

А. В. ЛАНКОВИЦ

УЧЕБНИК АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

(ДЛЯ ШКОЛ МЕДИЦИНСКИХ
СЕСТЕР)



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ — 1953 — МОСКВА

Редактор **К. В. ПОРАЙ-КОШИЦ**
Техн. редактор **К. К. Карцева**
Корректор **Е. И. Плисс**
Переплет художника **К. М. Егорова**

T06362. Подписано к печати 26.VIII.1953 г.
МУ—46. Формат $84 \times 108^{1/32} = 5$ бум. л.—
16,4 печ. л. + 0;10 печ. л. (вкл.). 16,92
уч.-изд. л. 41 000 зн. в 1 печ. л.
Цена 3 р. 40 к. Переплет 1 руб.
Тираж 100 000 экз. Заказ 604.

Типография Государственного издательства
медицинской литературы,
Москва, Ногатинское шоссе, д. 1

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОЙ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СССР

Развитие родовспоможения и научного акушерства в России началось в середине XVIII столетия.

До этого врачи были только при царском дворе, причем выписывались они из-за границы. Население Московского государства и Петровской России не имело возможности получать правильную акушерскую помощь. Роды принимала обычно какая-либо старая женщина, бабка-повитуха или знахарка. Их познания в акушерстве были ничтожными и основывались главным образом на разного рода приметах, обычаях и суевериях. Понятно, что такая помощь во время родов не только не приносила пользы, а, наоборот, даже вредила роженице.

Проведенные Петром I государственные преобразования способствовали развитию науки в России, в том числе развитию естественных наук и, в частности, медицины. В 1757 г. в Москве была открыта первая повивальная (акушерская) школа. Вскоре такая же школа была открыта и в Петербурге. Однако эти школы выпускали ежегодно всего несколько повивальных бабок (так в то время назывались акушерки). Преподавание в школах велось на немецком языке — русских учебников тогда не было.

Наряду с этим, передовые русские люди указывали на необходимость более широкого развития родовспоможения в стране. Великий русский ученый М. В. Ломоносов в 1761 г. в письме к министру Шувалову «О размножении и сохранении российского народа» указывал на необходимость создания руководства по акушерству на русском языке, которое было бы написано с учетом опыта лучших отечественных акушерок.

Первое руководство по акушерству на русском языке было написано в 1784—1786 гг. врачом-акушером Н. М. Максимовичем-Амбодиком (1744—1812). Он был широко образованным, талантливым врачом и очень много сделал для подготовки врачей и акушерок. Н. М. Максимович-Амбодик справедливо считается основоположником русского акушерства.

В 1764 г. в Москве было открыто первое в России родовспомогательное учреждение на 20 коек. Оно предназначалось главным образом для проведения родов у незамужних женщин. В то время беременность и роды у незамужних считались позором, а детей называли «незаконнорожденными». Через несколько лет такое же родовспомогательное учреждение было открыто и в Петербурге.

Только в первой половине XIX столетия были основаны акушерские клиники сначала при Московском и Петербургском университете, а затем в некоторых других больших городах.

В 60-х годах XIX столетия в России начал развиваться капитализм. Появление новой социально-экономической формации повлекло за собой некоторый рост науки и культуры, появились изменения в бытовом укладе жизни населения. Была проведена земская реформа, появились земские больницы и постепенно стала развиваться акушерская помощь населению.

Число акушерок и врачей возросло, улучшилась их подготовка, открылись акушерские отделения при многих земских больницах и родильные приюты в больших городах.

Во второй половине XIX и начале XX столетия среди русских акушеров-гинекологов появилось много крупнейших ученых. К их числу принадлежат: А. Я. Красковский (1821—1898), К. Ф. Славянский (1847—1898), Н. Н. Феноменов (1855—1918), И. П. Лазаревич (1829—1902), В. Ф. Снегирев (1847—1916) и др. Им принадлежит много научных работ по акушерству и гинекологии, которые имеют мировое значение. Они написали оригинальные учебники и руководства, организовали клиники, воспитали много талантливых учеников, ставших крупными специалистами, они всячески способствовали дальнейшему улучшению преподавания акушерства и гинекологии в России.

Однако родовспоможение и гинекологическая помощь в царской России продолжали оставаться на низком уровне. Во многих городах в больницах не было ни одной акушерской койки.

Охват рожениц акушерской помощью в городах в 1908 г. составлял всего 4,3%, а в сельских местностях— 1,6%. В 1918 г. акушерских коек в России было всего 5 854.

подавляющее большинство женщин в России по-прежнему пользовалось во время родов только помощью бабок-повитух и знахарок. Если при этом учесть бесправное положение женщин, тяжелые условия труда работниц и крестьянок, их нищенское существование, то можно себе представить, как трудна была доля трудящейся женщины-матери при господстве в России помещичье-капиталистического царского режима. Ежегодно 35 000—50 000 женщин погибали в связи с осложнениями беременности и родов. Смертность новорожденных достигала 2 млн. в год.

Передовые русские врачи-акушеры А. Н. Рахманов (1861—1926), Г. Л. Грауэрман (1861—1921) и др. выдвигали требования широкой и бесплатной врачебной акушерско-гинекологической помощи населению. Однако помещики и капиталисты были заинтересованы лишь в личных материальных выгодах, и на родовспоможение отпускались ничтожные средства.

Великая Октябрьская социалистическая революция в 1917 г. свергла власть помещиков и капиталистов в России. Под руководством коммунистической партии большевиков был создан новый тип государства—социалистическое Советское государство, в котором отсутствует эксплуатация человека человеком, созданы все условия для развертывания социалистического строительства, наука и культура поставлены на службу широких масс трудящихся.

«Советской властью, как властью трудящихся, в первые же месяцы ее существования, был произведен в законодательстве, касающемся женщины, самый решительный переворот. Из тех законов, которые ставили женщину в положение подчиненное, в Советской республике не осталось камня на камне»¹.

¹ В. И. Ленин, Сочинения, т. 30, изд. 4-е, стр. 23.

Женщины получили равные права с мужчинами в политической, экономической и культурной жизни.

Советское государство, возглавляемое и руководимое Коммунистической партией, создало организацию по охране материнства и детства, имеющую большое государственное значение. Работавшие женщины получили право на оплачиваемый государством отпуск до и после родов, был запрещен ночной и тяжелый труд беременных и т. д.

Первым организатором и руководителем этого большого, нового дела была В. П. Лебедева, которая заведовала отделом охраны материнства и младенчества Наркомздрава.

С каждым годом росло и ширилось советское родовспоможение, являющееся неотъемлемой частью охраны материнства и детства. Число коек в родильных домах к 1937 г. составило 63 221, т. е. в 11 раз больше, чем до Великой Октябрьской социалистической революции.

Как в городах, так и на селе женщина получила возможность иметь бесплатную, квалифицированную акушерско-гинекологическую помощь. С 1935 г. по постановлению XVI Всероссийского съезда советов начали организовываться колхозные родильные дома. В 1941 г. в сельских местностях работало уже более 40 000 акушерок. В системе охраны материнства и детства с самого начала ее возникновения появился новый вид лечебно-профилактического учреждения — женская консультация. В 1935 г. имелось уже 3 835 таких консультаций, а число посещений их женщинами достигло около 30 млн. за год.

Благодаря повышению культурного уровня и росту материального благосостояния населения нашей страны было издано постановление Центрального Исполнительного Комитета и Совета Народных Комиссаров СССР от 27/VI 1936 г. В этом постановлении говорилось о запрещении производства аборт, увеличении материальной помощи роженицам; установлении помощи многодетным, расширении сети родильных домов и детских учреждений.

В постановлении сказано: «Только в условиях социализма, где отсутствует эксплуатация человека человеком и где женщина является полноправным членом общества, а прогрессирующее повышение материального

благополучия трудящихся является законом общественного развития, можно серьезно поставить борьбу с абортными, в том числе и путем запретительных законов».

Лица, производящие аборт или понуждающие женщину к нему, караются законом и подвергаются тюремному заключению.

Каждая женщина, которой производился аборт без разрешения абортной комиссии, привлекается по закону к судебной ответственности. Постановлением от 27/VI 1936 г. были, кроме того, предусмотрены меры по укреплению семьи и улучшению воспитания детей.

Постановление обязывало увеличить в ближайшие 2½ года число родильных коих на 43 000, увеличить сеть яслей, молочных кухонь и т. д. Для проведения всех этих мероприятий государством были выделены дополнительные средства в сумме около 2 млрд. рублей.

В результате постановления от 27/VI 1936 г. число абортных резко снизилось и уменьшилось количество связанных с ним гинекологических заболеваний.

Одновременно число родов в СССР значительно увеличилось. В связи с этим и количество родильных коих стало быстро возрастать.

В ноябре 1936 г. на Чрезвычайном VIII Всесоюзном съезде Советов была принята Конституция Союза ССР.

В этом великом историческом документе ст. 122 гласит: «Женщине в СССР предоставляются равные права с мужчиной во всех областях хозяйственной, государственной, культурной и общественно-политической жизни.

Возможность осуществления этих прав женщин обеспечивается предоставлением женщине равного с мужчиной права на труд, оплату труда, отдых, социальное страхование и образование, государственной охраной интересов матери и ребенка, государственной помощью многодетным и одиноким матерям, предоставлением женщине при беременности отпусков с сохранением содержания, широкой сетью родильных домов, детских яслей и садов».

Таким образом, Конституция Союза ССР не только утверждает равноправие женщин, но и указывает пути его осуществления.

Даже в годы Великой Отечественной войны Советское правительство не оставило без внимания вопросы охраны материнства и детства. 8/VII 1944 г. был издан Указ Президиума Верховного Совета СССР «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усилении охраны материнства и детства, об установлении почетного звания „Мать-героиня” и учреждении ордена „Материнская слава” и медали „Медаль материнства”».

В Указе говорится: «Забота о детях и матерях и об укреплении семьи всегда являлась одной из важнейших задач советского государства.

Охраняя интересы матери и ребенка, государство оказывает большую материальную помощь беременным женщинам и матерям на содержание и воспитание детей. Во время войны и после войны, когда для многих семей имеются более значительные материальные затруднения, требуется дальнейшее расширение мероприятий государственной помощи».

В Указе предусматривается выдача государственного пособия многодетным матерям при рождении третьего и каждого следующего ребенка.

Было установлено государственное пособие одиноким матерям на содержание и воспитание детей до достижения ими 12-летнего возраста. Кроме того, одинокая мать получала возможность помещать детей на воспитание в детское учреждение.

Указ предоставил новые, увеличенные льготы для беременных женщин, матерей и предусмотрел меры по расширению сети учреждений охраны материнства и детства.

Отпуск по беременности и родам для работниц и служащих был увеличен с 63 до 77 календарных дней (35 дней до родов и 42 дня после родов). При ненормальных родах или рождении двойни послеродовой отпуск стал предоставляться на 56 дней. Руководителям предприятий и учреждений вменялось в обязанность предоставлять очередной отпуск, приурочив его к отпуску по беременности и родам. Женщин с четырех месяцев беременности было запрещено привлекать к сверхурочным работам как на предприятиях, так и в учреждениях, а женщин, имеющих грудных детей, — к работе в ночное время.

