внутрь назначают по 250 000 ЕД 4—6 раз в сутки в течение 2—3 дней.

Rp. Monomycini 250 000 ЕД

D. t. d. N. 12

S. По 250 000 ЕД 4 раза в сутки

Нистатин (Nystatinum). Показания. Профилактика и лечение заболеваний, вызванных дрожжеподобными грибами рода *Candida albicans* и др.

Противопоказания (относительные). Повышенная чувствительность (тошнота, рвота, понос).

Rp. Nystatini in tabul. 500 000 ЕД

D. t. d. N. 24

S. По 1 таблетке 3—4 раза в день. При висперальном кандидамикозе, кандидасепсисе по 500 000 ЕД 6—8 раз в день. Курс лечения 10—14 дней

Rp. Unguenti Nystatini 25.0

DS. Для смазывания слизистой влагалища при грибковом заболевании (особенно рода *Candida*), вызванном применением антибиотиков

Пенициллин (Penicillinum). Показания. Раневая инфекция, септические заболевания, пневмония, гонорея. Профилактически применяют пенициллин при осложненных родах, операциях по поводу рака матки, инфицированной миомы, кистомы, гнойного воспаления придатков матки.

Пенициллин неэффективен при заболеваниях, вызванных вирусами (вирусный грипп), туберкулезе, бруцеллезе, инфекциях, вызванных хитиной кишечной палочкой.

Способ употребления и дозы. Обычно применяют натриевую соль пенициллина или кристаллический пенициллин (калиевая соль — *Kalium sal.*). Пенициллин-натриевая соль выпускается во флаконах по 100 000—200 000—300 000—500 000 и 1 000 000 ЕД. Пенициллин кристаллический выпускается в таких же флаконах по 100 000—200 000 и 500 000 ЕД.

Пенициллин вводят внутримышечно, внутривенно (капельным способом), местно (в раны), а также в полости (при операции, гнойных скоплениях). Внутривенное и эндолумбальное введение калиевой соли пенициллина противопоказано. Растворы пенициллина готовят *ex tempore*. Для внутримышечного введения пенициллин растворяют в новокаине (0,5—1% раствор новокаина); инъекции делают 5—6 раз в сутки. Для капельного введения растворов пенициллина готовят на физиологическом растворе или на 5% растворе глюкозы. Дозировка индивидуализируется в зависимости от показаний. Суточная доза при введении в мышцы и под кожу 1 200 000 ЕД. При длительном применении пенициллина целесообразно назначать витамины С, комплекс В (тиамин, рибофлавин) и витамин К. В случае появления побочных явлений (дерматит, крапивница, эозинофилия, повышение температуры) прекращают лечение пенициллином, назначают димедрол.

При септикотоксической инфекции новорожденных необходимо раннее назначение больших доз пенициллина — до 50 000 ЕД на 1 кг веса в сутки.

Rp. Penicillini crystal. 100 000 ЕД

DS. Растворить в 1 мл 1% раствора новокаина; вводить внутримышечно

Феноксиметилпенициллин (Phenoxymethylpenicillinum) Отличается высокой кислотоустойчивостью, в связи с чем пригоден для приема *per os*.

Показания те же, что и для пенициллина. Возможны побочные явления: стоматит, фарингит, понос, рвота.

Способ применения, доза. Препарат применяется внутрь по 200 000 ЕД 4 раза в день за час до еды.

Выпускается в таблетках по 100 000 и 200 000 ЕД.

Rp. Phenoxymethylpenicillini 100 000 ЕД

D. t. d. N. 12 in tabul.

S. По 2 таблетки 4 раза в день за час до еды

Экмоновоциллин (Ecmovocillinum). Суспензия новокаиновой соли пенициллина в экмолине; действие пенициллина пролонгировано до 30—36 часов.

Показания те же, что и для пенициллина.

Способ применения, доза. Препарат назначают взрослым 300 000—600 000 ЕД один раз в сутки, внутримышечно. Выписывается отдельно новокаиновая соль пенициллина 300 000 или 600 000 ЕД и водный раствор экмолина (2,5 или 5 мл). Суспензия готовится перед инъекцией путем вливания экмолина во флакон с новокаиновой солью пенициллина. Инъекции делаются внутримышечно один раз в сутки.

Синтомицин (Synthomicinum). Показания. Токсическая инфекция новорожденных, пневмония. Возможны побочные явления: дерматит, лейкопения, стоматит, диспепсические явления — рвота и др.

При упорной рвоте можно назначать в виде свечей, но доза в этом случае увеличивается в $1\frac{1}{2}$ раза.

Способ применения, доза. Детям до 3 лет 0,02 г препарата на 1 кг веса 3—4 раза в сутки. Суточную дозу делят на 2 равные части и дают в 2 приема через час, в последующие 6—7 суток — по 0,02 на 1 кг веса 4 раза в день. Препарат дают перед едой за 20—30 минут в сахарном растворе или с глюкозой. Для взрослых pro dosi до 1,5 г, pro die — до 6 г.

Rp. Synthomicini 0,5

D. t. d. N. 12

S. По 1 порошку 6 раз в день

Эмульсия синтомицина. Показания. Гнойные раны (1% эмульсия), трещины сосков (10% эмульсия), эрозия шейки матки (10% эмульсия), кольпит (1% эмульсия).

Способ применения, доза. Эмульсию наносят на рану, область поражения, сверху — обычная повязка. Эмульсия выписывается в стеклянных банках по 20—50—100 г.

Rp. Emuls. Synthomicini 10% 50,0

DS. Для наружного употребления

Эусинтомицин (Eusynthomycinum). Стеариновый эфир синтомицина («негорький синтомицин»). Содержит в связанном виде около 55% синтомицина.

Показания и противопоказания те же, что и для синтомицина.

Способ применения, доза. Детям весом до 10 кг по 0,03 г на 1 кг веса на прием; разовая доза для взрослых 0,5—1 г. Частота приемов и длительность лечения те же, что и для синтомицина. Выписывается в виде порошка и в таблетках.

Rp. Eusynthomycini 0,5

D. t. d. N. 12

S. По 1 порошку на прием 2 раза в день

Стрептомицин (Streptomycinum sulfuricum). Показания. Сепсис, септикотоксическая инфекция новорожденных, септические послеродовые заболевания, в особенности тромбфлебит (послеродо-

вой, послеоперационный), септические заболевания, обусловленные пенициллиноустойчивыми микробами, туберкулез половых органов, туберкулез серозных оболочек, гонорея.

Противопоказания. Заболевания, вызванные анаэробными микробами, риккетсиями, плазмодиями, вирусами.

Способ применения, доза. В одном флаконе содержится 250 000—500 000—1 000 000 ЕД стрептомицина.

Антибиогик применяют внутримышечно, при туберкулезе половых органов — в виде инъекций через задний свод влагалища, инъекций в шейку матки, в окружности туберкулезной язвы (влагалища, вульвы, шейки матки). Стрептомицин растворяют в 2—3 мл стерильного физиологического раствора или 0,25—0,5% раствора новокаина. Применяют свежеприготовленные растворы антибиотика. Суточную дозу вводят в 2 приема.

При побочных явлениях (дерматит, головокружение, вестибулярные расстройства, понижение слуха, альбуминурия, гематурия) уменьшают дозу антибиотика, назначают димедрол.

При выраженных побочных явлениях временно прекращают или отменяют лечение стрептомицином.

При сепсисе новорожденных применяется 200 000—250 000 ЕД стрептомицина в сутки, при септических заболеваниях взрослых — по 500 000 ЕД 2 раза в сутки, внутримышечно; на курс лечения 15 000 000—20 000 000 ЕД.

Rp. Streptomycini sulfurici 500 000 ЕД

D.S. Растворять в 2 мл стерильного физиологического раствора

Террамицин (Terramycinum) близок к тетрациклину, биомицину (ауреомицину).

Показания. Пневмония, гонорея, инфекционные септические процессы.

Способ применения, доза. Террамицин дается внутрь в таблетках по 100 000—500 000 ЕД (0,1—0,5 г) на прием 3—4 раза в день. Высшая суточная доза для взрослого 2 г.

Rp. Terramycini 0,1

D. t. d. N. 12 in tabul.

S. По 1 таблетке 3—4 раза в день

Террамицин (окситетрациклин) солянокислый (Terramycinum, Oxytetracyclinum). Показания. Гонорея, пневмония, инфекционные осложнения у хирургических больных.

Противопоказания. Заболевания печени, грибковые поражения кожи и слизистых оболочек.

Способ применения, доза. Применяется внутрь и внутримышечно.

Rp. Oxytetracyclini 0,1—0,5 (100 000—500 000 ЕД)

D. t. d. N. 12 in tabul.

S. По 1 таблетке 3—4 раза в день

Rp. Oxytetracyclini 100 000 ЕД (1 флакон)

D. t. d. N. 6

S. Растворить в 5 мл 1% раствора новокаина. ввести внутримышечно (в верхний наружный квадрант ягодичной мышцы)

Тетрациклин (Tetracyclinum) близок к бномицину и тетрамицину.

Показания те же, что и для тетрамицина. При тяжелых септических заболеваниях в сочетании с другими антибиотиками

Способ применения, доза. Применяется в таблетках, облатках или капсулах, содержащих по 0,1—0,15 г препарата, 4 раза в сутки. Высшая суточная доза для взрослого 2 г, детям до 3 лет из расчета 0,025 г на 1 кг веса в сутки, детям старше 3 лет по 0,075 г на 1 кг веса в сутки

Rp. Tetracyclini 0,1

D. t. d. N. 12 in tabul.

S. По 1 таблетке 4 раза в день за 30 минут до еды или через 1 час после еды

Rp. Tetracyclini 0,1

D. t. d. N. 12 in caps. gelat.

S. По 1 капсуле 4 раза в день

Эритромицин (Erythromycinum) оказывает бактериостатическое действие на грамположительных кокков. Активен в отношении микроорганизмов, устойчивых к пенициллину и другим антибиотикам.

Показания. Стафилококковая, стрептококковая и пневмококковая инфекция. Относительно быстро вырабатываются устойчивые формы микроорганизмов.

Способ применения, доза. Принимают внутрь во время еды через 4—6 часов

Суточная доза для взрослого 1 000 000 и не более 2 000 000 ЕД (2 г чистого препарата).

Rp. Erythromycini in tabul. 100 000—250 000 ЕД

D. t. d. N. 12 in tabul.

S. По 1 таблетке через 4—6 часов (во время еды)

Олеандомицин-фосфат (Oleandomycinum phosphoricum).

Действие. Подавляет рост грамположительных бактерий (стафилококки, стрептококки, пневмококки и др.) и некоторых грамотрицательных бактерий (гонококки, менингококки).

Активен в отношении многих микробов, устойчивых к пенициллину и другим антибиотикам.

Способ применения. Внутрь после еды. Средняя доза 250 000 ЕД 4—6 раз в сутки.

Переносится хорошо. Возможны аллергические реакции.

Rp. Oleandomycini phosphorici 250 000 ЕД

D. t. d. N. 30 in tabul.

S. Внутрь по 1 таблетке 4—6 раз в сутки

Олететрин (Oletetrinum) — смесь одной части олеандомицин-фосфата и двух частей тетрациклина.

В олететрине сочетаются антибактериальные свойства двух антибиотиков.

Действие см. Олеандомицин-фосфат.

Применяется для лечения инфекционных заболеваний, не поддающихся действию других антибиотиков.

Способ применения. Внутрь, после еды. Средняя доза 0,25 г 4—6 раз в сутки. Курс лечения 5—14 дней, иногда более.

Возможны аллергические реакции (принимать антигистаминные препараты!). При заболеваниях печени, выраженной сердечно-сосудистой недостаточности следует принимать в уменьшенных дозах.

Rp. Oletetrini 0,25

D. t. d. N. 25 in tabul.

S. По 1 таблетке 4 раза в день

Сигмамицин (Sigma-mycin) производится в США, разрешен к применению в СССР. Состоит из двух частей гидрохлорида тетрациклина и одной части олеандомицин-фосфата.

