
**СПРАВОЧНИК
ВРАЧА
ЖЕНСКОЙ
КОНСУЛЬТАЦИИ**

СПРАВОЧНИК ВРАЧА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Под ред. Г. И. Герасимовича

Минск
«Беларусь» 1983

ББК 57.1
С 74

УДК 618.1 (035.5)

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ

Г. И. Герасимович, *д-р мед. наук*, И. В. Дуда, *канд. мед. наук*,
А. А. Завирович, *канд. мед. наук*, В. Т. Каминская, *д-р мед. наук*,
Д. З. Капустин, П. И. Касько, *канд. мед. наук*, И. И. Климец, *д-р мед. наук*,
Г. И. Лазюк, *д-р мед. наук*, В. Р. Линкевич, *д-р мед. наук*,
Г. А. Лукашевич, *канд. мед. наук*, И. В. Лурье, *канд. мед. наук*,
Н. Ф. Лызинов, *д-р мед. наук*, И. А. Макаренко, *д-р мед. наук*, К. И. Малевич, *д-р мед. наук*,
Ю. К. Малевич, *канд. мед. наук*, В. С. Ракуть, *д-р мед. наук*, В. П. Рудая, *канд. мед. наук*,
И. М. Старовойтов, *д-р мед. наук*, В. И. Сыкало, С. П. Терешкова, *канд. мед. наук*,
А. К. Устинович, *канд. мед. наук*.

Рецензент Я. П. СОЛЬСКИЙ, профессор

Справочник врача женской консультации
С 74 / [Г. И. Герасимович, И. В. Дуда, А. А. Завирович и др.]; Под ред. Г. И. Герасимовича.—
Мн.: Беларусь, 1983.— 352 с., ил.

В пер.: 1 р. 60 к.

В справочнике излагаются основные разделы современного акушерства и гинекологии. Освещаются клиническое течение, ранняя диагностика, оказание лечебно-профилактической и специализированной помощи беременным и гинекологическим больным, применение физиотерапевтических методов лечения и реабилитация в амбулаторных условиях.

Для акушеров-гинекологов и врачей смежных специальностей.

412300000—031

С 123—82

ББК 57.1

М 301(05)—83

618Г

СПРАВОЧНИК
ВРАЧА
ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Редактор В. А. Скоробогатая. Художник В. П. Мастеров. Художественный редактор В. П. Безмяя. Технический редактор Л. Л. Грамович. Корректоры Р. П. Иваненко, Л. Б. Товаченко, И. Н. Пупко.

ИБ № 1681

Сдано в набор 01.02.82. Подп. в печать 06.12.82. Формат 84×108^{1/32}. Бумага тип. № 1. Гарнитура литературная. Высокая печать. Усл. печ. л. 18,48. Усл. кр.-отт. 18,48. Уч.-изд. л. 24,52. Тираж 60 000 экз. Зак. 2336. Цена 1 р 60 к.

Ордена Дружбы народов издательство «Беларусь» Государственного комитета БССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли. 220600, Минск, проспект Машерова, 11.

Минский ордена Трудового Красного Знамени полиграфкомбинат МППО им. Я. Коласа. 220005, Минск, Красная, 23.

© Издательство «Беларусь», 1983

ОРГАНИЗАЦИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СССР

В процессе развития советского здравоохранения создана и творчески развивается стройная государственная система охраны здоровья матери и ребенка. За годы Советской власти в стране произошли коренные социально-экономические преобразования, которые привели к улучшению здоровья и увеличению продолжительности жизни советского человека. Приумножилась материальная база лечебно-профилактических учреждений, возросло число и повысилась квалификация врачебных и средних медицинских кадров. Широко внедряются в практику здравоохранения достижения современных наук, что значительно расширяет объем и улучшает качество лечебной и профилактической помощи женщине, матери и ребенку.

В настоящее время перед акушерами-гинекологами страны стоят важные государственные задачи: на основании современных научных достижений постоянно повышать качество и эффективность обслуживания женщин и детей, претворять в жизнь лечебно-профилактические мероприятия, направленные на дальнейшее снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, профилактику и своевременное лечение гинекологических заболеваний, совершенствование охраны здоровья женщин.

В деятельности акушерско-гинекологической службы находят отражение принципиальные установки XXVI съезда КПСС, определившие стратегию здравоохранения на 1981—1985 годы и на период до 1990 года.

Органы управления

Руководит акушерско-гинекологической работой в стране Главное управление лечебно-профилактической помощи детям и матерям Министерства здравоохранения СССР, в состав которого входят два отдела: акушерско-гинекологической помощи и лечебно-профилактической помощи детям. Отдел акушерско-гинекологической помощи осуществляет организационно-методическое руководство акушерско-гинекологической работой страны путем издания приказов, рекомендаций, методических писем, планирует и осуществляет выезды в республики для комплексной проверки деятельности учреждений и оказания практической помощи на местах; контролирует работу учреждений путем анализа годовых отчетов; совместно с Планово-финансовым управлением МЗ СССР планирует сеть акушерских и гинекологических коек в союзных республиках, разрабатывает штатные

нормативы лечебно-профилактических учреждений; совместно с Управлением кадров разрабатывает программы подготовки врачебных и средних медицинских кадров учреждений родовспоможения; принимает активное участие в проектировании современных родильных домов и акушерско-гинекологических учреждений. Главное управление лечебно-профилактической помощи детям и матерям МЗ СССР активно участвует в определении тематики научных исследований институтов и кафедр, а также во внедрении в практику новых методов обследования и лечения больных. Основные проблемы организации акушерско-гинекологической помощи обсуждаются на заседаниях коллегии Министерства здравоохранения СССР.

Вся работа отдела акушерско-гинекологической помощи Министерства здравоохранения СССР осуществляется через соответствующие управления или отделы министерств здравоохранения союзных республик. Консультативный совет при отделе родовспоможения МЗ СССР организует акушерско-гинекологическую помощь и намечает перспективы ее развития. Значительную помощь в работе отдела родовспоможения оказывают Ученый медицинский совет МЗ СССР, Правление Всесоюзного научного общества акушеров-гинекологов, Всесоюзный научно-исследовательский центр по охране здоровья матери и ребенка.

В союзных и автономных республиках акушерско-гинекологической помощью руководят управления или отделы лечебно-профилактической помощи детям и матерям, в состав которых входят отделы родовспоможения или инспектора по акушерству и гинекологии. Работа управлений или отделов строится по принципу контроля и организационно-методического руководства Министерства здравоохранения СССР.

Органы управления и учреждения родовспоможения работают совместно с научно-исследовательскими институтами акушерства и гинекологии, институтами охраны материнства и детства, кафедрами акушерства и гинекологии медицинских институтов. Научно-методические отделы научно-исследовательских институтов анализируют деятельность акушерско-гинекологических учреждений, готовят методические указания и инструкции по различным вопросам акушерско-гинекологической практики. Научно-исследовательские институты и кафедры регулярно организуют лекции для практических врачей, выездные научные конференции и сессии, оказывают помощь в научных исследованиях врачам лечебных учреждений.

Непосредственное руководство акушерско-гинекологическими учреждениями осуществляется соответствующими районными, городскими, областными и краевыми отделами здравоохранения. Подготовкой кадров специалистов (врачи, акушерки) и внедрением достижений современной науки в практику занимаются главные специалисты — акушеры-гинекологи городских и областных отделов здравоохранения, республиканских и союзных министерств.

На должность главных специалистов в министерствах здравоохранения СССР, союзных и автономных республик, в краевых, областных и городских отделах здравоохранения по акушерству и гинекологии назначают высококвалифицированного акушера-гинеколога, входящего в состав (штат) органов здравоохранения. Планы работы главных акушеров-гинекологов министерств утверждаются министром здравоохранения СССР, министрами здравоохранения союзных или автономных республик, а главных специалистов областных (городских) здравотделов — заведующими областными (городскими) отделами здравоохранения.

Основная задача главного акушера-гинеколога состоит в разработке и проведении мероприятий, направленных на профилактику и выявление ранних стадий гинекологических заболеваний, осложнений беременности и родов, снижение материнской, перинатальной и гинекологической смертности, развитие специализированной амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи. Главный акушер-гинеколог участвует в разработке комплексных планов здравоохранения, анализирует статистические отчеты учреждений родовспоможения и вносит предложения, направленные на дальнейшее совершенствование акушерско-гинекологической помощи населению.

В задачи главных специалистов также входят: изучение и распространение передового опыта работы лучших женских консультаций, акушерских и гинекологических стационаров; участие в разработке новых форм научной организации труда; проведение анализа всех случаев материнской и перинатальной смертности, тяжелых акушерских осложнений и причин гинекологической летальности; изучение и совершенствование акушерско-гинекологической помощи работницам промышленных предприятий; обеспечение внедрения в практику работы подведомственных учреждений новых методов профилактики и лечения акушерско-гинекологических заболеваний; организация и проведение совместно с научным обществом акушеров-гинекологов городских, областных, краевых, республиканских и все-союзных конференций по актуальным проблемам акушерства и гинекологии для врачей и средних медицинских работников; составление планов повышения квалификации кадров; участие в проведении аттестации и перееаттестации врачей; изучение и обеспечение потребности женских консультаций, акушерских и гинекологических стационаров в медицинской аппаратуре, инструментарии и медикаментах; определение основных направлений в пропаганде медицинских знаний среди населения и активное участие в работе санитарно-просветительных учреждений. Кроме того, главный специалист обязан проводить лечебную работу в одном из учреждений по своей специальности.

Лечебно-профилактические учреждения

Акушерско-гинекологическая помощь женщинам оказывается в специальных учреждениях амбулаторного и стационарного типа, основными из которых являются родильный дом, акушерско-гинекологическое отделение больницы, женская консультация в составе поликлиники, фельдшерско-акушерский пункт (ФАП) и колхозный родильный дом (КРД) (приказ МЗ СССР от 23.10.78). Наряду с ними практически сложились и продолжают существовать гинекологическая больница и самостоятельная женская консультация.

В последние годы большое внимание уделяется развитию стационарной акушерско-гинекологической помощи. Закономерным явилось сокращение числа КРД и акушерских коек при ФАП и одновременное увеличение числа коек для беременных и рожениц в центральных районных больницах (ЦРБ). Создаются новые акушерско-гинекологические комплексы в составе многопрофильных больниц, что повышает возможность всестороннего обследования беременных и гинекологических больных и качество их обслуживания. Помимо предусмотренных семи категорий родильных домов от 20 до 150 коек (20—40—60—80—100—120—150) разработаны и утверждены новые типовые проекты родильных домов на 130—250 коек.

Перспективно открытие акушерско-гинекологических отделений в системе многопрофильных больниц, где можно оперативнее обеспечить квалифицированную консультативную помощь специалистов любого профиля, круглосуточную лабораторную и функциональную диагностику, быстро решить вопросы анестезиологической и реанимационной помощи, хозяйственного обеспечения, материально-технического оснащения и др.

Стационарная акушерско-гинекологическая помощь

Стационарная акушерско-гинекологическая помощь городскому населению оказывается в самостоятельных родильных домах и акушерско-гинекологических отделениях, входящих в состав многопрофильных больниц или медико-санитарных частей. Родильный дом и акушерско-гинекологическое отделение больницы могут быть клинической базой медицинского института, института усовершенствования врачей или научно-исследовательского института, а также базой производственной практики студентов медицинского вуза и учащихся медицинского училища. В таких случаях работа родильного дома проводится в соответствии с Положением о клинической больнице (приказ МЗ СССР от 30.05.77 № 510).

В состав родильного дома или акушерско-гинекологического отделения больницы входят: приемно-пропускной блок, первое (физиологическое) и второе (обсервационное) акушерские отделения, отделения патологии беременных, новорожденных и гинекологическое. Кроме того, самостоятельный родильный дом

имеет административно-хозяйственную службу, лабораторию, аптеку и ряд других вспомогательных кабинетов.

Потребность населения в койках для беременных, родильниц и новорожденных определяется численностью населения, уровнем рождаемости, средней продолжительностью пребывания родильницы (беременной) на койке, средним числом дней использования койки в году.

Оптимальной считается такая структура акушерского стационара в городе, при которой 45 % общего числа акушерских коек располагается в физиологическом акушерском отделении, 25 % — в наблюдательном и 30 % — в отделении патологии беременных. При таком распределении коек можно обеспечить безотказную госпитализацию беременных и полностью изолировать всех больных, заболевших женщин и детей в родильном доме.

Для определения потребности населения в стационарной гинекологической помощи необходимы данные об уровне и структуре гинекологической заболеваемости, размере госпитализации, среднем числе дней пребывания больных в стационаре и среднем числе дней занятости койки в году. Приказом МЗ СССР от 29.10.54 потребность городского населения в гинекологических койках определена в размере 8 коек на 10 000 населения, расчетно-оптимальный норматив на 1980—1985 гг. — 8,2 койки на 10 000 населения.

Акушерско-гинекологическая помощь работницам промышленных предприятий

Одним из важнейших принципов организации лечебно-профилактической помощи населению страны является преимущественное медико-санитарное обслуживание рабочих промышленных предприятий, которое заключается в том, что медицинская помощь рабочим обеспечивается значительным числом лечебно-профилактических учреждений, развернутых непосредственно на промышленных предприятиях, а также лечебными учреждениями общей сети органов здравоохранения.

Наиболее распространенной формой лечебно-профилактической помощи рабочим промышленных предприятий являются медико-санитарные части, в состав которых входит поликлиника, стационар, цеховые здравпункты, а в некоторых также профилактории, ясли, диетстоловые.

Современные медсанчасти — это комплексные амбулаторно-поликлинические лечебно-профилактические учреждения, многие из которых имеют в своем составе женскую консультацию и акушерско-гинекологическое отделение в стационаре и поэтому могут обеспечить весь объем акушерско-гинекологической помощи работницам.

Медико-санитарные части организуются на крупных предприятиях с числом рабочих 4000 и более, а на предприятиях хи-

мической, угольной, горнорудной, нефтеперерабатывающей промышленности — 2000 и более. Постановлением ЦК КПСС и Совета Министров от 05.07.68 предусмотрено создание крупных межведомственных медико-санитарных частей со стационаром мощностью 300—400 коек путем объединения ассигнований предприятий различных министерств и ведомств, расположенных в одном районе.

Медико-санитарные части могут быть открытого и закрытого типа. Медсанчасти закрытого типа обслуживают только рабочих промышленного предприятия, на территории которого они расположены, медсанчасти открытого типа, помимо рабочих и служащих, оказывают помощь также населению, проживающему в районе данного медицинского учреждения.

Медико-санитарные части организуются местными органами здравоохранения и непосредственно им подчиняются. Начальник (врач) медико-санитарной части назначается местным отделом здравоохранения и руководит деятельностью всех медико-санитарных учреждений, входящих в ее состав. Медицинское обслуживание осуществляется по цеховому принципу аналогично участковой системе территориальных поликлиник.

Типовой цеховой врачевый участок организуется из расчета обслуживания 2000 рабочих, а на предприятиях химической, угольной, горнорудной и нефтеперерабатывающей промышленности — 1500 рабочих. Цеховые участки целесообразно формировать по принципу однородности производства, что облегчает профилактическую работу цехового врача и позволяет ему более углубленно изучать влияние производственных факторов на состояние здоровья работающих. При значительной протяженности цехов (иногда несколько километров) цеховые участки организуются по территориальному принципу и объединяют близлежащие цехи.

Неоднородность производства, различная мощность промышленных предприятий, экономико-географические особенности административных территорий, состояние материально-технической базы учреждений родовспоможения и др. требуют изыскания различных форм в организации акушерско-гинекологической помощи работницам промышленных предприятий.

Наиболее совершенна система, при которой больнично-поликлинические комплексы медико-санитарных частей включают в себя акушерско-гинекологические стационары и женские консультации. В таком случае все женщины предприятия полностью обеспечиваются всеми видами поликлинической и стационарной акушерско-гинекологической помощи. Однако наиболее часто акушерско-гинекологическое обслуживание работниц ограничивается тем, что в штате медико-санитарной части создается женская консультация, работающая по цеховому принципу и обеспечивающая весь объем акушерско-гинекологической помощи беременным и гинекологическим больным. Госпитализация же этих контингентов женщин осуществляется в

стационары открытой сети. Практикуется также создание межведомственных женских консультаций на одном предприятии, обслуживающих женщин ряда соседних предприятий.

Однако основной объем акушерско-гинекологической помощи работающим женщинам оказывают территориальные женские консультации, родильные дома, акушерско-гинекологические отделения больниц.

Врачи женской консультации проводят на предприятиях, прикрепленных к ней, весь комплекс лечебно-профилактической работы, для выполнения которой акушеру-гинекологу специально предусматриваются дни (часы). График работы врача согласовывается с руководством предприятия и доводится до сведения работающих женщин.

Большое значение для совершенствования профессионального мастерства акушера-гинеколога промышленного предприятия имеет чередование работы в амбулатории и акушерско-гинекологическом стационаре, которое целесообразно проводить через год. Акушерам-гинекологам промышленных предприятий необходимо повышать свою квалификацию в институтах и на факультетах усовершенствования врачей не реже одного раза в 5 лет.

Заслуживает внимания опыт промышленных кабинетов — новой формы работы территориальных женских консультаций на промышленных предприятиях. Должность акушера-гинеколога промышленного кабинета может выделяться за счет штатов женской консультации или медико-санитарной части.

Работу акушера-гинеколога медико-санитарной части или территориальной женской консультации целесообразнее строить по цеховому принципу, т. е. путем создания цехового акушерско-гинекологического участка (на промышленных предприятиях, имеющих не менее 1500 женщин). Принцип цехового обслуживания требует от акушера-гинеколога знания характера и технологии производства, санитарно-гигиенических условий каждого цеха, влияния выполняемой работы на общее состояние здоровья женщин и специфические функции их организма.

Обследование и наблюдение беременных и гинекологических больных осуществляется в соответствии с «Инструктивно-методическими указаниями по организации работы женской консультации», утвержденными приказом Министерства здравоохранения СССР № 430 от 22.04.81, методическими рекомендациями Министерства здравоохранения СССР от 14.01.81 № 11-14/74-6 «Организация акушерско-гинекологической помощи женщинам, работающим на промышленных предприятиях» и другими официальными документами.

В обязанности акушера-гинеколога, работающего на промышленном предприятии, также входят: изучение условий труда женщин; отбор беременных, подлежащих оздоровлению в санаториях-профилакториях; рекомендации по диетическому питанию беременных в столовой предприятия; проведение экспер-

тизы временной нетрудоспособности; разработка лечебно-оздоровительных мероприятий по профилактике и снижению временной нетрудоспособности женщин; трудоустройство работниц, перенесших гинекологические заболевания или операции, часто и длительно болеющих; участие в проведении обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров трудящихся; организация санитарного актива на своем участке; активное участие в разработке и осуществлении мероприятий, проводимых администрацией промышленного предприятия и общественными организациями по охране труда и здоровья женщин.

Акушер-гинеколог должен строить свою работу в тесном контакте с санитарно-промышленным врачом, который информирует его о введении технологических процессов, связанных с применением новых видов энергии, различных химических веществ, и других производственных факторах, потенциально опасных для здоровья работающих женщин, особенно беременных.

Чтобы контролировать соблюдение оптимальных условий труда работниц, акушер-гинеколог должен знать основные положения законодательства о труде женщин, регламентирующие работу беременных, кормящих матерей и гинекологических больных.

Значительный и важный раздел в работе акушера-гинеколога на промышленном предприятии — проведение профилактических осмотров с обязательным использованием объективных методов исследования (кольпоскопия, цитология) для выявления ранних форм заболеваний и последующего оздоровления больных. Результаты осмотров регистрируют в уч. ф. № 047, на основании которой проводят анализ гинекологической заболеваемости.

Для профилактики гинекологической заболеваемости на каждом промышленном предприятии должны создаваться комнаты личной гигиены, имеющие отдельные кабины с восходящим душем (бидэ), душевую установку и помещение для кратковременного отдыха работниц после гигиенических процедур. Комнаты личной гигиены следует размещать недалеко от места работы женщин, на крупных предприятиях предпочтительнее создавать их в каждом цехе. Для некоторых видов промышленности (строительная, лесная и др.), где невозможно оборудовать стационарные комнаты личной гигиены, следует организовать передвижные кабины с душевыми установками и резервуарами для теплой воды. Количество процедурных кабин в комнате личной гигиены женщины определяется из расчета одна кабина на каждые 100 женщин. Если в смене работает от 15 до 100 женщин, на предприятии предусматривается помещение для гигиенического душа.

Акушер-гинеколог медико-санитарной части или территориальной женской консультации, обслуживающей работниц, дол-

жен поддерживать тесный контакт с руководством медсанчасти и промышленного предприятия, что позволит более широко использовать возможности лечебно-профилактических учреждений для оздоровления работниц. В частности, это касается направления беременных и гинекологических больных в специальные дома отдыха и санатории, а также в имеющиеся при крупных промышленных предприятиях профилактории.

С целью профилактики гинекологической заболеваемости врачи и средние медицинские работники проводят санитарно-просветительную работу, заключающуюся в пропаганде медицинских знаний в области личной и общественной гигиены, а также по вопросам заболеваемости, прежде всего характерной для данного предприятия. В санитарно-просветительной работе используются все методы, средства и формы: университеты здоровья, лекции, беседы, стенгазета, листовки, вечера вопросов и ответов, кино, радио, телевидение и др.

Акушер-гинеколог промышленного предприятия должен заниматься экспертизой временной нетрудоспособности, связанной с гинекологической заболеваемостью, исходами беременности и родов, анализ которой дает возможность своевременно и рационально планировать лечебно-профилактические мероприятия, направленные на устранение причин, приводящих к утрате трудоспособности. Анализ временной нетрудоспособности проводится по листкам нетрудоспособности (больничный листок), данные которых заносятся в строку 19 «Болезни женских половых органов» отчетной формы № 16(З-1).

Для удобства анализа заболеваемости, регистрируемой в строке 19, целесообразно использовать следующую группировку заболеваний.

1. Воспалительные процессы матки и придатков, в том числе:
 - 1.1. Острый сальпингит и оофорит.
 - 1.2. Хронический сальпингит и оофорит.
 - 1.3. Болезни параметрия и тазовой брюшины.
 - 1.4. Инфекция матки, эндометриты и метроэндометриты.
 - 1.5. Вагинит и вульвит. Бартолинит.
 - 1.6. Эрозии влагалищной части шейки матки.
2. Нарушение менструальной функции:
 - 2.1. Альгодисменорея.
 - 2.2. Нарушение менструальной функции в детородном возрасте.
 - 2.3. Климактерические расстройства.
 - 2.4. Кровотечения в менопаузе.
 - 2.5. Климактерические неврозы.
 - 2.6. Другие формы расстройства менструации.
3. Выпадение и опущение матки, стенок влагалища.
4. Женское бесплодие.
5. Кисты яичника ретенционные.

В инструкции «О порядке составления отчета о временной нетрудоспособности», форма 16(З-1), утвержденной ВЦСПС 15.10.73, согласованной с Министерством здравоохранения СССР

26.10.73, сказано: «Если в «Алфавитном указателе» отсутствует название болезни, указанное в заключительном диагнозе нетрудоспособности, и эту болезнь нельзя отнести ни к одной из выделенных в отчете групп заболеваний, то лист нетрудоспособности размечается номером 26 «Прочие болезни». В строку 26 «Прочие болезни» заносятся: 1) миомы матки (случаи оперативного и консервативного лечения); 2) полипы цервикального канала; 3) кисты и кистомы яичника; 4) злокачественные новообразования гениталий; 5) другие гинекологические заболевания.

При анализе гинекологической заболеваемости женщин-работниц следует учитывать ее структуру, динамику временной нетрудоспособности, уровень заболеваемости у работниц различных цехов, а также число лиц, длительно и часто болеющих.

При разработке перечня заболеваний составляется таблица всех нозологических форм, в которой учитываются число лиц, имевших листок нетрудоспособности, число случаев и дней нетрудоспособности и средняя продолжительность пребывания на больничном листке по каждой нозологической форме.

Расчет интенсивного показателя заболеваемости производится следующим образом:

$$\text{Показатель числа случаев (дней)} = \frac{\text{Абсолютное число случаев (дней)}}{\text{Число женщин-работниц}} \cdot 100.$$

$$\text{Показатель средней длительности одного случая} = \frac{\text{Абсолютное число дней}}{\text{Абсолютное число случаев}}.$$

Для вычисления экстенсивного показателя гинекологической заболеваемости определяется удельный вес каждой из нозологических форм во всех случаях временной нетрудоспособности, связанной с болезнями женских половых органов.

Акушеры-гинекологи совместно с администрацией, профсоюзной организацией на основании анализа гинекологической заболеваемости разрабатывают конкретные мероприятия по ее снижению, которые должны быть включены в комплексные планы промышленных предприятий по улучшению условий, охраны труда и санитарно-оздоровительной работы.

Основными вопросами экспертизы трудоспособности являются правильная диагностика заболевания и оценка состояния трудоспособности (определение степени ее утраты). Вопрос о трудоспособности решается акушером-гинекологом в каждом конкретном случае. Ответственность за правильность осуществления экспертизы трудоспособности возлагается на заведующих женскими консультациями, которые консультируют больных и совместно с врачом определяют необходимость пребывания на больничном листке в пределах сроков, установленных положением по экспертизе трудоспособности. В случае необходимости больная направляется на врачебно-консультативную комиссию (ВКК).

Трудоспособным работницам, нуждающимся в связи с гине-

кологических заболеваниями в облегченных или измененных условиях труда, ВКК выдает соответствующее заключение или рекомендацию о переводе на другую работу в установленном порядке. При этом целесообразно определять характер рекомендуемой работы с учетом условий труда и квалификации больной.

Для решения вопроса о трудоустройстве беременных необходимо пользоваться «Гигиеническими рекомендациями к рациональному трудоустройству беременных женщин», утвержденными Министерством здравоохранения СССР 29.08.79 (№ 2049-79, 11-9/96-6). На основании их министерствами и ведомствами совместно с ЦК профсоюзов соответствующей отрасли, с участием Министерства здравоохранения СССР составляются отраслевые рекомендации по использованию труда беременных женщин.

Работающим женщинам с момента установления беременности в соответствии с врачебным заключением должны быть созданы наиболее благоприятные условия труда, предполагающие оптимальные условия производственной среды и величину рабочей нагрузки, т. е. такую производственную обстановку, которая у практически здоровых женщин не вызывает отклонений в состоянии здоровья и существенных функциональных изменений в организме в период беременности, не сказывается отрицательно на течении родов, послеродового периода, лактации, состоянии плода, на физическом и психическом развитии и заболеваемости рожденных детей.

Для беременных предпочтительны стационарные рабочие места и трудовые процессы, выполняемые в свободной позе, преимущественно сидя, допускающие перемену положения. Не желательна работа стоя. Беременных не следует привлекать к работам: на высоте или требующим переходов по лестнице; связанным с преобладанием статического напряжения мышц ног или брюшного пресса, с вынужденной неудобной позой (на корточках, на коленях, согнувшись), упором животом и грудью в инструмент, оборудование, предметы труда, с наклоном туловища более 15° .

Для беременных необходимо предусмотреть возможность приспособления рабочих мест к индивидуальным особенностям женщин. Рабочая поверхность при трудовых процессах, выполняемых сидя, должна регулироваться по высоте в пределах 700—750 мм и иметь вырез в столешнице для корпуса. Если рабочая поверхность не может быть использована в качестве опоры для рук, следует применять специальные подлокотники. В том случае, когда на рабочей поверхности установлена аппаратура или приборы, требующие при работе подъема рук выше уровня плеч, ее высота должна регулироваться в пределах 630—680 мм. Рабочий стол и производственное оборудование должны иметь пространство для ног высотой не менее 600 мм, шириной не менее 500 мм, глубиной не менее 450 мм на уровне

колен и не менее 650 мм на уровне ступней. Если рабочая поверхность не регулируется по высоте, рабочее место необходимо оборудовать стулом с регулируемым по высоте сиденьем и изменяющейся по углу наклона спинкой. Передний край сиденья закруглен. Сиденье и спинка покрываются полумягкими, нескользящими, неэлектризующимися, воздухопроницаемыми материалами, легко очищающимися от загрязнений и соответствующими требованиям технической эстетики. Рабочее место оборудуется подставкой для ног, регулируемой по высоте и углу наклона в пределах до 25° по заднему краю. Поверхность подставки рифленая, с бортиком по переднему краю высотой 10 мм.

Беременные не должны выполнять трудовые операции, при которых предметы труда поднимаются выше уровня плечевого пояса, а также поднимать предметы труда с пола. Максимальная величина массы эпизодически поднимаемого и перемещаемого вручную груза или прилагаемых усилий не должна превышать 3 кг. При частых (но не более 100 раз в час до 12 нед беременности и не более 50 раз в час при большем сроке) подъемах и перемещениях груза или прилагаемых усилиях их величина не должна превышать 1,2 кг. Суммарная масса перемещаемого за смену груза не должна превышать 1000 кг при беременности до 12 нед и 500 кг — при большем сроке.

С момента установления беременности женщины не должны привлекаться к работам, требующим значительного нервно-эмоционального напряжения, особенно связанным с опасностью аварии, взрыва, т. е. с риском для себя и других людей, а также к работам, выполняемым в условиях резкого дефицита времени, например на конвейерах с принудительным ритмом. Рекомендуются работы в свободном режиме, не связанные со срочностью выполнения задания. Нервная напряженность труда должна быть минимальной: длительность сосредоточенного наблюдения не должна превышать 25 % сменного времени.

Необходимо, чтобы естественное и искусственное освещение рабочих мест соответствовало величинам действующих оптимальных гигиенических нормативов. Не допускается работа беременных без естественного света. Температура нагретых поверхностей оборудования и ограждений не должна превышать 35° , а на уровне живота и органов малого таза тепловое излучение исключается. Интенсивность шума на рабочих местах — не более 80 ДБА.

Беременным запрещается работа, связанная с перегревом организма, его охлаждением (зимой в неотопливаемых помещениях, на сквозняке, в условиях промокания обуви и одежды, погружения рук в холодную воду); воздействием электромагнитных полей сверхвысоких частот — СВЧ (миллиметровые, сантиметровые, дециметровые волны), ультравысоких (УВЧ), высоких (ВЧ), низких (НЧ), сверхнизких (СНЧ) частот, статических электрических и магнитных полей; радиоактивными веществами и другими источниками ионизирующих излучений;

повышенным и пониженным атмосферным давлением, с резкими перепадами его; воздействием вибрации (как местной, так и общей) и ультразвука.

С момента установления беременности запрещается работа в условиях воздействия возбудителей инфекционных, паразитарных и грибковых заболеваний, а также химических веществ: чрезвычайно опасных и высокоопасных (I и II классы опасности); других классов опасности, если они обладают эмбриотропным, мутагенным, тератогенным и аллергенным действием; обладающих отталкивающими, отвратительными запахами; не имеющих токсикологической оценки.

В отношении других возможных вредных производственных факторов вопрос о допустимости труда беременных решается в каждом отдельном случае в установленном порядке.

Лечебно-профилактическая помощь сельскому населению

Акушерско-гинекологическая помощь в сельской местности должна отражать общую тенденцию сближения города и деревни. Основным направлением ее развития является максимальное приближение врачебной помощи к женщинам — жительницам села, совершенствование форм и методов профилактической работы и диспансерного наблюдения. Для осуществления этой цели необходимо укрупнять сельские поселения, развивать широкую сеть автодорожных магистралей, централизовать акушерско-гинекологическую помощь в мощных многопрофильных районных больницах.

Организация акушерско-гинекологической помощи сельскому населению основана на тех же принципах, что и городскому. Однако характер расселения, радиус обслуживания, специфика сельскохозяйственного производства (большие территории, сезонность), состояние путей сообщения и транспорта в деревне требуют несколько особой, отличающейся от городской, системы организации медицинской помощи.

Основной особенностью акушерско-гинекологической службы на селе является ее этапность, выражающаяся в том, что лечебно-профилактическая помощь женщинам оказывается комплексом медицинских организаций — от фельдшерско-акушерского пункта до областных учреждений.

Первым этапом оказания акушерско-гинекологической помощи населению деревни является сельский врачебный участок, объединяющий сельскую участковую больницу или врачебную амбулаторию, ФАП и КРД, вторым — районные медицинские учреждения: центральная районная больница, номерные районные и межрайонные больницы. На третьем этапе сельское население получает акушерско-гинекологическую помощь в областной больнице.

Сельский врачебный участок — первичное звено в системе учреждений, оказывающих акушерско-гинеколо-

гическую помощь сельскому населению. КРД, ФАП и сельские участковые больницы являются наиболее приближенными к сельскому населению медицинскими учреждениями, и от качества их работы зависят исходы многих родов и гинекологических заболеваний.

Колхозный родильный дом располагается в отдельном помещении и обслуживает население данного колхоза, который оплачивает его содержание и работу санитарки. Органы здравоохранения обеспечивают медикаментами, инструментарием и выделяют из штата районной больницы акушерку. Создание КРД помогло решить задачу полного охвата сельского населения родильной помощью. В настоящее время КРД уже не являются формой стационарного обслуживания беременных женщин. Основная задача акушерок, работающих в КРД, — своевременно выявить патологию у беременных и направить их на консультацию и роды в родильные учреждения районного типа.

Фельдшерско-акушерские пункты организуются в деревнях с населением 300—800 человек, если в радиусе 4—5 км нет сельской участковой больницы или амбулатории. В штатном расписании ФАП предусматриваются должности фельдшера, акушерки и санитарки. По административной линии акушерка подчиняется заведующему ФАП, организационно-методическое руководство ее работой осуществляет главный врач участковой больницы, старшая акушерка района, акушер-гинеколог районной больницы. ФАП могут быть амбулаторными учреждениями и иметь родильные койки, развертывать которые разрешается при наличии неблагоприятных местных условий (отдаленность от акушерских стационаров) и соответствующего помещения.

Основные обязанности акушерки, работающей на ФАП: выявление в районе обслуживания всех беременных в ранние сроки беременности и систематическое наблюдение за их состоянием; осмотр всех беременных и консультация с врачом для выявления экстрагенитальной и акушерской патологии и своевременной госпитализации; патронаж родильниц и детей в возрасте до одного года; проведение санитарно-просветительной работы среди женщин; осуществление профилактических осмотров с использованием цитологических методов исследования для выявления гинекологических больных, направление их к врачу и оказание медицинской помощи по назначению врача; постоянное повышение квалификации и совершенствование проведения профилактических мероприятий; правильное и четкое ведение медицинской документации.

Сельская участковая больница — наиболее приближенное к сельскому населению врачебное медицинское учреждение. В некоторых из этих больниц еще сохранились акушерские койки. В последнее время идет непрерывный процесс укрупнения и реорганизации сельских участковых больниц, что

усиливает их материальную базу и дает возможность иметь несколько врачей различных профилей (терапевт, хирург, акушер-гинеколог, педиатр). Должность акушера-гинеколога предусматривается штатными нормативами только в участковых больницах мощностью в 50 и более коек (8 акушерских). В участковой больнице работают две и более акушерки. Деятельность сельских участковых больниц по организации акушерско-гинекологической помощи направляют и контролируют районные акушеры-гинекологи.

Акушерки сельских участковых больниц организуют работу и повышают свою квалификацию так же, как и акушерки ФАП. Они обеспечивают профилактическое обслуживание беременных и гинекологических больных. Если необходимо оказать экстренную помощь беременным, роженицам и родильницам, акушерка обращается к врачам сельских участковых больниц, которые непосредственно руководят работой акушерок участковых больниц и ФАП.

В связи с увеличением мощности акушерско-гинекологических отделений ЦРБ постепенно сокращается с учетом местных условий, наличия транспорта, хороших дорог, средств связи число родильных коек в сельских участковых больницах, на ФАП и в КРД. Проводимая реорганизация меняет функции сельского врачебного участка, деятельность которого имеет в основном профилактическую направленность. Акушерки ФАП, КРД проводят профилактические осмотры с использованием метода цитологического обследования, осуществляют патронаж, раннее выявление беременных женщин и гинекологических больных, диспансерное их наблюдение, санитарно-просветительную и воспитательную работу, обеспечивают своевременную госпитализацию при заболеваниях и на роды.

Центральная районная больница является центром оказания квалифицированной акушерско-гинекологической помощи сельскому населению.

В акушерских и гинекологических отделениях ЦРБ работа в основном организуется, как и в городских родильных домах. В ЦРБ работают акушеры-гинекологи, хирурги, анестезиологи и другие специалисты. Это позволяет осуществить централизацию акушерской и гинекологической помощи во врачебных стационарах и женских консультациях ЦРБ. Только в отдельных случаях, когда в условиях районной больницы не может быть оказана необходимая помощь, следует заблаговременно госпитализировать больных в акушерско-гинекологическое отделение областной или городской больницы.

В ЦРБ работают несколько акушеров-гинекологов, на одного из которых (как правило, заведующего отделением) возложены функции главного районного специалиста — руководителя и организатора лечебно-профилактической помощи беременным и гинекологическим больным. Он обеспечивает проведение мероприятий по повышению квалификации сельских участковых врачей

и акушерок, организует районные конференции, консультирует по всем вопросам акушерско-гинекологической специальности, осуществляет плановые выезды во все медицинские учреждения района, оказывающие акушерско-гинекологическую помощь, контролирует работу акушерок и сельских участковых врачей.

Диспансеризация гинекологических больных в сельской местности осуществляется непосредственно в женской консультации ЦРБ, а стационарное лечение — в районной и областной больнице. Для наблюдения за диспансерными больными и выполнения простейших процедур привлекаются акушерки ФАП.

Для оказания медицинской помощи, особенно в отдаленных сельских районах, на базе ЦРБ создаются выездные женские консультации, или, как их теперь называют, выездные медицинские бригады, в состав которых, утвержденный приказом главного врача ЦРБ, входят акушер-гинеколог, педиатр, терапевт, зубной врач, лаборант, акушерка, детская медицинская сестра. Выездные бригады обеспечиваются специально оборудованным автотранспортом, оснащаются необходимым для работы на месте инвентарем, набором инструментов, шовным материалом, медикаментами для оказания экстренной медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным, проведения профилактических осмотров и приема больных.

График выездов составляется на календарный год с учетом времени посевных и уборочных кампаний и подписывается главным врачом ЦРБ, рекомендуется утверждать его решением исполкома районного Совета народных депутатов. В графике указываются дата, длительность, место каждого выезда, состав бригады. Руководители хозяйств (колхозов, совхозов) обязаны создать условия для приема больных, выделить транспорт для доставки женщин и детей к месту работы специалистов. Утвержденный график выезда бригады медицинских работников доводится до сведения главных врачей участковых больниц, заведующих фельдшерскими, фельдшерско-акушерскими пунктами. Медицинские работники на местах готовят помещение для работы бригады и оповещают население своего участка о порядке приема врачей. Фельдшер и акушерка обязаны иметь список женщин участка, подлежащих профилактическим и периодическим осмотрам. Опыт работы выездных медицинских бригад в Белоруссии, на Украине и в других республиках свидетельствует, что для оказания необходимой помощи достаточно 2—3 выездов в месяц.

Отчет о проделанной работе составляется учреждением, в котором была организована выездная бригада. Ее специалисты на местах отражают работу в документации своего учреждения и того, на базе которого они работали.

Выездные медицинские бригады обеспечивают приближение квалифицированной врачебной помощи к сельскому населению. При таких выездах медицинские работники оказывают непосредственно на месте квалифицированную диагностическую и

лечебную помощь беременным и гинекологическим больным отбирают для диспансерного наблюдения беременных группы высокого риска, беременных и гинекологических больных, подлежащих направлению для углубленного обследования и лечения в ЦРБ или другие учреждения, а также беременных, нуждающихся в родоразрешении в условиях специализированного стационара, проводят массовые профилактические гинекологические осмотры и другие оздоровительные мероприятия, в первую очередь среди женщин, занятых на работе в ведущих отраслях сельского хозяйства, санитарно-просветительную и воспитательную работу среди населения по охране здоровья женщины, матери и ребенка, способствуют повышению квалификации врачей сельских участковых больниц, акушерок ФАП и КРД по наиболее актуальным разделам акушерства и гинекологии, руководят деятельностью медицинских учреждений сельских врачебных участков и контролируют их состояние.

Акушер-гинеколог выездной бригады после первичного осмотра и комплексного обследования беременной или гинекологической больной разъясняет важность регулярного наблюдения врачом или акушеркой, соблюдения режима питания, труда и отдыха, личной гигиены, обязательного родоразрешения в условиях стационара. При последующих выездах акушер-гинеколог следит за развитием беременности, проверяет выполнение назначений и рекомендаций.

Практически здоровые женщины с благополучным акушерским анамнезом, нормальным течением беременности в период между выездами бригады наблюдаются у акушерки ФАП или участковой больницы и направляются на роды в ближайшую участковую или районную больницу.

Для беременных группы высокого риска намечается план диспансерного наблюдения и родоразрешения с указанием сроков госпитализации их в ЦРБ (родильное отделение областной, республиканской больницы, специализированные родильные дома).

Беременных женщин с симптомами позднего токсикоза любой степени тяжести врач немедленно направляет на госпитализацию в районную больницу с помощью санитарного автотранспорта, вызванного из ЦРБ, или санитарной авиации.

С женщинами, которым противопоказано вынашивание беременности, акушер-гинеколог и акушерка проводят беседы о вреде для их здоровья беременности, возможных осложнениях, рекомендуют противозачаточные средства.

В ЦРБ выделяют старшую акушерку района, которая помогает главному акушеру-гинекологу осуществлять организационно-методическое руководство деятельностью всех медицинских учреждений района, организует и контролирует работу всех акушерок, выезжая на места и анализируя отчеты ФАП, КРД и сельских участковых больниц, проводит мероприятия по повышению квалификации акушерок.

Важнейшим звеном в оказании медицинской помощи сельскому населению являются межрайонные больницы, которые организуются, если окружающие районы находятся на значительном расстоянии от областного центра, а имеющиеся в них больницы по своей мощности не могут обеспечить акушерско-гинекологическую и другую медицинскую помощь в полном объеме. Межрайонные больницы являются комплексными лечебно-профилактическими и организационно-методическими учреждениями, обеспечивающими оказание квалифицированной медицинской помощи населению нескольких прикрепленных к ним районов.

Областная больница является центром по оказанию высококвалифицированной помощи во всех областях медицины, по руководству деятельностью медицинских учреждений районов, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь, и контролю за ними. Областные больницы обеспечены квалифицированными кадрами, оснащены современным оборудованием, имеют клиничко-диагностические лаборатории, анестезиолого-реанимационную службу. На базе их повышают квалификацию врачи сельских районов.

Развитие акушерско-гинекологических отделений при областных больницах дает возможность организовать все виды специализированной медицинской помощи беременным и гинекологическим больным сельских районов. Однако это не исключает необходимости дальнейшего развития и укрепления ЦРБ с крупными акушерско-гинекологическими отделениями, как наиболее приближенной к сельским условиям квалифицированной врачебной акушерско-гинекологической помощи.

Немалая роль в оказании специализированной акушерско-гинекологической помощи сельскому населению принадлежит также городским родовспомогательным учреждениям и соответствующим клиникам научно-исследовательских институтов и кафедр.

Специфика работы акушеров-гинекологов и акушерок в сельских местностях требует постоянного повышения их квалификации. Большое значение в профессиональном росте врачей и средних медицинских работников имеет проведение районных и областных научно-практических конференций и декадников по актуальным вопросам акушерско-гинекологической специальности. К сравнительно новым формам повышения квалификации акушеров-гинекологов и акушерок относятся: организация выездных циклов повышения квалификации; проведение общественных смотров-конкурсов сельских учреждений с тщательной предварительной подготовкой к ним и последующим обсуждением результатов; организация курсов и занятий для врачей сельских участковых больниц и амбулаторий по актуальным разделам акушерства, гинекологии и перинатологии; создание школ передового опыта на базе ЦРБ, ФАП и других учреждений. Большая роль в повышении квалификации акуше-

ов-гинекологов и среднего медицинского персонала принадлежит институтам усовершенствования врачей, кафедрам медицинских институтов, медицинским училищам, проведению краткосрочных и прерывистых курсов на межрайонных базах по наиболее важным разделам акушерско-гинекологической патологии, стажировке на местных базах с отрывом и без отрыва от работы. Определенное значение в повышении квалификации имеет дальнейшее совершенствование аттестации и перееаттестации врачей и средних медицинских работников.

Специализированная акушерско-гинекологическая помощь

Успехи акушерско-гинекологической науки, улучшение материально-технической базы родовспомогательных учреждений способствовали развитию стационарной и амбулаторно-поликлинической специализированной помощи, направленной на дальнейшее снижение материнской и перинатальной смертности, заболеваемости и смертности гинекологических больных.

Акушерская стационарная специализированная помощь оказывается в основном в акушерских стационарах для беременных женщин, страдающих экстрагенитальными заболеваниями, и специализированных стационарах для женщин с различными осложнениями беременности. В настоящее время во многих городах 20—30 % коечного фонда акушерско-гинекологических стационаров составляют специализированные койки.

Среди специализированных акушерских учреждений для женщин с экстрагенитальной патологией основное место принадлежит стационарам для беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, почек, сахарным диабетом, туберкулезом, вирусными болезнями.

При создании сети специализированных акушерских и гинекологических отделений важное значение имеет вопрос о размещении отделений того или иного профиля. Считается целесообразным организовывать специализированные стационары для женщин с экстрагенитальной патологией (сердечно-сосудистые заболевания, диабет, пиелонефрит и др.) при многопрофильных больницах, в состав которых входят терапевтические, эндокринологические, нефрологические и другие отделения. Специализированные отделения для беременных с гепатитом, туберкулезом или другими инфекционными заболеваниями необходимо создавать при больницах соответствующего профиля.

При акушерской патологии целесообразно открывать специализированные стационары для беременных с невынашиванием беременности, иммунологической несовместимостью крови матери и плода, для женщин с послеродовыми септическими осложнениями.

Специализированный стационар для женщин, страдающих невынашиванием беременности, лучше всего организовывать

в родильном доме или отделении больницы с акушерским и детским отделениями. Сюда госпитализируются преждевременно рожаящие, а в отделение патологии беременных — женщины с угрозой прерывания беременности, привычным невынашиванием и выкидышами в анамнезе. В задачи отделения входят: профилактика невынашивания беременности, рациональное ведение преждевременных родов, совершенствование методов выхаживания и лечения недоношенных новорожденных.

В специализированное акушерское отделение при иммуноконфликтной беременности госпитализируются повторнобеременные женщины с отягощенным акушерским анамнезом, высоким титром антител в крови. В этом отделении должны круглосуточно дежурить врач-педиатр и работать биохимическая лаборатория.

Изолировать больных с послеродовыми септическими заболеваниями в родильных домах не всегда можно. Поэтому организация специализированного стационара для больных с подобными осложнениями в послеродовом периоде дает возможность своевременно провести изоляцию больной и оказать квалифицированную помощь. В это отделение из других акушерских стационаров переводят женщин с септическими послеродовыми осложнениями: эндометритом, тромбозом, маститом, перитонитом и др. Детские палаты должны быть боксированными, чтобы предупредить гнойно-септические заболевания среди новорожденных.

Стационарная специализированная помощь гинекологическим больным также организуется в крупных родильных домах или акушерско-гинекологических отделениях многопрофильных больниц. Преимущественно специализированные стационары создаются для больных с нарушением менструальной функции. Для лечения гинекологических заболеваний в детском возрасте в крупных населенных пунктах организуются отделения, входящие в состав детских больниц. Специализированные отделения для оказания квалифицированной помощи при инфицированных абортах должны входить в состав больниц, имеющих отделения гнойной хирургии и реанимации.

Специализированные стационары необходимо создавать в крупных республиканских, краевых и областных медицинских учреждениях, преимущественно в многопрофильных больницах, где оперативнее решаются вопросы лечебно-консультативного и материально-технического обеспечения. Организацию специализированных стационаров и расчет их мощности нужно проводить с учетом численности населения и потребности его в соответствующих койках, а также типа и характера медицинского учреждения, его материально-технического оснащения.

Увеличение числа женских консультаций, возрастание их мощности и оснащенности способствовали дальнейшему развитию специализированной акушерско-гинекологической помощи в поликлинических условиях. В крупных женских консультациях

организованы специализированные консультативные приемы по профилактике и лечению невынашивания беременности, бесплодия, эндокринных нарушений, туберкулеза женских половых органов, гинекологии детского возраста, онкогинекологии, кабинеты корригирующей гимнастики и контрацепции.

Для раннего выявления наследственных заболеваний и прогноза потомства, а также разработки мер ранней антенатальной профилактики наследственной патологии должны создаваться и укрепляться существующие медико-генетические консультации.

Новой формой работы являются консультации или кабинеты по вопросам брака и семьи, в задачи которых входит разъяснение населению вопросов гигиены брака, внутрисемейного регулирования рождаемости, сексопатологии и медицинской генетики.

Большое значение в развитии специализированной акушерско-гинекологической помощи имела организация базовых женских консультаций, которые стали центрами специализированной консультативной помощи, подготовки и усовершенствования врачей женских консультаций и в настоящее время эффективно работают во всех союзных республиках.

Одновременное развитие специализированных родильных домов или акушерско-гинекологических отделений в больницах с консультативными амбулаторными приемами при диабете, резус-конфликте, сердечно-сосудистых, почечных и других заболеваниях обуславливает единство специализированной поликлинической и стационарной помощи беременным, роженицам и родильницам.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Внебольничная акушерско-гинекологическая помощь оказывается женщинам в специальных учреждениях амбулаторного типа, основным из которых является женская консультация. В основу лечебно-профилактической работы женской консультации положен принцип диспансерного обслуживания женщин, проживающих в районе ее деятельности.

Структура и функции женской консультации

Большинство женских консультаций представляет собой функциональное подразделение, которое входит в состав родильного дома, поликлиники, медсанчасти или другого лечебно-учреждения и находится в их административном подчинении. Лишь немногие женские консультации существуют в качестве самостоятельных учреждений и подчиняются местным органам здравоохранения. Руководит женской консультацией заведующая

ций, непосредственно подчиняющийся руководителю лечебно-профилактического учреждения, в состав которого она входит.

Женская консультация может располагаться в отдельном типовом или приспособленном здании либо занимать часть здания, принадлежащего акушерскому стационару, поликлинике или медсанчасти. Помещение должно быть изолированным, чтобы исключить контакт беременных с больными, обращающимися к врачам других специальностей.

Основными задачами женской консультации являются¹:

1) проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение осложнений беременности, родов, послеродового периода, гинекологических заболеваний;

2) оказание квалифицированной акушерско-гинекологической помощи населению прикрепленной территории;

3) проведение работы по контрацепции;

4) внедрение в практику работы современных методов диагностики и лечения патологической беременности, заболеваний родильниц и гинекологических больных, передовых форм и методов амбулаторной акушерско-гинекологической помощи;

5) проведение санитарно-просветительной работы;

6) обеспечение женщин правовой защитой в соответствии с законодательством об охране материнства и детства;

7) обеспечение преемственности в обследовании и лечении беременных, родильниц и гинекологических больных; осуществление систематической связи с родильным домом (отделением), станцией (отделением) скорой и неотложной медицинской помощи, поликлиникой и детской поликлиникой, а также с другими лечебно-профилактическими учреждениями (противотуберкулезным, кожно-венерологическим, онкологическим диспансером и др.).

Структура и набор помещений женской консультации определяются задачами, которые она выполняет, ее мощностью и характером административной подчиненности. Однако в составе каждой женской консультации должны быть предусмотрены гардероб для больных и персонала, регистратура, зал ожидания, кабинеты заведующего, старшей акушерки, статистика, врачебные акушерско-гинекологические кабинеты, кабинеты врачей-специалистов (терапевт, стоматолог), операционная с предоперационной и комнатой отдыха для больных, процедурный кабинет для внутривенных и подкожных вливаний, процедурный кабинет для влагалищных манипуляций, эндоскопический кабинет, стерилизационная, кабинет для психопрофилактической подготовки беременных к родам, кабинет для занятий «Школы матерей», кабинет по предупреждению беременности, кабинет социально-правового работника, кабинет сестры-хозяйки, туалет для женщин и персонала.

В женских консультациях, входящих в состав поликлиник,

¹ Инструктивно-методические указания по организации работы женской консультации (приказ МЗ СССР № 430 от 22.04.81).

акушерских стационаров и медсанчастей, можно не выделять специальных помещений для занятий физкультурой, лабораторий, кабинетов функциональной диагностики, физиотерапии, рентгеновских методов исследования, так как для обслуживания женщин используются общие кабинеты учреждения, в которое входит женская консультация. Чтобы предупредить контакт беременных с больными женщинами, следует правильно планировать время работы общих кабинетов, поддерживать в них необходимый санитарно-гигиенический режим или, если возможно, выделять для беременных специальные помещения с изолированным входом.

В некоторых крупных городах или районах, где есть мощные, хорошо оборудованные и оснащенные медицинские учреждения, организуются так называемые базовые женские консультации, которые помимо обычной работы выполняют функции консультативного центра поликлинической акушерско-гинекологической помощи. Как правило, в них сосредотачиваются все виды специализированной акушерско-гинекологической помощи: лечение гинекологических заболеваний в детском возрасте, бесплодного брака, эндокринных нарушений и патологии климакса, генитального туберкулеза, невынашивания беременности и др., для чего выделяются кабинеты со специальным оборудованием.

Мощность женской консультации определяется числом врачебных участков, которые создаются в соответствии с численностью населения, количеством посещений, сделанных женщинами в течение дня к врачу и врачом к женщинам при оказании им помощи на дому.

Специальные исследования Г. С. Мучиева, О. Г. Фроловой (1979) показали, что эффективность лечебно-профилактической работы выше в крупных женских консультациях, насчитывающих 10 и более врачебных участков, а также в женских консультациях, входящих в состав крупных многопрофильных поликлиник. В них лучше такие показатели, как ранний охват беременных наблюдением, частота осмотра беременных терапевтом, объем лабораторных исследований, расхождение в сроках предоставления родового отпуска и др.

Для дальнейшего развития и совершенствования акушерско-гинекологической службы, в том числе и поликлинической, целесообразно создавать такие лечебные комплексы, которые включали бы в себя многопрофильную больницу с акушерско-гинекологическим стационаром и мощную поликлинику с крупной женской консультацией в ее составе.

Работа женской консультации строится по территориально-участковому принципу. Один акушерский участок включает территориально приблизительно два терапевтических с числом лиц женского пола 4000—4500, в том числе старше 15 лет — 3000—3500, женщин детородного возраста 15—49 лет — 2100. Обслуживают акушерский участок акушер-гинеколог и акушерка, принимая в год 7000—8000 женщин.

Территориально-участковый принцип позволяет акушеру-гинекологу осуществлять постоянную связь с участковым терапевтом, терапевтом женской консультации и другими специалистами. Это способствует своевременному выявлению беременности у женщин, страдающих экстрагенитальными заболеваниями, всестороннему их обследованию и установлению соответствующего режима и лечения, а в ряде случаев совместного диспансерного наблюдения.

Каждый участковый акушер-гинеколог и акушерка должны четко знать границы и особенности своего участка, производственную, социально-гигиеническую и демографическую характеристику, численность и плотность населения, возрастной и социальный состав женщин, состояние их здоровья и т. д.

Для обеспечения эффективной и качественной лечебно-профилактической помощи на каждом участке целесообразно иметь поименную картотеку всех женщин. При этом на каждую женщину заводится карточка с заполненной паспортной частью (фамилия, имя, отчество, год рождения, адрес, профессия, место работы). В начале года все карточки в алфавитном порядке расставляются в специальном ящике картотеки. После приема, профилактического осмотра, посещения на дому карточки с записью результатов осмотра помещают в другой ящик (можно использовать две половины одного ящика). К концу года остаются карточки женщин, ни разу не посетивших женскую консультацию, и врач принимает меры для их осмотра.

Весь объем лечебно-профилактической помощи врачи женской консультации выполняют совместно с акушерками, которые обязаны помогать врачу в организации и осуществлении работы на участке.

Прием в женской консультации должен проводиться в удобное для населения время (оптимальные часы с 8 до 20). Распределение утренних и вечерних приемов оформляется месячными графиками, утвержденными руководителем учреждения. Обычно каждый врач имеет одинаковое число утренних и вечерних приемов, чередующихся через день, что дает возможность женщине обратиться к врачу в удобное для нее время.

Прием в женских консультациях ведется ежедневно. Городские женские консультации по субботам, воскресеньям, предпраздничным и праздничным дням могут работать с 9 до 18 ч. В регистратуре женской консультации должна быть четкая наглядная информация: расписание работы врачей всех специальностей, лечебных и диагностических кабинетов; сообщение о часах приема в женской консультации, включая субботние и воскресные дни, и о том, куда обращаться за медицинской помощью в часы, когда женская консультация прекратила свою работу (с указанием номеров телефонов, адреса и видов транспорта, на котором можно доехать до соответствующего лечебно-профилактического учреждения).

Прием женщин в консультации должен быть организован

так, чтобы не было очередей. Предварительная запись может быть произведена на все дни недели при непосредственном обращении женщины в консультацию или по телефону, для чего в консультации должна быть заведена «Карточка предварительной записи на прием к врачу» (уч. ф. № 040). Акушерка в соответствии с этими записями подготавливает к приему медицинскую документацию.

Большинство женских консультаций предварительной записи не практикуют, и все больные обслуживаются в день обращения. Если участковый врач отсутствует, женщину его участка принимает другой акушер-гинеколог или заведующий женской консультацией. Необходимость повторной явки определяется врачом с учетом имеющихся показаний, и женщине выдается специальный «Талон на прием к врачу» (уч. ф. № 025-4). При отсутствии в консультации единой регистратуры всю работу по записи посещений, учету беременных и гинекологических больных, оформлению повторных посещений выполняют участковые акушерки. В таких случаях не только картотека беременных, но и амбулаторные карты гинекологических больных находятся в кабинете участкового врача и хранятся по адресам в алфавитном порядке.

В течение одного часа амбулаторного приема врач принимает 5 женщин, или средняя продолжительность приема одной женщины составляет 10—15 мин. При 5-часовой работе в женской консультации врач принимает за день 25 человек, или количество посещений в течение года (при среднем числе рабочих дней в году 283) составляет 6500 и выражает числовое значение «функции врачебной должности». На основании этих данных рассчитывают весьма важный показатель, необходимый для планирования амбулаторно-поликлинической помощи,— среднее число посещений женской консультации на одного жителя в году. На 1976—1980 гг. этот расчетный норматив был установлен Министерством здравоохранения СССР в 0,8.

Кроме амбулаторного приема (5 ч) врачу выделяется ежедневно 1 ч 30 мин для профилактической работы и помощи женщинам на дому (обычно 2—3 дня в мес). На посещение одной женщины на дому акушеру-гинекологу выделяется 40—45 мин, а на консультацию одной больной несколькими специалистами одновременно отводится один час. Длительность обслуживания больных на дому может быть изменена в зависимости от местных условий (дисперсность участка, наличие транспорта и др.).

Вызов врача на дом оформляется по телефону либо при непосредственном обращении больной или ее родственников в регистратуру женской консультации. Каждый вызов врача на дом записывается в специальной книге (уч. ф. № 031) и выполняется в тот же день, а при срочных показаниях — немедленно. Если необходимо, врач осуществляет повторное «активное посещение» больной на дому. Для консультации могут быть приглашены и врачи других специальностей.

Патронажная работа женской консультации осуществляется преимущественно акушеркой самостоятельно или по указанию врача. Посещение беременных, родильниц и гинекологических больных проводится для того, чтобы ознакомиться с жилищно-бытовыми условиями женщин, проконтролировать правильность выполнения больными назначений врача и соблюдения рекомендованного режима, установить состояние здоровья женщин, не явившихся на прием к врачу или не госпитализированных по направлению врача в стационар, обучить женщин правилам личной гигиены и т. д. Патронажная работа акушерки входит в часы ее работы в женской консультации.

В женской консультации, объединенной со стационаром, наиболее целесообразна система чередования работы акушеров-гинекологов, при которой врач работает год в женской консультации и год в акушерско-гинекологическом стационаре. При этом важно закрепление за одним участком двух врачей, несколько лет заменяющих друг друга в консультации и стационаре и хорошо знающих свой участок.

Система чередования, привлечение врачей, работающих в женской консультации, к дежурствам в акушерско-гинекологическом стационаре в установленном порядке, участие в утренних, теоретических и клинико-анатомических конференциях родильного дома, несомненно, способствуют профессиональному совершенствованию врача акушера-гинеколога. Не реже одного раза в 5 лет врач должен повышать свою квалификацию в институтах и на факультетах усовершенствования врачей в соответствии с действующим положением.

Одним из важных разделов работы женской консультации является оказание женщинам социально-правовой помощи на основании действующих законодательств. В женской консультации работает юрисконсульт, который дает консультации по правовым вопросам, организует лекции и беседы по основам советского законодательства о браке и семье, о льготах трудового законодательства для женщин, беседы, семинары для врачей и среднего медицинского персонала по разъяснению Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении, проводит работу по пропаганде советского законодательства. Юрисконсульт ведет «Книгу записи работы старшего юрисконсульта, юрисконсульта учреждений здравоохранения» (уч. ф. № 087).

Женская консультация может быть клинической (учебной) базой медицинского института (факультета), института (факультета) усовершенствования врачей, научно-исследовательского учреждения и медицинского училища. В таких случаях кроме выполнения обычных задач женская консультация принимает участие в обеспечении научных и педагогических процессов.

При планировании работы женской консультации следует учитывать частоту обращения женщин за помощью по часам суток, дням недели, месяцам и временам года, а также контин-

гент женщин обслуживаемого участка, мощность женской консультации, ее оснащенность лечебно-диагностической аппаратурой, укомплектованность кадрами, уровень организации работы, квалификацию врачей и средних медицинских работников и др.

В графиках необходимо отражать все виды работ, выполняемых акушером-гинекологом: прием в женской консультации, посещения на дому, санитарно-просветительные и другие профилактические мероприятия. Врач ведет «Дневник работы врача поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации» (уч. ф. № 039).

В проведении приема и лечения больных врачу помогает акушерка участка; она готовит инструменты, медицинскую документацию, производит взвешивание беременных и измерение артериального давления, выдает направления на анализы и консультации, производит лечебные процедуры. Акушерка ведет учет своей работы в специальном дневнике (уч. ф. № 039-1).

Методическое руководство и контроль за организацией работы женской консультации осуществляет главный акушер-гинеколог республиканского министерства здравоохранения, областного (краевого), городского отдела здравоохранения.

Преимственность в работе

Женские консультации строят свою работу в тесном контакте с другими лечебно-профилактическими учреждениями, оказывающими медицинскую помощь женщинам. Это акушерский и гинекологический стационары, общая и детская поликлиники, специализированные диспансеры (противотуберкулезный, кожно-венерологический, онкологический, кардиоревматологический, врачебно-физкультурный) и др. Такая постоянная рабочая связь обеспечивает быстрое и правильное обследование и лечение беременных и больных женщин или совместное наблюдение за ними.

Наиболее тесный контакт в работе женской консультации и акушерско-гинекологического стационара достигается при их объединении. Женские консультации, не входящие в состав родильного дома или отделения больницы, прикрепляются к определенным акушерско-гинекологическим стационарам. В таких случаях преимственность обеспечивается правильной организацией работы.

Высокой степени преимственности в работе женских консультаций и акушерско-гинекологического стационара способствуют система чередования работы врачей в стационаре и поликлинике, активное участие акушеров-гинекологов в больничных, клинических, районных и городских научно-практических и клинко-анатомических конференциях, передача подробной информации о состоянии здоровья женщин при госпитализации и выписке из стационара, организация в женской консультации консультатив-

ных приемов заведующих отделениями, научных сотрудников, доцентов и профессоров кафедр медицинских и научно-исследовательских институтов, а также институтов усовершенствования врачей, проводимых, как правило, совместно с участковыми врачами.

Достаточно подробную информацию о состоянии здоровья и течении беременности дает «Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы» (уч. ф. № 113), которая состоит из трех отрывных талонов и предназначена для взаимной информации женской консультации и акушерского стационара об особенностях течения беременности и родов, о состоянии каждой женщины во время беременности и в послеродовом периоде, а также для сообщения детской поликлинике об особенностях течения родов и состоянии ребенка при рождении, в акушерском стационаре и при выписке.

Участковый врач женской консультации в 32 нед беременности заполняет первый талон обменной карты «Сведения женской консультации о беременной», в который заносятся сведения об исходах и течении прежних беременностей, родов и послеродового периода, а также особенности течения настоящей беременности и состояния женщины, что имеет важное значение для врача акушерского стационара. При последующих посещениях консультации беременная приносит обменную карту, куда записываются основные результаты осмотров и анализов. Поступая в акушерский стационар на роды, женщина передает карту врачу, и первый талон ее хранится в истории родов.

Второй талон «Сведения родильного дома (родильного отделения больницы) о родильнице» заполняется в акушерском стационаре перед выпиской и выдается родильнице для передачи в женскую консультацию, в отдельных случаях отправляют по почте или с нарочным. При заполнении второго талона врач подробно описывает особенности течения родов, послеродового периода и состояния родильницы, требующие специального наблюдения за ней и предоставления послеродового отпуска.

В третий талон «Сведения родильного дома (родильного отделения больницы) о новорожденном» врачи акушерского стационара (акушер-гинеколог и неонатолог) вносят данные об особенностях родов и состоянии новорожденного, которые вызывают необходимость специального наблюдения за ним после выписки из стационара. Талон заполняют в акушерском стационаре перед выпиской новорожденного и выдают матери для передачи в детскую поликлинику.

Отрывные талоны необходимо заполнять очень тщательно, особенно в условиях большого города, где имеется много родовспомогательных учреждений и куда часто поступают на роды женщины с осложненным течением беременности. Обменная карта служит основой для быстрой ориентации дежурного врача при составлении плана и прогноза родов.

При направлении женщин в отделение патологии беремен-

ных, если беременность не достигла 28 нед, или в другие отделения стационара, а также при госпитализации гинекологических больных им выдается «Выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного» (уч. ф. № 027), для беременной — выписка из «Индивидуальной карты беременной» (уч. ф. № 111). Выписку с результатами наблюдения и обследования беременной или больной заполняют дважды: в женской консультации при направлении на госпитализацию и в стационаре при выписке из больницы, где определяется окончательный диагноз и даются рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению беременной или больной женщины.

Такое составление выписок практикуется лишь в тех случаях, когда сведениями обмениваются различные учреждения. Из женской консультации в стационар объединенного учреждения передается история болезни амбулаторной больной (уч. ф. № 025) или индивидуальная карта беременной. При выписке женщины из стационара заключительный эпикриз в таких случаях заносят прямо в амбулаторную историю болезни или карту беременной, после чего эти документы возвращают в женскую консультацию.

Выписки, амбулаторные истории болезни или индивидуальные карты беременных, передаваемые в стационар при госпитализации женщины, должны быть направлены в женскую консультацию не позже следующего дня после выписки из стационара, чтобы представить врачу женской консультации сведения, необходимые для продолжения ее лечения в амбулаторных условиях.

Не рекомендуется выписку из стационара, истории болезни амбулаторной больной или карты беременных передавать через больных или беременных женщин. Они должны быть доставлены по почте или с нарочным.

Женская консультация обязана контролировать своевременное поступление беременной или больной в стационар и принимать энергичные меры для стационарирования женщин, уклоняющихся от обязательной госпитализации.

Госпитализации для обследования и лечения подлежат беременные при патологическом течении беременности (тяжелые формы токсикоза первой половины беременности, угрожающие выкидыш или преждевременные роды, поздние токсикозы беременных, кровотечение из половых путей, иммунологическая несовместимость по резус-фактору и др.), при некоторых экстрагенитальных заболеваниях (болезни сердечно-сосудистой системы, диабет, анемия, пиелонефрит и др.), при невозможности в амбулаторных условиях уточнить диагноз заболевания или осложнения беременности. Практически здоровые женщины с возможными осложнениями в родах (рубец на матке, узкий таз, неправильное положение плода и т. д.) госпитализируются за несколько дней или недель до предполагаемого срока родов.

Беременные женщины могут быть стационарированы в любое

отделение (терапевтическое, инфекционное, нефрологическое и др.) преимущественно в первом триместре беременности для квалифицированного решения вопроса о возможности сохранения беременности и лечения соматического заболевания.

Большинство гинекологических больных проходят обследование и лечение в женской консультации.

Среди нуждающихся в стационарном обследовании и лечении выделяют две группы больных. К первой группе относятся больные, требующие по характеру заболевания и состоянию здоровья срочной, немедленной госпитализации (внутрибрюшное кровотечение, перекрут ножки кисты, острое воспаление половых органов, признаки перитонита, кровотечение из половых путей и др.). Вторая группа больных госпитализируется в плановом порядке, после соответствующей подготовки в консультации и с учетом дней менструального цикла.

При срочной госпитализации больные доставляются в стационар санитарным транспортом в сопровождении медицинских работников, при плановой — в сопровождении родственников. Для учета госпитализации больных в женской консультации имеется «Книга записи больных, назначенных на госпитализацию» (уч. ф. № 034), в которой делаются пометки о фактическом стационарировании женщин или о причине непоступления их в больницу. Если женщина по каким-то причинам не явилась в стационар в течение 2 сут, к ней проводится патронаж.

Преемственность в обследовании и лечении больных значительно сокращает сроки пребывания больной в стационаре, уменьшает число дней предоперационной подготовки, способствует увеличению оборота койки.

Многие женские консультации, особенно гинекологические кабинеты промышленных предприятий, почти не выдают листков по временной нетрудоспособности при лечении в амбулаторных условиях, а направляют больных в стационар. Тесный контакт между их работой в таких случаях особенно важен.

При высокой степени преемственности в работе женских консультаций и акушерского стационара облегчается госпитализация женщин, не прерывается динамическое наблюдение за беременными и гинекологическими больными, обеспечивается постоянная консультативная помощь врачам женской консультации, повышается их квалификация.

Для увеличения объема, улучшения качества медицинской помощи больным беременным и более надежной антенатальной охраны плода следует шире внедрять систему диспансерного наблюдения за беременными с экстрагенитальными заболеваниями акушером-гинекологом совместно с терапевтом, а при необходимости и с врачами других специальностей. По данным Л. И. Куриленко (1978), 60—80 % беременных, посещающих консультацию, нуждаются в наблюдении невропатологов, эндокринологов, офтальмологов и других врачей.

Постоянная связь акушера-гинеколога с участковым тера-

певтом и врачом кардиоревматологического кабинета помогает своевременному выявлению экстрагенитальной патологии у беременных, всестороннему их обследованию и обеспечивает квалифицированное профилактическое лечение больных. Каждый терапевт должен обследовать беременных, не дожидаясь повторных направлений от акушеров, и вести «Контрольные карты диспансерного наблюдения» (уч. ф. № 030).

Участковые терапевты представляют акушерам данные о женщинах детородного возраста, страдающих экстрагенитальными заболеваниями. В свою очередь врачи женской консультации должны сообщать участковым терапевтам о наступлении беременности у таких женщин или о возникновении экстрагенитальных заболеваний у здоровых беременных. Общение акушера и терапевта легче осуществляется во время профилактической работы на одном участке, когда они могут обменяться информацией, обсудить сложные случаи заболевания, совместно проконсультировать беременных или гинекологических больных и т. д.

Все беременные должны быть осмотрены и при необходимости санированы стоматологом в консультации или общей поликлинике, где они обслуживаются вне очереди или в выделенные для них время и дни.

Преимущество в работе с детскими поликлиниками начинается с контакта между участковым педиатром и акушером. В период беременности совместное наблюдение педиатра и акушера позволяет выработать наиболее рациональный режим труда и отдыха, диететику беременной с учетом питания плода в разные периоды его внутриутробной жизни. Активный дородовой и послеродовой патронаж врачами женской и детской консультации позволяет подготовить беременную к родам, кормлению и выхаживанию новорожденного. Тесный контакт с акушером дает возможность педиатру своевременно учитывать наличие патологии у новорожденного или возможность ее появления при воздействиях вредных факторов на внутриутробное развитие плода, а также при серологической несовместимости, осложнениях в родах и т. д. Весьма важным является совместное наблюдение за развитием девочки во все периоды ее жизни, своевременное выявление и лечение врожденных и приобретенных заболеваний.

Для повышения эффективности преимущественности в работе акушеров-гинекологов с врачами других специальностей целесообразно проводить 1—2 раза в год конференции, посвященные вопросам перинатальной заболеваемости и смертности, с привлечением к участию в докладах акушеров-гинекологов, педиатров, терапевтов, а при необходимости и других специалистов.

Эффективность профилактики и лечения туберкулеза, онкологических и венерических заболеваний во многом определяется степенью преимущественности в работе женских консультаций и специализированных диспансеров соответствующего профиля.

Женская консультация представляет противотуберкулезному диспансеру регламентированные сведения по профилактике туберкулеза и передает фтизиатрам для обследования и наблюдения женщин при подозрении на туберкулез или при явном заболевании.

В венерологический диспансер сообщается обо всех случаях венерических заболеваний, обнаруженных у беременных женщин и гинекологических больных. Вполне оправдан перевод больных с выявленной гонореей, сифилисом или другими венерическими заболеваниями на лечение в вендиспансер, где можно провести более квалифицированный динамический лабораторный контроль и своевременно установить критерий излеченности.

Контакт с онкологическим диспансером заключается в организации и проведении мероприятий по борьбе со злокачественными новообразованиями и воспитанию онкологической настороженности. Обычно онкодиспансер систематически контролирует проведение профилактических мероприятий и своевременность диагностики, направления на лечение и сигнализации в каждом случае злокачественной опухоли женских половых органов. Необходимо также, чтобы онкогинеколог консультировал всех больных с подозрением на злокачественную природу заболевания.

Непременным условием для правильной организации труда и здоровья работающих женщин является совместная работа акушеров-гинекологов с цеховыми врачами промышленных предприятий, дислоцированных в районе обслуживания женской консультации. Иногда в женских консультациях создаются специальные промышленные кабинеты, врачи которых осуществляют всю работу по обеспечению лечебной и профилактической помощи работницам промышленных предприятий.

Акушеры-гинекологи совместно с врачами и педагогами школ под руководством методистов Дома санитарного просвещения должны организовывать и проводить мероприятия по ознакомлению школьников 8—10-х классов с физиологией юношеского возраста, по профилактике и выявлению гинекологических заболеваний среди девочек.

Большая роль в достижении преемственности в работе женских консультаций и других лечебно-профилактических учреждений принадлежит главным специалистам различных служб: акушерам-гинекологам, терапевтам, педиатрам, онкологам и др.

Научная организация труда

В современных условиях развития человеческого общества научная организация труда (НОТ) — постоянное совершенствование организации труда на основе достижений науки и техники — является одной из важнейших проблем, имеющей непосредственное отношение к вопросам управления во всех сферах общественно-производственной деятельности.

Необходимость совершенствования организации труда и перевода ее на научную основу определяется всей логикой поступательного движения современного здравоохранения, нарастающим усложнением структуры и функций медицинских учреждений, интенсивным проникновением в медицину научно-технических новшеств.

НОТ в медицинских учреждениях предполагает осуществление комплекса мероприятий, направленных на повышение качества и эффективности обслуживания населения, к которым относятся: правильная расстановка и использование кадров; создание оптимальных санитарно-гигиенических условий труда; внедрение и использование в работе современной техники, средств связи, механизации и автоматизации трудовых процессов; совершенствование медицинской документации; развитие принципа централизации и специализации медицинской помощи; изучение и распространение передового опыта работы; внедрение научных достижений в практику. НОТ не может быть по-настоящему осуществлена без систематического проведения идейно-политической работы с медицинским персоналом и воспитания его в духе коммунистического отношения к труду.

В здравоохранении НОТ должна рассматриваться конкретно, применительно к каждому медицинскому учреждению, с учетом его характерных особенностей и местных условий.

Эффективность работы акушерско-гинекологического учреждения всегда связана с разделением обязанностей между работниками, а также объединением их усилий при выполнении трудовых процессов, направленных на обеспечение основных задач работы женской консультации. Как правило, эти задачи излагаются в официальных документах и утверждаются Министерством здравоохранения СССР.

На должность заведующего женской консультацией назначается опытный специалист, знающий основные вопросы организации акушерско-гинекологической помощи и знакомый с принципами НОТ. Свою работу он должен строить таким образом, чтобы основное время было отдано решению задач, обеспечивающих своевременное и полноценное обслуживание женского населения. От заведующего зависит организация четкой системы в работе, что позволяет до минимума сократить нерациональные затраты времени. Собрания, совещания, конференции должны строго регламентироваться во времени.

Основными условиями НОТ являются правильная расстановка кадров, осуществляемая в соответствии с их квалификацией и действующими штатными нормативами, рациональное их использование, заключающееся в равномерной нагрузке на весь медицинский персонал в течение рабочего дня при нормальной напряженности труда, и четкое определение обязанностей каждого работника.

Важный вопрос НОТ в учреждениях здравоохранения, в том числе и в акушерско-гинекологических, — правильное использо-

вание рабочего времени врача, которое условно можно разделить на рациональное и нерациональное. Нерациональные непроизводительные затраты: выполнение общественных поручений в рабочее время, посторонние разговоры, обслуживание рабочего места, опоздание на работу, выполнение обязанностей среднего медицинского персонала — для врачей всех специальностей составляет 3—7 % (П. Г. Дорош, А. Б. Борян, 1969).

Заслуживает внимания опыт составления на всех без исключения сотрудников должностных инструкций, в которых отражаются их обязанности, права и ответственность с учетом квалификации, сложившихся условий труда, интересов дела, местной специфики. Разграничение функций учреждения (отделения, кабинета) между его работниками должно в то же время обеспечивать их тесную взаимосвязь в процессе работы. Опыт многих учреждений здравоохранения страны показал, что разработка и внедрение должностных инструкций и совершенствование на их основе организации труда позволяет значительно улучшить качество и культуру обслуживания населения.

Разделение и кооперация труда в медицинских учреждениях находят наиболее отчетливое выражение в форме централизации лечебно-диагностических и вспомогательных служб, заключающейся в организации централизованного обеспечения консультативной помощью, учета и обслуживания диспансерных больных, лабораторной, рентгенологической, физиотерапевтической и других служб.

Консультативный прием больных в женской консультации проводится в определенное время. Участковый врач после необходимого обследования представляет больную на консультацию и вместе с консультантом решает вопрос о дальнейшем ведении беременной или больной женщины. Если необходимо организовать консилиум врачей разных специальностей, одному человеку, чаще регистратору, поручается выдавать женщинам справки и направления на прием к другим специалистам. Для этого регистратор должен знать графики работы врачей общей поликлиники. Такая система особенно оправдана, если женская консультация не входит в состав многопрофильной поликлиники.

При диспансерном обслуживании больных и беременных женщин более целесообразно карты амбулаторного больного и контрольные карты диспансерного наблюдения (уч. ф. № 030) хранить в кабинетах участковых акушеров-гинекологов. Участковые акушерки регулярно просматривают сигнальную картотеку, состоящую из уч. ф. № 030, следят за сроками явок, выбирают карты женщин, подлежащих вызову к врачу. Хорошо, если при вызове диспансерной больной на прием акушерка предлагает к письму бланк направлений на лабораторные и другие исследования, что уменьшает число неоправданных посещений врача. Выполнение акушерками технической работы по обра-

ботке диспансерной документации освобождает время участковых врачей и способствует улучшению показателя своевременности и полноты охвата больных диспансерным наблюдением.

В последнее время предлагаются различные методы ведения медицинской документации, способствующие высвобождению времени врача. Заслуживает внимания протокольная система, при которой акушерка под диктовку врача вносит в амбулаторную карту основные данные о больной. В это время врач моет руки или выполняет другую работу. После проверки правильности записей врач подписывает все медицинские документы, заполненные акушеркой. При такой системе врач затрачивает на основную работу 91,1 % времени вместо 44,8 %, а производительные затраты времени составляют всего 0,9 % по сравнению с 3,5 % (Б. М. Мацко, 1969).

Для совершенствования ведения медицинской документации создаются трафаретные и типовые формы, позволяющие унифицировать тексты документов.

Трафаретные тексты могут быть использованы при подготовке форм вкладышей в основные медицинские документы. Они представляют собой напечатанный текст с перечнем наиболее часто встречающихся анамнестических и объективных данных. Врачу нужно лишь подчеркнуть необходимые сведения и вписать дополнительные данные в соответствующие промежутки трафаретной формы. Кроме текстовых форм целесообразно использовать вкладышные листы с графическим изображением.

Применение трафаретных форм значительно уменьшает затраты времени врачей на заполнение амбулаторной карты, позволяет больше времени затрачивать на сбор анамнеза, объективное обследование, советы и рекомендации. Кроме того, по заключению экспертов, врачебные записи с применением трафаретных вкладышей полнее отражают состояние больных.

Типовые тексты наиболее широко применяются в форме бланков для направлений на лабораторно-инструментальное исследование и рецептурных прописей. На обороте бланков направления на диагностическое обследование рекомендуется дать пациентке указания о подготовке к нему. При заполнении бланка нужно только вписать фамилию больной, подчеркнуть вид анализа, проставить дату и подпись врача.

Чтобы упорядочить работу по выписке больным лекарств, каждому врачу поликлиники (женской консультации) следует иметь набор готовых рецептов, не превышающих 20—30 разновидностей составов, отпечатанных типографским или другим, более простым способом. На оборотной стороне рецептурного бланка целесообразно разместить справочные и санитарно-просветительные сведения.

Ведение медицинской документации можно значительно облегчить и ускорить с помощью печатных штампов и клише, используемых для записей типичных операций, дневников наблюдений, профилактических осмотров и др.

Заслуживает большого внимания механизация ведения медицинской документации с использованием диктофонного, стенографического и машинописного методов. В практике учреждений здравоохранения применяются три основных варианта механизации: децентрализованный, централизованный и смешанный.

При децентрализованной системе механизацию ведения медицинской документации проводят в каждом кабинете женской консультации или отделении родильного дома, где устанавливается диктофон-магнитофон либо организуется рабочее место для стенографистки или машинистки. При диктофонном методе после окончания приема машинистка перепечатывает все данные о больной с магнитофонной записи, при стенографическом — стенографистка перепечатывает сделанные под диктовку записи врача, при машинописном — сведения печатаются сразу под диктовку врача.

Смешанная система более совершенна. Запись на диктофон осуществляется децентрализованно в каждом кабинете или отделении, после чего кассеты с магнитофонными лентами передаются в центральное машинописное бюро, где тексты перепечатываются в соответствующие медицинские документы и возвращаются врачу. Врач проверяет и подписывает записи.

Централизованная система ведения медицинской документации предполагает организацию в больницах и поликлиниках машинописных бюро, что дает возможность врачам диктовать данные о больном непосредственно со своих рабочих мест. Врач набирает номер и соединяется с диктофоном-магнитофоном, находящимся в машинописном бюро. Машинистка перепечатывает с магнитофонной ленты сделанную запись на специальные вкладные листы. Вкладыши с текстом доставляются в медицинское учреждение, просматриваются и подписываются врачом.

В большинстве медицинских учреждений пользуются децентрализованной системой механизации ведения документации как наиболее простой, не требующей особых технических устройств; централизованная и смешанная применяются преимущественно в крупных больницах и поликлиниках. Внедрение механизации сокращает время на заполнение медицинской документации, повышает качество и культуру труда.

Для хранения документов используются различные виды картотек: настольные, кабинетные, учрежденческие. К настольным картотекам следует отнести бланкотeki, рецептоteki и картотеки карт диспансерного наблюдения. Для организации последних чаще используются перфокарты или карты с цветными индикаторами, позволяющие вести многоаспектный анализ информации. Кабинетные картотеки в женских консультациях организуются для хранения документов беременных и диспансерных больных, а также для получения информации о профилактических осмотрах женщин. Типичным примером учрежденческой картотеки является регистратура поликлиники (женской

консультации). Наиболее целесообразной признана классификация амбулаторных карт как кабинетной, так и учрежденческой картотеки по участкам и адресам с широким применением цветной индикации.

Принцип централизации служб медицинского обеспечения касается снабжения стерильными материалами, бельем, медицинскими газами (кислород, закись азота), медикаментами и др.

Централизация процессов стерилизации медицинских инструментов, белья и других изделий обеспечивает высокое качество их обработки, освобождает время медицинских сестер для выполнения своих непосредственных обязанностей, дает экономический эффект.

В условиях женских консультаций необходимо централизовать службу по обеспечению необходимым бельем, снабжение медицинскими газами, подводку которых рекомендуется делать в операционную, эндоскопический и процедурный кабинеты.

Хорошие результаты дает работа по методу «полуфабрикатов», заключающемуся в более широком использовании заранее заготовленных и расфасованных лекарственных препаратов, растворов, наборов инструментов, материалов, комплектов белья, включая изделия одноразового пользования.

Эффективной оказалась и централизация хозяйственно-вспомогательных служб, таких, как уборка помещений и территории, обеспечение санитарным транспортом, и др. Целесообразно организовать специальные бригады по текущей уборке помещения и территории, а использование соответствующих технических средств дает возможность механизировать их труд, снизить трудоемкость уборочных работ и в конечном итоге уменьшить общую численность работников, занятых поддержанием чистоты.

Практика свидетельствует также об эффективности создания единой городской службы санитарного транспорта, которая позволяет организовать выполнение своевременной консультативной помощи, обслуживание больных на дому, обеспечить лечебно-профилактические учреждения необходимыми медикаментами, стерильным материалом, бельем и др.

В условиях женской консультации централизованное обеспечение врачей и медицинских сестер халатами, периодическая смена мягкого инвентаря выполняется сестрой-хозяйкой. Старшая акушерка должна обеспечить: врачебные кабинеты — различными бланками, стандартными рецептами и направлениями, письменными принадлежностями; рабочие кабинеты — необходимыми медикаментами, перевязочным материалом, медицинским инструментом и инвентарем, своевременное и правильное его пополнение. Такая тактика избавляет персонал врачебных кабинетов от затрат времени на обслуживание своих рабочих мест и одновременно дает возможность старшей акушерке лучше контролировать расходование материалов.

Оправдывает себя создание в городах специализированных

центров, централизованных диагностических отделений, кабинетов и лабораторий — биохимических, эндоскопических, гормональных, патологоанатомических и др., в которых повышается качество обслуживания больных, благодаря лучшему обеспечению кадрами, техникой, уменьшению трудоемкости процессов и т. д.

Немаловажное значение в вопросах НОТ имеет правильная организация рабочих мест, предусматривающая создание условий для высокопроизводительного труда при возможно меньших физических усилиях и минимальном нервном напряжении. Ведущие факторы, определяющие организацию рабочего места, — рабочая поза, планировка и оснащение рабочих мест, создание гигиенического комфорта, эстетизация рабочей среды.

Для большинства медицинских работников основные рабочие позы — сидя и стоя, а вынужденные — различные разновидности сгибания. Нормальной рабочей позой принято считать такую, при которой работающему не требуется наклоняться вперед более чем на 10—15°, наклоны назад и в сторону нежелательны. Вынужденные позы врачей связаны с нерациональным оборудованием кабинетов. Требования эргономики при разработке конструкций медицинской техники в оснащении рабочих мест начали учитываться только в последнее время.

Оснащение рабочих мест считается рациональным, если медицинский работник занимает нормальную рабочую позу, не требующую излишнего напряжения мышц и увеличения движений. Это достигается использованием необходимой рабочей мебели и других приспособлений, облегчающих труд. Высота стола и стула должна быть отрегулирована так, чтобы предплечья рук работающего свободно двигались вперед параллельно столу, плечи находились в естественном положении, ступни ног упирались в пол или специальную подставку бедра располагались параллельно полу, обеспечивая равномерное распределение па себя массы тела. Ослабить физическое напряжение помогают также подлокотники. Желательно, чтобы рабочий стул был поворотным и подвижным, с изменяемой высотой сиденья.

Рациональная планировка рабочего места предполагает наиболее удобное и эффективное для трудового процесса размещение всех его составляющих. На столах должны удобно располагаться аппарат для измерения артериального давления, стаканы для термометров и шпателей, бланкотека и рецепто-тека; стол должен быть приспособлен для размещения магнитофона, оснащен системой звуковой сигнализации для вызова больной и другими приспособлениями. Вполне понятно, что единой универсальной схемы организации рабочего места не существует. Она зависит от той функции, которую выполняет медицинский работник.

При организации рабочих мест обязательно соблюдение гигиенических требований: оптимальной освещенности, нормаль-

ной влажности и чистоты воздуха, допустимого уровня шума.

Рабочее помещение должно по возможности освещаться естественным светом или люминесцентными лампами. Оптимальная освещенность служебных помещений способствует повышению эффективности труда, предупреждает зрительное и общее утомление.

Создание воздушной среды, соответствующей санитарно-гигиеническим нормам, достигается с помощью приточно-вытяжной вентиляции, стационарных или портативных кондиционеров. Если они отсутствуют, необходимо регулярно открывать окна и проветривать помещение.

Существенным резервом повышения производительности труда является эстетизация рабочей среды (художественное оформление помещений с помощью оптимальных цветовых решений, продуманное озеленение, использование изобразительных средств и рекомендаций по производственной одежде), оказывающая благотворное влияние не только на медицинский персонал, но и на больных.

При оборудовании рабочих помещений, несмотря на индивидуальность и неповторимость каждого оформительского решения, общей чертой является стремление включить в интерьер элементы природы, живопись, витражи. Окрашивать оборудование и служебное помещение нужно с учетом коэффициентов отражения света различными по цвету освещенными предметами, а также расположения и функциональной принадлежности помещения. Например, если окна обращены на север, то стены целесообразно окрашивать в теплые тона (светло-желтый, бежевый), помещения с обилием солнечного света — в прохладные (салатовый, голубой). Совершенствованию эстетического оформления медицинских учреждений способствует использование современных отделочных материалов и покрытий.

Обязательным компонентом в эстетизации рабочих помещений является озеленение, проводимое с учетом свойств растений, влажности воздуха, расположения окон, температурного режима, размеров и окраски помещения.

Важным фактором в эстетизации рабочей среды является одежда персонала. Создаются новые образцы халатов, костюмов и головных уборов для врачей, акушерок, медицинских сестер, административного персонала. Одежда разных групп работников может отличаться по цвету в зависимости от вида выполняемой ими работы, что дает возможность выявить случаи нарушения установленного порядка и гигиенического режима.

Одним из компонентов в системе мероприятий по научной организации труда является изучение социально-психологических аспектов трудовой деятельности и совершенствование на этой основе социально-психологических отношений в трудовых коллективах.

Труд медицинского работника, полный психического и мо-

рального напряжения,— один из наиболее сложных и ответственных видов человеческой деятельности. Обычно он предполагает работу небольшого коллектива, степень слаженности которого, уровень сотрудничества, дружба, доверие сказываются непосредственно на успехе лечения больного человека, эффективности медицинской процедуры, профилактических мероприятий и т. д. Умение быть терпеливым, спокойным, благожелательным положительно действует на больного, вселяет уверенность в успешном исходе болезни. Создание и поддержание атмосферы доброжелательности, взаимной симпатии помогают сплочению коллектива, создают хорошую, дружескую, деловую обстановку. Методы формирования таких благоприятных социально-психологических отношений в медицинских коллективах сложны и многообразны. Они складываются постепенно, в процессе труда, и во многом зависят от конкретных условий учреждения и стиля работы его руководителей.

В формировании и совершенствовании социально-психологических отношений большую роль играют такие факторы, как политическое воспитание коллектива, деловое проведение производственных совещаний, согласованность в действиях администрации и общественных организаций, поощрительные меры за образцовое выполнение служебных обязанностей и общественных поручений, организация социалистического соревнования и добросовестное выполнение социалистических обязательств, забота администрации и общественных организаций о материально-бытовых условиях членов коллектива, и др.

Исключительное значение в создании морального комфорта имеют поведение самих руководителей, их личный пример отношения к работе, понимание особенностей характера подчиненных, определение своей позиции по различным организационным вопросам.

Авторитет руководителя, его демократические принципы руководства, согласованные с общественными организациями, создают большие возможности для развития благоприятного психологического климата в коллективе.

Санитарно-просветительная работа

Санитарное просвещение представляет собой систему государственных, общественных и медицинских мероприятий, направленных на повышение уровня санитарной культуры населения с целью сохранения и укрепления его здоровья, повышения работоспособности и долголетия, эффективности медицинской и профилактической работы, а также вовлечения населения в активную помощь органам и учреждениям здравоохранения, оздоровления условий труда и быта, разрешения актуальных задач охраны здоровья населения в нашей стране. Кроме того, в задачу санитарно-просветительной работы акушерско-гинекологических учреждений входит пропаганда

знаний, направленных на обеспечение нормального течения беременности, родов и послеродового периода, рождения здорового доношенного ребенка, на предупреждение и максимальное снижение гинекологической заболеваемости.

Среди акушерско-гинекологических учреждений особенно значительная роль в санитарном просвещении принадлежит женским консультациям, где трудится основная масса врачей и акушерок и куда женщины обращаются не только по поводу беременности и за медицинской помощью, но часто за консультацией и советом.

В санитарно-просветительной работе должны получить отражение проводимые партией и правительством широкие мероприятия по охране здоровья населения, достижения советского здравоохранения, в том числе в области охраны материнства и детства.

Санитарное просвещение необходимо проводить на высоком научно-методическом уровне, излагаемый материал должен соответствовать современному состоянию охраны здоровья женщины, матери и ребенка, практические советы и рекомендации должны быть научно обоснованными, подкрепляться примерами из практики.

Общую организацию и руководство санитарным просвещением в нашей стране осуществляет Министерство здравоохранения СССР через Главное санитарно-эпидемиологическое управление, научным методическим центром является Центральный научно-исследовательский институт санитарного просвещения Министерства здравоохранения СССР. Институт разрабатывает и издает методические пособия по санитарному просвещению; организует курсы, семинары, конференции; проводит реферативную, справочно-библиографическую работу; разрабатывает и издает плакаты, диапозитивы, лекторские папки; участвует в подготовке передач и кинофильмов по радио, телевидению и др.

Министерства здравоохранения союзных республик осуществляют руководство санитарным просвещением через соответствующие санитарно-эпидемиологические управления. В автономных республиках, областях, краях, городах, районах санитарно-просветительную работу организуют Дома санитарного просвещения.

Главные врачи Домов санитарного просвещения проводят административное и специальное руководство санитарно-просветительной работой в системе местного здравоохранения. Их главной и наиболее ответственной функцией является методическая работа, заключающаяся в предоставлении методических материалов и пособий; проведении курсов и семинаров, докладов и консультаций по методике санитарного просвещения; подготовке лекций и литературы. Дома санитарного просвещения организуют планирование всей санитарно-просветительной работы на обслуживаемой территории, помо-

гают лечебным и другим местным учреждениям в ее проведении.

В городах и сельских местностях, где нет Домов санитарного просвещения, организация работы по санитарному просвещению и руководство ею возлагаются на соответствующие санитарно-эпидемиологические станции, в укрупненных сельских районах — на районные санитарно-эпидемиологические станции и центральные районные больницы.

Непосредственную ответственность за постановку всей санитарно-просветительной работы в родильном доме или акушерско-гинекологическом отделении больницы и в районе его деятельности несет главный врач, который в помощь себе привлекает одного из акушеров-гинекологов, обычно заведующего женской консультацией.

К обязанностям главного врача родильного дома по организации санитарно-просветительной работы относятся: составление тематического и календарного плана (месячный, квартальный, полугодовой) с указанием темы, средств пропаганды, времени проведения и исполнителей; определение мест проведения санитарно-просветительной работы; обсуждение плана на производственном совещании врачей и акушеров; повышение квалификации врачебного и среднего медицинского персонала по вопросам организации и методики санитарного просвещения; установление связи с местным Домом санитарного просвещения для получения методической помощи и с другими медицинскими учреждениями по координации санитарно-просветительной работы в области охраны здоровья женщины (детская поликлиника, противотуберкулезный, онкологический, венерологический диспансеры и др.); проведение контроля за выполнением плана и качеством санитарно-просветительной работы; организация учета санитарно-просветительной работы и общего отчета по учреждению; обеспечение родильного дома материалами и пособиями.

Тематические планы санитарно-просветительной работы должны составляться с учетом условий жизни местного населения, уровня санитарной культуры, соматической и инфекционной заболеваемости, которые могут неблагоприятно влиять на течение беременности и родов, а также способствовать развитию гинекологических болезней.

При проведении санитарно-просветительной работы могут быть использованы методы устной, печатной и изобразительной пропаганды, а также комбинированные и другие способы популяризации медицинских и гинекологических знаний.

Метод устной пропаганды является одним из ведущих и наиболее эффективных в распространении санитарных знаний. Применение его дает возможность установить непосредственный контакт со слушателями, конкретизировать материал с учетом местных особенностей, состава и интереса аудитории, требований момента.

К методам устной пропаганды относятся лекции, индивидуальные и групповые беседы, вечера вопросов и ответов; для проведения ее используются учебные таблицы, слайды, диафильмы, возможны трансляции лекции по радио, воспроизведение звукозаписи выступления на магнитофоне или в местном радиоузле.

Метод печатной пропаганды предполагает использование средств, создаваемых коллективом медицинских работников (ящик вопросов и доска ответов, санитарный бюллетень, стенная газета, рукописные лозунги, заметки местных газет), и печатной продукции (брошюра, памятка, листовка, лозунг и др.). Средства печатной пропаганды ценны тем, что издаются большим тиражом, охватывают широкие слои населения, дают возможность возвратиться к прочитанному тексту для лучшего его усвоения, ознакомиться с ним в любое удобное время.

Метод изобразительной пропаганды самый многообразный по числу входящих в него средств, которые делятся на две группы: натуральные и искусственные.

Натуральные средства наиболее ценны, так как в силу своей достоверности оказывают большое воздействие на зрителя. В качестве их могут быть использованы различные предметы санитарии и гигиены, контрацептивы, белье и предметы ухода за новорожденными, наборы витаминных препаратов, средства для оказания первой помощи, образцы различного рода приборов и т. д.

При отсутствии натуральных средств используют их воспроизведения: муляжи, модели, макеты, а также плакаты, альбомы, выставочные диапозитивы, схемы, диаграммы и др.

Материалы для экспозиции размещают в удобных для осмотра местах на специальных стендах или на стенах с помощью различных приспособлений. Натуральные предметы могут быть выставлены в застекленных витринах.

Успешное проведение санитарно-просветительной работы должно оцениваться не только по количеству прочитанных лекций, проведенных бесед, организованных выставок, но и по ранней обращаемости беременных к врачу, снижению осложнений беременности, гинекологической заболеваемости, числа аборт, соблюдению предписанного врачом режима, вовлечению населения в проведение санитарно-оздоровительных и других массовых профилактических мероприятий.

Анализ работы женской консультации

Деятельность женской консультации отражается в учетной медицинской документации и годовом статистическом отчете.

Формы учетных медицинских документов утверждены Министерством здравоохранения СССР и имеют соответствующий порядковый номер. Без разрешения Управления медицинской статистики и вычислительной техники МЗ СССР вносить

какие-либо изменения в существующие или вводить дополнительные формы нельзя (табл. 1).

Учетные медицинские документы хранятся в архиве женских консультаций. Они могут предоставляться сотрудникам для составления отчета или ведения научной работы непосредственно в архиве. Для работы за его пределами документы могут выдаваться только под расписку по письменному разрешению главного врача или его заместителя по лечебной работе. Выносить их из поликлиники или родильного дома не разрешается.

Формы указанных учетных документов дают возможность исчислять большое количество интенсивных и экстенсивных показателей, характеризующих работу женских консультаций. Они позволяют своевременно и полноценно составить статистический отчет за определенный промежуток времени.

Для составления отчета используется единая форма для всех лечебно-профилактических учреждений: «Отчет лечебно-профилактического учреждения» (форма № 1) и специальный отчет-вкладыш № 3 — «Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам». Отчет-вкладыш № 3 представляется родильными домами, женскими консультациями и всеми лечебно-профилактическими учреждениями, имеющими в составе женские консультации, акушерско-гинекологические кабинеты или родильные отделения (палаты, койки). Лечебно-профилактические учреждения при заполнении отчетной формы № 1 и отчета-вкладыша № 3 руководствуются инструктивными указаниями по их составлению, разработанными и изданными Управлением медицинской статистики и вычислительной техники МЗ СССР.

При анализе деятельности женской консультации описываются ее структура, состав кабинетов, число врачебных участков, укомплектованность штатов врачей и среднего медицинского персонала, система работы врачей, их состав по возрасту и стажу, квалификация. Указываются численность обслуживаемого женского населения, его возрастной и профессиональный состав, наличие промышленных предприятий в районе обслуживания. Кроме этого, дается характеристика общих условий района — жилищных, коммунально-бытовых и т. д.

Ниже приводятся примеры исчисления объективных условий оказания помощи женскому населению и основные показатели работы женской консультации по данным годового отчета по форме № 1 и отчета-вкладыша № 3.

1. Обеспеченность акушерами-гинекологами:

Число занятых врачебных должностей акушеров-гинекологов
Численность обслуживаемого женского населения на конец года 10 000.

2. Обеспеченность поликлинической акушерско-гинекологической помощью:

Число врачебных посещений за год
Средняя численность обслуживаемого женского населения.

Таблица 1. Перечень учетных документов, применяемых в женских консультациях

№ форм	Наименование документа
1	2
014	Направление на патологогистологическое исследование
025	Медицинская карта амбулаторного больного
025-2	Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов
025-4	Талон на прием к врачу
027	Выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного
028	Направление на консультацию и во вспомогательные кабинеты
029	Журнал учета процедур
030	Контрольная карта диспансерного наблюдения
031	Книга записи вызовов врача на дом
032	Журнал записей родовспоможений на дому
034	Книга записи больных, назначенных на госпитализацию
035	Журнал для записи заключений врачебно-консультативной комиссии
036	Книга регистрации листков нетрудоспособности
037	Листок ежедневного учета работы врача-стоматолога
038	Журнал учета санитарно-просветительной работы
039	Дневник работы врача поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации
039-1	Дневник работы среднего медицинского персонала поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации, здравпункта, ФАП, колхозного роддома
040	Карточка предварительной записи на прием к врачу
042	Карта лечащегося в кабинете лечебной физкультуры
044	Карта больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете)
047	Карта профилактически осмотренного
048	Список лиц, подлежащих целевому медицинскому осмотру
050	Журнал записи рентгенологических исследований
058	Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку
069	Журнал записи амбулаторных операций
070	Справка для получения путевки
071	Сводная ведомость учета заболеваний, зарегистрированных в данном учреждении
072	Санаторно-курортная карта
074	Журнал регистрации амбулаторных больных
084	Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу
087	Книга записи работы старшего юриконсульта, юриконсульта учреждений здравоохранения
088	Направление на ВТЭК
089	Извещение о больных с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания

1	2
090	Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного заболевания
093	Извещение о побочном действии лекарственного препарата
095	Справка о временной нетрудоспособности студентов, учащихся профтехучилищ, о болезни, карантине ребенка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение
095.1	Справка о временной нетрудоспособности в связи с бытовой травмой, операцией аборта
106	Врачебное свидетельство о смерти
107	Рецепт (взрослый, детский)
108	Рецепт (бесплатный, оплата 20 % стоимости)
111	Индивидуальная карта беременной и родильницы
113	Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы
116	Тетрадь учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры
200	Направление на анализ
201	Направление на гематологический, общеклинический анализ
202	Направление на биохимический анализ крови, плазмы, сыворотки, мочи, спинномозговой жидкости
203	Направление на цитологическое исследование и результат исследования
204	Направление на микробиологическое исследование
207	Направление для исследования крови на резус-принадлежность и резус-антитела и результат исследования
210	Анализ мочи
211	Анализ мочи по Зимницкому
215	Анализ — определение количества форменных элементов крови
218	Анализ отделяемого мочеполовых органов и прямой кишки
220	Анализ кала — яйца гельминтов, скрытая кровь, стеркобилин, билирубин
224	Анализ крови
225	Анализ крови — гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, скорость (реакция) оседания эритроцитов
228	Биохимический анализ крови
235	Анализ крови — содержание гормонов и медиаторов
236	Анализ мочи — содержание гормонов и медиаторов
237	Анализ — показатели системы свертывания крови
238	Анализ — показатели системы свертывания крови (сокращенный анализ)
241	Анализ крови — реакция Вассермана и др.
247	Карта динамики лабораторных показателей (анализ мочи)
248	Карта динамики лабораторных показателей (анализ крови)
249	Карта динамики лабораторных показателей (биохимический анализ)
250	Журнал регистрации анализов и их результатов
251	Журнал лабораторных исследований
259	Журнал регистрации серологических исследований
261	Журнал ежедневного учета работы врача-лаборанта
262	Журнал учета количества выполненных анализов в лаборатории

3. Процент беременных, поступивших в отчетном году под наблюдение консультации со сроком беременности до 12 нед:

Число женщин, поступивших под наблюдение консультации со сроком беременности до 12 нед	100.
Число всех беременных, поступивших под наблюдение консультации	

Так же исчисляется процент беременных, поступивших под наблюдение консультации при сроке беременности в 28 нед и более, и процент беременных, переведенных из-под наблюдения других учреждений.