Совету Народных Комиссаров СССР было поручено утвердить план дополнительной организации домов матери и ребенка, домов отдыха для беременных и для ослабленных кормящих грудью матерей, предусмотреть организацию на предприятиях и в учреждениях, где работает много женщин, яслей, детских садов, комнат для кормления грудных детей и комнат личной гигиены женщины.

Указом от 8/VII 1944 г. учреждена медаль «Медаль материнства» I и II степени: матери, родившие и воспитавшие 5 детей, награждаются медалью II степени, а 6 детей — медалью I степени, учрежден орден «Материнская слава» I, II и III степени. Матери, родившие и воспитавшие 7 детей, награждаются орденом «Материнская слава» III степени, 8 детей — II степени и 9 детей — I степени.

Согласно этому Указу, матерям, родившим и воспитавшим 10 детей, присваивается почетное звание «Мать-героиня» с вручением ордена «Мать-героиня» и грамоты Президиума Верховного Совета СССР.

Кроме того, этот Указ внес изменения в законы о браке, семье и опеке, способствующие дальнейшему укреплению семьи.

Указ Президиума Верховного Совета СССР от 8/VII 1944 г. явился свидетельством огромной заботы партии и правительства о матери и ребенке.

В постановлении ЦК КПСС «О международном женском дне 8 марта», опубликованном в газете «Правда» от 1/III 1953 г., сказано: «Женщины-работницы показывают образцы коммунистической сознательности в борьбе за высокую производительность труда, за овладение передовой техникой, снижение себестоимости продукции, за выполнение и перевыполнение пятого пятилетнего плана развития СССР. Женщины-крестьянки активно борются за получение высоких и устойчивых урожаев, за всемерное развитие животноводства, за укрепление общественного хозяйства колхозов.

Деятельное участие советские женщины принимают в развитии науки, литературы и искусства. В научных, учебных и культурно-просветительных учреждениях СССР работают свыше двух с половиной миллионов женщин. Число женщин-специалистов с законченным высшим образованием составляет в настоящее время

более 900 тысяч человек. Свыше одного миллиона двухсот тысяч женщин обучается в высших и специальных средних учебных заведениях.

Большую работу ведут советские женщины в органах народного образования. Свыше миллиона женщин-учителей отдают свои силы и знания благородному делу воспитания подрастающего поколения в духе высокой идейности, пламенного советского патриотизма, беззаветной преданности великому делу коммунизма. Более миллиона женщин, в том числе 220 тысяч женщин-врачей, трудятся в поликлиниках, больницах, амбулаториях, санаториях и домах отдыха.

Среди женщин Советского Союза много новаторов промышленности, транспорта и сельского хозяйства, деятелей науки и культуры, пользующихся уважением всего советского народа. Звание Героя Советского Союза и Героя Социалистического Труда присвоено 2 334 женщинам. Более 800 тысяч женщин награждено орденами и медалями СССР. За выдающиеся работы в области науки, литературы и искусства, изобретательства, коренные усовершенствования методов производственной работы 741 женщина удостоена Сталинских премий.

Активное участие принимают женщины в управлении Советским государством: 280 женщин являются депутатами Верховного Совета СССР, 2 209 женщин — депутатами Верховных Советов союзных и автономных республик, свыше полумиллиона женщин — депутаты местных Советов. В числе народных судей и народных заседателей имеется более 40 процентов женщин.

Постоянной заботой окружена в нашей стране женщина-мать. Только в 1952 году Советское государство выплатило пособий многодетным и одиноким матерям и на новорожденных 6 миллиардов 355 миллионов рублей. Почетного звания „Мать-героиня” удостоено более 38 тысяч женщин. Орденами „Материнская слава” и „Медалью материнства” награждено свыше 3 миллионов 800 тысяч женщин».

Постоянный рост лечебной и профилактической помощи женскому населению в СССР выражается не только в увеличении числа родильных домов и женских консультаций, но и в улучшении их оснащения. Кроме того, из года в год увеличивается число врачей-специалистов, акушерок, медицинских сестер.

Наряду с огромными достижениями в практической работе по родовспоможению, партия и правительство создали все условия для невиданного роста акушерско-гинекологической науки. Были организованы акушерско-гинекологические научно-исследовательские институты, стали проводиться всесоюзные и республиканские съезды акушеров-гинекологов, собираться научные общества. Начало издаваться большое количество книг и журналов для врачей, акушеров и медицинских сестер.

Следует отметить представителей советских акушеров-гинекологов, имеющих большие заслуги перед отечественной наукой; к их числу относятся: В. С. Груздев (Казань), К. К. Скробанский, В. В. Строганов, А. П. Николаев, Л. И. Бубличенко (Ленинград), Б. А. Архангельский, Н. А. Цовьянов (Москва), Г. Ф. Писемский (Киев) и многие другие.

Большие достижения акушерства и гинекологии за последние годы неразрывно связаны с применением в практике трудов великих русских ученых И. П. Павлова и И. В. Мичурина.

Так, например, массовое применение обезболивания родов стало возможным только на основе физиологического учения И. П. Павлова.

Директивы XIX съезда партии по пятому пятилетнему плану развития СССР на 1951—1955 гг. ярко свидетельствуют об успешном движении СССР по пути к коммунизму.

В директивах XIX съезда партии сказано: «Успешное выполнение четвертого пятилетнего плана позволяет принять новый пятилетний план, обеспечивающий дальнейший подъем всех отраслей народного хозяйства, рост материального благосостояния, здравоохранения и культурного уровня народа».

Предусматривается дальнейший рост здравоохранения в новой пятилетке: «Обеспечить дальнейшее улучшение и развитие здравоохранения населения.

Расширить за пятилетие сеть больниц, диспансеров, родильных домов, санаториев, домов отдыха, детских яслей, детских садов, увеличив число коек в больницах не менее чем на 20 процентов, число мест в санаториях, примерно, на 15 процентов, в домах отдыха — на 30 процентов, в детских яслях — на 20 процентов и детских садах — на 40 процентов.

Увеличить за пятилетие число больничных коек по Литовской ССР, примерно, на 40 процентов, Латвийской ССР — на 30 процентов и Эстонской ССР — на 30 процентов.

Обеспечить дальнейшее оснащение больниц, диспансеров, санаториев новейшим медицинским оборудованием и повышение культуры их работы.

Увеличить за пятилетие количество врачей в стране не меньше чем на 25 процентов и расширить мероприятия по усовершенствованию врачей.

Направить усилия медицинских научных работников на решение важнейших задач здравоохранения, сосредоточив особое внимание на вопросах профилактики, обеспечить быстрее внедрение в практику достижений медицинской науки.

Увеличить в 1955 году не менее чем в 2,5 раза по сравнению с 1950 годом производство медикаментов, медицинского оборудования и инструментов, обратив особое внимание на расширение производства новейших медикаментов и других эффективных лечебно-профилактических средств, а также современного диагностического и лечебного медицинского оборудования.

Обеспечить дальнейшее развитие физической культуры и спорта».

Нет сомнений в том, что новый пятилетний план будет также успешно выполнен, как выполнялись планы предшествующих четырех пятилетий.

В достижениях советского здравоохранения и, в частности, достижениях акушерско-гинекологической помощи населению большое значение имела и будет иметь работа медицинских сестер.

Высококультурная, политически грамотная и медицински образованная сестра является ближайшим помощником врача во всей его профилактической и лечебной работе. Она не только выполняет различные назначения врача и ведет уход за женщинами, находящимися в гинекологическом отделении, родильном доме, но и за новорожденными. Находясь около больной, она наблюдает за ее состоянием, сообщает врачу о всех происходящих изменениях и тем самым способствует назначению правильного лечения. Сестра организует и контролирует работу младшего персонала, повседневно улучшает качество обслуживания больных.

Труд медицинской сестры находит широкое применение в объединенном акушерско-гинекологическом учреждении. В женских консультациях, в отделениях стационаров (послеродовом, палатах новорожденных, гинекологическом отделении и др.) работает, как правило, медицинская сестра. Нередко ей приходится работать в отделении патологии беременности, а иногда и в родовом зале, заменяя акушерку. Медицинской сестре иногда приходится самостоятельно оказывать неотложную акушерско-гинекологическую помощь, принимать роды.

Поэтому изучение основ акушерства и гинекологии имеет большое место в подготовке будущей медицинской сестры.

АНАТОМИЯ ЖЕНСКОГО ТАЗА И ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

ЖЕНСКИЙ ТАЗ

1. Кости таза

Таз женщины состоит из двух безымянных костей, крестца и копчика. Каждая безымянная кость состоит из трех сросшихся между собой костей: подвздошной, лонной и седалищной. Кости таза соединены друг с другом почти неподвижными сочленениями. Сзади обе безымянные кости соединены с крестцом при помощи крестцово-подвздошных сочленений. Спереди эти кости соединены друг с другом лонным сочленением, иначе называемым симфизом. Крестец соединен с копчиком подвижным сочленением. Между крестцом и безымянными костями и в области лонного сочленения расположены очень крепкие связки. Вследствие этого все кости таза оказываются очень прочно соединенными друг с другом. При исследовании костного таза легко можно определить крестец, лонное сочленение, гребешки подвздошных костей и их передне-верхние ости (рис. 1). Эти образования имеют значение для измерения размеров таза.

Костный таз делят на два отдела: большой и малый таз. Границей между этими двумя отделами является пограничная линия, образующая вход в малый таз (рис. 1).

Большой таз играет сравнительно небольшую роль в практическом акушерстве и гинекологии. Малый таз, наоборот, имеет очень большое значение. Он образует костный канал таза, в котором расположены внутренние половые органы женщины; через канал таза проходит при рождении плод (рис. 2).

Задняя стенка канала малого таза образована внутренней поверхностью крестца и выгнута кзади. Боковые

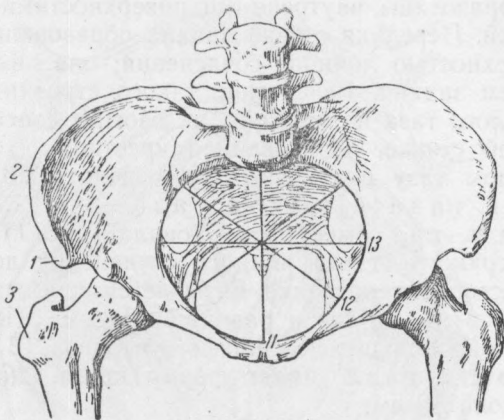


Рис. 1. Вход в малый таз.

1 — передне-верхняя ость подвздошной кости; 2—гребешок подвздошной кости; 3 — большой вертел бедренной кости.

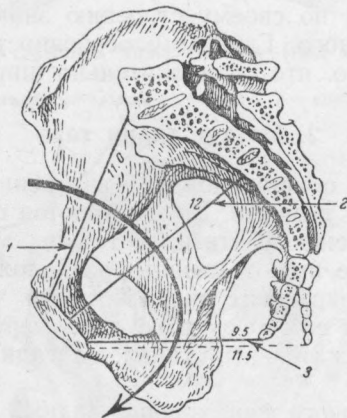


Рис. 2. Таз в разрезе. Канал малого таза.