Препарат выпускается: а) для приема внутрь; б) для внутримышечного введения; в) для внутривенного введения.

Показания и спектр действия такие же, как олететрина.

Способ применения. Внутрь в таких же дозировках, как олететрин. Внутримышечно 0,1 г через 8—12 часов; разводят непосредственно перед употреблением в 2 мл изотонического раствора хлорида натрия. Применяют при тяжелых заболеваниях (септицемия!).

Внутривенно капельно: 60 капель в минуту при разведении 1 мг на 1 мл изотонического раствора хлорида натрия или 5% раствора глюкозы. Применяют при тяжелых септических состояниях

Возможны аллергические проявления. Одновременно назначают нистатин (250 000 ЕД 4 раза в сутки).

Rp. Sigma-mycini 0,25 (0,5 г)

DS. Для внутривенного введения

ГОРМОНЫ. I. Женские половые гормоны (эстрогены).

Показания. Гипогенитализм, аменорея, связанная с заболеванием половых органов, альгоменорея. Перед применением средств, стимулирующих родовую деятельность. При функциональных маточных кровотечениях, некоторых осложнениях беременности (привычный выкидыш, токсикозы), климактерических ангионевротических расстройствах.

Противопоказания. Злокачественные и доброкачественные опухоли. Заболевания печени и почек, острые воспалительные процессы половых органов, гиперфолликулиновая фаза климактерия.

Способы функциональной диагностики при лечении эстрогенами: 1) цитологическая картина влагалищного мазка; 2) тест арборизации; 3) так называемый признак «зрачка» (по Голубевой); 4) количественное определение гормонов в моче.

Фолликулин (Folliculinum). Стероидный (натуральный) гормон (эстрон).

Rp. Sol. Folliculini oleosae 1,0

D. t. d. N. 10 in ampul.

S. По 1 мл внутримышечно 1 раз в день

На курс 15—20 инъекций. В 1 мл 500—10 000 ЕД.

Эстрадиол-дипропионат (Oestradiolum dipropionicum). Весьма активный препарат. В 1 мг эстрадиола 20 000 ЕД.

Показания те же, что и для фолликулина, но препарат применяется реже — 1—2 раза в неделю в виде внутримышечных инъекций.

Rp. Sol. Oestradioli dipropionici oleosae 0,1% 1,0

D. t. d. N. 6 in ampul.

S. Для внутримышечных инъекций по 1 мл 1—2 раза в неделю

Синэстрол (Synoestrolum). Синтетический заменитель эстрогенов. В 1 мг 10 000 ЕД.

При аменорее и гипоолигоменорее суточная доза 1 мг внутримышечно, 1—2 мг в таблетках; курс лечения 12—15 дней.

Rp. Synoestrol 0,001

D. t. d. N. 12 in tabul.

S. По 1 таблетке 1 раз в день

Rp. Sol. Synoestrol 0,1% 1,0

D. t. d. N. 12 in ampul.

S. Для внутримышечных инъекций по 1 мл

Диэтилстильбэстрол (Diaethylstilboestrolum). Синтетический заменитель эстрогенов. В 1 мг 20 000 ЕД.

Показания и курс лечения те же, что и для синэстрола.

Формы выпуска диэтилстильбэстрола: таблетки по 0,001 г (1 мг) и ампулы с 0,1 и 0,5% раствором в масле по 1 мл (1 и 5 мг в ампуле). Общая доза на курс при приеме внутрь 12—15 мг; при внутримышечном введении 5—15 мг. В случае осложнений (тошнота, рвота, боли в подложечной области, головные боли) необходимо уменьшить дозу или отменить препарат.

Rp. Diaethylstilboestrol 0,001

D. t. d. N. 20 in tabul.

S. По 1 таблетке 1 раз в день

Rp. Sol. Diaethylstilboestrol 0,1% 1,0

D. t. d. N. 5 in ampul.

S. Для внутримышечных инъекций по 1 мл в день

Диэтилстильбэстрол-пропионат (Diaethylstilboestrolum propionicum). Синтетический заменитель фолликулина, обладает более продолжительным действием, чем диэтилстильбэстрол, и может, следовательно, применяться реже. На курс 7—8 инъекций.

Rp. Sol. Diaethylstilboestrolis propionici oleosae
0,5% 1,0
D. t. d. N. 6 in ampul.
S. По 1 мл внутримышечно 1 раз в 5 дней

Октэстрол (Octoestrolum). Синтетический препарат.

Способ применения и доза те же, что и для синэстрола в таблетках.

Rp. Octoestrolis 0,001
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 1 таблетке 2 раза в день

Димэстрол (Dimoestrolum). Диметиловый эфир диэтилстильбэстрола — синтетический препарат. Обладает такими же биологическими и лечебными свойствами, как синэстрол и диэтилстильбэстрол. Препарат пролонгированного действия.

Показания те же, что и для синэстрола и диэтилстильбэстрола. Дозировка индивидуализируется. Курс лечения — 2—4 инъекции один раз в 1—2 недели. Обычно делают по одной инъекции в неделю в дозе 12 мг (2 мл раствора).

До назначения димэстрола целесообразно проверить чувствительность больной к синэстролу.

Rp. Sol. Dimoestrolis oleosae 0,6% 2,0
D. t. d. N. 4 in ampul.
S. Для внутримышечной инъекции

Агофиллин (Спофа, Чехословакия) (Agoifillinum). Бензойнокислый эстрадиол.

Доза определяется индивидуально. Выпускается в форме драже по 0,001 и 0,0001. Во флаконе 30 или 250 драже.

Акрофоллин (Венгрия) (Acrofollinum). Кристаллический эстрадиол — 17-монопропионат. Оказывает специфическое действие, свойственное эстрогенным препаратам.

Дозы определяются индивидуально.

Акрофоллин выпускается в ампулах, по 5 и 10 ампул в коробке по 0,1 мг (1000 ЕД), по 1 мг (10 000 ЕД) и по 5 мг (50 000 ЕД) и в таблетках по 0,1 мг (15 таблеток в коробке), по 0,5 мг (10 таблеток в коробке).

Rp. Acrofollini 0,0001
D. t. d. N. 15 in tabul.
S. По 1 таблетке в день

Микрофоллин (этинилэстрадиол, Венгрия) (Microfollinum).

Доза определяется индивидуально. При климактерическом синдроме 0,05 мг в сутки.

Микрофоллин выпускается в таблетках по 0,05 мг (в коробке 10 таблеток).

Rp. Microfollini 0,05 mg
D. t. d. N. 10 in tabul.
S. По 1 таблетке на прием (или 1/2 таблетки на прием)

Прогивал (фолликулин, Болгария) (Progivalum).

Выпускается в масляном растворе в ампулах по 10 000 и 50 000 ЕД в ампуле (5—10 ампул в коробке).

Rp. Sol. Progivali oleosae (10 000 ED)

D. t. d. N. 10 in ampul.

S. Для инъекций

Этинилэстрадиол (Чехословакия) (Ethiniloestradiolum). Синтетический препарат с выраженным эстрогенным действием. При парентеральном введении так же эффективен, как эстрадиол.

Выпускается в форме таблеток по 0,01 и 0,05 мг; в коробке 30 или 100 таблеток.

Rp. Ethiniloestradioli 0,05 mg

D. t. d. N. 30 in tabul.

S. По 1—2 таблетки

Прогестерон (Progesteronum). Гормон желтого тела.

Показания. Привычный аборт, угрожающий, начинающийся аборт, аменорея, альгодисменорея, функциональные маточные кровотечения.

Rp. Sol. Progesteroni oleosae 0,5% 1,0

D. t. d. N. 6 in ampul.

S. Для внутримышечного введения по 1 мл

Применяется при угрожающем и привычном выкидыше, при аменорее, недостаточной функции яичников; суточная доза прогестерона 5—10 мг (внутримышечно) в течение 6—8 дней во вторую фазу менструального цикла. Предварительно (в первую фазу цикла) применяют эстрогены.

При альгоменорее по 5—10 мг в течение 6 дней. Лечение начинается за 8 дней до менструации. При функциональных маточных кровотечениях по 5—10 мг в течение 6—8 дней. Начинают лечение, руководствуясь цитологической картиной влагалищного мазка (III—IV реакция).

Прегнин (Pregninum). Синтетический заменитель гормона желтого тела — этинил-тестостерон.

Rp. Pregnini 0,005

D. t. d. N. 20 in tabul.

S. По 2 таблетки 3 раза в день (под язык)

17-Оксипрогестерон капронат (17-Охупрогестеронум capronicum). Синтетический аналог гормона желтого тела—прогестерона. Оказывает пролонгированный эффект (от 7 до 14 дней). **Показания** те же, что и для прогестерона.

Rp. Sol. Oxyprogesteroni capronici oleosae 12,5% 1,0

D. t. d. N. 6 in ampul.

S. По 1 мл внутримышечно 1 раз в неделю

Аголютин (Чехословакия) (*Agolutinum*). Препарат, аналогичный прогестерону.

Выпускается в ампулах по 5 и 10 мг в масляном растворе (по 3—15 ампул в коробке) и в свечах по 5 мг (15 свечей в коробке).

Rp. Sol. Agolutini oleosae 0,01

D. t. d. N. 10 in ampul.

S. Для инъекций

Прегнорал (Чехословакия) (*Pregnoralum*).

Этистерон (ангидрооксипрогестерон, этинилтестостерон) — препарат, аналогичный прегнину.

Показания те же, что и для гормона желтого тела. При нарушениях менструального цикла применяется по 10 мг препарата ежедневно в течение 8—10 дней во второй половине цикла, после предварительного введения эстрогенов.

Rp. Pregnorali 0,005

D. t. d. N. 30 in tabul.

S. По 1—2 таблетки в день (под язык)

Мужские половые гормоны (андрогены). Показания. Патологический климактерический период, функциональные маточные кровотечения в климактерическом периоде (исключить злокачественную опухоль матки, яичников!), рак яичников, после оперативного вмешательства, рак молочной железы.

Противопоказания. Гипертоническая болезнь с симптомами угрожающего гипертонического криза. Возможные осложнения: при длительном применении отмечаются явления вирилизации (волосистость на лице, огрубение голоса, появление аспе *vulgaris*, отеков), которые обычно вскоре после прекращения лечения проходят.

Мужские половые гормоны применяют при ангионевротических климактерических расстройствах, если эстрогены противопоказаны (наличие опухоли половых органов, молочных желез), а также в сочетании с ними (в соотношении эстрогенов к андрогенам 1:20—1:40—1:50).

Метилтестостерон (*Methyltestosteronum*). Синтетический заменитель мужского гормона.

При ангионевротических климактерических расстройствах метилтестостерон назначают сначала по 5—6 таблеток в день (в течение недели), затем снижают дозу до 2 таблеток в день в течение 30—40 дней. Целесообразно провести 2—3 курса лечения с перерывом в 1 месяц. Целесообразно также лечение эстрогенами и андрогенами (в соотношении 1:50). При функциональных маточных кровотечениях суточная доза метилтестостерона 50—60 мг. На курс лечения в течение 40—50 дней необходимо 2,4—3 г (под язык).

Тестостерон-пропионат (*Testosteronum propionicum*). Мужской половой гормон назначают по 1—0,5 мл—1; 2,5; 5% раствора внутримышечно через день в течение 2 недель, а затем (при хорошем самочувствии) 1—2 раза в неделю. При раке яичника, молочных желез тестостерон-пропионат (5% раствор) назначается по 50—100 мг в сутки в течение 2½—3 месяцев. На курс лечения 2,5—4 г.

Не рекомендуется назначать андрогены при продолжающемся кровотечении.

Rp. Sol. Testosteroni propionici oleosae 2,5% (5%) 1,0

D. t. d. N. 6 in ampul.

S. Для внутримышечных инъекций по 1 мл

Аговирин (Чехословакия) (Agovirinum) — синтетический метилтестостерон.

Выпускается в виде драже по 10 мг (в коробке по 10 или 20 штук).

Метиландростендиол (Чехословакия) (Methylandrostandiolum). Синтетический андроген. Его особенностью является крайне незначительное вирилизующее действие.