4. Число посещений консультации, сделанных в отчетном году в среднем одной беременной (посещения до родов):

Число посещений, сделанных до родов всеми родившими в отчетном году	
Число родивших в отчетном году	

Таким же образом исчисляется и среднее число посещений, сделанных женщиной в послеродовом периоде.

5. Процент женщин, ни разу не посетивших врача (акушерку) за время беременности:

Число родивших в отчетном году и ни разу не посетивших во время беременности врача (акушерку)	100.
Общее число родивших в отчетном году	

6. Среднее число посещений консультации беременными до родов в зависимости от срока поступления их под наблюдение:

Число посещений консультации беременными, поступившими под наблюдение	
Число родивших женщин, поступивших под наблюдение консультации с соответствующим сроком беременности	

Рекомендуется выделять следующие сроки поступления под наблюдение консультации: до 12 нед, от 12 до 20, от 20 до 28 и свыше 28 нед беременности.

7. Процент своевременных родов (в общем числе родов):

Число женщин, у которых беременность закончилась своевременными родами	100.
Общее число женщин, у которых беременность закончилась родами (своевременными и преждевременными)	

Аналогично исчисляется и частота преждевременных родов.

8. Процент женщин, у которых беременность закончилась абортами:

Число женщин, у которых беременность закончилась абортами (самопроизвольными и по медицинским показаниям)	100.
Число женщин, у которых беременность закончилась ро- +	Число женщин, у которых бе- ременность закончилась аборт- тами

9. Процент женщин, получивших дородовой отпуск и родивших ранее установленного консультацией срока:

Число женщин, у которых в отчетном году были своевременные роды, но которые родили ранее установленного консультацией срока на 15 и более дней

Общее число женщин, имевших дородовой отпуск, у которых роды были своевременными (в отчетном году) _____ 100.

По такой же схеме исчисляется процент женщин, родивших позже установленного консультацией срока на 15 и более дней.

10. Полнота обследования беременных на резус-принадлежность (из числа закончивших беременность):

Число беременных, обследованных на резус-принадлежность

Общее число женщин, у которых беременность закончилась в отчетном году _____ 100.

Так же определяется и частота производства у беременных анализа крови на реакцию Вассермана.

11. Процент женщин, осмотренных во время беременности терапевтом:

Число беременных, осмотренных терапевтом

Общее число женщин, у которых беременность закончилась в отчетном году _____ 100.

12. Своевременность осмотра больных терапевтом:

Число беременных, осмотренных терапевтом при сроке беременности до 12 нед

Общее число женщин, у которых беременность закончилась в отчетном году _____ 100.

13. Процент беременных, у которых полость рта санирована в порядке плановой санации:

Число беременных, у которых полость рта санирована в порядке плановой санации

Число беременных, нуждающихся в санации полости рта _____ 100.

14. Показатель частоты токсикозов второй половины беременности:

Число женщин, страдавших поздними токсикозами беременности, у которых беременность закончилась в отчетном году

Число беременных, родивших в отчетном году _____ 100.

15. Показатель частоты экстрагенитальных заболеваний среди женщин, у которых беременность закончилась в отчетном году:

Число женщин с экстрагенитальными заболеваниями, у которых беременность закончилась в отчетном году

Число женщин, родивших в отчетном году _____ 100.

16. Перинатальная смертность, ‰:

Число мертворожденных + число умерших в первую неделю жизни (0—6 дней) _____ 1000.

Число детей, родившихся живыми и мертвыми

17. Мертворождаемость, ‰:

Число мертворожденных детей _____ 1000.

Число детей, родившихся живыми и мертвыми

18. Ранняя неонатальная смертность, ‰:

Число детей, умерших в первую неделю жизни (0—6 дней) _____ 1000.

Число детей, родившихся живыми

19. Частота рождения доношенных детей мертвыми:

Число доношенных детей, родившихся мертвыми _____ 100.

Число всех детей, родившихся доношенными (живыми и мертвыми)

20. Частота мертворождений среди женщин, у которых беременность закончилась преждевременными родами:

Число детей, родившихся мертвыми преждевременно _____ 100.

Число детей, родившихся преждевременно живыми и мертвыми

21. Процент новорожденных, родившихся живыми с массой тела 4500 г и более, в общем числе новорожденных:

Число новорожденных с массой тела при рождении 4500 г и более _____ 100.

Число новорожденных, родившихся живыми

22. Процент маститов:

Число маститов _____ 100.

Число родов

23. Частота обращений по поводу данного заболевания (на 1000 женщин, проживающих в районе обслуживания):

Число зарегистрированных случаев данного заболевания _____ 1000.

Среднегодовая численность женщин в районе обслуживания

24. Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом болезни (на 1000 женщин, проживающих в районе обслуживания):

Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом данной болезни _____ 1000.

Среднегодовая численность женщин в районе обслуживания

25. Частота выявления больных гинекологическими заболеваниями при осмотрах:

Число выявленных больных гинекологическими заболеваниями
Число осмотренных женщин — 1000.

Аналогично исчисляется частота выявления больных отдельными формами заболевания.

Приведенные показатели дают возможность охарактеризовать укомплектованность штатов и нагрузку медицинского персонала, контингент обслуживаемых беременных и больных женщин, объем и качество проведенной работы, использование лабораторий и вспомогательных кабинетов, применение различных методов диагностики и лечения, уровень медицинской помощи, заболеваемости и др.

Анализ этих материалов за ряд лет помогает выявить достижения и недостатки в лечебно-профилактической работе женской консультации и наметить пути дальнейшего развития и улучшения амбулаторной медицинской помощи женскому населению.

ОБСЛУЖИВАНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Во время беременности в организме женщины происходит большая перестройка функций важнейших систем и органов. Изменяется деятельность желез внутренней секреции, все виды обмена веществ, регулируемые центральной нервной системой. Увеличивается масса тела женщины, особенно во второй половине беременности. Все это способствует правильному развитию плода, подготовке организма женщины к родам и кормлению новорожденного.

Вместе с тем почти все органы и системы во время беременности работают с повышенной нагрузкой. При этом следует учитывать, что различные функциональные нарушения могут протекать латентно. Беременность в таких случаях окажет неблагоприятное воздействие на организм женщины. Экстрагенитальные заболевания, особенно сердечно-сосудистой системы, легких, печени, почек и др., могут повлиять на развитие беременности, плода, течение родов и послеродового периода.

При обслуживании беременных женщин необходимо обращать внимание на наличие абортов в анамнезе, экстрагенитальной патологии, рождение детей с массой тела более 4000 г. Кроме того, нужно учитывать особенности современного контингента женщин. Большинство из них участвует в производственной жизни страны, что иногда является серьезной дополнительной нагрузкой для организма беременной; изменился состав рожениц, и в большинстве республик нашей страны преобладают первородящие; увеличился их средний возраст.

Установлено, что здоровье ребенка в момент рождения и в дальнейшем его развитии зависит от возраста родителей и состо-

яния их здоровья, от того, как соблюдала мать рекомендованный ей специальный режим во время беременности. Все это необходимо разъяснять женщинам не только при наступлении беременности, но и задолго до нее. Очень полезно, если эти вопросы будут известны мужьям и старшим членам семьи.

Учитывая особенности современного контингента рожениц, необходимо как можно раньше выявить отклонения в развитии и состоянии здоровья девочек, девушек и молодых женщин, своевременно и целенаправленно подготовить их к материнству. Большое значение при этом имеют контакт между врачами разных специальностей и преемственность в диспансерном наблюдении.

Благополучное течение беременности и родоразрешения во многом зависит от своевременности постановки беременных на учет в женской консультации, регулярности и качества наблюдения за ними. Для того чтобы снизить материнскую заболеваемость и смертность, недонашиваемость, мертворождаемость и раннюю неонатальную смертность, уменьшить число ошибок в определении декретного отпуска, женская консультация должна стремиться к возможно раннему охвату всех беременных медицинским наблюдением. Раннее обращение в женскую консультацию позволяет провести профилактические мероприятия по перинатальной охране плода, предотвратить осложнения беременности, при наличии противопоказаний к продолжению беременности прервать ее.

Активное привлечение беременных в женскую консультацию требует от врачей и акушерок определенных усилий, знания контингента женщин обслуживаемого участка, тесного контакта с другими лечебными учреждениями и санитарным активом производств, проведения целенаправленной санитарно-просветительной работы, использования результатов профилактических осмотров, работы смотровых кабинетов, проведения патронажа.

Диагностика беременности

Беременность ранних сроков можно установить на основании предположительных (сомнительных) и вероятных признаков беременности.

Предположительные признаки большей частью являются субъективными. К ним относятся: изменение аппетита, вкуса, обоняния; тошнота, рвота, слюнотечение; слабость, недомогание, раздражительность, плаксивость, головные боли, головокружения, бессонница; отложение подкожно-жирового слоя и увеличение живота; наличие так называемых рубцов беременности; пигментация кожи на лице, по белой линии живота, в области сосков и околососковых кружков и наружных половых органов. Указанные признаки наблюдаются не у каждой беременной, они могут быть и у небеременных. Однако наличие их имеет определенную диагностическую цен-

ность, потому что некоторые из них появляются раньше объективных признаков беременности.

К вероятным признакам беременности относятся объективные изменения, обнаруживаемые со стороны молочных желез, половых органов женщины или выявляемые при постановке лабораторных реакций на беременность. К ним относятся: прекращение менструальной функции у женщин детородного возраста; увеличение молочных желез и выделение из них при надавливании молозива; разрыхление и синюшная окраска слизистой оболочки влагалища и шейки матки (признак Скробанского); увеличение матки, изменение ее формы и консистенции, заметное при влагалищном двуручном исследовании с 5—6-й нед беременности.

На основании увеличения и функционального состояния матки выделяется ряд признаков беременности: 1) признак Горвица — Гегара — размягчение матки в области перешейка; 2) признак Снегирева — изменение консистенции матки при пальпации (в процессе исследования становится более плотной); 3) признак Пискачека — взбухание одного из углов матки, связанное с развитием плодного яйца; 4) признак Гентера — наличие гребневидного выступа, прощупывающегося на передней поверхности матки по средней линии в ранней стадии беременности. Комплекс сомнительных и вероятных признаков может свидетельствовать о наличии беременности ранних сроков, хотя и не достоверно, так как они иногда наблюдаются и вне беременности.

К вероятным признакам также относятся положительные на беременность биологические и иммунологические реакции.

Реакция Ашгейма — Цондека основана на том, что в первые недели беременности в организме женщины образуется большое количество гонадотропного гормона, который выводится с мочой. Он обнаруживается в моче уже со 2-го дня после имплантации и достигает максимума на 8—11-й нед беременности. Моча беременной женщины, введенная подкожно неоплодотворенным мышам, вызывает у животных рост матки и фолликулов яичника, а также кровоизлияния в полость увеличенных фолликулов. Мочу дробными дозами (по 0,2—0,4 мл 6 раз в течение 2 дней) вводят мышам массой 6—8 г. Через 96—100 ч мышей вскрывают, матку и яичники осматривают. Реакция считается положительной при росте матки и кровоизлияниях в полость увеличенных фолликулов, которые видны невооруженным глазом. Различают три вида реакции: 1) рост рогов матки и фолликулов в яичнике; 2) кровоизлияния в полость фолликулов, имеющих вид «кровяных точек» на поверхности; 3) лютеинизация фолликулов, превращение их в желтые тела. Диагноз беременности ставится при наличии 2—3 видов реакции. Достоверность ее — 98%.

Реакция Фридмана является модификацией реакции Ашгейма — Цондека. Мочу беременных вводят в ушную вену взрос-

лым крольчихам, изолированным от самцов в течение 6—8 нед, 6 раз в продолжение 2 сут по 4 мл. Через 48—72 ч под наркозом в асептических условиях брюшная полость вскрывается. При положительной реакции в яичниках и матке происходят изменения, аналогичные выявленным у мышей. Крольчиха может быть взята для повторного исследования через 6—8 нед. Ошибочные результаты наблюдаются в 1—2% случаев.

Сперматозоидная реакция Галли — Майнини основана на том, что у озерных лягушек-самцов вне естественного периода размножения в содержимом клоаки никогда не бывает сперматозоидов. Перед инъекцией необходимо получить и исследовать содержимое клоаки лягушки, чтобы исключить возможность спонтанной сперматореи. Затем в лимфатический мешок лягушки, расположенный под кожей спины, вводят 3—5 мл мочи беременной женщины. Через 30—60—90 мин при положительной реакции в клоачной жидкости в каждом поле зрения микроскопа появляется большое количество подвижных сперматозоидов. Точность реакции — 85—100%, относительная быстрота делает ее ценной в практическом отношении.

Иммунологический метод исследования заключается в реакции между хорионическим гонадотропином мочи беременной и антисывороткой. Наиболее часто применяется способ, основанный на торможении реакции гемагглютинации зараженных хорионическим гонадотропином эритроцитов соответствующей антисывороткой в присутствии хорионического гонадотропина, содержащегося в моче беременных. Основные этапы метода: 1) иммунизация хорионическим гонадотропином животных (чаще кроликов) для получения антисыворотки; 2) подготовка эритроцитов овцы, которые подвергаются специальной обработке — «заражаются» хорионическим гонадотропином; 3) определение хорионического гонадотропина в исследуемой моче. В две пробирки (опыт и контроль) наливают по 0,25 мл исследуемой мочи, разведенной 1 : 5, в опытную пробирку — 0,2 мл антисыворотки, в контрольную — 0,2 мл буферного раствора; затем в обе пробирки добавляют по 0,05 г эритроцитов. Если через 1,5—2 ч реакция не произойдет (хорионический гонадотропин свяжет антитела), то исследуемая моча принадлежит беременной (содержит гонадотропин). Точность метода 98—99%.

К иммунологическим методам диагностики беременности относится также обнаружение в моче хорионического гонадотропина, являющегося антигеном в тесте торможения гемагглютинации в реакции антиген — антитело. Для проведения исследования используется диагностикум гравимун, в ампуле которого содержатся в лиофилизированном виде антисыворотка человеческого хорионического гонадотропина (ЧХГ) и его антиген на эритроцитах-носителях. После вливания в ампулу фосфатного буфера хлорида натрия, прилагаемого к каждой упаковке, происходит реакция гемагглютинации и на дне ампулы

образуется равномерный осадок. Добавление мочи беременной, содержащей антиген ЧХГ, тормозит реакцию связывания антиген — антитело. Вместо равномерного осадка эритроциты группируются в виде узкого кольца или пуговицы, что свидетельствует о положительной реакции на беременность. Исследование проводят следующим образом: в ампулу с гравимуном вливают 0,4 мл фосфатного буфера хлорида натрия, встряхивают для полного растворения содержимого и быстро добавляют чистой пипеткой 2 капли утренней, обязательно свежeproфильрованной, мочи. Ампулу осторожно встряхивают, ставят на картонной коробке на безвибрационное место. Форма образования осадка учитывается через 2—3 ч.

Достоверные признаки беременности используются преимущественно для диагностики поздних сроков. К ним относятся: прощупывание частей плода; определение движения плода, ощущаемого лицом, проводящим обследование беременной; выслушивание сердечных тонов плода; рентгеновское изображение скелета плода; электрокардиограмма (ЭКГ) и фонокардиограмма (ФКГ) плода; ультразвуковое сканирование, с помощью которого регистрируются очертания и сердечная деятельность плода даже в ранние сроки беременности. Для установления диагноза беременности достаточно обнаружить один из этих признаков.

Обследование беременных

Все беременные женщины и родильницы находятся на диспансерном наблюдении в женской консультации, основные цели которого — рождение здорового ребенка, укрепление здоровья матери, профилактика и снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

При диспансерном наблюдении выделяют две группы беременных в зависимости от состояния здоровья и течения беременности. В первую группу относят здоровых женщин с несложненным течением беременности и женщин с незначительными отклонениями в состоянии здоровья или течения беременности (потенциальный риск). С такими беременными в основном проводится профилактическая работа. Во вторую группу относят беременных женщин с акушерской патологией или экстрагенитальными заболеваниями (повышенный риск для матери и плода). Беременные этой группы обследуются дополнительно в амбулаторных условиях или при необходимости в специализированных родовспомогательных и других медицинских учреждениях. После родоразрешения или выздоровления женщины, кроме тех, у которых последняя беременность или роды сопровождались серьезными осложнениями, снимаются с диспансерного наблюдения.

В кабинете участкового врача должна быть картотека на всех женщин, сохраняющих беременность. Она составляется из индивидуальных карт беременных (уч. ф. № 111). Карты

рекомендуется располагать по дням или неделям назначения следующей явки. В картотеке должны быть еще три отдельные ячейки для карт родивших, подлежащих патронажу женщин и госпитализированных беременных.

Беременные женщины с какими-либо заболеваниями или осложнениями должны посещать женскую консультацию чаще, в зависимости от состояния, характера заболевания и др., поэтому их индивидуальные карты хотя и хранятся в общем порядке, но маркируются особыми знаками, прикрепляемыми к первой странице, лучше всего «рейторами» или «флажками» определенного цвета.

При любой форме ведения картотеки и маркировки карт основная задача — своевременно получить сведения о посещении беременной женской консультации.

Если беременная не явилась в консультацию в назначенный срок, к ней на дом должна быть направлена участковая акушерка. Патронаж может производиться и по назначению врача для проверки правильности выполнения беременной режима и лечения, обучения правилам личной гигиены, проведения некоторых лечебных мероприятий на дому, подготовки домашних условий к пребыванию в них новорожденного. При посещении беременной акушерка должна иметь патронажную сумку, укомплектованную тонометром, фонендоскопом, сантиметровой лентой, акушерским стетоскопом, пробирками для кипячения мочи. В особых случаях патронаж проводится участковым акушером-гинекологом. Записи о результатах посещения беременных акушеркой или врачом заносят в индивидуальные карты.

При первом обращении женщины в консультацию по поводу беременности необходимо тщательно ознакомиться с общим и специальным анамнезами: фамилия, имя, отчество, возраст, семейный анамнез, контакт с инфекционными больными, наследственные заболевания, перенесенные в детстве и зрелом возрасте общие и гинекологические заболевания, переливания крови, операции, характер секреторной, менструальной, половой, генеративной функций, течение и исход предыдущей беременности и родов (количество родов, аборт, токсикозы, недонашивание, оперативные вмешательства в родах, родовые травмы, течение послеродового периода, гипоксия и пороки развития плода и новорожденного, мертворождаемости), профессия супругов и характер их работы, вредные привычки, возраст и состояние здоровья мужа.

После опроса беременной, измерения температуры, массы тела, роста и артериального давления врач производит общее и специальное акушерское объективное исследование. Осматриваются кожа и видимые слизистые оболочки, обращается внимание на внешний вид беременной, телосложение, особенности костной системы организма, молочных желез и сосков (нормальные, плоские, втянутые), форму пояснично-крестцового ромба, продольный и поперечный размеры которого в норме

равны и приблизительно соответствуют величине истинной конъюгаты (11 см). Если таз равномерно сужен — поперечник ромба уменьшен, верхний и нижний его углы острые; при плоском тазе уменьшен продольный размер. Если таз значительно уплощен — пояснично-крестцовый ромб принимает форму треугольника, а при резких деформациях таза — имеет неправильные очертания.

Пальпируя живот специальными акушерскими приемами, врач определяет состояние передней брюшной стенки (эластичность, состояние прямых мышц, круглых связок), величину и тонус матки, положение плода, членорасположение, предложение, позицию и нередко ее вид, отношение подлежащей части ко входу в таз, количество околоплодных вод.

С начала второй половины беременности выслушиваются сердечные тоны плода, которые в норме представляют ритмичные двойные удары частотой 130—140 в мин, а также неритмичные глухие движения плода, шум пуповины, биение брюшной аорты, дующие маточные, совпадающие с пульсом беременной, и неритмичные кишечные шумы. На основании выслушивания сердечных тонов плода и его шевеления можно определить, жив плод или нет. В сомнительных случаях для решения этого вопроса прибегают к специальным методам исследования (электро- и фонокардиография плода, ультразвуковое сканирование, амниоскопия и др.).

Окружность живота на уровне пупка, высоту стояния дна матки над лоном измеряют сантиметровой лентой, угол наклона таза (угол между плоскостью входа в таз и плоскостью горизонта) — тазоугломером при стоячем положении женщины (в норме — 45—55°). Определяется индекс Соловьева (окружность в области лучезапястного сустава, в норме — 14 см), по величине которого можно судить о толщине костей, а следовательно, и о емкости малого таза.

Обязательным методом акушерского исследования является наружное измерение таза, что с известной долей вероятности дает возможность судить о его внутренних размерах. Необходимо определять *distancia spinarum* (расстояние между передне-верхними осями подвздошных костей) — 25—26 см; *distancia cristarum* (расстояние между самыми отдаленными точками гребешков подвздошных костей) — 28—29 см; *distancia trochanterica* (расстояние между большими вертелами бедренных костей) — 30—31 см; *conjugata externa* (расстояние от середины верхнего края симфиза до пояснично-крестцовой ямки) — 20—21 см; *conjugata lateralis* (расстояние между передне-верхней и задне-верхней осями одной и той же стороны) — 14,5—15 см; поперечный размер выхода таза (расстояние между внутренними поверхностями седалищных бугров) — 9—9,5 см; прямой размер выхода таза (расстояние между нижним краем лонного сочленения и вершущкой копчика) — 11 см.

При первом посещении консультации проводится внутреннее акушерское исследование. Его начинают с осмотра наружных половых органов и шейки матки с помощью влагалищных зеркал. Затем производят двуручное влагалищное исследование для изучения состояния внутренних половых органов, измерения *conjugata diagonalis* (расстояние от наиболее выступающей точки мыса до нижнего края симфиза), если крестцовый мыс достижим; высоты симфиза, которая в норме равна 4 см, и величины угла лонной дуги (норма 90—100°).

Нормальные размеры *conjugata diagonalis* составляют 13 см. Вычитая из полученной длины 1,5—2 см в зависимости от высоты симфиза, определяют величину *conjugata vera* — прямого размера входа в малый таз (расстояние от середины мыса до наиболее выступающего пункта на внутренней стороне лонного сочленения). Истинная конъюгата в нормальном тазу равняется 11 см. Представление о размерах истинной конъюгаты также можно получить, вычитая 9 см из длины наружной конъюгаты.

Во время первого же посещения беременной должны быть назначены клинические исследования мочи и крови на реакцию Вассермана, определение группы и резус-принадлежности крови. Если у беременной окажется резус-отрицательная кровь, исследуется кровь мужа на групповую и резус-принадлежность, при резус-положительной крови мужа у женщины в динамике определяют титр антирезус-антител. Влагалищные выделения исследуют на трихомонады, отделяемое из уретры и канала шейки матки — на наличие гонококков. Если необходимо, проводят более углубленное биохимическое исследование мочи и крови. При отягощенном акушерском анамнезе (недонашивание беременности, мертворождения, уродства плода, ранняя неонатальная смертность) беременную обследуют на хронические инфекции (токсоплазмоз, бруцеллез, листериоз и др.). Каждая женщина уже в ранние сроки беременности должна быть осмотрена терапевтом, стоматологом, отоларингологом, а при показаниях и окулистом, эндокринологом, урологом и др. Через 7—10 дней после первого обращения в консультацию беременной рекомендуется вновь посетить врача с результатами анализов и заключениями консультантов. В этот период (до 12 нед беременности) определяется принадлежность беременной к той или иной группе риска и решается вопрос о целесообразности сохранения беременности.

При физиологическом течении беременности женщина должна посещать врача в первую половину беременности 1 раз в мес, после 20 нед беременности — 2 раза, а после 32 нед — 3—4 раза в месяц, т. е. всего за время беременности — 14—15 раз. При каждом повторном посещении консультации, кроме опроса, измеряют высоту стояния дна матки над лоном, окружность живота, определяют положение пло-

да, выслушивают сердцебиение. Женщину взвешивают, измеряют артериальное давление на обеих руках, проверяют наличие явных или скрытых отеков. Анализ мочи проводится перед каждым посещением консультации, общий анализ крови — при первом посещении, в 22 и 32 нед беременности, повторное исследование крови на реакцию Вассермана — в 32 нед беременности.

При заболевании женщины или патологическом течении беременности диспансерное наблюдение за ней в течение всей беременности осуществляют совместно акушер-гинеколог и другой специалист в зависимости от характера болезни. В таких случаях частота осмотров определяется врачом в индивидуальном порядке, а лабораторные исследования проводят по мере необходимости и в большем объеме. Если врач считает, что беременность может неблагоприятно отразиться на здоровье женщины, он направляет ее в стационар для обследования и решения вопроса о продолжении беременности.

Большая роль в обслуживании беременных женщин принадлежит терапевту женской консультации, основная задача которого — обеспечение правильной и своевременной диагностики внутренних болезней, проведение мероприятий, направленных на профилактику и лечение заболеваний внутренних органов у беременных.

Здоровые беременные женщины должны осматриваться терапевтом трижды в течение беременности. При этом первый осмотр необходимо осуществить до 12 нед беременности, чтобы выявить наличие экстрагенитальной патологии и своевременно решить вопрос о прерывании беременности.

Задача второго осмотра (с 13 до 24 нед беременности) — выявление заболеваний, обусловленных беременностью (анемия, авитаминоз, нефропатия и др.) или возникающих самостоятельно (туберкулез, инфекционные и другие заболевания), и определение необходимости госпитализации беременной. При сроке до 20 нед беременности женщин стационарируют преимущественно в терапевтическое или другое отделение городских больниц.

Во время третьего осмотра (с 25 нед до окончания беременности) нужно решить вопрос о необходимости обследования, лечения и родоразрешения в специализированном родо-вспомогательном учреждении и сроках госпитализации. Показаниями к лечению в стационаре являются: патологическое течение беременности; экстрагенитальные заболевания, особенно при ухудшении состояния женщины; отягощенный акушерский анамнез. В акушерский стационар госпитализируют незадолго до родов и практически здоровых женщин, у которых предполагается осложненное течение родов или оперативное родоразрешение.

В конце каждого дня работы терапевт женской консультации обязан информировать участкового акушера-гинеколога

о случаях выявленной патологии внутренних органов и по совместному решению о наиболее тяжелых из них сообщить заведующему женской консультацией.

При первом и последующих посещениях консультации нужно разъяснить беременной важность регулярного посещения врача, выполнения всех его советов и назначений (режим, диета, соблюдение правил личной гигиены и др.). В первую же беседу включается комплекс физической и психопрофилактической подготовки беременной к родам.

Врач женской консультации в случае необходимости направляет беременную на консультацию к юристу, выдает справки о наличии беременности и переводе беременной на более легкую работу.

Все данные опроса и обследования женщины, а также советы и назначения должны записываться в уч. ф. № 111 при каждом посещении и подписываться врачом.

Определение срока беременности, родов и предоставления дородового отпуска

Точно установить срок беременности трудно, так как продолжительность ее индивидуальна и невозможно определить, в какой день менструального цикла произошло оплодотворение. Однако в среднем у здоровой женщины беременность продолжается 10 акушерских мес, или 40 нед, или 280 дней, считая от первого дня последней менструации.

Для определения срока беременности и родов используют сведения о времени последней менструации, дате первого шевеления плода, а также данные объективного обследования беременной. Основным объективным признаком установления срока беременности служит увеличение размеров матки, которое в первые месяцы беременности определяется при влагалищном исследовании, а после третьего месяца — по высоте стояния дна матки, размерам плода и окружности живота.

К концу I акушерского мес (4 нед) матка увеличивается до размеров куриного яйца, к концу II мес (8 нед) — среднего женского кулака. В конце III мес (12 нед) размеры матки достигают величины головки новорожденного, ее асимметрия исчезает, а дно достигает верхнего края симфиза. В конце IV акушерского мес (16 нед) дно матки располагается на середине расстояния между симфизом и пупком, или на 8 см выше лона (при измерении сантиметровой лентой). В конце V мес (20 нед) заметно увеличивается живот, дно матки определяется на высоте 11—12 см над лоном, или на 4 см ниже пупка. В конце VI мес (24 нед) дно матки находится на уровне пупка, или на 22—24 см выше лона, в конце VII мес (28 нед) — на 3—4 см выше пупка, или на 25—28 см над лоном. В конце VIII мес (32 нед) дно матки стоит на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком, выше лона на 30—32 см, пупок начинает сглаживаться, окружность живота

на уровне пупка достигает 80—85 см. Диаметр головки плода — 9—10 см. В конце IX мес (36 нед) дно матки поднимается до мечевидного отростка и реберных дуг это наивысший уровень его стояния. Окружность живота в среднем 90 см. Пупок сглажен. Диаметр головки плода — 11 см. В конце X мес (40 нед) дно матки опускается до уровня его при 32-недельной беременности, т. е. до середины расстояния между пупком и мечевидным отростком. Окружность живота — 95—100 см, пупок выпячен. Диаметр головки плода 12 см, у первородящих она фиксирована во входе в таз, у повторнородящих остается подвижной.

Дополнительные данные для определения срока беременности и родов можно получить, измеряя длину плода. Точно установить ее невозможно, поэтому эти сведения имеют ориентировочный характер. По формуле Гаазе, в первой половине беременности (до 20 нед) длина плода соответствует числу месяцев, возведенному в квадрат, с VI мес — числу месяцев, умноженному на 5. Измерения производят тазомером в положении женщины на спине (мочевой пузырь должен быть опорожнен). Одну пуговку тазомера помещают на нижнем полюсе головки, другую — на дне матки. Так как расстояние от нижнего полюса головки до тазового конца составляет половину длины плода, то полученное число умножают на 2, а затем вычитают 3—5 см в зависимости от толщины брюшных стенок. Величину длины плода делят на 5 и получают срок беременности.

На основании формулы Гаазе Скульский предложил формулу для определения ориентировочной даты декретного отпуска и более поздних сроков беременности:

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

где X — искомый срок беременности; L — длина плода в матке, измеренная тазомером; 2 — коэффициент удвоения для определения длины плода; 5 в числителе — примерная толщина передней брюшной стенки; 5 в знаменателе — цифра, на которую по формуле Гаазе умножают число месяцев для получения длины плода. Например, при длине плода в матке (L) 25 см искомый срок беременности

$$X = \frac{(25 \times 2) - 5}{5} = \frac{45}{5} = 9 \text{ акушерским мес.}$$

О сроке беременности можно судить по времени, прошедшему с первого дня последней менструации. Для этого определяют срок овуляции, с которым обычно совпадает начало беременности, отсчитывая назад 14—16 дней от первого дня ожидавшейся, но не наступившей менструации, и прибавляя число дней до момента определения срока беременности.

Для установления срока родов можно к первому дню последней менструации прибавить 280 дней, или от даты первого

дня последней менструации отсчитать назад три календарных месяца и прибавить 7 дней.

Предполагаемый срок родов можно вычислить также по овуляции: от первого дня ожидавшейся, но не наступившей менструации отсчитать назад 14—16 дней и к найденной дате прибавить 273—274 дня.

При определении срока беременности и родов как вспомогательный признак учитывают также день первого шевеления плода, которое ощущается у первородящих в среднем с 20-й, а у повторнородящих — с 18-й нед беременности.

Для ускорения подсчета срока беременности и родов по менструации, овуляции и первому движению плода имеются специальные акушерские календари и линейки.

Неточность определения сроков беременности может зависеть от величины плода, наличия многоводия, многоплодия, узкого таза, неправильных предлежаний и положений плода. В случае расхождения в сроках беременности, определяемых и предполагаемых самой женщиной, вопрос о сроке решается при совместном осмотре участкового врача с заведующим или консультантом женской консультации.

Определение срока предоставления дородового отпуска является важной задачей врача женской консультации. Для этого необходимо более точно определить срок беременности в 32 нед, который устанавливается по данным последней менструации, первого движения плода, по сроку беременности при первичной явке в консультацию в первые 12 нед. С этой же целью можно использовать и другие объективные показатели: высоту стояния дна матки над лоном, окружность живота, поперечник матки (между отдаленными ее частками), длину плода, измеренную тазомером, величину лобно-затылочного размера головки, отношение предлежащей части ко входу в таз и др. Однако в акушерской практике не всегда можно получить необходимые сведения в связи с наступлением беременности во время кормления ребенка, сообщением неточных данных о последней менструации и первом шевелении плода, поздним обращением в женскую консультацию или ее непосещением и др. В таких случаях нужно пользоваться совокупностью имеющихся признаков с учетом конституциональных особенностей женщины (табл. 2).

Метод А. В. Рудакова основан на определении величины плода путем умножения его длины и ширины, измеренных сантиметровой лентой по передней полуокружности матки перпендикулярно друг другу. Полученное число называется индексом объема и величины плода, который зависит от количества вод и тонуса стенок матки и может иметь нормальный (Н), малообъемный (М) и большеобъемный (Б) варианты. По индексу объема в специальной таблице можно найти значение срока беременности и соответствующей ему массы плода (табл. 3)

Таблица 2. Совокупность признаков, характерных для 32-недельной беременности (схема К. М. Фигурнова)

Тип беременности в зависимости от роста женщины	Рост, см	Окружность живота, см	Лобно-затылочный размер головки (измеряется тазометром), см	Высота стояния дна матки над лонным (измеряется сантиметровой лентой), см	Стояние головки плода по отношению ко входу в таз
Первый	Ниже 155	80	9—9,5	23—25	Малым сегментом во входе в таз
Второй	От 155 до 165	90	10—10,5	28	Прижата ко входу в таз
Третий	Выше 165	95—100	10,5—11	30—33	Баллотирует над входом в таз

Таблица 3. Определение срока беременности от 28 до 40 нед (индекс объема плода по А. В. Рудакову)

Срок беременности, нед	Индекс объема плода			Масса тела плода, г	Увеличение массы тела плода за неделю, 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	810	955	2450	210
37	925	850	1000	2660	210
38	960	880	1040	2875	210
39	1000	915	1085	3085	210
40	2040	950	1125	3300	210

Увеличение индекса объема плода в неделю происходит по-разному: на 37,5, 30 и 45 единиц. Поэтому варианты Н (норма), М (малый) и Б (большой) определяются в зависимости от увеличения массы плода за неделю. Например, при одном из измерений получен индекс объема плода 600, что соответствует 28 нед беременности по графе Б и 29 нед по графе М. Если же при повторном измерении через 3 нед индекс объема плода окажется 740, то прибавка за неделю составит $(740 - 600) : 3 = 46$, т. е. срок беременности необходимо искать в графе Б, в данном случае — 31 нед.

Таблица 4. Календарь для определения сроков родового и послеродового отпуска

Первый день последней менструации	Дородовой отпуск	Роды	Приступить к работе после отпуска	
			56 дней	70 дней
05.01	17.08	12.10	06.12	20.12
15.01	27.08	22.10	16.12	30.12
25.01	06.09	01.11	26.12	10.01
05.02	17.09	12.11	06.01	20.01
15.02	27.09	22.11	16.01	30.01
25.02	07.10	02.12	26.01	09.02
05.03	15.10	10.12	04.02	18.02
15.03	25.10	20.12	14.02	28.02
25.03	04.11	30.12	24.02	10.03
05.04	14.11	10.01	07.03	21.03
15.04	24.11	20.01	17.03	31.03
25.04	04.12	30.01	27.03	09.04
05.05	14.12	09.02	06.04	20.04
15.05	24.12	19.02	16.04	30.04
25.05	04.01	01.03	26.04	10.05
05.06	15.01	12.03	07.05	21.05
15.06	25.01	22.03	17.05	31.05
25.06	04.02	01.04	27.05	10.06
05.07	14.02	11.04	06.06	20.06
15.07	24.02	21.04	16.06	30.06
25.07	06.03	01.05	26.06	10.07
05.08	17.03	12.02	07.07	21.07
15.08	27.03	22.05	17.07	31.07
25.08	06.04	01.06	27.07	10.08
05.09	17.04	12.06	07.08	21.08
15.09	27.04	22.06	17.08	31.08
25.09	07.05	02.07	27.08	10.09
05.10	17.05	12.07	06.09	20.09
15.10	27.05	22.07	16.09	30.09
25.10	06.06	01.08	26.09	10.10
05.11	17.06	12.08	07.10	21.10
15.11	27.06	22.08	17.10	31.10
25.11	06.07	01.09	27.10	10.11
05.12	17.07	11.09	06.11	20.11
15.12	27.07	21.09	16.11	30.11
25.12	06.08	01.10	26.11	10.12

И. Ф. Жордания для определения срока беременности предложил формулу:

$$X = L + C,$$

где X — искомый срок беременности; L — длина плода в матке; C — лобно-затылочный размер головки плода, измеренные тазометром. Например, при L=22 см и C=10 см X=22+10=32 нед беременности.

В практической работе по дате первого дня последней менструации легко определить время предоставления декрет-

ного отпуска, срок родов, выхода на работу после декретного отпуска, воспользовавшись следующим календарем (табл. 4). Например, при начале последней менструации 20.07 родового отпуск на 56 дней предоставляется с 01.03, роды ожидаются 26.04. Приступить к работе после 56-дневного отпуска с 21.06, а после 70-дневного (при патологических родах) — с 05.07. При пользовании календарем необходимо учитывать и другие объективные данные акушерского исследования.

Отпуск по беременности предоставляется женщине участковым врачом, который должен объяснить необходимость более частого посещения консультации, проведения лабораторных исследований, психофизиопротективной подготовки к родам. При переезде беременной в другой населенный пункт сведения о ней сообщаются в соответствующий отдел здравоохранения. Врач, временно наблюдающий за беременной, результаты осмотров и обследований должен записывать в обменно-уведомительную карту, выданную ей ранее по месту постоянного жительства. При предоставлении родового отпуска или при осложненном течении беременности в сроки до 32 нед участковым врачом выдается женщине «Листок по временной нетрудоспособности» с регистрацией в уч. ф. № 036. Учащимся для освобождения от занятий выдаются справки с сохранением корешка (уч. ф. № 095).

Гигиена беременных

Гигиена беременных должна включать в себя мероприятия по сохранению и укреплению здоровья женщины, к организму которой предъявляются повышенные нагрузки, антенатальную охрану плода, подготовку организма женщины к нормальному течению родов и послеродового периода, к лактации и грудному вскармливанию.

Важное значение имеет личная гигиена беременной. Необходимо 1—2 раза в нед принимать душ, ежедневно обтирать тело полотенцем, смоченным в воде комнатной температуры, 2 раза в день подмывать наружные половые органы теплой водой с мылом (влагалищные спринцевания не рекомендуются). Обязательным компонентом личной гигиены являются воздушные и солнечные ванны. Воздушные ванны принимаются при температуре воздуха 20—22°, начиная с 5—10 мин, постепенно увеличивая до 20—30 мин. Летом полезны недлительные солнечные ванны, а зимой и осенью — ультрафиолетовое облучение. Купаться разрешается в теплую погоду, непродолжительное время, если беременность протекает нормально.

С наступлением беременности необходимо систематически готовить соски молочных желез к будущему кормлению для профилактики их трещин и мастита. Лифчики должны быть удобными, из натуральных тканей, соответствовать размеру и форме желез. Железы и соски ежедневно обмываются водой

комнатной температуры с мылом и обтираются жестким полотенцем. Если соски плоские или втянутые, в последние 2 месяца беременности производится их массаж: ежедневно после смазывания борным вазелином сосок захватывается указательным и большим пальцами и оттягивается в течение 3—4 мин (по 2—3 раза).

Одежда беременных женщин должна быть удобной и свободной, не стеснять грудную клетку, живот, не сдавливать нижние конечности. При появлении варикозного расширения вен необходимо носить эластичные гигиенические чулки или накладывать на бедра и голени эластичный бинт. С 7—8-го мес беременности для профилактики перерастяжения передней брюшной стенки рекомендуется носить специальный бандаж. Обувь должна быть по размеру, на широком каблуке.

Режим работы при нормальном течении беременности является обычным, с чередованием физического, умственного труда и отдыха. Беременная не должна поднимать тяжести, делать резкие движения, испытывать психоэмоциональные травмы. В быту и на работе вокруг нее необходимо создать обстановку внимания, заботы и уважения. Перед сном, продолжительность которого должна составлять не менее 8 ч, обязательны прогулки на свежем воздухе, проветривание комнаты, воздушные ванны.

Половая жизнь запрещается в первые 3 и в последние 2 мес беременности, чтобы предупредить инфекции, выкидыш и преждевременные роды. Категорически запрещаются курение и употребление алкоголя, так как ядовитые продукты табачного дыма и винный спирт проходят через плацентарный барьер и могут нанести непоправимый вред плоду, вплоть до развития уродств.

Питание беременных

Рациональное питание способствует нормальному развитию беременности, плода, а также является профилактикой развития крупных плодов (по нашим данным, в настоящее время они встречаются у 14 процентов родильниц), значительно осложняющих течение беременности, родов, послеродового периода, неонатального и постнатального развития новорожденных.

В первой половине беременности особая диета не требуется. Пища должна быть разнообразной, содержащей достаточное количество белков, углеводов, жиров, солей и витаминов. В первые месяцы беременности не исключаются, при необходимости, острые и соленые блюда, во второй половине рекомендуется преимущественно молочно-растительная пища. Мясо и рыбу следует употреблять 3—4 раза в нед. Острые и пряные продукты запрещаются, в разумных пределах ограничиваются углеводы, мучные продукты, крахмал и жидкость.

Количество белков и жиров вводится в суточный рацион

из расчета 1,5—2 г на 1 кг массы тела женщины. Углеводы, как основной энергетический материал и источник образования жиров, должны составлять не более 500 г в сут (при ожирении количество углеводов должно быть уменьшено до 300—400 г в сут). Для профилактики поздних токсикозов беременных поваренную соль во второй половине беременности необходимо ограничивать до 5 г в сут, жидкость до 1—1,2 л, а в последние недели — до 0,8 л в сут. Количество микроэлементов, источниками которых являются молоко, творог, яйца, печень, мясо, хлеб, орехи, гречневая и ячменная крупа, свекла, горох, во второй половине беременности должно составлять: кальция — 1,5—2 г, фосфора — 2 г, магния — 0,5 г, железа — 15—20 мг в сут.

В пищевом рационе беременной особенно необходимы витамины, входящие в состав ряда ферментов и выполняющие в организме функцию катализаторов процессов обмена веществ. Каждый витамин обладает специфичностью воздействия на организм, поэтому при их недостатке развиваются такие заболевания, как рахит, цинга, пеллагра, полиневрит и др.

Витамин А (каротин) оказывает влияние на слизистую оболочку матки, способствует ее регенерации, что особенно важно в послеродовом периоде. Суточная доза его — 5000 МЕ, в последние месяцы беременности — 10 000—20 000 МЕ.

Витамин В₁ (тиамин) участвует в регулировании обмена эстрогенных гормонов, синтезе ацетилхолина, способствует правильному обмену веществ в нервной системе, печени, регулирует водно-солевой обмен. Суточная доза — 10—20 мг.

Витамин В₂ (рибофлавин) способствует нормальному течению беременности и родов, применяется для предупреждения угрожающего прерывания беременности, усиливает окислительно-восстановительные процессы в организме. Суточная доза — 2—3 мг.

Витамин В₆ (пиридоксин) необходим при обмене незаменимых аминокислот (гистамина и триптофана). Суточная доза — 5 мг.

Витамин В₁₂ (цианокобаламин) эффективен при анемиях, вызванных заболеваниями желудочно-кишечного тракта и печени, пернициозной анемии; усиливает выделение гормона роста. Применяется при гипотрофии плода. Суточная доза — 0,003 мг.

Витамин РР (никотиновая кислота) участвует в процессах метаболизма половых гормонов, в малых концентрациях оказывает угнетающее действие на сократительную функцию беременной матки. Суточная доза — 18—25 мг.

Витамин С (аскорбиновая кислота) является мощным катализатором окислительно-восстановительных процессов в организме, потенцирует действие эстрогенов, усиливает влияние питуитрина и маммофизина на сокращение матки. Суточная доза — 100—200 мг.

Витамин D участвует в регуляции кальциевого и фосфорного обмена, применяется в акушерской практике для профилактики рахита у плода. Суточная доза — 1000 МЕ.

Витамин E (токоферол) играет большую роль в нормальном течении беременности (витамин плодovitости), недостаток его приводит к нарушению функции половых органов, иногда к гибели плода и выкидышу. Суточная доза — 20—25 мг.

При недостатке витаминов, поступающих в организм беременной с продуктами молочно-растительного происхождения, следует назначать готовые лекарственные формы.

Физиопсихопрофилактическая подготовка к родам

Подготовка беременных к родам представляет собой комплекс мероприятий, включающий лечебную физкультуру, ультрафиолетовое облучение и специальные занятия.

Метод психопрофилактической подготовки беременных к родам основан на учении о сущности родовой боли, в формировании которой принимают участие не только раздражение нервных окончаний со стороны матки и других половых органов, но и условнорефлекторный компонент, связанный с воздействиями на вторую сигнальную систему. При этом признается, что в возникновении болевых ощущений ведущая роль принадлежит коре головного мозга.

Сущность метода заключается в том, чтобы путем словесного воздействия создать более правильные функциональные взаимоотношения между корой головного мозга и подкорковыми образованиями, снизить возбуждение в подкорковых центрах и уравновесить процессы возбуждения и торможения в коре головного мозга.

Цель психопрофилактической подготовки состоит в устранении страха перед родами и других отрицательных эмоций, возникающих во время беременности, в выработке и закреплении представлений о родовом акте как о физиологическом и неболезненном процессе, в воспитании нового положительного чувства, связанного с предстоящим материнством.

Психопрофилактическая подготовка беременных к родам начинается с первого посещения женской консультации. Врач выясняет, нет ли у женщины страха перед родами, убеждает беременную в необходимости специальной подготовки к родам, которая помогает устранить болевые ощущения, оберегает нервную систему роженицы от психической травмы, сохраняет ее силы, способствует более правильному течению родового акта, оказывает положительное влияние на плод.

При первом и последующих посещениях консультации подробно выясняются социально-бытовые условия жизни беременной, ее отношение к беременности и предстоящим родам, наличие вредных привычек. Женщину знакомят с правами

беременных и кормящих матерей и льготами для них. Социально-правовая помощь позволяет по возможности исправить неблагоприятные бытовые условия, улучшить условия труда. При выявлении патологических отклонений в течении беременности необходимо внушить женщине возможность устранения их без последствий для родов и здоровья будущего ребенка. Врач женской консультации должен стремиться оказывать благоприятное воздействие на психику беременной, постоянно подчеркивая, что роды — физиологический акт и их течение во многом зависит от подготовленности женщины к родам и материнству.

С начала декретного отпуска занятия проводятся особенно тщательно. При хорошей предварительной подготовке можно ограничиться 4—5 занятиями с таким расчетом, чтобы последнее состоялось за 6—7 дней до родов. При позднем взятии на учет, патологическом течении беременности, отягощенном акушерском анамнезе, экстрагенитальной патологии количество занятий увеличивается до 6—9, проводятся они индивидуально 2 раза в нед. Здоровые беременные занимаются в группах (по 8—10 человек), которые по возможности составляются из однотипных в эмоциональном отношении женщин.

Для занятий по психопрофилактической подготовке беременных к родам, которые проводит врач или специально обученная акушерка, выделяется особая комната, оборудованная кушетками и учебными пособиями (рисунки, плакаты, муляжи).

Первое занятие. Беременным сообщаются краткие сведения об анатомическом строении женских половых органов, о матке как плододоместилице и органе питания плода. Демонстрируются месторасположение матки в малом тазу и изменения ее в связи с наступившей и развивающейся беременностью. Приводятся сведения о развитии плода, его положении в матке, роли плаценты, околоплодных вод. Разъясняется сущность изменений в организме беременной как необходимый процесс, обеспечивающий нормальное развитие плода, физиологическое течение беременности и родов.

Второе занятие. Дается представление о родах как нормальном физиологическом акте, о трех периодах родов. Объясняются особенности первого периода родов, субъективные ощущения рожавшей женщины, дается понятие о схватках, их продолжительности и регулярности. Рассказывается о механизме сглаживания и раскрытия шейки матки, о роли плодного пузыря и околоплодных вод. Обращается внимание на то, что роды протекают при известной затрате физических сил, поэтому во время родов необходимо принять спокойное положение, регулярно питаться, выполнять указания медицинского персонала.

Третье занятие. Разъясняется, как вести себя при

появлении схваток и в течение всего первого периода родов. Указывается на то, что не следует отождествлять боль и схватку, у многих женщин схватки протекают совершенно безболезненно. Рассказывается о специальных приемах, с помощью которых можно уменьшить болевые ощущения: правильное, равномерное и глубокое дыхание во время схватки; сочетание вдоха и выдоха во время схватки с легким поглаживанием переднебоковых поверхностей живота; поглаживание кожи пояснично-крестцовой области; прижатие большими пальцами к внутренней поверхности гребешка подвздошной кости у обеих передне-верхних остей; прижатие кулаками точек, которые соответствуют наружным углам ромба Михаэлиса; ведение счета схваткам; отдых и по возможности попытка дремать в паузах между схватками. Беременные должны хорошо усвоить указанные приемы и точно выполнять их в определенной последовательности. В конце занятия разъясняются причины, которые могут усилить болезненные ощущения в родах (страх, беспокойное поведение, переполненный мочевой пузырь и др.). При этом подчеркивается, что эти причины легко устраняются правильным поведением женщины в родах.

Четвертое занятие. Дается представление о течении родов во втором и третьем периодах и характере ощущений роженицы. Рекомендуются рациональные положения в начале и конце периода изгнания, когда роженица должна проявлять максимум физических и психических усилий, уметь задерживать дыхание для повышения эффективности потуг и расслаблять мускулатуру в момент рождения головки плода. В процессе занятий беременная должна освоить указанные приемы и неоднократно повторять их дома. Подчеркивается, что продолжительность второго периода зависит не только от правильного выполнения приемов, но и от достаточной физической подготовки. Рассказывается о течении последового периода, его продолжительности, характере схваток. Женщины обучаются правильному поведению при рождении последа.

Пятое занятие — заключительное, на котором контролируется усвоение материала прошлых занятий. Рассказывается о порядке и обстановке в родильном доме, разъясняется значение соблюдения правил асептики и антисептики в процессе родов и послеродовом периоде. Излагаются обязательные и возможные лечебно-диагностические мероприятия (наружное и влагалищное исследование, вскрытие плодного пузыря, внутривенное введение лекарственных средств, вдыхание кислорода и др.), подчеркиваются необходимость их для здоровья матери и ребенка, важность выполнения всех указаний медицинского персонала.

Достигнутый на занятиях эффект психопрофилактической подготовки должен закрепляться в домашних условиях путем повторения усвоенных приемов, при патронажном посещении

беременных акушеркой, приветливым отношением к женщине в родильном доме, поведением медицинского персонала.

Полезно сочетать психопрофилактическую подготовку беременных к родам с ультрафиолетовым облучением, которое повышает функциональное состояние нервной системы и эндокринных желез, увеличивает сопротивляемость организма инфекциям, способствует нормализации обмена витаминов. Оно особенно полезно при недостаточности естественного ультрафиолетового излучения, связанного с особенностями климата отдельных регионов страны и сезонными колебаниями. Ультрафиолетовое облучение проводится по методике, предложенной А. А. Лебедевым. До 16 нед беременности назначают 10 сеансов общего ультрафиолетового облучения интенсивностью 0,25—1,25 биодозы, в сроки беременности 16—31 нед — 10 сеансов интенсивностью 1,25—1,5 биодозы и в 32—40 нед — 20 сеансов интенсивностью 1,5—2,5 биодозы.

Психопрофилактическую подготовку беременных к родам необходимо сочетать с физическими упражнениями, которые рекомендуется проводить с самого начала беременности.

Систематические занятия физкультурой повышают сопротивляемость организма, создают чувство бодрости, укрепляют нервную систему, улучшают общее состояние, аппетит, сон, работу сердечно-сосудистой системы, дыхания, желудочно-кишечного тракта. Физические упражнения укрепляют мышцы брюшной стенки, тазового дна, устраняют застойные явления в малом тазу и нижних конечностях, способствуют правильному расположению плода в полости матки, нормальному течению родов и послеродового периода. Физически тренированные женщины умеют управлять своим дыханием, что позволяет быстрее и полнее насыщать организм кислородом.

Занятия физкультурой проводятся преимущественно групповым способом в женской консультации под руководством инструктора по лечебной физкультуре или специально обученной акушерки при постоянном врачебном контроле. Допускается выполнение физических упражнений после соответствующего обучения индивидуально на дому с условием посещения женской консультации через каждые 10 дней для проверки правильности выполнения упражнений.

Физические нагрузки следует изменять в зависимости от срока беременности.

Заниматься физкультурой рекомендуется утром до еды или через 1—2 ч после завтрака в хорошо проветренном и освещенном помещении в специальной, не стесняющей движений одежде. Продолжительность занятий не должна превышать 15—20 мин. Если физические упражнения вызывают чувство усталости, затруднение дыхания, учащение сердцебиения, необходимо их облегчить и посоветоваться с врачом. Из комплекса упражнений должны исключаться прыжки, значительное натуживание, резкие движения.

Занятия физкультурой можно рекомендовать только здоровым женщинам при нормальном течении беременности. Противопоказаниями для занятий являются: все острые инфекционные заболевания, декомпенсированные заболевания сердечно-сосудистой системы, болезни печени и почек, а также патологическое течение беременности (токсикозы беременных, привычные выкидыши, кровотечения во время беременности).

Кроме занятий физкультурой беременная должна использовать и другие средства закаливания: прогулки на свежем воздухе, купание в реке и море, воздушные дозированные ванны. Большое значение имеет пребывание женщин в домах отдыха для беременных и профилакториях промышленных предприятий.

Ход занятий по лечебной физкультуре фиксируется в специальной карте (уч. ф. № 042) с последующей краткой записью сведений о проведенной работе в индивидуальных картах беременных.

Перинатальная охрана плода и новорожденного

Перинатальная охрана плода и новорожденного (ПОПиН) — это система мероприятий по ante- и интранатальной охране здоровья плода и организации медицинской помощи новорожденным, направленных на дальнейшее снижение перинатальной заболеваемости и смертности, улучшение здоровья новорожденных детей:

Система ПОПиН, созданная и наиболее четко оформившаяся в последние десятилетия, заключается в знании и умении выявлять факторы (критерии) повышенного риска для плода и новорожденного, их профилактике, организации наиболее рационального наблюдения за беременной женщиной, при необходимости ее оздоровления, успешного родоразрешения и обеспечении квалифицированной медицинской помощи новорожденному.

Риск в перинатальном периоде — это опасность гибели или заболевания и аномалий развития плода и новорожденного от момента зачатия до 28 дней после рождения. Возникает он под воздействием неблагоприятных факторов со стороны организма матери, внешней среды и нарушений внутренней среды плода (врожденно-наследственного и другого характера). Различают пренатальные и интранатальные факторы риска для внутриутробного развития плода и последующего неонатального периода.

Серьезные заболевания материнского организма, многочисленные осложнения беременности и родов, недонашивание и перенашивание, ряд факторов социально-бытового характера и др. — все это может представлять потенциальную угрозу для плода и новорожденного в перинатальном периоде.

При первом посещении беременной женской консультации

в ранние сроки беременности (до 12 нед) после клинического и лабораторного обследования необходимо выделить группы риска. Для количественной оценки пренатальных факторов риска следует пользоваться балльной системой (табл. 5).

Таким образом, нормальному развитию плода угрожает множество различных факторов, действующих как в отдельности, так и в сочетании друг с другом. Часто проявляющийся синергизм многих из них усугубляет неблагоприятное их влияние на показатели перинатальной заболеваемости и смертности.

К группе беременных высокого риска относятся женщины с суммарной оценкой пренатальных факторов в 10 баллов и выше, среднего риска — в 5—9 баллов, низкого риска — до 4 баллов. Если женщина относится к группе высокого риска, необходимо решить вопрос о целесообразности продолжения беременности. При сохранении беременности составляется индивидуальный план наблюдения с использованием современных методов обследования матери и плода. Беременные групп высокого риска направляются на роды в специализированный родильный дом (отделение).

Трехступенная оценка вероятности риска применяется начиная с момента взятия беременных на учет, при последующем наблюдении и в процессе родоразрешения. Многочисленный анализ данных показывает, что 45 % беременных составляют группу низкого риска, 29 % — среднего и 26 % — высокого.

Уровень перинатальной смертности в указанных группах беременных различен. Так, в группе высокого риска перинатальная смертность в 3,5 раза выше, чем в группе среднего, и почти в 20 раз выше, чем в группе низкого риска. Даже при раннем взятии беременных женщин на учет группа высокого риска составляет около 18 %, увеличиваясь к концу беременности до 25—26 %. Замечено, что в течение беременности группа низкого риска уменьшается к родам, в то же время группы среднего и высокого риска становятся все более значимыми. Аналогично возрастает и перинатальная смертность.

Все это обусловило необходимость создания системы перинатальной охраны плода и новорожденного, которую осуществляют в первую очередь женские консультации, а также специализированные акушерские стационары и отделения патологии беременных родильных домов, санатории для беременных женщин, терапевтические общие и специализированные стационары, диспансеры, поликлиники для взрослых и детей.

Обеспечение нормального внутриутробного развития плода и здоровья новорожденного требует организации ПОПиН, по возможности, с первых недель беременности, когда оплодотворенная яйцеклетка и эмбрион наиболее чувствительны к различным вредным воздействиям факторов внешней и внутренней среды. Необходимо своевременно выявлять женщин,

Таблица 5. Оценка пренатальных факторов риска

№ пп.	Факторы риска	Количество баллов
1	2	3
I. Социально-биологические		
1.	Возраст матери: до 20 лет 30—34 года 35—39 лет 40 лет и более	2 2 3 4
2.	Возраст отца 40 лет и более	2
3.	Профессиональные вредности у матери у отца	3 3
4.	Вредные привычки у матери: выкуривание 1 пачки сигарет в день злоупотребление алкоголем у отца: злоупотребление алкоголем	1 2 2
5.	Эмоциональные нагрузки	1
6.	Рост и весовые показатели матери: рост 150 см и менее масса на 25 % выше нормы	2 2
Сумма баллов		
II. Акушерско-гинекологический анамнез		
1.	Паритет 4—7-е роды 8-е и более	1 2
2.	Аборты перед первыми настоящими родами 1 2 3 и более	2 3 4
3.	Аборты перед повторными родами или после последних родов 3 и более	2
4.	Преждевременные роды 1 2 и более	2 3
5.	Мертворождение 1 2 и более	3 8
6.	Смерть в неонатальном периоде 1 2 и более	2 7
7.	Аномалия развития у детей	3
8.	Неврологические нарушения	2
9.	Масса доношенных детей до 2500 г и 4000 г и более	2

1	2	3
10.	Бесплодие в течение 2—4 лет	2
	5 лет и более	4
11.	Рубец на матке после операции	3
12.	Опухоли матки и яичников	3
13.	Истмико-цервикальная недостаточность	2
14.	Пороки развития матки	3
Сумма баллов		
III. Экстрагенитальные заболевания матери		
1.	Сердечно-сосудистые	
	а) пороки сердца без нарушения кровообращения	3
	б) пороки сердца с нарушением кровообращения	10
	в) гипертоническая болезнь I—II—III стадии	2—8—12
	г) вегетососудистая дистония	2
2.	Заболевания почек	
	а) до беременности	3
	б) обострение заболевания при беременности	4
	в) заболевания надпочечников	7
3.	Эндокринопатии	
	а) диабет	10
	б) диабет у родственников	1
	в) заболевания щитовидной железы	7
4.	Анемия	
	НЬ (г/л) 90—100—110	4—2—1
5.	Коагулопатии	2
6.	Миопия и другие заболевания глаз	2
7.	Хронические специфические инфекции (туберкулез, бруцеллез, сифилис, токсоплазмоз и др.)	3
8.	Острые инфекции при беременности	2
Сумма баллов		
IV. Осложнения беременности		
1.	Выраженный ранний токсикоз	2
2.	Поздний токсикоз	
	а) водянка	2
	б) нефропатия I—II—III степени	3—5—10
	в) эклампсия	12
	г) преэклампсия	11
3.	Кровотечение в I и II половине беременности	3—5
4.	Rh- и ABO-изосенсибилизации	5—10
5.	Многоводие	4
6.	Маловодие	3
7.	Тазовое предлежание плода	3
8.	Многоплодие	3
9.	Переношенная беременность	3
10.	Неправильное положение плода (поперечное, косое)	3

1	2	3
	Сумма баллов	
	V. Оценка состояния плода	
1.	Гипотрофия плода	10
2.	Гипоксия плода	4
3.	Содержание эстриола в суточной моче	
	17 мкмоль/сут в 30 нед	34
	42 мкмоль/сут в 40 нед	15
4.	Изменение вод при амниоскопии	8
	Сумма баллов	

у которых высока степень риска либо вероятность гибели или повреждения плода во время беременности и родов. При систематическом наблюдении, надлежащем обследовании и оздоровлении беременных, рациональном ведении родов и послеродового периода значимость факторов риска значительно уменьшается.

Таким образом, первым условием правильной организации ПОПиН является раннее взятие беременной на учет акушером-гинекологом женской консультации. У женщин, которые взяты под наблюдение в ранние сроки беременности, регулярно посещали врача, были полностью обследованы и получили возможное лечение, уровень перинатальной смертности в 2—2,5 раза ниже уровня перинатальной смертности в целом.

При достаточной обеспеченности врачебными кадрами (особенно в городах) необходимо, чтобы наблюдение за женщиной в консультации на протяжении всего периода беременности вел один врач.

Оздоровление беременных, улучшение условий их труда и быта, соблюдение санитарно-гигиенических требований, режима питания, отдыха, борьба с вредными привычками являются важнейшими профилактическими мероприятиями женской консультации в организации ПОПиН. Все большее значение приобретает при этом социально-правовой раздел работы женской консультации (контроль за освобождением беременных от ночных и сверхурочных работ, командировок, работ, связанных с подъемом и переносом тяжестей сверх допустимых норм, перевод беременных на более легкую работу и др.).

Важной задачей женской консультации в организации ПОПиН является отбор и направление беременных женщин в различные стационары для госпитализации в профилактических или лечебных целях. По опыту работы женских консультаций известно, что около 30 % женщин, состоящих на учете, нуждаются в госпитализации в отделения патологии беременных акушерских стационаров (такой ныне рекомендо-

ванный МЗ СССР норматив выделения этих коек из общей мощности акушерских стационаров) и около 5 % должны оздоравливаться в отделениях санаторного или полусанаторного типа. Важное значение имеет профилактическая госпитализация беременных с экстрагенитальными заболеваниями в первый триместр беременности для квалифицированного решения вопроса о возможности сохранения беременности и планового профилактического лечения соматической патологии и ее обострений.

Важным организационным мероприятием, направленным на повышение эффективности ПОПиН, является развитие специализированной акушерско-гинекологической помощи, цель которой — глубокое и всестороннее обследование и лечение беременных групп риска, а также совершенствование методов ведения родов и раннего неонатального периода, консультативная и организационно-методическая работа. Основными принципами работы специализированных центров родовспоможения для беременных с различными экстрагенитальными заболеваниями и акушерской патологией являются: 1) постоянная, своевременная связь и преемственность в работе женских консультаций со специализированными стационарными учреждениями родовспоможения; 2) оказание консультативной помощи всем нуждающимся в ней беременным; 3) обеспечение своевременной стационарной помощью; 4) преемственность в работе с педиатрической службой и поликлинической сетью для взрослых, в частности осуществление преемственности в работе специализированного стационара родовспоможения и отделения патологии новорожденных детских больниц, женской консультации с детской поликлиникой, подростковым кабинетом и поликлиникой для взрослых. Женская консультация и расположенные в районе деятельности детская поликлиника и поликлиника для взрослых для совместного проведения всех мероприятий по ПОПиН образуют так называемый акушерско-педиатрический комплекс, при этом соблюдается четкое разграничение их обязанностей. Основными для детской поликлиники до рождения ребенка являются дородовые патронажи и занятия с беременными в очной школе молодых матерей и отцов. Во время дородовых патронажей детская поликлиника контролирует выполнение беременными рекомендаций акушеров-гинекологов женских консультаций, устанавливает необходимый контакт между будущей матерью и детской поликлиникой, оказывает будущим матерям и женской консультации нужную помощь в осуществлении всех мероприятий по ПОПиН. В этих целях акушерско-педиатрические комплексы работают по единым, общим планам, утвержденным руководством лечебно-профилактического объединения или территориального здравотдела.

Наконец, акушерско-педиатрические комплексы, базовые и территориальные женские консультации, медсанчасти про-

мышленных предприятий в своей работе по ПОПиН используют возможности городских, областных и республиканских специализированных консультаций «Брак и семья», медико-генетических консультаций, кабинетов и лабораторий, профильных кафедр и научно-исследовательских институтов.

Важное значение в обеспечении эффективности ПОПиН имеют повышение квалификации и обмен опытом работы врачей женских консультаций, стационарной акушерской помощи, неонатологов и других специалистов. В этих целях необходимо практиковать, например, проведение совместных научно-практических конференций акушеров-гинекологов и педиатров, генетиков, морфологов и других специалистов.

ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД

Послеродовой период — заключительная стадия беременности — начинается с момента изгнания последа и продолжается 6—8 нед, когда происходят обратное развитие всех изменений в организме женщины, вызванных беременностью и родами, и адаптация его к новым эндо- и экзогенным условиям существования. В этот период наступает наибольший расцвет функции молочных желез и нормализуется деятельность яичников. Различают ранний послеродовой (24 ч после родов) и поздний послеродовой период (до 6—8 нед после родов). После окончания послеродового периода многие органы женщины приобретают характерные изменения, отсутствующие до беременности.

Физиологические изменения в организме женщины

В раннем послеродовом периоде после отделения и выделения последа происходит остановка кровотечения из разорвавшихся маточно-плацентарных сосудов. Этому способствует значительное тоническое сокращение матки, приводящее к сжатию маточных сосудов, а также закрытие сосудов тромбами, образованию которых помогает появление значительного количества тромбопластина во время отделения плаценты. Размеры матки уменьшаются, форма ее становится шарообразной, слегка сплюснутой спереди назад, стенки утолщаются до 3 см, масса составляет 1000 г.

Инволюции матки способствуют послеродовые схватки, сокращение и облитерация части сосудов, в результате чего матка обезвоживается. Часть мышечных волокон вместе с сосудами, нервными образованиями и соединительной тканью подвергается распаду, белковому и жировому перерождению, исчезают характерные для беременности гипертрофия и гиперплазия мышечных элементов матки. К концу первой недели масса матки уменьшается до 400—500 г, второй — до 300 г, третьей — до 200 г, а к концу послеродового периода составляет 50—70 г.

Длина полости матки после родов достигает 15—20 см, и только к концу послеродового периода размеры ее приходят к норме.

В практике лучшим ориентиром правильной инволюции матки в послеродовом периоде является высота стояния дна матки над лоном, которая легко определяется пальпацией через брюшную стенку. На 1—2-й день после родов дно матки располагается на 12—15 см выше лона, на 4-й — на 10—11 см, на 6-й — на 8—9 см, на 8-й — на 7—8 см, на 10-й день — на 4—6 см выше лона или на уровне его. Таким образом, длина матки ежедневно уменьшается на 1—1,5 см.

Переполненный мочевой пузырь и кишечник снижают тонус мышц матки и тазового дна, могут способствовать отклонению дна матки до мечевидного отростка. Поэтому перед пальпацией необходимо опорожнить мочевой пузырь и кишечник.

Послеродовые сокращения матки происходят с убывающей силой по направлению от дна к шейке матки, в которой быстро образуются внутренний зев и канал. Полное формирование шеечного канала происходит к 10-му дню после родов, хотя наружный зев в это время еще проходим для кончика пальца. Полностью он закрывается на 3—4-й нед после родов. Форма наружного зева шейки матки к концу послеродового периода изменяется: он имеет вид поперечно расположенной щели, которая нередко деформирована рубцами. Могут быть обнаружены боковые разрывы, не выявленные и не ушитые сразу после родов или же возникшие вследствие несостоятельности швов в послеродовом периоде.

После рождения последа внутренняя стенка матки представляет собой раневую поверхность, особенно в области плацентарной площадки, где имеются остатки децидуальной оболочки и тромбы, закупорившие просветы сосудов. Они подвергаются протеолизу, коагуляции и отторжению. Происходит выделение из полости матки секрета (лохий), имеющего щелочную реакцию и специфический (прелый) запах. В первые 2—4 дня лохии носят кровянистый характер, затем кровянисто-серозный, на 7—9-й день они становятся серозными, к 10-му дню — светлыми, без примеси крови. Количество лохий постепенно уменьшается, на 3-й нед они скудные, на 6-й — выделение их прекращается.

Из эпителия донных желез эндометрия восстанавливается слизистая оболочка матки. Как правило, на первом этапе покровный эпителий погибает и выделяется с лохиями. Полная эпителизация матки происходит к 9—10-му дню, плацентарной площадки — к 3-й нед, а восстановление слизистой оболочки матки, типичной для состояния небеременности, наступает к 6—7-й нед. Регенерация в области плацентарной площадки завершается через 2 мес после родов. Слизистая оболочка шейки матки восстанавливается на первой неделе послеродового периода.

Проникновению микробов в полость матки здоровой роженицы препятствует грануляционный вал, образующийся в результате массовой миграции лейкоцитов из глубины тканей матки. Однако, по мнению некоторых авторов, скудное содержание бактерий в лохиях в первый день после родов увеличивается за счет различных патогенных и непатогенных штаммов к четвертым суткам и достигает максимума к седьмому дню послеродового периода. Другие авторы считают, что при нормальном течении послеродового периода микрофлора в полости матки не бывает. К 3-й нед полость матки свободна от микробов во всех случаях.

Маточные трубы относительно быстро, к 12—14-му дню, возвращаются в нормальное положение в результате исчезновения отека, гиперемии, уменьшения матки и расположения ее в полости малого таза.

Связочный аппарат матки, параметрий, обеспечивающие в первые дни послеродового периода высокую ее подвижность, приобретают обычный тонус и тургор медленнее и восстанавливаются к концу 3-й нед пуэрперия.

Инволюция влагалища и мышц тазового дна, как правило, не бывает полной из-за травматизации при родах. Влагалище приобретает более широкую форму, складчатость его стенок выражена мало. Расхождение срединных ножек мышц, поднимающей задний проход, приводит к образованию углублений на боковых стенках влагалища у входа. Ссадины и надрывы, а также ушитые разрывы тканей шейки матки, влагалища и промежности заживают на протяжении недели после родов.

Изменения в яичниках в послеродовом периоде заключаются главным образом в восстановлении их генеративной и менструальной функции, которое зависит от индивидуальных особенностей женщин. Первый цикл чаще ановуляторный, затем вследствие функциональной недостаточности желтого тела наступает затянувшееся отторжение слизистой оболочки. Последующая менструация, как правило, бывает истинной. У 80 % кормящих женщин наступление первой менструации тормозится на несколько месяцев или на время кормления грудью; у остальных менструация возобновляется к концу послеродового периода или сразу же после его окончания.

По нашим данным, первая менструация наступила через 1 месяц после родов у 6,8 % кормящих женщин, через 2 — у 18,6 %, через 3 — у 20,8 %, через 4 — у 15 %, через 5 — у 12,6 %, через 6 — у 6,6 %, через 7 — у 6,2 %, через 8 — у 3,6 %, через 9 — у 3,2 %, через 10 — у 2,4 %, через 11 — у 1,2 %, через 12 — у 0,8 %, более чем через год — у 1,8 % женщин, не наступила в течение полутора лет после родов у 0,4 % женщин. Таким образом, у подавляющего числа женщин менструальная функция после родов восстановилась на 2—8-м месяце. Выявлена статистически достоверная об-

ратно пропорциональная зависимость времени наступления первой менструации после родов от срока лактации. Следующая беременность наступила через 62—530 дней после родов.

В послеродовом периоде возникают существенные сдвиги в гемодинамике, связанные с уменьшением объема крови ввиду исключения маточно-плацентарного кровообращения и снижением маточного кровотока в результате сокращения матки. Сердце родильницы принимает обычное положение. Происходит выраженная потеря жидкости, в связи с чем увеличенный после родов на 15—30 % объем циркулирующей крови постепенно снижается. Артериальное давление нормализуется, пульс становится ритмичным, полным, 70—80 ударов в мин. У некоторых родильниц превалирует ваготония, которая проявляется замедлением пульса — брадикардией (до 60 ударов в мин при удовлетворительном наполнении).

Параллельно с уменьшением объема циркулирующей крови нормализуется гематокрит, несколько уменьшается количество эритроцитов (в зависимости от кровопотери в родах), лейкоцитов, гемоглобина, фибриногена. В первое время еще остается несколько повышенным содержание лейкоцитов и увеличенной СОЭ, однако через 1—2 нед они нормализуются. Уровень холестерина, содержание протромбина и тромбоцитов приходят к норме на первой неделе.

После родов происходит опускание диафрагмы, в результате чего увеличивается жизненная емкость легких. Дыхание становится смешанным, грудно-брюшным.

Функция почек после родов не нарушается, суточный диурез на первой неделе повышен. Однако в первое время после родов у многих родильниц бывает задержка мочи, что связано с отечностью и травматизацией шейки мочевого пузыря и уретры в родах, снижением тонуса мочеточников, нарушением иннервации и расслаблением передней брюшной стенки. У родильниц отсутствует позыв к мочеиспусканию, они не могут мочиться лежа. Через 2—3 нед после родов тонус мочеточников восстанавливается, а задержка мочеиспускания проходит, как правило, через 2—4 дня.

В первые дни после родов моторная функция кишечника снижена, отмечаются запоры в результате атонии кишечника, что является следствием слабости брюшной стенки родильницы, нерационального питания, изменения анатомии органов брюшной полости после родов. При нормальном течении послеродового периода самопроизвольная дефекация наступает в первые дни. Определенную роль в восстановлении функции кишечника играет питание родильницы, которое до 3—4-го дня после родов должно быть калорийным, но с ограничением клетчатки, так как продукты ее бактериального распада могут вызвать вздутие и парез кишечника. Когда родильнице разрешают вставать, ее переводят на общий стол.

В послеродовом периоде нормализуется деятельность эндокринных желез, регулируемых гипофизарно-гипоталамической системой. Основной обмен бывает незначительно повышен и восстанавливается к 3—4 нед после родов. Нормализуется функция надпочечников, щитовидной железы, гипофиза. К 5-му дню пуэрперия из организма выводятся стероидные гормоны, вырабатываемые плацентой, что приводит к выделению передней долей гипофиза пролактина и началу лактации. К концу 3-й нед после родов передняя доля гипофиза начинает продуцировать фолликулостимулирующий (ФСГ) и лютеинизирующий (ЛГ) гормоны. Реакция на наличие гонадотропинов в моче становится отрицательной к концу первой недели после родов.

В послеродовом периоде начинают функционировать молочные железы. Уже с первых недель беременности в молочных железах под влиянием гормонов гипофиза и половых гормонов разрастается железистый эпителий, отдельные дольки железы становятся плотными и отчетливо определяются. Во взаимодействии с другими нейрогуморальными факторами эстрогены способствуют развитию выводных протоков, а прогестерон — пролиферации в альвеолах грудных желез.

Однако полный расцвет функции молочных желез наступает после исчезновения тормозящего влияния плацентарных половых гормонов на пролактиновую функцию гипофиза. Повышение или снижение лактации зависит от лактационных гормонов гипофиза — пролактина и маммотропина. В первые дни послеродового периода (до 5—10-го дня) грудные железы продуцируют молозиво, которое имеет щелочную реакцию, содержит большое количество белка (до 2,25 %), жировые капельки, эпителиальные клетки и «молозивные тельца» — лейкоциты, наполненные жировыми капельками.

С 4—5-го по 15—18-й день после родов вырабатывается так называемое переходное молоко, а затем грудные железы начинают продуцировать истинное молоко, имеющее постоянные свойства. Оно белого цвета, со щелочной реакцией, при кипячении не свертывается. Химический состав: вода — 88 %, белок — 1,13 %, жир — 3,35 %, сахар — 7,28 %, соли и прочие вещества — 0,24 %; удельный вес — 1026—1036. Молоко содержит витамины, ферменты и другие вещества, необходимые для правильного развития детского организма. В первую неделю суточное количество молока, постепенно нарастая, достигает 500 мл, к концу второй недели — 750 мл, к концу послеродового периода — до 1,5 л. Как правило, количество молока регулярно увеличивается до 6 мес, затем постепенно уменьшается, и к 9—10-му мес после родов выделение молока прекращается. Однако время, сроки и объем лактации у рожениц имеют выраженные индивидуальные особенности.

Обслуживание родильниц

Основными задачами участкового акушера-гинеколога при ведении родильниц в послеродовом периоде являются: контроль за нормальной инволюцией половых и других органов и систем, заживлением родовых травм, наблюдение за лактацией и коррекция ее, рекомендации по соблюдению личной гигиены, профилактика септических послеродовых осложнений, охрана труда родильницы и сохранение здоровья новорожденного.

При нормальном течении родов и послеродового периода выписка из стационара производится на 5—8-е сут, при патологическом — вопрос решается индивидуально в зависимости от состояния родильницы.

Дальнейшее наблюдение за состоянием здоровья родильницы осуществляет врач женской консультации, новорожденного — врач детской консультации.

О необходимости посещения женской консультации женщине сообщается еще до родов и в роддоме перед выпиской.

Во время послеродового периода женщина должна быть осмотрена акушером-гинекологом дважды: в течение 10—12 дней после выписки из стационара и через 6—8 нед после родов. В дальнейшем наблюдение за женщиной ведется один раз в 3 мес, через год после родов — один раз в год.

При первом посещении консультации родильницей участковый акушер-гинеколог по обменной карте, справке должен ознакомиться с данными стационара о течении осложнений беременности (если родильница находилась в отделении патологии беременности), родов, об исходах их для матери и плода, особенностях послеродового периода, тщательно проанализировать жалобы родильницы, определить артериальное давление, частоту пульса, температуру, массу тела. Следует обратить внимание на состояние молочных желез, лактацию, тургор брюшной стенки (наличие расхождения прямых мышц живота), количество и характер лохий, произвести пальпацию брюшной полости, проверить наличие симптома Пастернацкого и уточнить характер физиологических отклонений.

Двуручное гинекологическое исследование проводится при осложненном течении родов и послеродового периода, а также при наличии соответствующих показаний, чаще всего при субинволюции матки в результате ее резкого перегиба кзади или кпереди и при подозрении на послеродовые септические заболевания.

При первом посещении родильницы необходимо проконтролировать правильность гигиенического режима в послеродовом периоде. Для туалета наружных половых органов рекомендуется применять слабые дезинфицирующие растворы марганцовокислого калия, фурацилина, лизола, хлорамина, нашатырного спирта, физиологический раствор поваренной соли и др. Они должны быть свежими, содержаться в кувшине или

кружке Эсмарха. После гигиенического душа и обмывания наружных половых органов мылом (лучше «Детским»), дезинфицирующими растворами орошаются лобок, наружные половые органы и внутренние поверхности бедер. При нормальном течении послеродового периода лучше применять раствор нашатырного спирта, при гнойных выделениях — другие антисептики, при лохиях с запахом — раствор марганцовокислого калия, при раздражении кожи — настой ромашки. После обмывания наружные половые органы просушиваются ватой или марлевыми салфетками. Орошение и обработка должны вестись сверху вниз и заканчиваться обмыванием промежности. При опрелостях, мацерации кожи ее необходимо смазывать синтомициновой эмульсией или 0,25 % раствором ляписа. Туалет, как правило, должен проводиться 2 раза в сут, желательно после дефекации. Стерильные марлевые салфетки можно применять только в том случае, если есть возможность часто менять их. Комнату, где живет родильница с новорожденным, необходимо тщательно проветривать, 2 раза в сут проводить влажную уборку. Родильница должна строго соблюдать правила личной гигиены. Белье и постельные принадлежности нужно кипятить и ежедневно менять. Трико следует носить закрытое, но свободное, чтобы не вызвать потертости в области наружных половых органов и бедер.

Нередко у родильниц (чаще у повторнородящих) наблюдаются болезненные послеродовые сокращения матки, особенно во время кормления грудью. В таких случаях рекомендуется назначать экстракт белладонны (по 0,02 г), платифиллин (по 0,005 г), беллоид (по 0,12 г) или аспирин (по 0,5 г) 2 раза в день внутрь.

Рациональная дозированная физическая нагрузка является одной из важнейших предпосылок физиологического восстановления организма после родов, особенно половых органов, мышц промежности, тазового дна и передней брюшной стенки. Послеродовая гимнастика способствует ликвидации венозного и лимфатического застоя в брюшной и тазовой областях, восстановлению грудно-брюшного дыхания, становлению функции мочевого пузыря и кишечника, профилактике субинволюции матки и послеродовых тромбозов, нормализации сердечно-сосудистой деятельности. При тяжелых формах токсикозов, оперативных родах, осложнениях в послеродовом периоде занятия лечебной физкультурой должны быть строго согласованы с инструктором-методистом.

Хорошим средством для усиления инволюции тканей брюшной стенки и улучшения деятельности кишечника и мочеиспускания является самомассаж живота с помощью теннисного мяча (А. Г. Бурлачкова). Родильница утром при опорожненном мочевом пузыре (лежа на кровати) делает мячом круговые движения по часовой стрелке, начиная от пупка и постепенно увеличивая радиус до полного захвата всей

окружности живота. Сила прижатия мяча к животу постепенно возрастает. Ноги несколько согнуты в тазобедренном и коленном суставах. Это упражнение можно повторить 2—3 раза в день не ранее чем через 2—3 ч после приема пищи.

После выписки из родильного дома женщине рекомендуется продолжать занятия физической культурой дома, через 4 нед комплекс упражнений приближается к обычной утренней зарядке. Необходимо научить родильницу, занимающуюся индивидуально, контролировать самочувствие, пульс и другие показатели и дозировать упражнения.

Важной задачей участкового врача являются профилактика и лечение трещин сосков, чрезмерного нагрубления молочных желез, гипо- и гиперфункции их и мастита. Первое прикладывание ребенка к груди проводится через 6—12 ч после родов. Грудное вскармливание является важным фактором рефлекторного воздействия на лактационную функцию железы. Раздражение сосков приводит к усиленному образованию пролактина и окситоцина, которые способствуют нарастанию лактации, опорожнению молочной железы, сокращению матки рефлекторным и гормональным путем. У новорожденного подкрепляется безусловный сосательный рефлекс.

Родильнице нужно носить свежeweглаженный лифчик, не стесняющий молочные железы, высоко поддерживающий их, и менять его ежедневно.

Перед кормлением родильница должна вымыть руки с мылом, обтереть сосок стерильной марлей, смоченной водой, и первые капли молока сцедить. Сосок вводится в рот новорожденного вместе с частью околососкового кружка. После кормления необходимо обработать грудь ватными шариками, смоченными раствором риванола или фурацилина и полежать с обнаженной грудью 5—10 мин. Один раз в сутки молочные железы протираются спиртом.

В послеродовом периоде целесообразно кормить детей через 3—3,5 ч с ночным перерывом на 6—6,5 ч. Ребенок должен высасывать все молоко, так как первые порции содержат много белка, а последние — жира. При каждом кормлении ребенка прикладывают только к одной груди, оставшееся молоко сцеживают до полного опорожнения железы. Сцеживание надо производить бережно, чтобы не травмировать соски. Начинать сцеживание нужно не ранее чем через 2 сут после родов, если действительно есть излишки молока, при отсутствии болезненности, инфильтрации и покраснения молочной железы. Для проверки достаточности молока проводятся контрольные взвешивания ребенка до кормления и после него.

Если соски не травмированы, для сцеживания применяется молокоотсос, который перед употреблением должен кипятиться. При появлении трещин сосков молоко сцеживается рукой. Для лечения их рекомендуется 5 % преднизолоновая мазь,

1 % риваноловая мазь, синтомициновая эмульсия, компрессы с грамицидином (0,05 %), 1 % раствор метиленового синего в 60 % спирте, аэрация и ультрафиолетовое облучение сосков при регулярном прикладывании ребенка к груди.

Если молочные железы чрезмерно нагрубают, применяют внутрь сульфат магния — 30,0 г однократно или тиреоидин по 0,1 г 3 раза в день, тугое бинтование груди, ограничивают питье. При так называемой упругой груди перед кормлением необходимо часть молока сцедить, а грудь энергично промассировать.

Лактация может совершенно отсутствовать, быть недостаточной, чрезвычайно обильной и продолжительной.

Агалактия — полное отсутствие молока у родильницы — встречается редко и обусловлена врожденной задержкой секреции пролактина гипофизом. Иногда она может наступить после внезапного психического потрясения. Восстановить лактацию можно, устранив причинные факторы, но сделать это очень трудно.

Гипоалактия бывает первичной (недостаточное образование молока с начала кормления) или вторичной (нормальное молокообразование вначале и значительное уменьшение его в последующем). Причины гипоалактии — морфологическая и функциональная недостаточность молочных желез, заболевания матери, нарушение формы и величины сосков, трещины и ссадины их, неправильные методики кормления, питания, несоблюдение режима дня.

Для лечения гипоалактии необходимо в первую очередь организовать правильный режим труда и отдыха, своевременно и правильно питаться. Полезны ежедневное облучение грудных желез ртутно-кварцевой лампой (с расстояния 70—80 см) и горячие (при температуре 50°) влажные обертывания их на 15 мин перед кормлением, способствующие приливу крови и усилению лактации. В период кормления грудью рекомендуется прием веществ, содержащих витамины группы В: пекарские дрожжи в виде пасты (50,0 г), гидролизат сухих пивных дрожжей (20 таблеток на прием в день), обезгорченные сухие дрожжи по чайной ложке 2 раза в день. Кормящая мать должна принимать витамин А (масляный раствор) по 20 000 МЕ (6—7 капель) ежедневно; рыбий жир по столовой ложке в день, никотиновую кислоту по 0,045—0,05 г 2 раза в день, витамин Е в течение месяца. Очень полезен ежедневный массаж (самомассаж) грудных желез.

Полигалактия — чрезмерно обильное выделение молока — чаще всего обусловлена повышенной секрецией окситоцина и пролактина. Лечение проводится эстрадиол-дипропионатом — по 1 мг внутримышечно, 4 инъекции в месяц; микрофоллином (0,05 г) — по 2 таблетки 3 раза в день. При подозрении на опухоль гипофиза необходима консультация нейрохирурга.

Галактоцеле — появление различной величины кистовидных образований в молочной железе при обильном выделении молока, расширении и истончении стенок протоков и закупорке или облитерации их. Опухоль иногда достигает значительных размеров, имеет округлую или овальную форму, плотно-эластическую консистенцию, располагается вблизи соска, подвижна вместе с железой, болезненна. Лечение оперативное.

На полноценность лактации влияют питание кормящей матери, режим труда и отдыха, состояние центральной нервной системы.

Для синтеза молока в меню родильницы дополнительно должны вводиться 30 г белков, 40—50 г жиров, 100—110 г углеводов. Поэтому суточный рацион должен содержать 200 г мяса, 50 г творога, 600 г молока, яйцо, 50 г масла, 500 г хлеба, 800 г овощей. Количество жидкости необходимо увеличивать на столько, сколько выделяется молока в сутки. Калорийность суточного рациона не должна превышать 3000—3200 калорий. Запрещаются спиртные напитки, чеснок, лук, хинин и др., так как они переходят в молоко матери и ребенок может отказаться от груди или у него наступит расстройство пищеварения.

Распорядок дня родильницы должен строиться так, чтобы она имела достаточный ночной (7 ч) и дополнительный дневной сон (1,5—2 ч), принимала пищу 4—5 раз в день, кормила ребенка 6 раз в сут, занималась лечебной гимнастикой, по 5—6 ч в день гуляла на свежем воздухе.

Повторно родильница посещает женскую консультацию в конце послеродового периода. При заключительном осмотре необходимо произвести бимануальное исследование и осмотр шейки матки в зеркалах, разъяснить возможность наступления новой беременности (даже в период лактации), рекомендовать противозачаточное средство.

Работающим женщинам участковый акушер-гинеколог оформляет в установленном порядке послеродовой отпуск со дня родов на 56 или 70 дней, в зависимости от течения беременности, родов, послеродового периода и наличия экстрагенитальных заболеваний.

Послеродовой отпуск на 70 дней предоставляется женщинам при патологии в родах, к которой относятся: многоплодие, если родильница выписана с одним или более живыми детьми; проявления нефропатии, преэклампсии, эклампсии; кесарево сечение и другие чревосечения, классический и комбинированный поворот плода на ножку, применение акушерских щипцов, вакуум-экстракция плода, плодоразрушающие операции, ручное отделение последа, ручное и инструментальное обследование полости матки; значительная потеря крови, потребовавшая переливания крови или кровезаменителей; разрыв шейки матки или промежности III степени, расхож-

дение лонного сочленения; послеродовые осложнения — тяжелая форма эндометрита, тромбофлебита, воспаление тазовой брюшины и клетчатки, общее септическое заболевание, гнойный мастит; органические заболевания сердца и сосудов — все формы многоклапанных пороков сердца, стеноз атрио-вентрикулярного клапана, все врожденные пороки независимо от степени нарушения гемодинамики, недостаточность митрального клапана при явлениях декомпенсации, активный ревматизм во время беременности и в родах, состояние после операции сердца, стойкие формы гипертонической болезни, стойкий гипотонический синдром во время беременности и родов, анемия беременных (Hb ниже 100 г/л), лейкоз, болезнь Верльгофа и др.; капилляротоксикозы, туберкулез в активной форме, заболевания почек и почечных лоханок, базедова болезнь, диабет, гепатиты с выраженными нарушениями функции печени, болезнь Боткина; преждевременные роды (рождение незрелого плода), если родильница выписана с живым ребенком.

Предоставление послеродового отпуска на 70 дней оформляется врачом по рекомендации лечебного учреждения, в котором произошли роды. Если нормальные роды произошли вне лечебного учреждения, то при предоставлении послеродового отпуска на 70 дней акушер-гинеколог может консультироваться с медицинскими работниками, принявшими их.

Патронажу подлежат родильницы, не явившиеся в женскую консультацию в течение 10—12 дней после выписки из роддома, в первую очередь родильницы с осложненным течением беременности, родов и послеродового периода; страдающие экстрагенитальными заболеваниями; родильницы по указанию акушерского стационара (телефонное или письменное извещение), а также с осложненным течением пuerперия, не явившиеся повторно в срок.

Частота наблюдения родильниц акушером-гинекологом и другими специалистами (терапевт, окулист, уролог, нефролог, хирург и др.) при осложненном течении родов, послеродового периода и экстрагенитальной патологии устанавливается индивидуально. По показаниям проводятся также необходимые лабораторные исследования и лечебно-оздоровительные мероприятия.

При преждевременных родах (а также привычных выкидышах), мертворождениях неясной этиологии через 3—5 мес после родов (выкидыша) женщин необходимо полностью обследовать для лечения и профилактики этих осложнений в будущем.

Организация лечебно-диагностической помощи родильницам в консультации и на дому, а также госпитализация их осуществляется и оформляется так же, как и при беременности. Все сведения о родильнице заносятся в индивидуальную карту беременной и родильницы.

Осложнения в послеродовом периоде

ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ. К послеродовым инфекционным осложнениям относятся заболевания, наступившие в результате инфицирования родовых путей, а также септические процессы, возникшие во время беременности, родов и получившие дальнейшее развитие в послеродовом периоде.

Решающее значение при возникновении послеродовых инфекционных заболеваний принадлежит макроорганизму, его сопротивляемости и реактивности, снизившимся в связи с беременностью и родами, наличию входных раневых ворот.

Заболевание вызывают патогенные возбудители: стафилококк, кишечная палочка, β -гемолитические стрептококки группы А и D, анаэробная инфекция и др. Под влиянием широкого применения антибиотиков увеличилось количество инволютивных и L-форм микробов, возникла угроза так называемой госпитальной инфекции, резистентной к антибиотикам и антисептикам, но обладающей вирулентностью. По нашим данным, у 54 % рожениц с послеродовой инфекцией из местных очагов поражения высевались патогенные и непатогенные стафилококки, у 24 % — группа кишечных бактерий, у 10 % — аэробные стрептококки, у 4 % больных — протей и др.

Полимикробная инфекция выявлена в 34 % случаев.

Раневые поверхности матки, влагалища и промежности инфицируются в результате непосредственного заселения микробов в рану, самопроизвольного их проникновения и метастатической инфекции (встречается редко). Основные пути распространения послеродовой инфекции — кровеносный, лимфатический и интраканаликулярный.

В настоящее время наиболее часто используется классификация послеродовой инфекции С. В. Сазонова и А. В. Бартельса, согласно которой различные ее формы рассматриваются как отдельные этапы единого динамически протекающего процесса.

I этап — инфекция ограничена областью родовой раны (метроэндометрит, послеродовая язва на промежности, вульве, шейке матки, во влагалище).

II этап — инфекция определяется за пределами родовой раны, но ограничивается в основном полостью малого таза (метрит, параметрит, метротромбофлебит, тромбофлебит вен таза, ограниченный тромбофлебит бедренных вен, аднексит, пельвиоперитонит).

III этап — инфекция по тяжести клинических проявлений близка к генерализованной (перитонит, прогрессирующий тромбофлебит, септический шок).

IV этап — генерализованные формы общей септической инфекции (септицемия, септикопиемия).

Настоящая классификация является несколько схематичной, так как у многих классических форм септической инфек-

ции изменились этиология, частота возникновения, клиническая картина. Применение антибиотиков значительно снизило частоту послеродовой инфекции, особенно ее тяжелых форм. Возросло число легких, абортивных и стертых форм.

В задачу врача женской консультации входит своевременное выявление септических послеродовых инфекций и направление больных в специализированное отделение стационара. В амбулаторных условиях можно лечить послеродовые язвы. Но если в течение 3—5 дней терапия безуспешна и заболевание прогрессирует, больную рекомендуется госпитализировать.

Однако участковый врач должен знать клинику послеродовых инфекций, чтобы вовремя поставить диагноз и своевременно направить родильницу в стационар для оказания помощи в полном объеме.

Послеродовые язвы чаще всего возникают в области разрывов промежности, вульвы, влагалища и шейки матки. Поверхность их тусклая, покрыта налетом серого цвета, местами с очагами некроза; вокруг раны — воспалительная гиперемия и отечность. Налеты с трудом отделяются от раневой поверхности, вяло гранулирующие ткани легко кровоточат. Общее состояние родильницы изменяется мало: незначительно повышается температура тела, иногда беспокоят боли и чувство жжения в области язвы. При лечении и на дому накладывается марлевая салфетка, смоченная гипертоническим раствором хлорида натрия с канамицином или неомицином в сочетании с трипсином, химотрипсином (0,01—0,02 г в 20—50 мл 0,25 % раствора новокаина). Эпителизация раны обычно заканчивается к 10—12-му дню. При глубоких разрывах и появлении паракольтита родильницу нужно немедленно госпитализировать.

Метроэндометрит характеризуется субинволюцией матки (часто на фоне лохиометры), болезненностью ее при пальпации, в основном по боковым стенкам. Лохии буровато-мутные, гнойно-кровянистые, иногда со зловонным запахом. Нарушается общее состояние: на 3—4-й день после родов (иногда и позднее) температура тела повышается до 38—39° и не спадает в течение 5—7 дней, пульс — свыше 100 ударов в мин. При тяжелых формах температура тела становится очень высокой, появляется озноб, нарастают явления интоксикации. Эндометрит может протекать и в легкой, абортивной, форме. Лечение, как правило, стационарное. Метроэндометрит, по нашим данным, составляет 17,7 % септических послеродовых заболеваний.

Послеродовой метрит, как правило, является продолжением метроэндометрита и характеризуется более глубоким поражением стенок матки. Отмечается выраженная субинволюция матки, шеечный канал свободно пропускает палец даже после 9-го дня послеродового периода. Объективные данные нара-

стают. Лохии темно-красного цвета, затем гнойные, с запахом. Продолжительность заболевания — 3—4 нед.

Послеродовой параметрит возникает при лимфогенном распространении инфекции из матки на параметральную клетчатку. Начинается на 10—12-й день после родов. Родильница жалуется на боли внизу живота, ознобы, общую слабость. В боковых сводах влагалища определяется сначала тестоватый, а затем плотный инфильтрат, интимно спаянный широким крылом с маткой и стенкой таза. Боковой свод уплощен, слизистая оболочка его малоподвижна. Матка смещается в сторону параметрита, при двустороннем параметрите — кверху и кпереди. Редко наблюдается нагноение инфильтрата и распространение его за пределы параметрия — над пупартовой связкой, на ягодицу, бедро, окологпочечную область. Гнойник может вскрыться в мочевой пузырь или прямую кишку. Температура тела повышена в течение 1—2 нед.

Метротромбофлебит распознается трудно и обычно является осложнением эндометрита, возникающим после 7—8 дней заболевания. Выявляется выраженная субинволюция матки, длительные кровянистые выделения, частый пульс, который обычно отмечается раньше других признаков.

Послеродовой тромбофлебит выявляется у 4,5 % больных.

Тромбофлебит вен таза характеризуется повышением температуры, значительным учащением пульса, болями у ребра матки, иногда наличием в основании широкой связки и на боковой стенке таза болезненных плотных извитых тяжей и небольшого инфильтрата в области придатков.

Тромбофлебит бедренных вен возникает чаще на 2-й нед после тромбоза вен таза. Отмечаются боли по ходу сосудистого пучка, под коленом при тыльном сгибании стопы, отечность в паховой области, распространяющаяся книзу. Кожа бедра становится гладкой, блестящей, окружность его увеличивается. Боли усиливаются при надавливании на икроножные мышцы, проба с манжеткой положительная. Выздоровление наступает через 6—7 нед.

Послеродовой аднексит развивается при распространении инфекции по каналу трубы и вовлечении в воспалительный процесс яичников. Если облитерируются оба конца труб, появляется замкнутый мешок, наполненный серозным (гидросальпинкс) или гнойным (пиосальпинкс) содержимым. Послеродовые сальпингиты чаще бывают односторонними. Переход инфекции на трубы клинически проявляется болями внизу живота, повышением температуры тела, явлениями раздражения брюшины.

Послеродовой пельвиоперитонит возникает при дальнейшем распространении инфекции лимфогенным или каналикулярным путем. Воспаление брюшины чаще встречается при гонорейной инфекции и ограничивается полостью таза. Заболевание начинается остро: отмечаются высокая температура, озноб,

резкие боли внизу живота, тошнота, рвота, вздутие и напряжение живота, симптом Щеткина — Блюмберга. Метеоризм умеренный, перистальтика кишечника выслушивается. Рвота прекращается через 1—2 дня. Серозный выпот, образовавшийся в первые дни заболевания, на 3-й—4-е сут становится гнойным. При влагалищном исследовании вначале выявляются болезненность и резистентность заднего свода, который позже выпячивается. Выпот смещает матку кпереди и кверху.

Гонорейная инфекция проявляется метроэндометрием с характерным поздним повышением температуры (на 6—8-й день). В лохиях с 3—4-го дня заболевания можно обнаружить культуру гонококка. Гнойные выделения появляются рано, на 2—3-й день пуэрперия. Клинические проявления бывают стертыми (диагноз ставится только на основании лабораторного анализа) и тяжелыми, если инфекция переходит на придатки и тазовую брюшину. В последнем случае на 7—10-й день заболевания появляются сильные боли внизу живота, симптомы раздражения брюшины, повышается температура. При подозрении на гонорею до выявления возбудителя нужно ограничиться обычной противовоспалительной терапией и не назначать антибиотики и сульфаниламиды. Лечение гонореи проводится в специализированных стационарах.

К экстрагенитальным послеродовым инфекционным заболеваниям относятся мастит и пиелонефрит.

Послеродовой мастит после выписки родильницы из роддома подлежит лечению в хирургических стационарах. Возбудители мастита чаще всего распространяются лимфогенным, галактогенным (через молочные протоки) и реже гематогенным путем. По форме воспаления мастит бывает застойно-серозным и гнойным, по распространению процесса — паренхиматозным и интерстициальным. Входными воротами для инфекции обычно служат трещины сосков.

Мастит чаще всего начинается на 6—8-й день после родов, иногда значительно позже (на 2—6-й нед). У первородящих женщин наблюдается в 2—3 раза чаще, чем у повторнородящих. Процесс начинается с нагрубания молочных желез, образования болезненного инфильтрата, снижения лактации и повышения температуры. Появляются озноб, общее недомогание, резкие боли, покраснение и уплотнение молочной железы. Нагноение инфильтрата, сопровождаемое повышением температуры до 40° с большими ремиссиями, резким ухудшением общего состояния, наблюдается в 18—25 % случаев. При абсцедировании или образовании флегмоны определяется плотная болезненная припухлость с флюктуацией и размягчением в центре. Кожа над пораженным участком отечная, блестящая, гиперемированная, с синюшным оттенком и красными полосами воспаленных лимфатических узлов. В крови — высокий лейкоцитоз, резкий сдвиг формулы белой крови влево, эозинофилия, лимфопения, иногда падение гемоглобина.

Лечение. В начальной стадии заболевания рекомендуется прекратить кормление больной грудью на 1—2 дня, а в дальнейшем ограничить до 1—2 раз в сут. Остатки молока необходимо бережно сцеживать после кормления. Назначаются антибиотики (оксациллин, эритромицин, олеандомицин, сигмамицин) в сочетании с масляно-бальзамическими компрессами на грудную железу, которая фиксируется в приподнятом положении. Через каждые 2 ч к ней прикладывается пузырь со льдом на 20—30 мин. Перед кормлением или сцеживанием вводится окситоцин по 0,3—0,5 мл 2—3 раза в день. Обязательно применение стафилококкового анатоксина в дозе 0,4, 0,7, 1,0 мл с интервалами в 3 сут или антистафилококкового γ — глобулина. Из физиотерапевтических средств применяются ультразвуковая терапия, УВЧ, УКВ, диатермия. Продолжительность консервативной терапии — 3—5 дней, при появлении гноя — лечение оперативное.

Пиелонефрит в послеродовом периоде чаще всего является продолжением заболевания, существовавшего до беременности или появившегося во время ее. Предрасполагающими факторами являются нарушения развития и проходимости мочевыводящих путей, а также дискинезии и аномалии положения мочеточников при беременности. Клиника не представляет затруднений: лихорадка, озноб, боли в области почек, рвота, дизурические явления. В крови — лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, в моче — пиурия, микрогематурия, протеинурия. Пиелонефрит подлежит лечению в специализированном стационаре.

Как уже отмечалось, возросшее число легких, abortивных и стертых форм послеродовых инфекций привело к изменению картины заболевания. Для стертых форм характерно несоответствие клинических проявлений: самочувствия больной и пульса (частый), температуры и пульса, результатов исследования крови (лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево, повышение СОЭ), морфологических проявлений заболевания (выраженные анатомические изменения). Все эти данные следует учитывать при диагностике послеродовых септических осложнений, так как клиническая картина довольно часто выражена незначительно.