1 — прямой размер входа в малый таз; 2 — прямой размер полости малого таза; 3 — прямой размер выхода малого таза. Линией со стрелкой показано направление канала малого таза.

стенки образованы внутренними поверхностями безымянных костей. Передняя стенка канала образована внутренней поверхностью лонного сочленения; она значительно короче чем задняя. Вследствие такого строения костный канал малого таза не прямой, а изогнут соответственно его задней стенке, образованной крестцом.

В малом тазу различают три отдела: вход в таз, полость таза и выход таза.

Вход в таз имеет форму овала (рис. 1). Расстояние от верхнего отдела лонного сочленения до вершины I крестцового позвонка называется прямым размером входа в малый таз и равняется 11 см. Поперечный размер входа больше, чем прямой, и равен 13 см.

Полость таза имеет форму круга, диаметр которого около 12 см.

Выход таза имеет овальную форму.

Благодаря подвижности сочленения крестца и копчика, последний может во время родов значительно отгибаться кзади. При этом прямой размер выхода равняется 11,5 см; поперечный размер выхода меньше прямого и равняется 10,5 см.

Женский таз по своему строению значительно отличается от мужского. Главными особенностями женского таза является то, что он значительно шире и ниже, чем мужской.

2. Мягкие ткани таза

Костный таз с наружной и внутренней поверхности покрыт мягкими тканями. Здесь имеются связки, которые укрепляют сочленения таза, а также мышцы. Особо важное значение имеют мышцы, расположенные в выходе таза. Они закрывают снизу костный канал малого таза и образуют его тазовое дно, через которое проходит мочеиспускательный канал, влагалище и прямая кишка.

Мышцы тазового дна хорошо видны, если удалить кожу и подкожную клетчатку снаружи со стороны половых органов и промежности (рис. 3). Мышцы расположены отдельными пучками и образуют три слоя. Между отдельными пучками и слоями мышц имеется прослойка из соединительной ткани. Снаружи мышцы тазового дна покрыты довольно толстым слоем подкожной жировой клетчатки, а поверх нее — кожей.

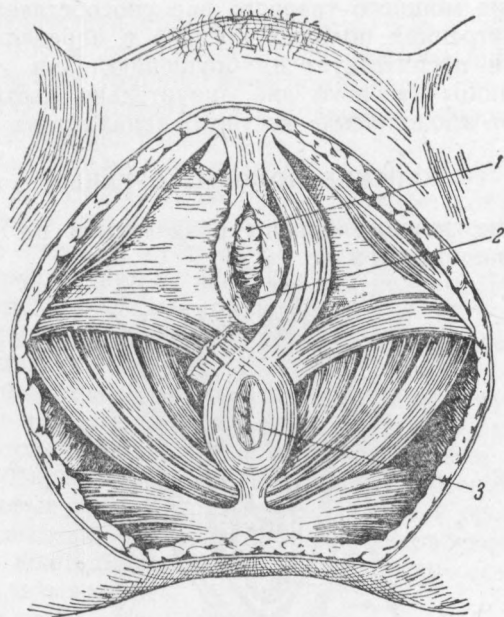


Рис. 3. Мышцы тазового дна (вид снаружи — снизу).

1 — мочеиспускательный канал; 2 — влагалище;
3 — прямая кишка.

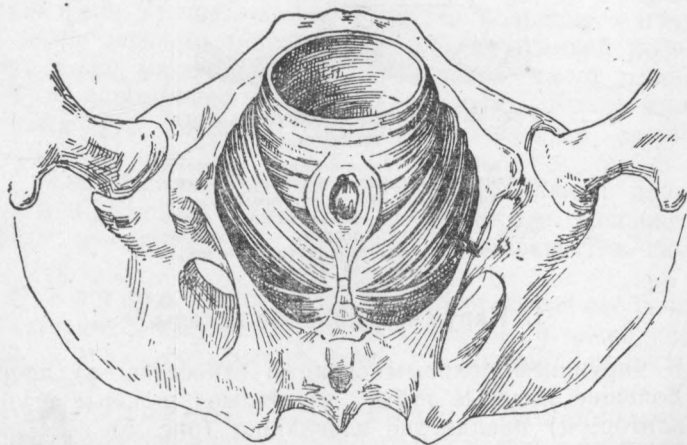


Рис. 4. Растянутые в виде трубки мышцы тазового дна при рождении плода.

Наличие мощного тазового дна способствует удерживанию внутренних половых органов в определенном положении и препятствует их опущению. При рождении плода мышцы тазового дна значительно растягиваются и образует продолжение костного канала таза (рис. 4).

ЖЕНСКИЕ ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ

Женские половые органы разделяются на наружные и внутренние.

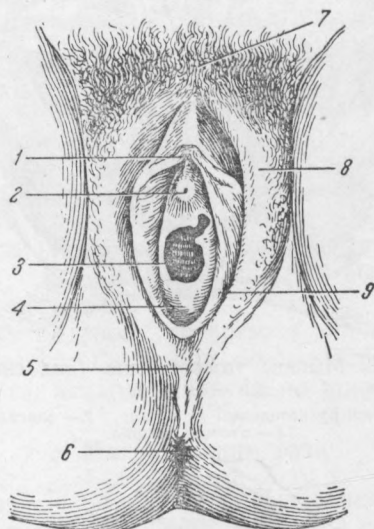


Рис. 5. Наружные половые органы женщины.

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

1. Наружные половые органы

К наружным половым органам относятся: а) лобок; б) большие половые губы; в) малые половые губы; г) клитор; д) преддверие влагалища (рис. 5).

а) Лобок — самая нижняя часть брюшной стенки, расположенная спереди от лонного сочленения. У жен-

щины, достигшей половой зрелости, лобок покрыт волосами, которые отчасти переходят на большие половые губы. Верхняя граница волосистой части проходит большей частью горизонтально. Подкожная жировая клетчатка лобка хорошо развита.

б) Большие половые губы (*labia pudenda majora*) представляют собой две толстые кожные складки. В толще их имеется значительное отложение жира. Большие половые губы могут непосредственно соприкасаться друг с другом; часто малые половые губы выступают наружу — между большими.

Между большими половыми губами имеется щель, называемая половой щелью.

В толще задней части больших половых губ расположены большие железы преддверия, называемые бартолиновыми железами. Они имеют выводной проток, открывающийся на внутренней поверхности больших половых губ, на границе их задней и средней трети. Железы выделяют слизистый секрет щелочной реакции. В толще кожи больших губ расположено много потовых и сальных желез.

Кзади от больших половых губ расположена промежность.

в) Малые половые губы (*labia pudenda minora*) также представляют собой две кожные складки. Однако они значительно тоньше, чем большие, и покрыты более нежной, тонкой кожей. С внутренней поверхности кожа малых губ особенно нежна, имеет розовый цвет и напоминает слизистую оболочку. Кожа малых половых губ содержит большое количество сальных желез.

Спереди малые половые губы соединяются друг с другом. Сзади они постепенно делаются все меньше и тоньше и сливаются с внутренней поверхностью больших губ.

г) Клитор (*clitoris*) представляет собой небольшое образование, похожее на бугорок. Он расположен спереди, в месте соединения друг с другом малых половых губ.

д) Преддверие влагалища (*vestibulum vaginae*) становится видимым, если развести в стороны малые половые губы. Оно покрыто слизистой оболочкой и имеет розовый цвет.

В передней части преддверия находится наружное отверстие мочеиспускательного канала (urethra). В средней части преддверия расположен вход во влагалище.

На границе преддверия и влагалища имеется тонкая поперечно расположенная складка слизистой, которая называется девственной плевой, или гименом (hymen). Пока женщина не жила половой жизнью, отверстие гимена щелевидное или округлое диаметром около 1 см. При первом половом сношении гимен надрывается. Во время родов он разрывается еще больше. У рожавшей женщины сохраняются только отдельные, небольшие остатки гимена, имеющие вид сосочков розового цвета.

2. Внутренние половые органы

К внутренним половым органам относятся: а) влагалище; б) матка; в) маточные трубы; г) яичники (рис. 6 и 7).

а) Влагалище (vagina) представляет собой трубку длиной около 10 см. Стенки влагалища соприкасаются друг с другом. Однако оно может легко и значительно растягиваться.

Внутренняя стенка влагалищной трубки покрыта слизистой оболочкой, имеющей много складок. Кнаружи от слизистой оболочки расположен тонкий слой мышц, а затем соединительная ткань, отделяющая влагалище от соседних с ним органов.

Спереди от влагалища проходит мочеиспускательный канал, выходящий из мочевого пузыря, а сзади расположена прямая кишка.

Сверху во влагалищную трубку вдается часть шейки матки. Верхняя часть влагалища образует вокруг шейки матки углубление, называемое сводом влагалища. Различают переднюю, заднюю и боковые части свода, которые называются: передний свод, задний свод, боковые (правый и левый) своды.

Слизистая оболочка влагалища не имеет желез, однако находится постоянно в увлажненном состоянии. Выделения, находящиеся во влагалище, образуются главным образом за счет пропотевания сыворотки крови из кровеносных сосудов, расположенных в стенке влагалища, а отчасти за счет слизи, образующейся в железах канала шейки матки.

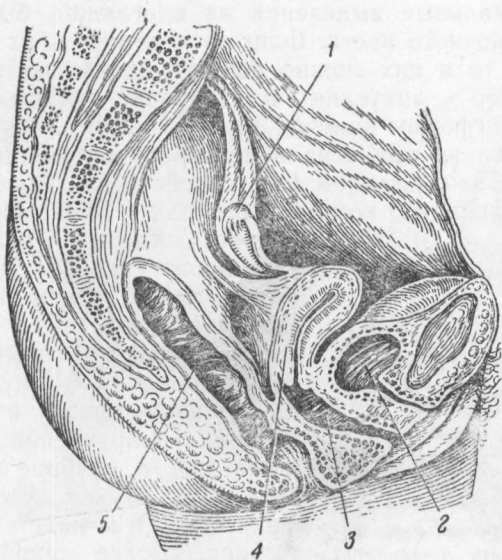


Рис. 6. Органы, расположенные в малом тазу женщины (в разрезе).

1 — маточная труба; 2 — мочевого пузыря; 3 — влагалище; 4 — матка; 5 — прямая кишка.

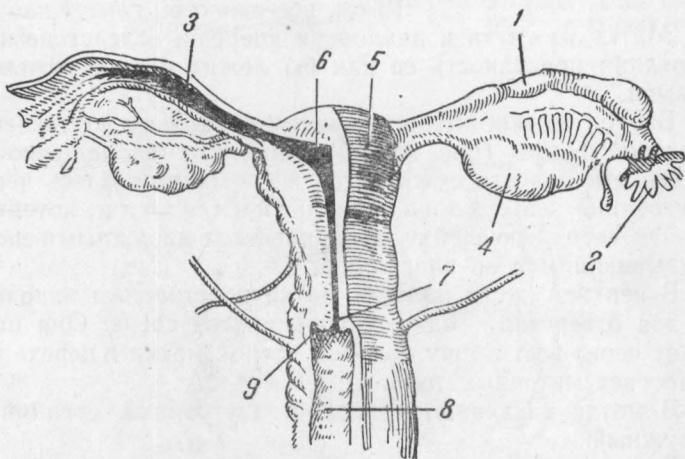


Рис. 7. Внутренние половые органы женщины.