Показания те же, что и для метилтестостерона и тестостерон-пропионата. Кроме того, препарат показан при выздоровлении после тяжелых операций и серьезных заболеваний.

Дозировка индивидуальна, в среднем по 25—50 мг в сутки или через день. В периоде выздоровления после тяжелых операций и серьезных заболеваний 10—25—50 мг в сутки или через день.

Выпускается в таблетках, содержащих по 10 и 25 мг (в коробке 30 или 100 штук). Принимают его под язык.

Гипофизарные гормоны. Гонадотропные гормоны. Хориогонин (Венгрия) (Choriogoninum) (хорионический гонадотропин). Препарат получают из мочи беременных женщин. Содержит гонадостимулирующее вещество, главным образом лютеинизирующего действия. Способствует разрыву фолликула, усилению функции желтого тела, удлинению срока его существования.

Показания. Нарушения менструальной функции, обусловленные гипофизарной недостаточностью, бесплодие гипофизарно-овариального происхождения, функциональные маточные кровотечения.

Дозировка 500—1000—1500 ЕД. Препарат принимают 4—5 дней с 14—15-го дня цикла. В коробке содержится 5—10 ампул препарата и 5—10 ампул растворителя. Вначале вскрывают ампулу растворителем и набирают растворитель стерильным шприцем. Вскрыв ампулу с гонадотропином, вливают в его растворитель. Приготовленный водный раствор препарата вводят внутримышечно.

Лютеокресцин (Венгрия) (Luteocrescinum). Сывороточный гонадотропный гормон, в основном фолликулостимулирующий.

Выпускается в ампулах по 300 МЕ. В коробке 5 ампул лютеокресцина и отдельно растворитель (2 мл).

Питуитрин Р (Pituitrinum P). **Показания.** Для стимуляции родовой деятельности в первом периоде родов и в конце второго периода родов, профилактически в начале третьего периода родов, при гипотоническом кровотечении в третьем периоде родов и после родов, при кровотечении у больных, страдающих миомой матки, воспалительным процессом половых органов, при так называемом функциональном маточном кровотечении.

Противопоказания. Гипертоническая болезнь, токсикозы беременности, сопровождающиеся гипертензией.

Rp. Pituitrini P 1,0 (3 ЕД)

D. t. d. N. 6 in ampul.

S. Для внутримышечной (или подкожной) инъекция по 1 мл

Питуитрин М (Pituitrinum M). Экстракт задней доли гипофиза со значительно меньшим (10%) содержанием вазопрессина, чем у питуитрина Р.

Показания те же, что и для питуитрина, а также задержка мочеиспускания после операций и родов. Ввиду небольшого содержания вазопрессина препарат может быть применен при гипертонии у рожениц и родильниц.

Rp. Pituitrini M 1,0
D. t. d. N. 6
S. По 1 мл внутримышечно

Окситоцин синтетический (см. Кровоостанавливающие средства).

Пролактин (Prolactinum). Препарат лактогенного гормона передней доли гипофиза.

Показания. Недостаточность молока у многорожавших, которые после предыдущих родов страдали гипогалактией. Препарат назначается с первого дня после родов.

Rp. Prolactini 5,0 (в 1 мл 5 ЕД)
S. По 1 мл 2 раза в день внутримышечно в течение 5—6 дней

Адренокортикотропный гормон (АКТГ) (Hormonum adrenocorticotropinum). Добывается из гипофиза животных. Стимулирует образование корой надпочечника кортизона.

Показания. Неинфекционные заболевания типа аллергии, крапивница, сывороточная болезнь, для подавления избыточных тканевых реакций и образования рубцовой ткани, медикаментозный агранулоцитоз, тромбопенический геморрагический диатез, ревматоидный артрит, неукротимая рвота (при низком содержании 17-кетостероидов), для стимуляции функции коры надпочечников.

Противопоказания. Активный туберкулез, очаговая или другая инфекция, язвенная, гипертоническая болезнь, сердечная и коронарная недостаточность, ожирение, диабет.

Суточная доза до 20—40 ЕД в 4 приема. Курс лечения с постепенным уменьшением дозы 2—3 недели; до 800 ЕД на курс.

Rp. Hormoni adreno-corticotropini
(АКТГ) 20 ЕД (в порошке)
D. t. d. N. 12
S. Растворить перед употреблением в 2 мл свежеприготовленной стерильной дважды дистиллированной воды. Вводить внутримышечно

4. Гормоны коры надпочечников. Кортизон (Cortisonum) — кортикостероид надпочечника.

Показания те же, что и для АКТГ. Нарушения менструальной функции, связанные с гиперплазией коры надпочечников (после определения количества 17-кетостероидов), воспалительные заболевания придатков матки, шок, коллапс, адено-генитальный синдром.

Противопоказания те же, что и для АКТГ.

Осложнения: отеки, алкалоз, гипергликемия, бессонница.

Суточная доза препарата до 100—200 мг в день, в 3—4 приема. Курс лечения 2—3 недели с постепенным снижением дозы.

Rp. Cortisoni 0,025
D. t. d. N. 50 in tabul.
S. По 1 таблетке 3—4 раза в день

Кортин (Cortinum)—гормональный препарат, полученный экстракцией из коры надпочечников убойных животных, Обладает биологическими свойствами коры надпочечников.

Показания. Астенические состояния вследствие инфекционных заболеваний, упадка питания, болезни Аддисона, гипотонии.

Rp. Cortini 1,0 (10 ЕД)
D. t. d. N. 10 in ampul.
S. Подкожно по 1 мл 1—3 раза в день

Преднизон (Prednisone)—синтетический препарат. По действию близок к кортизону, но более активен (в 3—5 раз). Осложнения наблюдаются реже, чем при применении кортизона.

Показания. Воспалительные процессы внутренних половых органов. Расстройство менструального цикла и бесплодие на почве гиперандрогении надпочечникового происхождения, адреногенитальный синдром, нейродермиты, шок, коллапс, гипофизарная кахексия, болезнь Аддисона.

Противопоказания. Тяжелые формы гипертонической болезни, сердечно-сосудистая недостаточность II—III степени, нефрит, остеопороз, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, сахарный диабет.

Назначают внутрь. Доза подбирается индивидуально (15—20 мг в первые дни со снижением суточной дозы на 2,5 мг каждые 5—6 дней). Во время лечения рекомендуется богатая белком пища. При лечении воспалительных процессов одновременно обязательно применяют антибиотики. При длительном лечении с целью предохранения распада белка одновременно назначают метиландростендиол по 0,025—0,05 г в день.

Rp. Prednisoni 0,005 in tabul.
D. t. d. N. 24
S. По 1 таблетке 3—4 раза в день

Преднизолон (Prednisolone). Фармакологическое действие, показания и противопоказания те же, что и для преднизона.

Rp. Prednisoloni 0,005 in tabul.
D. t. d. N. 24
S. По 1 таблетке 3—4 раза в день

Преднизолоновая мазь (Unguentum Prednisoloni). Показания. Зуд и экзема вульвы, старческий зуд.

Rp. Unguenti Prednisoloni 0,5% 20,0 в тубике
DS. Наружное

Дезоксикортикостерон-ацетат (ДОКСА) (Desoxycorticosteronum aceticum).

Показания. Состояния, связанные с нарушением функции коры надпочечников (адинамия, астения, гипотония), шок.

Противопоказания. Сердечно-сосудистая недостаточность, нефрит, цирроз печени, гипертоническая болезнь.

Rp. Sol. Desoxycorticosteroni aceticum
oleosae 0,5% 1,0

D. t. d. N. 10 in ampul.

S. По 1 мл через 1—2 дня внутримышечно. На курс лечения 10—12 инъекций

Тиреодин (Thyreoidinum). Гормональный препарат, обладающий биологической активностью тироксина — гормона щитовидной железы.

Показания. Микседема, гипотиреоз, гипоменструальный синдром, аменорея, бесплодие, обусловленные гипотиреозом.

Противопоказания. Гипертиреоз, диабет, общее истощение.

Rp. Thyreoidini 0,1

D. t. d. N. 12 in tabul.

S. По 1 таблетке 1—2—3 раза в день

КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИЕ СРЕДСТВА. При назначении кровоостанавливающих средств необходимо предварительно исключить наличие беременности, неполного аборта, остатков плаценты после родов, злокачественной опухоли половых органов, подслизистой миомы матки.

Стиптицин (Stypticinum).

Rp. Stypticini 0,05

D. t. d. N. 20 in tabul.

S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Пастушья сумка

Rp. Extr. Bursae pastoris fluidi 30,0

DS. По 30 капель 2—3 раза в день

Калина

Rp. Extr. Viburni prunifolii fl. 30,0

DS. По 20—30 капель 2—3 раза в день

Маммофизин (Mammophysinum) — смесь экстракта задней доли гипофиза и молочной железы лактирующих коров.

Rp. Mammophysini 1,0

D. t. d. N. 6 in ampul.

S. По 0,5—1 мл для внутримышечной инъекции 1 раз в день

Rp. Pituitrini P 1,0
D. t. d. N. 6 in ampul.
S. По 1 мл для подкожных инъекций 1—2 раза в день

Rp. Pituitrini M 1,0
D. t. d. N. 6 in ampul.
S. По 1 мл внутримышечно

Rp. Pregnantoli 0,02
D. t. d. N. 12 in tabul.
S. По 1 таблетке 3—4 раза в день после приема пищи

Rp. Sol. Calcii chlorati 10% 10,0
D. t. d. N. 6 in ampul.
S. Для внутривенных инъекций по 5—10 мл

Rp. Sol. Calcii gluconici 10% 10,0
D. t. d. N. 6 in ampul.
S. Для внутривенной (или внутримышечной) инъекции по 5—10 мл

Отличается значительно меньшим местным раздражающим действием по сравнению с хлористым кальцием и может быть введен только внутривенно, но и внутримышечно и подкожно.

Эрготамин (Чехословакия). Виннокаменный эрготамин — 0,5 мг в 1 мл.

Показания. Атония матки, послеродовые кровотечения, субинволюция матки.

Rp. Ergotamini 1,0
D. t. d. N. 10 in ampul.
S. По 1 мл для подкожной и внутримышечной инъекций

Эрготал (Ergotalum). Препарат, содержащий сумму алкалоидов спорыньи в виде фосфатов.

Rp. Sol. Ergotali 0,05% 1,0
D. t. d. N. 6 in ampul.
S. По 0,5—1 мл под кожу 1 раз в день

Rp. Tabulettae Ergotali 0,001 (1 мг)
D. t. d. N. 12
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Неогинофорт (Венгрия) (Neogynofort). Препарат, содержащий виннокаменный эрготамин и масляный эргометрин. Эргометрин — алкалоид спорыньи, вызывающий длительное, неритмическое сокращение матки, быстрее, чем эрготамин, но на более короткое время.

Показания. Гипотоническое послеродовое кровотечение, субинволюция матки. **Противопоказания** — беременность.

Выпускается в ампулах по 1 мл или в растворе по 10 мл. Вводится внутримышечно по 0,5—1 мл, внутрь по 10—15 капель.

Rp. Neogynofort 1,0
D. t. d. N. 6 in ampul.
S. Для внутримышечных инъекций по 0,5—1 мл

Гинофорт (Венгрия) (Gynofort). Препарат содержит виннокаменный эрготамин.

Показания те же, что и для неогинофорта.

Выпускается в ампулах по 1 мл (в коробке 5 или 50 ампул) или в растворе по 10 мл. Применяется для внутримышечных инъекций в дозе 0,5—1 мл, в растворе по 10—15 капель на прием.

Rp. Gynofort 1,0
D. t. d. N. 6 in ampul.
S. Для внутримышечных инъекций по 0,5—1 мл

Окситоцин синтетический (Венгрия) (Oxytocinum syntheticum). Препарат свободен от вазопрессина, пептидов и других примесей. Показания, как для пиутрина М.

Выпускается в ампулах по 1 мл (5 ЕД) в коробках по 10 или 50 ампул. Вводится 1 мл (5 ЕД) внутримышечной, внутривенно, подкожно.