При постановке диагноза пуэрперальных инфекций необходимо полностью обследовать больную (общий и акушерский анамнез, включая эпидемиологический; анализ течения бывших родов, в том числе данные обследования внутренних органов), провести специальный осмотр родовых путей и лабораторные исследования. Последние должны включать микроскопическое исследование лохий на наличие бактериальной флоры, на ее идентификацию и чувствительность к антибиотикам, присутствие в лохиях форменных элементов крови, изучение их количественного соотношения и характеристику лейкоцитов. Так, активный фагоцитоз является показателем вы-

сокой реактивности организма, а большое количество лимфоцитов — благоприятным признаком, говорящим о наступлении выздоровления. При бактериологическом исследовании материал берется только из очага поражения, а при септическом состоянии — из вены (несколько раз).

Очень ценным является исследование крови на форменные элементы, так как прогрессивное ухудшение этих показателей часто указывает на тяжелое течение септической инфекции. Необходимо проводить физико-химическое, иммунологическое изучение крови, а также исследование показателей свертывания крови. Анализ мочи должен включать определение физических, химических свойств и микроскопическое исследование осадка мочи. При получении материала из гнойных полостей выявляются физические и химические свойства экссудатов и трансудатов, а также проводится микроскопическое и бактериологическое их исследование.

Предупреждению послеродовых заболеваний должно уделяться большое место в работе женских консультаций. При выявлении у беременных острых или хронических очагов инфекции необходимо проводить санацию их до полного выздоровления. Значительную роль играют физиопсихопрофилактическая подготовка беременной к родам, а также рациональное выполнение режима труда, отдыха и питания, соблюдение правил личной гигиены.

В женской консультации необходимо выделить группы риска в отношении септических пuerперальных осложнений, в которые включаются женщины, перенесшие в прошлом аборт, с активными очагами инфекции в организме, осложненной беременностью, экстрагенитальной патологией, первородящие, и провести все мероприятия по профилактике осложнений.

В послеродовом периоде врач женской консультации должен включить в группу риска всех родильниц с осложненными родами (преждевременное отхождение вод, преждевременные роды, повышение температуры в родах, слабость родовой деятельности и удлинение родового акта, стремительные роды, травматизм в родах, ручное или инструментальное обследование полости матки, оперативное родоразрешение, патологическая кровопотеря и др.) и проводить за ними строгий контроль.

Лечебно-оздоровительные мероприятия для быстрейшей реабилитации женщин в послеродовом периоде проводятся после выписки из стационара в условиях женской консультации (поликлиники). Применяются преимущественно физиотерапевтические методы лечения после согласования со смежными специалистами и физиотерапевтом (см. Физиотерапия в акушерстве и гинекологии).

КРОВОТЕЧЕНИЯ в позднем пuerперальном периоде наступают в 0,5—1,5 % случаев, преимущественно в течение

первых 2 нед. Наиболее частые причины их — задержка в матке частей плаценты, плодных оболочек или сгустков крови, воспалительные процессы эндометрия, застойные явления в сосудистом русле матки в результате метротромбофлебита и воспаления тазовых вен, застой в сосудах тазовых органов при заболеваниях сердца и почек.

По нашим данным, с маточными кровотечениями в специализированное отделение поступает 8,7 % родильниц через 1 день — 1,5 мес после выписки из родильного стационара. Кровотечение, как правило, носит интенсивный характер. После кюретажа матки остатки плацентарной ткани выявлены нами у 48 % больных, у 24 % — эндометрит, у остальных — субинволюция матки.

Задержавшиеся в полости матки части плодного яйца или пристеночные плотные сгустки крови вызывают субинволюцию матки и в то же время являются питательной средой для микробов. Если они распадаются и отторгаются, возникает кровотечение. Чем позже оно начинается, тем больше шансов развиться послеродовому эндометриту. Обильное кровотечение чаще бывает при отторжении остатков плодного яйца и сгустков крови, длительные и незначительное — при плацентарных полипах и застойных явлениях в органах малого таза.

При влагалищном исследовании матка увеличена, мягкой или неравномерной консистенции; шейка ее сформирована, цервикальный канал проходим для пальца (иногда внутренний зев закрыт), пальпация болезненна.

Общее состояние родильницы зависит от степени кровопотери, выраженности анемии и распространенности воспалительного процесса. Больные с поздними послеродовыми кровотечениями должны быть срочно госпитализированы в специализированный стационар. Профилактика кровотечений заключается в правильном ведении родов, предупреждении субинволюции матки и послеродовых септических осложнений.

НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ. Причина послеродовых нейроэндокринных заболеваний — поражение гипоталамо-гипофизарной системы, нарушение функции периферических эндокринных желез (яичники, надпочечники) и матки. Этиологическими факторами являются: акушерские кровотечения, поздние токсикозы, септический аборт.

Различают три основные группы послеродовых нейроэндокринных заболеваний: послеродовая недостаточность гипоталамо-гипофизарной системы (гипопитуитаризм, пангипопитуитаризм, синдром Шихана); послеродовой диэнцефальный синдром, протекающий по типу болезни Иценко — Кушинга; синдром аменореи-галактореи (синдром Киари — Фроммеля). Они возникают в 4,8—5 % случаев патологических родов и септических абортов (В. Н. Серов).

Послеродовая недостаточность гипоталамо-гипофизарной системы (синдром Шихана) чаще возникает после тяжелых

акушерских кровотечений и септического аборта. Основной причиной развития ее является нарушение кровообращения в гипоталамо-гипофизарной системе в виде спазма сосудов или внутрисосудистого тромбоза, что может привести к некрозу передней доли гипофиза. У большинства больных параллельно нарушается функция гипоталамуса, коры головного мозга, почек и печени. Чем больше срок беременности, тем тяжелее протекает заболевание.

Послеродовому гипопитуитаризму предшествуют различные генитальные и экстрагенитальные хронические воспалительные заболевания, уменьшение турецкого седла, нарушение менструального цикла (нерегулярные, скудные менструации, позднее наступление первой менструации), повторная беременность, осложненная в прошлом кровотечением. У половины женщин выявляются осложнения во время последней беременности: токсикозы I и II половины, перенашивание, предлежание плаценты, гипотония, слабость родовой деятельности.

В клинической практике следует различать тяжелую и стертую форму послеродового гипопитуитаризма. Тяжелая форма встречается у каждой третьей больной после массивной кровопотери и выраженного коллапса при доношенной беременности. Развиваются агалактия, гипотония и аменорея, уменьшается масса тела. Больные жалуются на головокружения, обмороки, выпадение волос на лобке и в подмышечных впадинах, повышенную чувствительность к холоду, сонливость и слабость, утомляемость, снижение работоспособности и памяти, апатию, адинамию. Отмечаются выраженные нарушения функционального состояния щитовидной железы (основной обмен меньше 23 В/м^2), коры надпочечников (резкое снижение экскреции оксикортикостероидов и кетостероидов), яичников (вторичная гипотрофия половых органов, уменьшение матки, сухость слизистых оболочек, парабазальные и базальные клетки в вагинальном мазке). Для стертых форм заболевания характерна меньшая выраженность симптомов, умеренное снижение функции щитовидной железы, коры надпочечников и яичников.

Диагноз послеродового гипопитуитаризма в тяжелых случаях не представляет затруднений, стертые же формы заболевания могут проявиться через много лет после родов или септического аборта. При постановке диагноза необходимо учитывать данные анамнеза (нарушение менструальной функции, хронические воспалительные заболевания, кровотечение при предыдущих беременностях, гипофункция гипофиза), особенности течения последней беременности и родов (токсикозы беременных, септический аборт, кровотечения во время беременности, родов и послеродового периода, шок, коллапс). Нарушение функции яичников проявляется аменореей, ановуляцией и гипотрофией половых органов, снижением экскреции эстрогенов, карниопикнотического индекса, отсутствием сим-

птома «зрачка»; щитовидной железы — снижением основного обмена и накопления J^{131} ; надпочечников — уменьшением экскреции 17-кетостероидов (17-КС), 17-оксикортикостероидов (17-ОКС), гипотонией. Исследование функционального состояния гипоталамо-гипофизарной системы указывает на снижение экскреции ФСГ, ЛГ, АКТГ и СТГ (соматотропный гормон), уменьшение размеров турецкого седла, плоскую ЭЭГ. Чувствительность организма к инсулину повышена, сахарная кривая имеет гликемический характер. При проведении функциональных исследований выявляются положительный тест с АКТГ, гонадотропинами и отрицательная проба с метопираном.

Лечение послеродового гипопитуитаризма представляет определенные трудности. На фоне общего удовлетворительного состояния в результате воздействия вредных факторов внешней среды (инфекции, операции, отравление, переутомление, переохлаждение) может наступить острая недостаточность коры надпочечников, и больную необходимо экстренно госпитализировать.

Больным с тяжелой формой послеродового гипопитуитаризма нужно проводить заместительную терапию кортикостероидами (гидрокортизон, преднизолон) прерывистыми курсами (по 20—25 мг 1 раз в день в течение 3 нед, курс — 1 раз в 3 мес) в сочетании с андрогенами, действующими анаболически (метиландростендиол под язык по 25—30 мг в сут). При поражении печени лучше вводить внутримышечно тестостерон по 25 мг через 5 дней. Если не наступает улучшение со стороны щитовидной железы, одновременно с кортикостероидами назначается йодтироксин по 0,06—0,1 мг в сут или тиреоидин по 0,1 г 2 раза в день. При выраженном похудании и астеническом состоянии рекомендуется неробол по 10 мг в течение 40—60 дней.

Больным со стертым, легким течением заболевания проводится заместительная терапия половыми гормонами: эстрогены 7—10 мг, прогестерон 60—80 мг или прегнин 180—200 мг на курс.

Всем страдающим гипопитуитаризмом следует назначать большие дозы витаминов С и группы В, высококалорийную, богатую белком диету, содержащую большое количество натрия и хлоридов и ограниченное — калия.

Больные должны быть трудоустроены на легкую работу и параллельно наблюдаться у терапевта (эндокриолога).

Профилактика послеродового гипопитуитаризма заключается в проведении мероприятий, направленных на борьбу с маточными кровотечениями и септическими осложнениями у беременных, рожениц и родильниц в женской консультации и стационаре.

Послеродовой диэнцефальный синдром, протекающий по типу болезни Иценко — Кушинга, чаще возникает у женщин, перенесших токсикозы II половины беременности, кровоте-

очения во время родов с нарушением в последующем менструальной функции, послеродовую гнойно-септическую инфекцию. Заболевание может наступить через несколько лет после родов, причина его — патологические нарушения гипоталамо-гипофизарной системы.

Фоном у больных, на котором возникает послеродовой диэнцефальный синдром, являются хронические инфекционные заболевания, позднее наступление менархе, нарушение цикличности менструаций, наследственное предрасположение к ожирению, осложненное течение беременности и родов. В течение беременности наблюдаются признаки несахарного диабета (без симптомов токсикоза II половины), увеличение массы тела, нарушение сна, раздражительность, нефропатия, во время родов — кровотечение, перинатальная гибель плода, оперативное родоразрешение, выраженное эмоциональное напряжение, в послеродовом периоде — гнойно-септические осложнения.

Больные диэнцефальным синдромом жалуются на значительное увеличение массы тела, нарушение менструаций (аменорея, опсоменорея, дисфункциональные маточные кровотечения), гирсутизм, преимущественно на лице, жажду и полиурию, полифагию, вторичное бесплодие. При обследовании выявляются ановуляции, лунообразное лицо и стрии розового цвета на молочных железах, коже живота и бедер, гиперпигментация наружных половых органов, цианоз слизистых оболочек. Как правило, обнаруживается умеренная гипертензия. При изучении биоэлектрической активности мозга отмечаются нарушения функции гипоталамуса, диэнцефальной области и коры головного мозга. Повышение гонадотропной функции гипофиза подтверждается снижением секреции ЛГ и увеличением — ФСГ. Часто наблюдается остеосклероз костей черепа (остеопороз отсутствует). Основной обмен несколько снижен, функция щитовидной железы повышена. Экскреция нейтральных 17-КС и дегидроэпиандростерона не изменена, выделение суммарных 17-ОКС несколько выше нормы. Сахарная кривая имеет гипергликемический характер. Отмечается умеренная гиперфункция яичников.

Послеродовой диэнцефальный синдром необходимо дифференцировать с болезнью Иценко — Кушинга (опухоль гипофиза) и синдромом Иценко — Кушинга (гиперплазия или опухоль надпочечников).

Лечение больных послеродовым диэнцефальным синдромом, протекающим по типу болезни Иценко—Кушинга, включает белковую диету с ограничением жидкости до 1—1,2 л в сут и поваренной соли до 5 г, разгрузочные дни 2—3 раза в мес; инфекундин по 1 таблетке в сут в течение 21 дня; цикл лечения повторять с 5-го дня кровотечения в продолжение 4 мес; витаминотерапию (5 % раствор витамина В₆ по 1 мл 20 дней, витамин Е по 50 мкг через день 20 раз); гипотиазид по 25—50 мг 1 раз в нед, хлорид калия ежедневно по 2—3 г в

день в течение 2 мес, эндоназальный электрофорез витамина В₁ (сила тока 0,3—0,7 мА, экспозиция — 4—30 мин) или гальванический воротник; повторный курс лечения синтетическими прогестинами в течение 2—3 мес (по 1 таблетке в продолжение 21 дня).

Вместо прогестинов можно применять прогестерон 80—160 мг на курс лечения и одновременно резерпин по 0,25 мг 2 раза в день 1,5—2 мес.

Всем больным с дисфункциональными маточными кровотечениями рекомендуется производить биопсию эндометрия и, по необходимости, лечение гиперпластических процессов. Если гиперфункция коры надпочечников нарастает, проводится рентгеновское облучение диэнцефальной области малыми дозами. Лечение склерокистозных яичников — оперативное.

Профлактика послеродового диэнцефального синдрома заключается в тщательной санации очагов инфекции у женщины до беременности и во время ее, регуляции менструальной функции, предупреждении осложнений беременности и родов.

Синдром аменореи-галактореи (синдром Киари—Фроммеля) может наблюдаться после родов, а также у женщин любого возраста вне связи с родами. Заболевание обусловлено нарушением функции гипоталамо-гипофизарной системы.

Заболевание характеризуется длительным выделением молока после отнятия ребенка от груди, отсутствием менструаций, гипотрофией внутренних половых органов разной степени, однофазным циклом, атрофией слизистой оболочки, цитологически — недостатком эстрогенов. Часто отмечаются ожирение, розового цвета стрии внизу живота, нагрубание молочных желез и повышение артериального давления. У части больных размеры турецкого седла меньше нормы. На ЭЭГ нередко выявляются патологические отклонения (снижение биоэлектрической активности мозга и др.). Количество 17-КС в моче в норме. При гинекологическом обследовании обнаруживаются резкие атрофические изменения вульвы, влагалища и шейки матки, особенно у женщин с обильной лактацией. Функция щитовидной железы не нарушена. Сахарная кривая носит умеренно выраженный гипергликемический характер.

В типичных случаях диагноз не представляет затруднений. Для исключения опухоли гипофиза необходимо рентгенологическое, офтальмологическое и неврологическое обследование. При наличии изменений в молочной железе нужно исключить новообразование.

Лечение зависит от причины заболевания. Опухоль гипофиза облучают рентгеновскими лучами или лечат оперативно. При гипоталамическом генезе рекомендуется внутримышечно стильбэстрол по 2,5 мг ежедневно или через день в течение 10—20 дней или стильбэстрол по 5 мг 2 раза в сут

внутри в течение 5 дней (несколько курсов через 15—20 дней). Для уменьшения лактации применяется алленовая кислота, суточная доза — 20 мг в течение 4—5 дней, этинилэстрадиол по 0,5—1,0 мг в сут в течение 14—21 дня с последующим уменьшением дозы.

В. Н. Серов предлагает следующую схему терапии больных аменореей-галактореей: 1 инъекция 0,1 % эстрадиол-дипропината в течение 40 дней; витамин Е — по 50 мкг через день 20 раз; эндоназальный электрофорез витамина В₁ либо гальванический воротник, или трансцеребральная ионизация. Лечение проводится через 3 мес 2—3 раза в год.

В последние годы для лечения синдрома аменореи-галактореи широко применяется парлодел (бромкриптин), который снижает уровень пролактина, приводит в норму циклическую активность гипоталамических центров, в результате чего прекращается галакторея и восстанавливается менструальный цикл. Рекомендуют применять парлодел по 0,5 таблетки (1,25 мг) 2—3 раза в день во время еды в первые 3—4 дня с дальнейшим увеличением дозы до 1 таблетки 2—4 раза в день. Максимальная продолжительность курса — 12 мес, чаще эффект достигается после 3 мес лечения.

Профилактика послеродового синдрома аменореи-галактореи включает в себя предупреждение генитального инфантилизма, патологии беременности и родов.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ

Экстрагенитальные заболевания выявляются у 30—60 % беременных и являются одной из ведущих причин материнской, перинатальной и детской смертности. Врачам женских консультаций необходимо проводить раннюю диагностику экстрагенитальной патологии у беременных, своевременно решать вопрос о целесообразности сохранения беременности или назначения необходимого лечения в специализированном стационаре с учетом показаний и противопоказаний к приему медикаментов, постоянно совершенствовать тактику ведения беременности и реабилитационных мероприятий в послеродовом периоде, при наличии противопоказаний к беременности проводить дифференцированную контрацепцию.

Заболевания сердечно-сосудистой системы

Среди экстрагенитальной патологии заболевания сердечно-сосудистой системы занимают первое место. Они являются одной из основных причин материнской и перинатальной смертности, недонашивания, аномалий развития плода. Исход беременности для матери и плода при сердечно-сосудистых заболеваниях зависит прежде всего от правильного наблюдения за женщиной в течение беременности.

Пороки сердца являются наиболее частой формой сердечно-сосудистой патологии у беременных. У женщин они наблюдаются в 2—3 раза чаще, чем у мужчин. Первое место по частоте распространения занимает недостаточность митрального клапана (40—45 %), второе — сочетанный митральный порок сердца (23—47 %), третье — стеноз левого венозного отверстия (9—15 %), четвертое — пороки аортального и трехстворчатого клапанов. Для решения вопроса о возможности сохранения беременности и прогноза лечения беременных следует учитывать активность ревматического процесса, характер поражения сердца, степень компенсации, функциональное состояние миокарда, других органов и систем, сопутствующие заболевания, возраст беременной (у женщин старше 35 лет, страдающих пороком сердца, сердечная недостаточность наблюдается в 2 раза чаще, чем у более молодых). Неблагоприятное течение беременности у больных с пороками сердца отмечено при сопутствующих заболеваниях (туберкулез, тиреотоксикоз и др.).

Увеличение массы тела и циркулирующей крови, изменение положения сердца, повышение внутрибрюшного давления, усиление обменных процессов при беременности приводят к определенным изменениям сердечно-сосудистой системы даже у здоровых женщин. Так, у большинства беременных учащается пульс, у 30—40 % — появляются функциональные систолические шумы, нередко возникает акцент II тона легочной артерии, на электрокардиограмме отмечается увеличение зубцов Q и T и отрицательный зубец S в третьем отведении.

В зависимости от выраженности изменений в течении беременности различают несколько периодов, во время которых отмечается самая высокая гемодинамическая нагрузка и в наибольшей степени проявляются заболевания сердечно-сосудистой системы.

В первом периоде — от начала беременности до 16 нед — наиболее часто обостряется ревмокардит, особенно при развитии раннего токсикоза беременных.

Второй период — от 26 до 32—34 нед — характеризуется наибольшими гемодинамическими нагрузками, увеличением общего количества циркулирующей крови, снижением показателей гемоглобина, гематокрита и общего периферического сопротивления, уменьшением вязкости крови, возрастанием систолического и минутного объемов сердца и др.

В третьем периоде — от 35—36 нед до начала родовой деятельности — основную роль играют механические факторы: увеличение массы тела беременной, затруднение легочного кровообращения в связи с высоким стоянием дна матки, изменение формы грудной клетки, снижение функции ее и диафрагмы. В положении лежа на спине часто возникает коллатоидное состояние в связи со сдавлением нижней полый

вены. Течение болезни усугубляется присоединением позднего токсикоза.

В *четвертом периоде* — от начала родов до рождения плода — возрастают гемодинамические нагрузки (повышается артериальное и венозное давление, увеличивается систолический и минутный объемы сердца). Ухудшают состояние больной родовые боли и длительные роды.

Пятый период — ранний послеродовой — опасен возможностью возникновения послеродовых коллапсов.

В *шестом периоде* — позднем послеродовом — может быть обострение ревмокардита. Неблагоприятными факторами являются анемия и присоединение инфекции.

Наиболее часто нарушение компенсации и развитие сердечной недостаточности происходят в 24—32 нед беременности, во время родов и в первые 2—5 сут после них. Сердечно-сосудистая недостаточность может развиться и в другие периоды беременности и после родов. В связи с этим каждая женщина с заболеванием сердечно-сосудистой системы в течение беременности должна трижды госпитализироваться, желательно в специализированную больницу. В ранние сроки беременности (до 10 нед) в стационаре необходимо уточнить диагноз, выяснить функциональное состояние системы кровообращения, активность ревматического процесса и решить вопрос о возможности продолжения беременности или необходимости ее прерывания. Во время второй госпитализации (в сроки 27—32 нед беременности, т. е. в период наибольших гемодинамических нагрузок на сердце) проводится лечение.

В третий раз больная стационарируется в 37—38 нед беременности для подготовки к родам, выбора плана ведения родов, проведения кардиальной и противоревматической терапии.

При появлении признаков декомпенсации в любом сроке беременности женщину необходимо срочно госпитализировать.

Во всех сложных и сомнительных случаях вопрос о возможности продолжения беременности решается акушером-гинекологом совместно с терапевтом только после тщательного обследования больной в стационаре.

По назначению терапевта должны быть проведены электро- и фонокардиография, рентгенологическое исследование органов грудной клетки (не ранее 10 нед беременности), ревматологические пробы (определение титра антигиалурионидазы, анти-0-стрептолизина, дифениламинная проба, С-реактивный белок и др.).

При категорическом отказе женщины от прерывания беременности или обращении ее к врачу в поздние сроки больной должны быть обеспечены систематическое врачебное наблюдение и высококвалифицированная помощь.

Рациональное ведение беременных с пороками сердца включает: соответствующий режим, лечебную физкультуру, психопрофилактическую подготовку к родам, медикаментозную терапию, которая осуществляется только в стационаре.

Гипертоническая болезнь у беременных встречается в 1,3—3,8 % случаев, а среди беременных с симптомом артериальной гипотонии — в 12—25 % случаев.

Диагностика гипертонической болезни во время беременности часто затруднена, что обусловлено отсутствием сведений об уровне артериального давления до беременности, снижением его в ранние сроки беременности, присоединением позднего токсикоза, который изменяет клиническую картину заболевания, незначительными нарушениями в сердечно-сосудистой системе и других органах на ранних этапах заболевания.

При подозрении на наличие гипертонической болезни или выявлении ее беременную необходимо срочно проконсультировать у терапевта и окулиста. Проводятся электрокардиография, общие анализы мочи и крови, осмотр глазного дна. Состояние плода определяется ультразвуковым сканированием, рентгенографией, ЭКГ, ФКГ. Другие исследования и анализы делаются по показаниям. В дальнейшем терапевт ведет наблюдение не реже 1 раза в мес в 1-й половине беременности и не реже 2 раз в мес во 2-й половине. Окулист осматривает глазное дно во время беременности 2—3 раза, а при наличии показаний чаще. Если необходимо, больную обследуют другие специалисты.

Для решения вопроса о допустимости продолжения и дальнейшего ведения беременности при гипертонической болезни необходимо установить стадию заболевания. Различают 3 стадии гипертонической болезни. Для I (функциональной) стадии характерна транзиторная гипертония, сменяющаяся периодами нормального давления. При II А и II Б стадиях заболевания наблюдается более или менее стойкое повышение артериального давления. III стадия характеризуется дистрофическими изменениями в органах и тканях.

Беременные со II А стадией гипертонической болезни должны направляться в стационар для обследования и решения вопроса о возможности сохранения беременности, со II Б и III стадией — срочно госпитализироваться для прерывания беременности или назначения лечения при отказе прервать беременность.

При наблюдении за беременными с гипертонической болезнью в женской консультации необходимо учитывать, что течение беременности у них часто осложняется преждевременным прерыванием ее, присоединением позднего токсикоза, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, гипоксией и гипотрофией плода. Наиболее тяжелым осложнением при гипертонической болезни является энцефа-

лопатия, которая по клинической картине похожа на преэклампсию и может привести к кровоизлиянию в мозг и летальному исходу.

Ухудшение состояния больных может произойти в короткий промежуток времени, поэтому беременная должна наблюдаться акушером-гинекологом не реже одного раза в неделю. При благоприятном течении болезни беременная госпитализируется за 2—3 нед до предполагаемого срока родов.

Лечение беременных проводится индивидуально, с учетом стадии заболевания, и включает охранительный режим, диетотерапию и медикаментозные средства. В терапии гипертонической болезни важное место занимают седативные препараты: настой валерианы (8,0:200,0) по 1 столовой ложке 3 раза в день, димедрол по 30—50 мг 1—3 раза в сут, в конце беременности седуксен по 5 мг 1—2 раза в день. Кроме них, можно применять спазмолитические и сосудорасширяющие средства — папаверин по 0,04 г 3 раза в день или 2 % раствор его по 2—4 мл внутримышечно, но-шпу по 0,04 г 3 раза в день или по 2 мл внутримышечно или внутривенно, дибазол по 0,02—0,04 г 3 раза в день внутрь или 4—8 мл 0,5—1—2 % раствора с 20 мл 40 % раствора глюкозы внутривенно. Эффективны препараты раувольфии (резерпин, гекдон, раунатин, серпазил). Хорошее терапевтическое действие может оказать депрессии. Если указанная терапия не дает эффекта и течение заболевания ухудшается, показана госпитализация.

Беременность и гипотония. Артериальная гипотония — состояние, при котором артериальное давление понижается до 100/60 мм рт. ст. и менее — встречается у 5—10 % беременных.

Различают первичную и вторичную гипотонию. При первичной гипотонии низкое артериальное давление обуславливает разнообразные функциональные изменения в организме, вторичная (симптомная) возникает на фоне тех или иных патологических состояний (пороки сердца, инфекционные болезни, заболевания легких и др.). Особой формой является острая гипотония беременных в положении лежа на спине, которая обычно бывает в последнем триместре беременности и связана со сдавлением беременной маткой нижней полой вены, при этом артериальное давление снижается на 25—30 мм рт. ст.

При первичной гипотонии у беременных артериальное давление отличается большой лабильностью (наряду с низкими цифрами возможно повышение до нормального уровня). Поэтому измерять его необходимо многократно, лучше всего через 3—4 ч в течение суток.

При гипотонии у беременных выявляются общая слабость, головокружение, шум в ушах, неприятные ощущения в области сердца, двигательное беспокойство, тахи- или бра-

дикардия, холодный пот, бледность кожных покровов (коллатоидное состояние), хотя некоторые беременные не отмечают этих симптомов.

При артериальной гипотонии отмечается высокая частота токсикозов беременных, преждевременного прерывания беременности (чаще всего после 16 нед), нарушений сердечной деятельности плода, выявляемых методом фоно- и электрокардиографии. Для уменьшения осложнений во время беременности и родов при артериальной гипотонии, как клинически выраженной, так и бессимптомной, необходимо проводить лечение, включающее правильный режим труда и отдыха, регулярное (не реже 4 раз в сут), достаточно калорийное и витаминизированное питание, лечебную гимнастику, физиопсихопрофилактическую подготовку к родам, медикаментозные средства.

Для лечения артериальной гипотонии у беременных применяются: настойка женьшеня, или китайского лимонника, или элеутерококка по 20 капель 3 раза в день за 30 мин до еды, внутривенные вливания 20 мл 40 % раствора глюкозы с 2—4 мл 5 % раствора аскорбиновой кислоты, витамины В₁, В₆ по 1 мл 5 % раствора, витамин В₁₂ по 100 мкг ежедневно внутримышечно, мезатон по 0,01 г 2—3 раза в день, кофеин по 0,1 г в порошках 2—3 раза в день, общее ультрафиолетовое облучение, вдыхание кислорода. Указанная терапия проводится в течение 10 дней и при необходимости повторяется. Если лечение окажется недостаточно эффективным, применяются дексикортикостерон-ацетат (ДОКСА) по 1 мл 0,5 % раствора в течение 10 дней или преднизолон в таблетках по 10—15 мг в день, всего на курс лечения до 200 мг. Учитывая возможность проникновения кортикостероидов через плацентарный барьер, в ранние сроки беременности и в больших дозах их назначать не следует. В случае развития гипотонического криза (сосудистый коллапс) рекомендуются инъекции адреномиметических средств (мезатон, эфедрин), общетонизирующие (женьшень или китайский лимонник) и другие средства. Лечение угрозы прерывания беременности при гипотонии проводится в стационаре. Беременные с вторичной артериальной гипотонией также должны госпитализироваться для лечения основного заболевания и гипотонии.

Болезни крови

Анемия — наиболее частое заболевание крови при беременности — может возникнуть во время беременности и до нее. Анемия, появившаяся при беременности, в большинстве случаев *гипохромная (железодефицитная)*. Для дифференцирования ее от анемии, возникшей вследствие увеличения объема плазмы, необходимо определить объем эритроцитов в пересчете на 1 кг массы тела беременной (в норме составляет не менее

24—25 мл/кг при использовании в качестве индикатора синего Эванса).

В анамнезе беременных с гипохромной анемией отмечаются острые инфекционные болезни, грипп, глистные инвазии, желудочно-кишечные заболевания, отит, тонзиллит, гайморит, гипотония, у некоторых — позднее менархе, самопроизвольные аборты, преждевременные роды.

Гипохромная анемия чаще возникает у повторнوبرеменных во второй половине беременности. Она может протекать бессимптомно, иногда проявляться головокружением, легкой утомляемостью, слабостью, сердцебиением или одышкой, при выраженной форме — бледностью кожных покровов. Анализ крови указывает на снижение гемоглобина (90 г/л и менее), уменьшение числа эритроцитов и величины цветного показателя (0,8 и ниже), снижение уровня железа, анизоцитоз, некоторое повышение числа ретикулоцитов крови.

Лечение гипохромной анемии в женской консультации включает витаминизированную, богатую белками и минеральными веществами диету, а также препараты восстановленного железа в возрастающих дозах (от 3 до 6 г в сут) с аскорбиновой кислотой (0,1 г на 1 г железа) через 30—40 мин после еды, гемостимулин по 0,5—1 г 3—4 раза в день (запивать разведенной соляной кислотой), ежедневное внутримышечное введение 100 мкг витамина В₁₂. При выраженной гипохромной анемии — лечение стационарное.

Гиперхромная анемия (мегалобластическая или пернициозная) связана с эндогенным В₁₂-авитаминозом и возникает в период перехода мегалобластического эритропоэза (в печени) плода на нормобластический (IV—V мес беременности). В патогенезе анемии имеет значение нарушение функции желез желудка.

Клинически заболевание проявляется слабостью, бледностью, часто желтушной окраской кожи, иногда субфебрильной температурой, парестезиями. При исследовании крови отмечаются снижение уровня гемоглобина и числа эритроцитов, высокий цветной показатель (0,1—1,2), анизоцитоз, мегалобласты или мегалоциты в периферической крови или пунктате костного мозга.

Для лечения применяются витамин В₁₂ по 200 мкг внутримышечно ежедневно или через день в течение 2—3 нед, фолиевая кислота по 0,02—0,03 г 3 раза в день, препараты железа.

Гипопластическая (апластическая) анемия характеризуется угнетением функции кроветворения — снижением содержания эритроцитов, ретикулоцитов, лейкоцитов, тромбоцитов. При этой форме анемии рекомендуется прерывание беременности.

Гемолитическая (врожденная) анемия обусловлена повышенным гемолизом эритроцитов, происходящим в основном в селезенке. Течение болезни нередко волнообразное. Беременность обычно вызывает обострение заболевания, поэтому по-

казано ее прерывание. При ухудшении состояния во время беременности проводят спленэктомию.

Беременные с анемией наблюдаются терапевтом один раз в месяц до выздоровления или госпитализации, гематологом и при необходимости другими специалистами. Им проводится анализ крови перед каждым осмотром терапевта, исследуется билирубин крови, уробилин мочи и др. Госпитализация осуществляется для уточнения диагноза (характера анемии), в зависимости от общего состояния и гематологических показателей, а также при отсутствии эффекта от лечения в амбулаторных условиях.

Лейкоз и беременность. Сочетание беременности и лейкоза встречается редко. Острый лейкоз, присоединяясь к беременности, обычно приводит к смерти женщины в послеродовом периоде. При хроническом лейкозе беременность может закончиться благополучно для матери и плода, однако наступление ее нежелательно.

Прерывание беременности у больных лейкозом производится в ранние сроки. Прерывание беременности во второй ее половине противопоказано, так как нередко вызывает ухудшение состояния больной в связи с исключением благоприятного влияния плода на кроветворные органы женщины.

Задача врача женской консультации при выявлении лейкоза — срочно направить беременную в стационар для обследования и лечения.

Болезнь Верльгофа (пурпура тромбоцитопеническая) сочетается с беременностью нечасто. Заболевание может проявляться в острой и хронической рецидивирующей форме.

Основным признаком болезни являются геморрагии на коже и слизистых оболочках, обусловленные тромбоцитопенией и нарушением ретракции кровяного сгустка. Диагноз болезни Верльгофа устанавливается на основании данных анамнеза, клинического и гематологического обследования. При исследовании периферической крови отмечают снижение содержания эритроцитов, гемоглобина, тромбоцитопения, со стороны белой крови — сдвиг влево вплоть до миелоцитов. Беременность при болезни Верльгофа в периоды ремиссии протекает в большинстве случаев удовлетворительно. Однако она может осложниться поздним токсикозом, кровотечениями в последовом и раннем послеродовом периодах, рождением детей с симптомами геморрагического диатеза.

При длительном течении заболевания, частых обострениях, выраженной тромбоцитопении беременность противопоказана. Вопрос о возможности ее сохранения решают акушер-гинеколог и гематолог после обследования больной в стационаре.

Лечение во время беременности, в период ремиссии заболевания, включает препараты кальция, витамины, общеукрепляющие средства.

Беременность и туберкулез

Беременность вызывает обострение процесса, наиболее часто при гематогенном диссеминированном, инфильтративном и фиброзно-кавернозном туберкулезе легких. При туберкулезном процессе в фазе уплотнения обострение во время беременности обычно не наблюдается.

До сравнительно недавнего времени туберкулез являлся одним из наиболее частых показаний к прерыванию беременности. Однако своевременное выявление и систематическое лечение (в туберкулезном диспансере и стационаре) позволяет сохранять беременность у женщин, больных туберкулезом. Показаниями к прерыванию беременности являются: 1) фиброзно-кавернозный туберкулез легких; 2) активная форма туберкулеза позвоночника, таза, особенно с образованием абсцесса или фистулы, при туберкулезе тазобедренного, коленного, голеностопного суставов; 3) двусторонний далеко зашедший туберкулез почек; 4) активные формы туберкулеза, когда лечение, предпринятое до беременности или во время ее, оказалось неэффективным и беременность не достигла 7 мес. Вопрос о прерывании беременности в конечном счете решается в туберкулезном диспансере. Прерывание беременности следует производить в раннем сроке (до 12 нед), так как в более поздний период возникают обострение и прогрессирование заболевания.

Обострение заболевания чаще наступает в первые месяцы беременности и непосредственно после родов, а наиболее благоприятным является период беременности после 28 нед.

Лечение. При сохранении беременности должна проводиться комплексная терапия в первые три и на IX, X мес беременности в стационаре, в остальное время — в туберкулезном диспансере. Применяются ПАСК, стрептомицин, изониазид, тубазид в сочетании с витаминами В₁, В₆, В₁₂ и С, в конце беременности — ПАСК и изониазид. Если указанные препараты неэффективны, назначают циклосерин, этионамид, а по показаниям — хирургическое лечение.

Беременность и инфекционный гепатит

Инфекционный гепатит при беременности, особенно в поздние сроки, протекает тяжело, чаще развивается гепатодистрофия. Летальность среди больных беременных в несколько раз выше, чем среди небеременных (2—10 %).

Беременные поражаются инфекционным гепатитом чаще вследствие большей восприимчивости их к возбудителю заболевания.

Основные пути заражения — контактно-бытовой и парентеральный. Последний особенно опасен при беременности, в родах и послеродовом периоде (взятие, переливание крови, плаз-

мы, использование недостаточно стерильных инструментов). Опасность заражения возрастает в преджелтушном периоде от здоровых доноров — носителей инфекции.

Диагноз болезни Боткина основывается на данных анамнеза и специальных биохимических исследований. Течение беременности при инфекционном гепатите часто осложняется преждевременным самопроизвольным прерыванием, особенно в желтушном периоде заболевания. При этом угрозу представляют маточные кровотечения вследствие нарушения свертывающей системы крови и острая дистрофия печени. Инфекционный гепатит оказывает неблагоприятное влияние на развитие плода, увеличивается число мертворождений, асфиксий, гипотрофий плода, недоношенности.

Лечение беременных, страдающих инфекционным гепатитом, проводится в отделениях инфекционных больниц. Искусственное прерывание беременности в острой стадии гепатита нецелесообразно, так как оно усиливает тяжесть заболевания, способствует его волнообразному течению.

В случае необходимости прерывание беременности производят в период реконвалесценции или клинического выздоровления.

Прогноз при инфекционном гепатите во время беременности очень серьезен.

Беременность и холецистит

Желчнокаменная болезнь и холецистит нередко встречаются у беременных. В связи с тем что при беременности возникают дискинезия желчных путей, затруднение оттока желчи и во второй половине беременности гиперхолестеринемия, беременность может провоцировать заболевание. У больных отмечаются внезапные коликообразные боли в верхнем правом отделе живота, чувство давления в правом подреберье и в области желудка, тошнота, рвота, субиктеричность склер и кожи, повышение температуры, тахикардия.

Диагноз основывается на данных анамнеза, пальпации в области желчного пузыря, лабораторных исследований. Необходимо дифференцировать холецистит с аппендицитом, правосторонней почечной коликой, панкреатитом. **Лечение** проводится в стационаре. При неосложненном течении холецистита и желчнокаменной болезни беременность сохраняется; при частых обострениях показано ее прерывание.

Беременность и сахарный диабет

Сахарный диабет может возникнуть до беременности или проявиться впервые во время ее. Клиническими признаками диабета являются: жажда, сухость во рту, поллакиурия, полиурия, повышенный аппетит, общая слабость, иногда похудание.

При лабораторном обследовании определяются сахар в моче, повышенное содержание его в крови, характерная сахарная кривая после нагрузки сахаром. Обнаружив сахар в моче, надо исключить почечную глюкозурию, связанную с употреблением большого количества углеводов и быстро исчезающую при правильном питании.

В связи с нарушением у матери обменных процессов при сахарном диабете нередко наблюдаются преждевременное прерывание беременности, поздние токсикозы беременных (30—60%), высокая перинатальная смертность (20—30%), отмечается нарушение анатомического строения плаценты, особенно ее сосудистой системы, вызывающее плацентарную недостаточность, в результате чего плод испытывает хроническую гипоксию. Изменение углеводного, жирового, белкового и водно-солевого обменов у матери приводит к нарушению их у плода, следствием чего являются пороки его развития и внутриутробная гибель. Дети, рожденные матерями, страдающими диабетом, отличаются большой массой, диспропорцией размеров головки и туловища, функциональной незрелостью.

Беременность, в свою очередь, оказывает влияние на течение сахарного диабета. В первой половине беременности и в последние недели перед родами состояние больной может не изменяться, в крови и моче отмечается снижение уровня сахара. Во второй половине беременности, во время родов и в послеродовом периоде уровень сахара в крови и моче возрастает и возможно развитие ацидоза. Для жизни матери и плода наиболее опасными являются тяжелый ацидоз, прекома и диабетическая кома.

Обследованию подлежат беременные с подозрением на преддиабет или скрытый диабет. К ним относятся женщины с отягощенной по сахарному диабету наследственностью; с ожирением I—II—IV степени; с жалобами на жажду, зуд наружных половых органов, потливость, фурункулез, повышенный аппетит и резкую слабость; повторнобеременные, рожавшие крупных детей (4 кг и более); с впервые выявленной или установленной при предыдущих беременностях глюкозурией. Для определения диагноза исследуются сахар в крови, сахар и ацетон в моче, сахарная кривая с нагрузкой по назначению эндокринолога (терапевта). При выявлении диабета больные госпитализируются в сроки до 12 нед для уточнения диагноза и решения вопроса о сохранении беременности. Срочная госпитализация осуществляется при нарушении компенсации сахарного диабета и осложнении акушерской патологией в любой срок беременности.

При благоприятном течении сахарного диабета беременная посещает акушера-гинеколога 2 раза в мес до 32 нед, 3—4 раза — после 32 нед; эндокринолога (терапевта) — в порядке диспансерного наблюдения; окулиста — 2—3 раза за время беременности и других специалистов — по показаниям. Меди-

каментозное лечение проводится под контролем эндокринолога и терапевта. Рекомендуется специальная диета. Для родоразрешения беременные госпитализируются в 35—37 нед, желательнo в специализированный стационар.

Пиелонефрит беременных

Пиелонефрит отмечается у 2% беременных и может быть в острой и хронической форме. Для острого пиелонефрита характерны внезапное начало, высокая температура, ознобы, боли в пояснице, иррадирующие в паховую область, иногда рвота, дизурические явления, положительный симптом Пастернацкого, пиурия, иногда гематурия. Острый пиелонефрит надо дифференцировать с острым аппендицитом, холециститом, почечной коликой, гриппом. При хроническом пиелонефрите бессимптомная бактериурия чередуется с приступами обострения. Диагноз пиелонефрита ставится на основании клинического и специального урологического обследования. По назначению терапевта или уролога (нефролога) проводятся клинический, бактериологический анализ средней порции мочи и анализ по Нечипоренко; клинический анализ крови; определение остаточного азота (мочевины) крови; исследование глазного дна. Кроме того, по показаниям изучается состояние плода ультразвуковым сканированием с 12 нед, ЭКГ и ФКГ плода с 34 нед беременности; медикаментозная терапия — по назначению терапевта или уролога (нефролога). Больные осматриваются акушером-гинекологом 3—4 раза в мес, терапевтом — 2 раза в мес, урологом (нефрологом) и другими специалистами — по показаниям. В ранние сроки беременности больные госпитализируются в терапевтический или специализированный стационар для уточнения диагноза и решения вопроса о возможности продолжения беременности. При обострении и ухудшении течения заболевания, присоединении позднего токсикоза, угрожающем прерывании беременности, при гипотрофии плода больные стационарируются в любые сроки. Дородовая госпитализация — в 37—38 нед беременности.

Аппендицит и беременность

Аппендицит у беременных встречается в 1,4% случаев и может быть серьезным осложнением беременности, особенно в поздние ее сроки и в родах. Опасность аппендицита при беременности обусловлена изменением топографии червеобразного отростка, смещением его и сальника кверху, уменьшением возможности ограничения воспалительного процесса и образования спаек, быстрым прогрессированием процесса в брюшной полости. Беременность может способствовать возникновению острого или обострению хронического аппендицита, которое чаще всего бывает в 5—20 и 29—32 нед беременности.

Основные симптомы аппендицита у беременной те же, что и у небеременной женщины: при остром аппендиците боли, локализующиеся в правой подвздошной области и смещающиеся выше во второй половине (осмотр беременной в положении на левом боку), влажный, слегка обложенный язык, часто рвота, субфебрильная температура тела, соответственно учащение пульса, умеренный нейтрофильный лейкоцитоз. При пальпации в правой подвздошной области болезненность и мышечное напряжение. В более тяжелых случаях общая вялость, тахикардия, сухой язык, резкая болезненность и напряжение мышц в правой подвздошной области, значительный лейкоцитоз. При хроническом аппендиците отмечаются постоянные тупые боли в правой половине живота, тошнота.

Аппендицит во время беременности необходимо дифференцировать с внематочной беременностью, апоплексией яичника, острым и подострым воспалением придатков матки, перекрутом ножки опухоли яичника, пиелонефритом, холециститом, мочекаменной болезнью, абортom, преждевременными или срочными родами.

В случае неясного диагноза необходима срочная консультация хирурга.

Лечение. При остром аппендиците и обострении хронического показана операция в любом сроке беременности. При хроническом аппендиците с частыми обострениями оперативное лечение проводится в плановом порядке, лучше в ранние сроки беременности.

Кишечная непроходимость и беременность

Кишечная непроходимость может возникнуть вследствие выхода матки из полости малого таза (3—4 мес беременности), при опускании головки в конце беременности, уменьшении матки в послеродовом периоде, при сращениях и спайках в брюшной полости.

Клинически кишечная непроходимость проявляется резкими болями в животе, тошнотой, рвотой вначале пищей, а потом с примесью кала, усиленной перистальтикой, метеоризмом, задержкой стула.

При постановке диагноза необходимо исключить аппендицит, перекрут ножки опухоли яичника, разрыв беременной матки, выкидыш, начало родовых схваток.

Диагностика заболевания во время беременности чрезвычайно затруднена, поэтому при малейшем подозрении на кишечную непроходимость беременную должен срочно осмотреть хирург и немедленно отправить в стационар.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Заболевания половых органов наблюдаются у 5 % больных беременных, наиболее часто отмечаются воспалительные процессы и новообразования. Болезни органов половой сферы нередко сопровождаются бесплодием. При наступлении беременности возможны серьезные осложнения, создающие неблагоприятные условия для здоровья матери и плода.

Беременность и воспалительные заболевания гениталий

Вульвит — первичное воспаление слизистой оболочки малых и больших половых губ, клитора, преддверия влагалища — встречается редко. Обычно он возникает вследствие раздражения вульвы патологическим отделяемым из влагалища. При этом отмечается гиперемия и отек слизистой оболочки, зуд и болезненность в области наружных половых органов. Лечение направлено на устранение основной причины вульвита. Полезны гигиенические подмывания водой при температуре 37—38°, сидячие ванночки с ромашкой или слабым раствором марганцовокислого калия по 10—15 мин утром и вечером.

Бартолинит. Основной причиной воспаления бартолиновой железы многие авторы ранее считали гонорею, в настоящее время установлено, что бартолиниты возникают в результате проникновения неспецифической флоры.

Больные отмечают общее недомогание, повышение температуры тела. Бартолиновая железа увеличена, резко болезненна при пальпации, закрывает вход во влагалище.

В острой стадии заболевания женщину необходимо госпитализировать, провести бактериоскопическое, бактериологическое исследование и назначить комплексную консервативную терапию с учетом беременности. При возникновении абсцесса показано его вскрытие и дренирование.

Кольпит. Причиной кольпитов у беременных женщин могут быть стафилококки, стрептококки, кишечная флора, кандиды, вирусы, чаще всего трихомонады. В этиологии кольпитов немалую роль играют предрасполагающие факторы: гиповитаминоз, гипоплазия половых органов, нарушения обмена веществ, инфекционные заболевания.

Больные указывают на серозно-гнойные выделения из влагалища, зуд, жжение, тяжесть внизу живота. При осмотре слизистой оболочки стенки влагалища определяются гиперемия и инфильтрация. Для запущенной трихомонадной инвазии характерны многоочаговость заболевания (уретрит, цервицит, проктит), желтовато-зеленые пенистые выделения. Воспаление слизистой уретры сопровождается чувством жжения при мочеиспускании. Диагноз подтверждается микроскопическим

исследованием выделений из влагалища, шейки матки и уретры.

Лечение. Одновременно с лечением беременной женщины необходимо лечить мужа. В последние годы хорошо зарекомендовал себя метод терапии трихомоноза одноразовой дозой фазигина (4 таблетки по 0,5 г), который оказывает эффективное лечебное действие не только при острых формах заболевания, но и при хроническом его течении. Однако фазигин проникает через плацентарный барьер, в молоко кормящей матери, и почти у каждой третьей женщины, принимающей препарат, отмечаются тошнота, головокружения, головная боль. Поэтому беременным женщинам лучше назначать метронидазол (по 0,5 г 2—3 раза в сут в течение 5 дней), который не оказывает неблагоприятного влияния на течение беременности и состояние плода. При лечении беременных следует избегать активной местной терапии и применения осарсола. Рекомендуется ежедневно смазывать слизистую оболочку уретры, вульвы и влагалища 4 % водным раствором метиленового синего.

Остроконечные кондиломы представляют собой доброкачественные разрастания кожи в виде остроконечных сосочков, которые тесно соприкасаются между собой и по внешнему виду напоминают цветную капусту. Кондиломы появляются на половых губах, промежности, шейке матки, во влагалище. Обильные выделения из половых путей во время беременности способствуют их росту. Клинически остроконечные кондиломы протекают почти бессимптомно. Если присоединяется гнойная инфекция или некроз ткани кондилом, отделяемое приобретает зловонный запах.

Лечение. Небольшие кондиломы после смазывания здоровых участков кожи вазелином присыпают резорцином с борной кислотой в равных дозах. Эффективны инъекции пенициллина в пораженную ткань и пенициллиновые примочки через каждые 3—4 ч. В последние годы для удаления кондилом применяют методы криохирургии. Кондиломы, появившиеся во время беременности, обычно не требуют специального лечения и исчезают после родов.

Эрозия шейки матки во время беременности становится сочной, рыхлой и при малейшем физическом воздействии кровоточит. Выделения при этом похожи на менструации, кровотечения при предлежании плаценты, раке шейки матки. Для подтверждения диагноза проводится кольпоскопическое, цитологическое исследование с последующей биопсией.

Специальное лечение эрозии во время беременности не требуется. Обычная санация влагалища фурацилином, закладывание тампонов с вазелиновым, облепиховым маслом, рыбьим жиром способствуют ее заживлению.

Эндометрит. В острой стадии заболевания беременность обычно не наступает. При хроническом эндометрите имеются участки малоизмененной слизистой оболочки, на которых может имплантироваться оплодотворенная яйцеклетка. В ряде слу-

чаев измененная слизистая оболочка матки является причиной выкидыша, преждевременных родов, предлежания плаценты, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.

Сальпингофорит. При двустороннем поражении маточных труб женщина, как правило, бесплодна. Если беременность наступила и прогрессирует, воспалительный процесс затухает.

Гонорея. Женщина может заболеть гонореей до беременности, во время оплодотворения яйцеклетки, в первую и вторую половины беременности. Появляются постоянные боли внизу живота, в крестце, связанные с вовлечением в воспалительный процесс мускулатуры матки и ее серозного покрова. Гонорея нередко приводит к кровотечениям, выкидышам и преждевременным родам, сопровождающимся резкой болезненностью. В послеродовом периоде, чаще всего на 2—5-й день, наступает обострение процесса.

Лечение проводится в специализированном стационаре.

Сифилис. Заражение сифилисом во время беременности очень опасно, так как спирохеты проникают через плацентарный барьер. Заражение матери в ранние сроки беременности способствует более частому поражению плода. Поражение его спирохетами происходит на V—VII мес беременности. При этом плод погибает и, мацерируясь, через 2—4 нед изгоняется из матки. При заражении матери в конце беременности, за 6 нед до родов, инфицирование плода не наступает. В диагностике сифилиса важное значение имеют анамнез, объективные данные и серологические исследования (до 12 нед и после 20 нед беременности). При выявлении сифилиса проводится лечение по назначению венеролога в стационаре. Беременные, ранее болевшие сифилисом и не снятые с учета, обязаны получать профилактическое лечение. Интенсивная терапия, особенно на V—VII мес беременности, способствует рождению здоровых детей.

Новообразования женских половых органов и беременность

Миома матки встречается у 0,2—1 % женщин детородного возраста. При наличии ее установить беременность ранних сроков очень трудно и только анамнестические данные, сомнительные и вероятные признаки беременности, гормональные и иммунологические реакции, эхография помогают в постановке диагноза. Обычно беременность при миоме донашивается и роды протекают без особенностей. Однако в ряде случаев заболевание может вызвать тяжелые осложнения во время беременности, родов и в послеродовом периоде, характер которых зависит от расположения узлов и их величины. Субсерозные узлы в теле матки на широком основании реже осложняют беременность, чем узлы, расположенные в нижнем сег-

менте. Более гладко протекает беременность и при небольших интерстициальных узлах. Миоматозные узлы на ножке могут перекручиваться. При субмукозном расположении миом часто наблюдается бесплодие или прерывание беременности в ранних сроках, образуются поперечные и косые положения плода, предлежание детского места. При появлении болей в области миоматозного узла женщину необходимо срочно госпитализировать. Миоматозные узлы, расположенные в нижнем сегменте матки, могут сдавливать прямую кишку. В таких случаях показано оперативное удаление опухоли, а иногда и всей матки. Перекручивание субсерозного узла, вызывающее острый живот, требует срочной операции с удалением узла и иссечением ножки. При больших размерах узлов, препятствующих росту матки, производят энуклеацию. Необходимо помнить, что любое внутриматочное вмешательство при миоме опасно.

Беременные с миоматозными узлами в матке должны быть стационарированы в 37—38 нед беременности.

Доброкачественные опухоли яичников. Диагностика опухоли при беременности сложна, так как применение дополнительных методов исследования (лапароскопия, пельвиография и др.) противопоказано. Ретенционные кисты и доброкачественные опухоли небольших размеров практически не диагностируются, а беременность, роды и послеродовой период при них, особенно у молодых женщин, протекают без осложнений. Вместе с тем невынашивание, ранние токсикозы беременных встречаются несколько чаще, чем у здоровых. Увеличение опухоли, особенно во второй половине беременности, может привести к одышке и нарушению сердечно-сосудистой деятельности. Расположение опухоли в полости малого таза иногда создает препятствие для рождения ребенка. Наиболее частыми осложнениями являются перекрут ножки опухоли, инфицирование ее, разрыв капсулы.

Лечение при выявлении доброкачественной опухоли оперативное (наиболее оптимальный срок — после 12—16 нед беременности). Необходимо учитывать, что консервативная цистэктомия более благоприятна, чем удаление всего яичника. При появлении кист желтого тела, не превышающих в диаметре 5—6 см, а также опухолей небольших размеров, впервые выявленных в конце беременности, женщины постоянно наблюдаются акушером-гинекологом и вопрос о применении в позднем послеродовом периоде оперативного метода лечения решается в плановом порядке. Если возникают признаки острого живота, производится срочная лапаротомия, независимо от срока беременности.

Рак шейки матки встречается в 1,5—4,4 % случаев рака матки, преимущественно у многорожавших. Заболевание может возникнуть во время беременности, и беременность может наступить, когда раковый процесс еще находится в ранней стадии. Симптомы рака шейки матки у беременных в основ-

ном такие же, как и у небеременных: жидкие, водянистые бели цвета мясных помоев, сукровичные с гнилостным запахом; контактные кровотечения. При запущенной форме рака появляются боли. Выраженный раковый процесс, развивающийся в виде экзофитной формы или изъязвления, установить несложно. Весьма трудно диагностировать заболевание на ранних стадиях его развития. При эндофитной форме рака шейка раздутая, увеличенная, плотной консистенции, при дотрагивании появляется кровотечение. Нередко наблюдается сочетание признаков экзофитной и эндофитной форм. Довольно сложно выявить раковую опухоль, развивающуюся в цервикальном канале, и только бимануальное исследование помогает установить изменения конфигурации шейки матки, имеющей бочкообразную форму.

Методом кольпоскопии можно определить изменения шейки матки, не замеченные при осмотре невооруженным глазом (предраковые состояния и ранние формы рака). Уточнить диагноз помогает биопсия подозрительных участков, которая производится только в стационаре. Ценным методом установления заболевания является цитодиагностика (мазки-отпечатки или мазки из влагаллищного содержимого). Рак шейки матки необходимо дифференцировать с эктропионом, туберкулезной, сифилитической и трофической язвой.

При выявлении рака шейки матки больную следует госпитализировать для прерывания беременности и лечения. Врачу женской консультации нужно учитывать возможность сочетания беременности и рака шейки матки. Для выявления заболевания врач должен осматривать шейку матки с помощью влагаллищных зеркал во время первой явки по поводу беременности и во второй половине при кровотечении или появлении белей. Если рак шейки матки установлен в послеродовом периоде, необходимо прекратить кормление грудью и провести лечение соответственно стадии заболевания.

ПАТОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Под патологией беременности понимают ряд осложнений и заболеваний, которые появляются во время беременности, осложняют ее течение и, как правило, прекращаются с окончанием или прерыванием ее. Возникающая патология может быть связана с неправильной имплантацией, заболеванием или гибелью плодного яйца, несвоевременным самопроизвольным или искусственным прерыванием беременности, а также появлением различных заболеваний матери, непосредственно связанных с развитием беременности.

Токсикоз беременных

Токсикозы беременных возникают при нарушении процессов адаптации организма женщины к беременности, которое может

быть обусловлено появлением патологических импульсов, направляющихся в центральную нервную систему, в результате раздражения плодным яйцом пораженных рецепторов матки; извращением импульсов, исходящих от плодного яйца, при функциональных нарушениях в проводящих путях; неправильной переработкой поступающих, порой даже нормальных, импульсов при изменении взаимосвязи нервных процессов между корой и подкоркой. В итоге нарушается регулирующее влияние центральной нервной системы на перестройку функций всех органов и систем в связи с беременностью. При этом могут отмечаться значительные изменения в обмене веществ, функции желез внутренней секреции, сердечно-сосудистой и других системах, в содержании электролитов, гормонов.

Предрасполагают к возникновению токсикозов различные заболевания, перенесенные до беременности или во время ее, неправильное питание, нервные перенапряжения, переутомления, недосыпание.

В основе развития поздних токсикозов лежат изменения капиллярного кровообращения и сосудисто-тканевой проницаемости, т. е. главные нарушения происходят в сосудистой системе. При этом гипертензия связана со спазмом сосудов, отеки — с нарушением проницаемости их стенки, а также с задержкой жидкости и натрия в организме, протеинурия — с изменением проницаемости сосудов почечных клубочков.

Различают токсикозы беременных первой половины беременности, или ранние, и второй половины беременности, или поздние.

РАННИЕ ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ. Рвота беременных — наиболее частая форма проявления ранних токсикозов — повторяется несколько раз в день, чаще всего после приема пищи, сопровождается тошнотой, снижением аппетита. Различают легкую, умеренную, или средней тяжести, и чрезмерную, или тяжелую, рвоту. При легкой форме рвота повторяется 3—5 раз в сут, обычно после еды, не отражается на общем состоянии беременной, легко поддается лечению и проходит самостоятельно по достижении 2—3 мес беременности. Умеренная форма характеризуется учащением рвоты, возникающей независимо от приема пищи, до 10—12 раз в сут и сопровождается уменьшением массы тела, общей слабостью, тахикардией, сухостью кожи, понижением диуреза. При чрезмерной форме рвота повторяется до 20 и более раз в сут и вызывает тяжелое состояние больных. Голод и обезвоживание организма ведут к истощению, падению массы тела, упадку сил. Язык сухой, изо рта запах ацетона. Отмечаются тахикардия, артериальная гипотония, повышение температуры тела, в моче — ацетон, суточный диурез снижен, в крови — повышение гемоглобина в связи с обезвоживанием.

Рвоту беременных необходимо дифференцировать с рвотой как симптомом заболевания желудочно-кишечного тракта, пора-

жения мозга, инфекционных и других болезней. Кроме того, у многих женщин в первые месяцы беременности бывает рвота по утрам, обычно натошак, не являющаяся симптомом токсикоза.

Слюнотечение может сопутствовать рвоте и встречаться как самостоятельный ранний токсикоз беременных. Суточная слювация может быть различной, иногда достигает 1 л и более. Слюнотечение угнетает психику больной, вызывает мацерацию кожи и слизистой оболочки губ. При значительном выделении слюны появляются симптомы обезвоживания организма.

Лечение. При рвоте и слюнотечении беременных проводятся психотерапия, лечебно-охранительный режим, физиотерапия (диатермия чревного сплетения, ультрафиолетовое облучение, электросон), медикаментозное лечение (бром с кофеином, витамины А, В₁, В₆, В₁₂, С, D, спленин и другие препараты). Лечение контролируется анализами крови, мочи (общей и на ацетон) 1 раз в нед. Если амбулаторное лечение оказывается неэффективным, показана госпитализация.

Желтуха беременных встречается редко, проявляется желтушным окрашиванием кожи, зудом ее, при этом поражается печень. Устанавливая диагноз, нужно исключить симптомную желтуху, возникающую при инфекционном гепатите, болезни Васильева — Вейля, желчно-каменной болезни и интоксикациях. Беременные с желтухой срочно госпитализируются для выяснения причины ее возникновения. При диагностировании желтухи беременных как токсикоза показано прерывание беременности.

Острая желтая атрофия печени наблюдается редко и возникает самостоятельно или при чрезмерной рвоте беременных. Протекает тяжело (быстро прогрессирует жировое и белковое перерождение печени, уменьшаются ее размеры, нарастают желтуха, зуд кожи, появляются судороги и кома) и нередко ведет к смерти.

Показано немедленное прерывание беременности, что иногда позволяет спасти жизнь больной.

Дерматозы беременных включают группу заболеваний кожи, возникающих во время беременности и исчезающих после ее окончания. Наиболее часто наблюдается зуд беременных, который захватывает все тело (чаще локализуется в области наружных половых органов), вызывает бессонницу, раздражительность. Необходимо дифференцировать с зудом, вызванным сахарным диабетом, аллергией на лекарственные вещества и пищевые продукты, глистной инвазией. Реже возникает экзема беременных, поражающая кожу молочных желез или живота, бедер, рук. Иногда дерматозы беременных могут протекать в виде скарлатиноподобных высыпаний на коже или крапивницы.

Лечение. Назначаются десенсибилизирующие лекарственные средства, общеукрепляющие, регулирующие функцию нервной системы (димедрол или пипольфен, хлорид кальция, витамины, ультрафиолетовое облучение, бромиды).

Тетания беременных возникает при понижении или выпадении функции паращитовидных желез, в результате чего нарушается обмен кальция. Клинически заболевание проявляется судорогами мышц, чаще всего верхних конечностей («рука акушера»), реже — нижних («нога балерины»), иногда мышц лица («рыбий рот» или картина тризма), туловища и довольно редко — гортани и желудка.

Для лечения заболевания применяются паратиреоидин (паратиреоокрин), препараты кальция, витамин D. При безэффективности их, а также при тяжелой форме заболевания показано прерывание беременности.

Остеомалация встречается очень редко и характеризуется декальцинацией костей и их размягчением в результате нарушения фосфорно-кальциевого обмена. Поражение чаще всего захватывает кости таза и позвоночника, при этом отмечается болезненность костей и может наступить их деформация, в частности клювовидное выступание симфиза, значительное смещение мыса в полость таза, уменьшение межвертельного размера.

Лечение включает витамин D, рыбий жир, ультрафиолетовое облучение, прогестерон, при безуспешности его показано прерывание беременности.

ПОЗДНИЕ ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ. Выраженным формам поздних токсикозов беременных обычно предшествуют состояния, именуемые претоксикозами. Врачу женской консультации важно выявить претоксикозы беременных и принять необходимые меры к их лечению, чтобы предупредить более тяжелые формы поздних токсикозов.

К претоксикозам беременных относятся такие состояния, при которых наблюдаются: 1) повышение максимального артериального давления на 10—20 мм рт. ст., минимального — на 5—10 мм рт. ст. по сравнению с исходным до беременности или в первые 9—10 нед беременности; иногда отмечается асимметрия давления на 15 мм рт. ст. и более; 2) пастозность голени или стоп; 3) следы белка в моче. Состояние претоксикоза можно выявить реакцией организма на дозированную нагрузку (10 приседаний в течение 20 с). Появление асимметрии артериального давления, превышающей 10 мм рт. ст., повышение его уровня на 20 % и более, сохраняющееся после пятиминутного отдыха, уменьшение пульсового давления до 30 мм рт. ст. свидетельствуют о претоксикозе. На предшествующее токсикозу состояние указывают уменьшение суточного диуреза до 500 мл, наличие отрицательного диуреза, увеличение окружности голени, измеряемой на уровне 10 см выше наружной лодыжки, на 8—10 % к ее размерам в первой половине беременности.

Для лечения претоксикоза беременных рекомендуются рациональный режим дня, соответствующая диета, медикаментозные средства. Необходимо по возможности исключить стрессовые ситуации, обеспечить дневной отдых и ночной сон продолжительностью более 8 ч. Количество жидкости ограничивается

до 1000 мл, поваренной соли до 3—5 г. Один или два раза в неделю проводятся разгрузочные дни: творог 600 г, сметана 100 г, сахар 50 г или 1,5 кг яблок и 50 г сахара. Для укрепления сосудистой стенки применяются рутин по 0,02 г и глюконат кальция по 0,5 г внутрь три раза в день. Для улучшения обменных процессов рекомендуются аскорбиновая кислота по 0,1 г и глюкоза по 1,0 г внутрь три раза в день, кислородные коктейли или кислородная палатка. В течение 3—4 дней применяются легкие диуретики: 5 % раствор хлористого аммония по одной столовой ложке 5—6 раз в день или гипотиазид по 0,025 г один или два раза в день. На ночь показан димедрол — 0,05 г или пипольфен — 0,05 г внутрь. Если в течение недели лечение не дает эффекта, показана госпитализация беременной.

Отеки беременных. Задержка воды и натрия в тканях при беременности клинически проявляется отеками, которые вначале локализуются на голенях и стопах, затем могут распространяться на бедра, наружные половые органы, брюшную стенку, лицо, верхние конечности (нередко отмечаются одновременно на нижних конечностях и лице). Выраженность отеков бывает различной. Нарастают они постепенно и лишь в редких случаях достигают значительных размеров за короткое время. Выпот жидкости в серозные полости (брюшную, плевральную) не происходит, она накапливается в тканях, преимущественно в подкожной клетчатке. Иногда образуются скрытые отеки, о которых свидетельствует увеличение массы тела свыше 300—400 г в нед. Для диагностики их применяется проба Мак-Клюра — Олдрича. Диурез при отеках беременных обычно отрицателен. Общее состояние беременных почти не страдает, только при значительных отеках отмечаются жажда, одышка, усталость. В крови выявляются повышенное содержание хлоридов и небольшая гипопроteinемия, в моче патологических изменений нет. Артериальное давление остается в пределах нормы. Отеки беременных необходимо дифференцировать с отеками, наблюдающимися при заболеваниях сердца и почек.

В женской консультации проводится лечение только при незначительных отеках, заключающееся в ограничении жидкости и соли, применении мочегонных средств, проведении разгрузочных дней. В 20—24 % случаев отеки беременных переходят в нефропатию.

Нефропатия беременных характеризуется триадой симптомов: отеки, гипертензия, протеннурия, хотя в настоящее время она определяется далеко не у всех больных. Отеки бывают значительными или небольшими, а иногда и скрытыми. Уровень артериального давления повышается до различных цифр. Так, у беременных с нормотонией высшей его границей следует считать 135/85 мм рт. ст., а у страдающих артериальной гипотонией увеличение давления до общепринятых нормальных значений — 120/80 мм рт. ст. — может уже быть симптомом нефропатии. Рекомендуется учитывать уровень артериального давления до

беременности или в первые 9—10 нед. Повышение давления на 20—30 мм рт. ст. к исходному уровню является патологическим, а на 30—40 — угрожающим. Иногда отмечается выраженная асимметрия артериального давления, поэтому необходимо измерять его на обеих руках и учитывать патологический уровень. При нефропатии часто наблюдается изменение сосудов глазного дна: спазм артерий, расширение вен, отек сетчатки, иногда мелкие кровоизлияния. На повышение артериального давления в сосудах головного мозга указывает увеличение более 0,5 височно-плечевого коэффициента (отношение величины височного давления к плечевому). Протеинурия в большинстве случаев не резко выражена, однако иногда достигает высоких значений. Кроме этого, в моче могут быть обнаружены гиалиновые и зернистые цилиндры.

Различают три степени тяжести нефропатии. Нефропатия I степени, или легкой формы, характеризуется повышением артериального давления до 150/80 мм рт. ст. (при нормальном исходном уровне), белком в моче до 1 г/л, небольшими отеками. При нефропатии II степени, или средней тяжести, уровень артериального давления достигает 150/90—170/100 мм рт. ст., белок в моче — от 1 до 3 г/л, выраженные отеки. Дальнейшее увеличение артериального давления и белка в моче приводит к нефропатии III степени.

Нефропатия беременных часто возникает на фоне экстрагенитальных заболеваний (гипертоническая болезнь, хронический нефрит, пороки сердца, сахарный диабет). В таких случаях токсикоз называется сочетанным, или вторичным. Он появляется в более ранние сроки беременности, чем первичный, или чистый, токсикоз, и отличается более тяжелым течением.

Диагноз нефропатии беременных устанавливается при наличии хотя бы двух симптомов из классической триады. Нефропатия чаще всего развивается в 32—36 нед беременности, хотя сочетанные ее формы могут наблюдаться уже в 24—25 нед. При диагностировании нередко возникает необходимость дифференцировать нефропатию с гипертонической болезнью и хроническим нефритом. О гипертонической болезни будут свидетельствовать: 1) отсутствие, кроме гипертензии, других симптомов позднего токсикоза; 2) частые головные боли и носовые кровотечения в анамнезе; 3) повышение артериального давления до беременности или в ранние сроки беременности (до 10 нед); 4) гипертрофия левого желудочка, акцент II тона над аортой и наличие левограммы на электрокардиограмме. Хронический нефрит устанавливается на основании: 1) появления заболевания до беременности или в первой ее половине; 2) характерных изменений в анализах мочи (низкий удельный вес, монотонность его, наличие выщелоченных эритроцитов, клеток почечного эпителия, стойкая цилиндрурия); 3) повышения остаточного азота, гипохромной анемии; 4) локализации отеков на лице, иногда асцита; 5) нередко гипертрофии левого желудочка сердца.

Л е ч е н и е всех форм нефропатии беременных, включающее лечебно-охранительный режим, рациональную диету, применение гипотензивных, мочегонных, антигистаминных средств, улучшение микроциркуляции, проводится только в стационаре.

Преэклампсия характеризуется присоединением к нефропатии признаков функционального нарушения центральной нервной системы, возникающих в результате повышения внутричерепного давления в связи с отеком мозга. Основные симптомы преэклампсии: головная боль, нарушение зрения (мелькание или «туман» в глазах), боли в подложечной области. Больные обычно возбуждены, беспокойны или, наоборот, заторможены. Иногда появляются тошнота или рвота, лицо гиперемировано с цианозом губ и крыльев носа. Значительно выражены изменения глазного дна: резкое сужение артериол, расширение вен, иногда отек сетчатки и соска зрительного нерва. Чаще всего преэклампсия появляется на фоне тяжелой формы нефропатии, но иногда может возникнуть при, казалось бы, легкой ее течения (артериальное давление на относительно невысоком уровне, умеренные отеки и небольшая протеинурия). Преэклампсия может осложниться кровоизлиянием в мозг и другие жизненно важные органы, а также перейти, иногда довольно быстро, в эклампсию. Преэклампсию необходимо дифференцировать с острым желудочно-кишечным заболеванием и гипертонической энцефалопатией. Диагноз подтверждается наличием двух или трех симптомов поздних токсикозов, а также характерными изменениями со стороны глазного дна и сердца.

При диагностировании преэклампсии в женской консультации больную необходимо доставить в стационар под наркозом для проведения лечения. Нередко показано досрочное прерывание беременности.

Эклампсия является конечной стадией развития позднего токсикоза и характеризуется приступом судорог. Обычно возникает на фоне преэклампсии. Для провокации припадка достаточно резкого света, шума, болевых раздражителей. Припадок продолжается 1—2 мин и развивается в определенной последовательности. В первом периоде (20—30 с) — предсудорожном — появляются мелкие фибриллярные подергивания мышц лица, распространяющиеся на мышцы верхних конечностей. Во втором периоде (20—30 с) происходит тоническое сокращение всех скелетных мышц, тело вытягивается и напрягается, позвоночник изгибается. Дыхание и сознание отсутствуют, зрачки расширены, нарастает цианоз кожи и слизистых оболочек. В третьем периоде (30 с — 1 мин) возникают непрерывно следующие друг за другом клонические судороги мышц туловища и конечностей, лицо становится багрово-синим. К концу приступа появляется хриплое дыхание, изо рта выделяется пена с примесью крови (прикусывание языка). В четвертом периоде наступает разрешение припадка: судороги прекращаются, восстанавливается дыхание, розовеет лицо. Больная находится в коматоз-

ном состоянии, которое может продолжаться в течение различного времени, иногда до следующего припадка. Сознание восстанавливается медленно. О случившемся больная не помнит. Во время припадков или после них больная может умереть от кровоизлияния в мозг, асфиксии, отека легких, печеночно-почечной недостаточности. Плод часто гибнет от гипоксии. Необходимо помнить о редко встречающейся бессудорожной эклампсии с последующим коматозным состоянием.

Д и а г н о с т и к а обычно не представляет трудностей, хотя иногда припадки эклампсии нужно дифференцировать с эпилепсией и истерией, при которых отсутствуют симптомы позднего токсикоза, зрачки сужены, а при истерии сохраняются рефлексы. Коматозное состояние при эклампсии необходимо отличать от диабетической и уремической комы. Диабетическая кома развивается постепенно, сопровождается запахом ацетона изо рта, кус-смаулевским дыханием, гипергликемией и глюкозурией, наличием ацетона в моче. Уремическая кома возникает на фоне почечной недостаточности, отличается медленным наступлением, сохранением сухожильных рефлексов, запахом изо рта, резким повышением остаточного азота и мочевины в крови, низким удельным весом мочи, гипохромной анемией.

Л е ч е н и е только стационарное. Во время припадка необходимо предотвратить прикусывание языка и ушибы при падении. Если появляется дыхание, показаны кратковременная дача кислорода для ликвидации гипоксии и общий наркоз.

П р о ф и л а к т и к а токсикозов беременных включает весь комплекс необходимых гигиенических мероприятий, которые в ряде случаев должны быть проведены еще до беременности. Для предупреждения ранних токсикозов определенное значение имеют борьба с абортными, лечение хронических заболеваний, создание беременной эмоционального покоя. В профилактике поздних токсикозов важны соблюдение рационального питания во второй половине беременности, особенно воздержание от обильного употребления жидкости и соли, правильного режима труда и отдыха, устранение умственных и физических перегрузок. С момента взятия беременных на учет следует проводить тщательное лечение заболеваний, на фоне которых развиваются сочетанные токсикозы. За женщинами, перенесшими нефропатию беременных и тем более преэклампсию и эклампсию, должно быть установлено длительное наблюдение после родов, так как у них возможно развитие нефрита, гипертонической болезни, послеродовых нейроэндокринных заболеваний.

Недонашивание беременности

Беременность может самопроизвольно прерваться в любом сроке. Прерывание беременности в сроке до 28 нед называется выкидышем, или абортom, а в 28—38 нед — преждевременными родами. Аборты делятся на ранние (до 16 нед) и поздние (16—27 нед). Если недонашивание беременности повторяется более

двух раз, это свидетельствует о привычном недонашивании. Частота самопроизвольных абортов колеблется в пределах 2—25 % к общему количеству беременностей, а преждевременных родов — 4—16 % к числу родов; по данным лечебных учреждений нашей страны, частота преждевременных родов составляет 4—4,5 % к общему их числу.

Причины недонашивания беременности многочисленны, сложны и не всегда могут быть выяснены. К этиологическим факторам относятся инфекционные и неинфекционные заболевания матери, инфантилизм, нейроэндокринные нарушения, искусственные аборты, истмико-цервикальная недостаточность, интоксикации организма, осложнения беременности, хромосомные и генные аномалии, заболевания и неправильное развитие половых органов, иммунологическая несовместимость крови матери и плода, травмы, нарушения сперматогенеза. В настоящее время основной причиной недонашивания считаются гормональные нарушения, в первую очередь функциональная недостаточность яичников и плаценты, а также инфекционный фактор, в частности воспалительные процессы гениталий. Недонашивание беременности может быть вызвано несколькими причинами, действующими одновременно или последовательно, и порой бывает довольно трудно выделить ведущий фактор. До сих пор в 30—40 % случаев установить причины преждевременного прерывания беременности не удается.

Патогенез недонашивания беременности окончательно не установлен. Прерывание беременности рассматривается как следствие нарушений функционального состояния и взаимоотношений коры головного мозга, спинного мозга и биоэлектрической активности матки. Для наступления преждевременного прерывания беременности необходимы повреждение и неполноценность ряда механизмов (гормонального, генетического, иммунологического и др.). При действии повреждающих факторов в области плаценты (или трофобласта) появляются гормональные и иммунологические нарушения, под влиянием которых возникают цитотоксические воздействия на трофобласт, что в итоге ведет к отслойке плаценты (хориона). В механизме развития прерывания беременности придается значение активации системы серотонина, гистамина, простагландинов, кининов.

При преждевременном прерывании беременности в сроки раннего аборта плодное яйцо постепенно отслаивается от стенок матки, погибает и под влиянием сокращений мускулатуры матки изгоняется из ее полости целиком или частями. При этом, как правило, появляются и усиливаются кровянистые выделения. Поздний аборт и преждевременные роды протекают по типу обычных родов: происходит сглаживание и раскрытие шейки матки, излитие околоплодных вод, рождение плода и последа.

По клиническому течению различают аборт (или преждевременные роды) угрожающий, начинающийся, в ходу. Кроме того, аборт бывает полным и неполным. Состояние внутри-

утробной гибели плода и задержка его в полости матки именуется несостоявшимся абортom или несостоявшимися родами.

Преждевременное прерывание беременности сопровождается рядом клинических симптомов, выраженность которых зависит от стадии процесса и срока беременности. В начале прерывания беременности возникают чувство тяжести или тупая, а в ряде случаев схваткообразная боль в нижней части живота и пояснице. Это наиболее частые симптомы невынашивания. Ощущение боли может сменяться промежутками относительного покоя. Боль указывает на раздражение нервномышечного аппарата матки в результате повышения ее тонуса или возникновения сокращений. Вторым симптомом — кровянистые выделения из половых путей, указывающие на начавшуюся отслойку плаценты, — бывает обычно при абортах ранних сроков, при поздних же абортах и преждевременных родах отмечается в случаях предлежания плаценты. Количество выделений зависит от степени отслойки плаценты. Выделения могут быть как незначительными, мажущими, так и в виде обильных кровотечений. Иногда начало преждевременного прерывания беременности сопровождается разрывом плодного пузыря и излитием околоплодных вод.

Состояние преждевременного прерывания беременности можно выявить с помощью влагалищного исследования (проводить осторожно), при котором устанавливаются легкая возбудимость матки при ощупывании, укорочение шейки и степень ее открытия. При пальпации через брюшные покровы определяется плотная консистенция матки.

Особое значение имеют ранние признаки возможного прерывания беременности, к которым относятся появление кровянистых выделений из влагалища и предменструального синдрома у беременной (чувство напряжения грудных желез, головная боль, депрессия, раздражительность) в дни, соответствующие менструации, а также наличие «преабортного синдрома», характеризующегося чувством тяжести, тянущими болями внизу живота, а в более поздние сроки беременности — низким расположением предлежащей части.

Вспомогательным методом диагностики угрозы прерывания беременности может служить кольпоцитологическое изменение влагалищных мазков. На возможность прерывания беременности указывают повышение эстрогенной активности или снижение содержания эстриола и хорионического гонадотропина в моче, увеличение кариопикнотического индекса (в норме 10—15%), феномен «зрачка» и кристаллизации, зияние наружного зева, стойкое снижение базальной температуры до 37° (в первом триместре беременности).

Лечение угрозы прерывания беременности обязательно проводится в стационаре.

Для профилактики и преждевременного прерывания беременности в женских консультациях организуются специализи-

рованные приемы по невынашиванию беременности. Врач специализированного приема проводит диспансеризацию женщин, страдающих невынашиванием, как до наступления беременности (в небеременном состоянии), так и на всем протяжении наступившей беременности. Если угроза невынашивания диагностирована в первый раз, женщина может быть взята на диспансерный учет участковым акушером-гинекологом, но врач специализированного приема должен консультировать его в вопросах правильного ведения таких беременных. Большое значение имеют выявление женщин с потенциальной угрозой недонашивания (группа высокого риска), взятие их на диспансерный учет и санация в небеременном состоянии.

Важно выявить причины недонашивания в небеременном состоянии, когда имеются более широкие возможности для их диагностики. Для установления причины недонашивания проводится обследование, включающее гистеросальпингографию с целью определения истмико-цервикальной недостаточности, пороков развития матки, внутриматочных сращений, диагностическое выскабливание слизистой оболочки матки, позволяющее выявить воспалительные и дистрофические изменения эндометрия, а также состояние эндокринной функции яичников. Последняя должна быть изучена с помощью тестов функциональной диагностики (симптомы «зрачка» и кристаллизации, измерение базальной температуры, цитологическое исследование). При гипертрихозе, нарушении менструального цикла показано исследование функции коры надпочечников. Кроме того, необходимо тщательно изучить анамнез (наследственные факторы, перенесенные заболевания, менструальная и генеративная функции, условия труда и быта), произвести осмотр (ожирение, гипертрихоз, признаки инфантилизма) и обследование всех органов и систем (для чего привлекаются другие специалисты). Важное значение в установлении причин выкидышей имеет медико-генетическое обследование. Большую роль играет борьба с абортами (санитарно-просветительная работа, контрацепция). Определенное значение придается выявлению и коррекции нарушений сперматогенеза у мужа.

Действенной мерой профилактики преждевременного прерывания беременности являются госпитализация и лечение с учетом сроков прерывания предыдущих беременностей, стационарирование женщин, имевших в анамнезе самопроизвольные прерывания беременности в ранние сроки, сразу по установлении беременности (стойкое повышение базальной температуры), хирургическое лечение истмико-цервикальной недостаточности.

Кровотечения во время беременности

Кровотечения в первой половине беременности возникают в большинстве случаев при абортах, чаще при неполном самопроизвольном или искусственном. Для диагностики их важно

установить наличие беременности (сомнительные и вероятные признаки) и провести бимануальное исследование, позволяющее распознать неполный аборт, для которого характерны раскрытие канала шейки матки, иногда обнаружение кусочков плодного яйца и значительное кровотечение при увеличенной матке (размеры меньше срока, соответствующего задержке менструации). При аборте в ходу канал шейки матки свободно пропускает палец и можно прощупать нижний полюс плодного яйца. При начавшемся аборте канал закрыт, тело матки увеличено соответственно сроку беременности. Особое внимание следует обращать на внебольничные аборты, когда больная может вообще отрицать наличие у нее беременности, а тем более вмешательства с целью ее прерывания.

Иногда кровотечение может быть связано с цервикальным прикреплением плодного яйца и возникает в результате разрыва межворсинчатого пространства при отслойке его ввиду раскрытия цервикального канала. Путем бимануального исследования определяется шейка матки бочкообразной формы с укорочением влагалищной части, тугоэластической консистенции и с чрезмерным цианозом слизистой оболочки.

Небольшие кровянистые выделения, типа мажущих, встречаются при нарушенной внематочной беременности (см. Внематочная беременность).

Кровотечения в первой половине беременности необходимо дифференцировать с кровотечениями из влагалища при раке шейки матки, изъязвлении варикозно расширенных вен, кровоточащих полипах цервикального канала, травмах влагалища и шейки матки. Последние исключаются путем осмотра шейки матки и стенок влагалища в зеркалах.

Больным с кровотечениями в первой половине беременности показано стационарное лечение.

Кровотечения во второй половине беременности возникают при предлежании плаценты и преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.

Предлежание плаценты — такое расположение плаценты в нижнем отделе матки, при котором плацента полностью или частично закрывает ее внутренний зев, — является самой частой причиной кровотечений во второй половине беременности. Различают центральное предлежание плаценты (внутренний зев полностью закрыт плацентой), боковое (плацента прикрывает значительную часть маточного зева, но в нем определяются плодные оболочки) и краевое (в маточном зеве определяется лишь край плаценты, а почти на всем протяжении его прощупываются плодные оболочки). По другой классификации выделяется полное предлежание плаценты, соответствующее центральному, и неполное, или частичное, объединяющее понятия бокового и краевого предлежания плаценты. Если край плаценты расположен недалеко от внутреннего зева (ближе 7 см), но не достигает его, такое состояние именуется низким располо-

жением плаценты. Предлежание плаценты встречается в 0,5 % случаев, причем чаще отмечается частичное.

Главные причины, ведущие к предлежанию плаценты,— патологическое изменение слизистой оболочки матки (атрофия, дистрофия) вследствие воспалительных процессов, аборт, патологических родов и функциональная неполноценность ее при инфантилизме, аномалиях развития матки, подслизистых миомах. Теоретически полагают, что предлежание плаценты возможно при понижении протеолитических свойств плодного яйца.

Кровотечение при данной патологии обусловлено нарушением целостности межворсинчатых пространств, т. е. отслойкой какого-то участка предлежащей плаценты. Отслойка связана с растяжением и сокращением матки и, следовательно, со смещением ее стенки в нижнем сегменте по отношению к неподвижной плаценте. Интенсивность кровотечения пропорциональна величине отслоившегося участка плаценты. Обычно оно появляется в поздние сроки беременности (34—35 нед и более), хотя может возникнуть и гораздо раньше, причем центральное предлежание плаценты характеризуется началом кровотечения в более ранние сроки. Особенно сильным бывает кровотечение с началом родовой деятельности. Возникнув во время беременности, кровотечение вскоре может прекратиться и через некоторый период повториться опять. В связи с кровотечением развивается гипохромная анемия.

О возможности предлежания плаценты косвенно свидетельствуют высокое расположение предлежащей части плода, неясность ее контуров, неправильные положения плода, шум сосудов на стороне расположения плаценты. В анамнезе больных воспалительные заболевания половой сферы, аборт; чаще предлежание плаценты бывает у многорожавших женщин. Для диагностики заболевания в женской консультации можно применить способ ультразвукового определения расположения плаценты. Другие инструментальные методы, в том числе осмотр с помощью влагалищных зеркал, нежелательны; категорически противопоказано влагалищное исследование. При подозрении на предлежание плаценты беременную необходимо срочно госпитализировать.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты — состояние, при котором плацента отслаивается от стенки матки до рождения плода. Во время беременности эта патология бывает редко, обычно возникает в родах и встречается в 0,1—0,5 % случаев (у повторнородящих — в 2 раза чаще). Преждевременная отслойка плаценты бывает полной и частичной.

Причиной преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты во время беременности в основном являются заболевания матери, сопровождающиеся повышенной проницаемостью и ломкостью сосудов: поздние токсикозы беременных,

нефрит, гипертоническая болезнь, патологические изменения слизистой оболочки матки в результате воспалительных процессов, абортов, пороков ее развития. Кроме того, определенное значение имеют дегенеративные изменения со стороны плаценты (переносенная беременность, гиповитаминозы), перерастяжение стенки матки (многоводие, многоплодие, крупный плод), физические (удар в живот, падение) и психические (испуг, нервные потрясения) травмы.

При отслойке даже небольшого участка плаценты происходит обнажение материнских сосудов, возникает кровотечение, которое механически приводит к отслойке еще большей площади плаценты. Кровотечение может быть внутренним и наружным. При внутреннем кровотечении кровь скапливается между плацентой и стенкой матки, выпячивая последнюю. Просачиваясь между мышечными пучками, кровь может пропитать всю толщу стенки матки. Если кровь прокладывает путь между стенкой матки и плодными оболочками, возникает наружное кровотечение.

Выраженность клинической картины зависит от величины отслоившегося участка плаценты и степени кровотечения. Отслойка небольшого участка плаценты может остаться незамеченной или сопровождаться незначительными болями в животе, повышением тонуса матки, болезненностью при ощупывании места ее отслойки; наружное кровотечение бывает небольшим или вовсе отсутствует. Значительная или полная отслойка плаценты характеризуется явлениями шока и острой анемии. Возникают резкие боли в животе, сопровождающиеся рвотой, бледностью кожных покровов, тахикардией, гипотензией. Стенка матки значительно напряжена, болезненная при ощупывании, участок матки у места отслойки плаценты может быть выпячен, живот вздут. Нередко бывает и наружное кровотечение. Части плода определяются с трудом (напряжение матки), сердцебиение его нарушается или прекращается.

При подозрении на преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты больную необходимо срочно направить в стационар.

Профилактика предлежания плаценты и преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты требует своевременного выявления и лечения заболеваний, ведущих к возникновению этих осложнений.

Профилактика тазовых и неправильных положений плода

Предупреждение тазовых и неправильных положений плода заключается в дородовом их исправлении, необходимость которого обусловлена тем, что роды при данной патологии сопровождаются рядом серьезных осложнений для матери и плода. С целью профилактики применяются физкультурные упражне-

ния, а при безуспешности их — наружный профилактический поворот плода на головку (см. И. И. Грищенко, А. Е. Шулешова «Дородовые исправления неправильных положений и тазовых предлежаний плода». Киев, «Здоров'я», 1979). Противопоказаниями для занятий физкультурой являются: заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации, болезни печени и почек, поздние токсикозы беременных, явления угрозы недонашивания, кровянистые выделения из влагалища, рубцы на матке после перенесенных операций, аномалии таза и мягких родовых путей, препятствующие родоразрешению.

Физкультурные упражнения рекомендуется начинать с 29-недельного срока беременности. Комплекс включает в себя вводное, основное и заключительное упражнения.

Вводное упражнение. Исходное положение: ноги расставлены на ширину плеч, руки опущены вдоль туловища. По счету «раз» руки поднять в стороны, ладонями вниз, подтянуться на носках, немного прогнуть спину и одновременно сделать глубокий вдох. По счету «два» руки опустить в исходное положение и сделать выдох. Упражнение является разминкой и повторяется 3—4 раза.

Основное упражнение. Беременная ложится на кушетку на бок, одноименный позиции плода при ягодичном предлежании или противоположный позиции при поперечном положении плода, с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами и лежит спокойно 5 мин. Сделав глубокий вдох, поворачивается через спину на второй бок, лежит в течение 5 мин. Затем выпрямляет ногу, соответствующую позиции плода при тазовом предлежании и противоположную при поперечном (вторая нога остается согнутой). Сделав глубокий вдох и согнув выпрямленную ногу в коленном и тазобедренном суставах, обхватывает руками колено и отводит его в сторону спинки при ягодичном предлежании и в сторону тазового конца плода при поперечном положении, туловище при этом наклоняется вперед, согнутой ногой описывает полукруг внутрь, касаясь передней брюшной стенки. Беременная делает глубокий выдох, расслабляется, выпрямляет и опускает ногу. Затем делается глубокий вдох и упражнение повторяется в течение 10 мин. Беременная делает это упражнение дома по 5—6 раз в день и через день приходит на прием к врачу.

Заключительное упражнение. Исходное положение: женщина лежит на спине с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах и разведенными в стороны на ширину плеч ногами, с упором стоп, руки вытянуты вдоль туловища. По счету «раз» делается вдох и приподнимается таз (упор при этом на стопах и плечевом поясе), по счету «два» опускается и выдох. Затем необходимо выпрямить ноги, сократить мышцы ягодиц, втянуть живот и промежность, одновременно сделать вдох, а затем расслабить все мышцы — и выдох. Упражнение повторяется 6—7 раз.

Если плод повернулся на головку, вводное и основное упражнения прекращаются, а заключительное выполняется до конца беременности. При диагностировании головного предлежания плод фиксируется с помощью валиков (из полотенец), уложенных на боковые отделы живота, и дородового пояса. Пояс с валиками необходимо носить до устойчивой фиксации плода, после чего валики снимают, а пояс остается до конца беременности. Женщина осматривается врачом 1 раз в нед. Корректирующей гимнастикой рекомендуется заниматься 4—5 дней, при неэффективности ее показан *наружный профилактический поворот плода на головку*. Противопоказаниями для его выполнения являются отсутствие хорошей подвижности плода, поздний токсикоз беременных, нефрит, сердечно-сосудистые заболевания в стадии декомпенсации, многоводие, многоплодие, невынашивание в анамнезе, гидроцефалия у плода, послеоперационные рубцы на матке, пороки развития матки, опухоли матки и придатков, аномалии таза и мягких родовых путей, препятствующие родоразрешению через естественные родовые пути. Операция поворота выполняется в стационаре при тазовых предлежаниях в 32—34 нед, при поперечном положении плода с 35 нед до конца беременности.

Беременность и изосерологическая несовместимость крови матери и плода

Несовместимость крови по резус-фактору. Резус-фактор относится к дополнительным факторам крови и представляет белковое вещество, содержащееся в липоидо-протеиновой части стромы эритроцитов, клетках тканей, органов и выделениях человеческого организма. Он не связан с полом, возрастом и принадлежностью к системам АВ0 и MN, передается по наследству, но может исчезнуть у потомства, если был у одного или даже у обоих родителей; при отсутствии его у родителей не встречается у детей. Резус-фактор отмечается в крови 85 % людей (резус-положительные) и отсутствует у 15 % (резус-отрицательные). Известно более 288 видов резус-фактора, однако практическое значение имеют три его типа: Rh₀, rh', rh'', или D, C, E. Из них Rh₀ (D) содержится в эритроцитах 85 % людей, rh' (C) — у 70 % и rh'' (E) — у 30 %. Данные антигены могут встречаться вместе, отдельно или в различных сочетаниях, обуславливая восемь так называемых разновидностей резус-фактора. Наличие всех трех антигенов обозначается знаком rh. К резус-фактору относится также фактор Hg, который вместе с ним составляет единую систему, называемую Rh — Hg.

Резус-фактор обладает выраженными изоиммунными свойствами. Введение в организм, не имеющий данного антигена, даже небольших его количеств (0,13—0,3 мл крови) вызывает образование у реципиента специфических иммунных резус-антител типа агглютининов. Появление их возможно при повторных

введениях резус-положительной крови реципиентам с резус-отрицательной кровью и при беременности женщины с резус-отрицательной кровью резус-положительным плодом.

Иммунизация беременной начинается только с 8—9-й нед внутриутробного развития плода, т. е. с момента дифференциации резус-фактора в его крови, что совпадает с началом кроветворения в печени и появлением в периферической крови безъядерных форм эритроцитов. Большое значение имеет продолжительное и повторное поступление антигена. Как правило, при первой беременности «резус-отрицательной» женщины «резус-положительным» плодом сенсбилизация только начинается, поэтому первый, а иногда и второй ребенок рождаются здоровыми. Однако гемолитическая болезнь у плода может развиться и при первой беременности, если женщине с резус-отрицательной кровью когда-либо вводилась, даже однократно, резус-положительная кровь. Сенсбилизация, вызванная такой гемотрансфузией, обычно сохраняется на долгие годы и при наступлении беременности обуславливает повышенную реактивность материнского организма к выработке резус-антител. Каждая последующая беременность усиливает состояние сенсбилизации к резус-фактору, что сопровождается повышением титра резус-антител и возрастанием опасности развития более тяжелых форм гемолитической болезни. Чувствительность к резус-антигену плода у женщин с резус-отрицательной кровью неодинакова. Сочетание «резус-отрицательной» матери с «резус-положительным» отцом отмечается в 10—13 % всех браков, а частота гемолитической болезни — в 0,3—0,7 %, т. е. сенсбилизация к резус-фактору плода возникает примерно у одной из 15—25 женщин с резус-отрицательной кровью. Установлено, что «резус-отрицательные» женщины, рожденные от «резус-положительных» матерей, более устойчивы к резус-антигенам. У женщин с резус-отрицательной кровью, рожденных от матерей с отсутствием резуса в крови, уже при первой беременности дети могут оказаться с гемолитической болезнью.

Специфические антитела, образуемые у женщин с резус-отрицательной кровью в период беременности, проникая в кровь резус-положительного плода, вызывают внутрисосудистую агглютинацию и разрушение его резус-положительных эритроцитов. Если этот процесс превалирует над гемопоэзом, развивается анемия, ведущая к компенсаторной реакции — возникновению очагов экстрамедуллярного кроветворения с последующей гепатоспленомегалией. Усиленный гемолиз эритроцитов у плода с гемолитической болезнью приводит также к образованию большого количества билирубина — деривата гемоглобина. Непрямой билирубин задерживается в организме, так как нерастворим в воде и не может выводиться с мочой. Выделение его легко происходит после соединения в печеночных клетках с глюкуроновой кислотой (конъюгация) и превращения в прямой билирубин. В связи со сниженной способностью плода к конъюгации

билирубина в его крови появляется наряду с непрямой и прямой билирубин. Непрямой билирубин, являясь тканевым ядом, при быстром и значительном повышении его содержания в крови (более 308 ммоль/л) и растворимости в липидах может привести к развитию синдрома тяжелого поражения мозга, так называемой ядерной желтухе. Нарушение функции печени ведет к гипопроteinемии, способствующей повышению проницаемости сосудов, выпотеванию жидкости в ткани и полости, развитию отеков.

В ранние сроки беременности изоиммунизация, как правило, не вызывает увеличения количества самопроизвольных абортов. Однако дальнейшее развитие беременности может привести к гемолитической болезни плода, его внутриутробной гибели, а затем к самопроизвольному выкидышу (в 28—35 % случаев) или неразвивающейся беременности. Антенатальная гибель плода наступает и в поздние сроки, что ведет к возрастанию количества мертворождений и преждевременных родов. Гемолитическая болезнь плода проявляется гемолитической анемией 1) с водянкой (наиболее тяжелая); 2) с желтухой; 3) без желтухи и водянки. Соответственно степени заболевания изменяются сердцебиение и двигательная активность плода. У сенсибилизированных беременных более часто развиваются токсикозы, сосудистая гипотония, гипохромная анемия, нарушения функции печени, иногда наблюдаются головокружения, обморочные состояния, слабость, боли внизу живота, значительное снижение тонуса матки.

Для диагностики резус-иммунизации беременной женщины имеют значение анамнестические данные и показатели лабораторных и других методов исследования. Вероятность развития гемолитической болезни плода у женщин с резус-отрицательной кровью возрастает, если в анамнезе отмечались переливания несовместимой по резус-фактору крови, поздние выкидыши, внутриутробная гибель плода, преждевременные роды, смерть новорожденного вскоре после рождения с явлениями желтухи или отечности и т. д. При отсутствии резус-фактора в крови женщины необходимо установить резус-принадлежность и группу крови мужа. Если его кровь окажется резус-положительной, определяется титр резус-антител в крови беременной в динамике (в первой половине беременности один раз в месяц, во второй — 2 раза). Клинический анализ крови с определением количества ретикулоцитов проводится один раз в месяц. Беременная должна быть осмотрена гематологом и по показаниям другими специалистами. Состояние плода оценивается по данным ультразвукового исследования, ЭКГ и ФКГ с 34 нед беременности.

Лечение. Беременным женщинам с резус-отрицательной кровью обычно проводится десенсибилизирующее лечение в 8, 16, 24, 28, 34 нед беременности. Ежедневно применяются внутривенное введение 20 мл 40 % раствора глюкозы с 300 мг аскорбиновой кислоты, витамин Е (по 1/2 чайной ложки 2 раза в день), викасол (по 0,015 г 2—3 раза в день в течение 7—10 дней),

витамин В₁₂ (по 200 мкг через день) в чередовании с антианеминном (по 2 мл внутримышечно), рутин (по 0,02 г 3 раза в день), проводится периодическая оксигенация, общее ультрафиолетовое облучение, в диету включается сырая, слегка обжаренная печень или назначаются печеночные экстракты (камполон), метионин; преднизолон по 1/2 таблетки 2 раза в день (суточная доза — 0,005 г) в течение 3 нед. При невынашивании беременности в анамнезе, а также при угрозе ее преждевременного прерывания или ухудшении признаков жизнедеятельности плода применяют диатермию окопочечной области (6 сеансов по 20—30 мин ежедневно), инъекции прогестерона (по 5 мг внутримышечно ежедневно в течение 6—8 дней).

Для усиления эффекта десенсибилизирующей терапии беременной пересаживают расщепленный лоскут кожи мужа (2 × 2 см) под местной анестезией с использованием биологического клея. Пересадку лоскута можно повторять, так как жизнеспособность его сохраняется в среднем 4—8 нед. Имеются данные о благоприятных результатах терапии резус-конфликтной беременности большими дозами гамма-глобулина. 10 % раствор серийного гамма-глобулина вводят внутримышечно по 10—15 мл 2 раза в день в течение 10—15 дней. Через 2 нед курс повторяют, и в таком порядке лечение проводят до наступления своевременных родов. Значительный эффект получен при применении антирезус-гамма-глобулина. За 4 нед до родов сенсibilизированных женщин направляют в стационар для более полного обследования и решения вопроса о досрочном родоразрешении.

Профилактика гемолитической болезни плода и новорожденного заключается в предупреждении изосенсибилизации резус-отрицательных девочек и женщин при переливании крови и других видах гемотерапии. Женщинам с резус-отрицательной кровью следует настойчиво рекомендовать сохранение первой беременности, так как при последующих беременностях возрастает вероятность развития гемолитической болезни плода.

Несовместимость крови по АВ0-системе. Гемолитическая болезнь наблюдается у 2,6 % новорожденных, родившихся при АВ0-гетероспецифической беременности, и у 0,5 % по отношению к общему числу новорожденных. Особенностью ее является относительно частое развитие гемолитической болезни у детей, родившихся при первой беременности, вследствие наличия групповых агглютининов у женщин еще до беременности. Возможности сенсибилизации к антигенам системы АВ0 возникают при искусственном прерывании беременности в 8—9 нед, так как при этом элементы плодного яйца, содержащие антигены, могут проникать в кровеносное русло матери и иммунизировать ее.

При изосерологической несовместимости крови матери и плода по группе антигеном являются агглютиногены плода А и В. Переход их в кровь беременной приводит к образованию неполных изоиммунных антител А и В, которые, проникая через пла-

центу, могут вызвать у плода развитие гемолитической болезни. Основной причиной ее возникновения является гемолиз эритроцитов, анемия, гипербилирубинемия и нарушение функции печени. Наиболее частая несовместимая комбинация групп крови матери и плода — 0 — А, реже встречается 0 — В, В — А, А — В и самые редкие — А — АВ и В — АВ. Заболевание плода чаще всего определяется в тех случаях, когда группа крови матери — 0(I), а ребенка — А(II), что свидетельствует о большей активности α -агглютинина в группе 0(I) по сравнению с β -агглютинином. Некоторое значение в образовании иммунных групповых антител имеют вакцинация анатоксином, контакт человека с бактериями и паразитами, содержащими субстанции А и В, серотерапия лошадиной сывороткой. В отдельных случаях у беременных возникает возможность развития изоиммунизации одновременно по группе крови и резус-фактору, однако несоответствие крови матери и плода по системе АВ0 ограничивает появление гемолитической болезни у плода по резус-фактору.

Гемолитическая болезнь, обусловленная несовместимостью крови матери и плода по системе АВ0, протекает легче, чем при резус-конфликте, и обычно проявляется желтухой или анемией либо сочетанием их. Тяжелое внутриутробное поражение плода или его антенатальная гибель не наблюдается. Однако возрастает частота преждевременных родов.

Диагностика гемолитической болезни, связанной с АВ0-конфликтом, очень трудна вследствие неточности идентификации антител к А- и В-агглютиногенам. Определенное значение имеет установление группы крови плода при помощи амниоцентеза и концентрации билирубина в амниотической жидкости.

Беременных с группой крови 0(I) следует направлять для родоразрешения в учреждения, оснащенные всем необходимым для обследования новорожденных, выявления и лечения гемолитической болезни.

Внематочная беременность

Внематочной, или несвоеместной, называется беременность, при которой оплодотворенное яйцо прививается не в полости матки, а за ее пределами. Частота внематочной беременности составляет 1,2—4,4 % к общему числу гинекологических заболеваний.

В абсолютном большинстве случаев (99 %) встречается трубная беременность (чаще правосторонняя), значительно реже — яичниковая, брюшная, беременность в рудиментарном роге матки. Исключительно редко отмечаются одновременное развитие беременности в матке и вне ее полости, двусторонняя трубная и беременность в культе удаленной трубы. При трубной беременности плодное яйцо чаще локализуется в ампулярном отделе, реже в истмическом и очень редко в интерстициальном.