1 — маточная труба; 2 — бахромки трубы; 3 — канал трубы; 4 — яичник; 5 — матка; 6 — полость матки; 7 — шейка матки; 8 — влагалище; 9 — правый свод влагалища.

Нормальные выделения из влагалища бывают скудные, молочного цвета. Если рассматривать их под микроскопом, то в них можно увидеть единичные клетки влагалищного эпителия и довольно много микробов, имеющих форму палочек (рис. 8). Влагалищные палочки не только не приносят никакого вреда женщине, а, наоборот, даже полезны. Они содействуют образованию молочной кислоты, которая составляет 0,5% влагалищного секрета. Кислая реакция влагалищного секрета препятствует размножению в нем болезнетворных микробов.

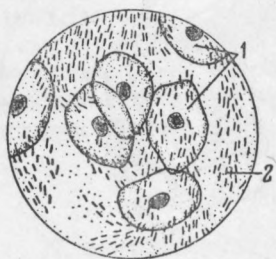


Рис. 8. Нормальные выделения из влагалища под микроскопом.

1 — клетки влагалищного эпителия; 2 — влагалищные палочки.

б) Матка (uterus) имеет грушевидную форму, несколько уплощенную в переднезаднем направлении. Расположена она в глубине малого таза. Более узкая часть — шейка матки — вляется во влагалище. Более широкая часть ее называется телом матки и обращена в брюшную полость. Длина матки около 10 см, вес около 50 г.

Матка изогнута и наклонена кпереди, вследствие чего передняя поверхность ее как бы лежит на дне мочевого пузыря.

Внутри матки имеется щелевидная полость треугольной формы (рис. 9 и 10). Вниз по направлению к шейке эта полость суживается и сообщается здесь через внутренний зев с каналом шейки матки, который, пройдя через всю шейку, заканчивается наружным зевом, открывающимся во влагалище.

В верхней части полости матки по сторонам находятся два отверстия — одно справа, другое слева. Они проходят через всю толщу боковых стенок матки и переходят в просвет маточных труб.

В матке различают три слоя: внутренний, средний и наружный.

Внутренний слой — слизистая оболочка (endometrium). Покрывающие ее клетки эпителия снабжены с поверхности мерцательными ресничками, движения которых направлены сверху вниз. В толще слизистой оболочки

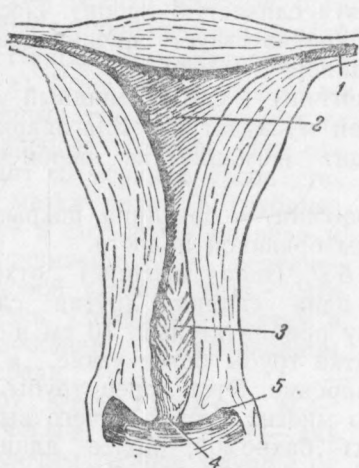


Рис. 9. Продольный разрез матки через трубные углы.

1 — маточная труба; 2 — полость матки; 3 — канал шейки матки; 4 — наружный зев матки; 5 — свод влагалища.

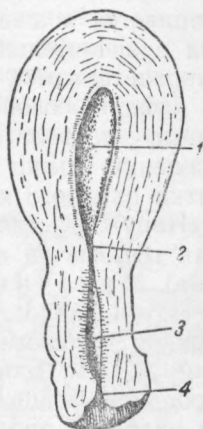


Рис. 10. Продольный разрез матки в передне-заднем разрезе.

1 — полость матки; 2 — внутренний зев; 3 — канал шейки матки; 4 — наружный зев.

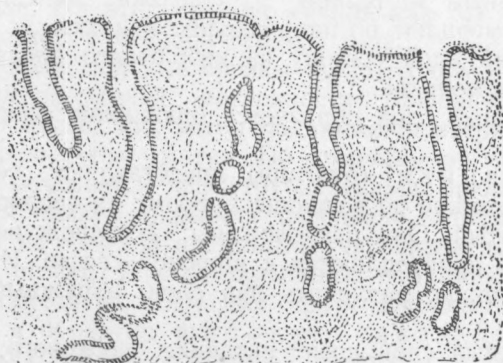


Рис. 11. Железы слизистой оболочки матки под микроскопом.

имеется очень большое количество желез в виде прямых и извитых трубочек (рис. 11).

Слизистое отделяемое желез канала шейки матки скопляется в шейке, образуя слизистую пробку. Последняя в значительной мере препятствует проникновению микроорганизмов из влагалища в матку.

Средний слой (*myometrium*) — самый мощный слой матки — состоит из гладкой мускулатуры. Благодаря сокращению мышц происходит изгнание из беременной матки плодного яйца.

Наружный слой (*perimetrium*) — брюшина, покрывающая тело матки со стороны брюшной полости.

в) М а т о ч н ы е т р у б ы (*tubae uterinae*) отходят от матки около ее дна — одна справа, другая слева. Каждая труба имеет длину приблизительно 10 см и толщину 0,5 см. Ближе к матке трубы более узкие, а на свободном конце более широкие. Этот конец трубы как бы надрезан продольно во многих местах, отчего выглядит бахромчатым. Одна из бахромок, более длинная, свисает по направлению к яичнику, который расположен под трубой. Через всю трубу проходит тонкий канал. Один конец его открывается в полость матки, а другой — в брюшную полость.

Стенка трубы, как и стенка матки, состоит из трех слоев: внутреннего, среднего и наружного.

Внутренний слой — слизистая оболочка. Она покрыта мерцательным эпителием и содержит железы. Ворсы эпителия мерцают по направлению к матке.

Средний слой состоит из небольшого числа гладких мышечных волокон.

Наружный слой образуется брюшиной, покрывающей трубу.

г) Я и ч н и к и (*ovarium*) представляют собой два тельца, похожие по величине и форме на чернослив; цвет их розоватый. Они расположены непосредственно под трубами и прикрепляются к широкой связке. На разрезе яичника можно различить два слоя: наружный и внутренний.

Наружный слой носит название коркового; в нем расположены женские зародышевые клетки.

Внутренний слой содержит большое количество кровеносных сосудов и нервов (рис. 12).

3. Связки внутренних половых органов, брюшина и клетчатка малого таза

Внутренние половые органы удерживаются в правильном положении благодаря наличию связок.

Наибольшее значение имеют следующие связки:

а) Круглые связки представляют собой два круглых тяжа, состоящих главным образом из гладких мышечных волокон. Они отходят от верхних углов тела матки рядом с трубами, идут в стороны и кпереди и заканчиваются у переднебоковой стенки таза. Эти связки удерживают матку в положении, наклоненном кпереди.

б) Крестцово-маточные связки — два мышечных пучка, идущие от задней поверхности шейки матки по направлению кзади и прикрепляющиеся к крестцу.

в) Связки яичника — одна связка яичника отходит от внутреннего края яичника и прикрепляется к матке, а другая — от наружной стороны яичника к стенке таза. На этих связках яичник как бы подвешен между маткой и боковой стенкой таза.

Внутренние половые органы покрыты брюшиной. Она спускается по задней поверхности брюшной полости глубоко в малый таз, затем поднимается вверх и покрывает заднюю стенку матки. По сторонам от матки брюшина перекидывается через трубы. Дальше брюшина опускается книзу, покрывает переднюю стенку матки, переходит на мочевой пузырь и на переднюю поверхность брюшной стенки. Листки брюшины, поднимающиеся на трубы и спускающиеся с них, почти соприкасаются друг с другом и образуют широкую связку. Последняя идет с двух сторон от боковой поверхности тела матки к стенке таза.

К задней поверхности широкой связки прикреплен, как уже говорилось, яичник. Пространство между

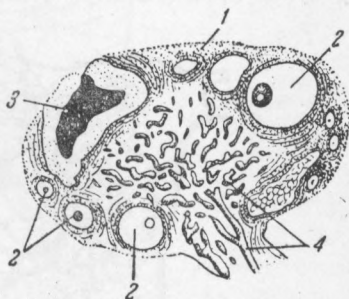


Рис. 12. Яичник взрослой женщины в разрезе (схема).

1 — корковый слой; 2 — фолликулы;
3 — желтое тело; 4 — сосуды внутреннего слоя яичника.

листочками брюшины, из которых образована широкая связка, заполнено значительным количеством рыхлой соединительной ткани—параметральной (околоматочной) клетчаткой. Клетчатка имеется также под брюшиной между передней поверхностью матки и мочевым пузырем и между шейкой матки и прямой кишкой.

Связки, брюшина, клетчатка и тазовое дно способствуют правильному положению внутренних половых

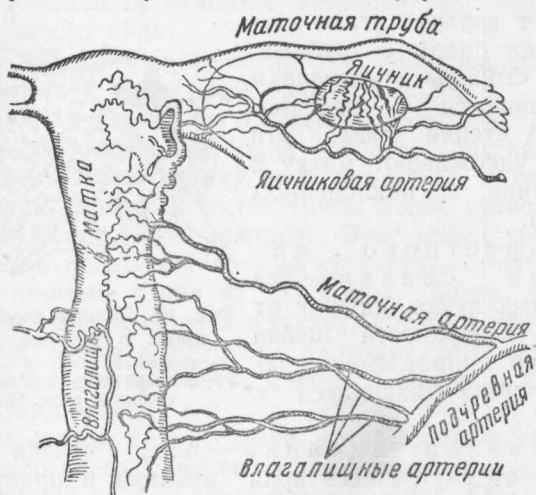


Рис. 13. Кровеносные сосуды половых органов.

органов в малом тазу. В то же время внутренние половые органы и, в частности, матка легко изменяют свое положение при наполнении смежных органов (мочевой пузырь, прямая кишка), при развитии опухолей в малом тазу, при беременности.

Маточные трубы, яичники и связки матки, вместе взятые, обычно называют придатками матки.

4. Кровеносная, лимфатическая и нервная система половых органов

Половые органы имеют богатое кровоснабжение (рис. 13). От подчревных артерий, проходящих около боковых стенок малого таза, к шейке матки идут правая и левая маточные артерии. Они проходят в нижнем отделе широкой связки, доходят до шейки матки и здесь делятся на две ветви: одна ветвь поднимается кверху по

боковой поверхности матки и сливается с яичниковой артерией; вторая ветвь маточной артерии спускается вниз к шейке и влагалищу.

Яичниковые артерии отходят от брюшной аорты, спускаются в таз и от боковых его стенок прохо-

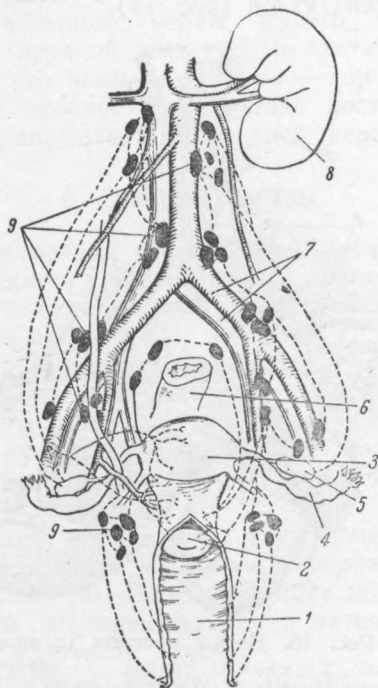


Рис. 14. Лимфатическая система половых органов.