Rp. Oxytocini synthetici 1,0
D. t. d. N. 10 in ampul.
S. По 1 мл для инъекций

Для внутривенного капельного введения 1 ампула (5 ЕД) разводится в 500 мл 5% раствора глюкозы (по 10—50 капель в 1 мин.).

Изоверин (Isoverinum). Препарат снижает артериальное давление, повышает тонус и усиливает сокращение мускулатуры матки, повышает чувствительность матки к питуитрину.

Показания. Гипотония матки, слабость родовой деятельности.

Rp. Sol. Isoverini 5% 1,0
D. t. d. N. 6 in ampul.
S. По 1 мл внутримышечно

СРЕДСТВА ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ, СПАЗМОЛИТИЧЕСКИЕ, АНАЛЬГЕЗИРУЮЩИЕ И ХОЛИНОЛИТИЧЕСКИЕ

Rp. Sol. Morphini hydrochlorici 1% 1,0
D. t. d. N. 6 in ampul.
S. Для подкожных инъекций по 1 мл

Rp. Sol. Omnoponi 2% 1,0
D. t. d. N. 6 in ampul.
S. Для подкожных инъекций по 1 мл

Показания. Бурная родовая деятельность, резкие болевые ощущения во время родов.

Действие морфина (омнофона) усиливается при одновременном введении сернокислого магния.

Rp. Sol. Magnesium sulfurici 25% 20,0

D. t. d. N. 6 in ampul.

S. Для внутримышечных инъекций 20 мл (с 1 мл раствора морфина или омнопона) 4—5 раз в сутки при тяжелой нефропатии, преэклампсии

Rp. Extr. Belladonnae 0,03

Omnoponi 0,02

Pyramidoni 0,3

Butyri cacao 1,5

M. f. suppos. D. t. d. N. 6

S. По 1 свече при болях в начале периода раскрытия (однократно)

Rp. Sol. Magnesium sulfurici 25% 5,0

D. t. d. N. 6 in ampul.

S. Для обезболивания родов по 2 мл внутримышечно

Rp. Sol. Promedoli 2% 1,0

D. t. d. N. 6 in ampul.

S. По 1—1,5 мл подкожно. Для обезболивания родов

Препарат обладает не только болеутоляющим, но и спазмолитическим действием.

Rp. Sol. Novocaini 0,5% 60,0

Sterilisetur

DS. Для инъекций в шейку матки

Rp. Extr. Belladonnae 0,03

Butyri cacao 1,5

M. f. suppositorii D. t. d. N. 6

S. По 1 свече 1—2 раза в день (при болях)

Rp. Pyramidoni 0,25

D. t. d. N. 6 in tabul.

S. По 1 таблетке 3—4 раза в день (при болях)

Rp. Analgini 0,5

D. t. d. N. 10 in tabul.

S. По 1 таблетке 2—3 раза в день (противовоспалительное, при болях)

Rp. Extr. Belladonnae

Novocaini aa 0,015

Anaesthesini 0,3

Sol. Adrenalini hydrochlorici 1:1000 gtt. II

M. f. suppositorii D. t. d. N. 6

S. По 1 свече 2 раза в день (при геморрое)

Апрофен (Aprophenum). Препарат сильного спазмолитического и слабого анальгетического действия.

Показания. Для ускорения раскрытия шейки матки в родах.

Rp. Sol. Apropheni 1% 1,0

D. t. d. N. 6 in ampul.

S. По 0,5—1 мл в мышцы или в толщу шейки матки

ГИПОТЕНЗИВНЫЕ СРЕДСТВА. Дибазол (Dibasolum). Показания. Гипертоническая болезнь, стенокардия.

Разовая доза 0,02—0,05 г, высшая суточная доза 0,15 г (150 мг).

Rp. Sol. Dibasoli 1% 1,0

D. t. d. N. 6 in ampul.

S. По 1—2 мл внутримышечно

Резерпин (Reserpinum). Показания. Гипертоническая болезнь, поздние токсикозы беременности.

Rp. Reserpini 0,0001 (0,1 мг)

D. t. d. N. 10 in ampul.

S. По 1 таблетке 2—3 раза в день после еды

Эуфиллин (Euphyllinum). Показания. Стенокардия, заболевания сердечно-сосудистой системы с застойными явлениями, гипертоническая болезнь.

Rp. Euphyllini 0,15

D. t. d. N. 15 in tabul.

S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Пустырник (Herba Leonuri). Показания. Повышенная нервная возбудимость, поздний токсикоз беременности, ранняя стадия гипертонической болезни.

Rp. T-rae Leonuri 30,0

DS. По 30—40 каплей 3—4 раза в день

НЕЙРОПЛЕГИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА, ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ.
Аминазин (Aminazinum). Снижает артериальное давление, действует спазмолитически.

Показания. Ранние токсикозы беременности, нефропатия, преэклампсия, эклампсия.

Противопоказания. Заболевания печени, почек, нарушения кроветворения, коматозное состояние, выраженный атеросклероз.

Медицинский персонал должен соблюдать меры предосторожности, исключающие попадание порошка и раствора аминазина на кожу и слизистые оболочки: надевать резиновые перчатки, маску на лицо, специальный халат, применять специальный шприц.

Разовая доза 25—50 мг, суточная доза от 75 до 150 мг.

Rp. Sol. Aminazini 0,5% 5,0

D. t. d. N. 6 in ampul.

S. Для внутримышечной инъекции развести в 5 мл 0,5% раствора новокаина

Rp. Sol. Aminasini 2,5% 1—2 мл

D. t. d. N. 6 in ampul.

S. Для внутримышечных инъекций 1—2 мл. Развести в 4—5 мл 0,5% раствора новокаина

Андаксин (Andaxinum). Оказывает успокаивающее влияние на центральную нервную систему, усиливает действие спазмолитиков, обладает выраженной прогивосудорожной активностью.

Показания. Предменструальный синдром, диэнцефальный синдром. Побочные явления — изредка крапивница.

Rp. Andaxini 0,2

D. t. d. N. 20 in tabul.

S. По 1 таблетке 3 раза в день

Триоксазин (трифеноксазин). Показания те же, что и для андаксина.

Rp. Trioxazin 0,3

D. t. d. N. 12 in tabul.

S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

ПРОТИВОАНЕМИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА. Железо восстановленное (Ferrum reductum) Показания — постгеморрагическая анемия.

Rp. Ferri reducti 1,0

D. t. d. N. 30 in oblat.

S. Принимать по 1 облатке перед едой вместе с разведенной соляной кислотой (20 капель в $\frac{1}{4}$ стакана воды) в возрастающих дозах — от 3 до 6—8 г в сутки

Rp. Campoloni 2,0

D. t. d. N. 12 in ampul.

S. По 2 мл внутримышечно 1 раз в день

На курс лечения 20—60 инъекций. Для уменьшения болезненности одновременно с камполоном в шприц набирают 1 мл 1% раствора новокаина.

Антианемин (Antianaeminum). Препарат из печени крупного рогатого скота с прибавлением кобальта.

Показания. Злокачественное малокровие, гемолитическая анемия, макроцитарная анемия.

Rp. Antianaemini 2,0

D. t. d. N. 6 in ampul.

S. По 2—4 мл внутримышечно

ПРОТИВОМИКРОБНЫЕ, ПРОТИВОПАЗИТАРНЫЕ, ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА. Осарсол (Osarsolum) содержит около 27% мышьяка.

Показания. Трихомоназ мочеполовых путей.

Противопоказания: заболевание почек, болезни сердца, диабет.

В процессе лечения необходимо следить за состоянием почек (анализы мочи) и слизистых оболочек полости рта.

Rp. Osarsoli

Acidi borici aa 0,25

M. f. p. D. t. d. N. 20

S. 1 порошок распыляется на стенку влагалища и шейку матки

Метронидазол (Metronidasolum), или флагил (Flagyl), применяется одновременно для лечения женщины и мужчины.

Назначают внутрь по 0,25 г 2 раза в день в течение 7—10 дней, иногда на первые 3—4 дня по 0,25 г 3 раза в день. Общая доза на курс лечения для взрослых 5 г. Курс лечения можно повторить.

Обычно трихомонады исчезают из уретры в 1-е сутки, из влагалища — на 2-е сутки.

Противопоказания. При беременности (проходит через плацентарный барьер), нарушении кроветворения, активных заболеваниях центральной нервной системы.

При лечении метронидазолом иногда наблюдается избыточное развитие грибковой флоры влагалища (кандидамикоз), что требует назначения противогрибковых препаратов (нистатин). Нистатин применяется в таблетках по 250 000 ЕД 3 раза в день в течение 10 дней.

Аминитрозол (Польша). Перорально 3 раза в день по 100 мг в течение 10 дней. Курс лечения можно провести в течение 6 дней. Ежедневно по 600 мг препарата в день (разделенных на равные части). Одновременно лечение мужа по той же схеме.

Во время лечения не следует иметь половых сношений, нельзя употреблять спиртные напитки. При продолжительном, повторном применении необходимо исследование крови.

Осарбон (Польша). Один глобул — суппозиторий вводить на ночь во влагалище. Курс лечения 7—10 дней.

Осарцид (Польша). Один глобул — суппозиторий вводить на ночь во влагалище. Курс лечения 7—10 дней.

Показания. Трихомониаз мочеполовых путей у девочек.

Rp. Osarsoli

Ac. borici aa 0,12

Laevomycesini 0,1

Glycosae 0,2

Butyri cacao q. s.

Ut f. bacillis N. 20

S. По 1 палочке во влагалище

Rp. Natrii Hyposulfurosi 0,5

Ac. borici 0,5

But. cacao 1,0

M. f. bacillis, D. t. d. N. 10

S. По 1 палочке во влагалище

Rp. Sol. Natrii Hyposulfurosi 10% 200,0

Sterilis

DS. Вводить по 20,0 в мочевою пузырь и в прямую кишку

Rp. Sol. Ac. borici 3% 200,0

Sterilis.

DS. Вводить по 20,0 в мочево́й пузырь и в прямую кишку

Этазол (Aethasolum). Сульфамидный препарат широкого спектра действия.

Rp. Aethasoli 0,5

D. t. d. N. 12 in tabul.

S. По 1 таблетке 4—6 раз в день

Норсульфазол (Norsulfasolum) (синоним — сульфатиазол). Применяется при гонорее. Всего на курс лечения 25 г.

При назначении сульфаниламидов нельзя применять средства, содержащие серу. Надо систематически производить исследования мочи.

Рекомендуется обильное питье, щелочи. При появлении осложнений следует назначить витамин PP, при отсутствии эффекта прекратить прием сульфаниламидов.

Rp. Norsulfazoli (Sulfathiazoli) 0,5

D. t. d. N. 10 in tabul.

S. По 2 таблетки на прием

Сульфадимезин (Sulfadimezinum). При гонорее дозировка та же, что и норсульфазола.

Возможные осложнения: тошнота, рвота, гематурия, изменения крови.

Rp. Sulfodimezini 0,5

D. t. d. N. 10 in tabul.

S. По 2 таблетки на прием

Уросульфам (Urosulfanum).

Показания. Пиелит, цистит, пиелонефрит, вызванный стафилококком, кишечной палочкой.

Rp. Urosulfani 0,5

D. t. d. N. 12 in tabul.

S. По 1 таблетке 4 раза в день

Протаргол (Protargolum).

Rp. Sol. Protargoli 1—2% 20,0

DS. Для инстилляции в уретру

Rp. Sol. Protargoli 3—5% 100,0

DS. Для влагалищных ванночек, клизм (по 10 мл)

Серебро азотнокислое (Argentum nitricum). **Показания.** Профилактика офтальмобленорей, подострый, хронический гонорейный уретрит, хронический гонорейный проктит.

Rp. Sol. Argenti nitrici 2% 5,0

D. in vitro nigro

S. Глазные капли. По 1 капле в каждый глаз новорожденному (тщательно проверить концентрацию!)

Rp. Sol. Argenti nitrici 0,25% 20,0

D. in vitro nigro

S. Для инстилляций в уретру при подостром уретрите

Колларгол (Collargolum).