В физиологических условиях начало ферментативной деятель-

ности трофобласта, т. е. его способности к внедрению в подлежащие ткани, совпадает со временем попадания плодного яйца в полость матки. Если эти свойства появляются раньше указанного срока, плодное яйцо может привиться вне полости матки. Однако основной причиной внематочной беременности является задержка плодного яйца на пути передвижения к матке, которая происходит при нарушении перистальтики труб в результате воспалительных изменений и при появлении механических препятствий (перетяжка, спайки, сужения, деформации труб). Важную роль с этиологии внематочной беременности играют половой инфантилизм, эндометриоз труб, эндокринные расстройства, стрессовые ситуации и психические травмы, реже причиной являются опухоли внутренних половых органов (кисты яичников, матки). Внематочная беременность встречается преимущественно у повторнобеременных и часто у женщин, страдающих бесплодием.

При трубной беременности плодное яйцо, благодаря действию фермента, выделяемого трофобластом, постепенно погружается в слизистую оболочку трубы. При этом из-за недостаточной толщины слизистого слоя и отсутствия подслизистой ворсины хориона непосредственно соприкасаются с мышечным слоем, который хотя и гипертрофируется, но не может обеспечить нормальные условия для развития зародыша. Стенка трубы растягивается растущим плодным яйцом и обычно разрывается в области плодместилища, где мышечный слой наиболее неполноценный, так как разрушен внедрившимся хорионом, т. е. беременность прерывается по типу разрыва трубы. В большинстве случаев это происходит при развитии беременности в истмической или интерстициальной ее части. Кровотечение при разрыве трубы бывает очень сильным. Чаще трубная беременность, развивающаяся обычно в ампулярном отделе, прерывается по типу трубного аборта. Кровотечение при трубном выкидыше менее выражено, и в результате его может образоваться околотрубная или заматочная (при скоплении крови в маточно-прямокишечной области) кровяная опухоль. В крайне редких случаях наблюдается привитие в брюшной полости плодного яйца, изгнанного из трубы при выкидыше, и дальнейшее его развитие. Трубная беременность чаще всего прерывается в сроке 4—6 нед.

При развитии (прогрессировании) внематочной беременности в организме женщины происходят такие же изменения, как и при маточной беременности: тошнота, рвота, изменение аппетита, увеличение и размягчение матки, синюшность слизистой оболочки влагалища, нагрубание молочных желез и выделение молозива из сосков при надавливании, прекращение менструаций. Тело матки увеличивается соответственно сроку беременности лишь в первые недели, затем рост матки значительно отстает от предполагаемого срока. Форма матки практически не изменяется. При механическом раздражении пальцами руки во время исследования матка не сокращается и не становится

плотной, как это бывает в случае маточной беременности. Бимануальным исследованием в области левых или правых придатков (в зависимости от локализации беременности) можно определить опухолевидное образование, иногда с пульсацией сосудов, прогрессирующее которого при повторных исследованиях имеет важное значение для диагностики.

Чрезвычайно редко внематочная беременность (обычно это брюшная или в рудиментарном роге матки) достигает сроков, когда можно выслушать сердцебиение плода, определить его части и движение.

При нарушении внематочной беременности клиническая картина определяется характером ее прерывания — разрывом трубы или трубным выкидышем.

Нарушение внематочной беременности по типу разрыва трубы протекает остро с выраженной клинической картиной: отмечаются рвота, головокружение, слабость, обморок, резкая боль схваткообразного характера, которая локализуется в одной из подвздошных областей и может иррадиировать в плечо или под лопатку (френикус-симптом). После болевых приступов появляется чувство давления на прямую кишку (скопление крови в маточно-прямокишечном пространстве). Иногда бывает кратковременная задержка менструации.

При объективном осмотре выявляются тяжелое состояние больной, бледность кожных покровов, цианоз губ, холодный пот, пульс частый, слабого наполнения, артериальное давление снижено и прогрессивно падает. Беременная апатична, плохо реагирует на окружающее. Боли внизу живота менее выражены в горизонтальном положении и обычно усиливаются при опущенной верхней и поднятой нижней половине тела. Живот вздут, болезнен при пальпации, особенно на стороне разорвавшейся трубы. Симптомы раздражения брюшины слабоположительны. При перкуссии отмечается притупление в отлогих местах живота (наличие крови в брюшной полости). Иногда нагрубают молочные железы, а из сосков удаётся выдавить капельки молока (не молозива). Температура тела нормальная. При прерывании беременности путем разрыва трубы кровянистых выделений из влагалища обычно нет (слизистая оболочка матки не успевает отторгнуться). Через несколько часов после приступа или на следующие сутки могут появиться небольшие темные или темно-коричневые выделения. Осмотр с помощью влагалищных зеркал позволяет обнаружить цианоз слизистых оболочек влагалища и влагалищной части шейки матки. Двуручным исследованием определяется несколько увеличенная, размягченная матка, «плавающая» при смещении. В области придатков, на стороне беременной трубы, пальпируется пастозность или опухолевидное образование. Смещение шейки матки вызывает резкую болезненность. Задний свод влагалища бывает уплощен или даже выпячен и резко болезнен. Часто болезненность и напряжение брюшной стенки затрудняют бимануальное исследо-

вание, при этом сильное давление на брюшную стенку может вызвать повторное кровотечение. Иногда наблюдается желтушная окраска кожи ладоней и подошв.

Нарушение внематочной беременности по типу трубного аборта протекает менее бурно и сопровождается пестрой клинической картиной. У некоторых больных наблюдаются признаки острого внутреннего кровотечения, у других же симптоматика настолько скудна, что выявить заболевание довольно трудно. Трубный выкидыш часто протекает длительно, вяло при общем удовлетворительном состоянии больной. В большинстве случаев (у 70 % женщин) выявляется задержка менструации до 7—8 дней. Отмечаются схваткообразные боли внизу живота (обычно на стороне беременной трубы), постепенно усиливающиеся, иногда сопровождающиеся обморочным состоянием. Боли часто связаны с физическим напряжением, половым сношением, актом дефекации. При отсутствии их больные чувствуют себя удовлетворительно. Спустя 2—3 дня после начала болей появляются мажущие, похожие на деготь, кровянистые выделения из половых путей, которые с небольшими перерывами могут продолжаться 2—3 нед. У некоторых больных при этом может выделяться слизистая оболочка матки полностью в виде слепка или небольших обрывков. При гистологическом исследовании ее обнаруживаются децидуальные клетки, что указывает на наличие беременности. Иногда больные принимают кровянистые выделения за затянувшуюся менструацию, если они совпадают по сроку. Нередко можно выявить повышение температуры тела (обычно на уровне субфебрилитета), вызванное всасыванием крови, излившейся в брюшную полость. При значительном кровотечении могут появиться феникус-симптом и картина шока. Иногда прерывание беременности происходит вначале по типу трубного выкидыша, а затем наступает разрыв стенки трубы. Характерный симптом трубного выкидыша — прогрессирующая анемия, возникающая на фоне повторных приступов кровотечения.

При осмотре половых органов наблюдаются такие же изменения, как при разрыве маточной трубы.

Распознать ненарушенную внематочную беременность в условиях женской консультации очень нелегко, поэтому при подозрении на нее больная должна быть немедленно направлена в стационар для уточнения диагноза.

Установление нарушенной трубной беременности, сопровождающейся обильным кровотечением в брюшную полость, особых трудностей не представляет. Анамнез и осмотр больной позволяют обычно правильно поставить диагноз и немедленно (вызвав машину «скорой помощи») направить женщину в стационар, хотя в подобных случаях больные редко обращаются к акушеру-гинекологу и, как правило, вызывают «скорую помощь» на дом.

Чаще всего в женскую консультацию обращаются больные

с медленным прерыванием внематочной беременности по типу трубного выкидыша. При отсутствии острых явлений для установления ее иногда требуются наблюдение в течение нескольких дней и проведение дополнительных методов исследования (диагностическая пункция заднего свода, биологические и иммунологические реакции на беременность, газовая гинекография, лапароскопия или кульдоскопия и др.), которые возможны только в стационаре. Медленно протекающий трубный аборт может напоминать начинающийся маточный выкидыш, воспаление придатков матки, аппендицит. В неясных случаях больная также должна быть госпитализирована.

Лечение при внематочной беременности только хирургическое.

Следует отметить, что 70—80 % больных, подвергшихся односторонней сальпингэктомии по поводу трубной беременности, в дальнейшем страдают вторичным бесплодием, а у 3—12 % наблюдается повторная трубная беременность. Это объясняется наличием хронического воспалительного, чаще двустороннего, процесса в придатках матки, который является основной причиной, ведущей к наступлению трубной беременности, а также последствиями самой операции, после которой может возникнуть спаечный процесс в малом тазу. Приблизительно у 30 % больных трубная беременность бывает первой беременностью, в связи с чем резко возрастает опасность бесплодных браков. Поэтому после операции больным необходимо проводить профилактику возможной повторной беременности, спаечной болезни, бесплодия.

Во время операции проводится проверка проходимости оставшейся маточной трубы, а в раннем послеоперационном периоде начинается специальная комплексная терапия, которая проводится всем больным, независимо от результатов макроскопического осмотра оставшейся маточной трубы. Наиболее полному восстановлению анатомической и функциональной полноценности маточной трубы способствует интенсивное противовоспалительное лечение, включающее введение лекарственных веществ, тканевых препаратов и физиотерапевтические методы. Сразу же после операции проводится антимикробная терапия в течение 7—8 сут, с 4—5-го дня — аутогемотерапия в сочетании с глюконатом кальция, биостимуляторами и токами УВЧ на низ живота, которая чередуется через день с внутримышечным введением глюконата кальция (всего по 8—10 инъекций). Из биостимуляторов можно применить экстракт алоэ (30 инъекций) и одновременно лечение токами УВЧ в течение 5 дней, а затем электрофорез с 2 % раствором сернокислого цинка по брюшно-крестцовой методике ежедневно до 25 процедур. Таким образом, терапия, начатая в стационаре, должна быть продолжена в женской консультации.

Важное значение в комплексном реабилитационном лечении имеют гидротубации, которые при благоприятном течении после-

операционного периода можно начинать на 7—8-й день после операции. При повышенной температуре тела, кровянистых выделениях из половых путей, эндометрите, эндоцервиците, кольпите, нагноении послеоперационной раны, пневмонии гидротубации применяются несколько позже. Для гидротубации рекомендуется использовать антибиотики, лидазу, гидрокортизон в теплом (36—37°) растворе новокаина. Хорошо проходимой считается маточная труба, свободно пропускающая вводимую жидкость при максимальном давлении 100—110 мм рт. ст., затрудненно проходимой — при давлении 120—130 мм рт. ст. При хорошо проходимой трубе достаточно провести 2—3 гидротубации, при затрудненно проходимой или непроходимой — на первый курс лечения 5—7 гидротубаций под максимальным давлением 120—130 мм рт. ст. Второй курс гидротубаций целесообразно провести через 2—3 нед, увеличив давление до 160—180 мм рт. ст. Всего рекомендуется 6—7 процедур, которые в зависимости от переносимости проводятся через день или ежедневно. Одновременно со вторым курсом гидротубаций назначаются диатермия брюшно-крестцово-влагалищная (25—30 процедур), биостимуляторы — экстракт плаценты или гумизоль, а также трипсин или химотрипсин. Желательно дополнительное введение лидазы в задний свод (кроме введения при гидротубации).

Если после второго курса гидротубаций проходимость трубы не восстановилась, спустя 2,5—3 мес после операции проводится третий курс, который дополняется биостимуляторами и рассасывающими средствами (те же, что и при втором курсе), а также физиотерапией (микроволновая терапия при помощи аппарата «Луч» или ультразвук — можно чередовать по 10 процедур через день).

По окончании курсов гидротубаций и общего противовоспалительного лечения спустя 6 мес после операции показано санаторно-курортное лечение (в основном грязелечение). Следует подчеркнуть, что при хорошо проходимой трубе последующие курсы гидротубаций не проводятся, однако общее противовоспалительное и санаторно-курортное лечение показано всем больным, перенесшим операцию.

В течение 8—10 мес после операции целесообразно применение контрацептивных средств. В продолжение 3—4 циклов полезно использовать синтетические прогестины, которые кроме контрацептивного эффекта после временного торможения создают предпосылки для усиления гонадотропной функции гипофиза, тем самым оказывают стимулирующее влияние на деятельность яичников, что имеет важное значение, так как у половины женщин после внематочной беременности длительное время наблюдаются ановуляторные или неполноценные двухфазные менструальные циклы.

Каждая больная, подвергшаяся операции по поводу трубной беременности, должна быть взята на диспансерный учет.

Профилактические мероприятия заключаются в создании оптимальных условий для правильного физического развития организма девочки, предупреждении и своевременном лечении полового инфантилизма, воспалительных процессов гениталий.

Искусственный аборт

Аборт — искусственное прерывание беременности в течение первых 28 нед. Искусственный аборт производится в сроки беременности до 12 нед с целью регуляции деторождения и прерывания нежелательной беременности, а также по медицинским показаниям, когда по состоянию здоровья женщины или мужа беременность и роды противопоказаны.

Производство операции искусственного аборта квалифицированными специалистами в соответствующих медицинских учреждениях разрешено Указом Президиума Верховного Совета от 23.11.55.

Наиболее подходящий срок для производства искусственного аборта — 6—8 нед, при прерывании беременности в сроке 10—12 нед значительно возрастает опасность осложнений.

Наиболее частыми осложнениями после операции искусственного (медицинского) аборта, которые встречаются у 46 % больных, являются: кровотечение на почве остатков частей плодного яйца (77,7 %), эндометрит (12,2 %), метроэндометрит (6,9 %), воспаление придатков матки (3,2 %). Как правило, осложнения наступают в первые 10 дней после аборта. Из отдаленных осложнений изменение характера менструальной функции выявляется у 37 % женщин (в том числе длительные патологические нарушения — у 11,4 %), воспалительные заболевания придатков — у 6,6 %, бесплодие — у 3,8 %, невынашивание беременности — у 5,7 %, нарушения секреторной функции половой сферы — у 3,8 % женщин.

Противопоказаниями для операции искусственного прерывания беременности являются острые воспалительные процессы любой локализации; острая и подострая гонорея; острые инфекционные заболевания. После излечения их прерывание беременности проводится на общих основаниях.

Обследование и направление беременных женщин на искусственный (медицинский) аборт осуществляется участковым врачом женской консультации. В населенных пунктах, где нет женской консультации, направление выдается акушером-гинекологом поликлиники, а в сельской местности — акушером-гинекологом районной или врачом участковой больницы. Министерства здравоохранения союзных и автономных республик, областные (краевые), городские и районные отделы здравоохранения (главные врачи районов) и руководители лечебно-профилактических учреждений при обращении к ним женщин, которые по каким-либо причинам не желают прервать беременность непосредственно по месту жительства, могут разрешить провести осмотр, амбулаторное обследование

и операцию аборта в лечебно-профилактическом учреждении не по месту жительства женщины.

Врач женской консультации определяет срок беременности и устанавливает отсутствие медицинских противопоказаний к операции аборта. Перед направлением на аборт производятся: анализ крови на RW и исследование влагалищных мазков, первобеременным — определение резус-принадлежности крови, по показаниям — другие клинические лабораторные анализы и специальные методы исследования. Данные обследования заносятся в «Медицинскую карту амбулаторного больного» (уч. ф. № 025).

При отсутствии противопоказаний к искусственному прерыванию беременности врач женской консультации выдает беременной направление в стационар для проведения операции (уч. ф. № 028). В направлении указывается наименование, адрес стационара, в который женщина должна обратиться для производства аборта, и срок беременности, а при наличии медицинских показаний — диагноз заболевания. Искусственное прерывание беременности у несовершеннолетних проводится с согласия родителей (опекунов). При обращении в стационар беременная предъявляет направление женской консультации и результаты соответствующих исследований. Госпитализация должна быть произведена с учетом срока беременности, но не позднее 10 дней со времени обращения женщины в стационар.

Операция искусственного прерывания беременности проводится акушерами-гинекологами только в стационарных лечебно-профилактических учреждениях, к которым относятся родильные дома и больницы, имеющие в своем составе гинекологические или общехирургические отделения. В сельской местности — в районных или крупных участковых больницах, располагающих соответствующими условиями для производства операции и имеющих в штате акушера-гинеколога. Список таких больниц устанавливается решением областного (краевого) отдела здравоохранения.

Срок пребывания женщины в стационаре после операции аборта устанавливается лечащим врачом индивидуально в зависимости от состояния здоровья женщины, но не менее 1 суток.

После искусственного прерывания первой беременности женщинам с резус-отрицательной принадлежностью крови проводится иммунизация иммуноглобулином антирезус Rh₀ (D) человека в соответствии с методическими рекомендациями Минздрава СССР № 11-6/5-10 от 29.03.77.

При операции аборта, произведенной по желанию, работающим женщинам на срок пребывания в стационаре выдается справка о временной нетрудоспособности (уч. ф. № 095-1) с указанием даты посещения врача женской консультации, а в случае осложненного течения послеоперационного перио-

да — больничный листок, начиная с одиннадцатого дня нетрудоспособности. При операции искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям и самопроизвольном аборте выдается больничный листок с первого дня нетрудоспособности, в котором проставляется диагноз: «аборт по медицинским показаниям», «самопроизвольный аборт». После выписки из стационара женщина с листком нетрудоспособности (справкой) обращается в женскую консультацию для установления дня выхода на работу.

Работники акушерско-гинекологических учреждений должны сообщать о каждом внебольничном аборте в женскую консультацию, а случаи криминального аборта руководитель учреждения здравоохранения обязан довести до сведения судебно-следственных органов.

Искусственные (медицинские) аборты при беременности сроком свыше 12, но не более 28 нед, производятся только по медицинским показаниям, если беременность и роды могут иметь тяжелые последствия для здоровья женщины и ребенка.

Медицинскими показаниями для прерывания беременности¹ являются заболевания, которые при продолжении беременности угрожают здоровью и жизни женщины.

Вопрос о возможности продолжения беременности при этих заболеваниях решается консультативно акушером-гинекологом, терапевтом и, при необходимости, врачом другой специальности.

Необходимо рекомендовать женщине прервать беременность при следующих заболеваниях и состояниях.

1. Все активные формы первичной туберкулезной инфекции: легких, других органов дыхания, мозговых оболочек и центральной нервной системы, кишечника, брыжеечных лимфатических узлов и брюшины, костей и суставов, мочеполовых и других органов.

Примечание. Туберкулезный менингит и милиарный туберкулез являются противопоказанием для прерывания беременности.

2. Тяжелая форма вирусного гепатита.

3. Сифилис: ранний с симптомами скрытый, нервной системы, другие формы сифилиса; поздний скрытый, резистентный к противосифилитическому лечению.

4. Краснуха и контакт с этой инфекцией в первые три месяца беременности.

Примечание. При других острых инфекционных заболеваниях, перенесенных в ранние сроки беременности, вопрос о ее прерывании решается комиссией в индивидуальном порядке.

5. Наличие в настоящем или в прошлом злокачественных новообразований всех локализаций.

¹ Приказ Министерства здравоохранения СССР № 234 от 16.03.82.

6. Злокачественные новообразования лимфатической и кровеносной тканей.

7. Тиреотоксикоз с зобом или без него, средняя и тяжелая формы.

8. Некомпенсированный врожденный и приобретенный гипотиреоз.

9. Тяжелая форма сахарного диабета, сахарный диабет у обоих супругов, гиперпаратиреоз, гипопаратиреоз, несахарный диабет, болезни надпочечников в активной фазе или с выраженными остаточными явлениями после специфического лечения.

10. Амилоидоз.

11. Апластическая анемия, часто рецидивирующие или тяжело протекающие пурпура и другие геморрагические состояния.

12. Психические расстройства, удостоверенные психоневрологическим учреждением, у матери или у отца будущего ребенка. Психозы: алкогольные, лекарственные, шизофренические, аффективные, параноидные состояния, другие неорганические психозы; преходящие психотические состояния, возникающие в результате органических заболеваний; другие психотические состояния (хронические), возникающие в результате органических заболеваний; невротические расстройства, расстройства личности, хронический алкоголизм (все формы), токсикомании (лекарственная зависимость), умственная отсталость.

13. Воспалительные болезни центральной нервной системы: бактериальный менингит; менингит, вызываемый другими возбудителями; менингит неуточненной этиологии; энцефалит, миелит и энцефаломиелит; цистицеркоз.

14. Наследственные и дегенеративные болезни центральной нервной системы.

15. Другие болезни центральной нервной системы: все формы рассеянного склероза и другие демиелинизирующие болезни.

16. Все формы эпилепсии.

17. Катаплексия и нарколепсия.

18. Все формы воспалительной и токсической невропатии.

19. Периодическая гиперсомния.

20. Мышечные дистрофии и другие виды миопатий.

21. Отслойка и дефект сетчатки.

22. Хориоретинальные воспаления.

23. Тяжелые формы болезней радужной оболочки.

24. Глаукома в любой стадии.

25. Нарушения рефракции и аккомодации (тяжелые формы или снижение зрения, не корригирующееся очками).

26. Концентрическое сужение поля зрения до 10° .

27. Слепота и пониженное зрение (на оба глаза ниже 0,05).

28. Тяжелые формы кератита.

29. Неврит зрительного нерва.
30. Синдром головокружения и другие болезни вестибулярного аппарата.
31. Все формы отосклероза.
32. Болезни слухового нерва при наличии прогрессирующего понижения слуха.
33. Глухота, глухонмота (врожденная).
34. Ревматизм в активной фазе.
35. Хронический ревматический перикардит.
36. Болезни (пороки) митрального, аортального, трехстворчатого клапана с недостаточностью кровообращения.
37. Болезни (пороки) митрального и аортального клапанов (сочетанные).
38. Гипертоническая болезнь, стадии: II А — с частыми (ежемесячными) кризисами, II Б, III, злокачественная.
39. Ишемическая болезнь сердца.
40. Нарушения легочного кровообращения и сердечная недостаточность.
41. Острые, подострые и хронические перикардиты.
42. Инфекционно-аллергические миокардиты.
43. Нарушения сердечного ритма (фибрилляция и мерцание предсердий и желудочков).
44. Аневризма аорты.
45. Эмболия и тромбоз артерий.
46. Узелковый периартериит и сходные состояния.
47. Врожденные пороки сердца и другие аномалии системы кровообращения.
48. Состояния после митральной комиссуротомии с возникновением рестеноза, наличием легочной гипертензии, обострения ревматизма; после протезирования клапанов сердца.
49. Стеноз гортани.
50. Тяжелая форма бронхиальной астмы.
51. Тяжелая форма бронхоэктатической болезни.
52. Болезни легких и плевры с легочно-сердечной недостаточностью, амилоидозом внутренних органов.
53. Стеноз трахеи или бронхов.
54. Сужение и стеноз пищевода, не поддающиеся бужированию.
55. Искусственный пищевод.
56. Язва желудка и двенадцатиперстной кишки с наличием стеноза и кровотечения.
57. Грыжа брюшной полости значительных размеров с расхождением брюшной стенки.
58. Неинфекционные энтериты и колиты с кишечным кровотечением.
59. Синдромы оперированного желудка.
60. Нарушение всасывания в кишечнике.
61. Хронические болезни печени и цирроз.
62. Хроническая с обострениями желчнокаменная болезнь.

63. Другие болезни желчных путей.
64. Болезни поджелудочной железы.
65. Острый и хронический (обострение) гломерулонефрит.
66. Острая и хроническая почечная недостаточность.
67. Инфекция почек с почечной недостаточностью, стойкой гипертонией, инфекцией единственной почки.

68. Гидронефроз двусторонний, единственной почки, врожденный.

69. Свищи с вовлечением женских половых органов и состояния после операции по поводу их.

70. Пузырный занос, в том числе перенесенный ранее (не меньше 2 лет).

71. Поздний токсикоз беременных, развивающийся после 20 нед беременности и не поддающийся лечению в стационаре.

72. Чрезмерная рвота беременных, не прекращающаяся при стационарном лечении.

73. Аномалия костного таза (практически исключая возможность родов живым плодом через естественные родовые пути).

Примечание. При наличии указанных изменений женщинам следует обязательно разъяснить возможность иметь живого ребенка путем абдоминального кесарева сечения в конце беременности.

74. Врожденная аномалия матки, двойная матка, двурогая матка.

75. Рубец матки от предшествовавшей операции. Предшествовавшее кесарево сечение, консервативная миомэктомия (не менее года).

76. Хорионэпителиома.

77. Пузырчатка вульгарная.

78. Диффузная болезнь соединительной ткани.

79. Ревматоидный артрит и другие воспалительные артропатии.

80. Анкилозирующий спондилит.

81. Остеохондропатии.

82. Ампутация руки, кисти (всей или 4 пальцев).

83. Ампутация ноги, стопы (полная).

84. Повторные рождения детей с однотипными пороками развития.

85. Рождение ранее ребенка с хромосомными аномалиями.

86. Доминантно наследуемые заболевания у одного из родителей с высокой степенью пенетрантности.

87. Гетерозиготное носительство у супругов по всем многогенным заболеваниям (нарушения аминокислотного, углеводного, гликолипидного, гликопротеинового обменов).

Примечание. При наличии у одного из имеющихся детей точно установленного заболевания.

88. Рождение ранее детей с заболеваниями, наследуемыми сцепленно с полом (гемофилия, миопатия типа Дюшенна и др.).

Примечание. При условии, что мужской пол плода установлен (методами пренатальной диагностики).

89. Состояние после оперативного вмешательства, связанного с удалением жизненно важного органа (легкого или его доли, почки и др.).

Примечание. Показано прерывание беременности в течение 2 лет после операции.

90. Состояние физиологической незрелости организма женщины — возраст 16 лет и меньше.

91. Состояние угасания функции репродуктивной системы женщины — возраст 45 лет и больше.

При других заболеваниях вопрос о прерывании беременности решается индивидуально после консультации соответствующими специалистами или на врачебной комиссии по профилю заболевания.

При направлении на аборт в поздние сроки больная тщательно обследуется консилиумом врачей с участием специалиста по профилю заболевания, участкового акушера-гинеколога и руководителя учреждения. При наличии медицинских показаний беременной выдается заключение с полным клиническим диагнозом, заверенное подписями указанных специалистов и печатью учреждения. При психических или венерических заболеваниях беременной документация передается непосредственно в акушерско-гинекологическое учреждение. Решение о прерывании беременности в поздние сроки в условиях акушерско-гинекологического стационара заносится в историю болезни и заверяется подписями врача той специальности, к области которой относится заболевание беременной, лечащего врача и руководителя учреждения. Консилиум лечебного учреждения должен определить наиболее подходящий срок и способ прерывания беременности, характер лечения в стационаре до аборта. В настоящее время для возбуждения сократительной деятельности матки при прерывании беременности в поздние сроки применяются простагландины, внутриаамниальное введение гипертонического раствора хлористого натрия, заоболочечное введение раствора риванола, малое кесарево сечение и др. Прерывать беременность по медицинским показаниям наиболее целесообразно в 18—22 нед, если невозможно произвести его в более ранние сроки. Особенно опасны частые аборт, необходимо избегать нескольких абортов в календарном году.

Немедицинский (криминальный) аборт производится обычно вне лечебного учреждения, причем обычно без соблюдения правил асептики и антисептики, лицами, не знакомыми с анатомией половых органов и техникой операции. Применяемые способы различны: вскрытие плодного пузыря, введение в матку инородных предметов, кислот, щелочей и др. При этом особенно часто возникают осложнения: перфорация матки, повреждение соседних с ней органов, кровотечения, инфекции, смерть от шока

во время аборта. После таких выкидышей нередко появляются воспаления матки и придатков, абсцессы яичников и перитониты.

Предупреждение немедицинских выкидышей во многом зависит от работы женской консультации. Помимо медико-социальных аспектов нередко причиной для аборта служат психологические мотивы. Необходимо, чтобы правовые вопросы были известны всем беременным. Весьма нежелательна и огласка аборта, тайна должна соблюдаться как в женской консультации, так и в стационаре.

Вопрос об искусственном прерывании беременности по медицинским показаниям в сроки свыше 28 нед не подлежит рассмотрению врачебными комиссиями по разрешению абортов. В этих случаях искусственные преждевременные роды производятся в лечебных учреждениях на общих основаниях по показаниям со стороны матери и плода.

После выписки из стационара по поводу аборта в течение 6 месяцев женщина должна находиться на диспансерном наблюдении в женской консультации. Для профилактики осложнений проводится курс физиотерапии, витаминотерапии и лечебной физкультуры. При выявлении осложнений после амбулаторного обследования следует направить женщину в стационар до полного выздоровления.

Для профилактики абортов необходима правильная организация в женской консультации санитарно-просветительной работы по вопросам регулирования беременности. Резервом для снижения количества абортов является плановое введение внутриматочных контрацептивов женщинам после окончания послеродового периода и выписки из стационара по поводу искусственного прерывания беременности.

При проведении санитарно-просветительной пропаганды следует обращать особое внимание на мужскую аудиторию, работу с молодоженами, предупреждение беременности у женщин с соматическими заболеваниями, отягощенным акушерским анамнезом, часто прибегающих к искусственному прерыванию беременности.

Особенно активная профилактика абортов должна проводиться в крупных женских коллективах: на промышленных предприятиях и в колхозах (совхозах). С этой целью необходимо организовать в женских консультациях, МСЧ, на ФАП, в здравпунктах и комнатах личной гигиены выставки и продажу противозачаточных средств, наладить диспансерное наблюдение за соответствующими контингентами женщин. Ежегодно в индивидуальную амбулаторную карту женщин фертильного возраста должна вноситься запись о проведенной работе по контрацепции.

Трофобластическая болезнь

К трофобластической болезни относятся пузырный занос и хорионэпителиома, которые в настоящее время считаются

последовательными стадиями опухоли хориального эпителия.

Пузырный занос является начальной стадией трофобластической опухоли. Он характеризуется резким увеличением ворсин, по ходу которых возникают пузырькообразные расширения величиной от просяного зерна до вишни, наполненные светлой жидкостью. Отдельные пузырьки соединены между собой тонкими стебельками, и по внешнему виду конгломераты пузырьков напоминают грозди винограда. В первые месяцы беременности патологический процесс захватывает весь хорион (полный пузырный занос). В более поздние сроки пузырным заносом повреждается только часть ворсин плаценты (частичный пузырный занос). При полном пузырном заносе эмбрион погибает и рассасывается, однако заболевание прогрессирует, занос растет и матка быстро увеличивается. Если поражается менее одной трети плаценты, нормальное развитие плода существенно не нарушается. Нередко (в 30—40 % случаев) в яичниках образуются тека-лютеиновые кисты, которые после удаления пузырного заноса подвергаются обратному развитию. Причиной их образования является избыточная продукция гонадотропных гормонов аденогипофизом и чрезмерное образование хорионического гонадотропина. При пузырном заносе происходит разрастание синцитиотрофобласта и цитотрофобласта, нарушается последовательность расположения их. Разросшийся хориальный эпителий образует выросты и тяжи на поверхности ворсин. Кровеносные сосуды последних атрофируются и исчезают. Строма ворсин отекает, соединительнотканые элементы отодвигаются к периферии, в центре ворсины накапливается гомогенное слизистое жидкое вещество. В зависимости от степени выраженности пролиферации и анаплазии (понижение дифференцировки, склонность к опухолевому росту) различаются три группы пузырного заноса: 1) «доброкачественный» (гиперплазия и анаплазия отсутствуют); 2) «потенциально злокачественный» (гиперплазия и незначительная анаплазия хориального эпителия); 3) «по-видимому, злокачественный» (выражены пролиферация и анаплазия хориального эпителия). Под влиянием действия ферментов синцития пузырьки заноса расплавляют подлежащие ткани и погружаются в децидуальную оболочку, вызывая кровоизлияния из разрушенных сосудов. Если пролиферация и ферментативная активность синцития повышены, пузырьки заноса прорастают децидуальную оболочку и внедряются в миометрий (пролиферирующая форма). У некоторых больных инвазивная способность пузырного заноса настолько велика, что пузырьки разрушают стенку матки и проникают в брюшную полость (деструктивная форма, по характеру роста напоминает опухоль).

Этиология пузырного заноса выяснена недостаточно. Некоторые исследователи полагают, что это заболевание хориона

инфекционного генеза и развивается оно под влиянием вирусов или токсоплазм. По мнению других, пузырный занос возникает в результате первичной гормональной (недостаточная продукция эстрогенов) или генетической (хромосомные aberrации) неполноценности. Частота пузырного заноса, по данным литературы, колеблется от 0,05 до 0,25 %. У пожилых первородящих это осложнение встречается чаще.

Основными симптомами пузырного заноса являются: кровотечение из матки, возникающее в первые месяцы беременности, иногда с кровью выделяются пузырьки заноса (абсолютный признак заболевания); отсутствие достоверных данных беременности — части плода не пальпируются, сердцебиение и шевеление его не определяются; в большинстве случаев быстрый рост матки вследствие развития пузырного заноса и скопления крови; высокая частота возникновения и тяжелое течение токсикозов первой половины беременности и раннее появление поздних токсикозов. Пузырный занос, как правило, изгоняется самопроизвольно, чаще всего на 4—6-м мес беременности. При деструктирующей его форме может возникнуть кровотечение, опасное для жизни.

Пузырный занос необходимо дифференцировать с самопроизвольным абортom, многоплодной беременностью, многоводием и миомой матки. Биологические реакции на беременность положительны с мочой, разведенной в пропорции 1 : 200. Уточнить диагноз помогают ФКГ и ЭКГ плода, ультразвуковое и рентгенологическое исследование, иммунологический метод определения гонадотропинов и др.

Лечение проводится в стационаре и заключается в удалении пузырного заноса и выскабливании матки с последующим гистологическим исследованием заноса и соскоба. После опорожнения матки больным пролиферирующим пузырным заносом в амбулаторных условиях назначают профилактическое лечение метатрексатом внутривенно по 20—25 мг в течение 5 дней.

После пузырного заноса у 2—20 % женщин возникает хорионэпителиома. Поэтому в течение 2 лет больная должна систематически наблюдаться акушером-гинекологом и предохраняться от беременности. На протяжении первого года определение гонадотропинов в моче и осмотр женщины производятся 1 раз в мес, в течение второго года — через каждые 3—4 мес. Если реакция на гонадотропные гормоны становится положительной, больную обследуют в стационаре.

Хорионэпителиома является самой злокачественной опухолью, которая возникает из клеток хориона. Часто развивается после пузырного заноса, особенно его деструктирующей формы (у 46 % женщин), реже после абортов (29 %) и родов (18 %). Латентный период заболевания может длиться от 3 нед до 20 лет. Чаще всего хорионэпителиома появляется в течение первого года после последней беременности.

Этиология и патогенез заболевания изучены недостаточно. Сторонники теории патологии плодного яйца утверждают, что некоторым клеткам хориального эпителия присущи признаки злокачественности, после прерывания беременности они приобретают способность к имплантации и пролиферации. По мнению других исследователей, возникновение хорионэпителиомы объясняется снижением реактивности материнского организма, дефицитом синцитиолизина, разрушающих клеточные элементы хориона, недостатком эстрогенов.

Гистологически хорионэпителиома состоит из клеток цитотрофобласта. Опухоль не имеет стромы и своих кровеносных сосудов. Питание ее происходит за счет изливающейся крови из протеолитически расплавленных синцитиотрофобластом кровеносных сосудов стенки матки. Хорионэпителиома легко распадается и быстро метастазирует («болезнь метастазов») преимущественно гематогенным путем в легкие, печень, почки, головной мозг, селезенку и во влагалище. Наиболее часто опухоль первично локализуется в матке, реже — во влагалище, в маточной трубе и яичниках.

Клиника хорионэпителиомы обуславливается локализацией основной опухоли и ее метастазов. *Хорионэпителиома матки* бывает в виде узловой формы (узлы располагаются под слизистой оболочкой или в толще мышечного слоя) и диффузных разрастаний, поражающих всю стенку матки, вызывая иногда самопроизвольное прорывание ее, что приводит к рецидивирующим профузным кровотечениям. Опухоль темно-красного, багрового или сине-красного цвета. *Хорионэпителиома влагалища* чаще возникает вследствие ретроградного метастазирования из матки. Темно-синего или багрового цвета узлы опухоли быстро подвергаются некрозу и образуют кровоточащие язвы. *Хорионэпителиома маточной трубы* обычно развивается вследствие метастазирования из матки и в редких случаях может быть осложнением трубной беременности. При такой локализации опухоли отмечаются схваткообразные боли внизу живота, увеличение размеров трубы и внутрибрюшное кровотечение. Для хорионэпителиомы матки характерны: 1) длительное рецидивирующее кровотечение, не прекращающееся после выскабливания матки. Связь кровотечения с выкидышем, приоткрытый шейный канал дают основание думать о недостаточно тщательном выскабливании матки и необходимости повторного выскабливания. Кровотечения могут быть также из метастазов хорионэпителиомы матки во влагалище. Иногда возникают массивные кровотечения в брюшную полость вследствие распада опухоли, проросшей стенку матки; 2) постгеморрагическая анемия, появившаяся в результате кровотечения и интоксикации организма; 3) серозно-кровоянистые, бурые, темные с гнилостным запахом бели. Инфицирование опухоли обуславливает повышение температуры тела,

увеличение СОЭ, лейкоцитоз, сдвиг формулы крови влево, уменьшение числа эритроцитов. При метастазах в легкие появляются кашель, мокрота с кровью, в головной мозг — головная боль, рвота, гемипарез или парез конечностей. Болезнь быстро прогрессирует и в течение нескольких месяцев приводит к смерти от кровотечения, септического процесса и метастазов в жизненно важные органы.

Д и а г н о з хорионэпителиомы устанавливается на основании данных анамнеза и объективных признаков: 1) появления кровянистых выделений из матки после пузырного заноса, аборта или родов, не поддающихся обычной терапии, иногда сопровождающихся кашлем и высокой температурой тела; 2) выявляемых при гинекологическом исследовании цианоза слизистой оболочки влагалища и шейки матки, метастазов во влагалище, приоткрытого шейного канала, увеличения и размягчения матки, кистозных образований яичников; 3) положительной реакции на хорионический гонадотропин с разведенной (1:10, 1:25, 1:50 и выше) мочой, стойкой положительной реакции на хорионический гонадотропин более 6 нед после удаления пузырного заноса и более 2 нед после родов. При хорионэпителиоме экскретируются с мочой иммунологически и биологически активные фракции хорионического гонадотропина. Первая определяется с помощью иммунологической реакции торможения гемагглютинации. У половины больных хорионэпителиомой обнаруживается термостабильный гонадотропин, поэтому реакцию Галли — Майнини можно ставить с нативной и кипяченой мочой; 4) данных цитологического исследования содержимого полости матки, полученного при аспирации; 5) результатов гистологического изучения соскоба из матки, являющегося основным методом диагностики хорионэпителиомы матки; 6) данных рентгенологического исследования легких (диагностика метастазов хорионэпителиомы); 7) результатов радиоизотопного исследования, позволяющих установить метастазы хорионэпителиомы в печени и почках.

Лечение больных хорионэпителиомой проводится хирургическим, химиотерапевтическим, лучевым и гормональным методами в онкодиспансере, для чего на больную заполняется извещение (уч. ф. № 090).

ОБСЛУЖИВАНИЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

В работе женской консультации большой удельный вес занимает организация помощи гинекологическим больным, основные задачи которой — профилактика гинекологических заболеваний, раннее их установление и оказание медицинской помощи. Выявление гинекологических больных осуществляется при обращении в женскую консультацию и проведении индивидуальных и массовых профилактических осмотров. Значительная роль

в этом принадлежит смотровым кабинетам, созданным при всех поликлиниках.

Обследование и лечение

При обращении женщины в консультацию врач выслушивает ее жалобы, тщательно выясняет данные общего и специального анамнеза, обращает внимание на перенесенные заболевания и оперативные вмешательства, особенности менструальной, детородной и половой функций, здоровье мужа, наследственность, наличие профессиональных вредностей.

После сбора анамнестических данных врач проводит тщательный осмотр молочных желез, устанавливает степень и характер оволосения, состояние наружных половых органов, влагалища и шейки матки обязательно с помощью влагалищных зеркал и по возможности кольпоскопа. При гинекологическом исследовании отмечаются расположение, размер, консистенция и подвижность тела и придатков матки, состояние влагалищных сводов, характер выделений из влагалища и матки. Одновременно берутся мазки для бактериоскопического и цитологического анализов. Если необходимо уточнить предполагаемый диагноз, проводится более углубленное обследование больной: комбинированные методы провокации со взятием мазков из уретры, парауретральных ходов, шейки матки, прямой кишки (промывные воды) при подозрении на гонорею; реакции Пирке и Манту; при жалобах на зуд половых органов исследуются моча и кровь на содержание сахара, уровень половых гормонов; при нарушении функции яичников используются тесты функциональной диагностики, изучаются состояние свертывающей системы крови, экскреция половых гормонов; женщинам с опухолями яичников показана рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта. В женских консультациях должны также проводиться гистеросальпингография, пертубация, цитологические методы исследования, кольпоскопия, биопсия и др., при невозможности их применения больную необходимо направить в крупную базовую женскую консультацию или гинекологический стационар. Если необходимо, проводится консультация с другими специалистами в зависимости от характера заболевания.

На каждую женщину, в первый раз обратившуюся в женскую консультацию, заводится «Медицинская карта амбулаторного больного» (уч. ф. № 025), куда вносятся данные анамнеза, гинекологического осмотра, результаты дополнительных методов исследования, сведения о манипуляциях и операциях, произведенных в консультации, а также рекомендации и назначения, скрепляемые подписью врача.

После первого осмотра больной на второй странице карты амбулаторного больного в «Листке записи заключительных (уточненных) диагнозов» проставляется дата осмотра, заключительный (уточненный) диагноз записывается в день его уста-

новления. Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов (уч. ф. № 025-2) заполняется с листа их записи в карте амбулаторного больного акушеркой во время каждого приема и подписывается врачом на всех больных, у которых установлен окончательный диагноз. При выявлении у женщины двух или нескольких гинекологических болезней статистический талон заполняется на каждое окончательно установленное заболевание. Если при первом осмотре женщины невозможно определить окончательный диагноз или возникают сомнения в точности его, врач записывает в амбулаторной карте предполагаемый диагноз и консультирует больную с заведующим консультацией или заведующим гинекологическим отделением стационара либо направляет ее к специалистам других лечебно-профилактических учреждений, при этом выдается «Направление на консультацию и во вспомогательные кабинеты» (уч. ф. № 028).

Лечение гинекологических больных осуществляется в основном в женской консультации, но в необходимых случаях по назначению врача может быть организовано на дому, в здравпункте, специализированных диспансерах (противотуберкулезный, онкологический, кожно-венерологический), а также поликлиниках (физиотерапевтический кабинет, кабинет лечебной физкультуры и др.). К числу специализированных относятся приемы по гинекологической эндокринологии, бесплодию, невынашиванию беременности. Приемы по гинекологии детского возраста организуются в детских поликлиниках.

Лечение больных в консультации проводится врачом либо по его назначению акушеркой в кабинете врача или процедурном кабинете, для работы в котором может выделяться акушерка. Наиболее часто проводятся консервативные методы лечения женщин с воспалением наружных половых органов, влагалища и шейки матки. Применяются внутримышечные и внутривенные инъекции лекарственных средств, влагалищные ванночки, введение тампонов во влагалище, смазывание шейки матки, промывание уретры и мочевого пузыря, микроклизмы и др. Учет выполнения назначенных процедур и контроль за ними производится по «Журналу учета процедур» (уч. ф. № 029). Выполнение физиотерапевтических процедур отмечается в «Карте больного, лечашегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете)» (уч. ф. № 044). Проведение их контролирует старшая акушерка женской консультации. Если устанавливается, что женщина прервала лечение, об этом сообщается врачу и в случае необходимости проводится вызов или патронаж больной.

В женской консультации можно выполнять небольшие хирургические вмешательства, к которым относятся: биопсия шейки матки, аспирация (шприцем) содержимого полости матки для цитологического исследования, полипэктомия без необходимости выскабливания слизистой оболочки матки, диатермокоагуляция, диатермоэксцизия, диатермопунктура, введение вну-

триматочной спирали, гидротубация и др. Назначение больных на операцию, выполнение хирургических вмешательств и оформление документов осуществляет участковый врач. Для производства малых гинекологических операций необходимо организовать операционную и послеоперационную комнату отдыха, в которой больная проводит 2—3 ч после манипуляций и затем перед уходом домой осматривается врачом. Хирургические вмешательства регистрируются в «Журнале записи амбулаторных операций» (уч. ф. № 069).

При назначении санаторно-курортного лечения врачом выдается «Справка для получения путевки» (уч. ф. № 070), после ее получения заполняется «Санаторно-курортная карта» (уч. ф. № 072). Санаторно-курортное лечение назначается в любое время года в зависимости от характера заболевания. Эффективность его зависит от знания врачом показаний и противопоказаний, правильности выбора курортов с учетом их профиля, климатических условий и других факторов. Для решения этих вопросов необходимо пользоваться «Методическими рекомендациями по отбору гинекологических больных для санаторно-курортного лечения», утвержденными Министерством здравоохранения СССР 12.03.74.

Показаниями к санаторно-курортному лечению являются: хронические воспалительные заболевания матки, придатков, тазовой клетчатки и брюшины; различные аномалии положения матки с ограничением ее подвижности или расстройством функции органов малого таза в связи с перенесенными воспалительными процессами в малом тазу; женское бесплодие, возникшее при воспалительных заболеваниях матки и ее придатков и недоразвитии матки; дисфункция яичников; климактерический синдром. При так называемой бессимптомной миоме матки небольших размеров можно применять радоновые, йодобромистые ванны и влагалищные орошения (Методические рекомендации «Лечение больных фибромиомой матки». Свердловск, 1979).

Противопоказаниями к направлению на санаторно-курортное лечение женщин служат: предраковые заболевания вульвы, влагалища и шейки матки — лейкоплакия, эритроплакия, крауроз, полипы шейки матки, кровоточащие эрозии; доброкачественные опухоли половых органов; кисты яичников; заболевания половых органов туберкулезной этиологии; эндометриоз (аденомиоз); мочеполовые и кишечно-половые свищи; заболевания, сопровождающиеся маточными кровотечениями; клинические нарушения менструальной функции, характеризующиеся маточными кровотечениями или обусловленные базедовой болезнью, сахарным диабетом, болезнью Кушинга и др.; беременность любого срока при наличии акушерской патологии и нормальная беременность, начиная с 26-й нед. Кроме того, нельзя направлять беременных для бальнеогрязелечения по поводу гинекологических заболеваний; для лечения радоновыми ваннами других (экстрагенитальных) заболеваний; жительниц равнин на горные

курорты, расположенные на высоте более 1000 м над уровнем моря.

Результаты лечения и рекомендации, записанные врачом курорта в санаторно-курортной книжке, должны быть занесены в амбулаторную карту больной. Они нужны для последующего диспансерного наблюдения за женщиной и при необходимости дальнейшего лечения.

Гинекологические больные госпитализируются для обследования и лечения преимущественно в плановом порядке, если необходимо уточнить диагноз, в том числе путем диагностического выскабливания, контрастной гинекографии, эндоскопии, проведения сложных лабораторных и других исследований, произвести хирургическое вмешательство и подготовить к нему в стационаре; если недостаточен эффект амбулаторного лечения больных.

Неотложной госпитализации подлежат все больные с явлениями острого живота, маточным или внутрибрюшным кровотечением, острым воспалением женских половых органов. Таких больных направляют в гинекологический стационар в сопровождении медицинского работника или родственников (если их не было в женской консультации, им немедленно сообщают, в какое учреждение и в каком состоянии госпитализирована больная).

При плановом стационарном лечении все возможные обследования и подготовку к операции необходимо провести в женской консультации. К ним относятся: общие лабораторно-диагностические исследования, курс лечебных физических упражнений и физиотерапевтических процедур, психопрофилактическая подготовка к операции.

Для проведения предоперационной подготовки плановых гинекологических больных иногда требуется длительное время. В амбулаторных условиях она может быть проведена без торопливости, с учетом психологической настроенности больной. Кроме того, такая подготовка значительно сокращает сроки пребывания больной в стационаре как до, так и после операции, увеличивает оборот койки. Длительное же пребывание женщины в больнице до операции может вызвать отрицательные эмоциональные сдвиги, вплоть до тяжелой депрессии. Гиподинамия больных в стационаре обуславливает ухудшение многих параметров физиологических функций. Оптимальной считается госпитализация за 2—3 дня до операции. Наиболее благоприятным сроком для оперативного вмешательства является первая фаза менструального цикла.

Независимо от характера заболевания каждой гинекологической больной в процессе подготовки к операции проводятся: общий анализ крови и мочи, анализ крови на реакцию Вассермана; определение группы и резус-принадлежности крови; анализ крови и суточной мочи на сахар; коагулограмма; рентгенокопия грудной клетки; электрокардиограмма; бактериологическое ис-

следование мазков из зева и влагалища на флору и чувствительность к антибиотикам; внутрикожные аллергические пробы на переносимость антибиотиков, к которым чувствительна высеянная из влагалища и зева микрофлора; цитологическое исследование мазков из цервикального канала и заднего свода влагалища; анализ кала на скрытую кровь и яйца глистов; консультация терапевта и других специалистов по показаниям. При сопутствующих гинекологических и экстрагенитальных хронических или острых заболеваниях рекомендуется соответствующее лечение до полного выздоровления или снижения до минимума степени риска во время и после операции. Дополнительные методы обследования больных до операции зависят от характера заболевания и проводятся преимущественно в стационаре.

Психопрофилактическая подготовка к операции и обезболиванию заключается в том, чтобы убедить больную в необходимости хирургического вмешательства как самого эффективного способа лечения данного заболевания. Следует объяснить больной характер операции и заставить ее поверить в благополучный исход хирургического вмешательства. Учитывая тревогу, иногда даже подавленность женщин перед операцией, в консультации должна быть создана обстановка, максимально щадящая психику больных, порождающая у них веру во врача, в достижения медицины, в сознательное и целенаправленное участие в операции самой больной. Нужно объяснить женщине сущность метода обезболивания, убедить в полной его эффективности и безвредности.

Лечебная физкультура, проводимая в предоперационный период, способствует поддержанию нормальной деятельности основных систем организма — нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной, мышечной и др., усиливает обмен веществ, повышает окислительно-восстановительные процессы в тканях, предупреждает и ликвидирует застой венозной крови в области малого таза. Начинать ее желательно за 1—2 мес до операции, под руководством и контролем методиста и только после консультации у врача. Комплекс упражнений необходимо составить так, чтобы частота пульса до занятий и после них была одинаковой или отличалась незначительно. Заниматься гимнастикой нужно в течение 20—25 мин, лучше всего утром, через 1,5—2 ч после приема пищи. Изучение комплекса физических упражнений следует начинать в женской консультации, а затем, после лечебного контроля, можно проводить занятия в домашних условиях. Больная должна вести дневник самоконтроля, где отмечаются самочувствие, работа кишечника и мочевого пузыря, появление менструаций, сон, аппетит, настроение, работоспособность, изменение массы тела. Его следует заполнять 2 раза в нед и показывать участковому врачу. Противопоказаниями к занятиям лечебной физкультурой у гинекологических больных являются острые воспалительные процессы женских половых органов, сопровождающиеся высокой температурой тела и

болью; кисты или миоматозные узлы на ножке; злокачественные новообразования; маточные кровотечения. За 2—3 нед до операции больная должна самостоятельно научиться совершать физиологические отправления в судно лежа в постели. Такой профилактический прием способствует снижению количества катетеризаций мочевого пузыря в послеоперационном периоде, ведущих, как правило, к циститу, и уменьшению паретических состояний кишечника и должен быть обязательно включен в комплекс психофизической подготовки к операции.

Физиотерапевтическая предоперационная подготовка гинекологических больных должна повысить реактивность и сопротивляемость организма инфекционным осложнениям и операционной травме, закалить организм, увеличить его выносливость, улучшить деятельность сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и других систем. Начинать ее необходимо за месяц до операции в женской консультации (поликлинике). Физиотерапевтическая подготовка должна включать следующие мероприятия (одно или в комплексе с другими): воздушные ванны (ежедневно); общее ультрафиолетовое облучение по основной схеме (ежедневно); аэроионизацию лица и дыхательных путей (ежедневно); душ дождевой (3 мин, ежедневно); диатермию на область легких (20 мин, через день или ежедневно); диатермойод или электрофорез цинка на область органов малого таза (ежедневно или через день); соллюкс, инфраруж или электросветовую ванну на область гипогастрия (15—20 мин, ежедневно); парафино-озокеритовые аппликации (45—50°) на область гипогастрия (20—30 мин, через день).

Продолжительность предоперационного периода зависит от характера основного и сопутствующих заболеваний, возраста больной, общего состояния организма. Поэтому участковый акушер-гинеколог должен индивидуализировать основные этапы предоперационной подготовки, поддерживая тесный контакт с врачами других специальностей.

Учет и проверку фактической госпитализации больных или причины, по которой женщина не поступила в стационар, проводит участковая акушерка. В амбулаторной карте делается соответствующая запись о направлении в стационар и о фактической госпитализации женщины. После выписки из стационара при определении метода долечивания принимаются во внимание рекомендации стационара, сведения стационара переносятся в «Медицинскую карту амбулаторного больного», а выписка остается у больной.

Диспансеризация

Под диспансеризацией понимается активное выявление больных женщин на ранних стадиях заболевания, динамическое наблюдение и проведение комплексного лечения, осуществление мероприятий по оздоровлению условий труда и быта, преду-

преждению развития и распространения болезней, укреплению трудоспособности.

В настоящее время ставится вопрос о всеобщей диспансеризации населения нашей страны. Первым ее этапом для женских консультаций является организация диспансерного обслуживания гинекологических больных, нуждающихся в лечении, систематических осмотрах и обследованиях.

На всех больных заполняются «Медицинская карта амбулаторного больного» (уч. ф. № 025) и «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (уч. ф. № 030). Для правильной организации диспансерного наблюдения на каждом участке должна быть сигнальная картотека, состоящая из учетных форм № 030, в специальном ящике из 13 ячеек. В 12 ячейках расставляются карты по месяцам следующей назначенной врачом явки, в 13-ю помещаются карты больных, не явившихся в течение месяца на прием к врачу в назначенный срок (к таким больным необходимо провести патронаж). После окончания лечения карту больной перекадывают в ячейку месяца, на который назначается очередное посещение. Частоту и сроки посещения врач определяет индивидуально для каждой больной в зависимости от клинических проявлений заболевания. Диспансерное наблюдение прекращают после выздоровления больной и в связи со сменой местожительства. Длительность и частота его зависят от характера заболевания, клинических проявлений, возраста больных и других факторов (табл. 6).

Остальные женщины считаются практически здоровыми. У части практически здоровых женщин могут наблюдаться некоторые отклонения в состоянии половых органов, но они не предъявляют жалоб, не нуждаются в лечении и систематическом наблюдении, трудоспособность их не нарушена и угрозы для здоровья нет. Эти женщины нуждаются лишь в профилактических осмотрах и некоторых рекомендациях. Специальная документация на них не заводится, и диагнозы им не выставляются. К практически здоровым относятся женщины, у которых отмечаются опущение стенок влагалища и матки I степени, нефиксированные отклонения в положении матки, так называемая «фиброзная» матка в возрасте старше 40 лет, неосложненный климактерический период, некоторое нарушение менструального цикла в течение 1—2 мес после аборта, бесплодный брак при неустановленном бесплодии женщины. В эту группу следует относить также большое число женщин, которые перенесли в прошлом воспаление придатков матки, а в настоящее время у них отмечаются лишь остаточные явления без обострения и нарушения функции. Если у практически здоровых женщин или совершенно здоровых возникают жалобы и выявляется заболевание, требующее систематического наблюдения, они включаются в число больных и берутся под диспансерное наблюдение.

Таблица 6. Длительность и частота диспансерного наблюдения за гинекологическими больными

Заболевание	Длительность наблюдения и частота осмотров
1	2

Воспалительные болезни женских половых органов

Вагинит, вульвовагинит	Частота осмотров обусловлена интенсивностью воспалительного процесса и общим состоянием больной. После ликвидации воспалительного процесса повторный осмотр не реже одного раза в месяц. Снятие с учета при отсутствии местных воспалительных явлений и нормализации влагалищной микрофлоры
Вагинит, вульвовагинит трихомонадный	Осмотр после окончания курса лечения и после менструации в течение 3 менструальных циклов. Снятие с учета при отсутствии трихомонад и местных воспалительных явлений
Вульвовагинальный кандидоз	То же
Кондиломы остроконечные	После клинического выздоровления осмотры ежемесячно в течение 2—3 менструальных циклов. Снятие с учета при отсутствии кондилом, воспалительных явлений и нормализации влагалищной флоры
Воспаление бартолиновой железы Цервицит и эндоцервицит	Наблюдение в течение 2 мес после клинического выздоровления (1 раз в мес) Контрольные осмотры (после менструации) при клиническом выздоровлении в течение 2—3 менструальных циклов. Снятие с учета при отсутствии местных воспалительных явлений и благоприятной микрофлоре
Эрозия шейки матки	При местном медикаментозном лечении осмотр 1 раз в нед. После диатермокоагуляции осмотр шейки матки с помощью зеркала и обработка раны через 3—4 нед. В дальнейшем осмотр после менструации. Контрольный осмотр через 3 мес и снятие с учета после клинического выздоровления, подтвержденного кольпоскопией и нормализацией влагалищной флоры
Эндомиометрит острый после выписки из стационара	Осмотр после выписки из стационара и перед выходом на работу. Наблюдение в течение 3 мес после клинического выздоровления и снятие с учета
Эндомиометрит хронический	Осмотр 1—2 раза в мес до клинического выздоровления, в дальнейшем 1 раз в мес в течение 3 менструальных циклов и снятие с учета
Сальпингит, оофорит	Осмотр после выписки из стационара и

1	2
<p>острый или обострение хронического после выписки из стационара Сальпингит, оофорит хронический</p>	<p>перед выходом на работу. Наблюдение в течение 3 мес после клинического выздоровления Осмотры не реже 1—2 раз в мес до клинического выздоровления, в дальнейшем 1 раз в мес в течение 3 менструальных циклов. Заключительный осмотр через 3 мес. Наблюдение после клинического выздоровления в течение 12 мес и снятие с учета</p>
<p>Пиосальпинкс, тубоовариальное воспалительное образование — после операции</p>	<p>Осмотр после выписки из стационара, в дальнейшем 1 раз в мес в течение 3 мес и более в зависимости от объема оперативного вмешательства, особенностей течения послеоперационного периода и др. Снятие с учета через 6 мес после выписки из стационара при отсутствии или значительном уменьшении проявлений воспалительного процесса</p>
<p>Абсцесс дугласова пространства. Тазовый перитонит — после операции</p>	<p>Осмотр после выписки из стационара, в дальнейшем перед выходом на работу, затем по показаниям. Наблюдение в течение 6 мес после выписки из стационара и снятие с учета при отсутствии или значительном уменьшении проявлений воспалительного процесса</p>
<p>Параметрит острый. Абсцесс параметрия. После госпитализации при осложненном течении</p>	<p>См. Сальпингит, оофорит хронический</p>
<p>Невоспалительные болезни матки и матки</p>	<p>вульвы, промежности, влагалища, шейки</p>
<p>Лейкоплакия вульвы, влагалища, шейки матки (без признаков атипизма эпителия при гистологическом исследовании) Крауроз вульвы</p>	<p>Осмотр во время лечения 1—2 раза в мес, по окончании его постоянное диспансерное наблюдение с осмотрами: женщин до 40 лет — 2 раза в год; женщин старше 40 лет — 2—3 раза в год Постоянное наблюдение с осмотром 1—2 раза в 3 мес</p>
<p>Лейкоплакия вульвы, влагалища, шейки матки, эрозия, полипы шейки матки с базальной клеточной гиперактивностью эпителия (дисплазия эпителия), установленной гистологически Болезни матки</p>	<p>После осмотра гинеколога и установления диагноза дальнейшее постоянное наблюдение и лечение в онкологическом диспансере</p>
<p>Гиперплазия эндометрия (железистая,</p>	<p>После выписки из стационара (диагностического выскабливания) осмотр в первую</p>

1	2
<p>железисто-кистозная, полипы эндометрия, гистологически установленные) Атипичная гиперплазия эндометрия, очаговый аденоматоз эндометрия, аденоматозные полипы эндометрия, установленные гистологически То же после операции</p>	<p>неделю. В дальнейшем не реже 1—2 раз в 3 мес до наступления менопаузы и снятие с учета при клиническом выздоровлении Частота осмотров — по показаниям в зависимости от возраста больной, клинического течения заболевания, результатов лечения Осмотр после выписки из стационара и перед выходом на работу. В дальнейшем 1 раз в 3 мес в течение года, затем постоянное наблюдение 2 раза в год</p>
<p>Расстройство менструаций и другие ненормальные кровотечения из женских половых путей</p>	
<p>Дисфункциональные циклические маточные кровотечения</p>	<p>Осмотр в течение первых 2—3 мес не реже 2 раз в мес. При обследовании по тестам функциональной диагностики 1 раз в нед в продолжение 2 менструальных циклов. После нормализации менструаций наблюдение в течение 12 мес. Снятие с учета после стойкой нормализации менструаций и гематологических показателей</p>
<p>Дисфункциональные ациклические маточные кровотечения</p> <p>в пубертатном периоде</p> <p>в детородном возрасте</p> <p>в климактерическом периоде</p> <p>в менопаузе</p> <p>Скудные менструации (гипоменорея)</p>	<p>Осмотр при кровотечении повторно через 2—3 дня; по окончании кровотечения через 3—4 нед. При установлении регулярных менструаций ежемесячный осмотр в течение 12 мес и снятие с учета</p> <p>Осмотр при кровотечении не реже 1 раза в нед; по окончании кровотечения 1 раз в 1—2 нед в течение 1—2 мес; после нормализации менструального цикла 1 раз в 3 мес в течение года и снятие с учета</p> <p>То же</p> <p>Осмотр в первую неделю после выписки из стационара (диагностическое выскабливание); в дальнейшем 2 раза в мес в течение 3 мес; в последующем после нормализации менструальной функции 1 раз в 3 мес в течение года. Снятие с учета при стойком прекращении кровотечения</p> <p>Осмотр через 5—7 дней после первого обращения к врачу; при обследовании по</p>

1	2
	<p>тестам функциональной диагностики — 1 раз в нед в течение 2 мес, в дальнейшем 1—2 раза в 3 мес до клинического выздоровления. Контрольный осмотр — через 6 мес после клинического выздоровления и снятие с учета при стойком восстановлении нормального менструального цикла</p>
Аменорея различного генеза, первичная и вторичная	<p>Осмотр по показаниям. При генитальном туберкулезе и других хронических инфекциях и интоксикациях наблюдение и лечение в соответствующих лечебных учреждениях</p>
Склерокистозные яичники	<p>Осмотр до операции по показаниям, после оперативного лечения — в течение первой недели после выписки из стационара; в дальнейшем 1 раз в 1—2 нед на протяжении 1—2 мес; при обследовании по тестам функциональной диагностики — 1 раз в нед в течение 2 мес; в последующем ежемесячно в продолжение 3 мес и затем 2—3 раза в год. После нормализации менструальной функции наблюдение в течение 12 мес и снятие с учета при стойком ее восстановлении или наступлении беременности</p>
Нарушения в менопаузе и после менопаузы. Климактерический синдром (тяжелая форма)	<p>Частота осмотров — по показаниям. Во время обследования по тестам функциональной диагностики — 1 раз в нед в течение 2 мес. Длительность наблюдения решается индивидуально в зависимости от общего состояния и особенностей проявления заболевания. Снятие с учета при стойком исчезновении патологических симптомов или значительном их уменьшении</p> <p>Осмотр не реже 1 раза в 3 мес. При обследовании по тестам функциональной диагностики — осмотр 1 раз в нед в течение 2 мес. Длительность наблюдения решается индивидуально, но не менее 2 лет. Снятие с учета при стойком исчезновении патологических симптомов или значительном их уменьшении</p>
Синдром после искусственной менопаузы	
Кисты наружных и внутренних половых органов	
Киста бартолиновой железы	<p>Осмотр 2—3 раза в год и перед госпитализацией. После операции в течение недели после выписки. Контрольный осмотр через 1 мес и при клиническом выздоровлении снятие с учета</p>
Киста влагалища (гартнерова хода)	<p>Постоянное наблюдение с осмотром 2—3 раза в год. Осмотр перед госпитализацией</p>

1	2
Киста яичника фолликулярная, желтого тела. Паровариальная киста	и после операции в первую неделю после выписки, затем 1 раз в 1—2 нед в течение 1 мес. Контрольный осмотр через 2—3 мес и при клиническом выздоровлении снятие с учета Осмотр перед госпитализацией и после операции в первую неделю после выписки, в дальнейшем 1 раз в нед в течение 2—3 нед. Заключительный осмотр через 3 мес после выписки из стационара и через 6 мес снятие с учета при клиническом выздоровлении
Доброкачественные новообразования женской половой сферы	
Фибромиома, миома, фибролипوما вульвы и влагалища	Осмотр перед госпитализацией, в течение недели после операции и выписки из стационара, затем через 3—4 нед и через 3 мес после клинического выздоровления и снятие с учета. При противопоказаниях к операции или отказе больной от операции постоянное наблюдение с осмотром 1 раз в 3 мес
Полип шейки матки	Осмотр перед госпитализацией и после операции 1 раз в нед в течение 2—3 нед, затем через 3 мес. Снятие с учета спустя 6 мес после клинического выздоровления
Миома (фибромиома, фиброма) матки	Постоянные осмотры 1 раз в 3 мес и чаще в зависимости от состояния здоровья
после консервативной миомэктомии	Осмотр после выписки из стационара и перед выходом на работу, в последующем — 3—4 раза в год до менопаузы, в менопаузе — постоянно 2 раза в год
после надвлагалищной ампутации матки	Осмотр после выписки из стационара и перед выходом на работу, затем 1 раз в 3 мес в течение года, в последующем — постоянно 2 раза в год
после экстирпации матки	Осмотр после выписки из стационара и перед выходом на работу, в последующем 1 раз в 3 мес в течение 6 мес, затем постоянно 2 раза в год
Доброкачественные опухоли яичников (кистома яичника)	Осмотр после операции и выписки из стационара и перед выходом на работу, в последующем 2—3 раза в год в течение 5 лет и снятие с учета при отсутствии жалоб и рецидива опухоли
Пролиферирующая муцинозная кистома. Пролиферирующая папиллярная кистома	Осмотр в течение первой недели после операции и выписки из стационара, в дальнейшем 1 раз в нед в продолжение 3—4 нед, в последующем — в зависимости от объема операции: после овариэктомии с сохранением другого яичника или

1	2
Гормональноактивные опухоли яичников: эстрогенопродуцирующие (текаклеточная, гранулезоклеточная), андрогенопродуцирующие (арренобластома, липидоклеточные опухоли)	части его в течение первого года 3—4 раза, а затем 2 раза в год; после экстирпации матки с придатками — через 3 и 6 мес, затем постоянно 2 раза в год Осмотр в течение первой недели после операции и выписки из стационара, в дальнейшем 1 раз в нед в продолжение 3—4 нед, затем через 3 мес в течение 1 года, в последующем 2—3 раза в год на протяжении 5 лет и постоянно 1—2 раза в год
Эндометриоз	
Эндометриоз матки (аденомиоз)	Осмотр в течение недели после обращения больной в консультацию; при проведении гормональной терапии в первые 2—3 мес не менее 2 раз в мес, в дальнейшем ежемесячно до окончания курса лечения. При оперативном лечении — в первую неделю после выписки, в дальнейшем 1 раз в нед в течение 3—4 нед, в последующем независимо от вида терапии — 1 раз в 3 мес до наступления менопаузы и снятие с учета при клиническом выздоровлении или значительном улучшении состояния
Эндометриоз яичников	Осмотр в первую неделю после операции и выписки из стационара, в дальнейшем 1 раз в нед в течение 2—3 нед, в последующем ежемесячно в течение 2—3 мес, затем 1 раз в 3 мес. Снятие с учета через 12 мес после клинического выздоровления или значительного улучшения состояния
Эндометриоз ректовагинальной перегородки	Осмотр 2 раза в мес в течение первых 2—3 мес, в дальнейшем ежемесячно до окончания первого курса лечения. При хирургическом лечении — осмотр после выписки из стационара. В последующем независимо от вида терапии 1 раз в 3 мес до наступления менопаузы и снятие с учета при выздоровлении или значительном улучшении состояния
Эндометриоз шейки матки	Осмотр 2 раза в мес (до и после менструации) в течение 1—2 мес. После иссечения участков эндометриоза — 1 раз в 3 мес. Наблюдение на протяжении 12 мес после клинического выздоровления и снятие с учета
Эндометриоз влагалища	Осмотр 2 раза в мес (до и после менструации) в течение 1—2 мес, в дальнейшем 1 раз в 3 мес. Наблюдение на протя-

1	2
	жении 12 мес после клинического выздоровления и снятие с учета
Неправильные положения и аномалии развития женских половых органов	
Неполное и полное выпадение матки и влагалища	Осмотр в первую неделю после операции и выписки из стационара, затем 1 раз в нед в течение 2—3 нед. Контрольный осмотр через 1—2 мес и снятие с учета при клиническом выздоровлении
Дисгенезия гонад	Наблюдение в детском возрасте осуществляется в детской поликлинике, при отсутствии в ней акушера-гинеколога наблюдение ведет врач женской консультации
Типичная форма, карриотип X0 (синдром Шерешевского—Тернера)	Осмотр при лечении анаболическими стероидами — 1 раз в 6 мес, в дальнейшем — при лечении женскими половыми гормонами — в течение первого года осмотр через 2—3 мес, в последующем — постоянно 1 раз в 6 мес
«Чистая» форма (карриотип, в основном, XX)	Осмотр в течение первого года лечения через 2—3 мес, в дальнейшем — постоянно 1 раз в 6 мес
Смешанная форма (XY)	Осмотр после начала лечения половыми гормонами 2—3 раза в течение первого года, затем постоянно 2 раза в год
Врожденный аденогенитальный синдром (простая вирилизующая форма)	Наблюдение в детской поликлинике, после наступления пубертатного периода в женской консультации. Постоянные осмотры при простой форме 2 раза в год, при появлении декомпенсации — 4—6 раз в год
Раннее половое развитие	Постоянное наблюдение 1 раз в 6 мес в детской поликлинике у педиатра и эндокринолога
Задержка полового развития	Осмотр 1 раз в 6 мес. После установления регулярного менструального цикла — наблюдение в течение 6 мес. Снятие с учета при достаточном развитии вторичных половых признаков и регулярном менструальном цикле в течение не менее 6 мес
Аплазия и атрезия влагалища при функционирующей матке	Осмотр после операции и выписки из стационара и перед выходом на работу, в дальнейшем 1 раз в нед в течение 3 нед, в последующем ежемесячно в продолжение 6 мес, затем 2 раза в год. Длительность наблюдения в зависимости от характера и объема операции. Снятие с учета при нормализации менструаций

1	2
Сочетание атрезии (аплазии) влагалища с аплазией матки	(создание оттока крови) и возможности половой жизни Осмотр в первую неделю после операции и выписки из стационара, в дальнейшем — 1 раз в нед в течение 3—4 нед, затем — ежемесячно в продолжение 3 мес. Контрольный осмотр — через 2 мес и снятие с учета при возможности половой жизни
Инфантилизм генитальный	Осмотр в зависимости от причины обращения женщины в консультацию (нарушение менструального цикла, бесплодие, невынашивание беременности). Длительность наблюдения зависит от степени выраженности инфантилизма, возраста больной, эффективности применяемой терапии. Снятие с учета при нормализации менструальной функции
Другие заболевания женской половой сферы	
Пузырно-влагалищные и уретро-вагинальные свищи. Мочеточничко-влагалищные свищи	Осмотр в первую неделю после операции и выписки из стационара, затем 1 раз в нед в течение 3—4 нед. В дальнейшем при отсутствии изменений в моче — через 2—3 мес, при дизурических явлениях или изменениях в моче — по показаниям. Наблюдение в продолжение 4 мес после выписки из стационара и снятие с учета при клиническом выздоровлении
Кишечно-влагалищные свищи	Осмотр в первую неделю после операции и выписки из стационара, затем 1 раз в нед в течение 2—3 нед. Контрольный осмотр через месяц и снятие с учета при заживлении свища
Женское бесплодие	Повторные осмотры в зависимости от применяемого метода исследования, но не реже 2 раз в 3 мес. При обследовании по тестам функциональной диагностики 2 раза в нед в течение 1—2 мес. Снятие с учета при наступлении беременности

Профилактические осмотры

Профилактическим гинекологическим осмотрам подлежат все женщины старше 18 лет, работающие, учащиеся или постоянно проживающие в районе деятельности женской консультации, а также женщины, снятые с диспансерного наблюдения. Целесообразны гинекологические профилактические осмотры девочек — учащихся старших классов, так как выявление возможных заболеваний и своевременное оздоровление девочек-подростков является залогом успешной подготовки их к здоровому материнству.

План проведения профилактических осмотров разрабатывается руководителем женской консультации и согласовывается с администрацией того предприятия или учреждения, в котором он будет организован. При проведении комплексных осмотров совместно с другими специалистами план утверждается городским или районным отделом здравоохранения.

При подготовке к осмотру необходимо иметь «Список лиц, подлежащих целевому медицинскому осмотру» (уч. ф. № 048), а на прошедших обследование составляется «Карта профилактически осмотренного» (уч. ф. № 047).

Для проведения профилактических осмотров нужно подготовить гинекологические и вспомогательные кабинеты, лабораторию. Организации их должна предшествовать большая санитарно-просветительная работа. Женщинам разъясняются цели и задачи профилактических осмотров, необходимость своевременного и регулярного проведения их. При обследовании девочек-подростков санитарно-просветительная работа должна проводиться не только с учащимися, но и с родителями и педагогами. Желательно перед проведением профилактических осмотров организовать семинары для врачей.

Каждая женщина должна быть обследована гинекологом 1 раз в год. При профилактическом осмотре обращается внимание на характер менструальной и детородной функции, наличие болевого синдрома, осматриваются наружные половые органы, промежность, область заднего прохода, влагалище и шейка с помощью влагалищных зеркал, берутся мазки для цитологического исследования, проводится кольпоскопия, двуручное или ректальное (девушкам и по показаниям) исследование, обследуются молочные железы.

В случае выявления какого-либо гинекологического заболевания или подозрения на него женщина направляется к участковому акушеру-гинекологу по месту жительства для уточнения диагноза, лечения и диспансерного наблюдения.

Большую роль в проведении профилактических осмотров, особенно неработающих женщин, играют смотровые кабинеты, которые организуются при поликлиниках и оснащаются всем необходимым для гинекологического осмотра. В смотровые кабинеты направляются все женщины, обращающиеся в поликлинику, независимо от возраста и характера заболевания, кроме больных, нуждающихся в экстренной помощи или находящихся на диспансерном учете у гинеколога. Регистратор или медицинская сестра соответствующего врачебного кабинета выдает направление в смотровой кабинет, акушерка которого после обследования женщины ставит штамп с отметкой о дате осмотра. Больная возвращает направление в регистратуру, где его наклеивают на амбулаторную карту.

В смотровом кабинете работают акушерки, которые выделяются главным врачом поликлиники из имеющегося у него штата средних медицинских работников. Подготовку акушерок

и методическое руководство их работой осуществляют акушер-гинеколог и онколог поликлиники, при отсутствии врача-гинеколога методическое руководство возлагается на заведующую одной из женских консультаций. Главный врач, заведующие отделениями и все сотрудники поликлиники должны постоянно разъяснять больным важность и необходимость посещения смотровых кабинетов. Акушерки смотрового кабинета, как правило, работают в две смены, начинают свою работу за полчаса до приема женщин специалистами поликлиники.

В смотровом кабинете выясняется состояние менструальной функции, проводятся осмотр и пальпация молочных желез, осмотр шейки матки с помощью зеркал, бимануальное и ректальное исследование, берутся мазки для цитологического исследования. При малейшем отклонении от нормы со стороны молочных желез или половых органов женщине выдается направление к хирургу или гинекологу, о чем делается соответствующая запись в журнале смотрового кабинета. Диагнозы, установленные акушеркой, являются ориентировочными и уточняются окончательно врачом соответствующего профиля. Сведения о выявленных акушеркой больных регулярно передаются в женские консультации.

Неотложная помощь

Основным видом работы врача женской консультации является оказание плановой амбулаторной лечебно-профилактической помощи. Помимо этого, могут выполняться несложные процедуры: диатермокоагуляция и электрокоагуляция шейки матки, взятие кусочков ткани для гистологического исследования, введение внутриматочных противозачаточных средств, парентеральные введения лекарственных препаратов, физиотерапевтическое лечение. В связи с этим в некоторых случаях акушер-гинеколог может оказаться в такой ситуации, когда при выполнении процедуры или на определенной стадии заболевания требуется неотложная медицинская помощь.

Кровотечение — часто встречающийся и наиболее опасный симптом ряда акушерских и гинекологических заболеваний. Для оказания эффективной неотложной помощи необходимо установить причину кровотечения. С этой целью обязательно и как можно бережнее производится осмотр наружных половых органов, влагалища и шейки матки с помощью зеркал, а также влагалищное исследование. Одновременно собирается анамнез, производится общий осмотр, оценивается состояние женщины.

Кровотечение, обусловленное разрывом варикозных сосудов вульвы и влагалища, наличием раковой язвы, хирургическим вмешательством, травматическими повреждениями мягких тканей, останавливается наложением гемостатических Z-образных отдельных кетгутовых швов или клеммированием зияющих со-

судов. При безуспешности указанных мероприятий производится тугая тампонада влагалища большим марлевым тампоном, обильно смоченным 10 % раствором хлористого кальция. Целесообразно предварительно приложить к раневой поверхности гемостатическую губку или вискозу. В ряде случаев показаны Т-образная давящая повязка и холод на область промежности.

В ранние сроки беременности маточное кровотечение возникает при самопроизвольных и криминальных выкидышах, пузырном заносе, шеечной беременности. Анамнез, осмотр отделяемого и двуручное влагалищное исследование позволяют уточнить диагноз.

Наличие мажущих кровянистых выделений не требует каких-либо вмешательств. При обильных и профузных кровотечениях, связанных с выкидышем, немедленно удаляются плодное яйцо и его остатки с помощью корнцанга или пальцев. Внутривенно вводится 1 мл метилэргометрина с 20,0 мл 40 % раствора глюкозы, показаны холод и тяжесть на низ живота.

При подозрении на шеечную беременность диагностические и лечебные манипуляции запрещаются. В случае обильного кровотечения как временная мера допустима тугая тампонада влагалища.

Нарушенная внематочная беременность, разрыв матки, печени, селезенки сопровождаются обильным внутренним кровотечением и симптомами острого живота. Срочное чревосечение для остановки таких кровотечений производится в стационаре.

Во второй половине беременности для предотвращения усиления кровотечения при предлежании плаценты или преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты необходимо придать женщине горизонтальное положение с приподнятым ножным концом, опорожнить мочевой пузырь, внутримышечно или внутривенно ввести спазмолитические препараты (но-шпа, атропин, папаверин).

Если кровотечение возникло при миоме матки с субмукозным расположением узлов, эндометриозе, полипозе эндометрия, злокачественных новообразованиях, дисфункциональных маточных кровотечениях, показана симптоматическая терапия: внутривенное введение 10,0 мл 10 % раствора хлористого кальция, 2,0—3,0 мл 1 % раствора викасола, 5,0 мл 5 % раствора витамина С, тампон с эфиром во влагалище или обработка шейки матки параами хлорэтила. Во всех случаях, если необходимо, одновременно производится внутривенное капельное или струйное введение кровезамещающих жидкостей (полиглюкин, реополиглюкин, желатиноль и др.).

После оказания неотложной медицинской помощи необходимо немедленно госпитализировать женщину в ближайший акушерско-гинекологический стационар. В ряде случаев в процессе транспортировки может потребоваться дальнейшая не-

отложная помощь. Если отсутствует специализированная акушерско-гинекологическая бригада, больная сопровождается в стационар врачом женской консультации. Женщина должна находиться в лежачем положении, быть тепло одетой, особенно в холодное время года. Нежелательна неосторожная и быстрая езда по плохим дорогам.

Обморок возникает в связи с сосудистой лабильностью при ранних и поздних токсикозах беременности, особенно часто на фоне повышенного психоэмоционального статуса, интоксикации, низкого артериального давления, иногда при резком изменении положения тела у женщин с лабильным состоянием сердечно-сосудистой системы или после введения некоторых лекарственных препаратов, например аминазина.

При обмороке женщину необходимо уложить на кушетку, обеспечить ей доступ свежего воздуха, вдыхание кислорода или нашатырного спирта. Если больная долго не выходит из обморока, внутримышечно вводится 1,0 мл 10 % раствора кофеина или 1,0 мл кордиамина.

При синдроме сдавления нижней полой вены, возникающем в положении беременной на спине, следует повернуть женщину набок или сместить матку в сторону.

Если обморочное состояние у женщин с повышенной болевой чувствительностью возникает в процессе производства биопсии, вакуум-аспирации, электрокоагуляции и т. д., дальнейшие манипуляции прекращаются. После выведения из обморока вводится 0,25 % раствор новокаина в парацервикальную клетчатку или проводится ингаляция закиси азота с кислородом, трилена. После купирования обморока госпитализация не требуется.

Обморочное состояние может быть симптомом угрожающего или начавшегося разрыва матки по рубцу после кесарева сечения и пластических операций на матке. В таких случаях показаны общий масочный наркоз эфиром или фторотаном и срочная госпитализация.

Коллапс, шок обуславливаются массивной кровопотерей, рефлекторными влияниями вследствие перфорации tuboовариальных образований, разрыва матки, капсулы кисты, прерывания внематочной беременности, апоплексии яичника.

Неотложная помощь проводится одновременно с мероприятиями по остановке кровотечения. При этом больная придается горизонтальное положение с опущенным головным концом, обеспечиваются согревание и ингаляция увлажненного кислорода. Внутривенно вводится 1,0 мл коргликона или строфантина с 20,0 мл 40 % раствора глюкозы, 2,0 мл кордиамина, 1,0 мл 2 % раствора промедола, 120—250 мг гидрокортизона. Полезен крепкий чай с небольшим количеством алкоголя. После оказания неотложной помощи больная немедленно госпитализируется, во время транспортировки продолжается терапия.

При **анафилактическом шоке** необходимо прекратить дальнейшее поступление аллергена: наложить жгут на конечность, в место инъекции ввести 0,5 мл 0,1 % раствора адреналина. В тяжелых случаях вводится 0,5 мл 0,1 % раствора адреналина с 20,0 мл 40 % раствора глюкозы внутривенно. При отсутствии эффекта через 10—15 мин повторяется инъекция адреналина подкожно или внутримышечно. Если артериальное давление не повышается, внутривенно капельно вводится норадреналин (5 мл 0,2 % раствора норадреналина разводят с 500 мл 5 % раствора глюкозы), дополнительно — кордиамин, кофеин, камфора, а при выраженном бронхоспазме, кроме того, внутривенно — 10 мл 2,4 % раствора эуфиллина с 20 мл 40 % раствора глюкозы. Одновременно применяются антигистаминные препараты (1—2 мл 2 % раствора супрастина или 2,5 % раствора пипольфена). Показаны ингаляция кислорода, внутривенное введение 1—2 мл 3 % раствора преднизолона с 5 % раствором глюкозы. Госпитализация осуществляется после купирования приступа.

Боль, как основной симптом, может возникать при перекруте тубоовариальных образований, дегенерации миоматозных узлов, самопроизвольных выкидышах, острых воспалительных процессах гениталий, эндометриозе, нарушениях менструального цикла (альгодисменорея).

При выраженном болевом синдроме применение анальгетиков допустимо только после установления точного диагноза. Как правило, эффективно внутримышечное или внутривенное введение 1 мл 2 % раствора промедола и 1 мл 1 % раствора димедрола, спазмолитических препаратов. Госпитализация в стационар по показаниям.

При тяжелых формах **нефротии и преэклампсии** требуется немедленный масочный фторотановый наркоз для устранения судорожной активности центральной нервной системы. После введения в наркоз внутривенно вводятся 4—6 мл дроперидола, 2 мл седуксена, 10 мл 2,4 % раствора эуфиллина и 10 мл 0,5 % раствора дибазола. Все необходимые манипуляции (катетеризация мочевого пузыря, влагалищное исследование, инъекции и т. д.) проводятся только под наркозом.

При **эклампсии** неотложная помощь оказывается в зависимости от фазы припадка. В первую фазу показан масочный фторотановый наркоз (эфирный наркоз нецелесообразен), во вторую и третью фазы — введение клина в полость рта, бережная фиксация больной, внутривенное или внутримышечное введение 1,0 мл 2 % раствора промедола и 2,0 мл раствора пипольфена. После прекращения судорог проводятся вспомогательная вентиляция легких кислородом и углубление анестезии фторотаном с последующим внутривенным введением препаратов для лечения тяжелых форм поздних токсикозов беременных. Госпитализация осуществляется после

купирования приступа с обязательной транспортировкой под общим масочным наркозом.

При **чрезмерно бурной родовой деятельности** показан общий масочный наркоз эфиром или фторотаном. Одновременно вводится 2 мл но-шпы, 4 мл 1 % раствора сигетина с 20 мл 40 % раствора глюкозы внутривенно, обеспечивается вдыхание кислорода. Госпитализация в ближайший акушерский стационар осуществляется под общим масочным наркозом.

Несвоевременное излитие околоплодных вод требует обязательного влагалищного исследования и выслушивания сердечных тонов плода. Если предлежащая часть фиксирована ко входу в малый таз и сердцебиение плода хорошее, лечебные мероприятия не требуются. При подвижной головке, тазовых, поперечных и косых положениях плода проводится профилактика внутриутробной гипоксии плода, а госпитализация осуществляется с приподнятым тазовым концом.

При **выпадении пуповины** женщине придается положение Тренделенбурга, предлежащая часть отодвигается и в таком положении беременная срочно госпитализируется. Если появляются признаки острой внутриутробной гипоксии плода, необходимо попытаться произвести ручное запроваждение пуповины за предлежащую часть. При выпадении мелких частей плода внутривенно вводится 2 мл дроперидола, стерильной салфеткой обворачивается выпавшая ручка или ножка и женщина госпитализируется.

Острая внутриутробная гипоксия плода проявляется ускорением сердцебиения плода до 160—170 ударов в мин с последующим быстрым его урежением до 100 ударов в мин и ниже, аритмией, глухостью сердечных тонов. Иногда наблюдается повышенная двигательная активность плода, отхождение мекония. Показано вдыхание увлажненного кислорода, внутривенное введение 50 мл 40 % раствора глюкозы, 1—2 мл кордиамина, 4 мл 1 % раствора сигетина, 5 мл 5 % раствора витамина С.

Качество и эффективность неотложной медицинской помощи в женской консультации во многом определяются своевременностью ее оказания. В связи с этим медицинский персонал должен быть предварительно обучен всем необходимым лечебным манипуляциям и процедурам, чтобы в экстремальных ситуациях квалифицированно выполнить их. Целесообразно заранее приготовить специальные комплекты, содержащие медикаменты и инструментарий, для оказания различных видов неотложной помощи.

Примерный состав комплектов: для борьбы с кровотечениями — пулевые щипцы, пинцет, иглодержатель с иглами, шовный материал (кетгут, шелк), кровоостанавливающие зажимы, стерильный перевязочный материал, гемостатическая губка, метилэргометрин, спазмолитики, эфир, хлорэтил, хлористый кальций, викасол, система для внутривенных введе-

ний, кровезамещающие жидкости (полиглюкин и др.); для борьбы с анафилактическим шоком — жгут, адреналин, норадреналин, кордиамин, камфора, кофеин, эуфиллин, пипольфен, преднизолон, система для внутривенных введений, глюкоза — 5 % раствор; для лечения тяжелых форм поздних токсикозов беременных — наркозная маска, фторотан, резиновый клин, языкодержатель, дроперидол, седуксен, эуфиллин, лазикс, дибазол, промедол, пипольфен.

Гигиена девочки и женщины

Гигиенические мероприятия, цель которых — сохранение, укрепление здоровья женщины и профилактика гинекологических заболеваний, проводятся с раннего детского возраста с учетом анатомо-физиологических особенностей развития женского организма и в первую очередь предусматривают правильное выполнение им основной биологической задачи — материнства. Правила личной гигиены учитывают особенности развития женщины в различные периоды ее жизни (новорожденная, девочка дошкольного, школьного возраста и периода полового созревания, беременная, женщина в климактерическом периоде).

Гигиена новорожденной должна быть направлена в первую очередь на профилактику гнойничковых заболеваний кожи и вульвовагинитов. Особое внимание нужно обратить на наличие гормональных половых кризов, выражающихся в набухании молочных желез и появлении умеренных кровянистых выделений из половых путей на 3—7-й день после рождения, которые проходят в течение 2—3 нед при соблюдении общепринятых гигиенических мероприятий.

Вскармливание детей должно быть грудным, регулярным, со своевременным включением докорма, соков и препаратов, предупреждающих развитие рахита.

Перед обработкой половых органов новорожденных и грудных детей необходимо тщательно мыть руки, так как у детей легко возникают кольпиты и вульвиты, приводящие к атрезиям и рубцовым изменениям. Половые органы обмываются теплой водой с мылом после каждого испражнения. Небольшие влагалищные выделения легко удаляются при обмывании вульвы.

Соблюдение гигиены новорожденной постоянно контролируется участковым педиатром, при необходимости акушером-гинекологом.

Гигиена девочки дошкольного возраста должна учитывать особенности растущего детского организма и специфику развития будущей женщины. Поэтому участковый педиатр (при необходимости и акушер-гинеколог) с раннего детства должен следить за физическим развитием девочки и проводить дальнейшую профилактику рахита, нарушения развития костной системы (особенно таза, позвоночника), детских инфекцион-

ных и тяжелых хронических заболеваний (ревматизм, туберкулез, анемия, эндокринопатии и др.).

Особое внимание следует обращать на профилактику воспалительных заболеваний наружных и внутренних половых органов, которые часто возникают при несоблюдении личной гигиены, глистной инвазии (острицы), контакте с большими горюеями.

На 6-м году жизни девочки наблюдается ускоренный рост половых органов. В этот период необходимо проводить профилактику полового инфантилизма, которая заключается в рациональном разнообразном питании, правильном использовании физических факторов (физкультура, подвижные игры на воздухе, водные процедуры), достаточном отдыхе. Нужно избегать физического переутомления, длительного пребывания на солнце.

После тяжелых детских инфекционных заболеваний иногда развиваются гипофункция яичников и воспалительные изменения в половых органах, которые должны быть своевременно выявлены и санированы.

Для девочек школьного возраста характерны быстрый рост и наступление полового созревания. Ранняя половая зрелость обычно приводит к прекращению роста. Средний возраст появления менструации 11—15 лет (на юге страны 10—12, на севере 14—16 лет).

При появлении предменструального синдрома и нарушении менструации режим должен быть особым, вплоть до освобождения от учебы и физических упражнений.

В особом уходе нуждаются девочки с появлением менархе. К этому времени девочка должна быть осведомлена о физиологической сущности менструаций и их регулярной повторяемости в будущем. Соблюдение чистоты наружных половых органов в период созревания (особенно в дни менструаций) чрезвычайно важно. Необходимо обучить девочек пользоваться менструальными повязками (лучше ватными с тонким слоем марли, ежедневно сменяемыми). В этот период следует избегать интенсивного труда и спортивных занятий, умственной перегрузки. Педагоги и родители должны знать об особенностях характера девочки в период становления менструального цикла и в течение каждой менструации. Хотя во время их девочку не следует считать больной, но помнить о некотором снижении ее умственной и физической трудоспособности, а также общей сопротивляемости организма необходимо. В период полового созревания девочка в наибольшей степени предрасположена к различным заболеваниям и расстройствам всех органов и систем организма.

Параллельно с появлением менструации происходит увеличение молочных желез, щитовидной железы, емкости легких, размеров таза, быстрый рост волос на лобке и в подмышечных впадинах. Меняются возбудимость нервной системы, характер

и настроение. В это время требуется особый режим, а в ряде случаев — обследование и применение седативных средств.

Во все периоды жизни женщины, а во время полового созревания в особенности, важное значение наряду с соблюдением правил личной гигиены имеют гигиена отдыха, питания, одежды, занятия физкультурой и спортом.

Продолжительность ночного сна должна быть не меньше 9 ч, иногда рекомендуется послеобеденный сон (1—2 ч). Необходимо строго соблюдать распорядок дня, способствующий закреплению условнорефлекторных связей и ритмичному функционированию физиологических отправлений. Одежда должна быть свободной, не стесняющей и не сдавливающей тело.

В детском возрасте повышены обмен веществ и потребность в калориях, связанные с необходимостью постоянного образования новых тканей. Поэтому в рационе девочек должно быть предусмотрено прежде всего достаточное количество белков (мясо, творог, яйца, молоко). Необходимое количество жиров и углеводов не должно вместе с тем приводить к ожирению. Как авитаминозы, так и избыток витаминов неблагоприятно влияют на растущий организм, приводят к расстройствам менструального цикла. У девочек отмечается тенденция к атонии кишечника и мочевого пузыря, которая может усугубиться из-за ложной стыдливости своевременно (нередко во время урока) посетить туалет. Переполненные мочевой пузырь и прямая кишка способствуют развитию аномалий положения половых органов, особенно матки, застойным явлениям и нарушениям менструальной функции. Регуляция стула имеет такое же важное значение, как и режим приема пищи. При запорах следует употреблять овощи, черный хлеб, чернослив, регулирующие кишечную перистальтику, как крайний вариант — слабительные средства. Мочевой пузырь нужно опорожнять через каждые 3—4 ч, нельзя удерживать мочу до его перерастяжения.

Особое внимание следует уделить гигиене одежды. Одежда должна учитывать направление моды, эстетические требования, но в то же время соответствовать погоде, времени года и не нарушать кровообращения (тугие резиновые пояса, подвязки и т. д.). Нательное белье (трусики, рубашки, бюстгалтеры, чулки) должно быть изготовлено из натурального сырья (хлопок, лен, шерсть). Трусики девочек во избежание загрязнения вульвы следует менять или стирать ежедневно. До окончания формирования скелета и таза девочкам не рекомендуется обувь с высокими каблуками и негнушейся подошвой.

Гигиена девочки обязательно предусматривает регулярные занятия физкультурой и спортом, проводимые не только в школе, но и дома. Комплекс упражнений подбирается с учетом возраста и индивидуальных особенностей ребенка.

Санитарно-просветительная работа среди девочек проводится родителями, педагогами, медицинскими работниками во

все возрастные периоды. Особое место в системе пропаганды санитарных занятий имеют беседы и лекции о половом воспитании. Эта тема освещается в литературе, по радио и телевидению, в популярных брошюрах. В формировании психики девочки первостепенное значение имеют домашнее воспитание, отношения между родителями в семье.

Девушка, вступающая в брак, должна готовиться к рождению и воспитанию потомства. Наилучшим возрастом вступления в брак для женщины считается 20—21 год, для мужчин — 24—25 лет.

Вопрос о способности женщины к зачатию и деторождению решается при гинекологическом осмотре, а в особых случаях — при обследовании в стационаре.

Первое половое сношение обычно сопровождается надрывом девственной плевы, при котором могут быть разрывы стенок влагалища и сводов, что сопровождается кровотечением (иногда обильным), болями и требует хирургического ушивания. Незначительные надрывы через 5—7 дней самостоятельно заживают. В этот период следует соблюдать тщательную гигиену и на 4—5 дней воздержаться от следующих половых сношений. Резкая болезненность в начале половой жизни, грубое отношение мужа может привести к вагинизму. При наличии плотной девственной плевы необходимо произвести ее рассечение. Иногда дефлорация не сопровождается болью и кровотечением.

В период менструации нужно воздерживаться от половых сношений с целью профилактики воспалительных заболеваний. Каждая женщина, живущая половой жизнью, должна вести табель-календарь и фиксировать начало и продолжительность менструации. При желании регулировать семью участковый акушер-гинеколог должен подобрать противозачаточное средство, объяснить сущность его действия и правила пользования.

Частота половых сношений зависит от состояния здоровья, темперамента и возраста супругов. Нежелательны частые половые сношения и длительные перерывы в половой жизни.

Гигиена женщины в климактерическом периоде тесным образом связана с изменением функции всей нервной системы, нарушением гормонального равновесия, обменных процессов, рефлекторно-сосудистыми расстройствами и анатомо-физиологическими изменениями в половых органах. Гигиенические мероприятия заключаются в соблюдении общего режима, уходе за телом, в постоянном врачебном контроле за состоянием половых органов, сердечно-сосудистой системы и др.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Воспалительные процессы женской половой системы занимают первое место (55—60 %) в структуре гинекологической заболеваемости и являются одной из причин возникновения

бесплодия, внематочной беременности, расстройств менструальной функции, невынашивания беременности, эндометриоза, доброкачественных и злокачественных новообразований.

Возбудителем воспалительных заболеваний гениталий в 70 % случаев является стафилококк, реже кишечная палочка, стрептококк, гонококк, трихомонады, микобактерии туберкулеза, анаэробы, микоплазмы и вирусы. Нередко, в 41 % случаев, наблюдаются ассоциации двух-трех микробов. Роль возбудителей велика лишь в острой стадии заболевания. В дальнейшем его течении важное значение имеют нарушения функций нервной, сосудистой систем, обмена в очаге воспаления, сенсбилизация и иммунологическая реактивность организма. Воспалительные заболевания чаще всего возникают после аборт, патологических родов, менструации, начала половой жизни, больших и малых хирургических вмешательств и некоторых диагностических манипуляций (биопсия шейки матки, зондирование и выскабливание матки, метросальпингография, гидро- и аэротубация), реже при применении внутриматочных контрацептивов. Судить о возбудителе воспаления можно лишь при взятии материала из очага инфекции или при обострении воспалительного процесса и повторном выделении однотипных микробов из цервикального канала.

Неспецифические воспалительные заболевания

Вульвит может быть первичным и вторичным. Первичные вульвиты возникают редко — при травмах покровного эпителия, загрязнениях (недостаточная чистоплотность женщины), особенно при нарушении обмена веществ (диабет), малокровии и других заболеваниях, ослабляющих реактивность организма. Чаще наблюдаются вторичные вульвиты, появляющиеся вследствие раздражения и мацерации вульвы выделениями из выше расположенных очагов воспаления (эндометрит, эндометриоз, кольпит). Они могут возникать при пиелитах, циститах и мочеполовых свищах, когда инфицированная моча увлажняет и мацерирует вульву.

Женщины жалуются на боли, жжение, зуд, усиливающиеся при мочеиспускании. В острой стадии вульвит сопровождается отеком, покраснением больших и малых губ, клитора, преддверия влагалища. Поверхность вульвы покрывается слизистыми выделениями, которые, подсыхая, склеивают половые губы, а иногда возникает воспаление больших желез преддверия — острый бартолинит. Проникновение возбудителей в клетчатку вульвы может привести к возникновению флегмоны с тяжелыми общими явлениями. Нередко воспаление вульвы сопровождается увеличением паховых лимфатических узлов. Отмечаются повышение температуры тела, недомогание. По мере стихания воспаления боли ослабевают, покраснение

и отек уменьшаются. Вульвит чаще заканчивается полным выздоровлением, но иногда принимает подострое, а изредка и хроническое течение (симптомы остаются маловыраженными в течение длительного периода).

Лечение сводится к устранению причин, способствующих возникновению вульвита (диабета, гельминтоза, гонореи, воспалительных заболеваний влагалища, шейки матки), общеукрепляющему лечению. В острой стадии показаны постельный режим, антибактериальная и общеукрепляющая терапия, местно — холод до стихания острых явлений. Вульва обмывается теплым раствором перманганата калия (1 столовая ложка 2 % раствора на 1 л теплой кипяченой воды). Салфетки, смоченные в этом растворе, меняют 5—6 раз в день в течение 3—4 сут. При зуде исключаются из пищи острые и соленые блюда, применяются бром с валерьяной, снотворное, местно — кварцевое облучение вульвы, 5 % анестезиновая или кортикостероидная мази. В подострой стадии назначаются теплые (38—39°) сидячие ванны с перманганатом калия или настоем ромашки продолжительностью 10—15 мин 2—3 раза в день.

Фурункулез вульвы — гнойное воспаление волосяных мешочков сальных желез, нередко с вовлечением в процесс клетчатки вульвы. Этиология та же, что и вульвитов.

На коже появляются небольшие плотные узелки темно-красного цвета. Вокруг воспаленной волосистой луковицы развивается отек ткани, которая в дальнейшем подвергается некрозу и отторгается. Образование фурункулов сопровождается болями, с отторжением стержня боли стихают, рана ~~за-~~полняется грануляциями и покрывается эпителием.

Лечение. На участки расположения фурункулов накладываются антибактериальные мази, кожа вокруг них обрабатывается спиртом. До прекращения острого воспаления и отторжения стержня проводится антибиотикотерапия, при затяжном хроническом течении — аутогемотерапия, введение гамма-глобулина, антистафилококкового гамма-глобулина, стафилококкового анатоксина.

Бартолинит — острое воспаление большой железы преддверия влагалища. Железа увеличивается с одной или обеих сторон, становится болезненной, при надавливании из выходного отверстия выделяется серозный или гнойный экссудат. Вначале поражается выводной проток, слизистая оболочка которого гиперемизируется, набухает, наступает десквамация дегенеративного эпителия, и проток железы закрывается — образуется ложный абсцесс (псевдоабсцесс). Увеличенная воспаленная железа выпячивает внутреннюю поверхность половых губ, закрывая вход во влагалище. При пальпации в толще отечной губы определяется болезненная тугоэластической консистенции железа. Если возникает псевдоабсцесс, общее состояние нарушается мало, температура тела становится суб-

фебрильной, однако боли могут быть интенсивными. При проникновении возбудителей в окружающие железу ткани образуется истинный абсцесс с более тяжелым течением. Появляются выраженная гиперемия вокруг воспаленной железы, отек половых губ, резкие боли, нередко увеличиваются паховые лимфатические узлы, повышается температура тела. Вовлечение в процесс клетчатки вульвы ведет к образованию флегмоны, вплоть до гангрены, что вызывает тяжелую общую реакцию организма.

Хронический бартолинит часто рецидивирует, характеризуется маловыраженными явлениями воспаления, незначительными болями, которые могут вовсе отсутствовать, более плотной консистенцией железы. При длительном существовании хронического бартолинита в полости железы накапливается жидкий экссудат, слизь, образуется безболезненная опухоль — ретенционная киста эластической консистенции, без явлений воспаления.

Лечение в острой стадии: покой, холод, обезболивание (свечи с белладонной, антипирином, промедол), антибиотикотерапия. При образовании абсцесса лечение хирургическое в условиях стационара.

Остроконечные кондиломы встречаются на поверхности больших и малых половых губ, в области промежности, наружного отверстия прямой кишки, паховых складок, во влагалище и на шейке матки. Причиной возникновения их, как и бородавок, является фильтрующий вирус (цитомегаловирус). Развитие процесса усиливают обильные выделения из влагалища, особенно у беременных, у которых этому способствует общий прогрессивный пролиферирующий процесс в тканях. Кондиломы имеют вид узелков на длинной ножке, состоящих из нескольких долек. Внешне они напоминают бородавчатые разрастания, могут располагаться раздельно или сливаться в целые конгломераты, напоминающие цветную капусту, вызывая неприятное ощущение инородного тела. Кондиломы легко подвергаются инфицированию, что приводит к некрозу отдельных узелков, появлению обильного гнойного отделяемого с резким зловонным запахом, изъязвлениям на месте отторгшихся тканей.

Лечение длительное. Прежде всего необходимо устранить причину, способствующую возникновению кондилом (гонорея, трихомонады и другая инфекция, глистная инвазия). Небольшие кондиломы присыпают резорцином с борной кислотой, обрабатывают ваготилом, предварительно смазав вазелином кожу вокруг них. При значительном разрастании кондиломы удаляют в стационаре.