1 — влагалище; 2 — шейка матки; 3 — матка; 4 — труба; 5 — яичник; 6 — прямая кишка; 7 — кровеносные сосуды; 8 — почка; 9 — лимфатические узлы.

дят в верхнем отделе широкой связки ко дну матки; эти артерии отдают по пути ветви к яичнику и трубе. От дна матки яичниковая артерия направляется книзу и сливается с восходящей ветвью маточной артерии.

От маточной и яичниковой артерии отходит много мелких артерий, снабжающих кровью половые органы. Каждой артерии соответствуют вены, отводящие кровь.

Помимо маточных и яичниковых артерий и вен, в тазу проходят еще и некоторые другие, более мелкие кровеносные сосуды, доставляющие и отводящие кровь.

Лимфатическая система половых органов состоит из большого количества лимфатических сосудов и лимфатических узлов (рис. 14).

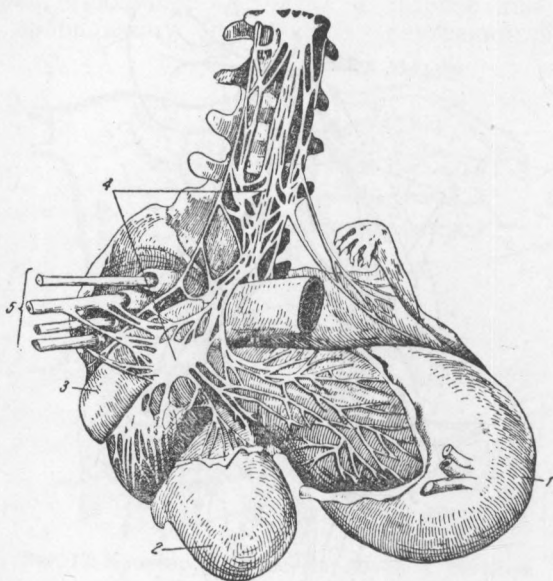


Рис. 15. Нервы половых органов.

1 — матка; 2 — мочевого пузыря; 3 — прямая кишка;
4 — нервные сплетения; 5 — нервы, идущие от спинного мозга.

От наружных половых органов лимфа отводится к лимфатическим узлам, которые расположены в паховых областях. От верхних отделов влагалища и шейки матки лимфа направляется к узлам, лежащим у основания широких связок. От тела матки, труб и яичников лимфа отводится к узлам, расположенным около проходящих больших кровеносных сосудов в области поясницы.

Нервная система половых органов очень сложна (рис. 15). Иннервация их происходит частью за счет волокон, идущих непосредственно от спинного мозга,

частью за счет вегетативной нервной системы — симпатической и парасимпатической. Все эти нервы и их сплетения отдают волокна к матке, трубам, яичникам, влагалищу, тазовому дну и наружным половым органам. Волокна от этих нервов подходят также к прямой кишке и мочевому пузырю.

Все многочисленные нервы малого таза связаны с центральной нервной системой, в частности, с головным мозгом и его высшим отделом — корой. Вследствие этого функции органов малого таза постоянно регулируются и направляются центральной нервной системой.

5. Смежные органы

В непосредственном соседстве с женскими половыми органами находится мочевой пузырь, мочеточники, мочеиспускательный канал и прямая кишка, которые также расположены в малом тазу.

Мочевой пузырь расположен между лонным сочленением и передней поверхностью матки (рис. 6). Вместимость его у взрослой женщины 500 мл. Наполнение мочевого пузыря отражается на положении матки в тазу. При наполнении его матка отходит кзади и вверх.

Моча попадает в пузырь по двум мочеточникам. Они отходят от почек, идут по бокам позвоночника и спускаются в малый таз. Здесь они идут по направлению к шейке матки, перекрещиваются с маточными артериями и впадают в мочевой пузырь.

Моча удаляется из мочевого пузыря через мочеиспускательный канал. Он проходит спереди от влагалища и заканчивается наружным отверстием, расположенным в переднем отделе преддверия влагалища. Мочеиспускательный канал у женщин имеет длину 3—4 см. Он короче и шире, чем у мужчин.

Прямая кишка представляет собой конечный отдел кишечника (рис. 6). Она располагается кзади от матки и влагалища и заканчивается заднепроходным отверстием. Это отверстие замыкается довольно мощной кольцевидной мышцей — сфинктером заднепроходного отверстия.

Мочевой пузырь, мочеиспускательный канал и прямая кишка отделены от смежных с ними половых органов

прослойкой рыхлой соединительной ткани — клетчаткой. Мочевой пузырь сверху, а прямая кишка спереди покрыты брюшиной, которая переходит затем на тело матки.

6. Молочные железы

Молочные железы у разных женщин имеют неодинаковую форму (округлая, свисающая) и величину.

Они состоят из 15—20 отдельных желез — долек, между которыми располагаются прослойки соединительной ткани, богатой жировыми клетками (рис. 16). Дольки молочных желез в свою очередь состоят из клеток, способных вырабатывать молоко.

От каждой дольки молочной железы отходит выводной проток, который направляется к соску. Подходя к соску, выводные протоки отдельных долек сливаются друг с другом и заканчиваются одним, двумя или тремя общими протоками, которые открываются на вершуске соска.

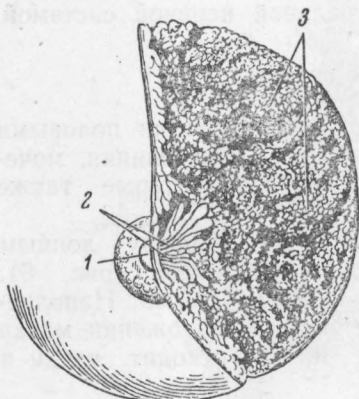


Рис. 16. Молочная железа.

1 — сосок; 2 — выводные протоки;
3 — дольки железы.

Сосок расположен посредине молочной железы и, как правило, значительно выступает над ее поверхностью. Кожа самого соска и часть кожи вокруг него образуют околососковый кружок, который имеет коричневатую окраску вследствие отложения пигмента. На пигментированной части кожи вокруг соска имеется значительное количество сальных желез.

В период полового созревания молочные железы развиваются. Перед менструацией они набухают, а при беременности, кроме того, начинают образовывать секрет. Функция молочных желез зависит от состояния всего организма и находится в тесной взаимосвязи с функцией половых органов и, в частности, яичников.

У старых женщин молочные железы атрофируются.

ФИЗИОЛОГИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

1. Циклические процессы в яичнике

В наружном, корковом, слое яичника находится около 100 000 особых крупных клеток. Это — женские зародышевые клетки, или, как их называют, яйцевые клетки.

Каждая из этих яйцевых клеток окружена значительным количеством мелких эпителиальных клеток. Яйцевая клетка вместе с окружающими ее эпителиальными клетками образует так называемый первичный фолликул. Каждый из фолликулов отделен от другого прослойкой соединительной ткани (рис. 17).

В фолликулах происходит своеобразный процесс — созревание их. Этот процесс заключается в том, что время от времени в том или другом фолликуле начинают размножаться эпителиальные клетки, расположенные вокруг яйцевой. Дальнейший ход созревания фолликула может прерваться. Клетки, входящие в его состав, уменьшаются в размерах и затем совсем исчезают, а на месте фолликула разрастается соединительная ткань.

Однако в других фолликулах процесс созревания продолжается. Количество эпителиальных клеток делается все большим и большим. Постепенно внутри фолликула образуется полость, которая заполняется жидкостью, образуемой его клетками. Фолликул теперь представляет собой пузырек, на внутренней стенке которого расположена яйцевая клетка, окруженная большим количеством эпителиальных клеток (рис. 18).

Созревший фолликул становится довольно большим, величиной с горошину.

По мере созревания фолликула и его роста поверхность яичника в месте его расположения истончается и, наконец, разрывается. Жидкость, находящаяся в фолликуле, изливается, и яйцевая клетка из него выпадает —

происходит так называемая овуляция. Овуляция происходит периодически — один раз через каждые 3—4 недели.

При разрыве стенки фолликула образуется небольшое кровоизлияние в его полость. Эпителиальные клетки лопнувшего фолликула начинают размножаться и в них откладывается большое количество пигмента желтого цвета. В итоге на месте бывшего фолликула образуется так называемое желтое тело.

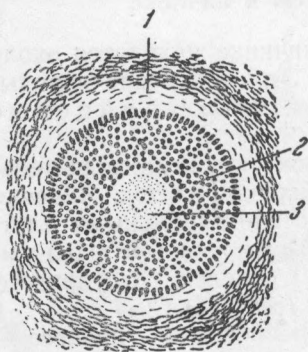


Рис. 17. Строение первичного фолликула.
1—оболочка фолликула; 2—эпителиальные клетки; 3—яйцевая клетка.

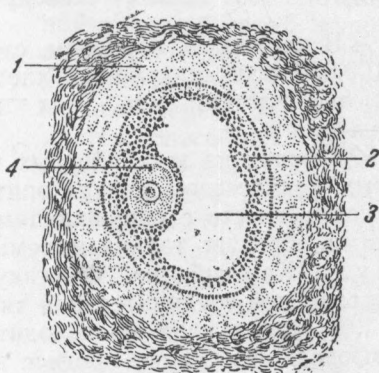


Рис. 18. Созревание фолликула.
1—оболочка фолликула; 2—эпителиальные клетки; 3—полость фолликула; 4—яйцевая клетка.

Желтое тело, просуществовав несколько дней, начинает рассасываться и исчезает, а его клетки замещаются соединительной тканью.

Фолликул и желтое тело являются железами внутренней секреции. Каждая из этих желез образует особый секрет — гормон, который поступает в кровеносные сосуды яичника, а затем разносится с кровью по всему организму женщины. Гормон фолликула называется фолликулином, а гормон желтого цвета — прогестероном.

Фолликулин и прогестерон оказывают влияние на организм женщины: на все органы и системы. Наряду с этим, нервная система регулирует деятельность яичников и образование гормонов.

Таким образом, в яичнике периодически образуются две железы внутренней секреции — сначала фолликул,

затем желтое тело, затем снова фолликул и опять новое желтое тело и т. д.

В яичнике с развитием фолликулов идет периодическое созревание и яйцевых клеток.

В детском возрасте созревание фолликулов не доходит до конца. Полное созревание, лопание фолликула (овуляция) и образование желтого тела начинаются только в возрасте 12—16 лет, когда происходит половое созревание женского организма.

Примерно к 45 годам все эти процессы, происходившие в яичнике женщины, постепенно прекращаются. К этому периоду из сотни тысяч фолликулов, находившихся в яичниках, успевает развиться до конца только около 400, остальные же фолликулы исчезают и заменяются соединительной тканью. Яичник старой женщины уже не содержит в себе фолликулов.

2. Циклические процессы в матке

Циклические процессы происходят не только в яичниках, но и в матке. Наиболее ярким выражением этих процессов являются менструации.

Менструациями (menses), или месячными, называются периодические выделения крови из матки.

Во время менструаций и в промежутках между ними в матке постоянно происходят своеобразные изменения.