Rp. Sol. Collargoli 3—5% 50,0

DS. По 10 мл для клизм (при проктите)

Сульфацил (синоним Albucid). Показания. Пиелит, цистит.

Rp. Sulfacili 0,5

D. t. d. N. 12 in tabul.

S. По 1 таблетке 3—5 раз в день

Уротропин (Urotropinum). Показания. Пиелит, цистит.

Rp. Sol. Urotropini 40% 10,0

D. t. d. N. 6 in ampul.

S. Для внутривенных инъекций по 5—10 мл

Резорцин (Resorcinum). Показания. Кожные заболевания.

Rp. Resorcini

Acidi borici aa 15,0

MDS. Присыпка (при остроконечных кондиломах)

Фурацилин (Furacilinum). Антисептическое средство, действующее на различных грамположительных и грамотрицательных микробов. Показания. Послеродовые язвы, трещины сосков, эрозия шейки матки.

Применяется в виде примочек, тампонов с раствором 1 : 5000.

Rp. Sol. Furacilini 0,02% 500,0

DS. Для наружного употребления (промываний)

МОЧЕГОННЫЕ СРЕДСТВА. Гипотиазид (Hypothiazidum). Мочегонные из группы сульфамидных препаратов.

Показания. Отеки при сердечной недостаточности, циррозе печени, токсикозах беременности, гипертонии. Препарат усиливает выделение калия, поэтому рекомендуется в процессе лечения проверять уровень электролитов, в первую очередь калия в крови.

Rp. Hypothiazidi 0,025

D. t. d. N. 20 in tabul.

S. По 1—2 таблетки в день

СРЕДСТВА ДЛЯ СПРИНЦЕВАНИЯ. Антимикробные.

Rp. Sol. Kalii hypermanganici 2% 200,0

DS. 1 столовая ложка на 5 стаканов теплой кипяченой воды температуры 38°. Для спринцеваний

Rp. Sol. Formalini 10% 200,0

DS. 1 столовая ложка на 5 стаканов кипяченой воды температуры 38°. Для спринцеваний

Rp. Acidi lactici 100,0

DS. 1 чайная ложка на 5 стаканов кипяченой воды температуры 38°. Для спринцеваний

ЩЕЛОЧНЫЕ, ВЯЖУЩИЕ СРЕДСТВА.

Rp. Zinci sulfurici

Aluminis usti aa 50,0

MDS. 1 чайная ложка на 5 стаканов кипяченой воды температуры 38°. Для спринцеваний

Rp. Natrii carbonici 50,0

DS. 1 чайная ложка на 5 стаканов кипяченой воды температуры 38°. Для спринцеваний

Rp. Natrii bicarbonici 100,0

DS. 1 столовая ложка на 5 стаканов кипяченой воды температуры 38°. Для спринцеваний

Rp. Infusi Florum Chamomillae vulgaris 10% 200,0

DS. 2 столовые ложки на 5 стаканов кипяченой воды температуры 38°. Для спринцеваний

Rp. Decocti Quercus aluminati 200,0

DS. 1 столовая ложка на 5 стаканов кипяченой воды температуры 38°. Для спринцеваний

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

- Аборт(ы) законодательство 478
 — предупреждение 11
 — экспертиза судебно-медицинская 468
 См. также *Выкидыш* 55
 Абсцесс заднего маточного пространства 245
 — легких, беременность при нем 109
 Авитаминозы при беременности 98
 Агедонизм 327
 Аговирин 509
 Аголютин 508
 Агофиллин 507
 Аддисонова болезнь и беременность 170
 Adnexitum см. *Аднексит* 246
 Аднексит острый 245
 — хронический 246
 См. также *Оофорит гонорейный* 257
 Адреногенитальный синдром врожденный 381
 Азот остаточный и его компоненты в сыворотке крови 77
 Акрофоллин 507
 Акушерка, работа на здравпункте 17
 Акушерская помощь вне родовспомогательного учреждения, необходимые предметы для ее оказания 223
 Акушерско-гинекологическая судебно-медицинская экспертиза 467
 Акушерско-гинекологическое обслуживание работниц промышленных предприятий 16
 Актиномикоз 247
 Алименты на детей 479
 Альгодисменорея вторичная 369
 — лечение физическими методами 407
 См. также *Дисменорея* 268
 Альфельда метод внутриутробного измерения длины плода 36
 Аменорея 306
 — девочек вторичная 370
 — — первичная 370
 — классификация 307
 — лечение физическими методами 407
 — периферическая, гипоаменорея 313
 — — маточная вторичная 311
 — — — первичная 311
 — — олигоменорея 313
 — — при гиперплазии коры надпочечников 319
 — — заболелваниях поджелудочной железы 313
 — — — щитовидной железы 312
 — — — опухолях коры надпочечников 312
 — — синдроме Штейна — Левенталя 314
 — — яичниковая вторичная 310
 — — — первичная 309
- Амниорея центральная при заболелвании гипофиза 308
 — — — — — дэнцефальной системы 308
 — — — — — коры головного мозга 307
 Аминазин 516
 Аминитрозол 518
 Анальгезирующие средства 514
 Ангина флегмонозная и беременность 112
 — фолликулярная и беременность 112
 Андаксин 517
 Анемия гемолитическая и беременность 129
 — железодефицитная и беременность 129
 — пернициозная и беременность 128
 Анкилостомидозы и беременность 102
 Антианемин 517
 Антибиотики 497
 Anus vaginalis 249
 — vestibularis 249
 Анурия 398
 Апатико-абулический синдром при беременности 153
 Апоплексия яичника 249
 Аппендицит, беременность при нем 97
 Аппликации грязевые, брюшно-пояснично-крестцовая методика 414
 — — на молочной железе 414
 — озокеритовые 415
 — парафиновые 415
 Апрофен 515
 Артериальное давление среднее 457
 Аскаридоз и беременность 103
 Астенический синдром при беременности 153
 Астено-динамический синдром при беременности 153
 Астма бронхиальная и беременность 109
 Асфиксия плода, оживление 220
 Ашгейма — Цондека реакция 434
 Афибриногенемия при переносности 127
- Базедова болезнь и беременность 170
 Бальнеолечение, выбор сезона 431
 Бандаж 26
 Бартолинит 251
 — гонорейный 256
 — лечение физическими методами 407
 — трихомонадный 342
 Бартолиновы железы, отделяемое, исследование 436
 Бели 251
 — у девочек 371
 — — физиологические 371
 Беременность, апатико-абулический синдром при ней 153
 — астенический синдром при ней 153

- Беременность, астено-адинамический синдром при ней 153
 — внеамниальная 49
 — внеамниоточная см. *Внеамниоточная беременность* 50
 — водолечебные процедуры 413
 — гипоксия при ней 101
 — глюкозурия при ней 101
 — депрессивный синдром при ней 154
 — диагностика 22, 434
 — и аддисонова болезнь 170
 — абсцесс легких 109
 — аппендицит 97
 — базедова болезнь 170
 — Боткина болезнь 113
 — бронхиальная астма 109
 — бруцеллез 114
 — брюшной тиф 122
 — варикозное расширение вен 97
 — геморрой 98
 — гепатит 150
 — гипертоническая болезнь 160
 — гиповитаминозы 98—101
 — гипотиреозидизм 170
 — гипотония артериальная 162
 — глистная инвазия 102
 — грыжи 102
 — диабет сахарный 171
 — дизентерия 116
 — дифтерия 116
 — дизцефальная патология 140
 — желчно-каменная болезнь 151
 — заболевания зубов 112
 — — крови 126
 — — нервной системы 140
 — — мочевых органов 135
 — — органа зрения 111
 — — печени 150
 — — сердечно-сосудистой системы 160
 — — эндокринных органов 170
 — — инфекционные заболевания 112
 — корь 117
 — краснуха 117
 — кровоизлияния в мозг 140
 — — субарахноидальные 141
 — лейшманиоз висцеральный 118
 — листериоз 118
 — малярия 119
 — менингит гнойный 142
 — — туберкулезный 142
 — менинго-энцефалит 143
 — миастения 143
 — миелит 143
 — миокардиодистрофия 163
 — миокардит 165
 — миома матки 133
 — миопатия 144
 — неврит зрительного нерва 144
 — — лицевого нерва 144
 — — травматический 145
 — нефрит острый 135
 — — хронический 136
 — ожирение 174
 — опухоли головного мозга 145
 — орнитоз 120
 — панкреатит 150
 — паратифы 120
 — паротит эпидемический 121
 — пиелит 137
 — пневмония гриппозная 110
 — — крупозная 110
- Беременность и полиневрит 146
 — — полиомиелит 146
 — — полипы шейки матки 151
 — — пороки сердца 164
 — — почечная недостаточность острая 138
 — — почечнокаменная болезнь 138
 — — психические заболевания 152
 — — психомоторное возбуждение 152
 — — радикулит пояснично-крестцовый 147
 — — рак шейки матки 159
 — — ревматизм острый 159
 — — сифилис 166
 — — столбняк 121
 — — тиреотоксикоз 175
 — — токсикоинфекция 122
 — — токсоплазмоз 123
 — — трихомоноз 166
 — — тромбоз мозговых артерий 147
 — — туберкулез глаз 168
 — — — гортани 169
 — — — легких 167
 — — — почек 169
 — — туляремия 124
 — — холецистит 151
 — — хорея 148
 — — цистит 139
 — — шизофрения 157
 — — эмболия мозговых сосудов 149
 — — эпилепсия 149, 157
 — — эрозии шейки матки 175
 — — язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки 176
 — кататонический синдром при ней 155
 — лечебная физкультура при ней 413
 — оглушенности синдром при ней 155
 — патологическая 49
 — переносимая 53
 — перерыв поперечника спинного мозга при ней 145
 — после кесарева сечения 95
 — — травмы матки 95
 — предупреждение см. *Контракция* 209
 — физиологический метод Кнау-са и Огино 207
 — прерывание при туберкулезе, показания 170
 — при патологических состояниях организма 97
 — признаки 22, 23
 — продолжительность 22
 — — в зависимости от степени и фазы ожирения 174
 — сроки, определение 22, 37, 38
 — — — методика Жордана 38
 — — — Рудакова 38
 — — — схема Шейнберга 40
 — — — 32-недельной 40, 41
 — — — формула Скульского 38
 — токсикозы поздние, лечение комплексное дифференцированное по И. П. Иванову 88
 — — профилактика 94
 — — цисталгия при ней 139
 — — шеечная 54
 — ультрафиолетовые облучения во время нее 413