Кольпит вызывается трихомонадной инвазией, септической инфекцией, кишечной флорой, кандидами, редко гонококками, часто смешанной флорой. Возникновению его способствует нарушение трофики тканей влагалища под влиянием общих

и местных причин. Из общих причин большое значение имеет нарушение овариальной функции, которая влияет на процесс гликогенообразования в эпителии влагалища, что ведет к снижению кислотности влагалищного содержимого и развитию патогенной флоры. Изменения трофики влагалища наблюдаются и при болезнях обмена (диабет), общих инфекционных заболеваниях. Местные причины возникновения кольпитов — несоблюдение правил личной гигиены, зияние половой щели при старых разрывах промежности, опущение стенок влагалища, регрессивные процессы в пожилом и старческом возрасте. Кольпиты бывают первичные и, чаще, вторичные, возникающие при воспалении шейки матки, придатков, когда стекающие выделения вызывают мацерацию слизистой оболочки, способствуя внедрению инфекции. По клиническому течению и патогистологическим изменениям различают простой, или серозно-гнойный, гранулезный, эмфизематозный, дифтеритический, или гангренозный, старческий, трихомонадный и грибковый кольпит.

Простой, или серозно-гнойный, кольпит встречается наиболее часто. Заболевание вызывается смешанной гноеродной флорой; формы проявления его различны: от простого катара с незначительными изменениями слизистой оболочки до тяжелого гнойного воспаления с изъязвлениями. Больные жалуются на серозно-гнойные выделения, неприятные ощущения, жжение, резкую болезненность при половом сношении и влагалищном исследовании. При осмотре в зеркалах слизистая оболочка влагалища резко гиперемирована, отечна, местами эрозирована и покрыта гнойным отделяемым.

Гранулезный кольпит характеризуется теми же клиническими симптомами, что и простой, только слизистая оболочка влагалища при данной патологии резко утолщена, темно-красного цвета с мелкими, величиной с булавочную головку, зернистыми бугорками малинового цвета, окруженными красными ободками. Зернистость обусловлена воспалительной инфильтрацией сосочкового слоя. Эпителий, покрывающий эти возвышения, мацерирован, легко слущивается, при исследовании появляются серозно-кровянистые выделения. Лечебные мероприятия направлены на устранение факторов, способствующих возникновению кольпита. Проводятся общеукрепляющая терапия, подмывание наружных половых органов, спринцевания с раствором перманганата калия, настоем ромашки, молочной кислоты, обработка влагалища антибактериальными мазями.

Дифтеритический, или гангренозный, кольпит возникает как осложнение общих инфекционных заболеваний (скарлатина, дифтерия, тифы), криминального аборта или при некротизирующем действии некоторых химических веществ (соли ртути). На слизистой оболочке влагалища образуются налеты в виде некротических пленок различных оттенков. Характерной особенностью гангренозного кольпита является обширная десквамация эпителия влагалища с последующим полным или частич-

ным заращением или сужением его. Тяжесть заболевания зависит не только от местной, но и от общей реакции организма на инфекционное заболевание или отравление. Больным гангренозным кольпитом вводится антитоксическая противодифтерийная сыворотка подкожно по 20 000—30 000 АЕ по Безредке. Кроме того, проводится антибактериальная и общеукрепляющая терапия, влагалище обрабатывается антибактериальными мазями.

Старческий кольпит наблюдается у женщин в менопаузе, когда угасает функция яичников, слизистая оболочка подвергается атрофическим процессам, в эпителии уменьшается запас гликогена, снижается кислотность влагалищного секрета, вплоть до перехода в щелочную реакцию, что способствует развитию патогенной флоры. Заболевание может протекать вяло, не вызывая жалоб у больной, иногда отмечаются зуд и жжение. Если появляются гнойно-кровянистые выделения, необходимо исключить злокачественные новообразования влагалища, шейки, матки, маточных труб.

При лечении применяются спринцевания с настоем ромашки, молочной кислоты, обработка влагалища 1 % раствором галаскорбина, витаминизированными мазями (рыбий жир, масло шиповника, облепихи, мази с алоэ, коланхоэ, витаминизированный детский крем). Нельзя применять тампоны, так как можно травмировать слизистую оболочку, и прижигающие средства.

Грибковый кольпит (молочница влагалища) встречается чаще у беременных. Возбудителем является плесневой грибок, который при благоприятных условиях (щелочность среды) внедряется в поверхностные слои эпителиального покрова влагалища и вызывает появление беловатого налета в виде пятен, распространяющихся до сводов и иногда переходящих на шейку матки. Налет располагается поверхностно, легко снимается ватным тампоном, не оставляя после себя изъязвлений. Микроскопически в нем обнаруживается мицелий гриба молочницы. Клиническое течение характеризуется обильными выделениями, зудом, жжением во влагалище, иногда болезненностью при мочеиспускании.

При лечении применяется внутрь один из противогрибковых препаратов — нистатин, гризеофульвин, леворин, декаминовая карамель. Для удаления пленок стенки влагалища протираются 4 % раствором пищевой соды или 10—20 % раствором буры в глицерине. Можно применять борную кислоту — 2—3 чайные ложки порошка засыпается через зеркало во влагалище. Проводится также соответствующая общеукрепляющая терапия.

Эмфизематозный кольпит — редкая форма заболевания, развитие которого связано со способностью возбудителя к газообразованию, чаще наблюдается у беременных. Слизистая оболочка влагалища покрывается мелкими прозрачными, иногда желтоватыми пузырьками, наполненными газом.

Стенки влагалища протираются раствором перманганата калия вначале ежедневно 1 раз в день, затем через 2—3 дня до исчезновения явлений воспаления.

Трихомоноз. Заболевание вызывается влагалищной трихомонадой, которая заносится половым путем из уретры мужчин. Внеполовое заражение наблюдается редко. Трихомонады интенсивно размножаются в щелочной и слабокислой среде. Щелочная реакция наблюдается при наличии газообразующего диплококка. Доказано отсутствие антагонизма между трихомонадами и гонококками, и в 60 % случаев гонорея осложняется трихомонозом. Гонококк, нарушая биологический режим влагалища, создает благоприятные условия для активации и размножения латентно вегетирующих трихомонад. Трихомоноз — заболевание многоочаговое. Чаще всего наблюдается кольпит, ему нередко сопутствует уретрит, цервицит, иногда проктит.

В клинике заболевания преобладают явления кольпита. Больные жалуются на бели, зуд, жжение в области наружных половых органов. Слизистая оболочка влагалища гиперемирована, иногда зернистого вида, кровоточит. Задний свод влагалища наполнен пенистыми, светлого или желтого цвета выделениями с примесью гноя, иногда отделяемое имеет чисто гнойный характер. При длительном течении заболевания на шейке матки обнаруживается поверхностная первичная эрозия, на бедрах — стойкая пигментация. В хронической стадии гиперемия слизистой оболочки почти незаметна, но выделения не исчезают.

Уретра и мочевого пузырь у женщин поражаются редко — в 10—15 % случаев (короткая уретра промывается мочой). Трихомонадный уретрит по клинике напоминает гонорейный и характеризуется кратковременным ощущением жжения при мочеиспускании. Если трихомоноз распространяется на верхние мочевые пути, появляются боли в пояснице, температура тела может повышаться до 38—39°. Эти симптомы быстро проходят в покое, при обильном питье и применении сульфаниламидов.

При поражении шейки матки наблюдается гиперемия вокруг наружного зева, слизисто-гнойные выделения из канала шейки матки. Заболевание характеризуется затяжным течением и склонностью к рецидивам. Если лечение мужа не проводится, возможна реинфекция. Иногда проявления трихомоноза мало выражены, и часто возникает трихомонадоносительство.

Диагноз трихомоноза устанавливается на основании характерных клинических данных и микроскопического исследования выделений из влагалища, шейки матки и уретры в нативных препаратах в затемненном поле зрения немедленно или после окраски мазков по Романовскому.

Лечение. Для достижения эффекта необходимо обследовать и одновременно лечить мужа, воздействовать на все очаги обитания трихомонад у женщины (влагалище, уретра, шейка

матки), проводить терапию сопутствующих заболеваний. Хорошее действие оказывают нитрофурановые соединения: фуразолидон внутрь по 0,1 г 3 раза в день в течение 10 сут, припудривание порошком (фуразолидон — 0,25 г и молочный сахар — 100 г); метронидазол (трихопол, флагил, орвагил, клион) — принимается внутрь по 0,25 г 2 раза (в первые дни по 3 раза) в день в течение 7—10 сут. Общая доза на курс для взрослых 5 г. Метронидазол выпускается также в таблетках по 0,5 г для введения во влагалище, применяется один раз в день в течение 10—20 сут. Препарат может проникать через плаценту, поэтому его не следует назначать беременным (особенно в первые 3 мес). Относительно высокой противотрихомонадной активностью обладает трихомонацид, применяется внутрь по 0,3 г 2—3 раза в сут после еды на протяжении 3—5 дней и местно в глобулах во влагалище по 0,025—0,05 г в течение 10 дней после менструации, в продолжение трех циклов. Одновременно обрабатываются уретра, мочевого пузыря и прямая кишка (после опорожнения) в первый день лечения, затем повторно шейка матки на 4-й, а уретра и прямая кишка на 8-й день. В уретру, мочевого пузыря и прямую кишку при помощи шприца вводят 10 мл 0,25—0,5 % взвеси трихомонацида на вазелиновом масле, в канал шейки матки — таблетки (0,025—0,05 г) или порошок. Положительный результат получен от применения лютенурина, который вводится во влагалище в виде 0,5 % эмульсии, или 0,1—0,5 % водных растворов, или глобулей по 0,003 г препарата в течение 10—20 дней. Канестен, оказывающий действие на грибы и трихомонады, вводится во влагалище в таблетках по 0,1 г в течение 6 дней и в растворе по 0,2 г на 20 мл физиологического раствора. Препарат нельзя применять во время менструации. Критерий излеченности определяется в течение трех менструальных циклов (отрицательный результат бактериоскопии перед менструацией и после нее).

Эндоцервицит возникает в результате проникновения возбудителей инфекции в канал шейки матки, которому способствуют невосстановленные разрывы шейки, опущения влагалища и шейки матки, использование нерациональных противозачаточных средств. Эндоцервициту часто сопутствуют эрозия шейки матки, кольпит, эндометрит, сальпингоофорит.

Симптомы эндоцервицита даже в острой стадии могут быть слабовыраженными. В основном больные жалуются на бели. При осмотре определяется отечная шейка матки с ярко-красным ободком слизистой оболочки у наружного зева, с гнойными или слизисто-гнойными выделениями из цервикального канала. При влагалищном исследовании выявляется слегка болезненная, особенно в области крестцово-маточных связок, шейка матки, которая остается подвижной, пока воспалительный процесс не выходит за ее пределы.

Для острого эндоцервицита неспецифической этиологии характерно отсутствие воспаления уретры, парауретральных

ходов и выводных протоков больших вестибулярных желез. Острые явления вскоре стихают, секрет из гнойного становится слизистым, уменьшается гиперемия, вокруг наружного зева остается красноватый ободок эпителия шеечного канала.

Лечение заболевания проводится с учетом возбудителя. При вирусном эндоцервиците применяют тетрациклин (местно), при неспецифическом — гигиенические спринцевания (настой ромашки, 0,5 % раствор борной или молочной кислоты), ванночки с 3 % раствором перекиси водорода, введение эмульсий с антибиотиками, сульфаниламидами. В хронической стадии показана физиотерапия.

Эрозия шейки матки. При длительном течении эндоцервицита в патологический процесс кроме слизистой оболочки вовлекаются и другие ткани шейки, появляется ее утолщение (цервицит), в результате чего может образоваться эрозия. Хроническое воспаление шейки, часто обостряясь, сопровождается длительным истечением выделений, что приводит к мацерации и слущиванию покрывающего наружный зев эпителия и образованию истинной эрозии, которая имеет ярко-красную окраску, легко кровоточит и через 1—2 нед переходит в псевдоэрозию. Последняя по морфологической структуре бывает трех видов: простая, или железистая, возникающая при I стадии эпителизации истинной эрозии; фолликулярная, образующаяся на II стадии заживления, и папиллярная, представляющая наиболее тяжелое поражение воспалительным процессом не только эпителиальных покровов, но и стромы шейки, а чаще всего смешанная (железисто-фолликулярная, фолликулярно-папиллярная). Макроскопически псевдоэрозия представляет собой неправильной формы участок красноватого цвета с гладкой или бархатистой поверхностью, по периферии ее видны эпителизация плоским эпителием и наботовы кисты. Эрозия нередко образуется при вывороте слизистой оболочки канала шейки матки, ее разрывах — ложный эрозированный эктропион (истинный наблюдается на неповрежденной шейке, нередко в детском возрасте, у девушек и представляет врожденную эктопию цилиндрического эпителия и замещение им плоского вокруг наружного зева). При длительном течении воспалительного процесса слизистая оболочка шеечного канала гипертрофируется, выпячиваясь в виде складок в его просвет, может возникнуть полип шеечного канала, который протекает бессимптомно и иногда дает контактные кровотечения.

При кольпоцервикоскопическом исследовании выделяют следующие доброкачественные патологические состояния шейки матки: эктопия цилиндрического эпителия, доброкачественная зона трансформации, экзо- и эндоцервицит, истинная эрозия и грануляционная ткань при неизменном эпителии и других доброкачественных и патологических процессах, атрофия слизистой оболочки у женщины в детородном периоде, субэпителиальный эндометриоз, кровоизлияния и телеангиэктазия.

Для лечения истинной эрозии показана обработка ее рыбьим жиром, маслом облепихи, эмульсиями, содержащими антибиотики или сульфаниламидные препараты. Противопоказаны прижигающие средства (нитрат серебра и др.). Лечение псевдоэрозии более сложно: цервикальный канал и эрозированная шейка матки обрабатываются ваготилом, показана общеукрепляющая и стимулирующая терапия (экстракт алоэ внутримышечно). Однако проводить такое лечение длительное время не рекомендуется. Тяжелые морфологические изменения тканей при фолликулярной и папиллярной эрозиях не поддаются консервативной терапии, поэтому пораженные ткани необходимо разрушить или удалить. После кольпоскопии и биопсии показана электрокоагуляция шейки. При эрозированном эктропие без деформации шейки производится пластическая операция, при деформирующих разрывах — электроэксцизия или ампутация шейки матки. Для профилактики эндометриоза электрокоагуляцию и электроэксцизию необходимо производить с учетом фазы менструального цикла, чтобы очередная менструация произошла на струп или на заэпителизованную шейку, но не на раневую поверхность, т. е. в начале первой фазы или в конце второй, за 2—3 дня до менструации. Весьма перспективным является применение при доброкачественной патологии шейки матки лазеро- и криотерапии.

Эндометрит, метроэндометрит. При эндометрите под воздействием проникающих в матку микробов и их токсинов функциональный, а нередко и базальный слой слизистой оболочки ее подвергается воспалительным изменениям с последующим омертвением и отторжением. Слизистая оболочка утолщается, гиперемиируется, отекает, инфильтрируется лейкоцитами, покрывается серо-грязным гнойным налетом. Эпителиальный покров местами некротизируется и десквамируется. В подэпителиальном слое образуется «защитный вал» из лейкоцитов, способствующий купированию воспалительного процесса. При глубоком проникновении инфекции в лимфатические щели и кровеносные сосуды миометрия возникает метроэндометрит, образуются глубокие периваскулярные инфильтраты — метрофлебиты.

Воспаление половых органов выше внутреннего зева шейки матки вызывает общую интоксикацию — недомогание, повышение температуры тела, учащение пульса, боли внизу живота, гнойные или гнойно-кровянистые выделения из матки, меноррагии: В крови — лейкоцитоз, сдвиг белой формулы крови влево, повышение СОЭ. Матка увеличена, болезненна, мягковатой консистенции, при поражении только эндометрия — не увеличена, малобезболезненна или вовсе безболезненна.

Острая фаза воспаления слизистой оболочки матки продолжается 4—5 дней. За это время микробы выводятся из полости матки вместе с распадающейся и отторгающейся слизистой оболочкой, функциональный слой восстанавливается за счет

базального слоя эпителия, в результате чего может наступить самоизлечение. Однако такой исход не всегда возможен, так как практически только рано начатое лечение может привести к полному выздоровлению. Даже и при лечении воспалительный процесс часто распространяется по лимфатическим щелям и сосудам на базальный эндометрий и мышечный слой — развивается метроэндометрит. При высокой вирулентности инфекции и низкой реактивности организма в воспалительный процесс вовлекаются покрывающая матку брюшина и окружающая клетчатка. В результате может развиться тромбофлебит (метрофлебит) и даже сепсис. У женщин пожилого возраста вследствие сужения шейечного канала, сморщивания тканей и воспалительной экссудации возникает пиометра, которая может протекать без выраженных симптомов. Однако чаще она проявляется тупыми резкими схваткообразными болями внизу живота, длительным повышением температуры тела. Если шейечный канал закрыт частично, появляются гнойные или кровянисто-гнойные выделения. После опорожнения матки снижается температура тела, боли прекращаются, состояние больной улучшается, уменьшаются выделения. Такое течение заболевания может повторяться через различные промежутки времени. При старческой пиометре определяется шаровидно увеличенная мягкая матка и атрофированная шейка. При длительном существовании пиометры матка может быть и плотной консистенции.

Если в течение 2—3 циклов не нормализуется менструальная функция, острый эндометрит переходит в хронический, для которого характерны очаговые воспалительные инфильтраты в слизистой оболочке матки вокруг желез и кровеносных сосудов, в тяжелых случаях склероз сосудов и фиброз стромы, в связи с чем изменяется способность эндометрия воспринимать гормональную стимуляцию, что приводит к нарушению менструальной функции.

Больные указывают на обильные длительные менструации или скудные предменструальные, пост- и межменструальные мажущие кровянистые выделения. Кровотечения связаны как с нарушением сократительной функции мышцы матки и поражением эндометрия, так и с расстройством функции яичников, обусловленным воспалением. Нередко женщин беспокоят бели, временами усиливающиеся боли внизу живота и в области крестца. Хроническое воспаление матки обычно не сопровождается изменениями в составе белой и красной крови (иногда повышается СОЭ). Наблюдается умеренное увеличение и уплотнение матки. При увеличении матки, округлых контурах ее, фиксации кзади и меноррагиях необходимо исключить аденомиоз (метрография в первые два дня после менструации). Диагноз хронического эндометрита подтверждается гистологическим исследованием (очаговые скопления круглоклеточных элементов вокруг сосудов или фиброз, коллагенизация отдель-

ных участков глубоких слоев эндометрия). Диагностическое выскабливание производится по показаниям при подозрении на полипоз, ановуляторные циклы и др.

Лечение в острой стадии заболевания стационарное.

При хроническом метроэндометрите назначаются физиотерапевтические процедуры. Для нормализации функции яичников проводятся гормонотерапия и лечение сопутствующих заболеваний (печень, желудочно-кишечный тракт и др.).

Сальпингоофорит. Воспаление маточных труб (сальпингит) почти всегда наступает при попадании инфекции восходящим путем, чаще всего во время менструации, в послеабортном и послеродовом периодах. Первым этапом заболевания нередко является эндоцервицит. Правосторонний сальпингит может развиваться при аппендиците, левосторонний — при сигмоидите, колите, возможен метастатический путь инфицирования при ангине, гриппе, пневмонии. Развитие процесса начинается с гиперемии, набухания и отечности слизистой оболочки — возникает эндосальпингит. Поверхностный слой эпителия подвергается омертвлению — некрозу, сращиванию и изъязвлению. Многочисленные складки слизистой оболочки, лишенные эпителия, склеиваются между собой, образуя слепые ходы и полости с застоем серозного или гнойного содержимого (гландулярный сальпингит). Узость канала в интрамуральной части способствует тому, что уже при катаральном сальпингите вследствие набухания слизистой оболочки маточный конец трубы становится непроходимым для скопившегося в ней экссудата, который вытекает в брюшную полость через ампулярный конец. Вокруг трубы образуются спайки, закрывающие брюшное отверстие и ограничивающие воспаление. Серозный, серозно-гнойный экссудат, накапливаясь в запяянной трубе, растягивает ее стенку вначале в более податливом ампулярном отделе, а затем и в интерстициальном, превращая трубу в продолговатую эластическую опухоль, располагающуюся сбоку и кзади от матки (гидросальпинкс). Труба, фиксированная спайками, может оказаться кзади или впереди от матки. Гидросальпинкс увеличивается быстро или медленно и достигает иногда больших размеров (до мужского кулака). Сращения гидросальпинкса с вторично вовлеченным в воспалительный процесс яичником могут сопровождаться разрушением перегородки между ними, в результате чего образуется tuboовариальная киста, наполненная прозрачным содержимым, окруженная спайками и плотно сращенная с задним листком широкой связки.

Если в трубе скапливается гнойный экссудат (пиосальпинкс), воспаление принимает более тяжелое течение. В процесс вовлекаются слизистая, мышечная и серозная оболочки, что приводит к утолщению трубы. Слизистая оболочка подвергается некрозу и замещается соединительной тканью. С вовлечением в процесс серозного покрова образуются множест

венные сращения трубы с яичником и соседними органами. Растянутая гноем труба, окутанная множественными спайками, обычно не достигает больших размеров, образуется конгломерат — аднекстумор. В начале формирования экссудата гной жидкий с вирулентными микробами, затем становится густым и нередко стерильным, если не присоединится вторичная инфекция.

Симптомы простого катарального эндосальпингита могут быть выражены незначительно (боли внизу живота и в паховых областях, отдающие в крестец) или отсутствовать совсем. При вовлечении в процесс мезосальпинкса (широкая связка, богатая рецепторами) нередко появляются перитонеальные явления, высокая температура тела. В крови — лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Менструации часто принимают характер меноррагий. При катаральном сальпингите симптомы слабо выражены и нередко затушевываются признаками воспаления матки, влагалища. Диагноз заболевания устанавливается путем влагалищного исследования, которое необходимо проводить крайне осторожно, так как содержимое трубы в острой стадии богато патогенными микробами и инфекция может распространиться в толщу трубы и брюшную полость.

При раннем и правильном лечении катаральных форм острого сальпингита после нескольких недель может наступить полное восстановление анатомии и функции маточных труб. Сращения, образующиеся в области наружного отверстия трубы, рассасываются трудно и препятствуют восстановлению генеративной функции.

Как правило, одновременно развиваются гнойные процессы в брюшине (пельвиоперитонит), а иногда и в параметрии (параметрит). Экссудат, в том числе и гной, скапливается в заматочном пространстве, иногда в значительном количестве, располагается под опухолью трубы и заполняет полость малого таза. Острый пиосальпинкс характеризуется гектической температурой (размахи в 1—2 °), тяжелой интоксикацией, болями внизу живота и характерной картиной крови (высокий лейкоцитоз, увеличенная СОЭ, сдвиг белой формулы крови влево). При пиосальпинксе иногда развивается гнойный лимфангоит маточной трубы, который становится источником метастазирования в отдаленные органы.

Воспалительные процессы в яичниках в большинстве случаев проявляются изменениями типа периоофорита. Паренхима поражается главным образом при тяжелых общих инфекционных заболеваниях, при инфицировании желтого тела в редких случаях образуется пиоварий. Если микробы попадают в полость лопнувшего фолликула, в свежее желтое тело, образуется небольшой гнойник. Вирулентная инфекция и снижение сопротивляемости организма ведут к быстрому распространению воспаления на всю ткань яичника. При гнойном поражении яичника, находящегося в тесном контакте с воспаленной тру-

бой, стенка последней может расплавиться с образованием трубно-яичникового абсцесса.

Воспаление придатков матки в большинстве случаев сопровождается изменением менструальной функции в связи с расстройством гормональной функции яичников. В острой стадии заболевания менструальная функция нарушается не всегда, в хронической наблюдается дисфункция яичников, проявляющаяся в основном продолжительными ациклическими кровотечениями.

Особенно опасны гнойные воспаления придатков матки — пиосальпинкс, пиоварий, которые могут прорваться в брюшную полость, прямую кишку или мочевого пузырь. При намечающемся прорыве гнойника в брюшную полость усиливаются боли в животе, появляются симптомы раздражения брюшины, тошнота, рвота, состояние больных резко ухудшается. Если намечается прорыв в прямую кишку, отмечаются тенезмы, выделения слизи, нередко поносы, а при угрозе прорыва в мочевой пузырь — частые и болезненные позывы к мочеиспусканию. После прорыва гнойника в мочевой пузырь или в прямую кишку боли прекращаются, температура снижается до субфебрильной, улучшается общее состояние, однако полного излечения не наступает, так как остаются узкие извилистые ходы и свищи, через которые не происходит полное опорожнение, тем более что гнойники бывают многокамерными. При закупорке свищевого отверстия комочками гноя или некротической тканью состояние больных ухудшается — возобновляются боли, появляются ознобы, повышается температура. Такое перемежающееся течение болезни может тянуться долго и привести к амилоидному перерождению внутренних органов, когда хирургическое вмешательство оказывается запоздалым.

Лечение хронических сальпингоофоритов требует длительной рассасывающей, общеукрепляющей, стимулирующей (биостимуляторы) и десенсибилизирующей терапии, нормализации нарушенных функций нервной и эндокринной систем. При часто рецидивирующих процессах в связи с истощением функции надпочечников и с целью десенсибилизации целесообразно назначать кортикостероиды — гидрокортизон, преднизолон. Гидрокортизон вводится внутримышечно по 100—75—50—25—15—10 мг, доза снижается ежедневно. Преднизолон применяется по следующей схеме: 1 таблетка 3 раза в день, 1 таблетка 2 раза в день, 1 таблетка в день, 0,5 таблетки в день, доза снижается через 2—3 сут. Противопоказаниями к их применению являются гипертоническая и язвенная болезни, сахарный диабет, нефрит, психозы, декомпенсация сердечной деятельности, недавно перенесенные операции. При повторных назначениях препаратов для профилактики надпочечниковой недостаточности и атрофии надпочечников необходимо вводить стимулирующие дозы АКТГ по 20—40 ЕД внутримышечно. Лечение заболевания в острой стадии или при обостре-

нии хронического процесса проводится в стационаре. Мешотчатые опухоли (гидро- и пиосальпинкс), а также аднекситы и аднекстумора, не поддающиеся консервативной рассасывающей терапии, подлежат хирургическому лечению.

Параметрит — воспаление околоматочной клетчатки — в зависимости от локализации бывает боковой, наиболее часто задний и передний. В 2/3 случаев он возникает при пуэрперальной инфекции, разрывах шейки матки и верхней трети влагалища. Инфекция может проникнуть в параметральную клетчатку при трещинах заднего прохода, разрывах шейки после абортов, геморрое, выскабливании, зондировании полости матки, биопсии шейки, из парапроктита, гематогенным путем при гриппе и других общих инфекционных заболеваниях. При параметрите она распространяется лимфогенным путем. Чаще всего воспалительный процесс локализуется в пределах параметрия, но может переходить на соседние отделы, захватывая всю клетчатку малого таза (пельвиоцеллюлит). При переходе воспаления на околопузырную клетчатку инфильтрат распространяется по задней поверхности передней брюшной стенки, принимая форму треугольника с вершиной, обращенной к пупку; задний параметрит может распространиться вверх забрюшинно, вплоть до почечной области, а также вниз, на паравагинальную клетчатку, вызвав паравагинит. Консистенция инфильтрата зависит от стадии воспаления. При I стадии (серозный параметрит) инфильтрат мягкий, пропитан серозным выпотом, при II — выпадают нити фибрина и инфильтрат становится плотным, в III стадии (гнойный параметрит) происходит абсцедирование, расплавление инфильтрата.

Заболевание начинается остро с озноба, повышения температура тела до 39°, болей внизу живота и крестце, особенно усиливающихся при вовлечении в процесс нервных сплетений или брюшины. Вначале в области очага воспаления определяется пастозность, а через 2—3 дня начинает отчетливо контурироваться болезненный инфильтрат тестоватой, а затем плотной консистенции, неподвижный, располагающийся между боковой поверхностью матки и стенкой таза. Боковой свод уплощается, слизистая оболочка теряет подвижность. При одностороннем параметрите матка смещается в противоположную сторону, при двустороннем — кверху и кпереди. Так как инфильтрат расположен вне брюшины, верхняя пальпаторная и перкуторная границы его совпадают. При своевременном и правильном лечении температура держится 1—2 нед, инфильтрат постепенно рассасывается. Сравнительно редко происходит его нагноение. Температура тела становится ремиттирующей, в крови растет лейкоцитоз, сдвиг белой формулы влево, резко повышается СОЭ. Если гнойник своевременно не вскрыть, он сам прорывается в мочевой пузырь или прямую кишку. При угрожающем прорыве его возникают соответственно дизурические расстройства или тенезмы и поносы. Гной

может проложить себе путь над пупартовой связкой, через седалищное отверстие между сосудами на ягодицу, а также под пупартовой связкой на бедро, в околопочечную область. На месте его прорыва сначала отмечается выпячивание, затем появляются покраснение кожи и флюктуация. Лечение параметрита проводится в стационаре.

Пельвиоперитонит чаще встречается как вторичный процесс при переходе инфекции на брюшину из матки, придатков или клетчатки. Заболевание возникает в результате прободения матки при выскабливании, повреждения заднего свода при акушерских операциях, прорыва гнойных образований придатков матки в полость малого таза, попадания на брюшину химических веществ (йодолипола), механического раздражения брюшины оставленным после операции инородным телом. Кроме париетальной воспаляется брюшина, покрывающая матку, мочевой пузырь и прямую кишку. Пельвиоперитонит бывает адгезивный, с наклоном к сращениям, и экссудативный, который в зависимости от стадии воспаления делится на серозный, серозно-геморрагический, серозно-фибринозный и гнойный. Фибринозные наложения способствуют образованию спаек сальника и петель кишок с тазовыми органами, изолируя воспалительный очаг в малом тазу от брюшной полости. Если заболевание протекает очень бурно, а очаг ограничивается недостаточно энергично, брюшная полость может не изолироваться и пельвиоперитонит перейдет в общий перитонит.

Клиника пельвиоперитонита зависит от тяжести поражения брюшины и распространения процесса. При адгезивной форме симптомы болезни развиваются медленно. Больная отмечает небольшие боли внизу живота, субфебрильное повышение температуры, пальпаторно определяется болезненность и небольшое напряжение брюшной стенки. Перитонеальные явления сохраняются недолго, температура тела скоро становится нормальной, общее состояние больной улучшается. Однако часто образуются спайки, склеивающие петли кишок с органами малого таза, что вызывает боли, нарушение функции кишечника, снижение трудоспособности. В тяжелых случаях пельвиоперитонит по своему началу напоминает общий перитонит: появляются высокая температура тела, нередко озноб, резкие боли внизу живота, задержка стула и газов, тошнота, рвота, вздутие и напряжение живота, положительный симптом Щеткина — Блюмберга, но при аускультации выслушивается перистальтика кишечника. Спустя 1—2 сут состояние больной ухудшается, вздутие живота ограничивается нижней его частью, начинает пальпироваться верхняя граница образовавшегося воспалительного конгломерата, причем перкуторная граница его располагается ниже пальпаторной. Отмечаются резистентность и болезненность сводов, особенно заднего. При своевременной терапии высокая температура тела постепенно снижается, выпот рассасывается. В других случаях

в конце первой недели заболевания температура становится ремиттирующей, появляются признаки нагноительного процесса. Состояние больной ухудшается, явления пельвиоперитонита нарастают: усиливаются боли внизу живота, количество лейкоцитов повышается до $(20-25) \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ достигает 30—60 мм/ч. Если в полости малого таза накапливается большое количество гноя, процесс распространяется вверх и может достигнуть пупка. Образовавшийся гнойный очаг необходимо вскрыть посредством задней кольпотомии, после чего температура тела критически падает и наступает улучшение состояния больной.

Лечение пельвиоперитонита должно проводиться в стационаре.

Гонорея

Гонорея передается половым путем, внеполовое заражение (через белье, губку, полотенце) наблюдается очень редко. Для возбудителя заболевания — гонококка характерны бобовидная форма диплококка, внутриклеточное расположение, хорошая окраска метиленовым синим, отрицательная окраска по Граму. Гонококк избирательно поражает слизистые оболочки, покрытые цилиндрическим эпителием (уретра, парауретральные ходы, выводные протоки больших вестибулярных желез, цервикальный канал, матка, маточные трубы, покровный эпителий яичников, тазовая брюшина, прямая кишка). Слизистая оболочка влагалища, покрытая многослойным плоским эпителием, устойчива к гонорейной инфекции, но при разрыхлении, отечности или атрофии ее у беременных, девочек, при инфантилизме, в менопаузе возможно возникновение гонорейного кольпита. Гонококк легко проникает в глубь тканей через неповрежденную слизистую оболочку, распространяется каналикулярно в отличие от септической инфекции, проникающей лимфогенным и гематогенным путями, погибает в закрытых полостях от собственного токсина, при температуре выше 40° и высыхании. Иммунитет к гонококку не вырабатывается, поэтому возможна реинфекция. Продолжительность инкубационного периода зависит от реактивности организма и вирулентности возбудителя и составляет от 1—4 дней до 3 нед, чаще 7—15 дней. Попав на слизистую оболочку, через 2—3 дня гонококк проникает в субэпителиальный слой, где образуется интенсивный воспалительный процесс с экссудатом (вначале серозным, а затем гнойным), который пропитывает ткани и вымывается на поверхность слизистой оболочки вместе с гонококками. В эпителиальном покрове происходят дегенеративные изменения и некроз, сопровождающиеся десквамацией эпителия, обнажаются нижние слои слизистой оболочки с образованием эрозий. Затем наступают процессы регенерации и пролиферации, которые иногда происходят настолько бурно и интенсивно, что

не только восстанавливается дефект поверхностных клеток, но и образуется значительное разрастание эпителия с образованием полипов и кондилом. Воспалительный инфильтрат в слизистой и подслизистой оболочках принимает выраженный очаговый характер и постепенно замещается соединительной тканью. Если лечение не проводится, процесс развивается дальше, соединительная ткань переходит в рубцовую, что приводит к непроходимости маточных труб и бесплодию, нарушению мочеиспускания при рубцовых сужениях уретры. Гонококки, распадаясь, освобождают значительное количество эндотоксина в железах уретры, шейки и придатках матки, который, проникая в кровь, вызывает головные боли, упадок сил, потерю аппетита. Гонотоксин может поражать суставы (моноартриты), периферические нервы, клапаны и внутреннюю оболочку сердца. Через некоторое время происходит перестройка реактивности организма, и он становится нечувствительным к гонококку. Этим можно объяснить случаи непроявляющейся инфекции. При изменении реактивности организма под воздействием эндо- или экзогенных факторов и в результате обострения процесса гонококки с экссудатом вновь появляются из глубины тканей, возникает рецидив заболевания.

В основу классификации гонореи положены длительность заболевания и клиническое течение болезни. Различают две формы: 1) свежую, с длительностью заболевания до 2 мес, которая разделяется на острую, подострую и торпидную, и 2) хроническую.

При свежей торпидной, или малосимптомной, гонорее у больных обнаруживаются гонококки при незначительных симптомах заболевания. Хронической считается вялотекущая гонорея при длительности заболевания более 2 мес или с неустановленной его давностью.

При заполнении извещения о венерическом больном (уч. ф. № 089) указываются две формы гонореи — острая и хроническая. Впервые выявленные свежие формы с давностью заболевания до 2 мес регистрируются как острая гонорея. По степени распространения различают гонорею: нижнего отдела половой системы (до внутреннего зева шейки матки) и мочевыводящих путей (канала шейки матки, уретры, парауретральных ходов и выводных протоков больших вестибулярных желез) и верхнего отдела — восходящую (метрит, придатки матки, брюшина).

Гонорея нижнего отдела мочеполовых органов у большинства больных протекает без субъективных ощущений, только 30 % женщин предъявляют те или иные жалобы. Одному из ведущих симптомов болезни — белям многие женщины не придают значения, считая их физиологическими. Смешанная инфекция характеризуется резкой гиперемией и отечностью наружных гениталий. Наиболее часто поражаются уретра (90 % случаев) и слизистая оболочка цервикального канала (85—90 %). Обыч-

но наблюдается одновременное поражение уретры и шейки матки, реже вестибулярных желез, парауретральных ходов и еще реже прямой кишки.

Гонорейный уретрит сопровождается дизурическими расстройствами — частым мочеиспусканием, болью и жжением в начале его. Эти расстройства встречаются значительно реже, чем при мужском уретрите, так как женская уретра очень короткая (3—4 см), легко растяжима и хорошо промывается мочой, что способствует удалению гонококков. Хотя у 50—70 % женщин дизурические явления не наблюдаются, однако при осмотре в острой стадии заболевания обнаруживаются гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия (губок уретры), слизисто-гнойные или гнойные выделения, нередко содержащие гонококки. На ощупь уретра мягкая. При распространении инфекции на парауретральные ходы отмечается гиперемия в области их выводных протоков. Хронический уретрит характеризуется маловыраженной гиперемией в области наружного отверстия уретры, мутноватыми, скудными выделениями, пальпаторно уретра определяется в виде плотного тяжа.

Гонорейный вульвит и вульвит первично развиваются лишь у девочек, у женщин обычно возникают под воздействием воспалительного секрета, вытекающего из влагалища и уретры. Гонорейный вульвит встречается при инфантилизме, у беременных и после наступления менопаузы. В остром периоде определяются гиперемия тканей и отек вульвы, малые губы отекают и склеиваются, резко болезненны при прикосновении и надавливании. Вследствие мацерации и слущивания эпителия образуются эрозии, покрытые гнойным налетом. Женщины отмечают зуд, жжение, боли в области вульвы и обильные выделения, разъедающие вульву, промежность и внутреннюю поверхность бедер.

Гонорейный бартолинит встречается относительно часто. Вначале поражаются выводные протоки желез (каналикулит), появляются гиперемия вокруг наружных отверстий их — «гонорейные пятна», слизисто-гнойные выделения. При поражении протока на всем протяжении пальпируется удлиненная болезненная опухоль, в хронических случаях стенки его уплотняются и становятся безболезненными. При склеивании стенок выводного протока образуется ложный абсцесс большой вестибулярной железы. Если произойдет вторичное инфицирование (стафилококк, стрептококк, кишечная палочка), может возникнуть истинный абсцесс с вовлечением окружающих тканей, иногда и паховых лимфатических желез, который характеризуется температурной реакцией, нарушением общего состояния, болью в области вульвы, увеличением и болезненностью железы, отечностью и гиперемией окружающих тканей. В хронической стадии бартолинита уплотняются ткани желез, уменьшается гиперемия вокруг отверстий выводных протоков. Иногда происходит закупорка протока с образованием ретенционной кисты.

Гонорейный кольпит наблюдается очень редко у детей, беременных и женщин в менопаузе.

Наиболее частым заболеванием гонорейной этиологии является поражение шейки матки — *гонорейный эндоцервицит, цервицит* (в острой стадии — в 40—50 % случаев, в хронической — в 90—95 %). Многочисленные разветвления желез, щелочная среда и питательные вещества из сецернирующих желез шеечного канала создают благоприятные условия для вегетации гонококков. Глубоко ветвящиеся железы способствуют длительному пребыванию в них гонококков, вследствие чего шейка является хроническим резервуаром инфекции. Под влиянием гонококкового эндотоксина поражается слизистая оболочка цервикального канала, повреждается и сращивается покровный эпителий. Гонококки проникают в шеечные железы и подэпителиальный слой, образуя воспалительные инфильтраты. Глубокое поражение тканей обуславливает длительное течение заболевания. В острой стадии отмечаются обильные выделения из влагалища, иногда незначительные боли внизу живота, при осмотре шейки в зеркалах определяются покраснение вокруг наружного зева, истинная эрозия, иногда эктопия слизистой оболочки канала шейки.

В хронической стадии больные не предъявляют жалоб, гиперемия не выражена, отмечаются слизистые выделения, вокруг наружного зева псевдоэрозия и наботовы кисточки (в последних могут сохраняться гонококки в течение большого периода времени). При длительном существовании воспалительного процесса нередко возникает гипертрофия шейки матки — хронический цервицит.

Сравнительно редкая локализация гонорей — *гонорейный проктит*. Заболевание возникает вторично вследствие затекания выделений, содержащих гонококки, из половых путей, не вызывает жалоб, не распознается и служит источником частых рецидивов. Процесс локализуется в нижнем отрезке прямой кишки на 3—4 см выше наружного сфинктера. В острой стадии сопровождается болезненностью акта дефекации, тенезмами, ощущением жжения, зуда в области заднего прохода. Кожа вокруг анального отверстия гиперемирована, отечна, местами мацерирована, в области сфинктера имеются трещины. При ректоскопии видна очагово гиперемированная и отечная слизистая оболочка, в некоторых местах покрытая гнойным отделяемым. После удаления гноя обнаруживаются эрозии. Если лечение не проводится, может наступить заживление язвочек с образованием рубцового сужения прямой кишки. В хронической стадии жалобы почти полностью отсутствуют, при обследовании иногда обнаруживаются экзематозные изменения вокруг заднего прохода или инфильтрированные грубые складки вокруг анального отверстия, испражнения покрыты слизисто-гнойными выделениями. У большинства больных ректит протекает бессимптомно.

Гонорея верхнего отдела половой системы. При несвоевременной диагностике и неправильном лечении гонореи нижнего отдела процесс распространяется выше внутреннего зева шейки матки: на эндометрий (21 % случаев), придатки матки (91 %) и тазовую брюшину (9 %). Возникновению восходящей гонореи способствуют менструация, послеродовой и послеабортный периоды, диагностические манипуляции — зондирование, метросальпингография, гидро- или аэротубация, эксцессы половой жизни, физическое напряжение, езда на велосипеде. Патологические процессы при эндометрите, сальпингоофорите и пельвиоперитоните гонорейной и септической этиологии имеют много общих черт. В то же время существуют характерные для гонореи признаки, которые очень важны для своевременной диагностики и лечения.

Гонорейный эндометрит развивается при попадании гонококков из шейки матки в железы и межэпителиальные щели эндометрия. Если заражение происходит после менструации, родов или аборта, поражается базальный слой эндометрия. В результате этого воспалительный процесс тормозит регенерацию эпителия и последующие циклические изменения в эндометрии. Очередная менструация значительно запаздывает, бывает продолжительной, обильной и болезненной. В таких случаях при задержке менструации и увеличении матки нередко диагностируют беременность. Менструальная функция восстанавливается обычно через 3—4 мес, если воспалительный процесс не перешел на придатки и исчезли изменения в эндометрии.

Женщин беспокоят боли внизу живота и крестце, отдающие в бедра; повышение температуры тела, особенно при затруднении оттока из матки, до 38—39°; общая интоксикация; слизистые выделения из цервикального канала, усиливающиеся в связи с обострением эндоцервицита. Вскоре выделения становятся жидкими, обильными, серозно-гнойными, появляются расстройства менструальной функции — мено- и метроррагии.

Гонорейный сальпингоофорит. Маточные трубы поражаются одновременно с маткой двусторонне (септический сальпингоофорит нередко бывает односторонним). Вначале развивается эндосальпингит, при котором слизистая оболочка гипертрофируется, отекает, в трубе накапливается экссудат (серозный, серозно-гнойный, гнойный). Если лечение начать своевременно, продукты воспаления рассасываются и может наступить полное выздоровление с восстановлением просвета трубы. При прогрессировании заболевания воспалительный процесс распространяется в толщу стенок трубы, слизистая оболочка еще более гипертрофируется и закрывает маточный конец ее. Складки слизистой оболочки слипаются и срастаются, так как с них слущивается эпителий, в результате возникают замкнутые полости с гнойным содержимым (пиосальпинкс) ретортообразной формы. Поверхность трубы окружают

сращения с петлями кишок, сальником, маткой, мочевым пузырем, просвет брюшного конца трубы закрывается, фимбрии склеиваются и втягиваются в него. В острой стадии пиосальпинкс может прорваться в полые органы и инфицировать их, в результате образуются незаживающие свищи. Особенно опасен прорыв пиосальпинкса в свободную брюшную полость с возникновением перитонита.

В хронической стадии преобладают рубцово-спаечные процессы, маточные трубы деформируются, моторная функция и проходимость их нарушаются. Яичники инфицируются гонококками из абдоминальных отделов труб. Воспалительный процесс в яичниках может быть различной тяжести: гиперемия ускоряет созревание фолликула и вызывает явления гиперполименореи. При тяжелом течении заболевания возникают нагноение, абсцессы с разрушением фолликулярного аппарата, что может привести к временной или постоянной гипоплии аменорее. В хронической стадии при гибели яичниковой ткани могут образовываться трубно-яичниковые кисты. Такие изменения бывают и при септической инфекции.

Воспаление брюшины малого таза — *гонорейный пельвиоперитонит* — чаще возникает вторично и сопутствует гонорейному процессу в придатках матки. Заболевание характеризуется склонностью к образованию спаек и сращений, что способствует быстрому отграничению процесса, в отличие от септического пельвиоперитонита, который медленнее отграничивается, чаще сопровождается образованием гнойного экссудата и более значительной интоксикацией.

Клиника гонорейного и септического сальпингоофорита и пельвиоперитонита сходна, в то же время в острой стадии гонорейного процесса у многих женщин отмечаются сильные боли, высокая температура тела, тахикардия, диспептические явления, симптомы раздражения брюшины, значительная болезненность, отечность и увеличение придатков матки. Но, в отличие от заболеваний септической этиологии, эти симптомы быстро стихают, процесс переходит в подострую, а затем в хроническую стадию. Хронический сальпингоофорит ведет к расстройству менструальной функции, бесплодию, внематочной беременности, болевому синдрому, невынашиванию беременности, часто сопровождается снижением моторной функции кишечника, спастическими явлениями.

Для воспаления придатков матки гонорейной этиологии характерны двусторонний процесс у первично, иногда и вторично бесплодных женщин, а также сочетание двустороннего сальпингоофорита и других очагов инфекции нижнего отдела мочеполовой системы.

Диагноз устанавливается на основании данных анамнеза, осмотра и специального лабораторного исследования.

По данным клинического обследования можно заподозрить гонорейную этиологию воспалительного процесса, но для под-

тверждения диагноза решающими являются лабораторные исследования, проводимые следующим образом.

Все очаги поражения нижнего отдела мочеполовой системы протираются сухим стерильным ватным тампоном, затем в виде соскоба берется отделяемое на 2 предметных стекла: первый мазок для ориентировочной окраски метиленовым синим, второй для окраски по Граму. Перед взятием отделяемого из уретры больная 3—4 ч не должна мочиться. При хронической гонорее бактериоскопический метод позволяет поставить диагноз лишь после провокации. Искусственное обострение воспалительного процесса для обнаружения гонококков достигается путем химической провокации — смазывание слизистой оболочки уретры и шеечного канала раствором Люголя или нитрата серебра (для уретры 1—2 %, для шейки — 3—5 %), прямой кишки — раствором Люголя; биологической — внутримышечное введение 300—500 млн микробных тел гоновакцины; алиментарной — прием острой, соленой пищи, пива; термической — индуктотермия (в 1-й день — 30—40 мин, во 2—3-й — 50 мин), лечебные грязи. Целесообразно использовать комбинированные методы провокации обострения процесса. Исследования проводятся в течение трех суток через 1—3 дня после провокации. Биологической провокацией является менструация — мазки берутся на 2—3-й день. Одновременно с бактериоскопией необходимо проводить бактериологическое исследование после провокации. Посев производится на специальную питательную среду — мясо-пептонный агар.

При выявлении гонорейных заболеваний наблюдение и лечение проводится в венерологическом диспансере, для чего на выявленную больную заполняется специальное извещение (уч. ф. № 089).

Критерий излеченности определяют через 7—10 дней после окончания лечения. Проводится бактериоскопическое или бактериологическое исследование всех очагов инфекции, а затем комбинированная провокация — инъекция гоновакцины (500 млн — 1 млрд м. т.) или вакцины с пирогеналом (200 МПД), смазывается уретра и нижняя часть прямой кишки 1 % раствором Люголя на глицерине, а шеечный канал 5 % раствором азотнокислого серебра. В течение трех дней подряд исследуются мазки на гонорею со всех очагов поражения. При отсутствии гонококков лечение прекращается до наступления ближайшей менструации. Во время менструации берутся мазки, а по окончании ее повторяется провокация с исследованием мазков в продолжение трех дней. Такие исследования проводятся на протяжении трех менструальных циклов. При отрицательных результатах больная снимается с учета.

Туберкулез женской половой системы

Генитальный туберкулез представляет собой общий инфекционный процесс, развитие которого зависит от реактивности организма и условий внешней среды. Половые органы инфицируются микобактериями туберкулеза гематогенным путем вторично, чаще из легких, реже из кишечника и других очагов. Инфицирование происходит в детстве, но клинически заболевание проявляется позже — в период полового созревания, с началом половой жизни или в более зрелом возрасте при неблагоприятном воздействии факторов внешней и внутренней среды (переохлаждение, неполноценное питание, нервное или физическое перенапряжение, заболевания). Наиболее часто туберкулезом поражаются маточные трубы (85—90 % случаев), реже матка (35—40 %), яичники (15—20 %), сравнительно редко шейка матки, влагалище и вульва (1—2 %). Различают экссудативную форму генитального туберкулеза с появлением серозного выпота, казеозно-серозных скоплений, продуктивно-пролиферативную со слабовыраженной экссудацией, возникновением туберкулезных бугорков и фиброзно-склеротическую позднюю стадию процесса с образованием спаек, рубцов, склерозированием тканей.

Клиника генитального туберкулеза разнообразна, зависит от степени поражения половых органов, реактивности организма и условий среды. Для всех форм заболевания характерны медленное развитие, длительное волнообразное течение, обострения весной и осенью, при переохлаждении, переутомлении, отсутствие эффекта от обычного противовоспалительного лечения, в том числе физиотерапевтических и бальнеологических процедур.

Данные гинекологического исследования при туберкулезе придатков матки в основном не отличаются от таковых при воспалении другой этиологии. Однако иногда можно выявить безболезненный, диффузный дефанс брюшной стенки по всему животу (туберкулез брюшины, длительно сохраняющийся даже после клинического выздоровления).

В некоторых случаях в заднем своде и вдоль крестцово-маточных связок определяются мелкие четкообразные узелки (осумкованные воспалительные опухоли с казеозным распадом или инфильтратом), а также четкообразные утолщения на всем протяжении маточных труб, низкое расположение ампулярных частей труб, обширные плотные сращения их с тазовой брюшиной и малая болезненность при пальпации. При экссудативно-продуктивной форме туберкулеза маточных труб выявляются узелковые поражения или мешотчатые опухоли различных размеров. Казеозные формы туберкулеза придатков матки обычно сочетаются с воспалением матки, висцеральной и париетальной брюшины и проявля-

ются высокой температурой и кровотечением, иногда, в хронической стадии, не имеют выраженных симптомов и устанавливаются случайно во время операции.

Туберкулез матки часто протекает как малосимптомный эндометрит. После перенесенного в детстве туберкулеза матки размеры ее бывают меньше нормы. При туберкулезной инфильтрации миометрия матка увеличивается, уплотняется, ограничивается в подвижности за счет вовлечения в процесс крестцово-маточных связок, располагается низко в малом тазу. Если казеозные формы эндометрия переходят на мышечный слой, особенно в случаях присоединения другой инфекции и накопления гноя, матка может резко увеличиться. Характерно нарушение менструальной функции. Если поражается внутренний слой, процесс легко диагностируется пробным выскабливанием — биопсией эндометрия. Заболевание миометрия установить труднее, для этого требуются дополнительные методы обследования (туберкулезные пробы, гистеросальпингография). Исход туберкулезного эндометрита зависит от стадии заболевания: при поражении функционального слоя возможно самоизлечение за счет десквамации слизистой оболочки во время менструации. При тяжелых процессах в матке происходит разрушение слизистой оболочки с железами, соединительная ткань замещает все дефекты матки рубцами, возникают синехии, что приводит к частичной или полной облитерации полости матки с последующей аменореей.

Туберкулез шейки матки. Первичное поражение шейки матки наблюдается очень редко. В основном процесс распространяется на слизистую оболочку цервикального канала, реже влагалищную часть шейки матки, туберкулез которой проявляется язвами и полипозными разрастаниями. Язвы имеют неправильную форму с резко очерченными подрытыми краями, неровным бледновато-желтого цвета дном и располагаются вокруг наружного зева, по краям и на дне их видны мелкие просовидные бугорки. Язва легко кровоточит при дотрагивании, напоминая раковую опухоль. Для окончательного диагностирования необходимы кольпоскопия и биопсия.

При *туберкулезе влагалища* наблюдаются язвы, напоминающие шеечные, на заднем своде, задней стенке влагалища и вблизи входа в него, болезненные при пальпации. В редких случаях милиарной формы туберкулеза влагалища вся слизистая оболочка усеяна милиарными узелками.

Туберкулез вульвы проявляется в виде волчанки, милиарного или язвенного туберкулеза кожи и слизистых оболочек и локализуется чаще на внутренней поверхности малых половых губ либо на задней спайке промежности у клитора или уретры.

При *туберкулезном пельвиоперитоните* различают экссудативную и адгезивную формы, протекающие без острых явлений, и казеозную форму с тяжелым течением заболевания.

Экссудативный пельвиоперитонит бывает в виде осумкованных асцитических процессов — ложных кист, которые можно принять за интралигаментарные либо паровариальные опухоли. При казеозных формах среди спаек брюшины и в органах малого таза образуются гнойные или казеозные очаги, спаянные с кишечником, которые могут быть источником каловых свищей с прорывом наружу. Адгезивную форму пельвиоперитонита диагностировать трудно, объективно в малом тазу обнаруживается обширный спаечный процесс.

Д и а г н о з туберкулеза женских половых органов ставится на основании тщательного изучения анамнеза, результатов объективного исследования, клинического течения заболевания, туберкулиновых проб, данных рентгенологических, эндоскопических и других методов исследования.

В анамнезе больных могут быть указания на перенесенный ранее экстрагенитальный туберкулез или подозрительное на туберкулез заболевание, на контакты с больными в прошлом или в момент обследования, нарушения менструального цикла, первичное бесплодие, раннее начало заболевания (в препубертатном или пубертатном периоде, после начала половой жизни, первого аборта и первых родов). При этом следует помнить, что у трети больных заболевание проявляется в более старшем возрасте — после 30 лет.

Данные эпидемиологического, общего гинекологического анамнеза, комплекс объективных и локальных симптомов, особенности течения болезни позволяют выделить группу женщин с повышенным риском заболевания туберкулезом половых органов. Данным больным в женской консультации необходимо провести ряд дополнительных методов исследования. Изучаются отделяемое язв вульвы, влагалищные выделения, менструальная кровь, содержимое из полости матки, полученное при аспирационной биопсии, рентгенография легких, обзорный снимок брюшной полости, при котором возможно выявление петрификатов. Более углубленное обследование — гистологическое исследование соскоба эндометрия, цитология пунктатов из опухолевидных образований придатков матки, гистеросальпингография, кульдо- и лапароскопия, пробы Пирке, Манту и Коха — проводится в гинекологическом стационаре или противотуберкулезном диспансере.

При выявлении заболевания туберкулезной этиологии на гинекологическую больную заполняется извещение (уч. ф. № 089) и она направляется в диспансер.

МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ И ЕГО НАРУШЕНИЯ

Менструальный цикл — сложный, ритмически повторяющийся биологический процесс, подготавливающий организм женщины к беременности. Циклические менструальные изменения

начинаются в периоде полового созревания (11—14 лет) и продолжаются в детородном возрасте (до 45—50 лет).

Периодически возникающие кровянистые выделения из половых путей женщины в результате отторжения функционального слоя эндометрия в конце двухфазного менструального цикла называют менструацией. Она свидетельствует об окончании физиологических процессов, подготавливающих организм женщины к беременности, и о гибели яйцеклетки. Менструация — наиболее выраженное проявление менструального цикла, поэтому продолжительность его принято условно определять от первого дня наступившей до первого дня следующей менструации (у 60 % женщин — 28 дней, у 28 % — 21—26 и у 10—12 % — 30—35 дней).

Во время менструального цикла в организме женщины происходят ритмически повторяющиеся физиологические изменения, наиболее выраженные в подбугорной области, гипофизе, яичниках и матке.

Вегетативные центры подбугорной области (гипоталамуса) вырабатывают релизинг-гормоны (РГ), которые попадают в кровь, систему полостей третьего желудочка головного мозга, спинномозговую жидкость, транспортируются по нервным волокнам в гипофиз, где активируют синтез и выделение гонадотропных гормонов. Гонадотропные гормоны аденогипофиза стимулируют функцию яичников. Развитие фолликула и овуляция происходят под воздействием ФСГ и ЛГ. ФСГ вызывает рост, развитие и созревание фолликулов в яичниках, ЛГ способствует созреванию фолликула, вызывает секрецию эстрогенов, овуляцию, лютеинизацию фолликула и образование желтого тела после воздействия ФСГ. Трофическое влияние на желтое тело оказывает ЛТГ, который стимулирует синтез и секрецию прогестерона, превращает нефункционирующее желтое тело в функционирующее. При отсутствии ЛТГ наступает обратное развитие желтого тела.

Яичники выполняют гормональную (образование эстрогенов и прогестерона) и генеративную (созревание фолликула и овуляция) функции. Под влиянием гонадотропных гормонов гипофиза происходят циклические изменения в яичниках, имеющие фолликулярную и лютеиновую фазы. В первую фазу, продолжающуюся 14—16 дней, происходит развитие фолликула, заканчивающееся овуляцией — разрывом зрелого фолликула и выходом из его полости созревшей яйцеклетки. Время овуляции наиболее благоприятно для оплодотворения. Неоплодотворенная яйцеклетка через 12—24 ч погибает и разрушается.

Место разрыва закрывается наложениями фибрина и застывает. Из лопнувшего фолликула образуется продуцирующее прогестерон желтое тело, которое в своем развитии проходит стадии пролиферации, васкуляризации, расцвета и зрелости, обратного развития. При отсутствии беременности желтое

тело называется менструальным. Стадии расцвета и зрелости его продолжаются 10—12 дней, затем происходит обратное развитие, и через 4—6 дней наступает менструация.

Маточный цикл характеризуется продукцией эстрогенных гормонов и прогестерона, которые вызывают циклические изменения тонуса, возбудимости и кровенаполнения матки, наиболее выраженные в слизистой оболочке. Маточный цикл имеет такую же продолжительность, как и яичниковый, и включает фазы десквамации, регенерации, пролиферации, секреции.

Фаза десквамации эндометрия продолжается 3—5 дней, проявляется менструальным кровотечением вследствие распада и отторжения функционального слоя слизистой оболочки матки. В это время в яичнике начинаются обратное развитие желтого тела и рост нового фолликула.

Фаза регенерации эндометрия продолжается 5—6 дней от начала менструации. Эпителлизация эндометрия заканчивается в норме к 4-му дню менструации, функциональный слой его восстанавливается за счет разрастания остатков желез, сосудов, нервов и стромы базального слоя.

Фаза пролиферации слизистой оболочки матки при 28-дневном менструальном цикле продолжается до 14-го дня цикла. Разрастаются строма и железы эндометрия, последние удлиняются и штопорообразно извиваются, в просветах их отсутствует секрет. Толщина функционального слоя эндометрия в конце фазы достигает 4—5 мм. Фазы регенерации и пролиферации происходят под влиянием эстрогенного (фолликулярного) гормона яичников.

Фаза секреции начинается при 28-дневном цикле с 14—15-го дня и продолжается до наступления менструации. В яичнике в это время происходят развитие и расцвет желтого тела. Под влиянием прогестерона железы слизистой оболочки матки начинают вырабатывать секрет, просвет их расширяется, образуются выпячивания стенок. Клетки стромы становятся более округлыми, увеличиваются в размерах. В эндометрии накапливаются гликоген, фосфор, кальций и другие вещества. Создаются условия для имплантации и развития яйца.

Если беременность не наступила, желтое тело подвергается обратному развитию, функциональный слой эндометрия отторгается и наступает менструация. Процессу десквамации эндометрия способствуют возникающие в конце фазы секреции спазм спиральных артериол и некрозы функционального слоя слизистой оболочки матки.

Изменения, происходящие во время менструального цикла в шейке, влагалище и маточных трубах, менее выражены, чем в яичниках и матке. Слизистая оболочка шейки матки не разделяется на функциональный и базальный слой, во время менструации отторгается только поверхностный слой эпителия. Рентгенологически определяются четкие изменения состояния

шеечного канала и перешейка матки. В первой фазе менструального цикла перешеек расширен и укорочен, во второй — сужен и удлинен. В фолликулиновой фазе железы шеечного канала вырабатывают прозрачную слизь, наибольшее количество которой продуцируется во время овуляции, в лютеиновой — секреторная функция этих желез понижается. Циклически изменяются и содержание солей, электропроводимость, вязкость слизи цервикального канала (последняя наиболее низкая во время овуляции). Изменения количества и физико-химических свойств слизи в течение менструального цикла лежат в основе таких методов диагностики, как феномен «зрачка» и кристаллизации.

Перед менструацией нередко возникают раздражительность, утомляемость, сонливость, потливость, повышение сухожильных рефлексов, после окончания ее появляются бодрость и прилив сил. В коре головного мозга во время менструации происходит быстрое чередование процессов возбуждения и торможения, изменяется световая чувствительность зрительного анализатора.

Физиологические колебания функций нервной системы во время менструального цикла обуславливают волнообразные сдвиги в кровообращении, артериальном давлении, жизненной емкости легких, терморегуляции и обмене веществ. Перед менструацией несколько учащается пульс, повышается артериальное давление и температура тела, нарастает количество эритроцитов, гемоглобина и лейкоцитов, уменьшается число тромбоцитов, изменяется соотношение белковых фракций и электролитов в сыворотке крови.

Молочные железы в предменструальном периоде вследствие гипертрофии паренхимы увеличиваются в объеме, напрягаются, появляется ощущение нагрубания. Циклические изменения во время менструального цикла происходят также в щитовидной железе, коре надпочечников и других железах внутренней секреции.

Для физиологически протекающего менструального цикла характерны: двухфазность в деятельности подбугорной области, гипофиза, яичников и матки; продолжительность не менее 20 и не более 35 дней; постоянство цикла; длительность менструаций от 2 до 7 дней; кровопотеря от 50 до 150 мл; отсутствие болей и нарушения общего состояния женщины.

Регуляция менструальной функции осуществляется корой больших полушарий головного мозга, подбугорной областью (гипоталамус), гипофизом, яичниками и маткой, которые составляют пять звеньев кольцевой нейроэндокринной системы.

Аменорея

Аменорея — отсутствие менструации в течение 6 и более мес у женщин старше 16 лет. Различают первичную и вторичную, физиологическую и патологическую, истинную и ложную

аменорею. Если менструация была хотя бы один раз, аменорею считают вторичной. К физиологической относится аменорея в детском возрасте, во время беременности, в период лактации и менопаузы. В детском возрасте аменорея обусловлена отсутствием циклических изменений в яичниках и матке, во время беременности — прекращением в гипофизе и яичниках циклических процессов. Лактационная аменорея наблюдается у 75 % женщин, кормящих грудью, и может продолжаться от 4—5 мес до 2 лет. Раздражение нервных рецепторов молочной железы во время кормления ребенка передается в центральную нервную систему и обуславливает усиление продукции лютеотропного (лактогенного) гормона в передней доле гипофиза, что угнетает секрецию гонадотропных гормонов, при недостатке которых не происходят циклические изменения в яичниках. Аменорея в менопаузе связана с прекращением эндокринной деятельности яичников и атрофическими процессами в половых органах. Патологическая аменорея является одним из проявлений нарушений менструального цикла и всегда обуславливается функциональными и органическими заболеваниями.

При истинной аменорее отсутствуют циклические изменения в яичниках, эндометрии и во всем организме в результате резкого снижения гормональной функции яичников.

Ложная аменорея (криптоменорея — скрытая менструация) характеризуется наличием циклических изменений в организме, однако менструальные выделения из-за механических препятствий (сплошная девственная плева, атрезия влагалища и шейки матки, другие пороки развития гениталий) задерживаются во влагалище (гематокольпос), матке (гематометра) и маточных трубах (гематосальпинкс).

Аменорея является признаком многих болезней, нарушений питания, интоксикаций и функциональных расстройств организма. Причиной первичной аменореи может быть наследственная патология, общий и генитальный инфантилизм, возникший вследствие неблагоприятных условий, тяжелых заболеваний, интоксикаций в антенатальном периоде, в детском возрасте и во время полового созревания. Вторичная аменорея чаще возникает в зрелом возрасте, реже — в юном под влиянием заболеваний, стрессовых ситуаций, травм, интоксикаций и других неблагоприятных факторов, при которых поражаются различные отделы нейроэндокринной системы.

В зависимости от уровня поражения кольцевой нейроэндокринной системы, регулирующей менструальную функцию, выделяют гипоталамическую (центральную), гипофизарную, яичниковую и маточную аменорею.

Гипоталамическая, или центральная, аменорея появляется в результате воздействия патогенных факторов на кору головного мозга и гипоталамус, наблюдается у 60 % больных. Вторично в патологический процесс функционально во-

влекается и передняя доля гипофиза. Различают следующие виды гипоталамической аменореи.

Психогенная аменорея возникает вследствие различных стрессовых ситуаций. Нервные импульсы в гипоталамусе трансформируются в гуморальные, происходит чрезмерное выделение АКТГ, что угнетает секрецию гонадотропных гормонов, особенно ЛГ, в аденогипофизе. Этим обуславливается низкая продукция эстрогенов в яичниках и отсутствие циклических изменений в эндометрии. Аменорея у женщин в военное время также относится к психогенной. С тяжелыми нервными переживаниями связана аменорея у больных мочеполювыми и кишечно-половыми свищами.

При *аменорее-галакторее, или синдроме Киари — Фроммеля*, наблюдаются отсутствие менструаций, длительная галакторея, умеренное ожирение, выраженная атрофия матки и яичников. Заболевание возникает в результате снижения секреции гонадотропных гормонов и повышения продукции пролактина после психических травм, приема больших доз транквилизаторов, нарушений послеродового периода, при «ложной беременности» и гиперфункции эозинофильных клеток, хромофобной аденоме передней доли гипофиза.

«*Ложная беременность*» появляется у женщин, страдающих выраженным неврозом, бесплодием в браке и чрезмерно мечтающих стать матерью, и характеризуется аменореей, тошнотой, рвотой, повышением массы, ощущением движения плода, увеличением живота, пигментацией околососковых кружков и кожи средней линии живота, нагрубанием молочных желез, иногда схваткообразными болями в животе. Менструальный цикл восстанавливается через 1—2 мес после того, как женщине станет известно, что беременность ложная.

Аменорея при нервной анорексии наблюдается у молодых девушек под влиянием стрессовых ситуаций, умственного и физического перенапряжения. Резко снижается аппетит до отвращения к пище, отмечают слабость, быстрая утомляемость, кахексия, гипогликемия, брадикардия, явления авитаминоза. Матка меньше нормальных размеров. Психика не страдает. Голодание приводит к гипофункции щитовидной железы и коры надпочечников.

Аменорея при истощающих заболеваниях и интоксикациях обусловлена временным угнетением функции гипоталамо-гипофизарной системы и наблюдается при острых инфекционных заболеваниях (тифы, сепсис), диабете, туберкулезе легких, тяжелых заболеваниях печени и сердечно-сосудистой системы, шизофрении и маниакально-депрессивном психозе, хронических интоксикациях ртутью, свинцом, фосфором, алко-голем, морфином и другими наркотиками.

Адипозо-генитальная дистрофия (синдром Бабинского — Фрелиха) наступает при дисфункции гипоталамо-гипофизарной системы неясного генеза и редко наблюдается у страдаю-

щих хромофобной аденомой. Заболевание характеризуется ожирением, снижением гонадотропной функции передней доли гипофиза и вторичным гипогонадизмом, вследствие чего возникает аменорея. Жир отлагается преимущественно внизу живота, в молочных железах, области плеч и бедер. Больные отличаются невысоким ростом, короткими конечностями и шей, мужским строением тела, таза, типом оволосения.

Синдром Лоренса — Муна — Бидля развивается при врожденном генетическом пороке мезэнцефалона. Происходят дегенеративные изменения в ядрах гипоталамуса, гибель ганглиозных клеток и замещение их глией. Заболевание проявляется аменореей, снижением продукции гонадотропных гормонов, выраженной умственной отсталостью, полидактилией, синдактилией, уменьшением язычка, атрезией заднего прохода, прогрессирующим дегенеративным ретинитом, иногда вызывающим слепоту.

Гипофизарная аменорея обусловлена снижением синтеза гонадотропных гормонов в связи с органическим поражением аденогипофиза и наблюдается при синдромах Шихана, болезни Симмондса, акромегалии и болезни Иценко — Кушинга.

Синдром Шихана возникает при значительных дистрофических и некротических процессах в аденогипофизе (погибшие клетки его замещаются соединительной тканью), которые происходят в результате массивных кровотечений, сопровождающихся шоком, реже септических явлений в послеродовом периоде. Причина ишемического некроза — длительный спазм сосудов, кровоснабжающих переднюю долю гипофиза. Заболевание развивается спустя 1—1,5 года после родов, проявляется отсутствием, понижением или преждевременным прекращением лактации, аменореей, гипотрофией половых органов, выпадением волос на лобке и в подмышечных впадинах, снижением общего тонуса, адинамией, гипотонией, сухостью кожи и слизистых оболочек.

Аменорея при болезни Симмондса наступает вследствие пангипопитуитаризма, развивающегося на почве послеродового септического некроза аденогипофиза в результате тромбоза кровеносных сосудов или поражения гипофиза опухолью, туберкулезом и сифилисом. Наиболее характерные признаки заболевания — резкое истощение и атрофия мышц вначале лица, затем всего тела. Эти процессы происходят также в половых и щитовидных железах, коре надпочечников, гормональная функция которых понижается.

Аменорея при опухолях аденогипофиза возникает вследствие недостаточной выработки гонадотропных гормонов. Клинические проявления заболевания определяются типом клеток, образующих опухоль, возрастом больной и размерами новообразования.

Ацидофильная аденома сопровождается повышенной продукцией гормона роста, который тормозит секрецию гонадо-

тропинов. Если заболевание появляется в возрасте до 16—18 лет, аменорея сочетается с гигантизмом. Развитие опухоли у взрослых женщин приводит к аменорее и акромегалии (диспропорциональный рост скелета и мягких тканей). При больших размерах опухоли аденогипофиза появляются головные боли, понижается зрение. У больных *базофильной аденомой* чрезмерная продукция АКТГ угнетает синтез и выделение гонадотропинов. У таких больных повышено содержание в крови АКТГ и оксикортикостероидов, понижена экскреция гонадотропных и эстрогенных гормонов. Хромофобная аденома не продуцирует гормоны, сдавливает окружающие ткани, вследствие чего понижается синтез гонадотропных гормонов, нарушается зрение, возникает головная боль. Опухоль сопровождается аменореей, бесплодием и ожирением.

Аменорея при гипофизарном нанизме обуславливается недостаточностью гонадотропинов и СТГ, бывает врожденной или возникает вследствие истощающих заболеваний, нарушений питания, опухолей и травм передней доли гипофиза.

Яичниковая аменорея появляется в результате первичной недостаточности функции яичников чаще наследственного генеза. Функция гипофиза не нарушается. Эта форма аменореи возникает при различных аномалиях развития и заболеваниях.

Дисгенезия гонад, или синдром Шерешевского — Тернера, — врожденный дефект развития яичников, обусловленный хромосомной аномалией 45X0, которая, вероятно, возникает вследствие воздействия на организм матери инфекции, интоксикации и других повреждающих факторов при беременности, во время дифференцировки половых желез. У 80 % больных половой хроматин отсутствует. При заболевании отмечаются первичная аменорея, отсутствие вторичных половых признаков, низкий рост, бочкообразная грудь, короткая шея, часто с крыловидной складкой кожи от ушей до плечевого пояса (ластовидная шея), пороки развития костной и других систем, недоразвитие половых органов, умственная отсталость.

Тестикулярная феминизация характеризуется первичной аменореей, сочетающейся с аплазией матки, недоразвитием или отсутствием влагалища, скудным оволосением у внешне здоровых, нормально сложенных девушек с хорошо развитыми молочными железами и женскими наружными половыми органами. У таких больных в брюшной полости или паховом канале, иногда в больших половых губах имеются мужские половые железы, кариотип с Y-хромосомой, половой хроматин отсутствует. Это генетически обусловленная патология, при которой яички секретируют больше биологически активных эстрогенных гормонов, чем андрогенов.

Аменорея может наблюдаться при *синдроме Штейна — Левенталя* под влиянием нарушения стероидогенеза в яичниках (неполноценность энзимных систем) и при гормональноактив-

ных опухолях яичника в результате блокирования гонадотропной функции гипофиза высокой концентрацией продуцируемого опухолью тестостерона (см. Вирильный синдром).

Маточная форма аменореи возникает вследствие отсутствия матки или патологических изменений эндометрия, обуславливающих потерю его реакции на воздействия половых гормонов. Такое состояние эндометрия может наступить после введения в матку раствора йода и других прижигающих средств, туберкулезного эндометрита, чрезмерного выскабливания, если повреждается и базальный слой слизистой оболочки матки.

Дифференциальная диагностика аменореи проводится на основании особенностей клинического течения заболевания, результатов гинекологического, гормонального, медико-генетического и других исследований. Необходимо установить уровень преимущественного поражения регулирующей менструальную функцию нейроэндокринной системы, так как это во многом определяет характер лечения больных аменореей.

Обязательными методами исследования в женской консультации являются: обследование по тестам функциональной диагностики в динамике (ректальная температура, кариопикнотический индекс, феномен «зрачка», растяжение цервикальной слизи); определение полового хроматина и другие генетические методы исследования; рентгенография черепа и турецкого седла, определение цветных полей зрения; по показаниям туберкулиновые пробы, изучение функционального состояния щитовидной железы, печени, почек, поджелудочной железы; определение уровней ФСГ, ЛГ, пролактина, тестостерона, кортизона, эстрогенов, прогестерона в крови, исследование 17-кетостероидов, 17-оксикортикостероидов, дегидроэпиандростерона, прегнандиола в моче; электроэнцефалография. Рентгенография органов малого таза в условиях пневмоперитонеума, гистеросальпингография, функциональные гормональные пробы и другие исследования проводятся в стационаре.

При лечении больных аменореей необходимо провести терапию гормональных, обменных нарушений, вызвавших отсутствие менструации, устранить выявленные интоксикации. Необходимым элементом комплексного лечения является психотерапия, направленная на ликвидацию чувства страха и опасений за возможный неблагоприятный прогноз менструальной функции. Важно устранить умственное и физическое переутомление, обеспечить полноценное витаминизированное питание (особенно витамины А, В, С). Целесообразны занятия физкультурой, спортом, климатотерапия и общеукрепляющие организм мероприятия.

Если невозможно провести гормональное обследование, больной аменореей ставят пробу с прогестероном: в течение 6 дней внутримышечно вводят 1 мл 1% раствора препарата.

При достаточном количестве эстрогенов у больной аменореей появляется менструальноподобная реакция. Если такая реакция не наступает, проводят пробу с эстрогенами: принимается этинилэстрадиол (венгерский препарат микрофоллин) по 0,1 мг внутрь ежедневно в течение 15 дней, затем прогестерон по 10 мг внутримышечно 6—8 дней. Отсутствие менструальноподобной реакции свидетельствует о маточной форме аменореи. Таким большим показателем выскабливание эндометрия и гистеросальпингография для определения характера изменения слизистой оболочки матки и диагностики внутриматочных синехий.

Исследование экскреции гонадотропных гормонов позволяет дифференцировать аменорею яичникового и центрального генеза. У больных аменореей центрального происхождения экскреция гонадотропинов снижена, им необходимо проводить лечение ФСГ в первой и хориогонином во второй фазе менструального цикла. Если аменорея возникла в результате врожденной неполноценности яичников, показана заместительная циклическая гормональная терапия. При синдроме Шихана и болезни Симмондса проводится заместительное лечение малыми дозами половых гормонов 3—4 раза в год (на курс лечения 5—7 мг эстрогенов и 60—80 мг прогестерона или 180—200 мг прегнина), которое улучшает трофику половых органов, нормализует обменные процессы, благотворно влияет на психику и самочувствие больной. Страдающим тестикулярной феминизацией удаляют яичники и назначают заместительное лечение эстрогенами. Если аменорея вызвана опухолью гипофиза, болезнью Иценко — Кушинга или акромегалией, проводится рентгенотерапия или оперативное лечение.

Больным первичной аменореей со значительным недоразвитием половых органов в течение 2—3 мес вводятся препараты эстрогенных гормонов для стимуляции развития матки и вторичных половых признаков. После появления III типа реакции влажалищного мазка проводится циклическая гормонотерапия эстрогенами в течение 20—22 дней, затем прогестероном — 6—8 дней. Появление спустя 2—4 дня после последней инъекции кровянистых выделений менструального характера свидетельствует об эффективности стимулирующей гормональной терапии. Такое лечение проводится в течение 2—4 лет с перерывами на 1—2 мес.

Женщинам с умеренной гипофизарно-яичниковой недостаточностью показана циклическая гормональная терапия аменореи. Назначаются 3—4 курса по 2—3 мес каждый, эстрогены вводятся 15 дней, затем прогестерон 6—8 дней. Продолжительность интервалов между курсами 2 мес. Вместо препаратов половых гормонов можно проводить лечение синтетическими прогестинами — инфекундином, бисекурином (принимаются 21 день по одной таблетке с 5-го дня условного цикла с перерывом на 7 дней). При этом гипоталамо-гипофизарная система

временно тормозится, после ее отдыха усиливается выработка гонадотропных гормонов, стимулирующих функцию яичников и овуляцию.

Больным длительной аменореей центрального генеза проводится лечение кломифеном и гонадотропными гормонами, непосредственно стимулирующими овуляцию. Кломифен, усиливающий экскрецию ФСГ, принимается с 5—6-го дня после выскабливания матки по 50—100 мг ежедневно в течение 5—7 дней. Препарат малозффективен, если выделение эстрогенных гормонов ниже 35 нмоль/сут. В таких случаях применяется ФСГ — 7—8 инъекций через день, после чего вводится хориогонин 9000 ЕД в течение трех дней.

Гипоменструальный синдром

Заболевание характеризуется скудными (гипоменорея), короткими (олигоменорея) и редкими (опсоменорея) менструациями, причиной которых являются гипофункция аденогипофиза, яичников, адреногенитальный синдром (АГС), склерокистоз яичников, изменения в эндометрии, возникшие в результате воспалительных процессов (туберкулез) или грубого выскабливания матки (сращения).

Гипоменструальный синдром и аменорея могут вызываться одними и теми же причинами. Нередко заболевание наблюдается во время полового созревания и климакса, оно может быть первичным и вторичным. Для установления точного диагноза проводятся такие же исследования, как при аменорее. Лечение заключается в терапии основного заболевания, устранении хронических интоксикаций, применении половых гормонов (циклически или прерывистыми курсами), физиотерапии.

Меноррагия

Меноррагия проявляется увеличением кровопотери во время менструации (гиперменорея) и продолжительности ее. К меноррагии могут привести гипофункция яичников (период полового созревания, климакс), инфантилизм, понижение свертываемости крови, гиповитаминоз С, повреждение сосудов инфекционного и токсического генеза, заболевания щитовидной железы, гинекологические болезни (миома матки, воспалительные процессы, неправильные положения матки), состояния, сопровождающиеся застоем крови в матке (сердечно-сосудистая недостаточность, предохранение от беременности прерванным половым сношением), то есть процессы, при которых понижаются сократительная способность матки и регенерация эндометрия. При лечении меноррагий необходимо устранить причину их возникновения. Если этиология заболевания не установлена, проводится патогенетическая и симптоматическая терапия.

Альгоменорея

Альгоменорея (дисменорея, альгодисменорея, меналгия) характеризуется болезненными менструациями. Различают альгоменорею первичную, возникшую с началом менструации, и вторичную, появившуюся после ранее безболезненных менструаций. Альгоменорея — не самостоятельное заболевание, а симптом органической патологии (чрезмерная антефлексия, рубцовые сужения шейки матки, инфантилизм и функциональные расстройства нервной системы, стрессовые состояния), в результате которой нормальные сокращения матки во время менструаций вызывают боли схваткообразного или режущего характера. Вторичная альгоменорея может быть симптомом воспалительных заболеваний, эндометриоза гениталий, опухолей, аномалий положения матки; иногда причиной ее являются выделения из матки нерасплавленного функционально слоя эндометрия.

Лечение больных первичной альгоменореей заключается в нормализации функции центральной нервной системы: правильный режим труда и отдыха, психотерапия, спорт, устранение стрессовых ситуаций. Для уменьшения боли применяются микроклизмы из теплого настоя ромашки, грелки на низ живота, свечи, в состав которых входят экстракт белладонны (0,015 г), папаверин (0,02 г), амидопирин или антипирин (0,5 г), масло какао (по 1—2 свече в сут), аэрон, люминал (0,15 г), камфора бромистая (0,25 г). Для снижения возбудимости матки назначают прогестерон по 5—10 мг ежедневно за 5—6 дней до менструации. При вторичной альгоменорее необходимо лечить основное заболевание.

ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Заболевание возникает вследствие нарушения ритмической секреции гормонов яичников и не связано непосредственно с беременностью, органической патологией половых органов и экстрагенитальными болезнями. Причинами дисфункциональных маточных кровотечений могут быть неблагоприятные внешние и внутренние факторы, в результате которых изменяется функциональное состояние гипоталамо-гипофизарной системы, нарушаются процессы овуляции и образования желтого тела. В норме овуляция осуществляется под влиянием нейрогуморальных воздействий, при этом особое значение имеет совместное действие ФСГ и ЛГ, а также усиленная выработка последнего перед овуляцией. Ритмически повторяющиеся ановуляторные циклы сопровождаются менструальноподобными кровотечениями. Такие циклы в период полового созревания, лактации и климакса считаются явлением физиологическим. В детородном возрасте они могут быть причиной бесплодия.

Однако часто ановуляция протекает ациклически и сопровождается продолжительными и значительными кровотечениями, которые относятся к группе дисфункциональных.

Для постановки правильного диагноза, определения патогенеза дисфункциональных маточных кровотечений и общего состояния больных проводятся следующие обязательные методы исследования: клинический анализ крови (в динамике, в том числе количество тромбоцитов, время кровотечения, свертываемость, протромбиновый индекс, тромбоэластограмма — по показаниям), установление группы крови и резус-принадлежности, обследование по тестам функциональной диагностики (ректальная температура, кариопикнотический индекс, феномен «зрачка», растяжение цервикальной слизи), определение содержания билирубина, белка, сахара в крови, эстрогенов, прогестерона (прегнандиола), 17-КС, анализ мочи общий, гистеросальпингография, рентгенография черепа и турецкого седла — по показаниям, кольпоскопия.

Ановуляторные маточные кровотечения возникают вследствие персистенции или атрезии фолликулов.

Персистенция фолликула — длительное существование созревшего фолликула, который постепенно подвергается обратному развитию или кистозному перерождению. Персистенция может быть кратковременной, ритмической и заканчиваться менструальноподобным кровотечением или длительной задержкой менструации (до 1,5 мес), после которой наступают затяжные кровотечения — геморрагическая метропатия. Последняя вызвана тем, что персистирующий зрелый фолликул длительно и в повышенном количестве секретирует эстрогенные гормоны, под влиянием которых происходит избыточная пролиферация функционального слоя эндометрия с железистокистозной гиперплазией, иногда с полипозными разрастаниями. Недостаточное питание и сдавление разросшегося эндометрия приводят к развитию в нем дистрофических изменений, тромбозов, некрозов и беспорядочному его отторжению. Нормальная десквамация слизистой оболочки матки нарушается из-за отсутствия овуляции, желтого тела, выработки прогестерона и секреторной фазы в эндометрии.

Аналогичные процессы в эндометрии и ановуляторные маточные кровотечения возникают также при *атрезии фолликулов*, когда развивающийся фолликул, не достигнув зрелости, подвергается регрессивным изменениям. В яичниках постепенно образуется большое число атрезирующихся фолликулов, овуляция не происходит, желтые тела и секреция прогестерона отсутствуют. Повторяющийся процесс атрезии незрелых фолликулов сопровождается постоянным воздействием на эндометрий небольших концентраций эстрогенов, в результате чего в нем происходят гиперпластические процессы.

Ановуляторные маточные кровотечения возникают после задержки менструаций от 1—2 нед до 3—4 мес и продол-

жаются в течение нескольких недель или даже месяцев. Они бывают различной интенсивности и нередко приводят к развитию вторичной анемии. Матка чаще нормальной величины или уменьшена, в климактерическом периоде она может быть даже несколько увеличена вследствие воздействия эстрогенов.

Диагноз ановуляторных маточных кровотечений ставится на основании данных анамнеза и результатов обследования, позволяющих исключить наличие органических причин и установить форму нарушения деятельности половых желез. Персистенция фолликула характеризуется задержкой очередной менструации (на 1—2 нед) при наличии симптома «зрачка» + + + +, кариопикнотического индекса 70—80% и длины натяжения шеечной слизи более 7—8 см, однофазной базальной температурной кривой (ниже 37°), а также пониженной экскрецией прегнандиола (менее 3—5 мкмоль/сут).

При ановуляторных маточных кровотечениях в результате атрезии фолликулов отмечаются более длительная задержка менструаций (1—2 мес), монотонные кольпоцитогаммы и небольшие колебания кариопикнотического индекса (20—30%), симптом «зрачка» + или + +, длина натяжения шеечной слизи 3—4 см, однофазная базальная температурная кривая (ниже 37°) и пониженное выделение прегнандиола.

Гистологическое исследование эндометрия при ановуляторном цикле позволяет определить отсутствие фазы секреции, наличие гиперплазии или полипоза.

Лечение маточного кровотечения должно быть комплексным и дифференцированным в зависимости от патогенеза, уровня поражения системы, регулирующей менструальную функцию, возраста женщины, длительности заболевания, интенсивности и продолжительности кровотечения, степени анемии и сопутствующей патологии. Лечение предусматривает остановку кровотечения и нормализацию менструального цикла, а в климактерическом периоде — прекращение функции яичников. У больных детородного и климактерического возраста терапию ановуляторных маточных кровотечений необходимо начинать с выскабливания слизистой оболочки матки, которое имеет диагностическое и лечебное значение. После выскабливания кровотечение, как правило, прекращается. Гистология эндометрия позволяет уточнить причину кровотечения и начать наиболее рациональное лечение. День выскабливания принято считать первым днем искусственно создаваемого менструального цикла. При ювенильном кровотечении выскабливание матки производится только по жизненным показаниям и с согласия родителей.

Для быстрой остановки маточного кровотечения, как при персистенции, так и при атрезии фолликулов, часто применяют эстрогены, которые в больших дозах оказывают тормозящее влияние на подбугорную область и гипофиз, подавляя

выделение ФСГ, усиливают секрецию ЛГ, активизируют процессы пролиферации эндометрия и способствуют его быстрой регенерации. Обычно назначаются 0,1 % раствор эстрадиола дипропионата по 1 мл внутримышечно или этинилэстрадиол (микрофоллин) по 0,1—0,2 мг через 2—3 ч до остановки кровотечения. Гемостаз наступает после первой или нескольких инъекций. С гемостатической целью можно применять и другие эстрогенные препараты. После остановки кровотечения суточную дозу постепенно снижают в течение 10—15 дней, поскольку резкое уменьшение уровня эстрогенов может вызвать повторное кровотечение. Терапия эстрогенами завершается назначением прогестерона (по 10 мг в течение 10 дней).

При необильных и длительных ановуляторных маточных кровотечениях с целью гемостаза рациональнее применять прогестерон (по 10 мг ежедневно в течение 6—8 дней или по 20 мг 3 дня) внутримышечно, можно ограничиться и одной внутримышечной инъекцией 250 мг 17-гидроксипрогестерона капроната.

Если ановуляторные маточные кровотечения возникают на фоне гипоэстрогении, целесообразнее в течение 4—6 дней вводить небольшие дозы эстрогенов (этинилэстрадиол по 0,01—0,05 мг 2 раза в сут), а затем назначить прогестерон. После 2—3 инъекций прогестерона маточное кровотечение может увеличиться, поэтому лечение необходимо дополнить сокращающими средствами (маммофизин или питуитрин по 1 мл внутримышечно, стиптицин по 0,05 г внутрь 3 раза в день и др.). Возможны и другие варианты ответной реакции организма на прогестерон. Остановившееся кровотечение может возобновиться через 2—4 дня после окончания лечения прогестероном или, усилившись во время лечения, не прекращаться и после его окончания. Полная остановка ановуляторного маточного кровотечения после назначения прогестерона наступает через 14 дней.

Хороший гемостатический эффект оказывают синтетические комбинированные средства: инфекундин, бисекурин, ановлар и др., содержащие преимущественно гестагены и небольшое количество эстрогенов. Препараты применяются по 4—6 таблеток в сут до остановки кровотечения (обычно 24—48 ч), затем по 1 таблетке. Длительность курса лечения 21 день. Спустя 2 дня, как правило, начинаются менструальноподобные кровотечения, продолжающиеся 5—6 дней. Синтетические комбинированные гормональные препараты вызывают временное торможение гипоталамо-гипофизарной системы, после которого функция ее усиливается, что обуславливает увеличение секреции гонадотропных гормонов и последующее повышение гормональной активности яичников. В результате отраженного эффекта нередко появляются двухфазные менструальные циклы.

Женщинам климактерического и преклимактерического пе-

риодов, а также больным, которым противопоказаны синтетические комбинированные препараты, при необходимости подавления менструальной функции или в связи с миомой матки для гемостаза назначают андрогены. Внутримышечно вводится 5 % раствор тестостерона по 1 мл 2 раза в день в течение 2—3 суток, затем 2 раза в нед на протяжении 6—8 нед. Лечение продолжается метилтестостероном по 5 мг 3 раза в день под язык на протяжении 2—3 мес. Андрогены тормозят секрецию гонадотропных и эстрогенных гормонов, оказывают прогестероноподобное влияние на эндометрий.

Для предупреждения повторных ановуляторных маточных кровотечений комплексная терапия по регуляции менструального цикла продолжается в течение 4—6 мес. Больным, у которых кровотечение вызвано персистенцией фолликула, за 8 дней до менструации назначается прогестерон (по 10 мг ежедневно в течение 6 дней на протяжении 4—6 менструальных циклов). При атрезии фолликулов, протекающей на фоне гипоэстрогении, показана циклическая (заместительная) гормональная терапия в течение 4—6 мес. В первую половину менструального цикла больная получает эстрогены (этинилэстрадиол по 0,01 мг 1—2 раза в сут с 6—8-го дня цикла по 15—18-й день), с 18-го по 21-й день цикла эстрогены вводятся одновременно с прогестероном, затем с 21-го по 26-й день — только прогестерон по 5 мг.

С целью профилактики ановуляторных кровотечений проводится также 5—6 циклов лечения эстрогено-гестагенными препаратами и кломифеном с перерывом в 7 дней. При выраженных гиперпластических изменениях эндометрия назначаются инфекундин или ановлар, которые вызывают децидуальные изменения в слизистой оболочке матки. Для предупреждения ановуляторных маточных кровотечений, протекающих с гипоэстрогенией, применяется бисекурин прерывистыми курсами по 2—3 мес с интервалами в 2 мес. Наиболее эффективен при лечении ановуляторных маточных кровотечений гонадотропный гормональный препарат кломифен, который активизирует выделение аденогипофизом ФСГ, увеличивает синтез эстрогенов и ЛГ, что вызывает наступление овуляции у 70—80 % больных. Кломифен принимается с 5—6-го дня менструального цикла по 50—100 мг в течение 5—7 дней. Овуляция происходит обычно через 10—12 дней после окончания лечения. Восстановлению ее также способствуют применение ФСГ (по 3000 ЕД на 9—10—11—12-й день цикла) и ЛГ (1500 ЕД на 13—14—15-й день цикла), однократное введение 20 мг эстрогенных гормонов, больших доз прогестерона, который sensibilизирует функционирующие фолликулы к гонадотропным гормонам. Для лечения заболевания применяются и физиотерапевтические методы, с помощью которых достигается непосредственное воздействие на матку или гипоталамо-гипофизарную систему.

Овуляторные маточные кровотечения возникают при укорочении до 7—8 дней первой фазы цикла и сокращении его в связи с этим до 14—21 дня, укорочении (гиполютеинизм) или удлинении (гиперлютеинизм) второй фазы менструального цикла.

Маточные кровотечения вследствие укорочения первой фазы цикла наблюдаются в период становления менструальной функции, при послеродовых и послеабортных инфекционных воспалительных заболеваниях гениталий и обуславливаются, вероятно, нарушением выработки гонадотропных гормонов. Заболевание проявляется: укорочением менструального цикла, гиперполименореей, повышением базальной температуры раньше 10—12-го дня цикла и наличием секреторной фазы в эндометрии. Лечение проводится сокращающими матку средствами, небольшими дозами эстрогенов и андрогенов на 2—4—6-й день менструального цикла.

Маточные кровотечения при укорочении лютеиновой фазы менструального цикла за счет преждевременной инволюции желтого тела вызываются неполноценной секреторной трансформацией эндометрия. Кровотечение, начинающееся перед менструацией или в срок ожидаемой менструации, вследствие неравномерного отторжения функционального слоя эндометрия затягивается. Гипертермическая фаза базальной температуры короткая (3—6 дней). При гистологическом исследовании соскоба эндометрия, взятого за 3—5 дней до срока менструации, обнаруживается неполноценная секреторная фаза. Лечение заболевания должно быть направлено на предупреждение преждевременного обратного развития желтого тела и компенсацию дефицита прогестерона. Назначается прогестерон (по 5—10 мг в течение 6—8 дней перед менструацией), возможно сочетание его с эстрогенами в соотношении 10 : 1 на протяжении 6—7 дней, начиная с 3-го дня менструации. Целесообразно применение инфекундина или других синтетических комбинированных препаратов 1—2 цикла подряд, затем с интервалом в 2 мес. Для усиления функции желтого тела гормональная терапия дополняется токоферолом по 50—60 мг и аскорбиновой кислотой по 500 мг ежедневно.

Маточные кровотечения при удлинении второй фазы проявляются персистенцией зрелого и незрелого желтого тела, которая обуславливается, вероятно, продолжительным выделением ЛГ и ЛТГ. При персистенции зрелого желтого тела лютеиновая фаза менструального цикла удлиняется до 20—25 дней, отмечаются гиперпродукция прогестерона и длительно продолжающаяся секреторная фаза в эндометрии, что проявляется запаздывающим менструальноподобным кровотечением, которое продолжается 1—1,5 мес. Базальная температура во второй фазе менструального цикла повышена длительное время и не снижается перед менструацией. Высокий уровень гестагенов в крови тормозит созревание нового фолликула

и замедляет регенерацию эндометрия. Клиника кровотечений нередко напоминает прерывание беременности ранних сроков.

В случаях персистенции незрелого желтого тела секреторные изменения эндометрия недостаточно выражены, базальная температура во второй фазе цикла повышается незначительно, но держится более длительно, уровень содержания ЛГ в крови понижается.

Лечение больных с персистенцией желтого тела начинают с выскабливания матки с целью уточнения диагноза и гемостаза. Для торможения активности прогестерона применяются эстрогенные препараты с 1-го по 25-й день менструального цикла в постепенно убывающих дозах (стильбэстрол с 1,5—2,5 мг/сут до 0,2—0,1 мг/сут; этинилэстрадиол и др.). В преклимактерическом периоде показаны андрогенные препараты по 10 мг в день во второй фазе менструального цикла. Больным с персистенцией незрелого желтого тела проводится комбинированное лечение эстрогенами с прогестероном (1 : 10) с 5-го по 25-й день менструального цикла.

Гормональное лечение проводится под контролем тестов функциональной диагностики, определения экскреции с мочой гормонов и продуктов их метаболизма, а также внутрикожной пробы на чувствительность к эстрогенам и прогестерону. В кожу внутренней поверхности предплечья шприцем для инсулина через тонкую иглу вводят 0,2 мл фолликулина (1000 ЕД), в другую руку — 0,2 мл 0,5 % прогестерона. Результаты пробы определяются через 2 ч. Большой радиус гиперемии на месте укола свидетельствует о преобладающем в организме гормоне.

Больные с дисфункциональными маточными кровотечениями должны находиться под диспансерным наблюдением участкового гинеколога. При установлении характера, этиологии и патогенеза заболевания, составлении плана лечения этих больных необходима консультация гинеколога, ведущего специализированный прием по эндокринной патологии, терапевта, нередко невропатолога, эндокринолога и других врачей.

ВИРИЛЬНЫЙ СИНДРОМ

Вирильный синдром — заболевание, характеризующееся появлением у женщин мужских вторичных половых признаков (мужской тип оволосения, телосложения, тембр голоса), гипертрофией клитора и атрофией молочных желез. Гирсутизм — появление у женщин оволосения по мужскому типу при сохранившихся женских вторичных половых признаках. Гипертрихоз — избыточное оволосение при наличии женских вторичных половых признаков. Вирильный синдром может возникнуть в любом возрасте женщины. По генезу различают следующие его типы: конституционально-наследственный, надпочечниковый, яичниковый и гипофизарный.

Вирильный синдром надпочечникового генеза называют ад-

реногенитальным синдромом. Заболевание обычно сопровождается гиперфункцией коры надпочечников вследствие гиперплазии или опухоли.

При АГС вследствие недостаточности ферментной системы 21-гидроксилазы нарушается способность коры надпочечников синтезировать гидрокортизон и кортизон из 17- α -гидрокси-прогестерона, который накапливается в коре надпочечников. Пониженное содержание гидрокортизона вызывает увеличение секреции АКТГ в передней доле гипофиза, что обуславливает еще большее образование и накопление 17- α -гидроксипрогестерона. Вследствие этого усиленно синтезируются прегнантириол и андрогены, которые приводят к маскулинизации организма женщины. Высокий уровень содержания андрогенов угнетает гонадотропную функцию гипофиза, вследствие чего понижается гормональная деятельность яичников.

Врожденный адреногенитальный синдром является генетически обусловленной патологией. Ребенок рождается с нарушением развития наружных половых органов, часто в виде женского псевдогермафродитизма, внутренние половые органы сформированы правильно. Уточнению пола помогает определение полового хроматина и кариотипа. Клитор в различной степени увеличен, влагалище открывается в сохранившийся уrogenитальный синус или в уретру. Наружные половые органы по виду похожи на мужские, большие и малые половые губы недоразвиты. Врожденный АГС наблюдается 1 : 5000 родов, часто сочетается с синдромом потери соли, который проявляется тошнотой, рвотой, потерей веса, дегидратацией и коллапсом. Дети с врожденным АГС погибают в первые недели жизни от аддисонизма вследствие понижения секреции минералокортикоидов; если остаются живыми, вирилизация прогрессирует.

АГС в постнатальном или раннем пубертатном периоде клинически проявляется ранним половым созреванием девочки (6—7 лет), признаками вирилизма надпочечникового генеза. Гирсутизм и незначительное увеличение клитора иногда появляются до первой менструации, которая может запаздывать. Как правило, отмечаются огрубение голоса, розовые угри на спине, груди и лице, нередко диффузная или в виде пятен гиперпигментация кожи. Молочные железы недоразвиты или уменьшаются в размере после появления гирсутизма. Девочки, больные АГС, невысокого, непропорционального роста, широкоплечие с узким тазом, короткими конечностями, с массивными трубчатыми костями. Под влиянием анаболического действия андрогенов в первые 7—10 лет жизни происходит быстрый рост и оссификация костей, к 12 годам — ускоренное закрытие зон роста костей и преждевременное прекращение роста тела. Экскреция с мочой андрогенов (17-КС, дегидроэпиандростерон, тестостерон) повышается в полтора-два раза. Преждевременное половое созревание при АГС не является истинным. Ги-

перандрогения угнетает гонадотропную функцию гипофиза, вследствие этого матка и яичники отстают в развитии.

АГС у половозрелых женщин (поздний, в постпубертатном периоде) возникает вследствие незначительной гиперплазии или опухоли надпочечников. У больной возникают вторичные половые признаки мужчины, исчезает ряд черт, характерных для женщины. Появляются чрезмерно выраженный гирсутизм, гипертрофия клитора, грубый голос, олигоменорея, редкие менструации 1—2 раза в год (спаниоменорея) или аменорея, бесплодие, молочные железы атрофируются, снижается либидо, мышцы тела гипертрофируются, уменьшается подкожная жировая клетчатка, контуры тела становятся менее округлыми. Постоянство и степень выраженности этих проявлений могут быть различными. Гирсутизм, являющийся единственным проявлением заболевания, необходимо дифференцировать с **конституциональным гирсутизмом**, который наблюдается у 10—15 % женщин, чаще у брэннеток, протекает без патологических изменений и является конституциональной особенностью организма, обусловленной, возможно, повышенной чувствительностью волосяных фолликулов к нормальному уровню андрогенов. У женщин с конституциональным гирсутизмом чаще наблюдается олигоменорея.

Вирилизм при опухоли надпочечника. В надпочечниках могут развиваться кортикостерома, характеризующаяся тотальным гиперкортицизмом (преимущественно глюкокортикоиды), как и при болезни Иценко — Кушинга, андростерома, проявляющаяся частичным гиперкортицизмом (резко выраженная вирилизация не сопровождается нарушением обмена веществ), и кортикоандростерома.

Вирильный синдром гипофизарного генеза возникает при *болезни Иценко — Кушинга*, обусловленной нарушением регуляции в системе гипоталамус — гипофиз — кора надпочечников. В ядрах гипоталамуса образуется кортикотропин — активизирующий фактор, способствующий выделению аденогипофизом АКТГ. Избыточная продукция последнего обуславливает повышение функции коры надпочечников и развитие вторичного гиперкортицизма. Усиливается секреция андрогенов, минералокортикоидов и особенно глюкокортикоидов. В результате повышенной секреции глюкокортикоидов увеличивается образование углеводов из белка, что приводит к гипергликемии и глюкозурии. Вследствие обеднения организма белком атрофируются мышцы, появляются полосы растяжения кожи, развивается остеопороз. Усиленное выделение минералокортикоидов вызывает гипертонию, отеки и нередко сердечно-сосудистую недостаточность, в основе которой лежит нарушение обмена электролитов — нарастание уровня внутриклеточного натрия и снижение содержания калия. Характерен внешний вид больной: круглое лунообразное багрово-красное лицо, гипертрихоз, ожирение преимущественно верхней половины

туловища, лица, шеи («жировой горб») при относительно худых конечностях, полосы растяжения кожи. Вследствие гиперандрогении наступают аменорея, атрофия молочных желез. Гирсутизм умеренно выражен, волосы на голове выпадают. Отмечается ускоренное половое созревание (в среднем до 11 лет), отсутствие регулярных менструаций, возможны ювенильные кровотечения.

Наибольшую ценность в диагностике заболевания имеют рентгенологические и гормональные методы исследования. Форма и величина надпочечников определяются с помощью рентгено- и томографии в условиях оксиретроперитонеума.

Для больных гиперплазией коры надпочечников характерны повышенная экскреция с мочой 17-КС (до 85—140 мкмоль/сут); ДЭА, андростерона (иногда в 3 раза) и прегнантриола до 30—35 мкмоль/сут (при норме 3—6 мкмоль/сут), сниженная или нормальная — 17-ОКС. Проба с АКТГ (25 ЕД внутримышечно) вызывает большее повышение выделения с мочой 17-КС и дегидроэпиандростерона, чем 17-ОКС. После пробы с дексаметазоном экскреция с мочой 17-КС и 17-ОКС снижается на 30—50 %. У больных кортикостеромой отмечаются очень высокий уровень 17-КС в моче (до 692 и более мкмоль/сут) и повышенная экскреция с мочой дегидроэпиандростерона. Проба с АКТГ и дексаметазоном существенно не изменяет содержания в моче 17-КС и 17-ОКС, так как опухоль вырабатывает эти гормоны независимо от воздействия АКТГ.