При менструациях кровеносные сосуды, проходящие в слизистой оболочке матки, надрываются и происходит частичное ее отторжение. По окончании менструаций в течение нескольких дней происходит восстановление слизистой оболочки матки путем размножения эпителиальных клеток. В последующие дни железы слизистой оболочки удлиняются, извиваются и становятся шире, а затем начинают выделять слизь. Внутренний слой матки утолщается, становится рыхлым и полнокровным и, наконец, приходит новая менструация. Весь этот процесс носит название менструального цикла; продолжительность его составляет в среднем 3—4 недели.

Первый раз менструации появляются обычно в возрасте 12—16 лет, т. е. в тот же период жизни женщины, когда в яичниках начинается процесс овуляции.

Менструации появляются регулярно через каждые 3—4 недели. Промежуток между двумя менструациями

принято считать от первого дня одной менструации до первого дня следующей. Например, если менструация началась 1 января и продолжалась до 5 января, а следующая появилась 28 января, то считают, что она пришла через 28 дней или через 4 недели.

Продолжительность менструации, как и количество теряемой крови, различна у разных женщин. В среднем менструация продолжается 3—4 дня; за это время женщина теряет не более 100 мл крови. Менструальная кровь не свертывается, имеет темный цвет и своеобразный запах.

В течение жизни женщины характер менструаций иногда изменяется. Они становятся более или менее продолжительными, количество теряемой крови может несколько увеличиваться или уменьшаться. Реже изменяется продолжительность промежутков между отдельными менструациями. Значительное изменение в характере менструаций наступает только при каком-либо заболевании женщины.

Приблизительно к 45 годам промежутки между отдельными менструациями удлиняются до 2—3 и более месяцев, изменяется количество теряемой крови. Такое состояние продолжается иногда 2—4 года и совпадает с угасанием деятельности яичников. Наконец, менструации совершенно прекращаются.

3. Овариально-менструальный цикл

Между созреванием фолликула, овуляцией и образованием желтого тела в яичнике, с одной стороны, и изменениями в слизистой оболочке матки и менструацией — с другой, существует постоянная связь.

Начало и конец циклических процессов в яичниках и в матке совершаются у женщины в определенные периоды ее жизни.

Кроме того, установлено, что овуляция происходит, как правило, приблизительно в середине между двумя менструациями.

Если у женщины менструации появляются через каждые 4 недели, то овуляция происходит через две недели после начала последней менструации и за две недели до начала следующей. Следовательно, в течение двух недель после начала последней менструации происходит

созревание фолликула, а затем в течение двух недель до следующей менструации функционирует желтое тело.

Ко времени овуляции слизистая оболочка матки не только восстанавливается после менструации, но начинается утолщение ее и развитие в ней желез. После овуляции и начала функционирования желтого тела железы слизистой оболочки расширяются и в них накапливается слизь. Состояние слизистой в этот период благоприятное для того, чтобы в матке могло привиться плодное яйцо.

Все это позволяет заключить, что фолликулин и прогестерон способствуют подготовке слизистой оболочки матки к восприятию яйца; кроме того, гормон желтого тела — прогестерон — тормозит на время созревание нового фолликула.

За последние годы было установлено, что цикличность процессов, происходящих в яичниках и в матке, находится в зависимости от ритмических изменений функции еще одной железы внутренней секреции — мозгового придатка (гипофиз). В нем периодически образуется два вида гормона — пролана, один из них способствует созреванию фолликула, а другой — образованию желтого тела.

Циклические процессы, происходящие в гипофизе, яичниках и в матке, совершаются строго регулярно и последовательно, почему и называются *о в а р и а л ь н о м е н с т р у а л ь н ы м* циклом (рис. 19).

Овариально-менструальный цикл нельзя рассматривать как процесс, строго ограниченный только гипофизом, яичниками и маткой. Прежде всего надо указать, что сам гипофиз, так же как и все другие органы, находится под постоянным регулирующим воздействием центральной нервной системы. В то же время периодическое выделение гормонов яичника оказывает влияние на нервную систему и вызывает множество изменений во всем организме женщины. Доказано, что в связи с овариально-менструальным циклом происходят изменения деятельности всех желез внутренней секреции, сердечно-сосудистой системы, изменения в обмене веществ и т. д. Во время менструации у многих женщин отмечается учащение пульса, повышение кровяного давления, а иногда и температуры тела. Некоторые женщины отмечают изменение самочувствия, перемену настроения,

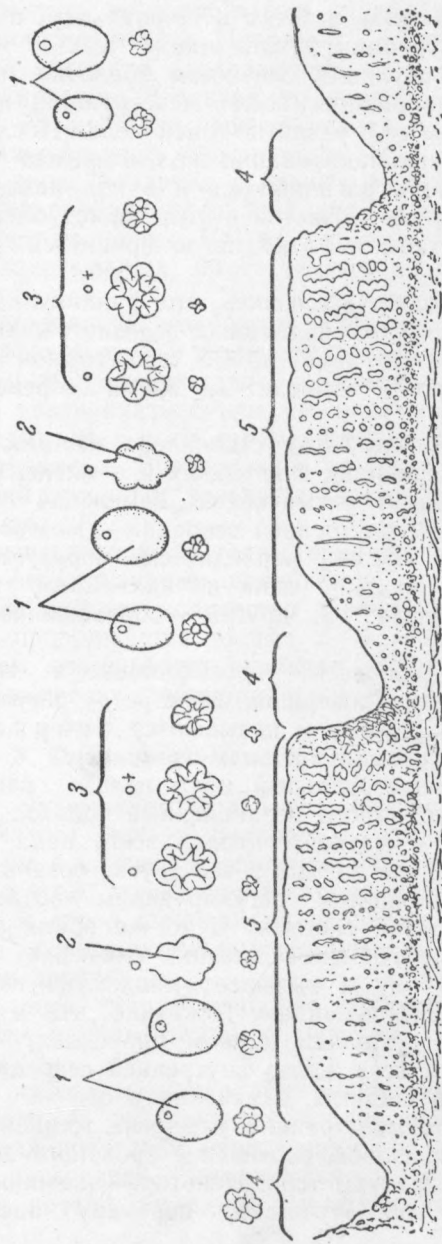


Рис. 19. Взаимоотношение между циклическими процессами в слизистой оболочке матки и в яичнике. Вверху — циклические процессы, происходящие в яичнике; внизу — циклические процессы в слизистой оболочке матки: 1 — созревание фолликула; 2 — овуляция; 3 — образование и постепенное исчезновение желтого тела; 4 — менструация; 5 — восстановление слизистой оболочки матки после менструации с последующими изменениями в железах слизистой оболочки матки.

раздражительность, поташнивание, увеличение отделения слюны, запоры. Молочные железы, как правило, набухают и становятся чувствительными.

Таким образом, в период овариально-менструального цикла происходят многочисленные изменения в организме женщины.

Различные заболевания, нарушения функций органов влияют на общее состояние женщины, изменяют течение физиологических процессов в центральной нервной системе, что может повлечь за собой нарушение деятельности половых органов. Из всего сказанного вытекает, что организм человека представляет собой не простое собрание органов и систем, которые существуют изолированно друг от друга. Все они взаимно связаны, деятельность их зависит друг от друга. Высшим же органом, регулирующим и связующим все физиологические процессы, происходящие в организме, является центральная нервная система и её высший отдел — кора головного мозга.

На состояние организма женщины и, в частности, на функцию половой системы оказывает большое влияние внешняя среда — условия труда и быта. Так, например, в годы войны, когда внешние впечатления, волнения вызывали чрезвычайно сильные реакции со стороны центральной нервной системы, у многих женщин менструации временно прекращались. Временное прекращение менструаций наблюдается также в результате переутомления или голодания, после перенесенных тяжелых заболеваний.

4. Возрастные анатомо-физиологические особенности женского организма

В половых органах женщины происходят значительные изменения, связанные с возрастными изменениями организма.

В этом отношении жизнь женщины можно разделить на несколько периодов: первый период — детство; второй период — половое созревание; третий период — половая зрелость; четвертый период — климактерий; пятый период — менопауза.

Первый период — детство. Данный период характеризуется недоразвитостью половых органов. Матка очень небольшая. В яичнике находится множество пер-

вичных фолликулов. Часть из них начинает развиваться, но этот процесс прерывается и на их месте разрастается соединительная ткань. Таз девочки также недоразвит и по своей форме не похож на таз женщины.

Половое чувство у девочки отсутствует.

Первый период длится в среднем до 12—16 лет.

Второй период — половое созревание. В этот период происходит очень много изменений во всем организме, в том числе и в половых органах.

Половые органы и таз развиваются. В яичниках созревание фолликулов начинает доходить до образования пузырьков. Происходит овуляция — яйцевая клетка выпадает из яичника и на месте лопнувшего фолликула образуется желтое тело. Одновременно с этим появляются менструации. Иногда после первых менструаций бывает перерыв на несколько месяцев, пока не придут следующие. Таким образом, в переходном периоде устанавливается овариально-менструальный цикл.

Включение в число функционирующих желез внутренней секреции — фолликула и желтого тела сочетается с перестройкой всего организма девочки. Это сказывается на быстром росте, увеличении подкожно-жирового слоя, особенно на бедрах, в области таза и живота, развитии молочных желез, появлении волос на лобке и в подмышечных впадинах. Внешний вид, телосложение девочки значительно меняются. Изменяется и психика. Пробуждается половое чувство. В процессе полового созревания происходит постепенное формирование девушки.

Время наступления и завершения периода полового созревания находится в тесной зависимости от внешней среды, климата, условий труда и быта. В северных районах период полового созревания начинается позже, чем в южных. Отмечено, что физическая культура и спорт способствуют своевременному половому созреванию.

Период полового созревания продолжается 2—4 года. Однако следует помнить, что окончание его еще не означает полного завершения развития организма женщины. Девушка продолжает еще медленно расти, продолжается развитие нервной системы и других органов. Завершается развитие организма девушки к 18—23 годам.

Третий период—половая зрелость. Особенности женского организма в этом периоде были уже описаны в разделе анатомии и физиологии женских половых органов. В этот период женщина может без ущерба для своего здоровья вступить в брак.

Четвертый период — климактерий. Этот период является переходным. Он наступает примерно к 45 годам и продолжается 2—4 года. В течение периода климактерия происходит постепенное угасание деятельности яичников. Первичные фолликулы перестают созревать до пузырьков, а следовательно, не образуется и желтого тела. В связи с этим овариально-менструальный цикл нарушается. Менструации приходят с опозданием, иногда их не бывает по несколько месяцев, и, наконец, они совсем прекращаются. Беременность уже не может наступить.

Подобно тому как в период полового созревания начало функционирования яичника сопровождается многими изменениями в организме женщины, так и угасание, а затем полное прекращение функции яичников сочетаются со многими новыми изменениями. Появляются приливы, внезапное покраснение или побледнение лица, иногда обморочное состояние, головные боли, сердцебиение.

Матка уменьшается в размерах. Влагалище теряет складчатость, делается узким. Подкожножировой слой в области наружных половых органов почти исчезает. Уменьшаются в размерах молочные железы.