- Беременность, физиология 21
- физиопрофилактика 413
- экспертиза 470
- — — определение срока 471
- Беременные, бандаж 26
- гонорея, лечение 267
- госпитализация 10
- взвешивание 26
- иммунизация стафилококковым анатоксином 10
- исследование наружное 27
- коматозные состояния, дифференциальная диагностика 80
- кровь, содержание железа, меди, цинка, кобальта и никеля 47
- лекции и беседы с ними, примерная тематика 18
- лечебная физкультура 182—187
- льготы 490
- обслуживание в женской консультации 7
- отски, дифференциальная диагностика водянки, нефрита и пороков сердца 70—76
- патронаж 9
- питание 43
- — режим 49
- помощь на дому 10
- психопрофилактическая подготовка к родам 177
- судорожные состояния, дифференциальная диагностика 80
- туберкулезные, показания к направлению в специальное отделение родильного дома 169
- уход за молочными железами 27
- физическая подготовка 9
- Биопсия 443
- Бициллин 498
- Бленнорея, профилактика 219
- Близорукость высокая степень при беременности 111
- Болезнь Верльгофа см. *Пурпура тромбоцитопеническая* 130
- Боли 252
- воспалительные 252
- иррадиирующие 253
- механические 252
- неврогенные 253
- при новообразованиях 253
- Боткина болезнь и беременности 113
- Брак бесплодный 358
- законодательство 479
- — изменения 491
- Бруцеллез 253
- и беременность 114
- Брюшная стенка после родов 225
- Бесплодие женское 358
- — — лечение 365
- — — гидротубация 365
- — — гормональное 365
- — — физическими методами 407
- — — хирургическое 367
- — — причины 358
- — — аборт 358
- — — аденомиоз 358
- — — аппендицит 358
- — — биологическая несовместимость 359
- — — влагалищная среда 359
- Бесплодие женское, причины, воспалительные заболевания 359
- — — гонорея 359
- — — гормональные расстройства 359
- — — инфантилизм 359
- — — инфекция 359
- — — опухоли 359
- мужское, лечение 368
- — причины 360
- Вагинизм 254
- Вагинит гонорейный 256
- лечение физическими методами 408
- — трихомонадный 342
- См. также *Кольпит* 280
- Вагиноскопия у девочек 396
- «Ванночки» влагалищные 443
- Ванны Гауффе (ножные) 416
- общие 416
- суховоздушные (*Линдемана*) 416
- тазовые сидячие 416
- — электросветовые 416
- Варикозные расширения вен и беременность 97
- Венозное давление 458
- Височное давление 458
- Витамины в питании беременных 43
- Влагалище, аплазия 249
- — у девочек 370
- атрезия 250
- — у девочек 370
- выпадение 322
- дифтерия 383
- опущение 322
- отделяемое, исследование 436
- девочка, инородные тела 383
- после родов 225
- разрыв 216
- рак см. *Рак влагалища* 332
- циклические изменения при менструальном цикле 303
- Влагалищный мазок, окраска 439
- — реакции клеточные 440
- — типы клеток 439
- — цитология 439
- — чистота 440
- Влагалищные шарики 206
- Внематочная беременность 50
- — брюшная 52
- — заматочная кровяная опухоль 53
- — разрыв трубы при ней 50
- — трубная, выкидыш 51
- Водянка беременных 68
- Водолечение во время беременности 413
- Возбуждение психомоторное при беременности 152
- Вульва, гематома 254
- зуд 268
- кондиломы острые 281
- крауроз 281
- лейкоплакия 289
- рак см. *Рак вульвы* 331
- Вульвит, лечение физическими методами 409
- трихомонадный 342
- Вульвовагиниты девочек 372
- — микотические 373

Вульвовагиниты девочек негонорей-
 ные 372
 — — неинфекционные 375
 — — неясной этиологии 372
 — — трихомонадные 374
 — — лечение физическими методами 409
Выкидыш в ходу 55
 — инфицированный 56
 — лечение 59
 — — комплексное гормональное 58
 — начинающийся 54
 — неполный 55, 56
 — несостоявшийся 55
 — привычный 57
 — трубный 50
 — угрожающий 54
 — шеечный 60
Вяжущие средства 521
Галли-Майнини реакция спермато-
 зойдная 434
Галлюцинаторно-параноидный
 синдром при беременности 154
Гематома вульвы 254
Гауффе ванны (ножные) 416
Гематометра 255
Гематосальпинкс 255
Геморрой и беременность 98
Гепатит и беременность 150
Гермагофродитизм 380
 — истинный 380
 — ложный, женский 381
 — — вызванный опухолью над-
 почечников 382
 — эксперзита 414
Гестозы см. *Токсикозы беременно-*
сти 64
Гидроррея 60
Гидротубация 444
Гинекологическая помощь, органи-
зация 11
Гинекологические больные, госпи-
тализация 13
 — — диспансерное обслуживание 13
 — осмотры профилактические 14
Гинекология детская 369
Гингивит при беременности 112
 — — гипертрофический 112
Гинофорт 514
Гипертоническая болезнь при бере-
 менности 160
Гипертония и климакс 278
Гиповитаминоз А 98
 — В₁ 99
 — В₂ 99
 — В₆ 99
 — В₁₂ 99
 — С 100
 — D 100
 — Е 100
 — К 100
Гипогалактия 230
 — лечение физическими методами
 413
Гипоксия при беременности 101
Гипоменорея, лечение физическими
 методами 407
Гипотензивные средства 516
Гипотназид 520
Гипотиреонидизм при беременности
 170
Гипотония артериальная при бере-
 менности 162

Гипофибриногенемия при беремен-
 ности 127
Гипофиза гормоны 509
 — заболевания, аменорея при них
 308
 — циклические изменения при
 менструальном цикле 303
Гистеросальпингография 444
Глистная инвазия и беременность
 102
Глюкозурия при беременности 101
Гонады, дисгенезия 394
Гонококки, исследование, мазки
Гонорея 255
 — бартолинит 256
 — беременных, лечение 267
 — бесплодие при ней 359
 — вагинит 256
 — девочка 377
 — — лечение местное 379
 — излеченность, критерий ес 267
 — лечение антибиотиками, мето-
 дика 261
 — — местное нижнего отдела мо-
 чеполового тракта 264
 — оофорит 257
 — парауретрит 257
 — пельвиперитонит 257
 — проктит 257
 — сальпингит 258
 — уретрит 258
 — эндометрит 259
Гормон(ы) (препараты) 504
 — адренокортикоидный 510
 — гипофизарные 509
 — гонадотропные 509
 — коры надпочечников 510
 — половые женские 504
 — — мужские 508
Граммидин С 498
Граммидиновая паста 205
Грязевые аппликации, брюшно-по-
 яснично крестцовая методика 414
 — — из молочные железы 414
 — тампоны влагалищные 426
Грязелечение, выбор сезона 431
Грыжи при беременности 102
Гунера—Шуварского проба иссле-
 дования спермы 363

Давление артериальное 457
 — венозное 458
 — височное 458
Дарсонвализация 419
 — общая 419
Девственная плева, атрезия у де-
 вочек 371
 — — дефлорация, давность ее 473
 — — исследование, методика 472
 — — разрывы 473
 — — формы 472
Девственность, установление 472
Дезоксикортикостеронацетат 512
Депрессивный синдром при бере-
 менности 154
Дерматозы 64
Дермографизм белый 463
 — возвышенный 463
 — красный 463
 — рефлекторный 463
Дети, алименты на них 479

- Дети, регистрация рождения в органах ЗАГС 492
 Дефлорация, давность, определение 473
 Диабет сахарный и беременность 171
 Дибазол 516
 Диагностические манипуляции 443
 Диатермия брюшно-пояснично-крестцовая 417
 — влагалищно-брюшная 417
 — влагалищно-брюшно-пояснично-крестцовая 418
 — влагалищно-пояснично-крестцовая 417
 — маммарно-солярная 418
 Диатермокоагуляция 446
 Диатермоконизация 447
 Дизентерия и беременность 116
 Димэстрол 506
 Дисменорея 268
 Дифиллоботриоз и беременность 104
 Дифтерия влагалища 383
 — и беременность 116
 Дизэнцефальная область, заболевания, аменорея при них 308
 — — патология при беременности 140
 Диэтилстильбэстрол 505
 Диэтилстильбэстрол-пропионат 505
 Дубинчика метод определения качества спермы 362
 Души 418
 Евнухоидизм гипофизарный 393
 Железо в питании беременных 46
 — восстановленное 517
 — содержание в крови небеременных женщин и рожениц 47
 Желтая дистрофия печени 65
 Желчнокаменная болезнь при беременности 151
 Женские болезни 245
 — — лечение куротными факторами 407
 — — — физическими методами 407
 Задний свод, пункция 456
 Заземление, предохраняющие мероприятия 429
 Законодательные акты по охране здоровья и прав женщины 478
 Занос пузырный 61
 Заработная плата, сохранение за женщинами, переведенными на другую работу в связи с кормлением ребенка 493
 Здравпункт, работа акушерки 17
 Зачатие 21
 Зубы, заболевания при беременности 112
 Зуд вульвы 268
 Изнасилование 476
 Изоверген 514
 Импульсные электротокки 419
 Ингеллс и Николаева календарь потенциальных аномалий развития человека 241
 Индуктотермия 420
 — области надплечий 420
 — — малого таза 420
 — солнечного сплетения 420
 Инородные тела во влагалище девочек 383
 Инфантилизм, бесплодие женщин 359
 — половой 269
 Инфекционные заболевания при беременности 112
 Исследования, функциональные методы 443
 Истерия 81
 Ишурия при беременности 135
 Календарь для определения сроков родового и послеродового отпуска 41
 — потенциальных аномалий развития человека (по Т. Г. Ингеллс и Н. М. Николаеву) 241
 Калина 512
 Кальций в питании беременных 46
 Кандидоз 124
 Капилляроскопия 459
 — у беременных 460
 Капилляры, проницаемость 462
 Кариез неосложненный и беременность 112
 — осложненный и беременность 112
 Карциносаркома матки 269
 Кататонический синдром при беременности 155
 Катетеризация мочевого пузыря 447
 Кесарево сечение, беременность после него 95
 Киари — Фроммеля синдром 237
 Кистомы яичников 271
 — — серозно-папиллярные 271
 — — у девочек 389
 Кисты бартолиновой железы см. Бартолинит 251
 — желтого тела 270
 — яичников 270
 — — паровариальные 270
 — — перекручивание ножки 272
 — — ретенционные у девочек 389
 — — текалютеиновые 270
 — — тубовариальные 270
 — — фолликулярные 270
 Кишечная непроходимость 125
 Климакс 274
 — и гипертония 278
 — — недержание мочи 279
 — — тиреотоксикоз 278
 — — искусственный 279
 — — патологический 274
 — — лечение 275
 — — — витаминами 276
 — — — гормонами 277
 — — — психотерапевтическое 275
 — — — седативное 275
 — — ранний 279
 Клитор, разрыв 216
 Кнауса метод предупреждения беременности 207
 Кобальт в питании беременных 46
 — содержание в крови небеременных и рожениц 47
 Колларгол 520
 Колпачки Кафка 201
 — КР 203
 Кольпит 280
 — аллергический 281
 — старческий 280

Кольпит эмфизематозный 281
 См. также *Вагинит* 256
 Кольпоскопия 447
 Кома гипогликемическая 84
 — — дифференциальная диагностика с диабетической комой 172
 — — диабетическая 83
 — — дифференциальная диагностика с гипогликемической комой 172
 — печеночная 86
 — уремическая 85
 Комната личной гигиены женщины 17, 495
 Компрессы 425
 — согревающие соляные по Сепу 425
 Кондиломы вульвы острые 281
 Консультации женская, обслуживание беременных 7
 — — организация работы 5
 — — прием женщин 7
 — — работа врачей 6
 — — связь с другими медицинскими учреждениями 6
 — — специализированные приемы 16
 — — структура 5
 Контрацепция 205
 — биологическая 209
 Кортизон 510
 Кортин 511
 Корь и беременность 117
 Краснуха и беременность 117
 Крауроз вульвы 281
 Кровоизлияния в мозг 82
 Кровоостанавливающие средства 512
 Кровотечения викарирующие 282
 — маточные 283, 410
 — — дисфункциональные 283
 — — — ациклические 284
 — — — циклические 283
 — — лечение 410
 — — метрорпатия геморрагическая 285
 — — при склерозных яичниках 283
 — межменструальные 282
 — — послеродовые поздние 231
 — — — вследствие задержки частей детского места 232
 — — — инфекция внутренней поверхности матки 232
 — — — проявление септицемии 232
 — ювенильные 384
 Кровь, заболевания при беременности 126
 — — реузотрицательная, несовместимость между матерью и плодом по различным системам крови 131
 — — свертывание при беременности 127
 Кувелера синдром 232
 Кульдоскопия 448
 Курортные факторы, лечебное применение 430
 — — терапевтическое действие 432
 Курорты 432
 — бальнеологические 432
 — грязевые и с крепкими хлоридно-натриевыми водами 432
 — климатические 432
 — с сероводородными водами 432