Лечение больных вирильным синдромом проводится с учетом формы синдрома, возраста больной, характера функциональных нарушений и анатомических изменений надпочечников. При опухоли коры надпочечников производится субтотальная или тотальная адреналэктомия с последующей заместительной терапией кортикоидами. Лечение больных врожденным АГС должно начинаться как можно раньше, пока не произошла маскулинизация организма девочки и не остановился рост костей. Заместительная терапия при врожденной гиперплазии коры надпочечников основана на способности глюкокортикоидов нормализовать выделение АКТГ и синтез гормонов коры надпочечников, уменьшать секрецию андрогенов. Больным детям назначают недостающий гормон в виде гидрокортизона, преднизолона, преднизона или дексаметазона в соответствующих возрасту дозах, которые подбираются так, чтобы уровень 17-КС в моче был на нижней границе нормы.

Вирильный синдром яичникового генеза возникает при склерокистозном перерождении яичников или при маскулинизирующей опухоли яичника.

Синдром склерокистозных яичников (синдром Штейна — Левенталя) отмечается у 1,45—2,8 % гинекологических больных. Яичники увеличиваются в 2—4 раза по сравнению с нормой (3 × 2 × 1,2 см), сохраняют правильную форму, имеют белесовато-серый цвет с перламутровым оттенком, гладкую

или неровную поверхность вследствие выпячивания фолликулярных кист. Консистенция их плотная, на разрезе видно большое число фолликулярных кист размером от 0,3 до 0,7 см в диаметре. Микроскопически определяются гиалиноз и утолщение белочной оболочки (в 6—10 раз), гибель фолликулярного аппарата вследствие дистрофических изменений (атретические фолликулы превращаются в мелкие кисты, лишенные выстилающего эпителия). Зрелые фолликулы и желтые тела в яичниках отсутствуют, много фиброзных тел, число примордиальных фолликулов уменьшено. Отмечается гиперплазия и гипертрофия внутренней оболочки фолликула, усиленно продуцирующей андрогены. При синдроме склерокистозных яичников происходит чрезмерное разрастание соединительной ткани и кровеносных сосудов как в корковом, так и в мозговом слоях, что обуславливает утолщение последних и наряду с образованием кистозно-атретизирующихся фолликулов ведет к увеличению их размеров.

Причины синдрома склерокистозных яичников до сих пор не выяснены. По мнению одних исследователей, в основе их развития лежат нарушения гонадотропной функции гипофиза, других,— патология надпочечников, третьих,— изменения функции яичников.

Основные клинические проявления синдрома склерокистозных яичников — изменение менструальной функции, гирсутизм, бесплодие и ожирение. Заболевание чаще отмечается в возрасте 20—30 лет. У большинства больных менструальная функция нарушается по типу гипоменструального синдрома, менструальные циклы удлиняются, становятся ановуляторными, нерегулярными. Менструации появляются с интервалами в 3—6 мес и более, затем наступает спаниоменорея (менструация 1 раз в год) или вторичная аменорея. В редких случаях после аменореи могут появиться длительные ановуляторные кровотечения. Аменорея возникает в результате блокирующего действия высоких концентраций андрогенов на ФСГ гипофиза. У 50—70 % больных наблюдается гирсутизм: рост волос на верхней губе, подбородке, лице, в области грудины, вокруг околососковых кружков, на нижних конечностях. Степень выраженности гирсутизма меньше, чем при аденогенитальном синдроме. Увеличение клитора и огрубение голоса встречаются крайне редко. Бесплодие наблюдается у 75—90 % больных и является следствием ановуляции. Менее постоянные симптомы заболевания — ожирение (60 % случаев), гипоплазия матки (до 50 %), позднее развитие молочных желез (до 30 %). Увеличенные яичники в 40—50 % случаев при двуручном исследовании не определяются. Показана рентгенография органов малого таза в условиях пневмоперитонеума, лапаро- или кульдоскопия.

Диагноз синдрома склерокистозных яичников устанавливается на основании характерных клинических, медленно

нарастающих симптомов, наличия плотных, умеренно увеличенных яичников, гиперпродукции андрогенов. Тесты функциональной диагностики свидетельствуют об ановуляторных циклах. В соскобе эндометрия чаще находят фазу пролиферации, иногда гиперплазию. Содержание эстрогенов в организме снижено, выделение с мочой прегнандиола резко колеблется, а экскреция 17-КС в норме или слегка повышена. Характерным признаком заболевания является повышение уровня андростендиона и этиохоланолона. Источник образования этих гормонов уточняется пробами с АКТГ или инфекундином. Внутримышечное введение 25—40 ЕД АКТГ не вызывает значительного повышения уровня экскреции с мочой 17-КС, дегидроэпиандростерона и прегнантрона. Проба с инфекундином (2 таблетки в сут в течение 7—10 дней) вызывает снижение 17-КС и дегидроэпиандростерона яичникового генеза. При склерокистозных яичниках содержание 17-КС в моче после пробы с хорионическим гонадотропином (1500—5000 ЕД внутримышечно в течение 3—5 дней) повышается, а при надпочечниковой патологии не изменяется. Проба с хорионическим гонадотропином после предварительного угнетения функции надпочечников дексаметазоном (по 1 мг 2 раза в день в течение 3—5 дней) у больных со склерокистозными яичниками вызывает значительное повышение уровня андростендиона и этиохоланолона яичникового происхождения.

Лечение при неясно выраженных и начальных формах заболевания начинается с кломифена или стероидных гормонов и синтетических эстрогено-гестагенных препаратов. Синтетический нестероидный препарат кломифен применяется по 50 мг в течение 5 дней, начиная с 5-го дня менструального цикла. Овуляция наступает спустя 6—7 дней после прекращения лечения. Положительный результат наблюдается в 50—80 % случаев. Прогестерон применяется по 10 мг ежедневно на протяжении 6—8 дней во вторую фазу цикла в течение 4—6 мес. Можно в течение 3—6 мес принимать преднизолон (в первый месяц по 10 мг в день, затем — по 5 мг). Однако в настоящее время наиболее эффективным считается хирургический метод лечения больных синдромом склерокистозных яичников, заключающийся в клиновидной резекции 2/3 ткани яичников. После операции менструальная функция нормализуется в 70—95 % случаев и беременность наступает у 60—90 % больных.

Маскулинизирующая опухоль яичника (арренобластома) см. Доброкачественные опухоли женских половых органов.

НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ СИНДРОМЫ

К нейроэндокринным синдромам относятся клинические симптомокомплексы, при которых изменения функции половой сферы сочетаются с нарушениями других систем женского организма, регулируемых гипоталамо-гипофизарным отделом нерв-

ной системы. Среди этих нейроэндокринных нарушений основными являются предменструальный, климактерический и посткастрационный синдромы.

Предменструальный синдром представляет комплекс патологических симптомов, появляющихся за 3—12 дней перед менструацией и исчезающих с началом или в первые дни ее. Заболевание характеризуется нейропсихическими, вегетативно-сосудистыми и обменно-эндокринными нарушениями, которые оказывают отрицательное влияние на здоровье и трудоспособность, и отмечается у 25—30 % здоровых женщин, а при наличии сопутствующих заболеваний у 50 % и более. Синдром наблюдается преимущественно в репродуктивном возрасте (25—35 лет), тяжелые формы его чаще встречаются у женщин старше 35 лет. Заболевание может возникнуть сразу после появления менструаций, однако нередко оно начинается после стрессовых ситуаций, умственного перенапряжения, хронических инфекционных болезней, аборт и патологических родов.

П а т о г е н е з предменструального синдрома сложен и недостаточно изучен. Считается, что он возникает вследствие нарушения компенсаторных реакций на «менструальную волну» в результате неполноценности системы гипоталамус — гипофиз — кора надпочечников.

В первую половину менструального цикла женщина чувствует себя здоровой и трудоспособной. Степень выраженности и сочетание нейропсихических, вегетативно-сосудистых и обменно-эндокринных нарушений бывают различными, чаще наблюдаются нейропсихические симптомы: раздражительность, депрессия, плаксивость. Нередко во вторую фазу менструального цикла изменяется поведение женщины на работе и в семье, появляются мнительность, замкнутость или агрессивность, неадекватная реакция на окружающее, навязчивые идеи и др. Из вегетативно-сосудистых нарушений преобладают головная боль, головокружение, тошнота, рвота, боли в области сердца, приступы сердцебиения, изменение артериального давления. У больных предменструальным синдромом нередко наблюдаются изменения водно-солевого обмена: отеки, отрицательный диурез, нарушение сна, нагрубание и болезненность молочных желез, суточная прибавка массы тела может достигать 700г, гипокалиемия, гипернатриемия и гиперхлоремия. Из трофических нарушений отмечаются зуд кожи, акме. При тяжелом течении заболевания могут наблюдаться кризы дизэнцефального генеза, проявляющиеся ознобом, повышением температуры, приступами сердцебиения, удушья, болями в сердце, полиурией. Д и а г н о з устанавливается на основании циклического течения характерного синдрома, появления его перед менструацией, исчезновения всех симптомов заболевания с наступлением или в первые дни менструации. Предменструальный синдром необходимо дифференцировать с альгоменореей, соматическими и психическими заболеваниями.

Лечение больных предменструальным синдромом заключается в психотерапии, применении нейролептических и диуретических средств, витаминов и половых гормонов. Психотерапия способствует снятию у больной страха неизлечимости. Для ликвидации эмоциональной напряженности назначаются нейролептические средства: триоксазин (0,3 г), мепробамат (0,4 г), элениум (0,005 г), фенолон (0,005 г) по 1 таблетке 1—2 раза в день с 10—12-го дня менструального цикла до начала менструаций. Для выведения из организма хлорида натрия и воды применяются диуретические средства: хлорид аммония, 10 % раствор по 1 столовой ложке 3 раза в день, гипотиазид (0,00125 г) в сочетании с 10 % раствором хлорида калия по 1 столовой ложке 2—3 раза в день. Показана калийная диета. Целесообразно назначать калийсберегающие средства: альдактон (верошпирон) по 0,05 г с 10—12-го дня менструального цикла (через день) до начала менструации в сочетании с пищей, содержащей ограниченное количество хлорида натрия. Для усиления диуреза применяется прогестерон за 8 дней до менструации в течение 6 дней, который способствует выделению натрия без потери калия, повышает диурез даже при отсутствии эффекта от диуретиков. Целесообразно применять витамины А и Е, так как они влияют на гипоталамо-гипофизарную систему, витамин А оказывает противоаллергическое и противэстрогенное действие. Проводится 15 инъекций витамина А (35 мг) и витамина Е (100 мг) по 1 мл через день. Можно применять жировой раствор витамина А по 4—5 капель натошак ежедневно или в таблетках по 30 мг в день, одновременно витамин Е по 1 чайной ложке 2—3 раза в день или в виде 30 % раствора по 1 мл внутримышечно через день — всего 15 инъекций. Лечение половыми гормонами проводится с учетом функции яичников. Поскольку у большинства больных предменструальным синдромом отмечается прогестероновая недостаточность, за 10 дней перед менструацией внутримышечно вводится 1 % раствор прогестерона по 1 мл ежедневно в течение 8 дней или 12,5 % раствор 17-оксипрогестерона по 1 мл внутримышечно на 18—24-й день цикла. При ановуляции или неполноценности лютеиновой фазы применяются синтетические комбинированные гормональные препараты (бисекурин) с 5-го по 25-й день менструального цикла с перерывом в 7 дней. Лечение проводится прерывистыми курсами по 2—3 мес с перерывом в 2 мес. При ановуляции, сочетающейся с гипозестрогенией, назначается циклическая гормональная терапия. Больным в возрасте старше 40 лет прогестерон вводится в сочетании с андрогенами (метилтестостерон или метиландростендиол по 10—20 мг в сут за 8 дней до менструации в течение 6 дней). При аллергических проявлениях лечение дополняется димедролом (0,05 г) или супрастином (0,025 г) по 1—2 таблетки в день, с 10—12-го дня цикла до начала менструации. Одновременно проводится терапия сопутствующих заболеваний.

Для профилактики предменструального синдрома важное значение имеют рациональное чередование труда и отдыха, закаливание организма с детского возраста, борьба с инфекциями и интоксикациями, снижение частоты осложнений родов и абортов, а также другие мероприятия, повышающие способность организма к адаптации.

Климактерический синдром — своеобразный клинический симптомокомплекс вегетативно-сосудистых, нервно-психических и эндокринных нарушений, осложняющих течение климактерического периода, — наблюдается у 40—50 % женщин в возрасте 46—50 лет. Основное значение в его развитии придается возрастным изменениям гипоталамических структур, ослаблению тормозного влияния коры головного мозга и снижению функции коры надпочечников. Климактерический синдром часто развивается у женщин эмоционально неуравновешенных, перенесших стрессовые ситуации, хронические заболевания, вызывающие функциональную неполноценность системы гипоталамус — гипофиз — кора надпочечников в поддержании гомеостаза при возрастной перестройке организма.

Клиника климактерического синдрома весьма разнообразна. Наиболее характерными признаками его являются: 1) вегетативно-сосудистые нарушения — приливы жара к голове, шее, потливость, сердцебиение, головная боль, головокружение, чувство онемения в конечностях; 2) нервно-психические расстройства — нервозность, повышенная возбудимость, раздражительность, плаксивость, бессонница, ослабление памяти, плохое настроение, состояния депрессии, чувство страха, быстрая утомляемость, зрительные и слуховые галлюцинации; 3) обменно-эндокринные нарушения — ожирение, боли в молочных железах, суставах и конечностях, атеросклероз, гиперхолестеринемия, остеопороз, дисфункция щитовидной железы, надпочечников, гипертрихоз. Часто наблюдаются дисфункциональные маточные кровотечения. Наиболее типичным симптомом климактерического синдрома являются «приливы», частота которых может служить показателем тяжести заболевания. При легкой форме климактерического синдрома «приливы» наблюдаются до 10 раз, при тяжелой — более 20—30 раз в сут. Относительно часто отмечаются потливость и головная боль, локализуемая в височной и затылочной областях, иногда сопровождающаяся тошнотой, рвотой. Приступы головной боли могут сочетаться с бледностью кожных покровов, незначительным повышением артериального давления, судорогами и обильным мочеиспусканием. К редким симптомам климактерического синдрома относятся парестезии, инволюционные психозы, обменные артриты, дизурические и диспептические явления, зуд и крауроз вульвы. При гипертонической болезни, диабете, ожирении и обострении соматических заболеваний климактерический синдром протекает тяжелее и длительнее.

Лечение больных климактерическим синдромом начи-

нается с психотерапии: женщине объясняется сущность и временный характер происходящих в организме изменений переходного периода, обращается внимание на то, что прекращение менструаций не вызывает быстрого старения и снижения трудоспособности организма при соблюдении рационального режима и общегигиенических мероприятий. Патологически протекающий климакс легче переносится, если женщина не выключается из привычной трудовой деятельности. В этот период необходимо избегать перенапряжения и переутомления, чередовать умственную работу с дозированной физической нагрузкой и отдыхом. Пища должна быть преимущественно молочно-растительной, полноценной с некоторым ограничением жирных, мясных и мучных блюд. Исключаются алкоголь и продукты, возбуждающие нервную систему: кофе, крепкий чай, пряности. Хорошее действие при климактерическом синдроме оказывают общеукрепляющие мероприятия: утренняя гимнастика, прогулки, водные процедуры, сочетающиеся с седативными средствами (фрелон, триоксазин, препараты валерианы, элениум, диазепам, мепробамат по 1 таблетке 2 раза в день). В связи с дефицитом витаминов в пожилом возрасте необходимо периодически назначать витаминные комплексы «Ундевит» и «Декамевит». С целью активизации глюкокортикоидной функции коры надпочечников вводятся витамины В₁, В₆, С и РР в сочетании с 2 % раствором новокаина в одном шприце внутримышечно в течение 20—25 дней. Растворы 2 % новокаина и 1 % витамина РР начинают вводить по 1 мл, повышая дозу к 15-му дню до 5 мл, затем постепенно снижая ее к 25-му дню до 1 мл. Витамины С, В₁, В₆ вводят ежедневно в виде 5 % растворов по 1 мл. Если климактерический синдром протекает с нарушением менструальной функции, применяется инфекундин по 1 таблетке в день в течение 10 сут с перерывом в 7 дней на протяжении 3—4 мес. В период менопаузы лучше назначать инфекундин или бисекурин по 1/4 таблетки 2 раза в день в течение 7—10 дней, затем 10 дней по 1/4 таблетки один раз в день с перерывами в 10—20 дней. Эстрогены и андрогены применяются в сочетании 1 : 20 или 1 : 50, оказывают синергическое действие и уменьшают побочные явления. Противопоказано лечение только эстрогенами (возможно кровотечение) или андрогенами (вирилизация). Эффективным комбинированным препаратом является амбосекс — по 1 таблетке под язык 3—4 раза в день в течение месяца или по 1 мл масляного раствора 1 раз в мес. При климактерическом синдроме можно все три половых гормона вводить внутримышечно 1—2 раза в нед в одном шприце (25 мг тестостерона пропионата, 1 мг эстрадиолдипропионата и 10 мг прогестерона). Лечение маточных кровотечений в климактерическом периоде (см. Дисфункциональные маточные кровотечения).

Посткастрационный синдром возникает у 60—70 % женщин через 24—30 дней после удаления яичников в связи со злока-

чественными опухолями матки и ее придатков, а также гнойными tuboовариальными образованиями с атрофией тканей яичников и др. В отличие от климактерического посткастрационного синдромом наступает после одномоментного полного выключения функции яичников.

В развитии заболевания основную роль играют изменения в нервной и эндокринной системах. После удаления яичников снижается уровень эстрогенов и повышается секреция гонадотропных гормонов. Адаптация осуществляется за счет незначительной гипогликемии, умеренной активации симпатико-адреналовой системы, повышения глюкокортикоидной функции коры надпочечников, снижения функции щитовидной железы и повышения тонуса периферических сосудов. Течение посткастрационного синдрома во многом определяется функциональным состоянием системы гипоталамус — надпочечники. При тяжелом течении синдрома в патологический процесс вовлекается и кора головного мозга, нарушается регуляция функции коры надпочечников и щитовидной железы. Снижаются глюкокортикоидная и андрогенная функции коры надпочечников, может нарушаться стероидогенез.

Посткастрационный синдром проявляется клиническим симптомокомплексом вегетативно-сосудистых, нервно-психических и обменно-эндокринных нарушений, возникающих на фоне полного прекращения функции яичников и циклических изменений в организме. Основными симптомами заболевания являются: раздражительность, депрессия, страх, быстрая утомляемость, снижение памяти, частые «приливы» (ощущение жара), повышенная потливость, головная боль, ощущение тяжести в голове, боли в области сердца, сердцебиение, парестезии, обморочное состояние. У женщин старше 45 лет заболевание возникает чаще и протекает тяжелее. Нервно-психические расстройства характеризуются явлениями астении, слабостью, усталостью, не связанными с физическим и умственным напряжением. У больных снижается способность запоминать текущие события, названия окружающих предметов, появляется безразличие к близким, любимому делу. Обменно-эндокринные нарушения при посткастрационном синдроме проявляются гипохолестеринемией, атеросклерозом, ожирением. Отмечается обратная зависимость выраженности вегетативно-сосудистых и обменно-эндокринных расстройств. Остеопороз трубчатых костей, связанный с отсутствием эстрогенов, сопровождается нередко мучительными болями.

В связи с общностью патогенеза и клинических проявлений климактерического и посткастрационного синдромов лечение этих больных во многом аналогично (см. Климактерический синдром) и начинается с общеукрепляющих мероприятий, лечебной физкультуры, психотерапии, назначения седативных средств, транквилизаторов, витаминов В₁, В₆, С в сочетании с 2 % раствором новокаина, витаминных комплексов «Ундевит»,

«Декамевит», половых гормонов или синтетических прогестин-ов прерывистыми курсами. Комплексная патогенетическая терапия, направленная на активацию реакций адаптации, способствует легкому течению посткастрационного синдрома.

НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ И АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Половые органы здоровых женщин характеризуются физиологической подвижностью, которая обусловлена изменениями положения тела, физической нагрузкой, наполнением соседних органов, общим физиологическим тонусом, беременностью, возрастом, тонусом и целостностью мышечно-фасциальных и клеточных образований тазового дна, состоянием подвешивающего и поддерживающего аппарата матки и др.

К аномалиям развития половой системы относятся нарушения процесса полового созревания, недоразвитие и аномалии строения половых органов.

Аномалии положения женских половых органов

При аномалиях положения женские половые органы отклоняются от нормальной позиции, стойко сохраняют неправильные смещения, вызывая ряд патологических явлений.

Различают следующие аномалии положения половых органов: 1) неправильные загибы (флексии) и наклоны (версии) матки: гиперантефлексия, ретрофлексия и ретроверсия; 2) смещения женских половых органов в вертикальной плоскости: опущение и выпадение влагалища и матки, опущение яичников и труб, выворот и принюхание (элевация) матки; 3) смещение матки в горизонтальной плоскости или изменение позиций: смещение кпереди, кзади и в сторону; 4) редкие виды аномалий положения женских половых органов: ротация и торсия матки, грыжа матки, яичников, труб.

Гиперантефлексия матки — патологический перегиб тела матки кпереди, когда угол между телом и шейкой составляет 70° и меньше. Причина возникновения ее — генитальный инфантилизм либо (редко) воспаление крестцово-маточных связок. Клинические проявления заболевания: тянущие боли в крестце, позднее наступление первой менструации, скудные, нерегулярные и болезненные менструации, частое бесплодие, бели, нарушение половой функции (болезненность, фригидность). При наступлении беременности часто происходит самопроизвольный аборт; при доношивании ее и нормальных родах клинические проявления, как правило, исчезают. Диагноз устанавливается после общего и гинекологического исследования.

Лечение заболевания направлено на устранение его причин. Профилактика включает предотвращение полового

инфантилизма и предупреждение воспалительных заболеваний.

Ретрофлексия матки — перегиб тела матки кзади, когда между телом и шейкой образуется угол, открытый кзади. При **ретроверсии** матки (встречается редко) тело и шейка лежат в одной плоскости, но дно матки обращено к крестцовой кости. При сочетании ретрофлексии и ретроверсии матки говорят о ее **ретродевииции**, которая бывает подвижной и фиксированной. Подвижная ретродевиация матки возникает у девушек астенической конституции и при наличии полового инфантилизма. Она может появиться после родов при снижении тонуса подвешивающего и поддерживающего аппарата матки. Фиксированная ретродевиация матки является результатом воспалительных изменений тазовых органов и (редко) опухолей матки и яичников. Клинически подвижная ретродевиация матки может не проявляться, фиксированная ретродевиация характеризуется нарушениями менструальной и детородной функций, болями, белями, расстройствами функции тазовых органов.

Д и а г н о з устанавливается на основании бимануального (у тучных женщин — ректоабдоминального) исследования. Для дифференциации с опухолями таза проводится стационарное обследование.

Л е ч е н и е подвижной ретродевиации матки при наличии жалоб заключается в ручном выведении матки из ретрофлексии в антефлексию после опорожнения мочевого пузыря и прямой кишки. Показаны общеукрепляющие мероприятия: витаминотерапия, ЛФК, транквилизаторы. Иногда полезны pessaries. При фиксированной ретродевиации матки проводится интенсивная комплексная противовоспалительная терапия с применением гинекологического массажа. Наступление беременности у женщин с подвижной ретродевиацией благоприятно сказывается на исправлении положения матки; ущемления беременной матки не наблюдается.

П р о ф и л а к т и к а заболеваний включает в себя предупреждение этиологических факторов.

Опущение и выпадение влагалища и матки — наиболее часто встречающаяся аномалия положения половых органов. Опущение влагалища характеризуется выпячиванием из половой щели нижней его трети, выпадение — опущением и верхней трети. При опущении матки влагалищная часть шейки матки не перемещается ниже входа во влагалище. Выпадение матки бывает полным и неполным. При неполном выпадении матка частично выходит за пределы половой щели, при полном все тело ее определяется вне половой щели.

Опущение стенок влагалища может быть изолированным или сочетаться с опущением стенки мочевого пузыря (при опущении передней стенки влагалища) и выпячиванием передней стенки прямой кишки (при опущении задней стенки влагалища). Могут наблюдаться опущение и выпадение обеих стенок влагалища. Опущение матки обычно сочетается с опущением влагалища.

Предрасполагающими факторами для развития заболевания являются частые роды, тяжелый и ранний физический труд (особенно в послеродовом периоде), инфантилизм, дистрофические изменения тканей в пожилом возрасте. Ведущий фактор в возникновении патологии — нарушение целостности мышц тазового дна и снижение их тонуса, ослабление тонуса маточных связок (подвешивающего аппарата), повышение внутрибрюшного давления.

Женщины жалуются на боли и чувство тяжести внизу живота, расстройства мочеиспускания и дефекации. При выпадении матки в половой щели определяется постороннее тело, стенки влагалища выворачиваются, мацерируются, затем отекают, теряют свою эластичность, на шейке матки и стенках влагалища появляются трещины, пролежни. В горизонтальном положении больной матка может вправляться. Начавшееся выпадение матки сопровождается недержанием мочи при натуживании, при прогрессировании его — мочеиспускание затрудняется и может стать невозможным. Ректоцеле характеризуется затрудненной дефекацией, часто отмечается недержание газов. Как правило, заболевание начинается постепенно, прогрессирует и заканчивается полным выпадением матки.

Д и а г н о з не представляет затруднений и основывается на данных анамнеза и гинекологического обследования. Для определения везикоцеле производится катетеризация мочевого пузыря, при ректоцеле — ректальное исследование. Цистоцеле необходимо дифференцировать с дивертикулом уретры, кистой передней стенки влагалища, пролежни — со злокачественным новообразованием. Менструальная функция, как правило, не страдает.

П р о ф и л а к т и к а опущений и выпадений влагалища и матки заключается в устранении предрасполагающих и этиологических факторов.

Л е ч е н и е. В начальной стадии заболевания назначается ЛФК для укрепления мышц тазового дна, общеукрепляющая терапия, больная освобождается от тяжелого физического труда. При инфантилизме и нарушении менструального цикла рекомендуется гормональная терапия.

Единственным надежным способом терапии опущения и выпадения наружных половых органов является хирургический. При противопоказаниях к нему назначаются влагалищные пессарии, после введения которых необходимо ежедневно спринцевать влагалище. Возможно появление пролежней и мочеполовых свищей, поэтому врач должен осматривать больную не реже 2 раз в мес.

Опущение яичников и придатков матки наблюдается, как правило, вместе с опущением матки. Редкие виды аномалий положения матки чаще всего возникают вторично.

Оперативное лечение производится с учетом общего состояния больной, возраста, способности к половой жизни и деторождению, профессии и социального положения.

Аномалии развития женских половых органов

Аномалии развития половых органов у женщин возникают при нарушении эмбрионального развития. Наиболее опасно вредное воздействие различных факторов в период эмбриогенеза до 12 нед беременности. Врожденные пороки развития женских половых органов появляются вследствие: недоразвития парамезонефральных протоков (агенезия и гипоплазия матки, влагалища и труб, рудиментарная и однорогая матка); нарушения реканализации парамезонефральных протоков (атрезия матки, влагалища, труб); неполного слияния парамезонефральных протоков (седловидная, двойная, удвоенная, двурогая матка).

В этиологии их ведущую роль играют наследственные и экзогенные факторы: некоторые вирусные (краснуха, корь, оспа), паразитарные (токсоплазмоз), эндокринные (диабет) заболевания; ионизирующие излучения, вредные привычки (алкоголь, курение), недостаточное поступление кислорода и витаминов к эмбриону и др.

Наиболее частой формой неправильного развития женских половых органов является **генитальный инфантилизм**, который нередко сочетается с общим инфантилизмом женщины. Причиной его развития являются, кроме наследственных факторов, тяжелые хронические заболевания, перенесенные в детстве, нарушения питания, интоксикации, расстройства функции желез внутренней секреции в детском возрасте или в период полового созревания.

Различают три формы недоразвития матки: зародышевая, инфантильная и девственная матка. *Зародышевая матка* встречается редко. Длина ее менее 3,5 см, тело значительно меньше шейки. Наблюдаются резкое нарушение гормональной функции яичников, стойкая аменорея, первичное бесплодие, не поддающееся лечению.

Инфантильная, детская, матка встречается чаще. Длина ее составляет 3,5—5,5 см. Тело матки относительно меньше шейки и расположено под острым углом к ней. Влагалищные своды уплощены. Промежность имеет ладьеобразную форму. Менструации протекают со значительными болями. Отмечается первичное бесплодие.

Девственная матка длиной от 5,5 до 7 см.

Так как непосредственной причиной заболевания являются недоразвитие яичников и понижение их секреторной функции, чаще всего выявляются следующие признаки инфантилизма: скудное оволосение на лобке, недоразвитие малых и больших половых губ; короткое, с резко выраженными складками, узкое влагалище, неглубокие влагалищные своды; длинная шейка матки; тонкие, извилистые маточные трубы; небольшие, гладкие, плотные яичники; длинная шейка матки при коротком теле;

острая антефлексия или ретрфлексия матки. Нередко параллельно наблюдаются общие признаки инфантилизма.

Клиника генитального инфантилизма характеризуется изменением менструальной функции (аменорея, гипоменструальный синдром, меноррагии, альгодисменорея); понижением или отсутствием полового чувства; нарушением генеративной функции (бесплодие, выкидыши, внематочная беременность); осложнениями в родах (слабость родовых сил, кровотечения).

Гипопластическая матка имеет нормальную форму, но величина ее меньше нормы.

Для диагностирования заболевания, установления степени полового инфантилизма рекомендуются совместный осмотр женщины акушером-гинекологом, терапевтом и эндокринологом, по показаниям — и другими специалистами, обследование по тестам функциональной диагностики, определение экскреции 17-КС, эстрогенов и др., рентгенография кистей рук и черепа и другие исследования по назначению специалистов.

Лечение генитального инфантилизма сложно. Патогенетически обосновано и эффективно применение лечебных и физических факторов и половых гормонов.

При глубокой и умеренной гипофункции яичников в течение 2—3 мес применяется этинилэстрадиол (0,01 мг) по 1 или по 1/2 таблетки 2 раза в день ежедневно, после появления симптома «зрачка», роста матки и размягчения ее проводится гормонотерапия под контролем тестов функциональной диагностики по обычной схеме в течение 3—6 циклов, при незначительной гипофункции циклическое гормональное лечение начинается сразу и продолжается на протяжении 3—4 циклов.

При небольшом уменьшении матки и сохранении гормональной функции проводится бальнеофизиотерапия, включающая лечебные грязи, озокерит, сульфидные ванны, при умеренной гипофункции яичников, кроме того, эффективен электрофорез меди. Если отмечаются небольшое уменьшение размеров матки и глубокая гипофункция яичников, применяются хлоридные натриевые ванны, электрофорез меди, вибрационный массаж. При значительном уменьшении матки и глубокой гипофункции яичников лечение затруднено. Рекомендуются углекислые ванны, электрофорез меди, индуктотермия с помощью ЭПГ-1, ручной сегментарный массаж пояснично-крестцовой области, вибрационный массаж паравerteбральных зон. При всех вариантах генитального инфантилизма патогенетически обосновано применение электростимуляции шейки матки, гинекологического массажа, ЛФК.

Аномалии влагалища и матки. Полное отсутствие влагалища встречается редко (1 : 20 000 женщин) и сочетается, как правило, с рудиментарной маткой. Функция яичников может быть сохранена или снижена. Наружные половые органы развиты правильно, вторичные половые признаки выражены достаточно.

Больные указывают на отсутствие менструаций и невозможность нормальной половой жизни.

При осмотре вульвы и ректальном исследовании устанавливается первичная аменорея и отсутствие влагалищного канала.

Лечение — хирургическое. В женской консультации проводится предоперационная подготовка — кольпоэлонгация по Б. Ф. Шерстневу, в стационаре — вульвовагинопластика, после выписки из стационара — бужирование по Frank с направлением давления по ходу межпузырно-ректального пространства до образования влагалища, достаточного для половой жизни (в течение 5—6 нед).

Гинатрезии подразделяются на атрезию девственной плевы, влагалища или матки и возникают в результате рубцевания воспалительных процессов, перенесенных в период внутриутробного развития, в детстве или в зрелом возрасте.

Клинически характеризуются скоплением крови после начала менструаций во влагалище или матке с образованием гематокольпоса, гематометры, гематосальпинкса. Основные симптомы — отсутствие менструаций и появление болей в месте скопления крови (выше места атрезии). Диагноз устанавливается при наружном осмотре и ректоабдоминальном исследовании. **Лечение** только хирургическое.

Аномалии матки встречаются у 0,3—1 % женщин. Клинически имеет значение наличие *двух отдельных влагалищ и двух отдельных маток*. Может протекать бессимптомно, менструальная функция, половая жизнь часто не нарушаются. Беременность наступает в любой матке. Однако нередко развивается гипофункция яичников и матки. **Лечение** симптоматическое.

Встречаются и *другие варианты данной патологии*. В одном из влагалищ может быть атрезия, в результате которой возникает гематокольпос. При отсутствии сообщения одной из маток с влагалищем образуется гематометра. Одна из маток может представлять собой рудиментарный рог, в котором иногда развивается беременность (по типу внематочной). Данные аномалии диагностируются при осмотре в зеркалах, влагалищном и ректоабдоминальном исследовании. **Лечение** только оперативное.

Двурогая матка может иметь две или одну шейку при одном влагалище. Переходной формой от двурогой матки к нормальной является седлообразная матка, которая встречается нередко и бывает одной из причин стойкого поперечного или косоного положения плода в матке, не поддающегося исправлению.

Клинически двурогая или седловидная матка, если проходимость полового канала не нарушена, ничем не проявляется. Диагноз устанавливается на основании гинекологического обследования и дополнительных методов исследования в стационаре. Если гематометра и гематокольпос отсутствуют, **лечение** не требуется.

При обследовании женщин с аномалиями развития поло-

вых органов особое внимание обращается на состояние костной (позвоночник и турецкое седло) и мочевыделительной систем. По нашим данным, аномалии развития мочевыделительной системы наблюдаются у 50 %, костной системы — у 25 % больных.

Пороки развития матки нередко являются причиной выкидышей, чему способствуют наличие аномалии, гипофункция яичников, истмико-цервикальная недостаточность (у каждой 3-й больной), внутриматочные синехии. Для сохранения беременности проводится комплексная консервативная терапия (гормоны, физиопроцедуры и т. д.) и устраняется истмико-цервикальная недостаточность. Хирургическое лечение (метропластика) показано, если консервативная терапия во время предыдущей беременности не дала эффекта (прогноз для потомства благоприятный), а причиной невынашивания является только порок развития матки.

Профилактика аномалий развития половых органов заключается в устранении вредного влияния экзогенных факторов на развитие эмбриона.

КИСТЫ НАРУЖНЫХ И ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Кисты половых органов чаще представляют собой ретенционные опухолевидные образования, полость которых заполнена жидкостью. Они увеличиваются в размерах пассивно за счет накопления жидкого содержимого. Пролиферация клеточных элементов отсутствует.

Киста бартолиновой железы встречается наиболее часто среди ретенционных образований наружных половых органов.

Причина ее возникновения — заращение выводного протока железы в результате воспалительного процесса. Киста локализуется в нижней трети большой половой губы, величина ее колеблется от небольших размеров (1 см в диаметре) до величины куриного яйца, форма круглая или овальная. Небольшие опухоли клинически не проявляются, при больших женщины жалуются на боли, напряжение в области большой половой губы, особенно при половых сношениях. Лечение оперативное.

Профилактика заболевания заключается в строгом соблюдении личной гигиены и гигиены половой жизни.

Кисты влагалища выявляются у 1—2 % гинекологических больных. Чаще всего они развиваются из остатков гартнеровых ходов, локализируются в боковых отделах влагалища, иногда ближе к средней линии (при расположении в нижней трети влагалища). Форма их удлинённая, иногда четкообразная, внутренняя поверхность выстлана цилиндрическим или кубическим эпителием. Стенка кисты состоит из соединительной ткани с прослойкой мышечных волокон.

Величина кист варьирует от незначительных до больших раз-

меров, когда опухоль заходит в параметральную клетчатку малого таза или располагается близко ко входу во влагалище. В таких случаях женщины жалуются на боли, чувство напряжения и неудобства, особенно при половом сношении, ходьбе и физической нагрузке. Лечение кист влагалища оперативное.

Киста яичника — опухолевидное (непролиферирующее) ретенционное образование, появляющееся под влиянием эндокринных нарушений, воспалительных процессов, сексуальных расстройств. Наиболее часто встречаются фолликулярные кисты, реже — желтого тела и паровариальные.

Фолликулярная киста яичника возникает в результате накопления жидкости в зреющем или атрезирующемся фолликуле. Встречается в 30 % случаев доброкачественных опухолевидных образований яичника. Размеры кисты невелики — до 10 см в диаметре. Как правило, она бывает однокамерной, имеет тонкие и гладкие стенки, заполнена прозрачным содержимым (иногда при кровоизлиянии — кровянистым). Заболевание встречается в любом возрасте, но наиболее часто в 40—45 лет, нередко сочетается с миомой матки.

Клинически фолликулярная киста чаще всего не проявляется, в 25 % случаев нарушается менструальный цикл, иногда отмечаются ноющие боли внизу живота.

Д и а г н о з заболевания устанавливается на основании результатов бимануального исследования. Чаще всего кисты располагаются сбоку или спереди от матки, достигают размеров куриного яйца, имеют тугоэластическую консистенцию, гладкую поверхность, хорошую подвижность.

Наиболее частыми осложнениями фолликулярной кисты являются перекрут ее ножки, иногда кровоизлияние в полость и разрыв капсулы.

Заболевание нужно дифференцировать с истинной опухолью яичника, гематомами брюшных мышц, асцитом, забрюшинными инфильтратами, кровоизлияниями в широкую связку.

Л е ч е н и е. Небольшие кисты могут подвергаться обратному развитию, поэтому в начале заболевания проводится консервативное лечение, направленное на регуляцию эндокринной функции яичников. Часто бывает эффективна противовоспалительная терапия, так как воспалительные процессы могут сопутствовать кисте яичника. После двух месяцев консервативного лечения производится повторный осмотр. При отсутствии эффекта, увеличении кисты, размерах ее 8—10 см в диаметре рекомендуется резекция яичника, а в случае перекрута ножки кисты — его удаление.

Киста желтого тела встречается значительно реже, составляет около 2 % всех кист и кистом яичника, обнаруживается у женщин 16—55 лет. Причины возникновения заболевания окончательно не выяснены, хотя ему часто сопутствуют гормональные нарушения и воспалительный процесс. Клинические

признаки, как правило, отсутствуют. Киста характеризуется небольшими размерами (до 5—8 см в диаметре), мягкой консистенцией и подвижностью. Диагноз ставится предположительно. Заболевание следует дифференцировать с тека-лютеиновой кистой при пузырном заносе (поражение чаще двустороннее) и эндометриозом. Наиболее частое осложнение его — кровоизлияние в кисту.

Лечение. Киста желтого тела часто подвергается обратному развитию, поэтому в течение 2—3 мес проводится консервативное лечение (во II фазу менструального цикла наблюдается увеличение кисты). Если в процессе наблюдения киста не уменьшается и дифференцировать ее с кистой при амбулаторном и стационарном обследовании невозможно, производится резекция яичника.

Паровариальная киста развивается из придатка яичника, располагающегося в мезосальпинксе. Размеры ее колеблются от незначительных до 20 см в диаметре: Форма кисты чаще овальная, консистенция туго-эластичная, подвижность ограничена. Встречается, как правило, с одной стороны, локализуется спереди и сбоку от матки, оттесняя ее книзу и кзади.

Клинически проявляется болями внизу живота, иногда дизурическими явлениями при надавливании кисты на мочевоый пузырь. При растяжении мезосальпинкса может произойти перекрут ножки паровариальной кисты.

Установить диагноз помогает определение при пальпации рядом с кистой нормальной величины яичника. Часто паровариальную кисту принимают за кисту яичника.

Лечение оперативное: вылушивание кисты из ее ложа без удаления маточной трубы и яичника.

Ведущая роль в раннем выявлении кист яичника и выработке тактики лечения принадлежит профосмотрам в условиях женской консультации.

Апоплексия (разрыв, инфаркт, гематома) яичника — патологическое кровоизлияние в ткань яичника и кровотечение из него в брюшную полость. Встречается у женщин 14—45 лет (чаще 20—35 лет). Заболевание занимает второе место (после внематочной беременности) среди внутрибрюшных кровотечений гинекологического происхождения. Апоплексия яичника является самостоятельной нозологической формой. В основе развития ее лежат сложные нейроэндокринные изменения в организме, приводящие к образованию застойной гиперемии, варикозному расширению и склерозированию сосудов, т. е. к нарушению функции сосудов яичника. Этому способствуют физиологическое кровенаполнение органов малого таза, повышенная проницаемость сосудов, циклически протекающие морфологические изменения яичников в различные периоды менструального цикла. Провоцирующими моментами для возникновения заболевания являются травмы, поднятие тяжести, бурное или прерванное половое сношение, влагалищные исследования или

спринцевания, механическое сдавление сосудов, нарушающее кровоток в яичнике (воспалительные процессы, опухоли, аномалии положения внутренних половых органов). Апоплексия яичника наступает в разные фазы менструального цикла, но чаще всего в период овуляции и расцвета функции желтого тела.

Апоплексия правого яичника наблюдается в 3—9 раз чаще, чем левого, и почти в половине случаев сочетается с хроническим воспалением аппендикса. Морфологически заболевание характеризуется массивным кровоизлиянием в желтое тело или реже в полость граафова фолликула. Кровотечение в брюшную полость чаще всего происходит из бывшего овуляционного отверстия.

Клиническое течение апоплексии яичника характеризуется полиморфностью симптомов и, нередко, их слабой выраженностью. Однако основными симптомами, как правило, являются болевой синдром и внутреннее кровотечение. Начало заболевания острое. Иногда перед приступом отмечаются незначительные тупые боли на стороне поражения. Во время приступа боли острые, мучительные, могут быть схваткообразными, постоянными, тупыми, режущими, колющими и др. Появление внезапных болей в период овуляции и развития желтого тела является характерным признаком заболевания (болевая форма). Приступ может длиться до нескольких часов и повторяться в течение суток или нескольких дней. При пальпации определяется значительная зона болезненности живота в подвздошных областях, чаще с обеих сторон. Явления перитонита отсутствуют, температура тела повышается редко.

У части больных преобладают симптомы внутреннего кровотечения (анемическая форма заболевания). Многие больные отмечают необильные светло-кровянистые выделения из влагалища. Значительная кровопотеря наблюдается только в 40 % случаев, хотя клинически анемия может и не проявляться. У некоторых больных выявляется умеренный лейкоцитоз.

Выраженность болевого синдрома и признаков внутрибрюшного кровотечения может свидетельствовать о смешанной форме апоплексии яичника, при которой отмечается напряжение брюшной стенки, хотя симптомы раздражения брюшины сомнительны, перкуторно выявляется жидкость в брюшной полости; при массивном кровотечении возникают френикус-симптом, тошнота, рвота, коллапс.

Апоплексия яичника может сочетаться с маточной беременностью (клиника отличается наличием признаков беременности ранних сроков), внематочной беременностью и острым аппендицитом.

Д и а г н о з заболевания основывается на данных анамнеза, клинических проявлений и специальных методов обследования. Установить апоплексию яичника до операции очень трудно, так как анемическая форма заболевания принимается за вне-

маточную беременность, а болевая — за аппендицит. При изучении анамнеза обращается внимание на отсутствие признаков беременности, задержки менструации, наступление заболевания в период овуляции или перед очередной менструацией.

При влагалищном исследовании определяется тело матки нормальных размеров, иногда незначительно увеличенное. Отмечается болезненность боковых и заднего сводов, редко — нависание заднего свода. Во многих случаях пальпаторно выявляется пульсация сосудов в боковых сводах влагалища. Смещение шейки матки вызывает резкую болезненность. Наличие увеличенного, шаровидной формы, болезненного яичника свидетельствует о небольшой гематоме, если кровоизлияние более выраженное — пальпируется образование, похожее на кисту; при значительном кровотечении диагноз, как правило, затруднен. Большие размеры придатков могут быть при опухолях придатков, ретенционных кистах яичников, сгустках крови; пальпировать яичник отдельно удается редко.

В первой фазе менструального цикла апоплексия яичника почти не наблюдается. Заболевание встречается и у женщин, не живших половой жизнью.

При подозрении на апоплексию яичника больную необходимо срочно госпитализировать, так как возможен летальный исход от внутреннего кровотечения и других осложнений.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Опухоль — это увеличение органа или тканей за счет пролиферации или гипертрофии их клеточных элементов при наличии или отсутствии клинических проявлений нарушения функции. Наиболее общим признаком опухоли является способность расти за счет размножения своих собственных клеток и тканей. Возникновение опухоли следует рассматривать как результат дистрофической пролиферативной реакции организма на различные вредные факторы — внешние или внутренние, врожденные или приобретенные, стойко изменившие обмен веществ в тканях и клетках, вследствие чего возникает очаг роста без определенного закаливания.

Опухоли делятся на две большие группы: доброкачественные и злокачественные, для каждой из которых характерны определенные признаки. Доброкачественные опухоли отличаются большей или меньшей степенью типичности и зрелости их элементов, медленным темпом и экспансивностью роста с отдавливанием или раздвиганием нормальных тканей. Злокачественные новообразования характеризуются атипичностью клеточных образований, элементы которых обычно не достигают полной зрелости, и инфильтративным типом роста с повреждением окружающих опухоль нормальных тканей.

Доброкачественные и злокачественные опухоли сопровожда-

ются беспредельным избытком роста клеточных элементов и принципиально близки друг к другу.

Опухоли наружных половых органов и влагалища

В большинстве случаев в наружных половых органах и влагалище выявляются новообразования, свойственные коже и мягким тканям, наиболее часто — фибромиома, фиброма, миома, гидроаденома, гемангиома, папиллома, слоновость вульвы.

Слоновость вульвы представляет собой опухолевидное заболевание больших и малых половых губ. Наружные половые органы резко гипертрофируются за счет разрастания клеточных элементов кожи и подкожной клетчатки, иногда увеличиваются до очень больших размеров. Поверхность кожи может быть гладкой или неровной, бородавчатой; консистенция опухоли плотная или мягковатая. Протекает заболевание очень медленно, больные жалуются на неловкость при ходьбе, половых сношениях, при изъязвлениях — на боли, выделения. **Лечение** хирургическое.

Папиллома — сосочковое разрастание эпителия с рыхлой соединительнотканной основой — представляет собой отдельные или множественные узелки, которые образуют большие конгломераты, напоминающие цветную капусту. Опухоль локализуется на поверхности наружных половых органов, во влагалище, иногда распространяется на влагалищную часть шейки матки, промежность, внутреннюю поверхность бедер. Предрасполагающим фактором к возникновению папиллом является постоянное раздражение кожи и слизистых оболочек влагалища, наружных половых органов выделениями при хронических воспалительных процессах. Обычно больные жалуются на бели, зуд, неловкость при ходьбе. **Лечение** небольших папиллом консервативное (присыпка резорцина с борной кислотой), при больших сосочковых разрастаниях — хирургическое.

Гидроаденома — доброкачественная опухоль потовых желез — встречается редко и представляет собой небольшие узелки, одиночные или множественные, располагающиеся под кожей или в толще больших половых губ. Протекает бессимптомно, часто обнаруживается случайно при туалете наружных половых органов. Возможен злокачественный рост. **Лечение** хирургическое.

Гемангиома — сосудистое новообразование синевато-багрового цвета, мягкой консистенции, иногда развивается в стенке влагалища. **Лечение** хирургическое.

Липома — наиболее распространенная опухоль подкожной клетчатки — располагается преимущественно в области лобка и больших половых губ. Имеет шаровидную форму, мягко-эластичную консистенцию, не спаяна с эпидермисом, иногда бугристая. В отдельных случаях достигает большой величины. На разрезе

представляет собой жировую ткань с прослойками соединительной. Лечение хирургическое.

Фибромиома, фиброма, миома — опухоли, развивающиеся из гладких мышечных волокон с большей или меньшей примесью соединительной ткани. Локализуются в больших половых губах, влагалище и других соседних органах. Новообразование имеет вид одиночного узла на широком основании (иногда на ножке) с гладкими стенками, плотной или мягковатой консистенцией в зависимости от количества соединительнотканых элементов. Возможны дегенеративные изменения: отек, гиалиноз, обызвествление, некроз и др. При небольших размерах опухоли симптомы, как правило, отсутствуют. Большие новообразования влагалища вызывают неприятные ощущения инородного тела, затрудняют половые сношения, сдавливают соседние органы. Лечение хирургическое.

Опухоли матки

Миома (фибромиома) матки — наиболее распространенная опухоль половых органов. Встречается у 0,2—1 % всех взрослых женщин. Миому матки относят к гормональнозависимым образованиям, появление и рост которых связаны с функциональной активностью гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы и состояния рецепторного аппарата матки. Опухоль возникает межмышечно, затем в зависимости от направления роста развиваются интерстициальные (в толще стенки матки), субсерозные, растущие в сторону брюшной полости, субмукозные, распространяющиеся в сторону слизистой оболочки матки, новообразования. Вокруг миоматозного узла образуется капсула из мышечных и соединительнотканых элементов стенки матки, в формировании которой при субсерозной миоме участвует висцеральная брюшина, при субмукозной — слизистая оболочка матки. В большинстве случаев миоматозные узлы развиваются в теле матки, редко — в шейке, связочном аппарате матки и трубах. Преимущественно (72 %) наблюдаются множественные миомы, реже субсерозные (47,9 %) и субмукозные (22,5 %). Опухоли имеют плотную консистенцию, степень плотности зависит от содержания соединительной ткани. Микроскопически миома матки состоит из пучков гладкой мышечной ткани, расположенных в разных направлениях. Опухоль может подвергаться различным дегенеративным изменениям: атрофия мышечных элементов в менопаузе, отек, некроз, кальцинация, саркоматозное превращение.

Различные варианты топографического расположения узлов, гистологического строения и особенностей питания обуславливают разнообразие клинического течения заболевания. Основные симптомы его — кровотечения (меноррагии, реже метроррагии), постгеморрагическая анемия, боли, признаки сдавления соседних органов.

Обильные и длительные менструации у больных миомой матки вызываются нарушением обмена эстрогенных гормонов, снижением сократительной способности мышцы матки и увеличением поверхности ее слизистой оболочки. При субмукозной миоме чаще наблюдаются ациклические кровотечения, связанные с повреждением слизистой оболочки матки, а также с сопутствующим нарушением функции яичников. У женщин старше 40 лет возможно одновременное существование миомы и рака матки.

Ежемесячные обильные кровопотери во время менструации способствуют развитию вторичной постгеморрагической анемии, которая вызывает нарушение деятельности сердечно-сосудистой системы. Кожные покровы приобретают бледно-желтый цвет, видимые слизистые оболочки становятся бледными, лицо одутловатым, на нижних конечностях определяются пастозность или отеки, пульс учащается, у верхушки сердца выслушивается систолический шум, снижается количество гемоглобина, уменьшается число эритроцитов, появляются их молодые формы. Больные жалуются на общую слабость, одышку, сердцебиение, головокружение, нарушение трудоспособности.

Болевой синдром вызывается натяжением связочного аппарата матки, растяжением ее брюшного покрова, а также давлением растущей опухоли на окружающие органы. Боли могут быть связаны с рождением субмукозного узла, перекрутом ножки субсерозной миомы, внутрисвязочным ростом опухоли, некрозом и др.

Нарушения функций соседних органов возникают преимущественно при внутрисвязочной, шейечной или субсерозной миоме, расположенной близко к шейке. Рост опухоли кпереди от шейки оказывает давление на мочевой пузырь, вызывая дизурические явления. Интралигаментарно расположенные опухоли могут сдавливать мочеточники с последующим развитием гидронефроза, гидронефроза и пиелита. Позадишейечная опухоль сдавливает прямую кишку и вызывает нарушение функции желудочно-кишечного тракта.

В процессе роста новообразования возможны его осложнения: перекручивание ножки опухоли, некроз и инфицирование узлов, злокачественное превращение, острое кровотечение, при которых ухудшается общее состояние больных, появляются соответствующие осложнения клинические симптомы, что нередко требует оказания неотложной помощи в стационаре.

Диагностика заболевания при типичном расположении узлов и неосложненном течении не представляет трудностей. Она основывается на данных анамнеза, жалоб больных, клинической симптоматики и бимануального исследования. При атипичном расположении миоматозных узлов или сочетании миомы матки с другими заболеваниями гениталий для установления диагноза используют зондирование, гистерографию, рентгенографию органов малого таза в условиях пневмоперитонеума, эндоскопическое и ультразвуковое исследование.

Миому матки необходимо дифференцировать с опухолями яичников, раком тела матки, беременностью.

Хирургическое лечение миомы проводится по строгим показаниям, к которым относятся: величина опухоли, превышающая размеры матки при беременности в 15—16 нед; подозрение на злокачественное превращение новообразования; быстрый рост опухоли, особенно в период менопаузы; субмукозные миомы и субсерозные на тонкой ножке, склонные к перекручиванию, шеечная локализация миоматозных узлов; нарушения менструальной функции по типу мено- или метроррагии, сопровождающиеся признаками выраженной хронической постгеморрагической анемии; боли, связанные с некрозом узла или перекручиванием ножки субсерозной опухоли, а также в результате сдавления нервов и растяжения связочного аппарата при межсвязочных и ущемленных в тазу опухолях; нарушение мочеиспускания или акта дефекации вследствие сдавления опухолью мочевого пузыря или прямой кишки; повторные выкидыши или бесплодие, если они вызываются данной патологией.

Больные, не нуждающиеся в хирургическом лечении или имеющие противопоказания к нему, подлежат диспансерному наблюдению и консервативному лечению независимо от степени выраженности клинических признаков.

Для терапии миомы матки применяются маммофизин, препараты йода и цинка, рентгеновские лучи, радоновые ванны, прогестерон, синтетические прогестины, андрогены, АКТГ.

Маммофизин усиливает сокращение матки, снижает содержание общего холестерина, оказывает антиэстрогенное действие, увеличивая синтез и обмен прогестерона и андрогенов. Маммофизин вводится ежедневно внутримышечно по 1 мл в течение 12—15 дней начиная с 5—7-го дня менструального цикла на протяжении 2—3 циклов. Препарат может применяться в любом возрасте и не имеет противопоказаний, за исключением резко выраженных форм атеросклероза, миокардита, гипертонической болезни. Чаще маммофизин используется как сокращающее матку средство при обильных менструациях.

Лечебный эффект йода обусловлен его благоприятным действием на продукцию гонадотропных гормонов, угнетение синтеза эстрогенов. Для лечения больных миомой матки применяется электрофорез йода из 1—2 % раствора йодистого калия или натрия ежедневно с перерывом на менструацию. Курс лечения состоит из 40—60 воздействий с продолжительностью одного сеанса 20—30 мин. Йод можно применять внутрь в микродозах в течение длительного времени (0,25 % раствор по 1 столовой ложке в день в течение 6—10 мес), а также в виде влагалищных орошений, внутриматочных вливаний по Грамматикати, микроклизм, йодобромных ванн. Указанная терапия проводится в любом возрасте, особенно показана женщинам с нарушением жирового обмена, заболеваниями сердечно-сосудистой системы, недостаточной функцией щитовидной железы. Только инъекции

по Грамматикати назначаются в пре- и климактерическом возрасте.

Биотик цинк вводится в организм с помощью электрофореза из 1—2 % раствора сернокислого цинка ежедневно, 20—30 сеансов по 15—20 мин. Под воздействием его усиливаются продукция лютеинизирующего гормона, выработка андрогенов сетчатой зоной коры надпочечников. Обладает противовоспалительным действием и применяется преимущественно при сочетании миомы матки с воспалительными процессами гениталий.

Лечение прогестероном проводится в любом возрасте, особенно показано при маточных кровотечениях, обусловленных ановуляторными менструальными циклами. Кроме секреторной трансформации эндометрия прогестерон вызывает релаксацию соединительной ткани, тем самым способствует размягчению и уменьшению миоматозных узлов. Применяется по 5—10 мг внутримышечно 1 раз в день в течение 10—12 дней во вторую фазу менструального цикла на протяжении 3—6 мес. После окончания каждого месячного курса лечения прогестероном рекомендуется вводить маммофизин внутримышечно по 1 мл 1 раз в день в течение 5—6 дней или чередовать инъекции прогестерона с маммофизинном. Можно применять препараты прогестерона пролонгированного действия.

Синтетические прогестины (инфекундин и др.) обладают способностью вызывать регрессивные атрофические изменения в эндометрии. Назначаются при маточных кровотечениях у больных миомой матки в возрасте старше 40 лет, а также при сочетании миомы с эндометриозом. Принимаются по 1 таблетке внутрь с 5-го по 25-й день менструального цикла с последующим перерывом на 7 дней в течение 3—4 менструальных циклов.

Андрогены тормозят гонадотропную функцию гипофиза и фолликулярного аппарата яичников, вызывают атрофию эндометрия. У больных миомой матки андрогены способствуют остановке или уменьшению кровотечений и заметному уменьшению размеров опухоли. Наиболее широко применяются тестостерона пропионат, метилтестостерон, метиландростендиол и андрогенные препараты пролонгированного действия (сустанон, тестенат). Тестостерона пропионат применяется по 25 мг через день внутримышечно — 10 инъекций на протяжении 3 менструальных циклов с перерывом в 10 дней. Метилтестостерон принимается в среднем по 2 таблетки 3 раза в день (30 мг) ежедневно сублингвально в течение 20 дней на протяжении 3 менструальных циклов с 10-дневным перерывом. Метиландростендиол применяют по 1 таблетке под язык 2 раза в день (50 мг) начиная с 7-го дня менструального цикла ежедневно в течение 15 дней на протяжении 3 менструальных циклов. Лечение андрогенами проводится в возрасте после 45 лет. При появлении симптомов вирилизации уменьшается доза или делается перерыв в лечении.

Адренокортикотропный гормон поддерживает постоянство внутренней среды организма, стимулирует глюкокортикоидную

и андрогенную функции коры надпочечников, угнетает продукцию фолликулостимулирующего гормона и усиливает образование лютеинизирующего, обладает непосредственным и опосредованным через кору надпочечников антифиброзным и антиколлагенозным действием. Наилучший терапевтический эффект наблюдается у больных в возрасте старше 40 лет при миоме, размеры которой не превышают величины матки в сроке 12 нед беременности, при интерстициальном или субсерозном расположении опухоли на широком основании, а также при сочетании миомы матки с хроническими воспалительными процессами в половой системе или спаечным процессом в малом тазу и брюшной полости. Лечение АКТГ противопоказано при сочетании миомы матки с эндометриозом, туберкулезом различной локализации, сахарным диабетом, при тяжелых формах заболевания сердечно-сосудистой системы, а также при язвенном процессе в желудочно-кишечном тракте или других местах организма. Одновременное применение электрофореза цинка потенцирует действие АКТГ. АКТГ назначают внутримышечно через день по 25 ЕД, на курс лечения 18 инъекций. При гипертонической болезни I—II стадии введение АКТГ начинают с 10 ЕД, увеличивая с каждой последующей инъекцией дозу на 5 ЕД и доводя ее до обычной лечебной дозы. Одновременно, в дни инъекции АКТГ, вводится цинк путем электрофореза из 5 % раствора его серно-кислой соли, продолжительность одного сеанса — 20 мин. В период лечения рекомендуется диета с ограничением соли. Введение лекарственных препаратов начинается сразу после менструации с перерывом на следующую.

Радоновые воды повышают сократительную способность матки, оказывают гемостатический эффект, в повышенных концентрациях снижают функцию яичников. Лучший терапевтический эффект достигается при сочетанном лечении радоновыми орошениями влагалища и ваннами. Влагалищные орошения проводятся при концентрации 500 единиц Махе, температуре воды 36—38°, продолжительность процедуры 20—30 мин ежедневно, на курс 15—18 орошений; радоновые ванны — при концентрации 200 единиц Махе и температуре 36—37°, продолжительность — 10 мин, на курс лечения 10—12 ванн. Лечение радоновыми водами проводится в любом возрасте при величине опухоли, не превышающей размеров матки в сроке 12 нед беременности. Терапия противопоказана при метроррагиях, овариальной гипофункции, обострении воспалительного процесса гениталий, а также при общеизвестных противопоказаниях к радиотерапии.

Рентгенотерапия применяется у женщин старше 45 лет и в более молодом возрасте при противопоказаниях к хирургическому лечению. Эффективность ее обусловливается действием рентгеновских лучей на яичники. Выключение их внутрисекреторной функции вызывает развитие в матке и опухоли тех же изменений, которые имеют место при естественной менопаузе. Рекомендуется проводить облучение области расположения яичников

с двух подвздошных полей. Оптимальная доза на каждое из двух полей на глубине 10 см равна 52 мКл/кг за сеанс. На курс лечения от 516 до 645 мКл/кг. Перед лечением проводится диагностическое выскабливание слизистой оболочки матки.

Указанные виды и схемы терапии больных миомой матки следует проводить один раз в год. Выбор метода зависит от индивидуальных особенностей организма, при этом обязательно учитываются возраст, наличие генитальных и экстрагенитальных заболеваний. Приведенные, наиболее часто употребляемые, способы терапии проводятся в комплексе с приемом препаратов, способствующих улучшению или восстановлению функций печени, желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой, эндокринной и нервной систем. Обязательно одновременное лечение сопутствующих хронических воспалительных процессов гениталий без применения тепловых процедур.

Опухоли яичников

Доброкачественные опухоли яичников делят на четыре основные группы: эпителиальные, соединительнотканые, тератоидные (герминогенные) и гормонопродуцирующие. Несмотря на наличие у них более или менее характерных клинических признаков, установить принадлежность опухоли к той или иной группе в большинстве случаев можно только после ее удаления.

Эпителиальные опухоли яичников. *Псевдомуцинозная киста* встречается в 20 % случаев всех кистом яичника, развивается чаще в возрасте 40—50 лет. Опухоль имеет овоидную или шаровидную форму с неровной поверхностью, с гладкой, блестящей капсулой, иногда достигает больших размеров. На разрезе, как правило, многокамерная, содержит тягучую мутную жидкость. Стенка опухоли выстлана эпителием, сходным с эпителием канала шейки матки или покровным эпителием толстой кишки. Опухоль чаще односторонняя и довольно подвижная с выраженной ножкой. При разрыве капсулы и излитии содержимого в брюшную полость может возникнуть псевдомиксома брюшины. При этом брюшная полость постепенно заполняется желеобразными массами, выстилающими париетальный и висцеральный листки брюшины, которые продуцируют слизь. Псевдомуцинозные кисты могут пролиферировать и подвергаться злокачественной трансформации (2—7 % случаев). Микроскопически при этом обнаруживаются сосочки с пролиферацией эпителия и образованием папиллярных структур.

Цилиоэпителиальная киста составляет 25—30 % всех новообразований яичников. Чаще встречается в период половой зрелости, очень редко у девочек и в старческом возрасте. В отличие от псевдомуцинозной кисты более чем в 50 % случаев бывает двусторонней и редко достигает величины головки новорожденного. Эпителий, покрывающий внутреннюю поверхность кистом, призматический, сходный с реснитчатым эпителием маточных

труб, поэтому эти кисты именуются цилиоэпителиальными (серозными, папиллярными). *Серозные опухоли* — одно- и многокамерные, располагаются в брюшной полости свободно, стенки их плотные, содержимое бесцветное, прозрачное. Чаще встречаются серозные кисты с папилломатозными разрастаниями в виде отдельных сосочков. Иногда они располагаются очень густо и напоминают цветную капусту. Нередко папиллярные сосочки прорастают стенку опухоли, выходя за ее наружную поверхность, и создают угрозу диссеминации. Такие сосочковые кисты называются *папиллярными*. Содержимое их серозное, богатое белком, различного оттенка — от грязно-желтого до красного или коричневого. При таких опухолях часто наблюдается асцит, иногда геморрагический, образуются сращения и в 30—50 % случаев отмечается злокачественная трансформация.

Соединительнотканые опухоли яичников. Фиброма яичника составляет около 3 % опухолей яичника, в большинстве случаев локализуется с одной стороны, встречается преимущественно после 40 лет. Величина опухоли не превышает размера кулака. Новообразование отличается медленным ростом, плотной консистенцией, гладкой или бугристой поверхностью, часто отмечается асцит, иногда экссудативный плеврит и общее похудание. Злокачественная трансформация происходит очень редко. На разрезе опухоль беловатого цвета, иногда каменистой плотности вследствие гиалинизации и пропитывания солями. Микроскопически представляет собой беспорядочно переплетающиеся фиброзные клетки веретенообразной формы.

Тератоидные (герминогенные) опухоли яичников. Зрелая тератома, или дермоидная киста, чаще встречается в возрасте 20—40 лет и составляет 10—20 % всех опухолей яичников. Опухоль растет медленно, размеры ее различны, но редко достигают более 12—15 см в диаметре, располагается преимущественно с одной стороны. Характеризуется различной степенью дифференцировки тканей, являющихся производными трех зародышевых листков (эктодермы, мезодермы, энтодермы). Бывает кистозной и солидной, чаще отмечаются кистозные однокамерные образования с гладкой поверхностью, в которых заключены сало, волосы, хрящи, зубы. Стенка опухоли состоит из соединительной ткани, полость ее выстлана плоским многослойным или кубическим эпителием. Диагноз устанавливается на основании бимануального исследования, при котором определяется подвижное новообразование спереди или сбоку от матки, неравномерной консистенции, с участками уплотнения. Озлокачествление наблюдается в 1,7—3 % случаев.

Гормонпродуцирующие опухоли яичников. *Гранулезоклеточная опухоль* (фолликулома) возникает из зрелых гранулезных клеток фолликулов и мозговых тяжей. Встречается в любом возрасте, но чаще у женщин 40—45 лет и составляет около 4—5 % всех новообразований яичников. Опухоль бывает преимущественно односторонней, гладкой или бугристой, мягкой или

туго-эластичной консистенции, редко достигает больших размеров. Строение опухоли может быть солидным, солидно-кистозным или преимущественно кистозным. На разрезе — пестрый вид за счет кровоизлияния. Клинические проявления обусловлены гормональной активностью опухоли, которая продуцирует эстрогены. У девочек отмечается преждевременное половое созревание. У женщин в менопаузе возобновляются циклические кровотечения, напоминающие менструации. Пожилые больные выглядят моложе своих лет и отмечают повышенное либидо. В детородном возрасте нередко появляются кровотечения, иногда аменорея, бесплодие, частые выкидыши. Слизистая оболочка влагалища становится сочной, слегка цианотичной, складчатой; в эндометрии возникает железистая гиперплазия. Наблюдается увеличение размеров матки.

Текома встречается несколько реже гранулезоклеточной опухоли, приблизительно в 2 % случаев всех опухолей яичников. Наблюдается преимущественно у женщин старше 50 лет. Как правило, бывает односторонней, развивается из клеток внутренней оболочки фолликулов или из стромы яичника. Клинические проявления такие же, как при гранулезоклеточных новообразованиях. Опухоль обычно доброкачественная, в 4—5 % случаев озлокачивается.

Арренобластома встречается преимущественно в возрасте 20—35 лет, у большинства больных поражает один яичник. Величина опухоли от горошины до головки новорожденного, форма ее округлая или овоидная, консистенция, как правило, плотная. На разрезе новообразование сероватого, желтоватого, оранжевого и красновато-коричневого цвета. Опухоль развивается из зачатков половой железы, сохранившихся в яичнике и недифференцированных в ранней стадии развития эмбриона, способна вырабатывать гормоны, обладающие свойствами андрогенов. В клиническом течении преобладают признаки дефеминизации и маскулинизации женского организма. Заболевание в большинстве случаев начинается с аменореи, уплощения молочных желез, снижения либидо, бесплодия, уменьшения отложения жира в подкожной клетчатке, атрофии матки и второго яичника. Постепенно появляются рост волос по мужскому типу, гипертрофия клитора, медленное облысение, огрубение голоса. Злокачественное превращение опухоли происходит редко.

Развитие кистом яичника, за исключением гормонопродуцирующих, в большинстве случаев не отражается на общем состоянии больных, их менструальной и детородной функции. Увеличение опухоли вызывает рост окружности живота, появление чувства тяжести, болей в животе и пояснице. Иногда возникают частые позывы на дефекацию, затрудненное мочеиспускание. Эти симптомы обуславливаются ущемлением опухоли в малом тазу, смещением и нарушением функций соседних органов, прижатием нервных стволов. При чрезмерно больших

размерах кистомы больные жалуются на одышку, сердцебиение, отеки нижних конечностей, нарушение функции кишечника. Помимо этого, при опухолях яичника могут развиваться различные осложнения, требующие неотложной помощи,— наиболее часто перекрут ножки кистомы, разрыв ее капсулы, инфицирование опухоли и сращение с соседними органами, злокачественное превращение (малигнизация), при которых наблюдается постоянное или внезапное ухудшение общего состояния. **Перекрут ножки опухоли** иногда происходит в результате резких движений, перемены положения тела, нередко во время беременности и в послеродовом периоде. При полном перекруте ножки опухоли нарушается ее питание, возникают кровоизлияния и некроз. Клинически это проявляется картиной острого живота с быстрым ухудшением общего состояния. Отмечается бледность и холодный пот, повышается температура тела, учащается пульс, снижается артериальное давление. **Разрыв капсулы кистомы** возникает редко — при грубом исследовании или механической травме. При этом могут появиться острые боли, шок, кровотечение, впоследствии имплантация опухоли на брюшине. **Инфицирование опухоли** чаще развивается вторично из кишечника, лимфогенным путем. Проявляется высокой температурой тела, лейкоцитозом, болями внизу живота. Нередко нагнаившаяся опухоль спаивается с соседними органами и прорывается в прямую кишку или мочевой пузырь с образованием свищей. **Малигнизация опухоли** — очень опасное осложнение кистомы, которое может возникнуть при любых размерах опухоли. Чаще злокачественному превращению подвергаются папиллярные кистомы.

Диагностика опухолей яичников основывается на данных анамнеза и выявлении опухолевого образования в малом тазу различной величины и формы, умеренно или ограниченно смещаемого, с бугристой или гладкой поверхностью, плотной или тугоэластичной консистенции. При затруднениях в постановке диагноза, особенно при дифференцировании с воспалением придатков матки, миомой матки, опухолями органов брюшной полости, беременностью, используются дополнительные методы исследования: зондирование полости матки с последующим гистологическим исследованием, цитологическое исследование мазков из осадка асцитической жидкости, обзорная рентгенография, рентгеноскопия и рентгенография желудочно-кишечного тракта, пневмопельвиография и флебография, экскреторная урография и изотопная ренография, кульдоскопия и лапароскопия, в сложных случаях — диагностическая лапаротомия.

Лечение доброкачественных опухолей яичников хирургическое, так как без морфологического исследования выявить доброкачественный или злокачественный характер опухоли не возможно. Своевременное удаление доброкачественных опухо-

лей яичника является профилактикой ряда осложнений и в первую очередь самой действенной мерой предупреждения рака.

ЭНДОМЕТРИОЗ

Эндометриоз (эндометриоидная гетеротопия, аденомиоз, эндометриома) — патологический процесс, при котором в мышечном слое матки или в других органах половой системы и вне ее происходит разрастание ткани, морфологически и функционально похожей на эндометрий. По частоте возникновения эндометриоз занимает третье место среди гинекологических заболеваний (после воспалительных процессов и миомы матки).

Причины появления заболевания окончательно не установлены. Существует ряд теорий его возникновения и развития. Сторонники эмбриональной (дезонтогенетической) теории считают, что гетеротопия клеток эндометрия происходит на стадии эмбриогенеза во время дифференциации эндометрия, миометрия, периметрия матки и ее придатков. В период половой зрелости под влиянием экзогенных (воспалительный процесс) или эндогенных (эстрогенные гормоны) факторов «заблудившиеся» клеточные элементы эндометрия начинают размножаться, приобретают чувствительность к половым гормонам, циклически изменяются, как и слизистая оболочка матки. В фазу десквамации происходит кровоизлияние в толщу тканей или органов, вокруг очагов эндометриоза образуется соединительнотканый барьер. С каждым менструальным циклом число кровоизлияний увеличивается, образуются кистозные полости различной величины. Метастатическая теория объясняет возникновение эндометриоза трансформацией (метаплазией) под влиянием половых гормонов отдельных клеток эпителия брюшины в клетки, морфологически и функционально напоминающие эндометрий. Согласно имплантационной теории, при неправильном положении матки или спазме шейки ее, заращении цервикального канала после электрокоагуляции, повышении внутриматочного давления (влагалищное исследование, езда на велосипеде) менструальные выделения через маточные трубы попадают в брюшную полость, клетки эндометрия имплантируются на поверхности матки, ее придатков, брюшине прямокишечно-маточного углубления, кишечнике, сальнике, печени, почках и селезенке. Существует теория метастазирования клеток эндометрия по лимфатическим и кровеносным сосудам, контактными и ретроградными путями. Развитию эндометриоза способствуют искусственный аборт и выскабливание матки, операции на матке и ее придатках, неправильные положения матки, атрезия шеечного канала, электрокоагуляция, электроэксцизия и пластические операции на шейке матки, травмы матки в родах, тяжелый физический труд или поднятие тяжести во время менструации и др.

Макроскопически эндометриоз представляет собой различной величины и формы железистые разрастания или кистозные образования, наполненные кровью, слизью и слущенным эпителием. При микроскопическом исследовании отмечаются одиночные или множественные разрастания желез, напоминающие эндометрий, в которых определяются изменения, аналогичные циклической трансформации слизистой оболочки матки и синхронные с ней. Во время наступления беременности в строме очагов эндометриоза происходит децидуальная реакция. Эндометриозные разрастания окружены цитогенной стромой с примесью гладкомышечных волокон, которая способна к прорастанию в окружающие ткани. Иногда они состоят из одной только цитогенной стромы, без желез (стромальный эндометриоз).

Наиболее часто (95 % случаев) эндометриоз развивается в половой системе, однако может поражать любые органы и ткани. Генитальный эндометриоз делится на внутренний (70 %) — при поражении мышечного слоя матки и наружный (25 %) — при локализации процесса в других (исключая матку) отделах половой системы. Нередко наблюдается сочетание внутреннего и наружного эндометриоза. Последний может локализоваться внутрибрюшинно (брюшина матки и придатков) и внебрюшинно (ретроцервикальный и влагалищный эндометриоз). Экстрагенитальный эндометриоз чаще развивается в области пупка, послеоперационных рубцов, промежности, в прямой кишке и других отделах кишечника, в мочевом пузыре, сальнике, червеобразном отростке, печени, легких, почках, мозге и в других органах и тканях.

Клиника эндометриоза обуславливается местом и степенью распространения патологического процесса и характеризуется следующими особенностями: 1) длительным течением заболевания (иногда воспалительный процесс матки и ее придатков, сопровождающийся альгодисменореей или гиперполименореей, лечится годами); эндометриоз часто сопутствует миоме матки (до 65 %); 2) прогрессирующим клиническим проявлением заболевания; 3) циклически протекающим, прогрессирующим болевым синдромом, который появляется перед менструацией, особенно выражен во время ее и прекращается в первые дни после менструации; боль возникает вследствие набухания железистых элементов в эндометриозных разрастаниях, скопления секрета желез и крови в замкнутых полостях в фазу десквамации; 4) нарушением менструальной, детородной функции и деятельности соседних органов при генитальном эндометриозе. В случае поражения матки и ее придатков часто за 3—5 дней до менструации и в течение нескольких дней после нее, иногда в середине менструального цикла, появляются мажущие, шоколадного или темного цвета кровянистые выделения, обусловленные выдавливанием набух-

шим миометрием старой менструальной крови из эндометрионидных очагов. Эндометриоз придатков матки и брюшины всегда сопровождается хроническим воспалительным процессом, в результате которого наступает бесплодие, нарушение функции кишечника и мочевого пузыря. Причиной бесплодия могут быть также локализация очагов эндометриоза в трубных углах, нарушение имплантации при кровотечениях, функциональные изменения в системе гипоталамус — яичник — гипофиз. Эндометрионидные очаги в матке циклически увеличиваются перед менструацией и уменьшаются после нее. Малигнизация происходит редко. Эндометриоз развивается только в половозрелом и детородном возрасте, самопроизвольно исчезает в период менопаузы или после кастрации. Беременность и роды задерживают его рост, иногда он полностью исчезает.

Эндометриоз матки бывает диффузным и узловатым. Преимущественно поражаются углы и задняя стенка матки у дна. Клинически проявляется обильными, длительными и болезненными менструациями. Отмечаются увеличение и размягчение матки перед менструацией. После окончания ее матка уменьшается в размерах и становится более плотной. Случаи узловой формы внутреннего эндометриоза, при которой матка неравномерной консистенции, асимметрична, необходимо дифференцировать с миомой матки. В предменструальном периоде и во время менструации появляется субфебрильная температура тела, что объясняется всасыванием крови, излившейся в эндометрионидные очаги. Могут наблюдаться снижение уровня гемоглобина и количества эритроцитов, повышение числа лейкоцитов и СОЭ (до 25—30 мм/ч) во время менструации.

Диагноз внутреннего эндометриоза устанавливается на основании характерных данных анамнеза, бимануального и дополнительных методов исследования (гистеросальпингография, коагулограмма, тромбоэластограмма, гистероскопия, клинический анализ крови, общий анализ мочи; функция печени и другие исследования — по показаниям). Гистерография производится водными контрастными растворами (диодон, диотраст, кардиотраст и др.) на 8—10-й день менструального цикла или после диагностического выскабливания. При этом отторгнутый функциональный слой слизистой оболочки матки не мешает проникновению контрастного вещества в эндометриозные ходы и полости, что определяется на рентгенограмме в виде «законтурных теней». При гистероскопии на 8—10-й день менструального цикла видны темно-красного цвета отверстия свищевых ходов, сообщающиеся с очагами аденомиоза. Узловатая форма эндометриоза напоминает подслизистую миому матки.

Эндометриоз шейки матки. При осмотре определяются синеватого цвета участки (кисты) в виде «глазков», увеличивающиеся во время менструации. Больные жалуются на мажущие кровянистые выделения за несколько дней до менструации и после нее. Боли не наблюдаются.

Диагноз подтверждается кольпоскопически и гистологическим исследованием биопсийного материала из шейки матки.

Эндометриоз яичника проявляется выраженными болями, особенно накануне и во время менструации, нередко с дизурическими явлениями, запорами и болью во время дефекации. В яичнике образуются различной величины кистозные полости овальной или круглой формы, внутренняя поверхность которых выстлана цилиндрическим эпителием. Содержимое кист имеет шоколадный цвет. Небольшие эндометриоидные кисты могут располагаться на поверхности яичников в виде образований синюшного цвета. Повторные кровоизлияния в стенку кисты и микроперфорации обуславливают распространение патологического процесса в яичниках и за их пределами. Это сопровождается сильными болями, реактивным воспалительным процессом и образованием обширных сращений с окружающими тканями и органами. Может произойти разрыв «шоколадных кист», что сопровождается внезапным появлением болей разлитого характера, тошноты, рвоты, обморочного состояния, повышением температуры тела. В области придатков матки пальпируется бугристое образование неравномерной консистенции, малоподвижное, болезненное, особенно перед менструацией. При двустороннем эндометриозе яичников матка и придатки ее могут представлять единый конгломерат, резко ограниченный в подвижности, величина и чувствительность которого нарастает перед менструацией. Эндометриоз яичника нужно дифференцировать с воспалительными образованиями, туберкулезом придатков матки, доброкачественными и злокачественными опухолями яичников.

Постановка диагноза облегчается при наличии эндометриоза другой локализации. Уточнить его помогают данные эндоскопических, рентгенологических и ультразвуковых исследований. Обязательным является рентгенологическое обследование желудочно-кишечного тракта.

Эндометриоз маточных труб характеризуется непостоянными болями внизу живота, усиливающимися в период менструаций. Заболевание может привести к трубной беременности, бесплодию. При двуручном исследовании определяются четкообразно утолщенные, уплотненные маточные трубы.

Эндометриоз влагалища встречается сравнительно редко, локализуется преимущественно в заднем своде. Поражаются стенка влагалища и прилежащие ткани. Клинически проявляется болями внизу живота, в промежности, пояснице, кровянистыми выделениями перед менструацией и после нее. При осмотре с помощью зеркал в заднем своде через слизистую оболочку влагалища просвечиваются мелкие кисты багрового и темно-синего цвета («синюшные глазки»). Эндометриоидные разрастания во влагалище пальпируются в виде плотного, резко болезненного инфильтрата, без четких границ. Дифференциаль-

ная диагностика эндометриоза влагалища и рака, метастазов хорионэпителиомы проводится с помощью биопсии.

Ретроцервикальный эндометриоз встречается относительно часто, протекает с выраженным болевым синдромом и нарушением акта дефекации. Патологический процесс поражает прямую кишку, заднюю стенку шейки матки и свод влагалища. При осмотре с помощью зеркал на месте прорастания ретроцервикального эндометриоза во влагалище могут определяться «синюшные глазки». При пальпации отмечается бугристое, плотной консистенции, резко болезненное, малоподвижное образование, часто связанное с задней стенкой шейки матки и прямой кишки. Заболевание отличается медленным развитием, отсутствием склонности к распаду и кровотечениям. Необходимо дифференцировать его с раком прямой кишки, влагалища, яичников III—IV стадии (распространение в ретроцервикальную клетчатку) и метастазами хорионэпителиомы во влагалище. Из дополнительных методов применяют цитологическое исследование, кольпоскопию, ректоскопию и др.

Эндометриоз брюшины прямокишечно-маточного углубления вызывает сильные боли, причиняющие тяжелые страдания, особенно во время менструации. При влагалищном исследовании пальпируются резко болезненные, четкообразной формы, неподвижные очаги эндометриоза размерами от горошины до крупной сливы с мелкобугристой поверхностью. Диагноз устанавливается на основании данных анамнеза и бимануального исследования. Необходимо дифференцировать с раком яичников и прямой кишки. Обязательным является обследование прямой кишки (ректороманоскопия, ирригография и др.).

Лечение больных эндометриозом проводится консервативными, оперативными и комбинированными методами в зависимости от возраста больной, локализации, характера и тяжести проявления заболевания.

Из консервативных методов наиболее эффективна гормональная терапия. Под воздействием синтетических прогестинов в очагах эндометриоза прекращаются циклические изменения, что приводит к остановке дальнейшего распространения патологического процесса, уменьшению болевого синдрома и кровотечения. Эстрогено-гестагенные препараты (инфекундин, бисекурин, ановлар, стедерил, энovid и др.) применяются с 5-го по 25-й день менструального цикла по 1 таблетке (перед сном) или непрерывно по 1 таблетке в день в течение 6—12 мес. Перед назначением их необходимо исследовать состояние свертывающей и антисвертывающей систем крови и функцию печени, так как эти препараты способствуют возникновению тромбозов. Противопоказаны синтетические прогестины при гипертонической болезни, тромбофлебите, заболеваниях печени и почек, диабете, нервно-психических расстройствах и раке молочной железы. Комбинированные эстрогено-гестагенные препараты могут вызывать нагрубание молочных желез, тошноту,

головокружение, прибавку массы тела, боли в области желудка, печени и др., которые постепенно исчезают спустя 2—3 мес. При непереносимости синтетических прогестинов применяются прогестерон по 5—10 мг внутримышечно в течение 6—8 дней за 8—10 дней до менструации, прегнин по 10 мг 3 раза в день под язык в течение 6—8 дней во второй половине менструального цикла. Больным внутренним эндометриозом старше 45 лет, страдающим кровотечениями, целесообразно назначать андрогены в больших дозах: 2,5—5 % раствор тестостерона пропионата по 1 мл внутримышечно через день, 8—10 инъекций на курс лечения, проводится 2—3 курса с интервалами в 1—1,5 мес; метилтестостерон по 10 мг 3—4 раза в день под язык в течение 20 дней, проводится 2—3 курса с перерывом в 10—20 дней. Терапию андрогенами начинают сразу после окончания менструации. При ухудшении самочувствия, появлении отечности, огрубении голоса, акме, росте волос на лице по мужскому типу следует уменьшить дозу или прервать лечение на 1—2 мес. Андрогенные препараты противопоказаны при выраженном вирусном синдроме, декомпенсированных заболеваниях сердца с отеками, выраженном содержании кальция в крови и аллергии. При эндометриозе брюшины прямокишечно-маточного пространства, влаглища и ретроцервикальной локализации проводится терапия синтетическими прогестинами после гистологического подтверждения диагноза. Под влиянием непрерывного лечения не менее года очаги эндометриоза уменьшаются и атрофируются, исчезают боли, кровотечения.

Хирургическое лечение проводится при эндометриодных кистах яичников диаметром более 7—8 см; при внутреннем эндометриозе, если отсутствует эффект от лечения синтетическими прогестинами и прогрессирует анемия; при сочетании эндометриоза с миомой матки. В случаях обширного распространения эндометриоза в предоперационном периоде применяют синтетические прогестины, что облегчает технику операции.

Для предупреждения эндометриоза необходимо соблюдать правильную технику операций на матке и других органах малого таза, не допускать попадания частиц эндометрия и содержимого «шоколадных кист» в брюшную полость, не разминать матку во время двуручного исследования и выведения в операционную рану, своевременно диагностировать и лечить патологию, затрудняющую выделение из матки менструальной крови, избегать чрезмерной физической нагрузки и влаглищных исследований во время менструации.

ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Предупреждение рака гениталий в первую очередь заключается в устранении условий, способствующих развитию так называемых предраковых заболеваний.

Характерными особенностями патологических состояний, на основе которых возникают опухоли, являются их очаговость, длительность существования, т. е. их устойчивость и развитие в условиях значительно измененной, нарушенной трофики.

К предраковым, или предопухолевым, заболеваниям женских половых органов относятся патологические процессы и состояния, которые создают наиболее благоприятную почву для злокачественного превращения, хотя оно и наступает не всегда. Различают предраковые заболевания наружных и внутренних половых органов.

К предраковым заболеваниям наружных половых органов относятся гиперкератозы (лейкоплакия, крауроз) и ограниченные пигментные образования с склонностью к росту и изъязвлению.

Локализованный зуд вульвы — самостоятельное заболевание, не связанное с другими причинами воспалительного характера. При длительном течении его развиваются лейкоплакия, крауроз и пигментные пятна. Нестерпимый зуд возникает приступообразно, усиливается в ночное время. Заболевание необходимо дифференцировать с зудом, возникающим при воспалительных процессах, сахарном диабете, болезнях почек, печени, глистной инвазии, воздействии химических веществ и др.

Лейкоплакия вульвы характеризуется появлением на коже, клиторе, больших и малых половых губах, промежности, внутренних поверхностях бедер и вокруг анального отверстия белых бляшек (пятен) различной величины. Происходит повышенное ороговение (гиперкератоз и паракератоз) с последующим развитием склеротического процесса и сморщиванием ткани. Этиопатогенез заболевания, очевидно, связан с нарушениями эндокринной системы. Встречается обычно в климактерическом периоде или в менопаузе. Клинически проявляется упорным кожным зудом в области наружных половых органов, что вызывает расчесы, ссадины и небольшие ранки.

Крауроз вульвы характеризуется атрофией сосочкового и ретикулярного слоев кожи, гибелью эластических волокон, что приводит к сморщиванию кожи и исчезновению жировой клетчатки; последующей атрофией кожи, сальных и потовых желез, в связи с чем суживается вход во влагалище; кожа делается сухой и легкоранимой. Крауроз наблюдается чаще в климактерическом периоде или менопаузе, однако бывает и в молодом возрасте. Сопровождается болями, зудом и жжением, что также приводит к расчесам и вторичным воспалительным изменениям тканей.

Лечение гиперкератозов складывается из комплекса симптоматических и патогенетических средств: психотерапии, преимущественно растительной диеты, витаминов А, группы В, Е, С. Необходим постоянный тщательный туалет наружных

половых органов. Перед сном полезны сидячие ванны с раствором настоя цветов ромашки или календулы. Уменьшают зуд мази и примочки, в состав которых входят: белладонна, ксероформ, димедрол, глицерин, анестезин, преднизолон, алоэ и др. Из физиотерапевтических средств применяют ультразвук и лекарственный электрофорез. При безуспешности консервативной терапии проводится денервация или экстирпация вульвы.

Ограниченные пигментные образования с склонностью к росту и изъязвлению (болезни Боуэна и Педжета) клинически проявляются плоскими или приподнятыми пигментными пятнами (светлые, ярко-красные) с четкими краями и некоторой инфильтрацией подлежащих тканей, которые приводят к развитию инвазивного рака. Лечение преимущественно оперативное.

К предраковым заболеваниям влагалища, матки и придатков относятся: лейкоплакия и эритроплакия, эрозии и полипы шейки матки, ее деформации и рубцовые изменения, железистая гиперплазия слизистой оболочки матки, полипоз, аденоматоз, пузырьный занос, доброкачественные опухоли яичников.

Дискератозы (лейкоплакия и эритроплакия) возникают на слизистой оболочке влагалища и влагалищной части шейки матки и характеризуются выраженным процессом пролиферации многослойного плоского эпителия, уплотнением и ороговением поверхностных его слоев.

При *лейкоплакии* на слизистой оболочке образуются белые пятна, бляшки, выступающие над ее поверхностью, иногда без ясных границ переходящие в неизмененную слизистую оболочку. Клинически заболевание часто протекает бессимптомно и обнаруживается при профилактических осмотрах, у некоторых женщин сопровождается белями, а при присоединении инфекции — гнойными выделениями.

Эритроплакия характеризуется атрофией поверхностных слоев эпителия влагалища или шейки матки. Поврежденные участки обычно темно-красного цвета, так как через истонченные слои эпителия просвечивает сосудистая сеть, расположенная в подэпителиальном слое. Лечение общее и противовоспалительное, наиболее целесообразна электрокоагуляция участков, а иногда удаление их оперативным путем. Больным пожилого возраста или при неудачной диатермокоагуляции рекомендует-ся лучевая терапия.

Полипы шейки матки представляют собой избыток слизистой оболочки шейки продолговатой формы или в виде горошины, выступающий из шеечного канала на длинной ножке или широком основании. К образованию полипов предрасполагают перенесенные в прошлом воспалительные заболевания половой сферы. Полипоз слизистой оболочки шеечного канала встречается в любом возрасте, однако наиболее часто до 25 лет, реже после 50 лет. Клинически заболевание проявляется симптомом контактного кровотечения (половое сношение, осмотр и др.).

Лечение заключается в удалении полипа и диагностическом выскабливании слизистой оболочки полости матки и шейечного канала (раздельно) с последующим гистологическим исследованием. Больным пожилого возраста после выскабливания и при наличии морфологических изменений пролиферативного характера показаны электроэксцизия или диатермокоагуляция цервикального канала.

Эрозии шейки матки — см. Воспалительные заболевания половых органов.

Железистая или железистокистозная гиперплазия эндометрия — разрастание желез и стромы слизистой оболочки матки. Экспериментально установлено, что в возникновении гиперплазии и превращении ее в опухоль определенную роль играют половые гормоны. Это состояние обусловлено гиперэстрогенией при персистенции или атрезии фолликулов и другими патологическими изменениями, в частности наличием миоматозной матки и др. Клинически гиперплазия эндометрия проявляется кровотечением, главным образом у женщин старше 40 лет. Для диагностики и гемостаза применяется выскабливание слизистой оболочки матки на 10—15-й день после начала кровотечения.

Полипозы эндометрия встречаются у женщин зрелого и пожилого возраста, представляют собой множественные сосочковые разрастания, складки и полипы из слизистой оболочки матки. Клинически проявляются удлинением и усилением менструаций, а также возникновением ациклических кровотечений или кровянистых выделений. Подозрительным является возникновение их в менопаузе. Заболевание рассматривается как предраковое, если рецидивирует после диагностического выскабливания слизистой оболочки матки и проведенного лечения.

Аденоматоз эндометрия характеризуется разрастанием слизистой оболочки матки, которая сохраняет железистую структуру и находится в состоянии гиперплазии (набухания). Возможно образование аденоматозных полипов с последующей малигнизацией, что проявляется нарушением менструации.

Пузырный занос, эндометриоз, доброкачественные опухоли матки и яичников см. соответствующие разделы.

Диагноз предраковых заболеваний половых органов устанавливается на основании анамнеза и клинического обследования больной с использованием цитологических, эндоскопических и гистологических методов исследования. При выявлении заболевания проводится консультация с онкологом, эндокринологом и по показаниям с другими специалистами для решения вопроса о дальнейшем ведении больной.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Злокачественные новообразования женской половой системы занимают ведущее место в структуре онкологической заболе-

ваемости и являются одной из важнейших проблем современной медицины. Большая роль в борьбе с ними принадлежит врачам женских консультаций, так как большинство онкогинекологических больных первично обращаются к акушерам-гинекологам. Уровень онкологических знаний врачей женских консультаций во многом предопределяет своевременность распознавания предопухолевых и злокачественных заболеваний и, следовательно, проведения лечебно-профилактических мероприятий по оздоровлению этой категории женского населения.

Рак шейки матки. В структуре злокачественных новообразований, развивающихся у женщин, заболевания половых органов занимают одно из первых мест. Одной из наиболее частых форм злокачественных опухолей является рак шейки матки, который возникает чаще в возрасте 45—49 лет.

Очень редко раком заболевают нерожавшие и не жившие половой жизнью женщины. Предрасполагающими факторами к развитию его являются родовая травма и ее последствие.

Рак шейки матки развивается из многослойного эпителия влагиалищной ее части или железистого эпителия шеечного канала. Рак, развивающийся на влагиалищной части шейки матки, преимущественно плоскоклеточный ороговевающий или неороговевающий. Железистые формы рака чаще всего возникают в цервикальном канале из железистого эпителия.

Клинически заболевание протекает по-разному: в одних случаях сравнительно медленно, в других — быстро. В начале развития может протекать бессимптомно. Бели, кровотечения и боли появляются, когда опухоль начинает распадаться. Бели при раке водянистые, слизистые, с примесью крови (цвет мясных помоев), при присоединении инфекции становятся гнойными с неприятным запахом. Кровотечения в виде кровянистых выделений бывают однократными или чаще многократными, скудными или обильными.

Боли чаще всего свидетельствуют о запущенности процесса, распространении его на параметральную клетчатку. Непостоянные в начале заболевания, боли в дальнейшем прогрессируют. Боли внизу живота часто иррадируют в крестец, поясницу, нижние конечности, прямую кишку, что указывает на вовлечение в раковый процесс регионарных лимфатических желез и клетчатки малого таза.

Особого внимания заслуживают симптомы начальной стадии рака шейки матки, так как раннее распознавание его является залогом успешного лечения.

В начальных стадиях рака больные также указывают на бели, кровотечения и боли, но жалобы эти имеют свою особенность. Бели незначительные, жидкие, без запаха, появление их связано с разрушением опухолью поверхностно расположенных лимфатических сосудов шейки. Кровянистые выделения, чрезвычайно скудные и кратковременные, возникают

при любой травме шейки матки, половых сношениях, поднятии тяжести, акте дефекации, влагалищном исследовании. Позже может наступить удлинение, учащение или усиление менструации. Боли чаще наблюдаются при начальных формах эндофитного рака шейки матки и связаны со стенозом цервикального канала и скоплением отделяемого выше сужения. Почти всегда после истечения из влагалища выделяемого боли прекращаются.

Общий вид больной, картина крови долгое время не изменяются. В случае присоединения воспалительного процесса увеличивается количество лейкоцитов. У 6—16,4 % больных раковое поражение шейки не проявляется, даже если выходит за пределы шейки.

Диагностика рака шейки матки при выраженных формах его роста не представляет особых затруднений, установить заболевание в начальной стадии можно лишь с помощью комплекса диагностических методов. В начале обследования больной в женской консультации врач собирает сведения о менструальной функции и ее изменениях, родах (течение и исходы, родовые травмы), гинекологических заболеваниях (эрозии, воспалительные процессы), методе лечения эрозии шейки матки (электрокоагуляция). Выясняются время начала заболевания, по поводу которого женщина обратилась к врачу, характер и выраженность симптомов. Тщательно и умело собранный анамнез может дать достаточно оснований для того, чтобы предположить раковую опухоль.

При подозрении на рак шейки матки обследование должно начинаться с осмотра стенок влагалища и шейки ложкообразными зеркалами и влагалищными подъемниками. Зеркала нужно вводить бережно, продвигать их к сводам постепенно, чтобы не травмировать опухоль и не вызвать кровотечение. Затем производится двуручное влагалищное и прямокишечно-влагалищное исследование.

По внешнему виду рак шейки матки на ранних стадиях развития (особенно при экзофитной форме) сходен с доброкачественными заболеваниями ее (псевдозрозиями). В области ракового очага отмечаются различной величины мелкобугристые и крупные разрастания либо дефект ткани, напоминающие истинную эрозию. Асимметрия рисунка, четкость и фестончатость краев, а иногда выраженная тенденция к распространению на стенки влагалища свидетельствуют о развитии рака. При экзофитной форме роста опухоли часто уже после одного осмотра можно определить вид заболевания. Для раковой опухоли характерно выраженное уплотнение, хрупкость, легкая кровоточивость при малейшей травме, прикосновении инструмента к видимому поражению на влагалищной части или зондировании, даже при пальцевом исследовании.

При эндофитной форме заболевания шейка матки плотная, увеличена в размере, покрыта слизистой оболочкой темно-багрового цвета, на которой часто видна сеть мелких поверхност-

но расположенных кровеносных сосудов. Раковая опухоль легко травмируется, кровоточит, распадающиеся участки покрываются гнойными налетами и темными корками, образовавшимися при надрыве и распаде новообразования. Опухолевый узел может располагаться в толще шейки, которая увеличивается в объеме, нередко становится асимметричной, приобретает хрящеподобную консистенцию. Если такие изменения появляются даже на небольшом участке, для подтверждения или исключения диагноза рака проводится биопсия. При эндофитной форме рака шейка матки может быть полностью разрушена кратерообразной язвой, прикосновение к которой вызывает кровотечение.

Вследствие потери тканевой эластичности и упругости форма, вид и окраска пораженного участка после надавливания на него инструментом не восстанавливаются так быстро, как это свойственно здоровым тканям.

Нередко наблюдаются смешанные формы, имеющие признаки как экзофитно, так и эндофитно растущего рака.

После обследования шейки с помощью зеркал обязательно двуручное влагалищное и влагалищно-прямокишечное исследование. При эндофитных формах рака бимануальное влагалищное исследование дает возможность установить размеры шейки, ее конфигурацию и консистенцию. Если матка увеличена, четкая граница между телом и шейкой ее отсутствует, можно заподозрить переход опухоли на матку. Шейка матки имеет бочкообразную форму, расширена до 8—10 см в диаметре, особенно во влагалищной части. С помощью прямокишечно-влагалищного исследования определяется состояние крестцово-маточных связок, параметральной клетчатки, степень вовлечения в процесс прямой кишки. Инфильтрат, определяемый в параметральной клетчатке, может быть бугристым, очень плотной консистенции, что характерно для опухолевого процесса, или плоскостным, напоминающим воспалительный. При ректовагинальном исследовании вся шейка располагается между указательным пальцем, введенным во влагалище, и средним пальцем, введенным в прямую кишку, и выявляются размеры надвлагалищной ее части.

Пробы Хробака и Сиредея, основанные на ломкости тканей, из-за возможности травмирования опухолей и малой диагностической ценности применять при раке шейки матки нецелесообразно.

Цветная диагностическая проба, предложенная Шиллером, заключается в прикладывании 2—3 раза подряд ватных шариков, смоченных раствором Люголя (на 1—1,5 мин), к обнаженной ложкообразными зеркалами шейке. Пораженные раком участки не окрашиваются и выглядят светлыми люголеотрицательными пятнами на светлом фоне слизистой оболочки шейки. Проба Шиллера не является специфичной для рака. Ткани, содержащие мало гликогена, могут не окрашиваться (эрозии,

эктропион, лейкоплакия). Однако темно-бурый цвет указывает на отсутствие рака, а неокрашенные участки — на патологические изменения эпителия и необходимость уточнения характера их.

При цитологическом методе исследования изучаются клеточный состав и клеточное соотношение влагалищных и шейчных выделений. Цитодиагностика отличается простотой, возможностью массового и многократного применения, отсутствием осложнений, высокой эффективностью.

Материал для цитодиагностики берется несколькими способами: аспирацией выделений из заднего свода, шейчного канала или полости матки; протиранием влагалищной части шейки матки и заднего свода марлевым шариком, который затем выжимается на предметное стекло двумя пинцетами; пункцией подозрительного участка; поверхностным соскобом его; методом смыва поверхности шейки матки.

Наиболее простым и эффективным методом получения материала являются мазки, которые берутся с пораженной поверхности или области наружного маточного зева шпателем, из цервикального канала — ложечкой Фолькмана или браншей пинцета. Полученный материал наносится на предметное стекло, высушивается, после фиксации и окрашивания изучается. Цитологическое исследование является весьма эффективным методом диагностики фоновых процессов на шейке матки, дисплазий, преинвазивного и инвазивного рака. Сравнительно невысокая частота ложноотрицательных заключений делает его незаменимым при массовых обследованиях. При подозрении на злокачественное поражение шейки матки для гистологического подтверждения диагноза производится биопсия после уточнения локализации процесса с помощью кольпоскопа.

Кольпоскопический метод заключается в визуальном обследовании шейки матки и влагалища с помощью аппарата, состоящего из бинокулярной оптической системы, дающей увеличение в 10—30 раз. Шейка обрабатывается 3 % раствором уксусной кислоты, под действием которой слизь растворяется, атипичный эпителий бледнеет, или 1—2 % раствором Люголя, после воздействия которого атипичный эпителий становится светло-желтым. Нормальная слизистая оболочка шейки матки выглядит гладкой, блестящей, сочной. Кольпоскопическое исследование имеет большое значение для наиболее раннего выявления поражения, т. е. преинвазивного периода рака и начальной стадии инвазии. Преинвазивный рак кольпоскопически может выглядеть как любой вид атипичного эпителия (мозаика, лейкоплакия и т. д.). Сосудистая атипия с хаотически расположенными неанастомозирующими сосудами причудливой формы, сильно извитыми, имеющими вид спилек, — признак возможного рака. При раке определяются опухолевые возвышения различных размеров стекловидно-красного или желтого цвета.

Наиболее точным и изученным методом ранней диагностики рака шейки матки является гистологическое исследование кусочка опухолевой или подозреваемой на опухоль ткани. Биопсию нужно применять во всех случаях неясного диагноза и при подозрении на рак. Если при гинекологическом или цитологическом обследовании предполагается раковая опухоль, больную необходимо отправить в онкологический диспансер, где при подтверждении диагноза будет проведено лечение. Биопсия, произведенная задолго до лечения, может вызвать инфицирование опухоли и ее метастазирование. При наличии подозрительных на рак симптомов и отсутствии клинически выраженного поражения помимо биопсии шейки матки целесообразны аспирационная биопсия содержимого матки и выскабливание слизистой оболочки цервикального канала.

Если при гистологическом исследовании рак не подтверждается, но по данным анамнеза, клинического и кольпоскопического обследования есть основания подозревать злокачественную опухоль — больная берется под наблюдение. В гинекологическом стационаре ей проводится повторное углубленное обследование с применением клинического, эндоскопического и цитологического методов исследования, а при необходимости повторная биопсия, конусовидная ампутация или электроэксцизия шейки матки с последующим исследованием серийно-ступенчатых срезов всего препарата. При сопоставлении не всегда однозначных результатов врач должен сделать логический вывод из всей совокупности данных, чтобы прийти к окончательному заключению и назначить строго индивидуальное лечение.