Пятый период — менопауза. Данный период характеризуется полным прекращением половых функций женщины. Наступление менопаузы не свидетельствует о наступлении старости. Явления общего старения организма развиваются медленно, и старость наступает много позже.

ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА ЖЕНЩИНЫ

Известно, какое большое значение имеют гигиенические мероприятия для правильного развития и здоровья человека.

Соблюдение личной гигиены, гигиены питания, труда и быта, а также занятия спортом необходимы для здоровья и закаливания организма.

Оздоровление условий труда и быта, широко осуществляемое в нашей стране, забота о физическом воспитании, рост культурного уровня — все это имеет важнейшую роль в сохранении и укреплении здоровья населения СССР.

Некоторые особенности женского организма требуют соблюдения особых гигиенических мероприятий. Законодательства о женском труде, об охране здоровья матери, о семье и браке, организация многочисленных учреждений охраны материнства и детства — яслей, детских садов, женских консультаций, родильных домов, домов матери и ребенка, широкое развитие физической культуры и спорта — все это направлено на укрепление здоровья женского населения нашей страны. Эти мероприятия, проводимые партией и правительством, стали возможны в нашей стране лишь после Великой Октябрьской социалистической революции.

1. Гигиена периода детства

Строение половых органов девочки требует специального ухода за ними. У новорожденной и у девочки в первые годы жизни большие половые губы развиты недостаточно и поэтому половая щель несколько приоткрыта. Слизистая оболочка половых органов в этом возрасте очень нежна, легко подвергается раздражению и легко инфицируется. Поэтому одежда, закрывающая половые органы, должна быть всегда чистой и достаточно свобод-

ной, чтобы не раздражать их трением. Белье девочки надо стирать и кипятить отдельно от белья взрослых.

У девочки должна быть отдельная постель. Сон в одной кровати с больным может быть причиной попадания инфекции на половые органы девочки.

Наружные половые органы новорожденной необходимо подмывать теплой кипяченой водой каждый раз после мочеиспускания и действия кишечника. После подмывания следует осушить половые органы специально выделенным для этой цели полотенцем или чистой тряпочкой, проглаженной после стирки горячим утюгом.

Подмывания следует производить каждой женщине независимо от возраста. Девочку с ранних лет надо приучить производить подмывание наружных половых органов теплой водой раз в сутки. Для подмывания необходимо иметь отдельный тазик и пользоваться кусочком чистой ваты. После подмывания надо осушить половые органы, причем нельзя пользоваться для этой цели рубашкой. Выделения из половых органов и остатки мочи, не удаленные подмыванием, раздражают половые органы, вызывают зуд, расчесы и могут быть причиной воспалительных заболеваний. Подмывание должно производиться спереди назад, чтобы не вносить в половые органы грязь с промежности и заднепроходного отверстия.

Помимо грязи, в половые органы при подмывании могут быть занесены из заднепроходного отверстия глисты острицы.

В детском возрасте необходимо уделять большое внимание предупреждению рахита. Это заболевание ведет к изменениям в строении таза, к его сужению, а узкий таз может явиться причиной тяжелых осложнений во время родов.

Правильный уход за ребенком, здоровые жилищные условия, достаточное пребывание на воздухе и особенно правильное вскармливание новорожденной и питание девочки имеют большое значение в предупреждении рахита.

Соблюдение гигиенических требований дома и в школе, достаточное пребывание на свежем воздухе, летний отдых, занятия физкультурой и спортом, мероприятия по предупреждению инфекционных заболеваний — все это необходимо для нормального развития девочки.

2. Гигиена периода полового созревания и половой зрелости

Период полового созревания сопровождается появлением менструаций и других особенностей организма, которые отличают девушку от девочки. Девушка должна быть заранее осведомлена не только о менструациях, но и об основных вопросах половой жизни. Эти сведения имеют очень большое значение для правильного воспитания девушки. Поэтому они должны быть сообщены девушке матерью, а еще лучше школьным врачом или врачом женской консультации. Нельзя допускать, чтобы девушка узнала их от подруг, знакомых или других случайных лиц, так как сообщенные сведения могут быть неправильными, вредными, повести к развитию нездорового полового любопытства.

Исключительно большое внимание должно быть уделено гигиене менструаций.

Кровь, выделяющаяся из половых органов, должна иметь свободный сток, так как, задерживаясь, она подвергается разложению. Поэтому в половые органы нельзя закладывать какие-либо тампоны. Во время менструаций женщина должна носить пояс с гигиеническими подушками-прокладками, которые продаются в готовом виде в аптеках. Прокладку можно изготовить самой. Для этой цели берут старую белую тряпочку, стирают, кипятят и проглаживают горячим утюгом. После этого такая тряпочка хорошо впитывает кровь и достаточно стерильна, так как глажение горячим утюгом убивает микробов. Тряпочку складывают в несколько слоев или между слоями прокладывают небольшой слой стерильной ваты. Прокладку следует менять не реже трех раз в день. При каждой смене прокладки надо, хорошо вымыв руки, произвести подмывание наружных половых органов теплой кипяченой водой с мылом, чтобы удалить кровь с кожи. После подмывания следует осушить кожу чистым полотенцем. Спринцевания во время менструаций производить ни в коем случае нельзя. Во время менструаций надо носить только закрытые панталоны и менять их, если они окажутся запачканными кровью.

Половые сношения во время менструаций категорически запрещаются, так как в приоткрытую шейку матки очень легко может быть занесена инфекция. Кроме того,

во время менструаций бывает нарушена целостность внутреннего слоя матки — ее слизистой оболочки, что облегчает внедрение инфекции.

Не следует употреблять острую, раздражающую пищу и спиртные напитки. Все это вызывает усиленное кровенаполнение тазовых органов и усиление менструации.

Во время менструаций следует по возможности избегать тяжелой физической работы и переутомления. Не следует купаться в холодной воде и принимать солнечные ванны. Из физических упражнений можно выполнять только более легкие. Занятия подвижным спортом (велосипед, волейбол, коньки, лыжи) и танцы на время менструаций нужно прекратить.

Женщина во время менструаций легче подвергается заболеваниям. Поэтому в холодную погоду надо тепло одеваться, носить теплые закрытые штаны и не охлаждать ноги.

Внимательное отношение женщины к менструальному циклу имеет большое значение для ее здоровья. Нарушения менструаций иногда являются первым и подчас единственным признаком начинающегося заболевания. Поэтому лучше, если женщина не будет полагаться на свою память, а приучится вести запись менструаций. Для этого удобно пользоваться самодельным «менструальным календарем» (рис. 20). Клетки, соответствующие дням менструаций в нем, заштриховывают. При небольшой кровопотере заштриховывают одну клетку в календаре, при средней — две, при сильной — три клетки.

В период половой зрелости многие женщины живут половой жизнью. Безусловно, опасны случайные половые сношения, так как при этом чаще может происходить заражение венерическими болезнями. Воздержание от половой жизни для женщины и для мужчины не приносит никакого вреда.

Перед вступлением в брак будущей жене и мужу следует обратиться к врачу для выяснения состояния здоровья. Наше законодательство обязывает вступающих в брак осведомить друг друга о состоянии здоровья и карает умышленное заражение венерической болезнью. Кроме того, запрещается регистрировать брак в большинстве союзных республик до 18 лет, так как только к этому возрасту заканчивается формирование организма.

Желательно, чтобы вступающая в брак женщина была на 5—6 лет моложе своего мужа.

При первом половом сношении образуются надрывы гимена, что сопровождается небольшим кровотечением; в течение последующих 3—4 дней нужно воздержаться от половой жизни.

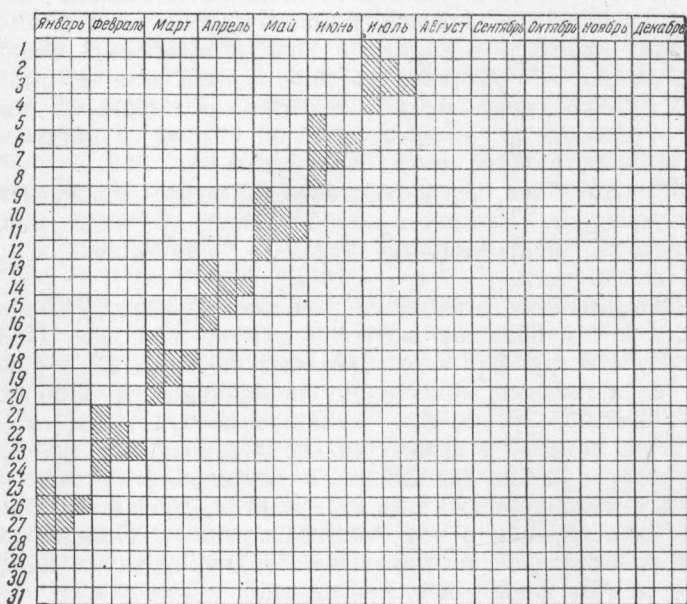


Рис. 20. Запись менструаций в виде календаря.

Частые половые сношения ослабляют организм, поэтому лучше иметь их не чаще 1—2 раза в неделю.

В период половой зрелости у женщин нередко появляются незначительные выделения из половых органов, особенно перед менструацией. Кроме того, наружные половые органы загрязняются при мочеиспускании, поэтому следует ежедневно производить подмывание теплой кипяченой водой. Спринцеваться без назначения врача нельзя.

3. Гигиена периода климактерия и менопаузы

Переходный климактерический период сопровождается, как правило, удлинением промежутков между менструациями и изменением характера их течения. Наряду с этим, наблюдаются приливы, сердцебиение, нередко повышается кровяное давление и т. д. Все это требует, чтобы женщина находилась под наблюдением врача женской консультации.

В возрасте 40—50 лет наиболее часто развивается рак половых органов, поэтому желательно, чтобы каждая женщина в этом возрасте не реже двух раз в год проходила врачебный осмотр даже при отсутствии признаков заболевания.

Женщина должна следить за менструальным циклом и вести запись менструаций. Появление кровянистых выделений раньше обычного срока менструации нередко является признаком развития раковой опухоли половых органов. В этих случаях следует немедленно обратиться к врачу.

В период менопаузы, когда менструации отсутствуют, при появлении сукровичных или кровянистых выделений следует немедленно обратиться к врачу. Появление таких выделений является часто одним из признаков ракового новообразования.

АСЕПТИКА и АНТИСЕПТИКА В АКУШЕРСТВЕ и ГИНЕКОЛОГИИ

Асептика и антисептика в акушерстве и гинекологии имеют не меньшее значение, чем в хирургии. Предупреждение внесения инфекции в организм и борьба с ней имеют очень большое значение в акушерстве, так как после родов полость матки представляет сплошную раневую поверхность. Нередки также повреждения во время родов шейки матки и влагалища. У новорожденного образуется раневая поверхность в месте перерезки пуповины. Таким образом, при родах создаются условия для развития раневой инфекции. Кроме того, новорожденные очень восприимчивы к заболеваниям дыхательных путей и кожи. Поэтому строгое соблюдение требований асептики и антисептики необходимо для сохранения здоровья матери и новорожденного.

Акад. А. Я. Крассовский в 1872 г. впервые в России ввел антисептику и асептику в акушерство. В результате этого материнская смертность в короткий срок значительно снизилась. В последующие годы эти мероприятия были проведены во всех родовспомогательных учреждениях России и дали прекрасные результаты.