Курорты с термальными водами 432
 КУФ — облучение трещин сосков 428
 Лабораторные методы исследования 434
 Лапароскопия 449
 Лейкоз острый при беременности 130
 Лейкоплакия вульвы 289
 Лейкопоз при беременности 126
 Лейшманиоз висцеральный при беременности 118
 Лекарственные вещества, применяемые в акушерстве и гинекологии, 497
 Лечебная физкультура беременных 182, 413
 — — — комплекс упражнений на II—III месяце 183
 — — — — — на V—VI месяце 185
 — — — — — на VIII—IX месяце 187
 — — после родов 189
 — — — — — на 2-й неделе 190
 — — — — — 3—4-й неделе 192
 — — — — — дому 189
 — — при функциональном недержании мочи 194, 195
 — — родильниц 187
 См. также *Физические упражнения* 197, 199
 Лечебные манипуляции 443
 Линдемана ванны (суховоздушные) 416
 Лисовской реакция на антиген 438
 Лисовской—Фейгеля реакция 438
 Листерия при беременности 118
 Лоуренса — Бидля синдром 393
 Лохии 225
 Лютеурин 205
 Лютеокрессин 509
 Магний в питании беременных 46
 Мазки, взятие у девочек 396
 Мак Клора и Олдрича проба 462
 Маловодие 62
 Малярия и беременность 119
 Маммофизин 512
 Массаж гинекологический 449
 Мастит гнойный 235
 — — абсцедирующий 235
 — — флегмонозный 235
 — — инфильтративный 236
 — — лактационный 233
 — — серьезный острый 233
 Мастопатия 289
 Матери многодетные, льготы 489
 — — одинокие, льготы 489
 Материнская слава, орден 490
 Матка, атрезия у девочек 369
 — — беременная, ущемление в малом тазе 96
 — — выпадение 322
 — — миома 314
 — — — беременность при ней 133
 — — карциносаркома 269
 — — опущение 322
 — — перешеек, недостаточность 320
 — — предрак 330
 — — рак см. *Рак матки* 334
 — — ретродевиация 339
 — — саркома 339

Матка, травма, беременность после нее 95
— хориоэпителиома 350
— шейка, атрезия канала 250
— — отделяемое, исследование 436
— — полпы 326
— — — при беременности 151
— — разрыв 216, 217
— — рак при беременности 159
— — сифилис 340
— — феномен «зрачка» при менструальном цикле 304
— — эрозии см. *Эрозии шейки матки* 355
Маточные кровотечения см. *Кровотечения маточные* 283, 410
«Мать-героиня», почетное звание 490
«Медаль материнства» 490
Медь, содержание в крови небеременных и рожениц 47
Менингит гнойный при беременности 142
— туберкулезный при беременности 142
Менинго-энцефалит при беременности 143
Меню бессолевой диеты при нефропатии 92
— примерное во второй половине беременности 48
Менструальный цикл, биохимические изменения шеечного секрета 305
— — влагалище, циклические изменения 303
— — гипофиз, циклические изменения 303
— — нарушения 302, 306
— — — диагностика 290
— — — лечение 290
— — нормальный 302
— — симптом кристаллизации 304
— — сроки физиологической стерильности в течение его 208
— — стадия пролиферации 305
— — трубы маточные, циклические изменения 306
— — шейка матки, циклические изменения, феномен «зрачка» 304
— — яичники, циклические изменения 303
Менструация первая после родов 226
Метиландростендиол 509
Метилтестостерон 508
Метронидазол 518
Метроррагии см. *Кровотечения маточные* 283
Метроэндометрит 354
Миастения и беременность 143
Миелит и беременность 143
Миелодискоз хронический и беременность 130
Микроволновая терапия Луч-58 426
Микрофоллин 507
Мирина лампа, облучение 425
Миокардиодистрофия при беременности 163
Миокардит при беременности 165
Миома матки 314
Миопатия и беременность 144

Мицерин 499
Многоводие 62
Мозг головной, кора, заболевания, аменорея при них 307
— — кровоизлияния и беременность 140
— — — субарахноидальные и беременность 141
— — опухоли 82
— — — и беременность 145
— — эмболия сосудов и беременность 149
— — спинной, перерыв поперечный и беременность 145
Молоко женское, среднее содержание веществ 228
— — застой в молочной железе 231
Молочница 317
Молочные железы после родов 226
— — ультрафиолетовое облучение 427
— — уход во время беременности 27
Мономиция 499
Моча, исследование 435
— недержание и климакс 279
— — лечение физическими методами 411
— — лечебная физкультура при нем 194
— — частичное 399
— — реакция на блок 435
Мочевой пузырь, промывание 455
— — эндометриоз 353
Мочевые органы, заболевания при беременности 135
Мочегонные средства 520
Мочиспускание затрудненное 399
— у рожениц 227
— — — непроизвольное 227
Мышцы тазового дна после родов 226
Надпочечники, кора, гиперплазия, аменорея при ней 312
— — опухоли, аменорея при них 312
Невралгия тазовая 317
— — копчикового сплетения 320
— — крестцового сплетения 319
— — подчревного и пояснично-аортального сплетения 317
— — поясничного-яичникового сплетения 318
Неврит(ы) зрительного нерва при беременности 144
— лицевого нерва при беременности 144
— тазовых сплетений, лечение физическими методами 411
— травматический при беременности 145
Неврозы климактерические, лечение физическими методами 411
Неврологические средства 516
Неогинфорт 513
Нервные заболевания при беременности 140
Нефрит острый при беременности 135
— хронический при беременности 136
Нефропатия беременных 69

Нефропатия, диета бессолевая, примерное меню 92
Нидадия 21
Никель в питании беременных 46
— содержание в крови небеременных и рожениц 47
Нистатин 499
Новорожденные, туалет первый 219
— уход при асфиксии 222
Норсульфазол 519
Ночная работа беременных и кормящих грудью 493
Обтирания влажные 417
Общественные советы при родильном доме 19
Овуляция 21
Огино метод предупреждения беременности 207
Оглушенности синдром при беременности 155
Ожирение при беременности 174
Озокеритовые аппликации 415
— — брюшно-пояснично-крестцовая методика 415
— — на молочные железы 415
Окситетрациклин 502
Околоплодные воды, отхождение 435
Окситоцин синтетический 514
Октэстрол 506
Олеандомицин-фосфат 503
Олететрин 504
Олигоменоррея, лечение физическими методами 407
Оофорит гонорейный 257
См. также *Адмексит* 246
Опека, законодательство 491
Опухоль кровяная заматочная 53
Орган зрения, заболевания при беременности 111
Орнитоз при беременности 120
Осарбон 518
Осарсол 517
Осарцид 518
Осциллография 461
Осциллометрия, нормальные осциллографические колебания по Самуэлю 462
Отделяемое половых органов, исследование 436
Отеки беременных, дифференциальная диагностика водянки, нефрита и пороков сердца 70—76
Отпуск без сохранения содержания в связи с рождением ребенка 481
— дородовой, календарь для определения сроков 41
— очередной беременным женщинам, законодательство 481
— по беременности и родам, законодательство 481
— послеродовой 227
— календарь для определения срока родов 41
Охрана труда женщины 481
— — — беременных 483
— — — кормящих грудью 483
Панкреатит при беременности 150
Параметрит 323

Паранефрит 400
Паратиф при беременности 120
Парауретрит гонорейный 257
Парафиновые аппликации 415
Парацистит послеродовой 405
Паротит эпидемический при беременности 121
Пастушья сумка 512
Патронаж беременных 9
Пенициллин 500
Пельвоперитонит 325
— гонорейный 257
Пельвиметрия 452
Перерывы для кормления грудью ребенка 495
Перидистит послеродовой 405
Пертубация 450
Печень, заболевания при беременности 150
Пиелит 401
— диагностика дифференциальная с циститом 140
— при беременности 137
Пиелография 452
Пиелонефрит 401
Пиелостит 401
Питание беременной 43
— после родов 229
Питуитрин М 510
— Р 509
Плаценты отслойка преждевременная 218
— предлежание 217
— ручное отделение 215
Плетизмография 461
Плод, аномалии см. *Фетопатии* 240
— асинклитическое вставление головки 32
— асфиксия, оживление 220
— в различные сроки беременности 33
— доношенный 34
— измерение длины внутриутробное по Альфельду 36
— индекс объема по А. В. Рудакову до 27-й недели беременности 39, 40
— переносный 36
— поворот наружный при поперечном положении 29
— — профилактический на головку 28
— положение в матке 28
— — высокое прямое стояние головки 32
— — косое 26
— — поперечное 28, 29
— — — запущенное 219
— — — профилактика 28
— предлежание 31
— — и выпадение мелких частей 32
— признаки зрелости 34
— размеры головки 35
— — туловища 35
— рентгенографии 457
— сердцебиение, аускультация 33
— смерть внутриутробная 36
— — рентгенодиагностика 453
— фонокардиография внутриутробная 464
— членорасположение 30
— электрокардиография 466

Пневмония гриппозная и беременность 110
 — крупозная и беременность 110
 Пневмоперитонеум 453, 455
 Поджелудочная железа, болезни, аменорея при них 313
 Пол, установление 474
 Полиневрит и беременность 146
 Полиомелит и беременность 146
 Полип(ы) плацентарный 152
 — шейки матки при беременности 151
 Полипэктомия 455
 Половая жизнь после родов 230
 — зрелость, установление 475
 — способность женщины, экспертиза 474
 — холодность женщины 327
 Половое созревание, задержка 392
 — — при повреждении заднего гипоталамуса 393
 — — — передней доли гипофиза 393
 — — нарушение 391
 — — преждевременное 391
 — — конституциональная форма 391
 — — — ложное 392
 — — — надпочечниковая форма 392
 — — — яичниковая форма 392
 — — — цереброспинальная форма 392
 Половое сношение без дефлорации 473
 Половые железы, пороки развития 394
 — органы, аномалии развития 248
 — — внутренние, воспалительные заболевания, лечебные физическими методами 408
 — — — девочек, исследование двуручное 397
 — — специальные методы 396, 397
 — — — осмотр 396
 — — наружные, предрак 329
 — — обратное развитие после родов 225
 — — отделяемое, исследование 436
 — — рак см. *Рак* 331
 — — туберкулез у девочек см. *Туберкулез половых органов* 395
 Половые преступления 476
 Пороки сердца при беременности 164
 Послед, удаление 215
 Послеродовой период 225
 Послеродовые заболевания 230
 Пособия по беременности и родам 483
 — — — — женщинам—членам коллективов 485
 Почечная недостаточность острая, беременность при ней 138
 Почечнокаменная болезнь, беременность при ней 138
 Почка(и) дистопия 398
 — одна, беременность при этом 135
 Пояснично-крестцовый ромб 26
 Прегниин 506
 Предменструальный синдром 328
 Преднизолон 611

Преднизон 511
 Предрак 329
 — наружных половых органов 329
 — тела матки 330
 — шейки матки 329
 — яичника 330
 Презекламсия 78
 Прогестерон 506
 Прогивал 507
 Проктит гонорейный 257
 Пролактин 510
 Промежность, язвы послеродовые, лечение физическими методами 412
 Промывание мочевого пузыря 455
 — уретры 455
 Протаргол 519
 Противонаемические средства 517
 Противозачаточные средства 200
 — — вредные для здоровья 209
 — — классификация 200
 — — механические 201
 — — — учет эффективности 209
 — — химические 205
 Противомикробные средства 517
 Противопаразитарные средства 517
 Прямая кишка, отделяемое, исследование 437
 Пустырыньк 516
 Псевдокистома яичника 273
 Психические заболевания при беременности 152
 Психоз инфекционный 155
 — маниакально-депрессивный 156
 Пункция заднего свода 456
 Пуповина, обработка вторичная 219
 Пурпура тромбоцитопеническая и беременность 130
 Радикулит пояснично-крестцовый и беременность 147
 Рак влагалища 332
 — вульвы 331
 — матки 334
 — половых органов 331
 — шейки матки 332
 — — — при беременности 159
 — — — цитология 441
 — — яичника 337, 390
 — — у девочек 390
 Рвота беременных 65
 Ревматизм острый и беременность 159
 Регистрация рождения ребенка 492
 Резерпин 516
 Резорцин 520
 Рентгенография плода 457
 Ретродевиация матки 339
 Роженицы, кровь, содержание железа, меди, цинка, кобальта и никеля 47
 Родильницы, лечебная физкультура 182
 — обслуживание, организация 10
 Родильные дома, общественные советы при них 19
 Роды вне стационара, ведение 211
 — — неотложная помощь 211
 — лечебная физкультура после них 189
 — несостоявшиеся 63
 — обезболивающие средства 514