Если устанавливается диагноз рака шейки матки, определяется и стадия распространения процесса. По принятой в нашей стране Международной классификации, при первой стадии раковая опухоль строго ограничена шейкой матки; при второй — рак инфильтрирует параметрии на одной или обеих сторонах, не переходя на стенку таза (параметральный вариант), или влагалище, не переходя на нижнюю треть его (влагалищный вариант), или тело матки (маточный вариант); при третьей стадии карциноматозная инфильтрация по параметрию на одной или обеих сторонах переходит на стенку таза (при ректовагинальном исследовании нет свободного промежутка между опухолью и стенкой таза — параметральный вариант) либо на нижнюю треть влагалища (влагалищный вариант) или определяются изолированные метастазы в малом тазу при относительно небольшом первичном очаге на шейке матки; при четвертой стадии рак переходит на мочевой пузырь, прямую кишку или распространяется за пределы малого таза. В 1950 году Международный конгресс акушеров-гинекологов решил ввести в эту классификацию дополнительную рубрику «стадия 0» для учета преинвазивного (интраэпителиального) рака. Более совершенная классификация Международного противоракового союза по

системе TNM (Т — первичная опухоль, N — регионарные лимфатические узлы, M — отдаленные метастазы), которая дает возможность детализировать степень местного и регионального распространения рака шейки матки, что имеет практическое значение при выборе лечения.

Под термином «интраэпителиальная карцинома шейки матки», «рак *in situ*», подразумевается морфологически злокачественный процесс в эпителии, локализованный в области влагалищной части шейки матки, цервикальном канале или эндометрии. При интраэпителиальной карциноме эпителий слизистой оболочки шейки матки принимает вид и характер раковой опухоли, но инфильтративный рост в подлежащие ткани и метастазы отсутствуют. Описания морфологической картины интраэпителиального рака шейки матки не вполне однотипны, и нет единого суждения о том, начало ли это рака или только предраковое состояние. При раке *in situ* у 17—20 % больных шейка матки не изменена, но у большинства отмечаются различные патологические нарушения. Средний возраст больных преинвазивным раком на 7—10 лет меньше, чем инвазивным. Можно предположить наличие сравнительно длительного латентного периода, предшествующего инвазии. Клиника преинвазивного рака не имеет никаких специфических черт и сходна, с одной стороны, с предраковым состоянием шейки матки, а с другой — с начальной формой инвазивного рака шейки матки. Диагноз рака *in situ* устанавливается путем исследования влагалищных мазков и биопсии.

Лечение интраэпителиальной карциномы проводится строго индивидуально, с учетом возраста женщины, сопутствующих заболеваний половых органов, особенностей детородной функции, степени распространения патологического процесса и др. У молодых женщин при внутриэпителиальной карциноме шейки матки можно ограничиться электроконизацией, клиновидным иссечением, невысокой ампутацией шейки матки с обязательным патогистологическим исследованием всего удаленного препарата. Электрокоагуляцию при раке *in situ* проводить не следует, так как у половины больных наблюдаются рецидивы интраэпителиальной карциномы или развитие истинного рака. Всем больным, подвергнутым консервативному лечению, необходимо проводить постоянный цитологический контроль содержимого цервикального канала шейки матки, а при подозрительной картине — гистологическое исследование соскоба из канала.

Рак тела матки встречается обычно после 40 лет, однако в 1,5—13 % случаев отмечается и в более молодом возрасте.

Выделяется два патогенетических варианта рака тела матки. При первом, который устанавливается у 60—70 % больных, отмечаются нарушения жирового и углеводного обмена, гиперпластические процессы в эндометрии (рецидивирующая гиперплазия, полипоз эндометрия в климактерическом периоде и во время менопаузы). При гистологическом изучении опухоли чаще

выявляются высокодифференцированные или зрелые формы железистого рака. Клиническое течение заболевания сравнительно благоприятное. При втором варианте эндокринно-обменные нарушения выражены нечетко или вообще не выявляются, чаще встречаются железисто-солидные и солидные формы рака.

Раком тела матки чаще заболевают женщины с выраженным ожирением, предрасположенные к заболеванию диабетом, с миомой матки, нерожавшие, с ранней или поздней менопаузой и предшествующими менометроррагиями.

В зависимости от направления роста рак тела матки может быть экзофитным, эндофитным или смешанным (экзо-эндофитным). В начальных стадиях заболевания опухоль чаще всего располагается в области дна или трубных углах. Характерные симптомы ее — бели и кровотечения. Бели бывают водянистыми, сукровичными, при присоединении инфекции желтовато-зеленоватыми. Кровотечение отмечается у 80—85 % больных. Кровянистые выделения легко возникают при дефекации, физической нагрузке, половом сношении, иногда без заметных причин, продолжаются несколько часов и прекращаются самостоятельно на довольно большой срок. У менструирующих женщин кровотечения, обусловленные раком тела матки, проявляются в виде меноррагий, метроррагий либо кровянистых выделений в межменструальном периоде. Наиболее характерно появление кровянистых выделений в период менопаузы. При раке тела матки появляются схваткообразные периодические боли в пояснично-крестцовой области и реже внизу живота, отдающие в нижние конечности, которые обусловлены сокращением маточной мускулатуры в ответ на растяжение матки растущей опухолью. При значительном разрастании опухоли матки увеличивается в размерах.

Среди клинических методов диагностики большое значение имеет цитологическое исследование аспирата из полости матки. Аспирация в женской консультации производится с помощью маточного шприца Брауна. Наибольшее значение для установления рака тела матки имеет диагностическое выскабливание слизистой оболочки полости матки с последующим изучением морфологии соскоба, которое проводится в стационаре. При отрицательных данных микроскопического исследования и наличии клинических симптомов больные подлежат повторному обследованию через 2—3 нед с применением гистерографии и прицельной биопсии.

Установить степень распространения опухолевого процесса до операции трудно. Ни величина матки, ни степень ее подвижности не могут служить критерием для определения стадии заболевания. При первой стадии рак ограничен пределами эндометрия, при второй — опухоль переходит на миометрий, шейку матки или параметрий, но не доходит до стенок таза; при третьей — происходит инфильтрация параметрия с переходом на стенку таза, метастазами в регионарные лимфоузлы, при-

датки, во влагалище или прорастание брюшинного покрова матки; при четвертой стадии рак тела матки прорастает брюшину и переходит на мочевой пузырь, прямую кишку, другие отделы кишечника или метастазирует в отдаленные органы. Лечение рака тела матки проводится хирургическим, комбинированным (хирургический и лучевой в различных комбинациях), лучевым методами, а в последнее время и гормональными средствами (тестостерона пропионат, прогестагены).

Женщины с гормональными сдвигами в организме, с нарушениями менструации по типу ановуляторных маточных кровотечений в климактерическом периоде, поздним наступлением менопаузы, особенно в сочетании с ожирением и сахарным диабетом, нуждаются в диспансерном наблюдении гинеколога и эндокринолога. Регулярные осмотры с применением цитологического исследования аспирата из полости матки позволяют выявить предраковое состояние эндометрия и начальные формы рака.

Саркома матки. Заболевание встречается у женщин всех возрастов, но преимущественно 40—50 лет. Примерно у половины больных ему сопутствует миома матки. Различают саркомы матки, возникшие из миомы, мышечной или соединительной ткани стенки, кровеносных сосудов, элементов слизистой оболочки матки. В мышечном слое опухоль возникает в 5—7 раз чаще, чем в эндометрии.

Вначале заболевание может протекать бессимптомно. Клинические проявления зависят от локализации, направления и быстроты роста опухоли. Саркомы эндометрия характеризуются кровотечениями. В случае инфицирования опухоли появляются гнойные или гнойно-кровянистые выделения. При интрамурально и субсерозно расположенных саркомах мышечного слоя маточное кровотечение может отсутствовать. Основным симптомом заболевания — быстрое увеличение матки, особенно если оно выявляется в менопаузе, когда миомы должны уменьшаться.

Диагноз саркомы устанавливается при исследовании отторгающейся из полости матки или удаленной во время операции опухоли.

Рак наружных половых органов чаще всего развивается в возрасте 60—70 лет, хотя наблюдаются случаи заболевания и в возрасте между 30—35 годами. Наиболее частая локализация опухоли — большие половые губы, область клитора, реже — малые половые губы, бартолиновые железы, промежность. Почти в половине случаев заболеванию предшествуют зуд, лейкоплакия и крауроз. Различают язвенную, экзофитную и узловатую опухоль. Распространение опухоли идет по поверхности в глубину тканей и путем лимфогенного метастазирования, прежде всего в паховые лимфатические узлы. Узловатая форма рака вульвы характеризуется плотным ограниченным узлом различной величины. Опухолевые уплотнения без изъязвления могут долго не проявляться. Первыми признаками забо-

левания являются зуд и жжение в области наружных половых органов. В дальнейшем образуется изъязвление, появляются кровянистые, серозно-кровянистые выделения, боль в области наружных половых органов, особенно при попадании мочи. Опухолевая ткань хрупкая, легко кровоточит при дотрагивании. Распознаванию рака может помочь цитологическое исследование мазков-отпечатков с изъязвленной поверхности или мазка, приготовленного из соскоба опухоли. Окончательный диагноз устанавливается с помощью биопсии. Если пораженный очаг небольшой, производится его полное иссечение.

Рак влагалища бывает первичным и вторичным (метастатическим) при раке шейки и тела матки. Чаще наблюдается экзофитная форма с легко кровоточащей поверхностью. При эндофитной форме слизистый покров может не нарушаться, но стенка влагалища плотная, бугристая, сине-багрового цвета.

Клинически заболевание проявляется белями, сукровичными и кровянистыми выделениями. При инфильтративной (эндофитной) форме первыми симптомами заболевания могут быть нарушения функции со стороны смежных органов и боли (затрудненное мочеиспускание, запоры, тенезмы). При малейшем подозрении на рак влагалища следует произвести биопсию, так как небольшая толщина стенок влагалища и богатое лимфоснабжение способствуют быстрому метастазированию.

Рак яичников. В клинической практике под термином «рак яичников» понимают все злокачественные опухоли женской гонады.

Заболевание чаще всего встречается в возрасте 40—50 лет, является наиболее коварным и трудным для диагностики. Злокачественные опухоли могут возникать первично из элементов яичника и на основе потенциально доброкачественных опухолей (сосочковых и железистых кистом). В запущенных стадиях рака яичников часто не удается найти элементы кистомы, что затрудняет оценку гистогенеза опухоли. Встречается и метастатический рак яичников, который в 45—50 % случаев возникает у женщин до 40 лет. Наиболее частое метастазирование в яичники происходит при поражении желудочно-кишечного тракта (опухоль Крукенберга), молочной железы и желчного пузыря. Метастатические опухоли обычно двусторонние, достигают больших размеров, имеют неравномерно плотную консистенцию.

Рак яичников у большинства больных развивается бессимптомно. В начале развития ракового процесса почти не отмечаются болевые ощущения, иногда появляются чувство тяжести внизу живота, боли с неопределенной локализацией, которые могут прекращаться и вновь появляться. Наиболее заметными симптомами, но уже не на ранней стадии являются ухудшение общего состояния, быстрая утомляемость, вздутие живота, увеличение его в объеме (асцит), чувство насыщения от малого количества пищи, боли в правом подреберье, опухоль в брюшной полости. При наличии гидроторакса появляется одышка.

Если процесс прогрессирует, температура тела иногда повышается до 39°, что связано с дегенеративными изменениями в опухоли, могут увеличиваться СОЭ и количество лейкоцитов.

Диагностика запущенных стадий рака не представляет трудности. Основная задача врача — активное выявление больных еще до начала появления субъективных симптомов. На профосмотре очень важно не только выявить больных с опухолями яичников, но и женщин, которых можно отнести к группе повышенного риска. К этой группе относятся больные с кажущимися доброкачественными кистами любого размера, миомами матки, особенно субсерозных узлов, с воспалительным процессом, длительно и безуспешно леченным, или с неопределенными опухолями в малом тазу. Женщины группы повышенного риска берутся на специальный учет и направляются в гинекологическое отделение для проведения дополнительного обследования.

При подозрении на опухоль яичников обязательно проводится прямокишечно-влагалищное исследование, которое помогает более четко определить распространение опухолевого процесса, особенно у полных и страдающих асцитом женщин. При первом обследовании в женской консультации необходимо провести рентгенологическое обследование желудочно-кишечного тракта и органов грудной клетки. Умело собранный анамнез, тщательно проведенное обследование с применением некоторых дополнительных методов дают возможность правильно поставить диагноз и направить больную в специализированный стационар.

ГИНЕКОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Гинекология детского возраста изучает нормальную функцию половой сферы и заболевания преимущественно половых органов в детском и подростковом периодах. Предупреждение, ранняя диагностика и своевременное лечение болезней половых органов у девочек способствуют обеспечению здоровья будущей матери.

Организация обслуживания девочек

Анатомо-физиологические особенности детского организма, особенности течения и диагностики гинекологических заболеваний у детей, необходимость в специальных методах обследования и лечения больных девочек — все это определяет целесообразность организации специализированных детских гинекологических кабинетов и отделений.

Детские гинекологические кабинеты обычно организуются при детских или женских консультациях и поликлиниках. Основные принципы их работы — активное выявление девочек и подростков, страдающих гинекологическими заболеваниями, оказание специализированной помощи больным девочкам и их диспансеризация, проведение санитарно-просветительной рабо-

ты среди детского (женского) населения. Для выполнения этих задач необходима тесная связь с педиатрической службой, гинекологическими учреждениями для взрослого женского населения, дошкольными учреждениями и школами, Домами санитарного просвещения. Детские гинекологические кабинеты организовываются во всех городах с численностью населения 50 тыс и более. Из общего количества страдающих гинекологическими заболеваниями в стационарной помощи нуждается 20—25 % девочек, следовательно, детские гинекологические отделения должны организовываться из расчета 10—12 коек на 1 млн населения. Целесообразно создавать их в детских больницах или гинекологических стационарах. Учитывая специфику обследования и лечения девочек, страдающих гинекологическими заболеваниями, при госпитализации в раннем детском возрасте должно быть предусмотрено пребывание с ними матерей.

Многие гинекологические заболевания, начавшиеся в детском возрасте, и особенно аномалии развития, диагностируются поздно. Обусловлено это прежде всего тем, что родители и врачи воздерживаются от гинекологического обследования девочек. Дети, как и их родители, испытывают естественный страх перед обращением к гинекологу. Врач должен убедить их, что обследование детей с гинекологическими заболеваниями необходимо и не причинит им никакого вреда. Если это сделать не удастся, то осмотр проводится под наркозом, обязательно в присутствии матери или медицинской сестры. Детей грудного возраста и девочек-подростков обследуют в коленно-локтевом положении, более старших — на гинекологическом кресле.

После тщательно собранного анамнеза и оценки физического развития приступают непосредственно к осмотру наружных половых органов (степень развития, аномалии, волосистость, характер выделений и т. п.). На основании этого оценивается развитие вторичных половых признаков у девочек более старшего возраста, сопоставляется с возрастом и физическим развитием. Определяются состояние девственной плевы, развитие клитора. О внутренних половых органах судят по данным ректоабдоминального исследования. Нередко применяются специальные методы исследования. Материал для цитологического исследования мазков из влагалища, уретры и прямой кишки берется с помощью желобоватого зонда или ложечки Фолькмана. При исследовании определяются бактериальная флора, степень гормональной насыщенности и наличие злокачественного роста (изучаются нативные мазки, при окраске разными способами и люминесцентной микроскопии и т. д.). С помощью вагиноскопов или детских уретроскопов осматривается слизистая оболочка влагалища, шейка матки, наружный зев, инородное тело. Иногда для вагиноскопии применяются ушное зеркало и лобный рефлектор, а также специальный отоларингологический эндоскоп, в последнее время — стекловолоконные контактные или бесконтактные оптические устройства. Для осмотра

влагалища используются также специальные детские зеркала. Зондированием влагалища можно определить инородное тело. Зондирование матки применяется крайне редко, при подозрении на гематометру или пиометру. Пробная пункция у девочек проводится не только через задний свод, но чаще при атрезии гимена или влагалища через эту область и имеет целью определить наличие крови или экссудата в брюшной полости. Ректальная температура для определения фазности цикла измеряется так же, как и у взрослых. Исследование гормонов яичников и надпочечников проводится общепринятыми методами (чаще в суточной моче). Определение кариотипа и полового хроматина осуществляется в цитогенетической лаборатории. Другие методы исследования (пневмогинекография, пробное чревосечение) выполняются в стационаре. При необходимости девочка обследуется смежными специалистами (проводится цистоскопия, урография, ректороманоскопия и др.). Детальная оценка физического развития и специальные антропометрические измерения осуществляются совместно с педиатрами.

Для оценки физического развития девочек используются морфограммы, которые строятся на основании антропометрических данных: рост стоя (Р), окружность грудной клетки при измерениях выше и ниже молочных желез (Г), размер таза (Т), в том числе «ширина таза» (межвертельный размер), и сумма основных его 4 размеров. Для учета возрастных изменений пропорции тела введена шкала календарного возраста (В). На схеме представлена сетка морфограммы, разработанная Л. Д. Заяц для девочек Москвы.

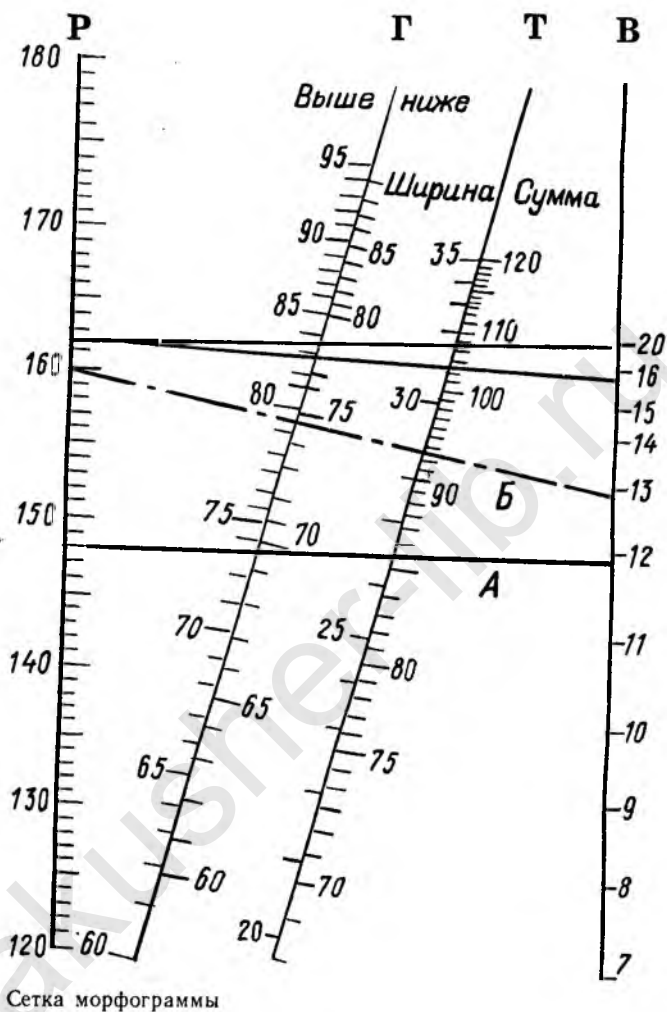
Различают 3 типа морфограмм: нормальную, при конституциональных отклонениях и гормональных нарушениях.

1. При размерах и пропорциях тела, соответствующих возрастной норме, морфограмма представляет собой горизонтальную прямую линию, уровень которой определяется возрастом. На схеме в качестве примера приведена морфограмма девочки 12 лет (линия А).

2. Морфограмма девочек, пропорционально сложенных, но с конституциональными отклонениями от средних размеров тела (в пределах +1,5), представляет собой практически прямую линию, степень наклона которой к горизонтали определяется конституциональным отклонением размеров от средней возрастной нормы. На рис. приведена морфограмма девочки 13 лет (линия Б).

3. При изменениях пропорции тела, характерных для гормональных нарушений, морфограмма при любом возрасте представляет собой ломаную линию и сохраняет конфигурацию, типичную для каждого вида гормональных нарушений.

При терапии гинекологических заболеваний у девочек, наряду с общепринятыми медикаментозными и физиотерапевтическими методами лечения, применяются промывание влагалища (с помощью шприца Брауна), введение детских влагалищ-



Сетка морфограммы

ных шариков через отверстие в девственной плеве. Иногда приходится производить выскабливание слизистой оболочки матки с предварительной дефлорацией (при обильных, не поддающихся консервативным методам лечения ювенильных кровотечений), обязательно по согласованию с родителями или по заключению трех врачей в случае жизненных показаний в условиях стационара.

В детских гинекологических кабинетах должен быть следующий инструментарий: детские гинекологические зеркала и

подъемники, обычный и желобоватый зонды, ложечки Фолькмана и петли для взятия мазков, длинные пипетки с резиновой грушей и шприц Брауна для промывания влагалища, пинцеты, эластические и металлические детские катетеры, лобный рефлектор и набор отоларингологических зеркал, вагиноскопы или их аналоги, корнцанги, предметные стекла, шприцы, стерильный материал. Желательно иметь наркозный аппарат или, как крайний вариант, наборы для масочного наркоза.

Половое созревание и половая зрелость

Период полового созревания является переходным между детским и зрелым возрастом, в течение его происходит не только развитие половых органов, но и общее соматическое развитие. В этот период все более отчетливо выявляются так называемые вторичные половые признаки, т. е. все те особенности, которыми женский организм отличается от мужского. Для характеристики половых особенностей в детском возрасте важное значение имеют показатели массы и длины тела. Масса тела более изменчива, так как в большей степени зависит от внешних условий, питания. У здоровых детей изменения массы и длины тела происходят закономерно. К периоду достижения половой зрелости завершается окостенение эпифизарных хрящей, заканчивается рост.

Поскольку в период полового созревания рост регулируется не только головным мозгом, как в детском возрасте, но и яичниками («стероидный рост»), при раннем наступлении половой зрелости прекращается и рост. Выделяются два периода усиленного роста: в 4—7 лет с замедлением в прибавке массы тела и в 14—15 лет, когда повышается и масса его.

В развитии детей и подростков можно выделить три стадии. Первая стадия характеризуется усиленным ростом без половых различий и продолжается до 6—7-летнего возраста. Во второй стадии, наряду с ростом, проявляется функция половых желез, особенно выраженная после 10 лет. В этот, так называемый препубертатный период появляются черты своего пола: изменяются выражение лица, форма тела, склонности к занятиям, начинается развитие вторичных половых признаков. В третий период вторичные половые признаки прогрессивно развиваются: образуется зрелая молочная железа, отмечается оволосение лобковой и подмышечных областей, усиливается секреция сальных желез лица, нередко с образованием угрей, наконец, появляется первая менструация. Более отчетливо проявляются различия и по соматическим признакам. Формируется типичный женский таз: он становится шире, увеличивается угол наклона, проманторий (мыс) выпячивается во вход таза и нижнего отдела крестца. Тело девочки приобретает округлость, на лобке, плечах и в крестцово-ягодичной области откладывается жировая ткань.

Процесс полового созревания регулируется гормонами, которые вырабатываются половыми железами. Еще до появления первой менструации усиливается функция гипофиза и яичников. Считается, что функция этих желез уже в этот период совершается циклически, хотя овуляция не происходит даже в первое время менархе. Начало функции яичников обусловлено гипоталамусом, где расположен так называемый половой центр. Выделение фолликулярного, а также гонадотропных гормонов постепенно увеличивается, что приводит к качественным изменениям, первоначальным проявлением которых является менархе. Через некоторое время (от нескольких месяцев до 2—3 лет) после первой менструации фолликулы достигают полной зрелости, что сопровождается выделением яйцеклетки, а менструальный цикл становится двухфазным. В период полового созревания увеличивается и выделение гормонов. Стероидные гормоны стимулируют функцию других эндокринных желез, особенно надпочечников. В коре надпочечников прогрессирует выработка минерало-, глюкокортикоидов, особенно андрогенов. Действием последних объясняются развитие волосяного покрова (на лобке, в подмышечных впадинах), усиленный рост девочки.

Первая менструация появляется в возрасте 11—15 лет. Отмечаемое ранее различие в сроках менархе у городских и сельских жителей в последние годы не обнаруживается. Определенную роль в сроках возникновения менархе играет наследственность. На сроки менархе и половое созревание оказывают влияние и климатические условия. Так, у девочек южных стран они происходят в более раннем возрасте, чем у девочек севера. Большое влияние на развитие оказывают условия жизни, питание, гигиенический уровень населения.

У большинства девочек, у которых первая менструация наступает после 15 лет, отмечается запоздалое половое созревание или различные отклонения в период становления менструальной функции и полового развития, после достижения половой зрелости — дисфункции яичников, нарушения детородной и половой функций. Появление менархе раньше 10-летнего возраста свидетельствует о преждевременном половом созревании.

Гинекологические заболевания детского возраста

Задержка полового развития, как правило, является следствием нарушения правильных взаимоотношений между различными звеньями системы гипоталамус — гипофиз — яичники — матка, регулирующими процесс полового созревания. При этом могут отмечаться недоразвитие или отсутствие всех основных вторичных половых признаков (развитая молочная железа, волосистость в области лобка и подмышечных впадин, менструации) или же только отсутствие менархе. Задержкой полового развития следует считать такие состояния, при кото-

рых отсутствуют или явно недоразвиты все вторичные половые признаки. Задержка полового развития классифицируется по уровням поражения звеньев репродуктивной системы — половое недоразвитие центрального (гипоталамическое и гипофизарное), периферического (яичниковое) генеза и так называемое идиопатическое, обусловленное тяжелыми болезнями.

Гипоталамическое половое недоразвитие связано с поражением гипоталамуса опухолевого или воспалительного характера. При половом недоразвитии без ожирения девочки чаще отстают в росте и имеют другие соматические нарушения. Нередко отмечаются симптомы, характерные для опухоли головного мозга (гемиплегии, изменения глазного дна, зрительные нарушения). Отсутствует или резко снижено выделение гонадотропных гормонов, 17-кетостероидов и эстрогенов. Лечение эффективно при своевременном устранении причины.

Для больных с гипоталамическим половым недоразвитием, сопровождающимся ожирением, характерны достаточная длина тела с большими конечностями, развитые мышцы, широкий таз, отсутствие оволосения, нормальное умственное развитие. Это так называемый синдром Фрелиха, который следует дифференцировать с банальным ожирением девочек в пубертатном периоде, для лечения которого достаточно соблюдения режима питания и занятий физкультурой, в то время как для истинного синдрома Фрелиха прогноз неблагоприятный.

Гипоталамическое половое недоразвитие наследственного генеза характеризуется значительным отставанием в росте, несахарным мочеизнурением, ожирением и дефектами развития (поли- или синдактилией). Эффективных методов лечения не существует.

Гипофизарное половое недоразвитие сопровождается или обусловлено изолированным дефицитом гонадотропных гормонов. Отмечаются гипоплазия молочных желез и нередко полное отсутствие менструаций. Иногда появляются менструальноподобные кровотечения ановуляторного характера. При временном гипофизарном евнухоидизме — нервной анорексии вторичные половые признаки и общесоматическое развитие могут быть выражены, если гонадотропная функция гипофиза нарушается в период полового созревания. При этом прекращаются менструации, частично выпадают волосы в лобковой и подмышечной областях, происходит резкое похудение. Терапия, направленная на устранение причинных факторов, может привести к улучшению.

Половое недоразвитие яичникового генеза обусловлено деструкцией яичников или, что более вероятно, разными формами дисгенезии гонад. При «чистой» форме дисгенезии гонад отмечаются высокий рост, недоразвитые наружные и внутренние половые органы и невыраженные вторичные половые признаки. Яичники при этой болезни в рудиментарном состоянии, кариотип XO или XY, половой хроматин часто отсутствует.

Дисгенезия гонад по типу синдрома Шерешевского — Тернера уже у новорожденной характеризуется рядом соматических аномалий (сниженная масса тела, пороки сердца, сосудов, почек, складки на шее и др.). В последующем дети отстают от своих сверстников, особенно в период полового созревания. Характерные признаки заболевания — задержка «костного» роста, нарушение структуры костей, остеопороз, множественные аномалии развития, дегенеративно-дистрофические изменения костей. Отмечаются косоглазие, микро- или ретрогнатия, низко посаженные уши, синдактилия, вальгусная девиация локтевых и коленных суставов. Значительно недоразвиты наружные и внутренние половые органы, молочные железы. Клитор может быть увеличен. На месте яичников определяются тяжи гилюсных клеток или соединительнотканнные полоски. Кариотип X0/XXX, X0/XY и других изменений, половой хроматин отсутствует. Встречаются и различные комбинации смешанных форм дисгенезии гонад. При всех видах заболевания повышается экскреция гонадотропинов и резко снижается выделение эстрогенов и 17-кетостероидов, уменьшается чувствительность гипоталамо-гипофизарной системы к воздействию эстрогенов.

Лечение заболевания начинается в пубертатном возрасте (с 12—13 лет) и состоит из двух этапов. Вначале в течение 2—4 мес до развития вторичных половых признаков (увеличение молочных желез, появление менструальноподобных кровотечений) применяются эстрогены пролонгированного действия (димэстрол по 1 мл один раз в месяц больным в возрасте до 14 лет и два раза в месяц — старше 14 лет). В последующем лечение проводится циклически: микрофоллин по 0,05 мг один раз в день в течение 15 дней, затем прегнин по 10 мг 3 раза в день под язык или прогестерон по 1 мл 1 % раствора в течение 6 дней. При таком лечении могут развиваться вторичные половые признаки и появиться циклические маточные кровотечения, однако бесплодие сохраняется.

Идиопатическое запоздалое половое созревание обуславливается причинами конституционального или наследственного характера, а также возникает вследствие различных болезней, отрицательно влияющих на состояние всего организма. Если вторичные половые признаки у девочки не появляются до 15—16 лет, ее необходимо тщательно обследовать (антропометрические исследования, выделение и содержание в крови яичниковых и надпочечниковых гормонов, развитие костей, изучение состояния других органов и систем). Если не выявляются другие формы полового недоразвития и отсутствуют определенные изменения со стороны эндокринных желез или других органов, можно провести лечение хорионическим гонадотропином. В предполагаемую лютеиновую фазу (по данным функционального исследования) вводится 500 ЕД препарата один раз в 3 дня — всего 4—5 раз. Такие курсы проводятся 2—3 раза с перерывами в 2—3 мес. При отсутствии эффекта лечение можно сочетать

с предварительным приемом микрофоллина по 0,05 мг в день в течение фолликулиновой фазы цикла. Проводится также общеукрепляющая терапия (витамины, физиопроцедуры, физкультура).

Для предупреждения запоздалого полового развития необходимо проводить меры по профилактике осложнений во время беременности, борьбе с инфекционными заболеваниями, особенно хроническими, и рахитом, соблюдению личной гигиены на всех этапах развития девочки, обеспечению нормального развития детей.

Преждевременное половое созревание относится к редким аномалиям полового развития и встречается у детей любого пола (у девочек в 3—4 раза чаще, чем у мальчиков). Устанавливается в тех случаях, когда период полового созревания начинается раньше 7—8 лет, менархе появляется раньше 10-летнего возраста. Признаками преждевременного полового созревания являются: ускоренное физическое развитие в период полового созревания и низкий рост к моменту достижения половой зрелости, раннее окостенение эпифизарных зон, преждевременное развитие вторичных половых признаков и менструаций.

По этиологическим факторам и клиническому течению выделяется истинное и ложное преждевременное половое созревание.

Конституциональное (идиопатическое) преждевременное половое созревание является единственной формой патологии этой группы, при которой наблюдаются настоящие менструации с овуляцией и может наступить беременность. Патология обусловлена ранней секрецией гонадотропинов гипофизом и стимуляцией полового центра в гипоталамусе. Очевидно, процесс преждевременного полового созревания начинается в яичниках, а изменения в гипоталамусе и гипофизе являются вторичными. Хотя физическое развитие девочек соответствует уровню его в пубертатном периоде, умственное их развитие несколько отстает, и лишь позже они догоняют своих сверстниц. Клиническое течение болезни соответствует нормальному периоду полового созревания: появляются вторичные половые признаки, менструации (вначале нерегулярные). Медикаментозное лечение в таких случаях проводить нецелесообразно. Однако родителей, педагогов и саму девочку необходимо ознакомить с сущностью болезни, объяснить, что к окончанию периода полового созревания она не будет отличаться от своих сверстниц и все функции будут нормальными.

Церебральная форма преждевременного полового созревания обуславливается опухолями гипоталамуса и воспалительными заболеваниями головного мозга (энцефалит, арахноидит и др.). Клинически на первое место выступают симптомы гипоталамических нарушений (полиурия, полифагия, ожирение, изменения пульса и температуры тела). Гормональные соотношения те же, что и при конституциональной форме, но большие

с церебральной формой не могут забеременеть. Лечение заключается в устранении основного заболевания (при наличии опухолей — оперативное).

При *фиброзно-кистозной остеодистрофии* также выявляется преждевременное половое созревание. Считается, что это множественный порок развития, при котором в связи с нарушением процессов костеобразования отмечается разнообразная патология костной системы, появляются пигментные пятна на коже, рано возникают вторичные половые признаки и менструации. Гормональная коррекция при этом не требуется, так как с достижением возраста полового созревания процесс развития болезни прекращается, возможна и детородная функция.

Ложное преждевременное половое созревание встречается при гормонопродуцирующих опухолях яичников, гиперфункции и опухолях коры надпочечников, а также при введении эстрогенных гормонов, предназначенных для взрослых, и при длительном использовании мазей с гормональными препаратами. При этом у девочек начинается ранее развитие молочных желез и наружных половых органов, что быстро обнаруживается. Обычно с устранением причины прогрессирование болезни прекращается.

Расстройства менструального цикла в пубертатный период могут быть как вторичным проявлением основной патологии, так и первичным заболеванием. Выделяются три основные формы нарушений менструального цикла у девочек: аменорея, альгоменорея и ювенильные маточные кровотечения.

Аменорея (отсутствие менструаций) у девочек до 16-летнего возраста может быть физиологическим явлением, а затем должна рассматриваться как патологическое состояние. Основными причинами аменореи являются первичная недостаточность гонад (см. Запоздалое половое созревание) и нарушение центральных механизмов, регулирующих функцию гонад. При первичной аменорее центрального генеза у девочек не отмечаются врожденные или соматические аномалии. Рост высокий или соответствующий возрасту. Молочные железы чаще недоразвиты. Наружные половые органы развиты правильно. Размеры матки и яичников меньше нормы. Понижено содержание в крови эстрогенов (50—100 пг/мл) и гонадотропных гормонов (ФСГ — 0,7—12,6 мМЕ/мл и ЛГ — 1,0—16 мМЕ/мл). Однако потенциальная активность гонад и гипофиза достаточная. Патология обусловлена недостаточностью гормонов гипоталамуса. Чаще всего это наследственная неполноценность, которая проявляется под воздействием тяжелой патологии детского или пубертатного возраста, родовой травмы и приводит к первичной аменорее. Иногда вначале может быть выражен гипоменструальный синдром, который затем переходит во вторичную аменорею.

Лечение заболеваний до 18—20 лет направлено на устранение основной причины (туберкулез, ревматизм и др.) и включает полноценное питание, витамины, физические занятия,

климато- и бальнеотерапию, местные воздействия в области органов малого таза (ванны, грязелечение, парафино- и озокеритотерапия, диатермия) для улучшения их кровоснабжения и питания. Гормонотерапия в детском возрасте ограничивается, строго обосновывается и контролируется функциональными и гормональными методами исследования. Вначале (2—3 мес) проводятся подготовительные курсы небольшими дозами эстрогенных гормонов (фолликулин по 1000—2000 ЕД в день в течение 10—15 дней с 5—7-дневными перерывами). При выявлении роста матки переходят к циклическому назначению эстрогенов с прогестероном (на протяжении 10—12 дней по 5000 ЕД эстрогенов, затем 3—4 дня одновременное введение эстрогенов с прогестероном, после чего в течение 5—7 дней по 5 мг прогестерона). Гормонотерапия должна сочетаться с общеукрепляющими мероприятиями. Аменорея может быть при ряде других заболеваний центрального генеза (синдром Иценко — Кушинга, синдром Фрелиха, нервная анорексия), дисфункции других эндокринных желез (гипотиреоз, опухоль надпочечников, адреногенитальный синдром), пороках развития половых органов (аплазия матки и влагалища, синехии матки), а также при поражении яичников (вирилизующая опухоль яичников и др.). Так называемая ложная аменорея встречается при атрезии гимена.

Альгоменорея (болезненные менструации) чаще встречается с менархе или несколько позже и очень редко в юношеском возрасте появляется вторично. Наблюдается у 10—20 % девушек, чаще возникает на почве функциональных нарушений, но может быть обусловлена и органическими изменениями в половых органах. Основные этиологические факторы имеют функциональный характер: неустойчивая нервная система со снижением порога возбудимости, психические травмы, следовая реакция от испуга при менархе. Причиной органического характера чаще всего являются аномалии развития половых органов (рудиментарный рог, удвоенная матка, атрезия одного из влагалищ) и неправильное их положение (резкая анте- или ретрофлексия), воспалительные и опухолевые заболевания. Гормональные нарушения (несоответствие количественных соотношений эстрогенов и прогестерона) также могут вызывать болезненность менструаций. Часто альгоменорея обуславливается несколькими причинами.

Основной симптом — боли, возникающие в первый день менструации или за несколько дней до нее и продолжающиеся в течение всей менструации и даже после нее. Боли локализуются внизу живота, могут иррадиировать в крестец или паховую область, сопровождаются тошнотой, головокружением, раздражительностью. Нередко они бывают такими сильными, что вызывают подозрение на внематочную беременность или другую катастрофу в брюшной полости.

Лечение функциональной аменореи проводится обезбо-

ливающими и спазмолитиками, спазмолитиками, малыми транквилизаторами. При конституциональных аномалиях необходимо использовать общеукрепляющие средства, курортное лечение, физиотерапевтические процедуры, иногда гормонотерапию. При органических заболеваниях лечение такое же, как и у взрослых. Пороки развития и опухоли устраняются оперативным путем.

Ювенильные маточные кровотечения обуславливаются дисфункцией яичников при отсутствии других нарушений со стороны половых органов, кроме изменений эндометрия. Встречаются у 5—10 % девушек в период полового созревания. К ювенильным не относятся кровотечения, обусловленные полипом эндометрия, опухолями, выкидышем и т. п. Ювенильные маточные кровотечения могут быть вызваны недостаточным питанием, гиповитаминозами, переутомлением, нервно-психическими травмами. Важную роль в этиологии заболевания играют хронические инфекции, учебная перегрузка, волнения во время экзаменов и др. Менархе у таких больных появляется часто с опозданием. В основе патогенеза заболевания чаще лежат атрезии фолликулов, реже их персистенция или недостаточность желтого тела. Кровотечение является следствием продолжительного эстрогенного воздействия, причем уровень эстрогенов в организме может то повышаться, то понижаться, т. е. нарушается их синтез. Не исключается и изменение метаболизма половых органов. В патогенезе ювенильных маточных кровотечений важная роль отводится нарушениям функции гипоталамуса, а затем и гипофиза, которая еще достаточно не дифференцирована в детском возрасте в плане регуляции менструального цикла. Поэтому изменения в эндометрии при данной патологии весьма разнообразны. Чаще отмечается картина пролиферации эндометрия, реже железистокистозная гиперплазия его, нередко может встречаться гипоплазия, т. е. недостаточная пролиферация. Менструальные циклы при ювенильных кровотечениях в основном носят ановуляторный характер. Кровотечения бывают по типу метро- или меноррагий, чаще всего начинаются в первый год менструаций, реже — в более поздние сроки. Вскоре они приводят к развитию анемии. В последующем кровотечения могут усиливаться, так как происходят вторичные изменения свертывающей системы крови. Клиника болезни нередко дополняется симптомами заболевания, причинно обуславливающего нарушение менструального цикла (гиповитаминозы, заболевания сердца, гипер- или гипотиреоз, туберкулез, инфантилизм и др.).

Диагноз заболевания устанавливается на основании данных функциональных и общеклинических методов исследования, очень редко — с учетом гистологического изучения эндометрия. Необходимо дифференцировать его с органическими заболеваниями половой сферы (опухоли, воспалительные заболевания, аномалии развития и т. д.).

Лечение направлено на остановку кровотечения и нормализацию менструального цикла. Проводится комплексная общеукрепляющая терапия и лечение, направленное, по возможности, на устранение этиологического фактора. Применяются кровоостанавливающие препараты и сокращающие маточные средства. При анемии показаны переливания крови, плазмы, препараты железа внутрь, феррум-ЛЕК, ферковен, гемостимулин. Применяются викасол (по 0,015 г 3 раза в день или 0,1 % раствор по 1—2 мл 3 раза в день в течение 3—5 дней), витамин В₁₂ (по 150—200 мкг внутримышечно, через день на протяжении 15—30 дней), эpsilon-аминокапроновая кислота (5 % раствор по 15—30 мл внутривенно или по 0,5 г 3—4 раза в день в течение 3—4 дней), глюкоза с инсулином, протамин сульфат (1 % раствор по 3—5 мл) внутривенно, питуитрин, маммофизин, хлористый кальций или глюконат кальция в течение 7—10 дней. Если кровотечение продолжается, для гемостаза и коррекции нарушенного менструального цикла прибегают к гормонотерапии. Рекомендации по применению гормонов с целью гемостаза различны. Для быстрой остановки кровотечения, особенно при выраженной анемии, применяются эстрогены: фолликулин по 15—20 тыс ЕД через 2—3 ч, 0,1 % раствор стильбэстрола по 1 мл через 4—6 ч, 0,1 % раствор синэстрола по 1 мл через 3—4 ч внутримышечно. Гемостаз наступает обычно после нескольких, иногда после первой, инъекций. После остановки кровотечения введение эстрогенов продолжается с ежедневным снижением дозы на 50 % до минимальной (0,1—0,15 мг в сут) и прекращается за два дня до предполагаемой менструации. Прогестины (инфекундин, ановлар, овулен и др.) применяются по 3—5 таблеток в день до остановки кровотечения, которая обычно наступает на 2—3-й день, после чего доза постепенно снижается до 1 таблетки в день, и в таком количестве препарат принимается 20—25 дней. Под влиянием прогестерона кровотечение может прекратиться, а затем снова возникнуть или во время лечения уменьшиться, а через несколько дней стать обильным. Вводится прогестерон по 10 мг в течение 5—6 дней. В последующие 2—3 цикла применяется по 5—10 мг препарата на 21—26-й дни цикла. С целью гемостаза можно комбинировать стероидные гормоны (фолликулин по 20 000 ЕД, синэстрол по 2 мл 0,1 % раствора и прогестерон по 1 мл 0,5 % раствора одновременно через день от 4 до 10 раз). Дозировка гормонов может изменяться с учетом возраста. Нецелесообразно применять прогестерон девочкам до 14 лет. После гемостаза проводится циклическая гормональная терапия, как и у взрослых (дозы препаратов соответственно снижаются). Для остановки кровотечения используются также диатермия молочных желез, электростимуляция шейки матки, вакуум-стимуляция соска и околососкового кружка, лучи лазера, воротник по Щербаку. Хирургическое лечение (выскабливание слизистой оболочки матки) применяется в крайних случаях при отсутствии эффекта от других видов

терапии. Гормональную терапию при ювенильных кровотечениях целесообразно проводить в стационаре, так как в большинстве случаев она сопровождается анемией, требующей интенсивной терапии. Выбор гормонов для лечения осуществляется на основании гормональных исследований. При проведении гормонотерапии у девочек необходимо обязательно исключить органические заболевания половой сферы. Своевременное и правильное лечение ювенильных маточных кровотечений у девушек — важная мера профилактики нарушений менструальной, детородной и половой функций.

Вирильный синдром у девочек может быть проявлением патологии надпочечников, яичников, а также центрального генеза. Под влиянием большого количества андрогенов быстро возникают гирсутизм, атрофия молочных желез, гипертрофия клитора, низкий тембр голоса, изменения в соматическом развитии. При опухоли коры надпочечников диагноз ставится на основании значительного увеличения кетостероидов и рентгенологического исследования (ретропневмоперитонеум). Лечение — оперативное. Токсические поражения яичников, а чаще их наследственная патология могут приводить к нарушению синтеза и метаболизма половых гормонов, вследствие чего количество эстрогенов снижается, а андрогенов и 17-КС повышается. Диагностика заболевания основывается на обнаружении увеличенных яичников (гинекография), симптомов вирилизации с появлением менархе, т. е. в период усиленного образования половых гормонов. Лечение — оперативное (резекция яичников). Эти заболевания следует дифференцировать с врожденным адреногенитальным синдромом, при котором выражена недостаточность ферментной системы 21-гидроксилазы в коре надпочечников, вследствие чего нарушается продукция кортизола и повышается образование АКТГ, что способствует гипертрофии коры надпочечников, повышенному синтезу и выбросу андрогенов, приводящих к вирилизации. Эта патология сопровождается ранним периодом полового созревания и симптомами дефицита кортизола и альдостерона (рвота, гиперкалиемия, гиперкальциемия), изменениями со стороны половых органов по типу гермафродитизма (вторичные мужские половые признаки, атрофия молочных желез, аменорея), выраженным повышением уровня 17-кетостероидов. Своевременное лечение глюкокортикоидами предотвращает развитие скелета по мужскому типу, увеличивает период роста костей, способствует нормализации синтеза АКТГ и гормонов коры надпочечников. Больным в возрасте до 10 лет препараты назначаются в следующих дозах: преднизолон по 5—6 мг, кортизон по 20—40 мг, дексаметазон по 1,0—1,5 мг, после 10 лет эффективность от проводимой терапии становится меньше и глюкокортикоиды назначаются в больших дозах. Коррекция наружных половых органов проводится хирургическим путем по возможности в раннем возрасте.

Вирильный синдром центрального генеза обусловлен пора-

жением гипоталамуса (ревматизм, вирусная инфекция) и нарушением его взаимосвязи с гипофизом. Это приводит к повышению уровня гонадо- и адренокортикотропного гормонов, вследствие чего увеличивается синтез гормонов в яичниках (эстрогенов и андрогенов) и в коре надпочечников (глюкокортикоидов и андрогенов). Заболевание проявляется гирсутизмом, изменением менструального цикла (по типу гипер- или гипоменструального синдромов) с вегетативными нарушениями и ожирением. Лечение проводится синтетическими прогестинами циклически или прогестероном во вторую фазу цикла (в течение 4—5 мес). Назначаются диета с ограничением углеводов и жиров, витамины (группы В, С), антигистаминные препараты, дегидратационная терапия (сульфат магния, фуросемид), занятия физкультурой.

Воспалительные заболевания. Если в период полового созревания чаще встречаются эндокринные нарушения, то в более раннем детском возрасте — воспалительные процессы. Это связано с физиологическими особенностями генитального аппарата. У девочек клетки слизистой оболочки влагалища бедны гликогеном, реакция влагалищного секрета щелочная, без палочек Додерлейна, иммунные свойства недостаточны. В пубертатном возрасте половые органы находятся под воздействием собственных эстрогенов, а характерные для взрослых факторы распространения воспалительных заболеваний (половая жизнь, аборты и т. п.) еще отсутствуют. У детей встречаются воспалительные заболевания наружных половых органов и влагалища. Этиология их та же, что и у взрослых.

Неспецифические микробные вульвовагиниты вызываются стафило- и стрептококками, кишечной палочкой, диплококками и др., как правило, вследствие несоблюдения гигиены. Заболевание проявляется гиперемией и отеком половых органов, гнойными выделениями, реже повышением температуры, учащением пульса, лейкоцитозом, увеличением СОЭ. Бактериальные вульвовагиниты следует дифференцировать с десквамативным вульвовагинитом у грудных детей в первые две недели и белями у девочек в начале периода полового созревания, являющимися физиологическим состоянием. Если в секрете отсутствует микробная флора и не отмечаются симптомы воспаления, лечение не требуется. Микробные вульвовагиниты приводят к слипанию и последующему срастанию половых губ, атрезии гимена и даже влагалища. Если указанные осложнения не обнаруживаются у детей, в зрелом возрасте потребуются оперативные вмешательства.

Для лечения микробных вульвовагинитов применяются спринцевание (растворами соды, ромашки), сульфаниламиды внутрь и местно (введение специальных палочек), витамины, при необходимости антибиотики. Нередко у девочек, особенно дошкольного возраста, заболевание вызывается введением во влагалище инородных предметов (игрушек, монет,

карандашей и т. п.), наличие которых устанавливается зондированием влагалища, ректоабдоминальным, а иногда и рентгенологическим исследованием. Указанное лечение в таких случаях эффективно только после удаления инородных тел. Воспаление половых органов может вызываться глистной инвазией, при этом для лечения вульвовагинитов обязательны противоглистные препараты, ежедневные очистительные клизмы. При нарушениях обмена веществ лечение воспалительных процессов проводится совместно с педиатром. Термические и химические повреждения половых органов лечатся в соответствии с правилами лечения ожогов.

Заражение детей гонореей чаще всего происходит внеполовым путем, очень редко при рождении. Хотя клиническое течение гонореи у девочек отличается более острым началом, небольшим числом бессимптомных и хронических форм, редким вовлечением в процесс верхних отделов половых органов, диагностика и лечение ее такие же, как и у взрослых женщин.

Трихомонадные вульвовагиниты встречаются у девочек после начала полового созревания, когда во влагалищном эпителии содержится много гликогена, необходимого для паразитирования влагалищной трихомонады. Лечение проводится трихополом (по $1/2$ —1 таблетке 2 раза в день в течение 5 дней) и спринцеванием дезинфицирующими средствами.

Поражение половых органов девочки дрожжеподобным грибом может наблюдаться сразу после рождения (заражение от матери) или в любом возрасте при грубых нарушениях гигиены. Белые налеты или творожистые наслоения и зуд в области половых органов — основные симптомы заболевания. Для лечения применяются 5 % раствор соды, 2 % раствор борного глицерина или 2 % раствор азотнокислого серебра (обработка наружных половых органов, спринцевание влагалища) в течение 8—10 дней.

Туберкулез половых органов у девочек может отмечаться в любом возрасте, но чаще в период появления менструаций, что связывается с активацией функции эндокринной системы.

Хирургические воспалительные заболевания брюшной полости (аппендициты, перитониты) могут вызывать вторичные аднекситы у девочек, а впоследствии спаечные процессы и бесплодие.

Травмы половых органов чаще отмечаются у девочек 7—12 лет. В большинстве случаев повреждаются половые губы, лобок, клитор, гимен и влагалище. При повреждении костей таза нередко травмируются матка и яичники. При ушивании обязательно проверяется целостность соседних органов (мочевого пузыря, уретры, прямой кишки). Во всех случаях применяется противостолбнячная сыворотка, с профилактической целью — антибактериальная терапия, при большой кровопотере — переливание крови. Проводится общий осмотр для обнаружения других телесных повреждений и составляется детальная харак-

теристика травмы с обязательным указанием целостности или повреждения гимена, так как данные первичного осмотра нередко бывают основой судебно-медицинского заключения.

Опухоли половых органов встречаются в любом возрасте. Доброкачественные опухоли у детей встречаются в несколько раз чаще, чем злокачественные. Превалирующее большинство опухолей генитальных органов у девочек исходит из яичников и очень редко из матки. Часто они распознаются только при появлении осложнений или увеличении живота.

Опухоли яичников в большинстве случаев протекают бессимптомно и обнаруживаются случайно. Основные симптомы их — кровянистые выделения из половых путей, острые и хронические боли в животе. Нередко до установления диагноза девочки по разному поводу лечатся у других специалистов. При перекруте «ножки» опухоли развивается клиника остро живота и больные в большинстве случаев поступают в хирургическое отделение. Опухоль яичника обнаруживается во время операции по поводу «аппендицита» или «непроходимости кишечника». Опухоли яичников чаще всего располагаются в брюшной полости, а не в малом тазу, что и обуславливает диагностические ошибки.

Основной вид лечения опухолей — радикальная операция. После удаления доброкачественных опухолей прогноз всегда благоприятный. Злокачественные опухоли, как правило, диагностируются с большим опозданием, и радикальное их удаление не всегда возможно. Быстро развиваются рецидивы.

Аномалии развития половых органов. Пороки развития женских половых органов в большинстве случаев диагностируются поздно, чаще всего при нарушении менструальной, сексуальной, детородной и других функций. Некоторые аномалии, например неправильности в строении наружных половых органов, обнаруживаются родными и в раннем детском возрасте.

Гермафродитизм проявляется наличием у индивидуума в определенной степени развитых половых органов обоего пола в анатомическом или функциональном отношении. Несоответствие между соматическим и гонадным полом называется ложным гермафродитизмом. У лиц с мужским ложным гермафродитизмом наружные половые органы развиваются по женскому типу, хотя хромосомный пол мужской; при женском половом гермафродитизме наружные половые органы по строению напоминают мужские, половые железы — женские. При истинном гермафродитизме в половых железах имеются функционирующие элементы яичника и яичек. Ложный гермафродитизм встречается значительно чаще, чем истинный. В большинстве случаев аномалии развития половых органов по типу гермафродитизма сочетаются с различными пороками и нарушениями функции других органов и систем.

Обследование больных с гермафродитизмом должно быть комплексным. Данные анамнеза нередко позволяют установить

этиологию и механизм развития патологии, срок возникновения заболевания. Изменения, возникшие в постнатальном периоде, в большинстве случаев представляют собой аденогенитальный синдром. Общий осмотр и физикальное исследование дополняются специальными методами изучения мочеполовой системы (вагино- и уретроскопия, рентгенологические, гормональные и биохимические исследования). Очень важно определить половой хроматин, кариотип. После тщательного обследования проводится окончательное установление пола с учетом механизма развития аномалий.

Лечение оказывается более результативным при определении пола сразу после рождения. Если устанавливаются агонадизм, тестикулярная феминизация, лучше оставить женский пол, так как даже множественными операциями нельзя наружным половым органам придать вид мужских. Нецелесообразно устанавливать мужской пол при хромосомном и гонадном женском поле, поскольку гормональным лечением и пластическими операциями можно восстановить наружные женские половые органы. Если точно установить пол невозможно, следует отдать предпочтение женскому полу в связи с более скрытым образом жизни женщины. Очень важно формирование психосексуальной сферы у больных детей. В детском возрасте не следует объяснять ребенку суть заболевания, целесообразнее об этом проинформировать родителей.

Пороки развития матки и влагалища — см. Неправильные положения и аномалии развития женских половых органов.

КОНСУЛЬТАЦИЯ «БРАК И СЕМЬЯ»

Консультация «Брак и семья» представляет собой новую форму медицинского обслуживания населения (приказ Министерства здравоохранения СССР № 465 от 30.04.81 «Об утверждении Положения о консультации «Брак и семья» и инструктивно-методических рекомендаций о ее работе») и призвана оказывать специализированную лечебно-профилактическую и консультативную помощь по медицинским аспектам семейно-брачных отношений.

Консультация «Брак и семья» организуется в столицах союзных республик, республиканских (АССР), областных (краевых) центрах, других городах с численностью населения 500 и более тыс человек и является подразделением одной из женских консультаций. Руководит ею заведующий — акушер-гинеколог, непосредственно подчиняющийся руководителю женской консультации. Оснащение медицинской аппаратурой, инструментарием, твердым инвентарем, хозяйственным имуществом производится в соответствии с утвержденными нормативами за счет учреждения, в состав которого она входит. Консультация «Брак и семья» может быть клинической (учебной) базой медицинского института (факультета), института (факультета),

тета) усовершенствования врачей, научно-исследовательского учреждения, медицинского училища. Работа консультации организуется в соответствии с Положением о консультации «Брак и семья», Положением о женской консультации и другими официальными документами, распоряжениями и указаниями вышестоящих органов.

Основными задачами консультации «Брак и семья» являются: оказание медицинской помощи населению по поводу нарушений репродуктивной функции, медицинских аспектов планирования семьи, психологических вопросов внутрисемейного общения, сексуальных нарушений и их профилактики, медико-генетического обследования семей с наследственной патологией; санитарно-просветительная работа по вопросам гигиены брака.

В соответствии с основными задачами консультация ведет амбулаторный прием, как правило, по направлениям других лечебно-профилактических учреждений, которые представляют медицинскую документацию с данными обследования; выдает медицинское заключение для лечения и диспансерного наблюдения учреждениями по месту жительства; проводит специальные методы обследования и лечение лиц с нарушениями сексуальной, репродуктивной функции, наследственной патологией; отбирает нуждающихся в стационарном и санаторно-курортном лечении; осуществляет индивидуальный подбор современных противозачаточных средств для предупреждения нежелательной беременности, в том числе в случаях с повышенным риском рождения больного ребенка; проводит необходимую психотерапевтическую работу с супругами; обеспечивает связь и преемственность в работе с другими лечебно-профилактическими учреждениями, общественными организациями и отделами загсов; выдает листки нетрудоспособности в установленном порядке.

Специализированный лечебно-профилактический и консультативный прием ведется по бесплодию (мужскому, женскому), углубленному амбулаторному обследованию и лечению женщин и мужчин, страдающих нарушением репродуктивной функции; медицинским аспектам планирования семьи (индивидуальный подбор современных противозачаточных средств для предупреждения нежелательной беременности молодоженам, семьям с повышенным риском рождения больного ребенка); сексопатологии (амбулаторное обследование и лечение супружеских пар, страдающих сексуальными нарушениями); медико-генетическому консультированию семей с наследственной патологией по вопросам прогноза потомства и профилактики наследственных заболеваний.

В случае затруднения установления окончательного диагноза (или при сомнении в диагнозе) врач записывает в амбулаторной карте предполагаемый диагноз, план дальнейшего об-

следования, консультирует с заведующим консультацией или направляет в установленном порядке к специалистам других лечебно-профилактических учреждений. Все обследования, манипуляции, назначения и советы заносятся в амбулаторную карту. Диспансерное наблюдение за больными после обследования в консультации «Брак и семья» осуществляется лечебно-профилактическими учреждениями по месту жительства.

Бесплодный брак

Бесплодным браком считается отсутствие беременности после двух лет нормальной половой жизни.

Частота бесплодного брака составляет 5—6 %, примерно в 60 % случаев причиной его являются патологические нарушения в организме женщины, в 40 % — мужчины.

Бесплодие бывает относительным и абсолютным. При абсолютном бесплодии в организме женщины или мужчины отмечаются необратимые патологические изменения, чаще всего анатомические пороки половой системы, при которых возможность наступления беременности полностью исключается. При относительном бесплодии вероятность наступления беременности не исключена, хотя значительно снижена.

Если женщина после начала половой жизни не имела беременности, бесплодие считается первичным. Наличие в прошлом беременности (в том числе и внематочной или закончившейся родами или аборт) свидетельствует о вторичном бесплодии. По классификации ВОЗ, женское бесплодие может быть вызвано: 1) гипофункцией гипофиза — гипоталамуса; 2) дисфункцией гипофиза — гипоталамуса; 3) недостаточностью яичников; 4) врожденными или приобретенными аномалиями половых путей; 5) гиперпролактинемией, обусловленной опухолью в области гипофиза — гипоталамуса; 6) гиперпролактинемией при отсутствии опухоли в области гипофиза — гипоталамуса; 7) аменореей без увеличения содержания пролактина в плазме, связанной с опухолью в области гипофиза — гипоталамуса.

Классификация мужской стерильности производится чаще всего по состоянию сперматогенеза. Различают нормозоосперию — более 60 млн нормальных сперматозоидов в 1 мл эякулята, из них до 80 % подвижных; олигозоосперию: I степени — 60—30 млн сперматозоидов в 1 мл эякулята, II степени — 30—10 млн, III степени — менее 10 млн сперматозоидов в 1 мл эякулята; азоосперию (асперию) — отсутствие сперматозоидов в эякуляте; некросперию (акинетическую сперму) — все сперматозоиды неподвижны и не могут быть оживлены; асперматизм — полное отсутствие эякулята.

Причиной вторичного бесплодия у женщин чаще всего являются воспалительные заболевания (особенно гонорея и туберкулез), аборт, опухоли матки и яичников, травматические повреждения половых органов, в результате которых наступают

облитерация маточных труб, а также изменения функции яичников, выражающиеся в наступлении ановуляции.

Первичное бесплодие у женщин в основном обусловлено аномалиями развития половых органов и гормональными расстройствами. Эндокринная форма бесплодия, составляющая 35—45 % всех случаев бесплодия, развивается у женщин с нарушением циклических процессов в яичнике (ановуляция, замедленное созревание фолликула с неполноценной лютеиновой фазой), которое отмечается при тяжелых инфекционных заболеваниях в детском возрасте и в период полового созревания, синдромах Штейна—Левенталя, Шерешевского—Тернера, адреногенитальном синдроме, изменении функций других эндокринных желез (щитовидная, поджелудочная, надпочечник, гипофиз), ожирении и различной экстрагенитальной патологии. Причиной бесплодия могут быть развитие неполноценной яйцеклетки, повреждение ее, отсутствие имплантации, а также наличие спермоантител и других агглютинирующих или иммобилизирующих сперматозоиды веществ у женщин.

В этиологии мужского бесплодия основную роль играет понижение или полное выпадение функции яичек (гипогонадизм). Первичный гипогонадизм обусловлен факторами, вредно действующими непосредственно на яички (аномалии яичек, патология сперматогенеза, инфекционно-воспалительные заболевания, интоксикации, травмы, ионизирующие излучения, нарушения обмена веществ, нервно-психические факторы и др.). Вторичный гипогонадизм является результатом поражения эндокринных желез, находящихся в тесной связи с функцией яичек (недостаточность гипофиза, гипофункция щитовидной железы, гипо- или гиперфункция надпочечников и др.). Возможно возникновение секреторных нарушений семенных пузырьков, предстательной железы.

Причиной бесплодия со стороны мужчины и женщины может явиться препятствие для выбрасывания спермы во влагалище (отсутствие оргазма у мужчины или изменения вульвы и влагалища у женщины).

При бесплодном браке тщательному врачебному обследованию должны быть подвергнуты муж и жена.

Обследование женщины начинается со сбора анамнеза. Прежде всего уточняются возраст и профессия, материально-бытовые условия, сколько времени женщина состоит в браке. В вопросе половой жизни устанавливаются частота половых сношений, обстоятельства, при которых они происходят, наличие либидо и наступление оргазма, применение в прошлом противозачаточных средств.

Для выявления нарушений овариальной функции выясняется возраст появления вторичных половых признаков, наступления первой менструации. Женщине рекомендуется вести календарь менструаций, чтобы иметь представление о характере менструальной функции в настоящее время.

При обследовании выявляется наличие в анамнезе экстрагенитальных заболеваний, длительность и тяжесть их течения, особое внимание обращается на перенесенные воспалительные заболевания, их характер и локализацию (особенно гинекологические воспалительные процессы). Устанавливаются другие гинекологические заболевания: опухоли и полипы матки, аномалии положения ее, опухоли придатков, а также характер и время лечения. Если проводилось оперативное лечение, уточняется характер операции и состояние внутренних половых органов при ней (желательно ознакомиться с эпикризом заболевания и операции).

При исследовании соматического статуса определяется рост, телосложение, конституциональный тип, наличие вторичных половых признаков, а также состояние эндокринных желез. Для выяснения экстрагенитальной патологии обследуются сердечно-сосудистая, дыхательная, пищеварительная, мочевыделительная и другие системы.

После наружного осмотра производится тщательное обследование половых органов, которое начинается с пальпации живота для выявления опухолей в гипогастрии. Особое внимание обращается на выявление инфекции (вульвит, уретрит, бартолинит, кольпит, эндоцервицит, эндометрит, сальпингоофорит) или опухолей матки и придатков. Проводятся тщательные бактериологические, серологические исследования выделений из влагалища, шейного канала и уретры, общий анализ крови, мочи, реакция Вассермана, устанавливаются степень кислотности влагалищного содержимого, вязкость шейного секрета. Для выявления латентного туберкулеза половых органов проводятся реакция Манту и биопсия эндометрия за 1—2 дня до менструации.

При обследовании женщины, страдающей эндокринной формой бесплодия, выявляется функция яичников с помощью тестов функциональной диагностики: измеряется базальная температура в течение 2—3 менструальных циклов, определяются симптомы «зрачка», кристаллизации, натяжения шейной слизи, кариопикнотический индекс на 7, 14 и 21-й день цикла, уроцитограмма.

Функция яичников устанавливается также по данным экскреции эстрогенов, прогестерона, андрогенов и гонадотропинов. Нормальная секреция гонадотропинов и снижение функции яичников указывают на поражение яичников. По возможности устанавливается содержание пролактина в крови, так как даже умеренное количество его в плазме нарушает функцию яичников, приводя к бесплодию.

Тесты функциональной диагностики яичников и данные экскреции стероидных гормонов дают возможность решить вопрос о характере нарушения менструальной функции: по типу ановуляции с гипер- и гипоестрогенией или по типу неполноценной лютеиновой фазы.

Для определения овуляции в амбулаторных условиях применяются бензидиновый тест, основанный на появлении интерменструальных скрытых кровотечений (под влиянием прогестерона на слизистую оболочку матки) на протяжении 3—4 дней после овуляции. При нанесении 1—2 капель бензидинового раствора на ватный тампон с влагалищным содержимым, имеющим гемоглобин, появляется зеленое окрашивание. Пробу нельзя считать положительной при воспалительных процессах во влагалище и матке.

Для выявления воспалительных процессов в матке и придатках женщина направляется в стационар, где по показаниям производятся пертубация, гистеросальпингография, биконтрастная гинекография, лапароскопия. Противопоказаниями для пертубации являются болевой синдром при бимануальном исследовании, обострение воспалительного процесса гениталий; для гистеросальпингографии и биконтрастной гинекографии — острое или подострое воспаление в половых органах (исследование проводится не ранее 2 мес после перенесенного эндометрита и 6 мес после аднексита), предполагаемая беременность. Обследование проводится на 8—20-й день менструального цикла при воздержании от половой жизни, хорошем общем состоянии больной, нормальных показателях крови и мочи, I и II степени чистоты влагалищного содержимого. Дополнительным тестом для определения наступления овуляции является биопсия эндометрия.

Для исключения причин бесплодия со стороны мужа проводится полное клиническое обследование. Важным и решающим для суждения о стерильности мужчины является исследование эякулята после 4—5 дней воздержания от половой жизни. Эякулят собирается при прерванном половом сношении или мастурбации. Важно получить весь эякулят, так как первая треть его содержит 75% всего количества сперматозоидов. Кондом для сбора его не рекомендуется, резина резко снижает качество эякулята. Эякулят помещается в теплую чашку Петри или градуированный стаканчик с крышкой. При транспортировке температура его должна быть близкой к температуре тела. Лучше исследовать эякулят, полученный непосредственно в условиях лечебного учреждения. При исследовании заполняется специальная карта-спермограмма с основными количественными и качественными показателями спермы. Если подозревается несовместимость шейечной слизи и спермы, применяется проба Шуварского — Гунера, при отрицательном результате ее — проба Курцрока — Миллера.

Лечение бесплодного брака осуществляется общеукрепляющими, медикаментозными средствами и хирургическим путем.

Если причиной бесплодия являются воспалительные заболевания, проводится активное противовоспалительное лечение при остром или подостром процессе, физиотерапевтическое,

грязе- и курортолечение при его затухании, проходимость маточных труб восстанавливается консервативными или хирургическими методами.

При эндокринных причинах бесплодия осуществляются общеукрепляющее лечение, гормонотерапия в зависимости от формы нарушений, стимулирование функции яичников физиотерапевтическими методами, назначаются гонадотропины, если функция гипофиза недостаточная.

С целью стимуляции овуляции в сочетании с другими методами лечения применяется кломифен (кломистилбегит) при постоянном контроле содержания или выделения эстрогенных гормонов до и после приема препарата. Дозировка препарата указана в упаковках и зависит от степени нарушения овуляции.

Организация обследования и лечения больных бесплодием — важная задача работы женской консультации. Сложные методы исследования требуют создания специализированных учреждений.

Специализированное лечение больных бесплодием включает трехэтапную систему помощи, в которой каждое звено является последовательной ступенью обследования и лечения больных.

На I этапе участковый акушер-гинеколог обязан активно выявлять больных с нарушениями репродуктивной функции при профилактических осмотрах и обращении в консультацию, проводить профилактику расстройств репродуктивной функции, аборт и диспансерное наблюдение в течение 6 мес за женщинами, прервавшими беременность, санитарно-просветительную работу по привлечению женщин к обследованию и лечению. II этап специализированной помощи организует врач-гинеколог женской консультации, выполняющий специальное обследование и лечение больных бесплодием. Он выделяется из штата женской консультации при наличии 5 и более врачей. На III этапе углубленное обследование больных проводится в специализированном областном кабинете или центре-консультации.

При такой системе борьбы с бесплодным браком достигается наибольший охват больных специализированной помощью, обеспечивается правильный отбор женщин, нуждающихся в лечении, и сокращаются сроки пребывания их в стационаре.

Профилактика бесплодия у женщины должна начинаться с рождения и включать предупреждение тяжелых экстрагенитальных заболеваний, гинекологической инфекции, выявление аномалий развития половых органов. В школьном возрасте, и особенно в период полового созревания, девочка должна находиться под постоянным наблюдением школьного врача. Каждую девочку, перенесшую туберкулезное заболевание, необходимо направлять в консультацию.

Профилактика бесплодия среди женщин должна быть направлена в первую очередь на предупреждение дисгармонии в браке, аномалий половой жизни и аборта, сознательное регулирование численности семьи путем применения современных

методов контрацепции, правильное ведение родов и послеродового периода, а также своевременное выявление заболеваний и энергичное лечение до полного выздоровления.

Основные принципы профилактики мужского бесплодия — раннее лечение разнообразных расстройств и заболеваний половой сферы и общеукрепляющие мероприятия, предупреждение и лечение воспалительных заболеваний.

Средства и методы контрацепции

Во всех лечебных акушерско-гинекологических учреждениях, женских консультациях должна проводиться большая работа по индивидуальной рекомендации методов и средств профилактики беременности. Выбор средства, правильное применение во многом определяют его эффект. При этом учитываются обстоятельства использования противозачаточного средства (мужчиной или женщиной, до или после полового акта, без видимой связи с ним), вид его и необходимый эффект (временный, постоянный, обратимый), доступность, влияние на физиологию и эстетику полового акта.

В настоящее время наиболее эффективным методом контрацепции является использование **внутриматочных средств (ВМС)**. Они изготавливаются из инертной, нераздражающей ткани — полиэтилена или нейлона, а также меди, нержавеющей стали. Имеют форму петли, дуги, спирали, пружинки и др.

Наибольшее распространение получают внутриматочные приспособления из пластических материалов. Им придается определенная форма, гибкость материала достаточна для того, чтобы ВМС можно было ввести в матку через узкую трубочку, сделанную из пластика. Благодаря такому свойству первоначальная форма ВМС восстанавливается в полости матки. На конце внутриматочных средств имеется полиэтиленовая нить, которую обрезают на 20 мм ниже наружного отверстия цервикального канала. Нить помогает контролировать наличие спирали, а при необходимости удалить ее.

ВМС целесообразно вводить женщинам, у которых наступление беременности нежелательно по медицинским показаниям (инфекционные, ревматические, врожденные заболевания сердца и сосудов, гипертоническая болезнь, тяжелые формы диабета, болезни печени, почек, тромбоз вен нижних конечностей и вен таза с хронической венозной недостаточностью, экстрагенитальные формы туберкулеза в стадии ремиссии, нервные и психические заболевания).

Внутриматочные спирали рекомендуются для регуляции рождаемости многорожавшим женщинам с большим числом аборт в анамнезе, с резус- и групповой несовместимостью крови, для профилактики аборта, при заболеваниях мужа и, наконец, женщинам, не желающим в настоящее время иметь детей. Как показывают наблюдения, 85% женщин могут пользоваться внутриматочными контрацептивами.

Внутриматочные противозачаточные средства противопоказаны при острых инфекционных и экстрагенитальных заболеваниях, ревматизме в активной фазе, экстрагенитальном туберкулезе в активной фазе с лихорадкой и выделением палочек, хронических заболеваниях мочевыводящих путей с частыми обострениями, заболеваниях, сопровождающихся пониженной свертываемостью крови, острых и подострых воспалительных процессах тазовых органов, подозрении на беременность, симптомной и субмукозной миоме матки, злокачественных новообразованиях придатков, тела и шейки матки, гиперполименорее, ациклических нарушениях менструальной функции.

У женщин, перенесших кесарево сечение, миомэктомию, резекцию угла матки при внематочной беременности, вопрос о ВМС решается индивидуально, в зависимости от течения послеоперационного периода, данных гинекологического исследования, в том числе гистеросальпингографии. Контрацептив можно ввести не ранее чем через 6 мес после операции.

Перед введением внутриматочного контрацептива проводятся тщательное гинекологическое исследование, бактериоскопический анализ мазков из влагалища, цервикального канала и уретры, общий анализ крови и мочи. ВМС вводят при нормальной гемограмме, I и II степени чистоты влагалища, отсутствии трихомонадного и грибкового поражения. При воспалительных процессах матки и придатков ВМС может быть введено через 8—10 мес после окончания лечения при отсутствии обострения.

Лучшим сроком введения ВМС является последний день менструации и первые два дня после нее (с 4-го по 7-й день цикла). Введение ВМС производится врачом, владеющим техникой внутриматочных манипуляций, в отдельном кабинете (для малых гинекологических операций), в выделенные дни и часы. Для этого необходимы набор инструментов (зеркало Симпса, подъемник, пулевые щипцы, маточный зонд, зонд Пфлейфера, корнцанг, расширители Гегара до № 6, интродуктор, шприц-проводник, внутриматочные спирали, зажимы Микулича, крючки типа Грефенберга, изготовленные из маточного зонда), медикаментов (но-шпа — 0,04 г в таблетках, 2 % раствор но-шпы по 2 мл, 0,1 % раствор атропина в ампулах, раствор фурацилина 1 : 5000, 70 % спирт, 5 % раствор настойки йода, 3—5 % раствор дикаина) и стерильного материала.

Внутриматочные спирали (№ 1—4) промывают в мыльном растворе, проточной воде и погружают на 30 мин в стерильную дистиллированную воду. Затем спирали закладывают в стерильные аптечные банки (отдельные для каждого размера) с притертой пробкой, заливают 70 % спиртом на 10—12 дней и используют после бактериологического исследования на стерильность. Используя все спирали, банку стерилизуют и заполняют повторно. Шприц-проводник кипятят.

Введение ВМС производится в асептических условиях. Наружные половые органы — влагалище и шейка матки обраба-

тываются дезинфицирующими растворами. Шейку матки захватывают пулевыми щипцами. Тампоном, смоченным 70 % спиртом на зонде Пфлейфера, дезинфицируют цервикальный канал. Маточным зондом измеряют длину цервикального канала, полости матки (от наружного зева до дна), определяют расстояние между углами. Составляется представление о размерах полости матки. Кроме того, при зондировании полости матки устанавливаются возможное сужение цервикального канала, расширение внутреннего зева, подслизистые узлы, аномалии матки и деформация полости матки. При подборе номера спирали учитываются не только размеры матки, но и количество бывших родов. Повторнородящим вводится спираль № 3—4. При длине полости матки 2,5—3 см, независимо от длины цервикального канала, используют спираль № 1, 2; 4—5 см — № 3; более 5 см — № 4.

ВМС помещают (пинцетом или руками) в шприц-проводник таким образом, чтобы широкий конец спирали находился в маточном конце и она могла после введения восстановить свою форму во фронтальной плоскости полости матки. Заполненный шприц-проводник вводят в цервикальный канал, затем легким, без насилия, надавливанием на поршень проталкивают спираль в полость матки.

Если при введении проводника возникают затруднения, канал шейки матки расширяется дилататорами Гегара до № 5. В случае встретившегося препятствия при выталкивании спирали не следует применять насилие. При повышенной болевой реакции цервикальный канал смазывается 3—5 % раствором дикаина.

В момент введения и извлечения спирали может произойти перфорация матки. Несмотря на то что это осложнение встречается редко, врач должен принимать меры предосторожности, особенно в случаях ретрофлексии, гиперантефлексии матки, деформации шеечного канала, бывшей электрокоагуляции шейки и др. После введения ВМС женщина должна находиться под наблюдением врача не менее 30—60 мин. Если появляются жалобы на головокружение, слабость, тошноту, боли внизу живота, женщину следует уложить и при необходимости ввести спазмолитические, обезболивающие, десенсибилизирующие средства (димедрол, анальгин, папаверин, но-шпа и др.).

В последующем женщине рекомендуется половой покой (не менее 8 дней), ограничение физической нагрузки в течение первых 4—5 менструаций, воздержание от горячих ванн.

Осмотр женщины проводится через 10 дней после первой менструации, регулярно в первые 2—4 мес, затем один раз в 6 мес при отсутствии показаний к более частому обследованию. При каждом посещении женщины врач производит бактериологическое исследование отделяемого из цервикального канала, влагалища и уретры. В первые 6 мес применения ВМС ухудшается бактериальный состав влагалищного содержимого, в последующем наблюдается значительное его улучшение. При дли-

тельном ношении ВМС (до 7 лет и больше) степень чистоты влагалищной флоры остается нормальной. Длительность непрерывного ношения ВМС зависит от воздействия контрацептива на организм женщины в целом и особенно на системы, обеспечивающие ее специфические функции. Оптимальный срок ношения спирали от 1 до 5 лет.

Наличие инородного тела в матке может вызвать побочные явления и осложнения, чаще всего в первые 6—8 мес. В первые дни после введения ВМС появляются незначительные или умеренные кровянистые выделения, иногда боли внизу живота, не требующие специального лечения. Обычно первые две менструации наступают раньше на 5—10 дней, бывают более продолжительными и обильными. В 6—23,7 % случаев отмечаются нарушения менструального цикла. Выпадение петли происходит чаще всего в первые месяцы после введения, особенно у женщин, не имевших абортов и родов (до 40 % случаев). Это связано с молодым возрастом пациенток и особенностями функционального состояния матки. Экспульсия может зависеть от истмико-цервикальной недостаточности, техники введения и соответствия размеров петли полости матки. У многорожавших с возрастом количество выпадений ВМС уменьшается. При шейчно-перееечной недостаточности для предупреждения экспульсий рекомендуется во время менструации принимать спазмолитические средства, которые можно назначать также молодым небеременным или перворожавшим женщинам.

Эффективность ВМС высокая. Беременность наступает в 2—4,5 % случаев. Наибольшее число беременностей отмечается в первый год ношения ВМС. Применение их не влияет на развитие эмбриона и плода. Частота уродств у детей, рожденных с наличием ВМС в матке, не выше, чем в общей популяции. Обычно внутриматочный контрацептив вызывает самопроизвольный аборт, однако в некоторых случаях беременность может продолжаться. При этом ВМС располагается вне амниотического мешка, не препятствует развитию беременности и в родах изгоняется вместе с последом. Если после родов или полного аборта ВМС остается в матке, его следует удалить.

Извлекают ВМС по желанию женщины и медицинским показаниям (нарушения менструального цикла, ациклические, контактные кровянистые выделения, воспалительные процессы различных отделов половой системы и др.).

Сексопатологи считают ВМС идеальным противозачаточным средством, способствующим развитию полового чувства, благополучию брака.

Гормональные контрацептивы предназначены для перорального применения и представляют собой синтетические аналоги естественных стероидных гормонов — эстрогенов и прогестерона. Путем сочетания эстрогенов и прогестерона в различных пропорциях получены разнообразные синтетические препараты с преимущественно эстрогенным или гестагенным действием.

В большинство контрацептивных препаратов в качестве эстрогена входит этинилэстрадиол (микрофоллин) или местранол (менее активен). Второй составной частью комбинированных гормональных таблеток являются прогестины — синтетические вещества, оказывающие действие, подобное прогестерону, но более выраженное и продолжительное. Это норстероиды (норэтинандрел, этинодиола диацетат, норэтистерона ацетат и др.). Норстероиды имеют структурное сходство с тестостероном, оказывают анаболический эффект и у женщин, предрасположенных к полноте, могут вызывать увеличение массы тела. Из комбинированных препаратов рекомендуются бисекурин и инфекундин. Принимать их следует ежедневно в одно и то же время, например после ужина. Даже один день пропуска может привести к наступлению беременности. Если женщина забыла принять таблетку, на следующий день необходимо принять одну таблетку утром и одну — вечером. После приема 21 таблетки делают перерыв на 6—7 дней. При правильном применении комбинированных таблеток обеспечивается 100 % противозачаточный эффект.

Перед применением оральных контрацептивов (ОК) женщина должна быть тщательно обследована терапевтом и эндокринологом. ОК не применяются при заболеваниях печени, почек, эндокринных желез, бронхиальной астме, гипертонии, ревматизме, заболеваниях крови, склонности к тромбообразованию, аллергии, ожирении, раке молочной железы, хорее, депрессии и др.

Механизм действия ОК чрезвычайно сложен и заключается в подавлении овуляции за счет действия стероидов на функцию гипоталамо-гипофизарных центров, что приводит к кратковременному снижению рилизинг-факторов гипоталамуса и последующему снижению секреции гонадотропинов. Гормональные контрацептивы снижают выработку эстрогенов яичниками. У женщин, принимающих ОК, увеличивается вязкость слизи шейечного канала, что препятствует продвижению сперматозоидов, нарушается процесс имплантации в результате изменений в эндометрии, отмечаются уменьшение активности желтого тела, нарушение транспортировки оплодотворенного яйца, нередко наблюдается укорочение лютеиновой фазы. Под влиянием ОК часто отмечаются побочные реакции: тошнота, головная боль, расстройства менструации, увеличение массы тела, иногда зуд кожи, нарушения обмена веществ, ациклические кровянистые выделения, депрессивное состояние. При длительном применении ОК могут возникать тромбозы и эмболии, причинно связанные с эстрогенным компонентом таблеток, синдром «пустого» турецкого седла с последующей галактореей-аменореей. Длительность непрерывного применения ОК не должна превышать года. В последнее время эти сроки уменьшаются до 3 мес.

Учитывая возможные осложнения, ОК следует назначать только практически здоровым женщинам.

К механическим противозачаточным средствам относится *мужской презерватив*. Он был предложен английским врачом Кондомом как средство, предохраняющее от заражения венерическими заболеваниями, а в дальнейшем стал широко применяться для контрацепции. Презерватив готовится из тонкой резины, слегка припудривается мелким порошком и хранится скатанным в специальной упаковке. Во время полового акта сперма выделяется в презерватив, не поступает во влагалище, и тем самым исключается возможность оплодотворения яйцеклетки.

При пользовании презервативом необходимо проверять целостность его перед употреблением, слепой конец оставлять несколько свободным для изливающегося семени, после надевания наружную поверхность его смазывать вазелином.

Если во время половых сношений презерватив разрывается, необходимо немедленно произвести влагалищное спринцевание для удаления сперматозоидов. Результаты применения презервативов, по данным разных авторов, неодинаковы. Противозачаточный эффект достигается в 90 % случаев.

Недостатками презервативов являются возможность воспаления половых органов у женщины при длительном их применении, непоступление во влагалище спермы, положительно влияющей на женский организм, и снижение полового чувства у мужчины и женщины.

Хотя презервативами и пользуются до 50 % супружеских пар, желательно чередовать их применение с другими методами предупреждения беременности.

Женские колпачки применяются для укрытия шейки матки и создания препятствия сперматозоидам на пути их движения к созревшей женской яйцеклетке. Они изготавливаются из алюминия, золота, серебра, резины, пластмассы и др. Наиболее употребительны колпачки Кафки, сделанные из алюминия. В полном наборе — 24 колпачка, обозначаемых различными номерами в зависимости от диаметра. Обычно применяются колпачки № 6—16. Врач или акушерка должны подобрать колпачок и научить женщину надевать его на шейку матки. Колпачок должен свободно, но плотно охватывать шейку матки и в то же время не сдавливать ее. Подбор колпачка проводится с учетом величины и положения шейки матки, а также краев зева. Влагалищным исследованием определяется состояние матки, придатков, затем с помощью гинекологических зеркал осматривается шейка матки и под контролем зрения впервые надевается колпачок, заполненный до половины противозачаточной пастой. Надетый на шейку матки колпачок не должен вызывать неприятных ощущений, беспокоить во время половых сношений. Иногда колпачок смещается, шейка матки сдавливается и отекает, что легко выявляется при повторных осмотрах. Колпачок надевается через несколько дней после менструации и снимается за 2—3 дня до наступления следующей.

Перед снятием колпачка и после извлечения его желательнее производить влагалищные спринцевания. Женщины, обученные в консультации надеванию и снятию колпачков, могут пользоваться ими и без посторонней помощи. Колпачки Кафки как контрацептив рекомендуются только здоровым женщинам при отсутствии у них изменений в половых органах и противопоказаны при воспалении матки и придатков, резком перегибе матки кзади, эрозиях шейки матки. Беременность предупреждается у 80—85 % женщин. Неудачи бывают при конической шейке матки и значительных опущениях стенок влагалища.

Резиновый влагалищный пессарий КР имеет вид усеченного шара с плотным ободком, диаметром от 40 до 80 мм, по размерам от № 50 до № 100 (через 5 номеров). Наиболее подходящими пессариями для нерожавших женщин являются № 50—60, рожавших — № 65, 70, 80. Колпачок вводится во влагалище двумя пальцами. Большим и указательным пальцами правой руки сдавливают ободок колпачка так, чтобы он принял удлинненную форму, и вводят его, скользя по задней стенке влагалища выпуклой стороной, до заднего свода влагалища. Затем указательным пальцем край колпачка проталкивается по передней стенке влагалища за лоно, пока дальнейшее его продвижение станет невозможным. При хорошо надетом колпачке влагалищная часть матки находится в его центре и хорошо прощупывается пальцем. Канал шейки остается закрытым, если ободок резинового колпачка плотно прилегает к стенкам свода.

При сужении влагалища, опущении его стенок, мелких сводах, воспалении шейки матки и придатков резиновые колпачки не рекомендуются. Влагалищный пессарий лучше применять в сочетании с химическими средствами. Колпачок извлекается самой женщиной в положении на корточках. Перед удалением колпачка и после извлечения его производится спринцевание дезинфицирующим раствором (борная кислота, марганцовокислый калий и др.). Резиновый колпачок не следует оставлять во влагалище более чем на 2—3 дня, так как содержащиеся в резине вещества могут раздражать стенку влагалища и шейку матки.

Химические противозачаточные средства применяются в виде паст, глобулей, таблеток, растворов. В основу их действия положен принцип подавления жизнеспособности сперматозоидов с помощью спермоубивающих веществ. В настоящее время распространены контрацептин Т, грамицидиновая паста, лютенурин (таблетки и шарики).

Влагалищные шарики готовятся по рецептам врачей или продаются в готовом виде. В состав их чаще всего включаются борная или салициловая кислота, хинин, танин и другие вещества.

Лютенурин обладает противозачаточным, а также лечебным действием при поражениях мочеполовой системы трихомонадами. Лютенурин применяется в виде таблеток (3 мг препарата)

и свечей. За 5—10 мин до полового сношения женщина вводит во влагалище свечу или 2 таблетки лютенурина.

Грамицидиновая паста помимо влияния на сперматозоиды обладает противовоспалительным свойством. Поэтому ее целесообразно применять при воспалении влагалища, шейки и тела матки, эрозиях шейки, а также зуде наружных половых органов. Паста выпускается в тубиках и баночках, содержит грамицидин в концентрации 1 : 400, вводится во влагалище перед сношением в количестве 5—6 г через наконечник или на тампоне.

Введение паст и кремов перед половым сношением через особые аппликаторы несколько усложняет пользование ими и психологически может оказывать отрицательное влияние на половой акт. В этом отношении шарики и таблетки имеют неоспоримое преимущество. Сочетание механических и химических средств повышает эффективность их применения.

Для контрацепции применяются также ватно-марлевые тампоны и губки, которые смачиваются в одном из сперматоцидных растворов либо покрываются пастой и вводятся во влагалище перед половым сношением.

Отмечается успешное применение лимона в качестве противозачаточного средства. В нем содержатся до 7,2 % лимонной кислоты, витамины А, В, Р и С. Перед половым сношением с лимона срезается корка, выкраивается ломтик толщиной 0,5 см, удаляются зерна и лимон пальцами вводится во влагалище. Извлекается из влагалища спустя 1—2 ч после сношения. Пользование лимоном не находит широкого распространения, видимо, потому, что этот метод мало изучен.

В условиях семейной жизни для предупреждения беременности могут быть использованы *влагалищные спринцевания* дезинфицирующими растворами с целью механического и химического воздействия на сперматозоиды. Для спринцевания применяются на 1 л теплой воды один из следующих растворов: молочная кислота — 1—2 чайные ложки (аптечного раствора), 5 % раствор марганцовокислого калия — 1—2 чайные ложки, уксусная кислота — 2 чайные ложки столового уксуса, 5 % раствор хинозола — 2 столовые ложки, буровская жидкость — 1—2 чайные ложки. Полезнее применять спринцевание в качестве дополнительного средства противозачатия при пользовании презервативами и химическими средствами. Спринцевания как способ контрацепции малонадежны и вредно воздействуют на флору и стенки влагалища при длительном применении.

Несмотря на доступность современных противозачаточных средств, в настоящее время широко практикуются способы предупреждения беременности, не требующие использования приспособлений или препаратов. Это прерванное половое сношение и физиологический метод контрацепции. Нередко эти способы используются для усиления эффективности химических и механических противозачаточных средств. *Прерванное половое сношение* для предупреждения беременности отрицательно

влияет на здоровье мужчины и женщины. Возникшее нормальное половое возбуждение не получает своего естественного разрешения, при этом страдает нервная система обоих супругов. Последствием прерванных сношений бывает неврастения с резким повышением раздражительности и быстрой утомляемостью, болями в животе и крестце, запорами. У женщин нередко нарушаются менструации и усиливаются слизистые выделения из влагалища, что указывает на развитие хронического воспаления. У мужчин особенно часто наблюдается воспаление слизистой оболочки мочеиспускательного канала, так называемый задний уретрит, а также воспаление крестцово-поясничных нервных сплетений — радикулит. Вследствие неполных половых сношений у мужчин рано или поздно развивается половая слабость.

Можно рекомендовать женщине использовать *физиологический метод*, с расчетом «опасных» для зачатия дней. Метод предусматривает определение времени овуляции, которая происходит за 12—16 дней до наступления менструации. Исходя из этого, предлагаются различные таблицы и схемы расчета маловероятных и вероятных сроков наступления беременности при нормальной половой жизни.

Следует учитывать, что оплодотворяющая способность сперматозоида сохраняется в течение 2—3 дней. Следовательно, попадая во влагалище за 2—3 дня до овуляции, сперматозоид может оплодотворить яйцеклетку, поэтому на это время увеличивается срок вероятного зачатия.

Нормальные половые сношения с учетом менструального цикла благотворно сказываются на здоровье супругов. В то же время пользование противозачаточными средствами только в отдельные дни цикла предупреждает беременность.

Каждая женщина, пользующаяся противозачаточными средствами, должна быть под постоянным наблюдением врача. Длительное применение одних и тех же средств, особенно химических, не рекомендуется, так как может отразиться на здоровье супругов.

Сексуальные расстройства у женщин

Сексуальные нарушения отмечаются не менее чем у 15 % женщин. Однако подавляющее большинство их, осознавая у себя те или иные половые расстройства, не обращается за медицинской помощью, хотя следует признать, что благополучие женщины в сфере интимных отношений имеет большое значение. Нарушения половой функции отрицательно сказываются на эмоциональной и психологической стороне супружества, ведут к нестабильности брака.

Низкая обращаемость женщин к врачу по поводу сексуальных нарушений имеет несколько причин. Если половые расстройства у мужчин нередко даже исключают возможность участия

их в интимной близости, то большинство женских сексуальных нарушений сохраняют возможность половой жизни. Отсутствие полового удовлетворения не сказывается на генеративной функции женщины. Определенное значение имеют и вполне понятная стыдливость женщины и нежелание ее посвящать в характер своих интимных переживаний посторонних, к которым женщины нередко причисляют не только врача, но, к сожалению, и мужа.

Причиной обращения женщины за сексологической помощью наиболее часто являются: претензии мужа по поводу ее половой холодности; желание испытать то, «что чувствуют все женщины»; невозможность продолжать половую жизнь в связи с зафиксированным страхом боли при акте дефлорации и т. д. Поскольку женские консультации общедоступны, женщины с жалобами сексологического характера обращаются за медицинской помощью впервые к врачам-гинекологам.

В настоящее время сексологическая помощь мужчинам и женщинам, согласно приказу Министерства здравоохранения СССР «О мерах улучшения лечебно-профилактической помощи больным, страдающим половыми расстройствами» № 920 от 22.11.73, оказывается врачами, прошедшими специальную подготовку по сексопатологии, так как подавляющее большинство сексуальных нарушений, в том числе и у женщин, не может быть выявлено только невропатологом, эндокринологом или гинекологом.

Сексологическое обследование женщины отличается своей трудоемкостью. Для постановки диагноза необходимо не только выявить несколько десятков признаков, обследовав те подсистемы, которые участвуют в копулятивном цикле, но и добавить к ним специфические сексологические признаки. Все это, естественно, требует как специальных знаний врача, так и значительных затрат рабочего времени. Согласно методическим рекомендациям Всесоюзного научно-методического центра по вопросам сексопатологии, полное сексологическое обследование одной женщины занимает около двух часов.

Основными проявлениями женской сексуальности считаются половое влечение (либидо), оргазм и эротические сновидения. К проявлениям полового инстинкта относятся эротическое либидо и сексуальное либидо. Первое характеризуется влечением к нежности, ласке, желанием прикосновений со стороны партнера, второе — стремлением к половому акту. Выраженность этих компонентов у мужчин и женщин различна. Эротическое либидо свойственно практически всем людям, и отсутствие его чаще всего является следствием глубоких эндокринных или психических нарушений. Сексуальное либидо у женщин обычно развивается с началом половой жизни, после того как они испытали чувство полового удовлетворения (оргазм), хотя 20 % девушек 16—18-летнего возраста отмечали у себя появление его.

В структуре чувства любви выделяют два сложно переплетающихся компонента: личностный и чувственный. Совокупность переживаний, характеризующих избирательное отношение личности к объекту чувства, благодаря которому избранник становится наиболее близким, единственным, составляет личностный компонент любви. Завершение его проявляется в форме получения удовлетворения (психологического и физического), присущего человеку. Чувственный компонент характеризуется стремлением к получению специфических ощущений во время физической близости, финалом его является переживание оргазма. Личностный компонент обычно превалирует у женщин, чувственный — у мужчин.

В становлении сексуального влечения большое влияние оказывают психологические факторы и высшие эмоции. Если девушка не испытывает к мужчине чувства любви или хотя бы уважения и привязанности, сексуальное влечение у нее с началом половой жизни обычно не формируется. При конфликтных ситуациях в семье сексуальное влечение женщины заметно снижается или вообще исчезает. В отличие от женщин, у мужчин влечение менее подвержено влиянию внешних отрицательных факторов и менее избирательно.

Одним из наиболее актуальных в сексопатологии является вопрос об оргазме у женщин. Возможность и необходимость переживания женщиной оргазма в разное время рассматривались по-разному. В настоящее время все большим числом женщин оргазм стал считаться чуть ли не абсолютным критерием успешности полового сближения.

Чувство оргазма является результатом сложного взаимодействия психических и физических факторов. Психический фактор определяется соотношением положительных и отрицательных эмоций, сопровождающих интимную близость. Преобладание отрицательных эмоций (страх беременности, боязнь быть застигнутыми врасплох, негативное отношение к мужу и т. д.) вызывает торможение в коре головного мозга, что исключает возможность переживания оргазма. Физическим фактором, способствующим появлению оргазма, является адекватное раздражение эрогенных зон при определенной длительности подготовительного периода. Под эрогенными зонами понимают участки тела, воздействие на которые ведет к росту полового возбуждения. По степени распространенности они располагаются следующим образом: клитор, интроитус, соски, рот, шейка матки, задний свод влагалища, молочные железы, шея, внутренняя поверхность бедер, низ живота и другие. Восприимчивость и возбудимость эрогенных зон находятся в прямой зависимости от психологического настроения женщины (желание близости, высокая оценка сексуальных способностей мужа, адекватная обстановка и т. д.). Важную роль в росте полового возбуждения женщины имеет «диапазон приемлемости», т. е. объем ласк и прикосновений, которые женщина

считает для себя допустимыми по своим морально-этическим представлениям.

Весь половой цикл условно разделяют на 4 отдельные фазы: фазу возбуждения, фазу «плато», фазу оргазма и фазу разрешения (обратного развития).

Фаза возбуждения. Возникновение ее может вызвать как физическая, так и психическая стимуляция. Вследствие прилива крови к половым органам большие половые губы выпрямляются, а малые увеличиваются в поперечнике в 2—3 раза, цвет их из бледно-розового становится темно-красным. У большинства женщин отмечаются увеличение в размере и уплотнение клитора. Через 10—15 с от начала полового возбуждения начинается выпотевание жидкости из венозных сосудов стенок влагалища, и в незначительной степени — выделение слизи бартолиновыми железами и железами преддверия. Вследствие этого влагалище становится влажным, что облегчает имиссию полового члена. Влагалище, особенно его внутренние две трети, удлиняется и расширяется. Диаметр влагалища возле шейки матки увеличивается в среднем в три раза, создавая тем самым вместилище для спермы. В результате изменений размеров влагалища имиссия полового члена и первые фрикции вызывают у партнеров чувство, что половой член «потерялся» во влагалище. Последующие фрикции, если они усиливают половое возбуждение, ведут к тому, что, достигнув определенного уровня, оно переходит в фазу «плато».

Фаза «плато». Стенки наружной трети влагалища набухают вследствие переполнения венозной кровью, что ведет к сужению просвета влагалища почти наполовину, по сравнению с его размером в фазе возбуждения. При этом партнеры начинают лучше ощущать друг друга, образуется так называемая оргастическая манжетка, раздражение нервных рецепторов которой ведет к еще большему повышению уровня полового возбуждения. В этой фазе продолжают увеличиваться объем грудных желез, эрекция сосков, туменсценция ореол. Наблюдается увеличение четкости венозного рисунка груди, у значительного числа женщин отмечается так называемый феномен «полового покраснения», заключающийся в гиперемии кожи, начинающейся в подложечной области, затем распространяющейся по передней и боковым поверхностям грудной клетки. Повышается тонус поперечно-полосатой мускулатуры, иногда судорожно сжимаются пальцы рук и ног, учащается дыхание, повышается артериальное давление. Дальнейшая половая стимуляция ведет к переходу в фазу оргазма.

Фаза оргазма. Специфической реакцией женщины во время оргазма является ритмичное сокращение мускулатуры влагалища и матки (с интервалом в 0,8 с). На силу оргазма влияют как интенсивность, так и количество мышечных сокращений. Сокращаются также и мышцы тазового дна, тонус и хорошее развитие которых играют при этом значительную роль. Частота

дыханий достигает 40 в мин, отмечается еще большее повышение артериального давления (максимальное до 200 мм рт. ст. и выше), частоты пульса (до 140—170 ударов в мин). Многие женщины описывают, что оргазм начинается с кратковременного чувства задержки всех психических процессов, своеобразного чувства невесомости, заканчивающегося толчком в области клитора, с иррадиацией в таз и появлением чувства тепла, распространяющегося на все тело. При этом возникает ощущение, словно что-то выдавливается из организма, что породило неправильное суждение о существовании женской эякуляции. Затем наступает произвольное ритмичное сокращение мышц влагалища, малого таза и т. д., ощущаемое всем телом и напоминающее удары пульса (поэтому получило название «тазового биния»). Сопровождается это ощущением небытия, «ошеломляющего экстаза», необычного сладострастия.

Фаза разрешения. Угасание полового возбуждения у женщины занимает значительный промежуток времени (10—20 мин). Постепенно уменьшается кровенаполнение половых органов, чему в значительной степени способствует продление фрикционных движений. Если половое возбуждение женщины останавливается на фазе «плато» и не переходит в фазу оргазма (например, при ускоренной эякуляции у мужа), нередко наблюдаются набухание матки, увеличение ее в размерах, отечность стенок влагалища, резкое утолщение широкой связки, малых и больших половых губ, появление болей. Детумесценция наступает в таких случаях нередко через 30—60 мин и позже. Болевые ощущения в области крестца, бедер, внизу живота и т. д. усугубляются своеобразным психическим дискомфортом: чувством обиды на мужа, у которого после оргазма половое возбуждение практически сразу исчезает, появляется чувство приятной усталости, расслабленности, сонливости и нежелание продолжать какие-либо действия, а женщина между тем остается в состоянии неудовлетворенного полового возбуждения.

Если женщина способна к многократному переживанию оргазма (мультиоргастичная женщина), то после каждого оргазма половое возбуждение ее спадает только до уровня фазы «плато» и через непродолжительное время возобновление половой стимуляции может вновь дать ей возможность пережить это высшее сладострастное чувство.

Распространено мнение о том, что, только испытав оргазм во время близости, женщина может забеременеть. По утверждению Мастера и Джонсон, оргастическая манжетка, образовавшаяся в фазе «плато», в случае, если половая близость закончилась без оргазма у женщины, сохраняется более длительное время после окончания полового акта (до 30 мин), что создает благоприятные условия для оплодотворения. Авторы исследования советуют женщинам, желающим забеременеть, не доводить себя до оргазма и прекращать фрикции сразу после

эякуляции у мужа, так как каждая фрикция после выброса спермы способствует вытеканию ее из влагалища.

Проявлением сексуальности женщины являются также эротические сновидения, которые отмечает почти половина женщин (у 20 % они сопровождаются оргазмом). Эротические сновидения являются компенсаторным проявлением половой неудовлетворенности, отражают биологическую основу сексуальности, не связанную с психологическими факторами, и могут иметь диагностическое значение при лечении женских сексуальных нарушений. Например, отсутствие кульминации при половой близости, но наличие эротических сновидений с оргазмом чаще всего указывают на психические причины полового расстройства у женщины. Можно предположить возможное снижение гормонального фона у женщин, не испытывающих оргазма и не имеющих эротических сновидений.

Успех в лечении большинства женских сексуальных расстройств в значительной степени предопределяется отношением мужа к состоянию жены. Половой акт — процесс парный и предусматривает активное участие двух гетеросексуальных партнеров, поэтому особое значение в лечении (а нередко и возникновении) сексуальных нарушений у женщин играют характер взаимоотношений, степень взаимопонимания супругов, выраженность чувства любви, взаимный альтруизм, а также уровень социально-психологической адаптации супругов.

Далеко не все женщины, предъявляющие претензии к характеру интимной жизни, нуждаются в специализированном обследовании. Значительная часть из них высказывает такие жалобы в результате дефицита сексологических знаний, неправильной интерпретации характера интимных отношений, нежелания или неумения супругов понять чувства друг друга. В подобных случаях удовлетворительный результат приносит психокорректирующая беседа, проводимая с обоими супругами.

Сексологическое обследование требует обязательного психологического контакта пациентки и врача, а также определенного искусства врачебного опроса. Сбор анамнеза, обследование проводятся в обстановке интимной доверительности, доброжелательности и обязательно без посторонних лиц, даже медицинских работников. Врач выясняет условия развития расстройств половой функции, время их появления, характер последующего развития и реакцию больной на возникшую ситуацию, а также состояние межличностных отношений супругов на момент обследования. Для диагностики сексуальных расстройств важное значение имеет выявление особенностей общего психического и физического развития, перенесенных заболеваний, проводимого ранее лечения и т. д. В случае аноргазмии выясняются особенности протекания полового акта: длительность коитуса, психоэротическая настроенность женщины перед близостью, продолжительность и интенсивность эротической подготовки, «диапазон приемлемости», адекватные позы

интимного сближения и ряд других факторов. При соматическом обследовании обращается внимание на телосложение, выраженность вторичных половых признаков, проводится неврологическое и гинекологическое исследование. При этом описывается развитие наружных половых органов, клитора, влагалища, его слизистой оболочки, шейки матки, ее положение, величина и форма. Особое значение имеет выявление рубцовых изменений в области клитора, влагалища, наличие болезненности при осмотре и определение ее причины. При необходимости применяются дополнительные методы исследования: электроэнцефалография, измерение базальной температуры, цитологическое и бактериологическое исследование влагалищного мазка, исследование шеечной слизи, определение 17-КС в моче и др.