Роды, психопрофилактическая подготовка к ним 177
— стремительные 216
Ромб Михаэлиса (пояснично-крестцовый) 26
Рудакова А. В. индекс объема плода до 27-й недели беременности 39
Сакроилеопатия 67
Сальпингит гонорейный 258
См. также *Анексит* 246
Санаторно-курортное лечение, подготовка больных 430
Санитарно-просветительная работа 18
Саркома матки 339
Светолечение 425
Свищи кишечно-влагалищные 403
— мочеполовые 402
— пузырно-кишечно-влагалищные 404
Семья, законодательство 491
Серебро азотнокислое 519
Сердечно-сосудистая система, заболевания при беременности 160
Сердца пороки при беременности 164
Сигмамицин 504
Симфиз 24
Симфизиопатия 67
Симфизит, лечение физическими методами 412
— послеродовой 236
Синдром(ы) апатико-абулический 153
— астенический 153
— астено-адинамический 153
— депрессивный 154
— кататонический 155
— оглушенности 155
— предменструальный 328
— Фрейлиха 393
— Фроммеля — Киари 237
— Шихана 238
— Штейна — Левенталя 352
Синехии 394
— внутриматочные 340
Синтомицин 501
— эмульсия 501
Синэстрол 505
Сифилис при беременности 166
— шейки матки 340
Скульского формула определения сроков беременности 38
Слюнотечение беременных 67
Смертность перинатальная 222
Смерть плода внутриутробная 36, 453
Солюкс 425
Соль поваренная в питании беременных 46
Соски, трещины 238
— — ионогальванизация 423
— — КУФ-облучение 428
Сосудистая иннервация 463
— система, функциональная оценка 457
Социальное страхование, выплата пособий 491
Сперма, активность 361
— исследование 360
— — проба Шуварского—Гунера 363

Сперма, качество, определение по методу Дубинчика 362
— получение 361
Сперматозоиды, определение количества в эякуляте 441
Спринцевания влагалища 207, 463
— — средства для них 521
Средства для обезболивания родов 514
Стерильность физиологическая, сроки в течение менструального цикла 208
Стиптиция 512
Столбняк и беременность 121
Стрептомицин 501
Сульфацил 520
Сульфадимезин 519

Таз женский, диагональная конъюгата 23
— — запястный индекс 24
— — неправильный, сравнительные размеры различных форм 26
— — размеры 23
— — — входа 24
— — — выхода 24
— — угол наклона 24
— — узкий 25
— — — классификация 25
Тампоны влагалищные 463
— — грязевые 426
Тенидозы и беременность 105
Тератомы яичников у девочек 388
Террамцин 502
Тестостерон-пропионат 508
Тетрациклин 503
Тиреондин 512
Тиреотоксикоз и беременность 175
— — климакс 278
Тиф брюшной и беременность 122
Ткани гидрофильность 462
Токсикозы беременности 64
— — ранние 64—68
— — поздние 68
Токсикоинфекция и беременность 122
Токсоплазмоз и беременность 123
Тератобластома см. *Карциносаркома* 269
Транквилизаторы 516
Триоксазин 517
Трихинеллез и беременность 106
Трихомонады, исследование 438
— — метод посевов 438
— — нативного препарата 438
— — окрашенного препарата 438
Трихомоноз 342
— бартолинит 342
— вагинит 342
— вульвит 342
— и беременность 166
— уретрит 343
— цервицит 343
Трихоцефалез и беременность 107
Тромбоз мозговых артерий и беременность 147
Трубы маточные, проходимость 364
— — разрыв при внутриматочной беременности 50
— — циклические изменения при менструальном цикле 306

Труд беременных и кормящих женщин в лесной промышленности и лесном хозяйстве 493
— — — — табачной промышленности 494
— — — — трикотажной промышленности 494
— — — — хлопчатобумажной промышленности 494
— женщины, охрана 481
Труп, исследование, установление аборта 470
Туберкулез вульвы 347
— глаз при беременности 168
— гортани при беременности 169
— и беременность показания к прерыванию 170
— легких и беременность 167
— матки 347
— половых органов 347
— — у девочек 395
— почек при беременности 169
— шейки 347
Туляремия и беременность 124
УВЧ — брюшно-пояснично-крестцовая методика 426
— — соларная методика 426
Углеводы в питании беременных 43
Укутывания влажные 417
Ультразвук 426
Ультрафиолетовые облучения во время беременности 413, 414
— — воротниковой зоны 427
— — молочных желез 427
— — нижних конечностей 428
— — общие 414, 428
— — трусиковой зоны 429
— — шейно-надплечной зоны 429
Уретра, промывание 455
Уретрит гонорейный 258
— трихомонадный 343
Уретроскопия 464
Урология гинекологическая 398
Уросульфам 519
Уротропин 520
Фейгеля — Лисовской реакция 438
Феноксиметилпенициллин 500
Фетопатии 240
— биологические факторы 242
— браки между родственниками 243
— внутренние факторы 243
— иммуноконфликт 243
— классификация 240
— наследственные аномалии 243
— неполноценное питание 242
— неполноценность половых клеток 243
— физические факторы 241
— химические факторы 242
Физиотерапевтические кабинеты, техника безопасности 429
— методики 414
Физические упражнения для мышц брюшного пресса 197, 199
— — — — спины 197
— — — — тазового дна 195
— — — — общеразвивающие 195
Фонокардиография внутриутробного плода 464
Фосфор в питании беременных 46

Фрелиха синдром 393
Фроммеля — Киари синдром 237
Фурацилин 520

Хемлина кольцо 463
Химиотерапевтические средства 517
Холестит при беременности 151
Холинотитические средства 514
Хореза беременных 148
Хореогония 509
Хориоэпителиома матки 350
Хромоцистоскопия 464

Цервицит 352
— трихомонадный 343
Церво-эндоцервицит, лечение физическими методами 412
Цинк, содержание в крови беременных и рожениц 47
Цитология влагалищного мазка 439
Цистит 405
— диагностика дифференциальная с пиелитом 140
— при беременности 139
Цистальгия 404
— при беременности 139
Цистография 465
Цистоскопия 465

Шейнборга схема определения сроков беременности 40
Шизофрения при беременности 157
Шихана синдром 238
Школа матерей 9
Штейна — Левентала синдром 352
— — аменорея и опсоменорея при нем 314
Шуварского — Гунера проба 363

Щитовидная железа, заболевания аменорея при них 312

Эклампсия 79, 80
Экмоновоциллин 501
Экспертиза судебно-медицинская акушерско-гинекологическая 467
Электрокардиография плода 466
Электростимуляция влагалищно-лобно-крестцовая 420
— лобно-крестцовая 419
— мышц 419
— электрофорез 420
— брюшно-пояснично-крестцовый 420
— — влагалищно-брюшно-пояснично-крестцовый 421
— воротник по Щербаку 421
— воротниково-поясничный по Щербаку 422
— гальванические трусы по Щербаку 423
— интеращеприкальный с цинком 422
— маммарно-брюшно-пояснично-крестцовый 422
— маммарно-влагалищный 422
— маммарно-дорсальный 423
— маммарно-соларный 423
— маммарно-шейно-надплечный 424
— области солнечного сплетения 424
— при трещинах сосков 423
— шейно-лицевой 424

- Эмболия мозговых сосудов при беременности 149
Эндокринные органы, заболевания при беременности 170
Эндометрий, полипы 327
Эндометриоз 352
— мочевого пузыря 353
— ретроцервикальный 353
— яичников 354
Эндометрит 354
— гонорейный 259
— старческий 355
Эндотермия 417, 418
Эндоцервицит 352
— гонорейный 259
Энтеробиоз и беременность 107
Эпилепсия 80
— при беременности 149, 157
Эрготал 512
Эрготамин 513
Эритромицин 503
Эрозия шейки матки 355
— — — при беременности 175
— — — простая, лечение физическими методами 412
Эстрадиол-дипропионат 505
Эстрогены 504
Этазол 519
Этинилэстрадиол 507
Этистерон 504
Эусинтомицин 501
Эуфиллин 516
Эхинококкоз и беременность 108
Эхография 466
Эякулят, определение количества спермы 441
— физико-химические свойства 361
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки при беременности 176
Яичники, аплазия у девочек 370
— исследование функционального состояния 364
— киста(ы) 125
— — ретенционные у девочек 389
— — фолликулярные 270
— кистомы см. *Кистомы яичников* 389
— опухоли гормонопродуцирующие 321
— — — аренобластома 322
— — — текома 322
— — — у девочек 390
— — — тератоидные 341
— — — у девочек 388
— — — у девочек 388
— предрак 330
— псевдокистома 273
— рак см. *Рак яичника* 337, 390
— эндометриоз 354
Яйцо оплодотворенное, миграция в матку 21

СО Д Е Р Ж А Н И Е

Предисловие	3
I. Организация работы женской консультации. Кандидат медицинских наук <i>Н. Е. Гранат</i> , кандидат медицинских наук <i>И. Н. Желоховцева</i>	5
II. Беременность. Кандидат медицинских наук <i>И. П. Иванов</i> , доктор медицинских наук <i>А. Л. Каплан</i> , кандидат медицинских наук <i>И. Д. Польковская</i> , кандидат медицинских наук <i>Э. А. Венцери</i> , кандидат медицинских наук <i>Е. М. Шехтман</i>	21
А. Беременность — физиология	21
Б. Беременность — патология	49
III. Психопрофилактическая подготовка беременных к родам. Доктор медицинских наук <i>А. Л. Каплан</i>	177
IV. Лечебная физкультура беременных, рожениц и гинекологических больных. <i>Г. С. Муциев</i>	182
V. Противозачаточные средства. Доктор медицинских наук <i>А. Л. Каплан</i>	200
VI. Роды, неотложная помощь при родах вне стационара. Кандидат медицинских наук <i>Г. Я. Молчанова</i>	211
VII. Послеродовой период. Доктор медицинских наук <i>Р. И. Калганова</i> , кандидат медицинских наук <i>С. Б. Рафалькес</i>	225
VIII. Фетопатии. <i>Е. А. Трепаков</i>	240
IX. Женские болезни. Проф. <i>В. А. Покровский</i> , кандидат медицинских наук <i>М. Л. Крымская</i>	245
X. Бесплодный брак. Кандидат медицинских наук <i>И. С. Розовский</i>	358
XI. Гинекология детского возраста. Кандидат медицинских наук <i>Л. Д. Заяц</i> , кандидат медицинских наук <i>Л. Г. Тумилович</i> , <i>А. Т. Туманян</i>	369
XII. Гинекологическая урология. Проф. <i>В. А. Покровский</i>	398
XIII. Лечение физическими методами и курортными факторами. Проф. <u><i>В. Г. Дик</i></u> , кандидат медицинских наук <i>Г. А. Келлат</i>	407

XIV. Лабораторные методы исследования. Доктор медицинских наук <i>А. Л. Каплан</i> , кандидат медицинских наук <i>И. С. Розовский</i> , кандидат медицинских наук <i>Е. Н. Туранова</i>	434
XV. Функциональные методы исследования. Некоторые диагностические и лечебные манипуляции. Кандидат медицинских наук <i>И. П. Иванов</i> , доктор медицинских наук <i>А. Л. Каплан</i> , кандидат медицинских наук <i>И. С. Розовский</i>	443
XVI. Судебно-медицинская акушерско-гинекологическая экспертиза. Проф. <i>В. М. Смолянинов</i> , кандидат медицинских наук <i>Е. В. Бронштейн</i>	467
XVII. Основные законодательные акты по охране здоровья и прав женщин	478
XVIII. Основные лекарственные средства, применяемые в акушерстве и гинекологии. Проф. <i>К. Н. Жмакин</i>	497
Предметный указатель	522