Нарушения половой функции у женщин могут проявляться в различных вариантах, но до настоящего времени не существует общепринятой их классификации. По мнению А. С. Святоща, наиболее часто встречаются следующие формы патологии: а) аноргазмия (фригидность и дисгамия); б) несостоявшаяся дефлорация («девственный брак»); в) затруднения в половой жизни в пожилом возрасте; г) вагинизм; д) нарушения полового влечения и др.

Нередко молодые женщины обращаются к врачу с жалобами на невозможность начать половую жизнь в связи со страхом боли при дефлорации. В данном случае отмечается так называемая несостоявшаяся дефлорация, когда первый половой акт оказывается невозможным, несмотря на хорошую потенцию мужа. Чаще всего она обусловлена не столько аномалиями развития половых органов и девственной плевы, сколько психологическим комплексом отрицательных установок на интимное сближение. Это связано с определенной невротической структурой личности девушки, крайне низким уровнем знаний супругов о психогигиенических особенностях половой жизни и анатомическом строении женских половых органов. Основной же причиной болевых ощущений чаще всего является травматизация малых половых губ, так как вследствие страха перед предстоящей болью при дефлорации, чрезмерной стыдливости половое возбуждение либо не возникает, либо не достигает достаточной степени выраженности, в результате чего малые половые губы прикрывают вход во влагалище, влагалище остается сухим и манипуляции мужчины в этой области вызывают болезненность. Необходимо учитывать, что постоянные половые фиаско не только серьезно сказываются на нервно-психическом состоянии девушки, но и могут приводить к функциональным расстройствам мужской потенции. Для предупреждения подобных нарушений важно проведение добрачных консультаций, во время которых супругов знакомят с анатомическим строением половых органов, особенностями полового чувства мужчин и женщин, дают некоторые психогигиенические рекомендации.

Расстройства полового влечения у женщин чаще прояв-

ляются его *снижением*, причины которого весьма разнообразны. Чрезмерно строгое воспитание, формирование у женщины неправильных представлений об интимной близости как о чем-то низменном, постыдном, отсутствие чувства любви и глубокой привязанности к мужу могут приводить к торможению полового влечения. Лечение подобного состояния должно заключаться в рациональной психотерапии, направленной на выявление врачом причины нарушения и устранение отмечающегося у большинства пациенток чувства «единственности, неповторимости, исключительности» их страдания. Иногда влечение может угасать избирательно к конкретному мужчине, чаще вследствие нарушения межличностных отношений с мужем (например, измена мужа, его пьянство).

При снижении половой возбудимости обязательно психотерапевтически опосредованно может применяться ряд средств (алоэ, пантокрин, элеутерококк, фосфрен и т. д.). Рекомендуются физиотерапевтические процедуры для гиперемии тазовых органов и повышения чувствительности их рецепторов, комплекс физических упражнений и др. Однако проводимое лечение будет эффективно только в случае большой психологической совместимости супругов, взаимного альтруизма и уверенности в успехе лечения.

Повышение полового влечения (нимфомания) встречается у женщин различного возраста и проявляется усилением влечения к близости и часто тягостным ощущением того, что окружающие догадываются об этом. Явления нимфомании могут быть следствием гормональноактивных опухолей и патологии диэнцефальной области, выражаться в виде манифестации эндогенных психических заболеваний (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз). Женщины с нимфоманией могут испытывать оргазм, но даже неоднократные половые акты желаемого облегчения не приносят. Таков же эффект и от мастурбаторных актов, носящих навязчивый характер. Изнуряющие эротические сновидения еще более усугубляют тягостное состояние женщины.

С наступлением климакса у женщин прекращается генеративная функция, что косвенно отражается на ее половой активности. У многих из них желание близости усиливается, что объясняется снятием страха перед нежелательной беременностью и большим сдвигом гормонального баланса в сторону андрогенов. Подобное повышение половой активности расценивается как нормальное физиологическое явление. Возникающие в этот период нейродистрофические процессы, вызывающие склерозирование стенок и сужение входа во влагалище, могут оказать негативное влияние на возможность продолжения половой жизни. Благотворное действие при этом оказывает применение искусственной смазки перед сношением, седативных препаратов (микстура Кватера, димедрол и др.), местноанестезирующих мазей (с новокаином, дикаином), физиотерапевти-

ческих процедур. Психотерапия является обязательным компонентом лечения данного состояния.

Вагинизмом называют синдром судорожного сокращения мышц влагалища и тазового дна, возникающего под влиянием психических факторов при попытке совершения полового акта или проведения гинекологического исследования. В ряде случаев происходит спазм аддукторов бедер и мышц брюшной стенки. Вагинизм встречается при неврастении, неврозе навязчивых состояний и истерии. Выделяют три степени выраженности вагинизма: I — реакция наступает при введении во влагалище мужского полового члена во время полового акта либо инструмента или пальца при обследовании; II — реакция наступает при прикосновении к половым органам или ожидании прикосновения к ним; III — реакция наступает при одном представлении о половом акте или гинекологическом исследовании. Лечение вагинизма требует от врача и пациентки большой настойчивости и терпения. Наилучший результат достигается применением комплексного метода, в основе которого лежит психотерапевтическое воздействие, включая гипносуггестию.

Под *аноргазмией* большинство авторов понимают отсутствие «разрядки» при половом акте. Аноргазмия является следствием половой холодности женщины (фригидность) либо дисгармонии половых отношений между супругами (дисгамия).

Фригидность наблюдается почти у 20 % женщин и делится на ретардационную, симптоматическую, психогенную и конституциональную.

Ретардационная фригидность носит временный характер и связана с некоторым запаздыванием (ретардацией) развития полового чувства. Способность к переживанию оргазма не у всех женщин развивается одинаково быстро и зависит от наследственности, типа конституции, полового воспитания, сексологических знаний, характера взаимоотношений между супругами и т. д. В ряде случаев женщины начинают ощущать чувство «разрядки» уже в первые недели, месяцы совместной жизни, хотя нередко впервые это чувство появляется спустя годы после замужества. Эта форма фригидности не требует специального лечения. Беседа с женщиной о различии психофизиологических реакций мужчины и женщины, снятие чувства «гиперактуализации» оргазма как обязательного условия семейного счастья, нацеленность женщины на возможность получения удовлетворения без оргазма часто дают положительный результат.

Одним из проявлений различных органических заболеваний спинного и головного мозга, эндокринных нарушений, хронических интоксикаций, патологии половой сферы может являться симптоматическая фригидность. Наиболее частыми причинами временного снижения полового влечения женщин считается умственное и физическое переутомление. После выявления причины фригидности лечение основного заболевания проводится у соответствующего специалиста (невропатолога, психиатра,

эндокринолога, терапевта и др.). Воспалительные процессы преддверия влагалища, матки и придатков, вызывающие ее болезненность при половом акте, подлежат лечению у врача-гинеколога.

В основе психогенной фригидности лежит торможение проявлений сексуальности психическими факторами. Брак с нелюбимым человеком, грубость при дефлорации, страх беременности, несоответствие мужа воображаемому идеалу, тормозящее влияние внешних факторов (скрип кровати, пребывание в одной комнате с детьми, родителями) и другие причины могут вызвать эту форму фригидности. Основным методом лечения — психотерапия.

В основе конституциональной фригидности лежит врожденная недостаточность сексуальной функции. Обычно женщины с подобным нарушением не страдают от отсутствия оргазма, потребность в половой жизни у них значительно снижена либо вовсе отсутствует. Поводом для обращения к врачу являются либо претензии мужа на холодность жены, либо желание «чувствовать то, что чувствуют все женщины». Половая жизнь у таких женщин протекает без внутреннего побуждения, в основном из чувства супружеского долга и во избежание конфликтов с мужем.

Более частой и прогностически более благоприятной формой аноргазмии является *дисгамия*, обусловленная несоответствием полового темперамента, недостаточной потенцией мужа, неодинаковой степенью исходного полового возбуждения мужчины и женщины к началу половой близости, неудачными способами контрацепции. При дисгамии мужчина и женщина полноценны в сексуальном отношении, но не нашли адекватного взаимоприемлемого способа полового общения. Дисгамия больше беспокоит женщину и в физическом плане, так как, будучи сексуально полноценной, она проходит только первые две фазы копулятивного цикла (фазу возбуждения и «плато»), что оставляет ее неудовлетворенной, в тягостном состоянии фрустрации.

Одной из причин дисгамии может служить недостаточная потенция мужа, чаще в форме ускоренного семяизвержения. Длительность фрикционной стадии копулятивного цикла сексологически здоровых мужчин составляет 2—3 мин. В то же время этот временной показатель различен даже для конкретного мужчины и зависит от ритма половой жизни, длительности периода предварительных ласк, перенесенных заболеваний и т. д. Если женщина, вследствие постоянного ускоренного семяизвержения у мужа, остается в состоянии полового неудовлетворения, это создает почву для развития семейных конфликтов и аноргазмии. Возможно, в связи с этим абсолютное большинство мужчин и все большее число женщин акцент при интимной близости делают на длительность коитуса. В то же время современная сексопатология совершенно очевидно доказывает неизмеримо большее значение для возникновения оргазма

у женщин качественной стороны полового акта над количественной.

Эта форма дисгамии ликвидируется обучением супругов адекватным формам полового сближения и лечением (при необходимости) мужа у врача-сексопатолога. Если супруги не обладают достаточным уровнем необходимых знаний и навыков, к началу половой близости еще более проявляется неодинаковая степень сексуального возбуждения мужчины и женщины. Поспешность мужа, не учитывающего важности периода предварительных ласк для нарастания полового возбуждения женщины и начинающего коитус сразу после возникновения эрекции близости члена, приводит к тому, что к моменту завершения данной формы дисгамии достигается психогигиенической коррекцией поведения супругов.

Выбор правильного и удобного способа контрацепции является злободневным для многих семей. Одним из наиболее распространенных следует признать так называемый прерванный половой акт, когда эякуляция у мужчины происходит вне половых путей женщины. Длительное применение такого способа контрацепции может стать небезразличным для здоровья обоих супругов. Женщина обычно ощущает момент приближения оргазма у мужчины и отвечает на это усилением возбуждения, а прерванный половой акт приводит к тому, что женщина остается неудовлетворенной, в состоянии фрустрации. Кроме этого, нередко у обоих супругов прерванный половой акт вызывает возникновение застойных явлений в органах малого таза, что может давать клинику асептического воспаления.

Профилактика сексуальных нарушений должна носить системный и комплексный характер. Основными ее разделами являются половое воспитание и половое просвещение.

Половое воспитание, как и воспитание вообще, не сводится к проведению различного рода кампаний по поводу какого-либо эксцесса (как это нередко еще имеет место) или мероприятий типа цикла лекций и бесед, а представляет собой процесс целенаправленного и систематического воздействия на личность.

Половое воспитание начинается в семье, затем в этот процесс включаются детские и молодежные организации, школа, средства массовой информации и в конечном итоге любой взрослый человек, в той или иной мере влияющий (положительно или отрицательно) на формирование личности будущего мужчины или женщины. Главная же задача медицинских работников, знакомых с вопросами психогигиены пола, заключается в консультации воспитателей: подготовке родителей, педагогов, других специалистов и работников детских учреждений и организаций в области медико-гигиенических вопросов полового воспитания.

В то же время значительно возрастает роль врача в половом

просвещении. Недостаточность, а иногда и отсутствие подготовки к супружеской жизни молодоженов в значительной степени обуславливает возможность возникновения сексуальных нарушений. Поэтому перед вступлением в брак молодые люди должны получить необходимые знания, затрагивающие интимные стороны супружеской жизни. В этой связи хорошо зарекомендовали себя добрачные консультации, которые могут осуществляться и акушерами-гинекологами.

При проведении лекций и бесед, направленных на предупреждение сексуальных нарушений в семье, необходимо составлять аудиторию из представителей одного пола, однородных в социальном и возрастном отношении, излагать материал лекции доступным и понятным языком, вооружая слушателя специальной терминологией в вопросах пола в противовес бытующей вульгаризации в выражениях.

Первым врачом, кому женщина поверяет свои переживания, связанные с характером интимных отношений, является врач-гинеколог. И от степени подготовленности врача, от уровня его знаний, от желания понять и правильно оценить состояние женщины в значительной мере зависят ее счастье и благополучие.

Медико-генетическая консультация в акушерстве и гинекологии

Научные достижения в области медицинской генетики и совершенствование методов исследований способствовали созданию в нашей стране особой службы — медико-генетических консультаций или кабинетов, основные задачи которых — помощь врачам-клиницистам в диагностике наследственных болезней и рекомендации семье в отношении дальнейшего потомства.

Существует два типа генетических консультаций: общего профиля, дающие рекомендации по широкому кругу вопросов, связанных с наследственными заболеваниями, и специализированные, занимающиеся какой-либо одной областью генетической патологии.

Смысл медико-генетической консультации по поводу прогноза потомства состоит в том, что семья принимает решение о дальнейшем деторождении не вслепую, а имея четкое представление о величине риска. В этих случаях как отказ от деторождения при высоком риске, так и решение рожать ребенка при низком риске могут быть оценены как эффективность медико-генетического консультирования.

В настоящее время медико-генетические консультации общего типа имеются практически во всех республиках. Рекомендовать семье проконсультироваться в медико-генетическом кабинете может любой акушер-гинеколог без предварительного согласования. Направление в генетическую консультацию Института акушерства и гинекологии МЗ СССР осуществляют республикан-

ские и крупные областные и городские кабинеты медицинской генетики.

Основные показания для обследования в кабинете генетики следующие.

Врожденные нарушения полового развития. В ряде случаев первичная аменорея, особенно в сочетании с низкорослостью и гипоплазией гениталий, может быть проявлением синдрома Шерешевского — Тернера. Диагноз заболевания нуждается в цитогенетическом подтверждении еще и потому, что наряду с обычным кариотипом 45,X при синдроме Шерешевского — Тернера встречаются и случаи мозаицизма — 45,X/46,Xi (gX); 45,X/46,XX; 45,X/46,X, r(X); 45,X/47,XXX; 45,X/46,X, t(X; X). Наличие мозаицизма, особенно с нормальным клоном, позволяет надеяться на успех терапевтических мероприятий, причем не только на восстановление менструального цикла, но и на способность к деторождению. Поэтому все больные с предполагаемым синдромом Шерешевского — Тернера обязательно должны обследоваться в кабинете генетики.

Первичная аменорея при среднем (или высоком) росте может быть проявлением тестикулярной феминизации — заболевания, при котором у больных с женскими вторичными признаками обнаруживается мужской кариотип — 46,XY.

Наконец, встречаются случаи неправильного строения половых органов, когда при обычном обследовании нельзя установить генетический пол больного.

Таким образом, первым показанием для направления в кабинет генетики являются врожденные нарушения полового развития (двойственные гениталии, первичная, а иногда и вторичная аменорея). Функции кабинетов генетики при врожденных нарушениях полового развития сводятся к установлению точного диагноза, а дальнейшее лечение больных и наблюдение за ними осуществляется эндокринологами (обычно гинекологами-эндокринологами).

Привычные выкидыши. Не менее 50 % всех самопроизвольных выкидышей ранних сроков связано с хромосомными нарушениями у абортуса (продукт аборта). Иногда патология у абортуса обусловлена изменением хромосом одного из супругов. Показанием для направления семьи в кабинет генетики является наличие у женщины двух или более самопроизвольных выкидышей раннего срока (до 12 нед беременности). В этих случаях заключение может быть сделано только после обследования мужа и жены. У женщин, имевших только один выкидыш, или один выкидыш раннего и один выкидыш позднего срока, или же два и более выкидыша позднего срока, вероятность обнаружения наследственной патологии, с которой можно связать прерывание беременности, невелика.

Обследование необходимо как семьям, где у женщины были только выкидыши, так и семьям, где наряду с двумя или более выкидышами были роды, независимо от их исхода.

При направлении супругов в кабинет генетики по поводу привычных выкидышей ранних сроков предварительных анализов не требуется. Женщины направляются для обследования до наступления беременности и в сроке до 14 нед беременности, генетические отклонения, выявленные после этого срока, не смогут повлиять на тактику ведения беременности.

Врожденные пороки развития (ВПР) — наиболее частая причина обращения семей в кабинеты медицинской генетики. Такие семьи направляются либо педиатрами (обычно если ребенок жив), либо акушерами-гинекологами (чаще, если ребенок с ВПР родился мертвым или умер вскоре после рождения). Значительно реже консультируются супруги, у одного из которых есть какие-либо ВПР (например, расщелина неба), по вопросу, может ли передаться этот дефект потомству. Наконец, очень редко обращаются здоровые супруги, если ВПР отмечались у родственников кого-либо из них.

Генетическое обследование по поводу ВПР проводится у женщин до беременности или не позднее 14 нед беременности, поэтому целесообразно предложить семье обследоваться у генетиков либо после рождения ребенка с ВПР (обычно при явке женщины в консультацию для получения послеродового отпуска), либо при первом посещении беременной женской консультации.

В случае, когда консультация обусловлена рождением ребенка с ВПР, семья должна посетить медико-генетический кабинет вместе с больным ребенком; если он умер, необходима копия протокола вскрытия. Генетическая консультация немыслима без точного диагноза, поэтому следует настаивать на вскрытии умершего (мертворожденного) с врожденными пороками во всех случаях. Если вскрытие не производилось (смерть на дому, плод массой меньше 1000 г), нужно подробно описать все видимые у ребенка дефекты, в том числе и не имеющие значения для течения заболевания (например, высокое небо, деформация ушных раковин и др.). В случае подозрения на наличие ВПР или другой наследственной патологии целесообразно патолого-анатомическое исследование и плодов массой меньше 1000 г. Направлять в консультацию лучше обоих супругов, а при множественных ВПР (пороки не менее чем в двух системах органов) у ребенка (плода) обследование обоих супругов обязательно.

Перед направлением в лабораторию генетики желательно обследовать женщину для выявления хронических инфекций. Комплекс дополнительных исследований решается индивидуально в каждом конкретном случае и оговаривается в заключении генетика.

В случае консультации по поводу ВПР у одного из супругов обследование второго в генетическом кабинете необязательно.

Если консультация связана с ВПР у кого-либо из родственников, необходимо иметь по возможности точные данные о ха-

рактуре пороков у пораженного члена семьи (или, если возможно, приехать вместе с ним).

Кровнородственные браки. При вступлении в брак кровных родственников вероятность рождения детей с наследственной патологией повышается. Величина риска зависит как от степени близости родства, так и от конкретной генетической ситуации в семье. Всем супругам, состоящим в кровном родстве, и родственникам, собирающимся вступить в брак друг с другом, целесообразно рекомендовать проконсультироваться у генетиков. В этом случае достаточно посетить консультацию лишь одному из супругов.

Тератогенные (мутагенные) воздействия. Сравнительно часто к врачу женской консультации обращаются беременные женщины, обеспокоенные тем, что они во время данной беременности (либо непосредственно перед ней) подвергались каким-либо воздействиям вредных факторов внешней среды, с вопросом, не отразятся ли эти вредности на состоянии плода. К таким факторам относятся рентгеновские исследования, физиотерапевтические процедуры (например, УВЧ), вирусные инфекции, прием тех или иных медикаментов, реже предшествующее лечение радиоактивными изотопами или рентгенотерапия. В ряде случаев женщина ставит вопрос о прерывании беременности, причем иногда в позднем сроке. Чтобы оценить, насколько оправданы эти опасения, целесообразно проконсультироваться в генетическом кабинете, где будет определен риск и принято решение о тактике ведения беременности. В таких случаях женщина направляется на консультацию без мужа. В направлении необходимо отметить, каким воздействиям и в какие сроки (по отношению к беременности с точностью до недель) подвергалась женщина, (указать названия и дозы принимаемых медикаментов).

Наследственные болезни в семье. Генетическая консультация показана и в тех случаях, когда кто-либо из супругов или родственников страдает наследственным заболеванием. На консультацию обычно направляет специалист, у которого наблюдается больной, однако это может сделать и акушер-гинеколог. Для консультации необходимо заключение специалиста, к сфере деятельности которого относится данное заболевание. Медико-генетическую консультацию в этом случае посещает один из супругов, страдающий наследственным заболеванием.

Хотя в настоящее время акушеры-гинекологи еще не полностью охватывают семьи, нуждающиеся в медико-генетической консультации, можно отметить и ошибочные направления. К ним относятся рекомендации посетить консультацию женщинам, имевшим лишь один выкидыш или мертворождение (без пороков у плода), выкидыши позднего срока (эта патология крайне редко детерминирована генетически), внематочную беременность. Форма направления в генетический кабинет может быть произвольной, но в ней должно быть отражено, по какой причине и с какой целью проводится консультация.

В каждом случае, связанном с прогнозом потомства, на семью заводится генетическая карта, где помимо паспортных данных фиксируются состояние здоровья и характер профессиональной деятельности супругов, состояние менструальной функции женщины, течение и исходы предыдущих беременностей. В необходимых случаях проводится объективное обследование супругов; составляется родословная, охватывающая не менее 3—4 поколений. Выясняется, не было ли у родственников детей с наследственными заболеваниями, пороками развития, олигофренией, мертворождений, ранней детской смертности, спонтанных абортов, бесплодия. Важное значение имеет факт кровнородственного брака, в связи с чем у женщины выясняются добрачная фамилия и место рождения. Если супруги являются выходцами из одной или соседних деревень, при прочих равных условиях это может свидетельствовать в пользу возможного рецессивно-наследуемого заболевания.

При консультировании по поводу ВПР или другой наследственной патологии у ребенка необходимо его обследование. В случаях смерти ребенка изучается медицинская документация, что значительно усложняет оценку риска, особенно если не проводилось патологоанатомическое исследование.

Непосредственные лабораторные обследования в генетической консультации включают цитогенетические (анализ полового хроматина и кариотипа), дерматоглифические (изучение кожного рисунка пальцев, ладоней и подошв) и биохимические (установление гетерозиготного носительства того или иного мутанта) исследования. Необходимость проведения анализов и их спектр определяются конкретной генетической ситуацией.

Генетическое заключение, выдаваемое обратившимся в консультацию, может быть основано на анализе родословной, результатах цитогенетического исследования, данных об эмпирическом риске.

Риск на основании родословных устанавливается при моногенных заболеваниях, цитогенетические исследования являются основными для определения хромосомных патологий, наконец, определение риска при мультифакториальных болезнях с полигенным наследственным компонентом основано на применении эмпирических данных. Хотя иногда определение риска оказывается весьма несложным, в каждом конкретном случае следует четко представлять, к какой группе относится отмечаемая патология, и учитывать все дополнительные факторы, влияющие на величину риска. Именно поэтому акушеру-гинекологу женской консультации не следует самому принимать решение о риске наследственной патологии и давать совет женщине (семье).

Наряду с женщинами (супругами), имеющими абсолютные показания для консультации в кабинете генетики (рождение детей с ВПР, привычные выкидыши, кровнородственный брак), существует группа женщин, которые подлежат консультации в кабинете генетики по относительным показаниям.

Таблица 7. Оценка факторов риска, осложняющих течение беременности

Отягощающие факторы	Частота в группе женщин, родивших детей с ВПР, %	Частота в группе женщин, родивших здоровых детей, %	Соотношение частот	Балл
Возраст 36—40 лет	13,2	5,4	2,4	2
« свыше 40 лет	7,3	1,7	4,4	4
Компенсированные ревматические пороки сердца	3,8	2,1	1,8	2
Воспалительные заболевания матки и придатков, миома матки, киста яичников	8,5	5,1	1,6	2
Спонтанный аборт	39,2	22,7	1,7	2
				За каждый
Рождение ребенка с пороками	3,2	0,8	4,0	4
Кровнородственный брак	0,6	0,2	2,8	3
Угроза прерывания в сроки до 10 нед	12,7	9,0	1,4	1
Множественная угроза, начавшаяся до 10 нед	7,1	2,1	3,4	3
Недонашивание до 35 нед	14,8	3,5	4,2	4
Недонашивание в 36—37 нед	13,2	6,3	2,1	2
Перенашивание	5,6	3,0	1,8	2
Многоводие	12,5	1,8	6,6	7
Маловодие	0,7	0,2	3,4	3
Тазовое предлежание	12,4	3,7	3,3	3

Ряд факторов (возраст женщины выше 36 лет, ревматические пороки сердца, воспаление придатков матки, миома, наличие в анамнезе спонтанных аборт) встречаются у женщин, родивших детей с ВПР, достоверно чаще, чем у матерей здоровых детей. Следовательно, наличие любого из этих факторов либо их комплекса позволяет отнести такую женщину в группу с повышенным риском рождения ребенка с ВПР. Ряд факторов риска выявляются во время беременности. К их числу относятся угроза прерывания, начавшаяся до 10 нед, недонашивание или перенашивание, мало- или многоводие, тазовое предлежание. Факторы оцениваются в баллах в зависимости от частоты встречаемости их в группе женщин, родивших детей с ВПР, и в контроле. Оценка каждого из факторов риска приведена в табл. 7.

Все баллы, набранные женщиной к моменту обследования, суммируются, и сумма баллов используется как обобщенный показатель риска. Оценка факторов риска производится дважды: к 10-й нед беременности, когда решается вопрос о ее сохранении, и к родам, когда вырабатывается тактика их ведения. При оценке степени риска в 7 и более баллов вероятность рождения ребенка с пороками развития составляет 13—15 %, и всех женщин с таким высоким комплексом отягощающих факторов следует

направить на консультацию к генетику. Оценку в 7 баллов и выше имеют 20 % женщин, родивших детей с ВПР, и лишь 2 % женщин, родивших нормальных детей.

Ни один из факторов риска сам по себе не может служить основанием для направления в генетическую консультацию, однако их комплексный учет позволяет рекомендовать обследование. После консультации с генетиком решается вопрос о необходимости дополнительных обследований и тактике ведения данной беременности.

В последнее время в акушерскую практику внедряется пренатальная (дородовая) диагностика наследственных болезней и ВПР, представляющая собой систему мер, принципиально отличающуюся от медико-генетического консультирования в привычном понимании термина. Вместо сообщения о возможном риске семье указывают на наличие или отсутствие заболевания.

Существующие методы пренатальной диагностики делятся на физические, химические и биологические. К физическим методам относятся рентгенологическое или ультразвуковое исследование плода, с помощью которых диагностируются ВПР, сопровождающиеся грубой деформацией плода (анэнцефалия, гидроцефалия, некоторые формы спинномозговых грыж, отсутствие одной или нескольких конечностей, системные нарушения скелета типа ахондрогенеза или летальной карликовости). Есть данные, что ультразвуковое исследование может применяться в антенатальной диагностике агенезии или поликистоза почек. К этой же группе относится фетоскопия (непосредственный осмотр плода) и исследования с применением рентгеноконтрастных веществ, позволяющие устанавливать атрезии пищевода, кишечника, желчного пузыря, мочеточников или уретры. Фетоскопия опасна для плода и проводится обычно при многоводии. С помощью физических методов пороки развития у плода распознаются поздно (обычно не ранее 23—24 нед беременности), что является основным недостатком этой группы методов. К тому же риск повторения для большинства ВПР, диагностируемых таким образом, весьма мал (за исключением, пожалуй, ахондрогенеза и инфантильного поликистоза почек), а некоторые из пороков более надежно диагностируются с помощью химических методов.

Наиболее распространенный из химических методов — определение уровня α -фетопротеина. При беременности плодом с анэнцефалией, открытой черепно- или спинномозговой грыжей содержание его в амниотической жидкости на 16-й нед беременности возрастает в сотни и даже тысячи раз. Определение уровня α -фетопротеина в околоплодных водах является надежным тестом дородовой диагностики этих ВПР. Метод практически не дает ложно-положительных ответов, а ложно-отрицательные могут быть получены лишь при закрытой спинномозговой грыже. В каждом случае, где по уровню α -фетопротеина

предполагается порок развития нервной трубки, в качестве дополнительного теста проводится ультразвуковое сканирование. При подтверждении анэнцефалии или спинномозговой грыжи беременность прерывается.

Чаще всего используются биологические методы пренатальной диагностики, общей чертой которых является определение тех или иных компонентов (хромосомного набора, ряда биохимических параметров и т. д.) в клетках плода.

Все исследования основаны на изучении культур клеток амниотической жидкости, которые по генетическому составу идентичны клеткам плода. В сроке 15—16 нед с целью получения околоплодных вод проводится амниоцентез. Чтобы избежать отслойки плаценты, предварительно определяют ее локализацию с помощью ультразвукового исследования. Амниоцентез может выполняться как трансвагинально, так и трансабдоминально, последний метод предпочтительнее. Желательно, чтобы жидкость была прозрачной, так как примесь крови уменьшает возможность успешного культивирования клеток. Для исследования необходимо 15—30 мл амниотической жидкости. В таком объеме содержится достаточное количество клеток, чтобы обеспечить рост культуры. Проводить амниоцентез в более ранние сроки не следует, так как объем жидкости, который можно получить в этом случае, недостаточен. Амниоцентез после 18—19 нед неудобен тем, что в околоплодных водах резко увеличивается количество клеток, не способных к росту. Если первая попытка культивирования в сроке 15—16 нед оказывается неудачной, то в 17—18 нед можно повторить взятие амниотической жидкости. В лабораториях, где метод отработан, успешное культивирование достигается в 90—95 % случаев.

Процедура амниоцентеза для женщины не опасна, но иногда может привести к выкидышу.

После того как амниотическая жидкость получена, ее центрифугируют и клетки осадка культивируют по принятым методикам. Дальнейшее изучение их идет в двух направлениях: определение кариотипа плода и биохимических компонентов.

С помощью пренатальной диагностики можно распознать все формы хромосомной патологии у плода. В случае выявления той или иной хромосомной болезни беременность прерывается, если же у плода нормальный набор хромосом (или плод — сбалансированный носитель перестройки), беременность сохраняют. Одновременно определяется и пол ребенка, т. е. цитогенетические исследования позволяют выявить и плодов мужского пола, у которых возможно развитие X-сцепленных заболеваний или пороков развития (гемофилия, миопатия Дюшенна, синдром Гольца и т. д.). Если женщина-носительница беременна плодом мужского пола, вероятность развития у него заболевания, вызываемого X-сцепленным рецессивным геном, составляет 50 %. В таком случае предпочтительнее не рисковать и прервать беременность. Если же плод женского пола, ребенок заведомо не

будет страдать данным заболеванием, и беременность сохраняют.

Таким образом, с помощью пренатального определения хромосомного набора плода можно распознать большую группу патологических состояний и предотвратить рождение детей с этими заболеваниями.

Исследуя культуры клеток амниотической жидкости, можно диагностировать также около 100 врожденных дефектов обмена веществ, в том числе мукополисахаридозы, гликогенозы, муколипидозы и др.

Таким образом, система пренатальной диагностики представляет собой комплекс мероприятий, направленных на оказание помощи семье, опасющейся иметь ребенка с некоторыми формами наследственных болезней или ВПР. Выбор метода, характера и срока исследований принадлежит врачу-генетику.

Далеко не все пороки развития могут быть распознаны антенатально. Нет, скажем, методов дородовой диагностики расщелины губы и неба, анофтальма или косолапости. Однако перечень заболеваний, при которых возможна дородовая диагностика, с каждым годом расширяется.

Таким образом, каждая нуждающаяся в консультации семья должна быть направлена к врачу-генетику, который на основании данных о величине риска и возможностях пренатальной диагностики даст семье определенную генетическую рекомендацию

ФИЗИОТЕРАПИЯ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

Современная физиотерапия располагает широким набором естественных и преформированных физических факторов, которые обладают многообразным физиологическим и лечебным действием, влияют на различные звенья патогенеза заболевания, оказывая противовоспалительное, рассасывающее, бактериостатическое и дегидратирующее действие. При назначении физиотерапевтических процедур учитываются индивидуальные особенности и реактивность организма, характер нарушений органов и систем, степень аллергизации. Для обоснования показаний к рациональному использованию физических факторов в общем лечебном комплексе важное значение имеет определение степени тяжести и характера течения болезни, ее активности и наличия сопутствующих заболеваний. Физиотерапия, как правило, включается в общий лечебный комплекс наряду с медикаментозной терапией, рациональным режимом и питанием.

При острых заболеваниях физиотерапевтические процедуры через гуморальные механизмы и центральную нервную систему способствуют стиханию явлений токсикоза, усилению защитных сил организма, уменьшению аллергических реакций и ликвидации патологического процесса в более короткое время.

Физиотерапевтические мероприятия при хронических болезненных процессах назначаются более интенсивно и направлены на ликвидацию остаточных патологических явлений и нормализацию уже существенно нарушенных функций различных органов и систем. Для реабилитации целесообразно широко использовать санаторно-курортные факторы.

При этапном лечении важное значение имеет комплексное применение ряда физических факторов, способствующих повышению саногенетических механизмов и рациональной перестройке организма.

В процессе лечения гинекологических больных физическими факторами необходимо учитывать следующие рекомендации. Для профилактики беременности следует проводить тщательную контрацепцию. Прерывание половых сношений с этой целью недопустимо, так как приводит к нарушению крово- и лимфообращения в малом тазу. С целью предупреждения внематочной беременности при ряде воспалительных заболеваний контрацепция должна проводиться до излечения.

Во время менструаций физиотерапевтические процедуры прекращать не следует, целесообразно лишь уменьшить дозу физического раздражителя, а интравлагалищные процедуры заменить накожными.

Метод физиотерапии выбирается с учетом этиопатогенеза, клинических проявлений болезни, индивидуальных особенностей и состояния организма. При лечении строго учитываются непосредственные и отдаленные реакции больных на физиолечение (активация процесса, положительные результаты физиолечения, функции других органов и систем).

Физиотерапевты, как и акушеры-гинекологи, должны быть постоянно насторожены в отношении онкологических заболеваний, особенно при органических изменениях половых органов.

Часто применяются несколько физических факторов, как правило, в сочетании с другими методами лечения. Очень важно соблюдать последовательность и поэтапность как всех видов терапии, так и разных физических факторов, поскольку проведение физиотерапии повышает чувствительность организма женщины ко всякого рода воздействиям (биостимуляторы, гормонотерапия и т. д.).

В течение физиотерапевтического лечения обязателен постоянный врачебный контроль.

Краткая характеристика физических факторов

Электролечение представляет собой самый обширный раздел физиотерапии по количеству применяемых факторов и методик проведения процедур. Оно включает использование с лечебной и профилактической целью разных видов тока и магнитных полей.

Постоянный ток характеризуется перемещением электрических зарядов только в одном направлении. Если такой ток не меняет своей величины (силы), его называют гальваническим, при периодической перемене ее — пульсирующим. Периодически прерывающийся электрический ток называется импульсным; периодически меняющий свое направление на обратное — переменным (синусоидальным). Для лечебных целей используют полусинусоидальные импульсы. Переменный ток, амплитуда которого меняется с определенной закономерностью, называется синусоидальным модулированным по амплитуде. Примером переменного тока является ток промышленно-осветительной сети (50 Гц — частота 50 периодов в секунду).

Для лечебных и диагностических целей из низкочастотных чаще применяются токи с частотой до 100 Гц, из токов средних звуковых частот — интерференционные и синусоидальные модулированные с частотой 4—5 кГц и из области высоких частот — токи д'Арсонваля (150—300 кГц).

Электрические заряды в покое образуют вокруг себя в пространстве электрическое поле, влияющее на другие электрические заряды (например, на заряженные частицы нашего тела — ионы). Если заряды на пластинах не меняются, электрическое поле будет постоянным (при франклинизации), при изменении полярности на пластинах — переменным (при УВЧ). Электрические же заряды в движении создают магнитное поле, действующее только на магнитные заряды. Постоянный ток образует постоянное магнитное поле, переменный — магнитное поле с изменением направления. Магнитное поле при движении и пересечении проводника наводит в нем электрический ток, так называемый наведенный, или индуцированный (явление электромагнитной индукции). Наведенные токи в незамкнутых проводниках (в том числе и в тканях организма) имеют вихреобразный характер и сопровождаются значительным теплообразованием, что используется с лечебной целью при индуктотермии. Магнитное и электрическое поля взаимосвязаны между собой, и правильнее говорить об электромагнитном поле, в практике же в зависимости от преобладания одного из них выделяют магнитное или электрическое поле.

Методы электролечения различаются по величине напряжения и частоте колебаний тока или поля. В зависимости от напряжения различают токи или поля низкого и высокого напряжения и от частоты колебаний — токи или поля низкой, высокой, ультравысокой и сверхвысокой частот.

Светолечение. Под светолечением понимается применение с лечебной целью инфракрасных, видимых и ультрафиолетовых (УФ) лучей. Видимый свет — это электромагнитные колебания с очень малой длиной волны (от 760 до 390 нм). Большую длину волны имеют инфракрасные (невидимые) лучи, а более короткую — УФ (невидимые), разделяющиеся на зоны А, В, С.

В зависимости от длины волны и свойств тканей инфракрас-

ные лучи проникают на глубину до 3 см, вызывая образование тепла, которое способствует усилению тканевого обмена, фагоцитарной активности лейкоцитов, потоотделению. Повышение обмена веществ, улучшение крово- и лимфообращения содействуют обратному развитию воспалительных процессов. Видимые лучи проникают на меньшую глубину, они могут не только оказывать тепловой эффект, но и влиять на перемещение электронов с одной орбиты на другую, тем самым повышая способность веществ вступать в химические реакции. Применение инфракрасных и видимых лучей основано преимущественно на их тепловом действии.

Кванты ультрафиолетовых лучей обладают наибольшей энергией. Под их влиянием ускоряется движение электронов по орбитам, атомы приходят в возбужденное состояние, выделяется тепло, повышается химическая активность, усиливаются окислительно-восстановительные процессы. Несмотря на то что УФ-лучи проникают в кожу на глубину до 0,6 мм, они обладают выраженным химическим действием. Под влиянием УФ-лучей в клетках выделяются гистаминоподобные вещества, простагландины, обладающие большой биологической активностью и оказывающие большое влияние на состояние кровообращения, питание тканей. Количество этих веществ постоянно увеличивается, что приводит к усилению кровотока, повышению проницаемости капилляров и клеточных мембран, изменению водного обмена и гидрофильности коллоидов, соотношений между катионами и анионами, между ионами К и Са (увеличение ионов К и выход из кожи в кровь Са).

Ультрафиолетовое облучение способствует выработке витамина D, тем самым активизирует функцию фермента фосфатазы и усвоение тканями фосфора и кальция. УФ-лучи стимулируют кроветворение при различных заболеваниях и вторичных анемиях, функцию щитовидной железы и надпочечников. Важное значение для лечебной практики имеет их выраженное десенсибилизирующее действие, которое обусловлено накоплением при облучениях эритемными дозами большого количества продуктов белкового распада и поступлением их в кровь, а также изменением функционального состояния нервной системы и реактивности организма в целом. УФ-лучи оказывают и бактерицидное действие, непосредственно влияя на микроорганизмы, в протоплазме и клеточном ядре которых происходят необратимые некробиотические изменения.

Водолечение (гидротерапия) — воздействие воды на кожу и некоторые слизистые оболочки с лечебной и профилактической целью. Физиологические основы водолечения составляют термические, физические и химические влияния. Степень воздействия при этом зависит не только от его характера, но и от исходного состояния организма, возраста, тренированности, характера и выраженности воспалительного процесса.

Оценивая термическое воздействие, следует помнить, что

индифферентная температура — понятие относительное и условное. Так, вода с температурой 34—35° в обычных условиях будет индифферентной, при охлаждении организма — теплой, при повышенной температуре — прохладной; для ног она будет теплой, для спринцевания — прохладной и т. д. Принято считать водные процедуры холодными при температуре воды ниже 28°, прохладными — при 28—33°, теплыми — при 36—38° и горячими — при температуре выше 38°. Степень механического раздражения зависит от количества воды, скорости ее движения (обливания, души) и характера растирания во время или после водных процедур. Химическое действие обуславливается наличием в воде различных веществ (соль, горчица) и газов (углекислота, сероводород и др.). Приспосабливаясь к температурным изменениям внешней среды, организм включает компенсаторные механизмы физической и химической терморегуляции. При тепловых раздражениях решающая роль принадлежит физической регуляции, а при холодových воздействиях — химической, в основном за счет повышения процессов тканевого обмена. В целом воздействие водных процедур следует рассматривать как рефлекторный процесс, реализующийся через единый нейрогуморальный путь. На центр терморегуляции могут влиять и биологически активные вещества, образующиеся в коже, и инкреты эндокринных желез. Более отчетливая реакция организма на водолечебные процедуры проявляется со стороны сосудистой системы. В реакции сосудов кожи различают три фазы: вначале рефлекторное сужение их, затем активная гиперемия и, наконец, пассивная гиперемия при продолжительном воздействии. Это проявление сосудистой реакции в общем аналогично и для тепловых, и для холодových процедур. Разница заключается лишь в степени выраженности реакции. Даже при локальном воздействии реакция организма будет общей, хотя интенсивность ее по мере удаления от очага раздражения уменьшается.

При общих водолечебных процедурах увеличивается содержание гемоглобина и форменных элементов крови (в основном за счет выхода их из депо), изменяется свертываемость крови (повышается от тепловых процедур и снижается от холодových), состояние центральной нервной системы (понижается возбудимость при теплых процедурах и повышается при прохладных и кратковременных горячих), учащается и углубляется дыхание, активизируются окислительные процессы и обмен веществ.

Наиболее частыми водными процедурами в акушерско-гинекологической практике являются ванны, души, обертывания, компрессы, спринцевания, плавание, применение льда.

Грязе- и теплолечение наряду с водолечением занимает большое место в физиотерапии. К грязе- и теплолечебным средствам относятся: различные грязи, озокерит, парафин, торф, глина, песок, нафталан, которые оказывают термическое, химическое и механическое действие. По сравнению с водой они обладают

большой теплоемкостью и меньшей теплопроводностью, что обуславливает легкую переносимость их температурных воздействий.

Грязелечение. Наиболее широко применяются иловые грязи, реже сапропелевые и торфяные. Иловые грязи содержат большое количество солей, сернистого железа, неорганических и органических веществ, характеризуются малой водоемкостью. В составе сапропелевых грязей до 90—95 % воды, много веществ, включающих жидкие и твердые углеводороды, органические кислоты, сложные эфиры, спирты и смолы, большое количество микроорганизмов — продуцентов антибиотиков. Грязи вызывают гиперемия кожи, улучшают кровообращение, усиливают обменные процессы. Они обладают тепловым и в большей степени химическим действием. Элементы грязей (сероводород, гормоноподобные вещества, ионы кислот, аминные основания) раздражают хеморецепторы кожи и капилляров, а некоторые из них всасываются в кровь и лимфу и действуют на интерорецепторы. Механизм действия грязей сложен и полностью не изучен. Они оказывают влияние нейрогуморальным путем на состояние центральной нервной системы, процессы возбуждения и торможения в коре головного мозга, улучшают гомеостаз, стимулируют ферментативные и трофические функции, защитные и компенсаторные реакции организма. Грязевые процедуры благоприятно действуют на местный воспалительный процесс, вызывая улучшение кровообращения и способствуя рассасыванию выпотов и патологических продуктов, ускоряют регенеративные процессы. Важное значение имеют гипосенсибилизирующий и антибактериальный эффекты грязетерапии.

Парафинотерапия. Парафин как смесь высокомолекулярных углеводородов обладает большой теплоемкостью, низкой теплопроводностью и абсолютно не содержит воды, что делает его ценнейшим тепловым фактором, не лишенным и химического действия. Он действует на кожу, раздражая рецепторы, и улучшает кровообращение, усиливает фагоцитарные функции элементов соединительной ткани, увеличивает проницаемость клеток, активизирует регенеративные процессы.

Озокеритолечение. Озокерит — горный воск — содержит церезин, парафин, минеральные масла, нефтяные смолы, механические примеси и газы (метан, этан, бутан, этилен, пропилен, бутилен и др.). Он стимулирует продуктивные процессы в соединительной ткани, обладает выраженным противовоспалительным действием. Различные вещества, содержащиеся в озокерите, оказывают разносторонние влияния, из которых особенно важно ацетилхолиноподобное и эстрогенное. Благоприятное действие озокерита проявляется и по отношению к центральной нервной системе: нормализуются соотношения между симпатическим и парасимпатическим отделами, а также между корой головного мозга и подкоркой.

Для теплотечения широко применяют такие виды теплоно-

сителей, как *торф, глина, песок*. В ряде случаев даже эти простейшие виды терапии дают положительные результаты.

Вибротерапия характеризуется использованием с лечебной целью механических колебаний различной частоты. Выделяют инфразвуковые, вибрационные и ультразвуковые воздействия.

Инфразвуковые воздействия — применение механических колебаний с частотой до 20 Гц — могут быть общими и местными (на область живота, поясницы и других участков тела).

Вибрационный массаж заключается в воздействии механическими колебаниями с частотой в пределах 8—100 Гц. Он улучшает гемодинамику, возбудимость вегетативных ганглиев и передачу нервных импульсов, активизирует гормональную функцию яичников. Применяется местно на переднюю брюшную стенку, молочные железы, соски; в виде вибрационных ванн на брюшную стенку и пояснично-крестцовую область; как импульсный эндовагинальный вибрационный гидромассаж; гидротубация в прерывистом режиме; декомпрессионная гидротерапия в виде вибрационно-вакуумного массажа на брюшную стенку, влагалище или шейку матки.

Ультразвуковая терапия — использование механических колебаний в диапазоне частот 800 кГц — 3 МГц в непрерывном или импульсном режимах. В зоне ультразвуковых колебаний частицы тела воспринимают огромные переменные давления и ускорения, совершая колебательные движения и передавая их глубже расположенным участкам тела. Ультразвуковые колебания расширяют сосуды, повышают обменные процессы, оказывают отчетливое болеутоляющее, десенсибилизирующее и противовоспалительное действие, стимулируют функцию эндокринных органов.

Аэротерапия. Аэронами называются частицы атмосферного воздуха, несущие на себе отрицательный или положительный электрический заряд. Ионизирующими факторами являются солнечная радиация, космические лучи, электрические разряды, радиоактивные вещества земной коры и др. Аэроны влияют на организм рефлекторно. Под действием отрицательных ионов замедляется СОЭ, понижается свертываемость крови, увеличивается ее вязкость; положительные ионы вызывают обратные явления. Ионизация влияет на количество элементов крови, кислотность желудочного сока, трофические процессы.

Гидроаэроионотерапия основана на использовании положительных и отрицательных ионов из воды, образующихся в природных условиях вблизи рек, водопадов, у берегов морей, а также искусственным путем при распылении воды. Действие практически подобно аэроионотерапии.

Аэрозольтерапия (ингаляционная терапия) — лечение вдыханием распыленных в воздухе жидких или твердых лекарственных веществ.

Электроаэрозольтерапия — вдыхание распыленных наэлектризованных лекарственных веществ.

Климатолечение включает использование метеорологических факторов, особенностей климата данной местности и специальных климатических воздействий. Климат оказывает на организм человека многостороннее влияние, которое зависит от действия отдельных его компонентов и совокупности их через кожную поверхность, органы чувств и органы дыхания на высшую нервную деятельность. В основе климатолечения лежат перестройка нервной системы, улучшение ее регулирующих функций, совершенствование адаптационно-приспособительных и восстановительных механизмов, повышение неспецифической резистентности организма (иммунорегулирующие, терморегулирующие, трофические и другие функции).

Различают три основных вида климатолечения: аэротерапию (лечение воздухом), гелиотерапию (лечение солнцем) и талассотерапию (лечение морем). На организм, как правило, действует комплекс метеорологических факторов данной местности, которые следует дозировать, как и любые терапевтические процедуры. Режимы климатолечения строятся по принципу постепенного увеличения нагрузки — от щадящего к умеренному, затем до выраженного действия.

Каждый климат по-своему действует на организм человека. Характер его определяется влиянием ведущего климатического фактора (температура воздуха, влажность, атмосферное давление, напряжение солнечной радиации и др.) или же сочетания ряда факторов. Различают климат лесов умеренной зоны, степной, морских побережий (разных широт), горный и климат пустынь.

Климат лесов умеренной зоны имеют значительная часть территории СССР к югу от Ленинграда, на восток от Балтийского моря, Белоруссия, северная часть Украины, юго-восточная часть Сибири, Свердловская область. Он характеризуется средним количеством солнечных и дождливых дней, отсутствием сильных ветров. Энергия солнца, особенно летом, богата ультрафиолетовыми лучами. Погодные условия позволяют проводить лечение летом и зимой, не представляют больших затруднений для организма при акклиматизации. Рекомендуются преимущественно большим с различными функциональными нарушениями.

Степной климат характерен для юга европейской части СССР, юга Украины, Северного Кавказа, Северного Казахстана, Киргизии. Степной климат — континентальный: сухое, теплое, солнечное лето и довольно суровая зима, переносится легко, но предъявляет повышенные требования к работе сердца, легких, системе кровообращения. Это климат тренирующий, закаливающий.

Климат морских побережий — средиземноморский климат Южного берега Крыма и северо-западной части Кавказского побережья Черного моря — отличается умеренно жарким, сухим, солнечным летом и относительно мягкой зимой. В этих районах большая прямая и отраженная от моря солнечная радиа-

ция, высокая ионизация воздуха с преобладанием отрицательных аэроионов, чрезвычайно чистый воздух, низкая влажность и большая продолжительность солнечного сияния. Все это создает весьма благоприятные условия для организации всех форм климатотерапии по широкому показаниям.

Для западного побережья Крымского полуострова (район Евпатории) и Черноморского побережья Украины (Одесса, Херсон) характерно сочетание приморского и степного климата.

Приморский климат Прибалтики подобен климату зоны умеренных лесов: умеренно теплое лето с небольшими суточными колебаниями температуры и невысокой влажностью воздуха, мягкая зима.

Отличительными чертами горного климата являются: пониженное атмосферное давление, чистый воздух с повышенным содержанием озона, яркость солнечного сияния и обилие ультрафиолетовой радиации. С уменьшением барометрического давления снижается и парциальное давление кислорода. Особенности горного климата предъявляют большие требования ко всем адаптационным механизмам организма. По степени интенсивности указанных факторов различают низкогорный климат (высота 400—1000 м над уровнем моря — Нальчик, Кисловодск, Пятигорск, Ахтали, Железноводск, Трускавец), хорошо переносимый жителями равнин; среднегорный климат — Джермук, Теберда, Дилижан (Армения), Абастумани (Грузия), Шуша (Азербайджан) — с высотой над уровнем моря 1000—2000 м, предъявляющий более высокие требования к организму жителей равнинных районов; высокогорный климат (выше 2000 м над уровнем моря), рекомендуемый в лечебных целях лишь в особых случаях.

Климат пустынь (Прикаспийские и Приаральские низменности) характерен для равнинной части Среднеазиатских республик. Здесь очень жаркое, сухое лето, теплые весна и осень, исключительно сухой и теплый воздух с частыми сухими ветрами. В этих условиях в жаркое время года организм теряет большое количество воды путем испарения с поверхности тела. Климат пустынь благоприятен для больных с заболеваниями почек (Байрам-Али — Туркмения, Джалал-абад — Киргизия, Яны-Курган — Казахстан).

Каждый тип климата создает определенные условия для жизнедеятельности организма. Поэтому при рекомендациях климатических факторов и многих других методов физиотерапии в какой-то санаторно-курортной зоне для лечения или реабилитации следует учитывать не только характер заболевания и состояние организма, но и климатические условия постоянного места жительства больной.

Изменяемое воздушное давление. Изменение давления воздуха в сторону понижения или повышения достигается в определенных устройствах — барокамерах. Они могут быть предназначены для определенной части тела либо для всего орга-

низма. Процентное содержание кислорода может быть больше (гипербарический режим) или меньше (гипобарический режим) нормального уровня его в воздухе. Последнее явление в естественных условиях наблюдается в районах с горным климатом.

Изменение давления воздушной среды действует на характер дыхания, процессы обмена, периферическое кровообращение. С повышением уровня кислорода улучшается оксигенация крови и тканей, с его снижением повышаются функции дыхательного центра, углубляется внешнее и тканевое дыхание.

Криотерапия — метод лечения путем охлаждения или замораживания — широко используется во всех областях медицины, в том числе и в гинекологической практике (особенно локальная).

Гинекологический массаж — метод механического воздействия на мягкие ткани больной путем поглаживания, растирания, разминания и вибрации руками. Представляет собой ответственную лечебную процедуру и выполняется только врачом. Массаж способствует восстановлению подвижности тазовых органов, повышению мышечного тонуса матки и связочного аппарата, улучшению тазового лимфо- и кровообращения.

Применение физических факторов

Воспалительные заболевания. *Бартолинит.* В острой стадии проводятся: ультрафиолетовое облучение — 2—3 биодозы ежедневно, 6—7 процедур на курс; воздействие электрическим полем УВЧ — слаботепловая доза, по 10 мин ежедневно, 10 процедур; индуктотермия — слаботепловая доза, по 20 мин ежедневно, 10—15 процедур. В хронической стадии показаны все виды интенсивного теплового воздействия. Физиолечение ретенционных кист преддверия влагалища неэффективно.

Вульвит и вульвовагинит. Применяются короткие ультрафиолетовые лучи местно в сочетании с облучением миндалин, задней стенки глотки — 15—20 сеансов.

Зуд вульвы возникает обычно в пожилом возрасте как самостоятельное заболевание или как симптом ряда общих болезней (диабет, желтуха, аллергия). Показаны: ультразвук интенсивностью 0,4—0,6 Вт/см² по 6—10 мин, 8—10 процедур; дарсонвализация, методика контактная, по 10 мин, до 10 процедур; УФ-облучение — 0,5—1,0 биодоза, 5—6 процедур на курс.

Кольпит можно лечить физическими факторами после установления и ликвидации возбудителя. Применяются электрофорез пинка с помощью специальных влагалищных электродов (по 20 мин, до 20 процедур на курс), индуктотермия влагалищным индуктором (слаботепловое воздействие, по 20 мин, 20 процедур), местная дарсонвализация с использованием влагалищного электрода (слаботепловое воздействие, по 15—20 мин, 20 процедур).

Эндоцервицит. В острой стадии применяются КУФ-облучение с помощью тубус-локализатора (от 2 до 10 биодоз с постепенным повышением по 1 биодозе, ежедневно, на курс лечения 20 процедур) и микроволновая терапия контактным методом с использованием влагалищного излучателя (слаботепловая доза воздействия, по 10—15 мин, 15 процедур). При хроническом течении применяется электрофорез цинка. В цервикальный канал вводится специальный конусный цинковый электрод, а раздвоенный катод укладывается на лонное сочленение и крестец. Во влагалище вливается 1 % раствор сульфата цинка до погружения влагалищной части шейки матки. Сила тока до 10 мА, продолжительность процедуры до 10 мин, проводится 1 раз в нед, на курс лечения — 6—7 процедур.

При *эрозии шейки матки* физиотерапия назначается только после цито- или гистологического исследования. При истинных эрозиях показаны тампоны с активированным рыбьим жиром или облепиховым маслом, УФ- или КУФ-облучение с помощью тубус-локализатора (2 биодозы, 10 процедур), микроволновая электротерапия сантиметрового или дециметрового диапазонов (на курс — 10 процедур). При псевдоэрозиях в первой стадии заживления применяется электрофорез цинка (см. Эндоцервицит), облучение шейки матки КУФ-лучами (20 процедур), микроволновая терапия (20 процедур). Во второй стадии заживления для улучшения трофических процессов перед электрокоагуляцией или криотерапией применяются микроволны сантиметрового диапазона (на курс — 10 процедур).

Воспалительные заболевания матки, придатков, тазовой брюшины и клетчатки нетуберкулезной этиологии в остром периоде физическими факторами можно лечить весьма ограниченно. Когда процесс стабилизируется и не отмечается тенденции к генерализации, применяется ультрафиолетовое облучение с четырех полей: задней и передней поверхности верхней трети бедер, пояснично-крестцовой области до ягодичной складки и нижней части передней брюшной стенки до паховой складки. Широко рекомендуется криотерапия (применение льда).

При подостром течении воспалительных процессов с оттоком гноя кроме УФ-терапии показаны микроволны дециметрового диапазона, переменное магнитное поле низкой частоты, а также электрическое поле УВЧ (при благоприятной общей и местной реакции после наружного применения возможно и внутривлагалищное). В подострой стадии заболевания, особенно при сочетании его с эндометриозом или миомой матки, используется электрофорез лекарственных веществ (магний, цинк, кальций и др.).

В хронической стадии при воспалительных заболеваниях с преобладанием экссудации (обострения) предпочтительнее назначать магнитное поле УВЧ, индуктотермию, микроволновую терапию, переменное магнитное поле низкой частоты.

Магнитное поле УВЧ применяется методом накожных воздействий (дозировка — ощущение слабого тепла, ежедневно по 20 мин, на курс — 10—15 процедур).

Показана индуктотермия вначале накожным методом, затем при положительных реакциях организма — внутривлагалищно. Первые 5—6 процедур по 20 мин проводятся с одним индуктором, помещенным выше лонного сочленения, последующие — с двумя (один внизу живота, второй — в области крестца), затем переходят к внутривлагалищным процедурам с помощью специального индуктора, наконец, используется два индуктора, один из которых вводится во влагалище, а второй помещается на крестце или внизу живота. Всего проводится 15—20 процедур по 20 мин ежедневно, дозировка — ощущение слабого тепла. Выраженная реакция организма обычно отмечается после проведения внутривлагалищных процедур.

Микроволновая терапия применяется в форме наружных (дистанционно и контактно) воздействий или с использованием внутривлагалищных излучателей (вагинально или ректально). Микроволнами сантиметрового или дециметрового диапазона воздействуют на нижнюю часть передней брюшной стенки или подвздошную область (мощность 20 Вт, дозировка — ощущение слабого тепла, продолжительность воздействия — ежедневно по 20 мин, на курс — 12—15 процедур). Перед внутривлагалищными или внутривлагалищными процедурами вначале назначают контактное воздействие на область крестца или паховую область (мощность 4—8 Вт, по 20 мин, 5—6 процедур).

Переменное магнитное поле низкой частоты (магнитотерапия) применяется в виде накожных процедур, а при отсутствии патологических реакций со стороны организма — с помощью специального влагалищного индуктора.

При обострившихся хронических воспалительных процессах используется также лекарственный электрофорез, в случае преобладания болевого синдрома — электрофорез магния, мешотчатых опухолей в предоперационном периоде — электрофорез цинка, начиная с накожных воздействий и затем переходя к внутривлагалищным процедурам.

При остаточных явлениях хронического воспалительного процесса со стойкими болями целесообразно применять динамические, синусоидальные или флюктуирующие токи. Используется двухтактный непрерывный ток по 2 мин, модулированный короткими периодами по 5 мин и длинными периодами по 3 мин, дозировка — до выраженной, неболезненной вибрации, на курс — 12—15 процедур, ежедневно или через день.

Воспалительные хронические заболевания с преобладанием спаечного процесса являются показанием для применения ряда физических факторов. Весьма эффективен ультразвук. Длительность импульса 10 мс, контакт прямой над лонным сочленением и паховой областью, интенсивность излучения — 0,6—1,0 Вт/см², продолжительность воздействия — 6—10 мин,

на курс — 12—15 процедур. При длительных хронических воспалительных процессах проводится 2—3 курса ультразвуковой терапии с двухмесячным перерывом.

Широко применяется лекарственный электрофорез в сочетании с гинекологическим массажем. При хронических процессах без нарушения функции яичников используется электрофорез йода в чередовании с гиалуронидаза-ионофорезом, при эстрогенной недостаточности — электрофорез меди, а при неполноценной функции желтого тела — электрофорез цинка. Обычно назначается 2—3 курса с двухмесячными перерывами между ними.

Индуктотермия проводится в деревянном кресле (табуретке), к сиденью которого подведен индуктор-кабель. Дозировка — ощущение выраженного тепла, продолжительность — 30—40 мин, на курс — 20 сеансов, можно повторить его через 1,5—2 мес. Эффект индуктотермии усиливается при сочетании в одной процедуре с лекарственным электрофорезом. В прямую кишку вводится 50—70 мл раствора сульфата цинка, йодида калия или лидазы. Первый электрод, прикладываемый к пояснично-крестцовой области, смачивается этим же раствором, а второй электрод для электрофореза, накладываемый выше лонного сочленения, — водой. Индуктор-кабель располагается вокруг туловища на уровне малого таза. Вначале включают аппарат для индуктотермии и регулируют ток до ощущения выраженного тепла (250 мА), после чего включается гальванический ток силой до 20 мА. Продолжительность воздействия — 30 мин, на курс — 20 процедур, повторение курса через 2—2,5 мес.

При хронических неспецифических эндометритах применяются лечебные грязи и пелоидоподобные вещества в виде «трусов» и влагалищных тампонов, а также сульфидные воды (вагинальные орошения или ванны).

Физические факторы при обострении хронических аднекситов используются дифференцированно в зависимости от их течения. В первом случае заболевания превалирует инфекционно-токсический фактор с экссудацией и другими симптомами воспаления. Лечение на этом этапе чаще проводится в стационаре (грязе-, пелоидо-, бальнеотерапия, микроволны, УФ-лучи). Во втором варианте обострения заболевания ведущую роль в клинике играют изменения в нервной системе, а также нарушения функции гипофиза и яичников. Назначаются импульсные токи низкой частоты, ультразвук в импульсном режиме, УФ-лучи, лекарственный электрофорез. Целесообразно сочетать указанные физические факторы с ручным гинекологическим массажем. В период ремиссии терапия направляется на регуляцию функции яичников, коры надпочечников. Используются ультразвук, диадинамические токи, а затем грязи, озокерит, сульфидные, хлоридные и натриевые ванны, индуктотермия. При возникших вторично функциональных, эмоциональ-

но-невротических расстройствах показаны бальнеотерапия, гальванизация по методике Щербака, климатотерапия.

Применение физических факторов при хронических воспалительных процессах тазовой брюшины и клетчатки проводится по тем же принципам.

Остаточные явления *воспалительных заболеваний гениталий туберкулезной этиологии* лечатся, как и воспалительные заболевания септической или гонорейной природы. При активации туберкулезного процесса применяется специфическая терапия.

Нарушение менструальной функции. В комплексном лечении многочисленных нарушений функции яичников, наряду с хирургическим, симптоматическим и гормональным методами, в последние годы широко применяются физические факторы, с помощью которых удается благотворно воздействовать на регуляторные эндокринные центры, изменять функциональную активность гипоталамо-гипофизарной системы и таким образом способствовать овуляции, а также регуляции других нарушенных функций яичников.

Дисфункциональные маточные кровотечения. При ювенильных кровотечениях для остановки кровотечения и нормализации функции яичников применяются электрофорез новокаина, эндоназальный электрофорез кальция, гальванизация области молочных желез, эндоназальная гальванизация, вибрационный массаж. Электрофорез новокаина в зону верхних симпатических ганглиев эффективен при повышенной экскреции прегнандиола и появлении секреторных изменений эндометрия. Раздвоенный анод со смоченными 5 % раствором новокаина прокладками располагают на боковых поверхностях шеи впереди грудно-ключично-сосковой мышцы, а катод — в области нижних шейных позвонков. Сила тока — 5—10 мА, продолжительность сеанса — 20—30 мин, на курс — 10—12 процедур. При значительных кровянистых выделениях процедуру проводят 3—4 раза в день через 1,5—2 ч (в стационаре). Эндоназальный электрофорез с 2 % раствором хлорида кальция применяется при инфекционной природе ювенильных кровотечений, на курс лечения — 10—12 процедур. Эндоназальная гальванизация назначается для улучшения гормональной функции яичников. Гальванизация области молочных желез применяется в более старшем возрасте (15—18 лет). Раздвоенный катод располагают на молочных железах, а анод — над лонным сочленением. Сила тока — 10 мА, продолжительность процедуры — 15 мин, на курс — 10—12 процедур. При генитальном инфантилизме назначается также вибрационный массаж паравертебральных зон, сосков молочных желез.

Для остановки дисфункциональных маточных кровотечений у женщин детородного возраста и кровотечений в климактерическом периоде наиболее эффективна электростимуляция шейки матки, которая продолжается 3—4 мин и проводится один раз в три дня, на курс — 6—7 сеансов, или ежедневно

4—5 раз. После достижения гемостатического эффекта показаны еще 3—4 сеанса через день. В последнее время с успехом применяются лучи лазера. Электрофорез новокаина на область верхних шейных симпатических узлов проводится по изложенной методике. При гальванизации молочных желез раздвоенный катод располагается на молочных железах, а анод — над лонным сочленением. Применяются также вибрационный массаж сосков, грязевый «бюстгальтер», электрофорез кальция в зону «трусов» по Щербаку.

Лечение *нарушений функции яичников*, не сопровождающихся кровотечением, проводится с учетом патогенетических механизмов. При центральном генезе с первичными изменениями в гипоталамо-гипофизарной системе применяется гальванизация шейно-лицевой области. Эта процедура особенно эффективна после воспалительных заболеваний различных отделов головного мозга. В случаях преобладания вегетативно-сосудистых, обменных и трофических расстройств показаны эндоназальная гальванизация, непрямая электростимуляция гипоталамо-гипофизарной системы импульсным током низкой частоты, ручной массаж зоны «воротника», обливания, обмывания, бальнеотерапия (кислородные, азотные, углекислые, радоновые и йодобромные ванны), общий массаж, различные души. Положительное влияние оказывают факторы климатотерапии (аэро-, гелио- и талассотерапия). При направлении на санаторно-курортное лечение следует учитывать снижение активности адаптационных механизмов у таких больных.

Изменения функции гипоталамо-гипофизарной системы в генезе нарушений функции яичников могут быть и вторичными, как следствие поражения половых органов при воспалительных и других заболеваниях. Эффективен электрофорез микроэлементов: при гипоэстрогемии — меди, при гиперэстрогемии — цинка (предпочтительнее влагалищная методика). Показаны также электростимуляция шейки матки, гальванизация зоны «трусов» по методике Щербака, ручной массаж, бальнео- и климатотерапия. Активирующее влияние на гормональную функцию яичников оказывают грязи, озокерит, минеральные ванны (сульфидные, углекислые, хлоридные, натриевые).

При периферическом генезе в случаях превалирующего поражения яичников рекомендуется двухэтапное лечение: два курса вибрационного массажа паравертебральной области, затем электростимуляция шейки матки (2—3 курса) либо гальванизация (влагалищная или зоны «трусов»). Если же преимущественные изменения обнаружены в матке, эффективна трехэтапная физиотерапия: синусоидальный ток надтональной частоты по Стругацкому, электрофорез меди синусоидальным модулированным током и электростимуляция шейки матки или влагалищная гальванизация. Применение физических факторов если и не приводит к выраженному терапевтическому эффекту, то предупреждает прогрессирование патологического процесса.

Генитальный инфантилизм характеризуется недоразвитием половой системы и регулирующих ее функции центров. Терапия направлена на активацию рецепторной функции матки и гормональной деятельности яичников. При невыраженном недоразвитии матки и гипофункции яичников вначале применяется электрофорез меди синусоидальным модулированным током, как при гальванизации органов малого таза, по брюшно-крестцовой, затем крестцово-влагалищной и брюшно-влагалищной и, наконец, брюшно-крестцово-влагалищной методике. Лечение проводят ежедневно, на курс — 20—25 процедур, повторный курс через 2—2,5 мес. На следующем этапе применяется индуктофорез меди с использованием синусоидального модулированного или гальванического тока при расположении индуктора-кабеля в виде цилиндрической спирали в 2 витка вокруг туловища на уровне малого таза. Продолжительность воздействия — 30 мин ежедневно, на курс лечения — 20 процедур. Повторный курс через 2—2,5 мес.

При значительной степени недоразвития матки и гипофункции яичников показан индуктофорез меди с использованием приставки ЭПГ-1 и расположением одного индуктора в заднем своде влагалища, а второго — на пояснично-крестцовой области под анодом. Применяется синусоидальный модулированный или гальванический ток. На курс лечения — 30 процедур, назначается не менее трех курсов с двухмесячным перерывом между ними.

Все виды лечения генитального инфантилизма проводятся в сочетании с ручным гинекологическим массажем.

Нейроэндокринные гинекологические синдромы. *Климактерический синдром* у больных может проявляться вегетативно-сосудистыми нарушениями или эмоционально-невротическими расстройствами. При легкой степени климактерического синдрома с вегетативно-сосудистыми изменениями целесообразно использовать аэротерапию и гидротерапевтические процедуры (обливание, душ, хвойные и шалфейные ванны, контрастные ножные и ручные ванны), гальванизацию шейно-лицевой области, анодическую гальванизацию головного мозга. Применяется дарсонвализация области «воротника» (2—3 курса с двухмесячным перерывом) и последующий электрофорез магния. Положительное влияние оказывает бальнеотерапия (углекислые, кислородные, жемчужные, радоновые и пенные ванны), которая показана и при сопутствующих заболеваниях (гипертоническая болезнь, тиреотоксикоз и др.). При этом применяются также гальванизация шейно-лицевой области или электрофорез новокаина в область верхних шейных симпатических ганглиев в сочетании с общей дарсонвализацией. Эффективны импульсные токи низкой частоты (электросон или электроанальгезия). При климактерическом синдроме средней тяжести, кроме того, применяются анодическая гальванизация головного мозга, гальванизация шейно-лицевой области, электрофорез

новокаина в область верхних шейных симпатических ганглиев. Все указанные процедуры хорошо сочетаются с ручным массажем области «воротника». При климактерическом синдроме легкой и средней тяжести показана климатотерапия, лучше в привычных для больной климатических условиях, где есть возможность использовать талассотерапию. При тяжелых формах климактерического синдрома рекомендуются аэро-, гидротерапия и ручной массаж области «воротника».

Больным с преобладанием эмоционально-невротических расстройств целесообразно применять водолечебные процедуры (обтирания, хвойные ванны), аэроионо- или гидроаэроионо-терапию, общую франклинизацию, а затем импульсные токи низкой частоты (электросон, электроанальгезия), использовать гальванизацию эндоназальную, области «воротника», курс общего электрофореза кальция (по Вермелю). В последующем эффективно санаторно-курортное лечение с применением факторов бальнео- и климатотерапии.

Лечение *предменструального синдрома* проводится так же, как и климактерического с преобладанием эмоционально-невротических расстройств. При более тяжелых формах применяются микроволны сантиметрового или дециметрового диапазона, индуктотермия, УФ-облучение, аэро- и гелиотерапия. Показаны также гальванизация эндоназальная, области «воротника», импульсные токи низкой частоты в параметрах электросна. Курсы лечения чередуются и повторяются. Для закрепления эффекта используется бальнео-, гелио-, талассотерапия в санаторно-курортных условиях.

При лечении *альгоменореи* широко применяются различные ванны (хвойные, кислородные, пенные, жемчужные), гальванизация эндоназальная или области «воротника». В период становления менструальной функции назначаются ультразвук в импульсном режиме, импульсные токи низкой частоты. Обычно лечение начинается сразу после менструации и продолжается до окончания следующей, при положительном эффекте курсы лечения повторяются.

Другие гинекологические заболевания. При *эндометриозе* назначается гальванизация, электрофорез лекарственных веществ (цинка, новокаина, кальция). Можно применять радоновые ванны, а в последнее время все более широко используется магнитотерапия.

Гормонально-зависимые опухоли (миома матки, мастопатии) можно лечить такими физическими факторами, которые не усиливают эстрогенную активность. Допускаются воздействия на участки, удаленные от малого таза, пояснично-крестцовую область, переднюю брюшную стенку и область бедер. Назначаются электрофорез йода, цинка, новокаина, амплипульстерапия, гальванизация. Курсы электрофореза йода и цинка можно чередовать и повторять. При мастопатии нельзя применять физические факторы на область мо-

лочной железы. При миоме же рекомендуются дарсонвализация, ионогальванизация (грязевая) на область молочных желез, вибрационный массаж правой молочной железы. Кроме того, можно назначать электрофорез йода и цинка на низ живота, эндоназальный электрофорез витамина В₁, шейно-лицевую гальванизацию, электрофорез цинка в эту же область, магнитное поле в импульсном режиме, внутриматочный ионофорез йода, бальнеотерапию (радоновые ванны и влагалищные орошения).

При *лейкоплакии, краурозе и зуде вульвы* эффективны ультразвуковая терапия на наружные половые органы, кожу вокруг анального отверстия и паховые области, эндоназальный электрофорез витамина В₁.

Цистальгия и функциональное недержание мочи являются показанием для применения синусоидальных модулированных токов, диадинамической терапии в сочетании с лечебной гимнастикой.

При *быстром выключении функции яичников* (оперативное удаление) физиотерапевтическое лечение начинается в первые месяцы и проводится в два этапа. Вначале применяется микроволновая терапия сантиметрового или дециметрового диапазона на область надпочечников, переменное магнитное поле высокой частоты или переменное магнитное поле ультравысокой частоты. Одновременно проводятся аэро- и гидротерапевтические процедуры (обливания, обтирания, души и ванны — хвойные, шалфейные). В последующем назначаются гальванизация шейно-лицевой области, «воротниковой» зоны, эндоназальная, электрофорез новокаина в область «воротника» и общая дарсонвализация. Эффективны УФ-облучения, бальнео- и климатотерапия во внекурортных и в санаторно-курортных условиях в привычной для больной климатической зоне.

Подготовка к операциям и послеоперационный период. Для улучшения функции сердечно-сосудистой системы и органов дыхания в предоперационном периоде целесообразны аэроонотерапия, ингаляции трипсина, световоздушные и солнечные ванны, обливания, обтирания, души. Зона оперативного вмешательства санируется ультрафиолетовым облучением соответствующих участков (передняя поверхность брюшной стенки, влагалище). Перед операцией по поводу миомы матки, эндометриоза рекомендуется курс лечения сочетанным йод-цинк-электрофорезом (20 процедур, заканчиваются за неделю до операции).

В послеоперационном периоде физиотерапия направляется на профилактику образования спаек в малом тазу и вторичных нарушений менструальной функции. Применяются ультразвук в импульсном режиме, электрофорез цинка в области малого таза гальваническим или импульсным синусоидально-модулированным током (2—3 курса по 15—20 сеансов с двух-

месячными перерывами). В послеоперационном периоде после внематочной беременности физиотерапия проводится в пять этапов. Первые два этапа лечения осуществляются в стационаре (лекарственные гидротубации с антибиотиками, лидазой и гидрокортизоном; электрофорез с 1 % раствором цинка и 2 % раствором салицилата натрия; ультразвук в импульсном режиме; вибрационный массаж на нижние отделы брюшной стенки; электрофорез с йодидом калия; гальванизация в пояснично-крестцовой области). На третьем этапе со второго месяца послеоперационного периода показаны аэро-, гелиотерапия, лечебная гимнастика, лекарственные гидротубации, ультразвуковые воздействия и грязе-электрофорез в надлонной, гипогастральной и паховых областях, электрофорез йода и гиалуронидазы. На четвертом этапе (3—4-й мес после операции) широко используются климатотерапия, лечебные грязи в зоне «трусов» внутривлагалищно и внутривнутрипрямкишечно, озокерит, сульфидные, сероводородные и радоновые ванны, климатические факторы, грязе- и бальнеотерапия в санаторно-курортных условиях. Заключительным, пятым этапом лечения являются применение аэро-, гелио- и бальнеотерапевтических факторов, закаливающие процедуры (обливания, обтирания, душ) и лечебная гимнастика, регулярные занятия физкультурой.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД. Применение физических факторов во время беременности благоприятствует перестройке во всех органах и системах и способствует повышению сопротивляемости организма, направленных на создание оптимальных условий для развития плода и благополучное вынашивание беременности. С этой целью используются прежде всего закаливающие процедуры: световоздушные ванны, обливания, обтирания, дождевой душ. Воздушные ванны принимаются в помещении с температурой воздуха не ниже 20°, продолжительность сеанса — 5—20 мин. Интенсивность раздражения при водных процедурах должна повышаться постепенно путем понижения температуры воды от 36 до 26—28°. Не рекомендуется воздействие прямых солнечных лучей, особенно в жаркое летнее время. Эффективно ультрафиолетовое облучение по общепринятым методикам, особенно в зимнее и раннее весеннее время, жителям севера. Обычно проводится два курса УФ-облучений по 15—20 процедур в 18—20 и 35—36 нед беременности.

При ранних токсикозах беременных в легкой форме в женской консультации можно проводить электрофорез кальция в области чревного сплетения или зоны «воротника», лечение электросном. На курс лечения — 10—15 процедур.

Применение физических факторов при поздних токсикозах беременных, в период угрозы преждевременного прерывания беременности и при других осложнениях у беременных проводится в стационаре.

В послеродовом периоде физические факторы чаще используются при различных заболеваниях, возникших во время беременности, родов или в течение периода диспансерного наблюдения за родильницей акушером-гинекологом или другими специалистами.

При *серозных и инфильтративных маститах* применяется дарсонвализация молочных желез: большой грибовидный электрод, методика лабильная, доза — ощущение слабого тепла, по 10—15 мин, 5—10 процедур. Назначаются микроволновая терапия сантиметрового и дециметрового диапазонов, электрическое поле УВЧ, ультразвук на область молочных желез. При гнойных маститах после хирургического лечения физиопроцедуры используются для повышения сопротивляемости организма и улучшения грануляции раневой поверхности. На первом этапе показано воздействие ультрафиолетовыми лучами на область послеоперационной раны и прилежащих участков кожи молочной железы от 0,5 до 2 биодоз с постепенным увеличением на 0,25 биодозы, до полной эпителизации раны. На втором этапе проводится дарсонвализация молочной железы (до 15 процедур). Если поражены обе молочные железы, в любой стадии воспалительного процесса физиотерапия осуществляется ежедневно на каждую из них поочередно.

При *гипогалактии* применяются аэрионизация молочных желез по 5—7 мин ежедневно, 7—10 процедур на курс, воздействие на область молочных желез ультразвуком в импульсном режиме с интенсивностью 0,4—0,6 Вт/см² и продолжительностью 2—5 мин, 5—8 процедур; гальванизация (катод в области молочных желез), ультрафиолетовое облучение от 0,25 до 2,5 биодозы, 15—20 процедур; вибрационный массаж области молочных желез, ежедневно, на курс лечения — 10 процедур.

Лактостаз — застой молока в молочных железах — лечится индуктотермией на область молочных желез (по 20 мин, сила тока — 200—250 мА, доза слаботепловая, 15—20 процедур), магнитным полем ультравысокой частоты (со слаботепловой дозировкой, по 20 мин, 10 процедур на курс) и инфракрасными лучами.

Для активации трофических процессов в тканях соска при *трещинах* его используются ультрафиолетовые лучи (2—10 биодоз, 8—10 процедур), аэроионизация соска (8—10 процедур), дарсонвализация соска (по 5—8 мин, 10—12 процедур) и воздействие микроволнами.

При *послеродовом эндометрите* используются переменное магнитное поле низкой частоты (локализация воздействия — надлонная область, индуктор с прямым сердечником, ток пульсирующий, режим прерывистый, интенсивность магнитной индукции около 35 мТл, продолжительность воздействия — 20 мин, 15 процедур); электрофорез цинка из 2 % раствора

сульфата цинка, предпочтительно диадинамическими токами — двухтактным непрерывным, далее токами, модулированными короткими периодами, и токами, модулированными длинными периодами, анод — в надлонной, катод — в пояснично-крестцовой области, продолжительность воздействия — 20 мин, до 20 процедур.

Метрофлебит послеродовой. Применяется переменное магнитное поле низкой частоты или дарсонвализация надлонной области (большой грибовидный электрод, методика лабильная, с ощущением слабого тепла, по 15 мин, до 15 процедур).

При *послеродовом тазовом тромбофлебите* эффективны переменное магнитное поле низкой частоты или дарсонвализация надлонной области.

Тромбофлебит других локализаций. Применяются переменное магнитное поле низкой частоты или местная дарсонвализация по согласованию с хирургом и физиотерапевтом.

Послеродовой перитонит. Лечение проводится в 4 этапа. I этап — переменное магнитное поле низкой частоты в сочетании с электрофорезом цинка в тот же день или 2 курса электрофореза цинка с перерывом в 2 мес; II этап — ультразвук в импульсном режиме в надлонной, гипогастральной и обеих паховых областях, методика подвижная, интенсивность излучения постепенно увеличивается от 0,6 до 1,0 Вт/см², продолжительность воздействия — с 6 до 10 мин, длительность импульса — 10 мс, 15 процедур; через 2 мес при той же локализации воздействия фонофорез гидрокортизона (контактная среда — глазная мазь или микрокристаллическая суспензия, смешанная с ланолином и вазелином), калия йодида (1 % раствор в глицерине) или ихтиола (1 % раствор в глицерине), режим непрерывный, интенсивность излучения — 0,4—0,6 Вт/см², продолжительность — 6—10 мин, 15 процедур; через 4 мес III этап — грязелечение (аппликации на зону «трусков», температура иловой грязи — 42—44°, торфяной — 44—46°, по 15—20 мин, 15 процедур) или озокеритолечение (аппликации на нижнюю половину передней брюшной стенки и пояснично-крестцовую область, температура — 50—60°, по 30 мин, 15 процедур). При недостаточной эффективности трехэтапного восстановительного лечения проводится IV этап — в санатории или амбулаторно на курорте (в санатории-профилактории).

Стойкий болевой синдром послеродового тазового перитонита. I этап — электрофорез цинка; через месяц II этап — диадинамические или синусоидальные модулированные токи по методикам, используемым для лечения радикулярного синдрома при остеохондрозе пояснично-крестцового отдела позвоночника; через месяц при необходимости III и IV этапы, как при послеродовом перитоните.

С целью быстрой реабилитации больных в послеродовом периоде физиотерапевтическое лечение применяется и при некоторых экстрагенитальных заболеваниях.

Гипертоническая болезнь. Проводится гальванизация зоны воротника по Щербану или эндоназальная гальванизация по второй схеме Кассиля — 2 курса по 20 процедур каждый с перерывом в 2 мес (силу тока постепенно увеличивают от 0,3 до 0,7 мА, продолжительность процедур — от 10 до 30 мин).

Пиелонефрит, гломерулонефрит. Используется ультразвук в импульсном режиме на область почек, методика подвижная, интенсивность излучения постепенно увеличивают с 0,2 до 0,6 Вт/см², а продолжительность с каждой стороны — от 3 до 6 мин при длительности импульса 10 мс, 10—15 процедур.

Геморрой. Показана дарсонвализация с ощущением слабого тепла, продолжительностью 10—15 мин, до 10 процедур.

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И ВРАЧЕБНО-ТРУДОВОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В РАБОТЕ ЖЕНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ

Реабилитационное направление деятельности всех акушерско-гинекологических учреждений отражает стремление к качественно более совершенной организации оказания медицинской помощи с учетом состояния не только биологических функций женского организма, но и оздоровительной роли всего комплекса экологических, социально-гигиенических и общественных факторов.

Применительно к задачам женских консультаций реабилитацию следует рассматривать в качестве так называемой третичной профилактики, цель которой — предупреждение инвалидизации или уменьшение ее последствий. Ей предшествуют мероприятия вторичной и первичной профилактики. Последняя проводится до возникновения заболевания и состоит в применении общегигиенических мер и общеукрепляющих средств (неспецифическая профилактика) или мер и средств, направленных на устранение условий возникновения потенциально угрожающей конкретной патологии (специфическая профилактика).

Вторичная профилактика заключается в превентивно направленном лечении уже возникшего заболевания (предупреждение более тяжелых и хронических форм, а также осложнений).

Профилактическая направленность лечения акушерско-гинекологической патологии предполагает осуществление раннего и точного распознавания болезни и рациональной ее терапии (своевременной, этиопатогенетической, индивидуально адаптированной и комплексной). В практической работе женских консультаций указанные требования вторичной профилактики достигаются путем организации и методически правильного проведения массовых профилактических осмотров женского населения; осуществления сплошной диспансери-

зации женщин обслуживаемого района; обеспечения эффективной консультативной и специализированной помощи.

Таким образом, в акушерско-гинекологической практике правомерен лишь профилактический подход к проблемам и задачам реабилитации. Ее нельзя рассматривать только как завершающую фазу лечения или совокупность мероприятий, проводимых после окончания обычной терапии. Реабилитационные мероприятия должны включаться в программу оказания медицинской помощи с момента установления диагноза беременности (предупреждение аборта, недонашивания, позднего токсикоза и т. д.) или гинекологического заболевания (предупреждение расстройств менструальной, сексуальной и репродуктивной функций).

В повседневной практической деятельности по охране здоровья населения нельзя четко разграничить мероприятия профилактического, лечебного и собственно реабилитационного характера, особенно в акушерско-гинекологической практике, требующей оценки весьма неустойчивых параметров физиологического и патологического течения всех специфических функций женского организма. Различия носят условный характер и касаются в основном последовательности мероприятий. В частности, лечебные мероприятия отличаются большей направленностью на устранение конкретного заболевания, притом в клинически выраженной стадии развития (острой, подострой). Для реабилитационных мероприятий характерна большая нацеленность их на нормализацию гомеостаза организма в целом (с учетом функций экстрагенитальных органов), а также на восстановление его гармонии с окружающим миром (в семье, на производстве и т. д.).

Необходимо более последовательно и активно использовать оздоровительный потенциал психологических, педагогических и социально-гигиенических мер воздействия, которыми должны владеть все врачи. Для достижения максимального реабилитационного эффекта не менее важно сотрудничество медицинской службы с административными и общественными органами.

Многоплановые реабилитационные мероприятия делятся на медицинские, профессиональные и социальные.

Медицинская реабилитация акушерско-гинекологических больных осуществляется усилиями медицинского персонала женских консультаций, родильных домов, гинекологических и онкологических отделений, а также учреждений санаторно-курортного профиля. Она включает: 1) этиопатогенетическую терапию распознанного заболевания, цель которой максимальное сохранение функций поврежденных органов (фармакотерапия, хирургическое вмешательство); 2) психотерапию и лечебно-охранительный режим, направленные на устранение связанных с заболеванием (беременностью) неблагоприятных психоэмоциональных сдвигов; 3) физиотерапию, лечебную физ-

культуру, лечебный массаж и санаторно-курортное лечение для устранения остаточных анатомических изменений и восстановления функциональной полноценности половых органов.

Проводимая в женских консультациях медицинская реабилитация может быть ранней или поздней. Задача первой состоит в предупреждении клинически развитых и осложненных форм акушерско-гинекологической патологии. Она представляет собой комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на выявление и быстрое устранение доклинических и ранних клинических форм патологии беременности (невынашивание, поздний токсикоз и др.), осложнений послеродового периода (лактационный мастит, гипогалактия, недостаточный темп процессов обратного развития), а также острых и подострых форм гинекологических заболеваний.

Поздняя медицинская реабилитация акушерско-гинекологических больных состоит в комплексном долечивании их после выписки из стационара, а также лечении женщин, страдающих хроническими гинекологическими заболеваниями. Она направлена на предупреждение обострений и рецидивов заболеваний, ликвидацию их резидуальных проявлений. Поздняя реабилитация касается в основном тех больных, которые страдают заболеваниями, ведущими к возникновению стойких анатомических и функциональных последствий (гинекологические заболевания воскалительной, эндокринной, опухолевой природы, нарушения статики половых органов, последствия оперативных вмешательств).

Для эффективности проводимых в женской консультации реабилитационных мероприятий медицинского характера необходимы:

1) четкая организация диспансерного наблюдения за беременными и больными на участках, что позволяет оказывать профилактическую медицинскую помощь планомерно и активно, с учетом влияния средовых факторов и индивидуальных особенностей организма (факторов риска);

2) совершенство диагностики, которая должна обеспечивать своевременность и полноту распознавания заболеваний (особое внимание следует уделять внедрению методов функциональной диагностики акушерской и гинекологической патологии);

3) рациональность терапевтических воздействий, программа которых должна отвечать требованиям индивидуализации, профилактической направленности и комплексности лечения с учетом единства психоэмоциональных и эндокринно-соматических функций организма. В акушерстве и гинекологии степень реабилитационного эффекта тесно связана с физиологической адекватностью терапевтических мероприятий и щадящим отношением к структуре и функциям органов женщины-матери и плода.

В связи с коллективным характером всех видов медицин-

ского труда, а также обязательностью активного отношения к охране и укреплению собственного здоровья со стороны населения принципы реабилитации наиболее полно удастся реализовать в организационных рамках так называемого «терапевтического сообщества», функционирующего в условиях адекватной «терапевтической среды». Эти понятия охватывают всю совокупность материально-технических, профессионально-кадровых, организационно-методических и морально-этических факторов, обеспечивающих эффективность и высокую культуру медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях.

После медицинской реабилитации при необходимости проводятся мероприятия, направленные на восстановление профессионального статуса пациентки. Профессиональная реабилитация сводится к рациональному трудоустройству (временному или постоянному) в соответствии с данными экспертных оценок физического и психологического состояния больной, ее трудоспособности и возможности выполнять прежнюю работу. Последствия акушерско-гинекологических заболеваний, как правило, не требуют смены профессии.

Что касается социальной реабилитации, то в отношении гинекологических больных ее содержание в значительной мере совпадает с содержанием медицинской и профессиональной реабилитации, так как и целью лечения, и целью рационального трудоустройства является достижение максимального социального эффекта. В состав реабилитационных мероприятий в обязательном порядке должны включаться психологические и педагогические воздействия, цель которых — преодоление связанной с заболеванием и его последствиями психической травмы и обучение пациентки правильному поведению (на производстве, в семье, обществе) с учетом пережившегося состояния специфических функций ее организма.

Таким образом, концепция реабилитации в акушерско-гинекологической практике должна рассматриваться как одна из важнейших задач на всех уровнях охраны здоровья матери и плода и оказания медицинской помощи гинекологическим больным; как неотъемлемый процесс саногенеза (составная часть выздоровления и восстановления функций); как прогрессивный организационно-методический подход в осуществлении медицинской деятельности работниками родовспомогательных учреждений, гинекологических и онкологических отделений.

Основными организационно-методическими принципами реализации этой концепции являются: 1) единство биологических и психотерапевтических методов воздействия; 2) физиологичность и профилактическая направленность лечебно-диагностической работы; 3) комплексность реабилитационных мероприятий; 4) непрерывность, последовательность, преемственность и индивидуальный характер реабилитационных программ.

В определении качества этих программ важная роль принадлежит врачебно-трудовой экспертизе (ВТЭ), которая представляет собой очень ответственный и весьма сложный элемент врачебного труда в женских консультациях.

В своей деятельности в области ВТЭ участковый акушер-гинеколог должен руководствоваться: 1) большой социально-экономической значимостью этого вида работы; 2) профилактической ролью ВТЭ; 3) необходимостью научно обоснованного подхода к определению степени и продолжительности нетрудоспособности; 4) необходимостью постоянного врачебного (диспансерного) контроля за динамикой состояния здоровья нетрудоспособных; 5) пониманием того, что главной задачей ВТЭ является не столько установление самого факта нетрудоспособности, сколько быстрее восстановление (реабилитация) здоровья и работоспособности.

Врачи женских консультаций чаще всего осуществляют экспертизу так называемой временной нетрудоспособности. При этом устанавливаются: 1) факт утраты трудоспособности и особенности гигиенической характеристики профессии; 2) причина утраты трудоспособности (диагноз заболевания); 3) прогноз в отношении длительности и степени нетрудоспособности; 4) план лечения (реабилитации) и характер лечебного режима; 5) наличие оснований для направления на врачебно-трудовую экспертную комиссию.

Таким образом, экспертиза временной нетрудоспособности требует от врача оценки не только медицинских аспектов заболевания, но и особенностей профессионального труда заболевшей женщины (степень физической и нервно-психической напряженности, наличие потенциальных вредностей). Некоторые факторы профессионального труда (работа в вынужденном положении, сотрясение тела, химически активная пыль, длительное физическое напряжение и др.) могут неблагоприятно влиять на течение уже существующих (возникших в результате действия других этиологических причин) гинекологических заболеваний. Лечение их в таких условиях затрудняется, выздоровление затягивается, могут наступать обострения и рецидивы. Поэтому в отношении определенной группы женщин-работниц освобождение их от работы на время лечения, а также рациональное трудоустройство в последующем приобретают значение важных лечебно-профилактических мероприятий.

Временная нетрудоспособность часто возникает при воспалительных процессах половых органов и расстройствах менструальной функции (дисфункциональные маточные кровотечения, альгодисменорея). В целом в структуре причин временной нетрудоспособности гинекологическим заболеваниям принадлежит одно из первых мест. Однако при правильной организации медицинской помощи большинство гинекологических заболеваний (80—85 %) успешно излечивается в женских консультациях.

Во всех случаях временной нетрудоспособности лечащий врач оформляет листок нетрудоспособности или справку.

Экспертиза временной нетрудоспособности до 6 дней проводится лечащим врачом, до 10 дней — совместно с заведующим отделением (женской консультацией), свыше 10 дней — врачебно-консультационной комиссией (ВКК).

В экспертизе временной нетрудоспособности большую роль играет соблюдение преемственности между женскими консультациями и отделениями стационаров. При выписке из стационара выздоровевшей пациентки больничный листок закрывается в этот же день. Если же необходимо продолжать лечение в амбулаторных условиях, листок нетрудоспособности продлевается на 3—4 дня (до 10 дней).

Необходимость строгой преемственности экспертных оценок нетрудоспособности особенно очевидна в случаях оперативного лечения гинекологических заболеваний. В табл. 8 приводятся примерные сроки временной нетрудоспособности после типичных гинекологических операций, которые, однако, могут быть уменьшены или увеличены в зависимости от конкретных условий (возраст больной, общее состояние ее здоровья, осложнения в процессе операции и в послеоперационном периоде, необходимость реабилитации специфических функций, особенности профессионального труда).

Для женских консультаций особенно актуальна задача снижения показателей временной нетрудоспособности как по числу болеющих женщин, так и по продолжительности отдельных заболеваний. При неблагоприятной динамике соответствующих показателей все звенья медицинской помощи женщинам (вопросы преемственности и профилактической направленности работы, современность применяемых лечебно-диагностических методик, качество экспертизы трудоспособности) должны быть подвергнуты специальному анализу. Особого внимания требуют мероприятия по борьбе с абортами и их неблагоприятными последствиями, а также работа по предупреждению гинекологических заболеваний воспалительной природы. Значительную пользу может принести и улучшение качества санитарно-просветительной работы.

Всестороннего анализа требует и нетрудоспособность, связанная с острыми и подострыми воспалительными заболеваниями половых органов. Длительное пребывание на больничном листке по поводу этих заболеваний свидетельствует о неточности диагностики и погрешностях в лечении. С другой стороны, необоснованное сокращение сроков временной нетрудоспособности таких больных может явиться причиной более продолжительной ее потери в связи с обострением или рецидивом заболевания.

Нередкими причинами неоправданного удлинения сроков нетрудоспособности являются: слишком растянутое во времени обследование, несвоевременные консультативные осмотры,

Таблица 8. Примерные сроки временной нетрудоспособности после гинекологических операций, дней

Название болезни	Объем оперативного вмешательства	Сроки пребывания в стационаре	Общая продолжительность нетрудоспособности
Киста и кистома яичников	Удаление придатков матки с одной или обеих сторон	12—14	25—30
Миома или другие заболевания матки (полипоз, эндометриоз)	Надвлагалищная ампутация матки без придатков	13—15	30—35
То же в сочетании с заболеваниями придатков	Надвлагалищная ампутация матки с придатками	14—16	35—40
То же в сочетании с заболеваниями шейки матки	Экстирпация матки с придатками или без них	16—18	40—45
Опущение или выпадение стенок влагалища и матки	Пластические операции на влагалище с лапаротомией и фиксацией матки	18—20	40—45
Внематочная беременность	Сальпингэктомия	12—20	30—40
Заболевания шейки матки	Пластика шейки матки	10—12	20—25
Гнойные опухоли придатков	Удаление придатков матки, в том числе с ампутацией ее тела	18—20	40—45
Субсерозная миома матки	Энуклеация миоматозного узла	10—12	20—25

запоздавая госпитализация, отсутствие продуманного плана реабилитационных мероприятий.

Важным разделом экспертной работы врачей женских консультаций является установление срока предоставления родового декретного отпуска. Качество этой работы определяется сроками первичной явки беременных в женскую консультацию, тщательностью динамического наблюдения за развитием беременности и комплексным использованием известных методов диагностики в сроке 32 нед.

Наиболее частыми причинами нетрудоспособности при патологическом течении беременности являются токсикозы беременных, угроза досрочного прерывания ее, изоиммунизация материнского организма, различные сопутствующие заболевания. В последнем случае оценка трудоспособности производится совместно с соответствующими специалистами.

Значительному снижению нетрудоспособности среди беременных способствует правильно поставленная работа по своевременному выявлению факторов акушерского и перинатального риска с последующим формированием соответствующих групп повышенного риска, что позволяет интенсифицировать

наблюдение, оказывать беременным дифференцированную медицинскую помощь и снижать их заболеваемость с утратой трудоспособности.

Организация работы по экспертизе временной нетрудоспособности и постоянный контроль за ее качеством осуществляются заместителем заведующего женской консультацией по ВТЭ, а при его отсутствии — заведующим. Они контролируют экспертную работу лечащих врачей, участвуют в определении сроков нетрудоспособности, проверяют правильность оформления соответствующей документации, на основании результатов анализа работы по ВТЭ разрабатывают организационно-методические мероприятия по снижению заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

Стойкая временная нетрудоспособность при акушерско-гинекологической патологии встречается сравнительно редко. Устанавливать инвалидность имеют право только ВТЭК, находящиеся в подчинении министерств социального обеспечения союзных и автономных республик. Направлению на ВТЭК подлежат больные с неблагоприятным прогнозом трудовой деятельности. Длительно болеющие должны обследоваться во ВТЭК не позднее чем через 4 мес после начала болезни. На каждую больную, подлежащую направлению на ВТЭК, лечащий врач заполняет «Направление на ВТЭК» (уч. ф. № 088). В практике женских консультаций постоянная утрата трудоспособности связана в основном с онкологическими заболеваниями и патологически протекающим климактерическим периодом. В целом эти случаи составляют очень малую долю в группе причин выхода женщин на инвалидность.

Высокая эффективность реабилитационных мероприятий может быть достигнута лишь в рамках хорошо организованной работы по сплошной диспансеризации женского населения.

С учетом состояния здоровья женщин целесообразно разделять их на несколько групп диспансерного учета. В первую группу включаются совершенно здоровые женщины, нуждающиеся лишь в периодических профилактических осмотрах. Во вторую группу относятся женщины, перенесшие различные гинекологические заболевания, без существенного расстройства специфических функций. Им показано систематическое проведение профилактических оздоровительных мероприятий. Третью группу составляют впервые заболевшие с хорошим клиническим и трудовым прогнозом, четвертую — страдающие хроническими заболеваниями половых органов с частыми обострениями, значительной потерей трудоспособности и нарушениями специфических функций. Женщины четвертой группы нуждаются в реабилитационных мероприятиях и рациональном трудоустройстве. Наконец, пятую группу образуют больные со стойкой потерей трудоспособности, для которых необходимы регулярное наблюдение, периодическое лечение и специальное трудоустройство.

СОДЕРЖАНИЕ

Организация акушерско-гинекологической помощи в СССР. <i>Г. И. Герасимович</i>	3
Органы управления	3
Лечебно-профилактические учреждения	6
Стационарная акушерско-гинекологическая помощь	6
Акушерско-гинекологическая помощь работницам промышленных предприятий	7
Лечебно-профилактическая помощь сельскому населению	15
Специализированная акушерско-гинекологическая помощь	21
Организация работы женской консультации. <i>Г. И. Герасимович</i>	23
Структура и функции женской консультации	23
Преемственность в работе	29
Научная организация труда	34
Санитарно-просветительная работа	42
Анализ работы женской консультации	45
Обслуживание беременных женщин. <i>Г. И. Герасимович</i>	52
Диагностика беременности. <i>Г. И. Герасимович</i>	53
Обследование беременных. <i>Г. И. Герасимович</i>	56
Определение срока беременности, родов и предоставления дородового отпуска. <i>Г. И. Герасимович</i>	61
Гигиена беременных. <i>Г. А. Лукашевич</i>	66
Питание беременных. <i>Г. А. Лукашевич</i>	67
Физиопсихопрофилактическая подготовка к родам. <i>Г. И. Герасимович</i>	69
Перинатальная охрана плода и новорожденного. <i>А. К. Устинович</i>	73
Послеродовой период. <i>Г. А. Лукашевич</i>	79
Физиологические изменения в организме женщины	79
Обслуживание родильниц	84
Осложнения в послеродовом периоде	90
Беременность и экстрагенитальная патология. <i>С. П. Терешкова</i>	101
Заболевания сердечно-сосудистой системы	101
Болезни крови	106
Беременность и туберкулез	109
Беременность и инфекционный гепатит	109
Беременность и холецистит	110
Беременность и сахарный диабет	110
Пиелонефрит беременных	112
Аппендицит и беременность	112
Кишечная непроходимость и беременность	113
Беременность и заболевания половых органов. <i>К. И. Малевич</i>	114
Беременность и воспалительные заболевания гениталий	114
Новообразования женских половых органов и беременность	116
Патология беременности. <i>В. С. Ракуть</i>	118
Токсикоз беременных. <i>В. С. Ракуть</i>	118
Недонашивание беременности. <i>В. С. Ракуть</i>	125
Кровотечения во время беременности. <i>В. С. Ракуть</i>	128
Профилактика тазовых и неправильных положений да. <i>В. С. Ракуть</i>	131

Беременность и изосерологическая несовместимость крови матери и плода. <i>А. А. Завирович</i>	133
Внематочная беременность. <i>В. С. Ракуть</i>	137
Искусственный аборт. <i>И. М. Старовойтов</i>	143
Трофобластическая болезнь. <i>Н. Ф. Лызиков</i>	150
Обслуживание гинекологических больных. <i>Г. И. Герасимович</i>	154
Обследование и лечение. <i>Г. И. Герасимович</i>	155
Диспансеризация. <i>Г. И. Герасимович</i>	160
Профилактические осмотры. <i>Г. И. Герасимович</i>	169
Неотложная помощь. <i>Ю. К. Малевич</i>	171
Гигиена девочки и женщины. <i>И. В. Дуда, Г. А. Лукашевич</i>	176
Воспалительные заболевания женских половых органов. <i>В. Р. Линкевич</i>	179
Неспецифические воспалительные заболевания	180
Гонорея	195
Туберкулез женской половой системы	202
Менструальный цикл и его нарушения. <i>Н. Ф. Лызиков</i>	204
Аменорея	207
Гипоменструальный синдром	214
Меноррагия	214
Альгоменорея	215
Дисфункциональные маточные кровотечения. <i>Н. Ф. Лызиков</i>	215
Вирильный синдром. <i>Н. Ф. Лызиков</i>	221
Нейроэндокринные синдромы. <i>Н. Ф. Лызиков</i>	226
Неправильные положения и аномалии развития женских половых органов. <i>Г. А. Лукашевич</i>	232
Аномалии положения женских половых органов	232
Аномалии развития женских половых органов	235
Кисты наружных и внутренних половых органов. <i>Г. А. Лукашевич</i>	238
Доброкачественные опухоли женских половых органов. <i>Г. И. Герасимович</i>	242
Опухоли наружных половых органов и влагалища	243
Опухоли матки	244
Опухоли яичников	249
Эндометриоз. <i>Н. Ф. Лызиков</i>	253
Предраковые заболевания женских половых органов. <i>И. А. Макаренко</i>	258
Злокачественные опухоли женских половых органов. <i>В. П. Рудая</i>	261
Гинекология детского возраста. <i>И. В. Дуда</i>	271
Организация обслуживания девочек	271
Половое созревание и половая зрелость	275
Гинекологические заболевания детского возраста	276
Консультация «Брак и семья». <i>Г. И. Герасимович</i>	288
Бесплодный брак. <i>П. И. Касько</i>	290
Средства и методы контрацепции. <i>В. Т. Каминская</i>	295
Сексуальные расстройства у женщин. <i>Д. З. Капустин, В. И. Сыкало</i>	303
Медико-генетическая консультация в акушерстве и гинекологии. <i>Г. И. Лазюк, И. В. Лурье</i>	314
Физиотерапия в акушерстве и гинекологии. <i>И. В. Дуда</i>	322
Краткая характеристика физических факторов	323
Применение физических факторов	331
Организационно-методические принципы реабилитации и врачебно-трудовой экспертизы в работе женских консультаций. <i>И. И. Климец, И. В. Дуда</i>	343