1. Помещения, их содержание и дезинфекция

Помещения, предназначенные для беременных, рожениц, родильниц и новорожденных, а также для гинекологических больных, особенно подлежащих оперативному лечению, должны быть изолированными и соответствовать санитарно-гигиеническим требованиям, предъявляемым к хирургическим отделениям больницы. Лихорадящих больных и больных с гнойными процессами изолируют; обслуживает их отдельный медицинский персонал.

Стены и потолки помещения, в котором проводят роды, должны быть покрашены масляной краской, пол

покрыт плитками или линолеумом, в крайнем случае (при отсутствии шелей) хорошо выкрашен масляной краской. Все это необходимо для того, чтобы легче можно было производить влажную уборку и дезинфекцию помещения. Содержание помещения для родов должно быть таким же, как и всякой операционной. Мебель и оборудование должны быть только самые необходимые для ведения родов и по возможности окрашены масляной краской.

Помещения, предназначенные для пребывания родильниц и новорожденных, должны возможно чаще и лучше проветриваться и не реже двух раз в день подвергаться влажной уборке.

Раз в 7—10 дней должна проводиться генеральная уборка палаты. Панели стен, полы и мебель протирают дезинфицирующим раствором и помещение проветривают в течение 24 часов. Для дезинфекции лучше всего использовать 1% раствор хлорамина.

В родильном доме желательно установить следующий порядок: после заполнения одной материнской и одной детской палаты не класть в них вновь поступающих женщин и новорожденных на освобождающиеся места. После выписки всех родильниц и детей материнскую и детскую палату закрыть на сутки для проведения генеральной уборки, дезинфекции, проветривания и облучения кварцевой лампой. Матрацы, подушки, одеяла и судна за это время нужно подвергнуть дезинфекции. Через сутки эти палаты открывают и закрывают другие. Такие чередования в заполнении и генеральной уборке палат носят название цикличности.

Введение цикличности заметно снижает заболеваемость, особенно в палатах новорожденных.

Посетители не допускаются ни в материнские палаты, ни в палаты новорожденных. Посещения оперативного гинекологического отделения должны быть ограничены.

Должно быть установлено строгое наблюдение за передачами, чтобы они были завернуты в чистую бумагу или салфетку; нельзя передавать неразрешенные продукты, а также разрешенные, но в чрезмерном количестве. Не разрешается передавать старые книги, журналы. Посетителям необходимо разъяснить опасность возможного занесения инфекции, когда они имеют контакт с больными, страдающими инфекционными заболеваниями.

Если роды почему-либо проводятся на дому, то помещение, где находится роженица, должно быть тщательно вымыто и проветрено, а вся лишняя мебель вынесена.

2. Постель матери и новорожденного

Кровати в акушерских палатах должны иметь матрац, обшитый с одной стороны клеенкой, чтобы можно было мыть с этой стороны с мылом и протирать дезинфицирующим раствором. Поверх простыни кладется подкладная клеенка размером 1×1 м, которая 2 раза в день протирается раствором хлорамина или лизоформа. Подкладная клеенка закрывается подстилкой несколько большего размера, чем клеенка. Подстилка меняется не реже 2 раз в день.

Постельное белье должно меняться не реже одного раза в неделю, а нательное — раз в 3 дня.

Грязное постельное и нательное белье нельзя сбрасывать на пол. Для него следует иметь бак с крышкой, который должен находиться в подсобном помещении. Не реже 2 раз в день грязное белье нужно сдавать в грязную бельевую. Санитарка при сдаче белья должна надевать специально выделенный для этой цели халат.

Кровать, на которой проводятся роды, подвергается особо тщательной санитарной обработке. Ее протирают дезинфицирующим раствором, а матрац, обшитый целиком клеенкой, вначале моют с мылом, а затем протирают дезинфицирующим раствором и застилают чистым бельем.

Такая же обработка кровати и матраца производится после выписки матери и новорожденного. Затем матрац, подушку и одеяло подвергают обработке в дезинфекционной камере или в крайнем случае проветривают в течение 24 часов во дворе.

Подкладные клеенки моют с мылом под струей горячей воды. Для этой цели в родильных домах устраивается специальное приспособление (рис. 21). Клеенку помещают на мраморную или покрытую оцинкованным железом доску и тщательно моют с мылом под струей горячей воды. Для мытья каждой клеенки берут отдельную прокипяченную щетку или мочалку. После того, как клеенка вымыта, ее протирают дезинфицирующим раствором и сушат на стойке. При отсутствии такого приспособления клеенки обрабатывают в такой же последовательности на кроватях.

Если мать или новорожденный заболевают и их переводят в изолятор, то их постель подвергают такой же обработке, как и после выписки. Матрацы, подушки, одеяла надо обработать в дезинфекционной камере.

Описанный порядок носит название режима койки, и он должен строго выполняться.

Около каждой кровати должно находиться индивидуальное судно. Оно помещается на особой подставке,



Рис. 21. Мытье подкладных клеенок на специальном приспособлении.

приделанной к кровати, или на табуретке, окрашенной масляной краской, чтобы ее легче было мыть. Судно должно иметь отметку (номер), нанесенную на него масляной краской, чтобы не спутать судна при сливе. Выделения из половых органов содержат много различных микроорганизмов, и пользование общим судном представляет большую опасность для женщин ввиду возможного переноса инфекции. После пользования судно необходимо немедленно вынести и тщательно сполоснуть сначала водой, затем дезинфицирующим раствором. Раз в 3 дня судна должны кипятиться в течение 20—30 минут в специальном баке.

3. Гигиена обслуживающего персонала

Обслуживающий персонал должен строго соблюдать личную гигиену как в быту, так и на работе. Если дома имеются инфекционные больные, то следует избегать общения с ними и предупредить об этом на работе. В некоторых случаях во избежание занесения инфекции в лечебное учреждение необходимо бывает временно освободить таких лиц от работы или перевести их на другую работу, где исключена опасность распространения инфекции. Очень опасно соприкосновение с больными, страдающими гнойными заболеваниями. Гноеродные микробы, попав на кожу ухаживающего персонала, удаляются с нее с трудом и поэтому могут явиться причиной появления тяжелых заболеваний как у женщин, так и у новорожденных.

Обслуживающий персонал при появлении первых признаков заболевания: недомогания, головной боли, насморка, боли в горле, повышенной температуры, гнойных кожных заболеваний и т. д., должен обратиться к врачу, чтобы в необходимых случаях получить освобождение от работы.

Для работы надо иметь специальное платье и обувь. Платье должно быть сшито из ситца или из другого какого-либо легко стирающегося материала, простого фасона и с короткими рукавами. Обувь надо иметь просторную, на мягкой подошве, с низкими каблуками. Одежду и обувь, предназначенную для работы, желательно не уносить домой, а хранить в индивидуальном шкафу. Шкаф должен быть разделен на две части. Одна из них предназначена для верхней одежды, платья и обуви, в которой приходят на работу, другая — для рабочего платья, халата и обуви. Желательно перед началом работы принимать душ.

Халат должен быть чистым, длинным, с завязками сзади и с короткими или завернутыми выше локтя рукавами. Косынка должна полностью закрывать волосы на голове.

Нос и рот прикрывают маской, сделанной из двух-трех слоев марли.

Особое внимание следует уделять содержанию рук. Надо беречь их от загрязнения и поранения. Они должны быть всегда чисто вымытыми с коротко подстрижен-

ными ногтями. На руках не должно быть порезов, ссадин, трещин. Если они имеются, то работать можно только в резиновых перчатках. Не следует носить во время работы колец, браслетов, наручных часов.

4. Подготовка рук

Мытье рук перед операцией, приемом родов и в других случаях чаще всего производится по способу Спасокукоцкого.

Сначала моют руки до локтей теплой текучей водой с мылом, при помощи прокипяченной щетки в течение 2—3 минут. Затем в обожженный таз, специально предназначенный для мытья рук, наливают 0,5% раствор нашатырного спирта. В этом растворе руки моют до середины предплечья в течение 3 минут, пользуясь стерильным куском марли. После этого раствор выливают, таз ополаскивают и снова наливают в него такой же раствор нашатырного спирта, в котором руки моют еще 3 минуты с помощью другой стерильной марлевой салфетки. Затем руки вытирают стерильным полотенцем, марлей или ватой и тщательно обрабатывают спиртом в течение 5 минут.

Другой способ обработки рук заключается в том, что после того, как руки вымыты с мылом, их моют в течение 5 минут прокипяченной щеткой с мылом под струей теплой текучей воды. Затем берут другую щетку и моют еще в течение 5 минут. После этого руки вытирают стерильным полотенцем или марлей, обрабатывают в течение 5 минут спиртом и концы пальцев смазывают 5% настойкой йода.

В некоторых случаях пользуются стерильными резиновыми перчатками, которые надевают на руки после обработки их по одному из описанных способов.

5. Стерилизация инструментов, материала и предметов ухода

Инструменты, употребляемые в акушерско-гинекологической практике, стерилизуются по общим правилам: или в автоклаве, или путем кипячения. Режущие инструменты желательнее стерилизовать спиртом; для этого их погружают в спирт и держат там до употребления.

Марлю, вату, палочки с наверху на их конец ватой (помазки), бинты и белье стерилизуют также по общим правилам в автоклаве в барабанах. К барабанам должна быть привязана записка с указанием даты стерилизации и с подписью лица, ответственного за нее. Материал и белье берут из барабана только стерильными инструментами. Если в барабане часть материала осталась неиспользованной, то на следующий день оставшийся материал снова должен быть простерилизован. Неоткрытые барабаны повторно стерилизуют через день.

Материалом для швов обычно служит кетгут и шелк различной толщины. Стерилизуют их особой обработкой по общим правилам, принятым в хирургии. Вынимать шелк и кетгут из банок, в которых они хранятся, можно только стерильными инструментами и после соответствующей обработки рук.

Щетки для мытья рук, а также мочалки, которыми пользуются для санитарной обработки женщин, обеззараживают кипячением в стерилизаторе в течение 10 минут. Чистые щетки и мочалки должны храниться в сухом виде в закрывающейся стеклянной банке или кастрюле. Берут щетку или мочалку из банки корнцангом или пинцетом, конец которого погружен в специальную банку с раствором лизоформа. Эту банку, корнцанг или пинцет нужно ежедневно кипятить, а раствор лизоформа менять. Использованные щетки и мочалки следует класть в отдельную банку или кастрюлю и по мере их накопления подвергать стерилизации. Банки для хранения чистых и использованных щеток и мочалок должны иметь соответствующую надпись, которая делается на банке масляной краской или эмалью.

Стеклянные кружки с резиновыми трубками, употребляемые для спринцеваний, должны быть чисто вымыты и простерилизованы кипячением. После этого их завертывают в стерильную пеленку и хранят в шкафу, предназначенном для предметов ухода.

Наконечники для спринцеваний стерилизуют кипячением отдельно от наконечников для клизм и хранят также отдельно в посуде с раствором лизоформа.

Резиновые предметы, как-то: перчатки, молокоотсосы, накладки на соски молочных желез, глазные пипетки, стерилизуют в автоклаве или кипятят и хранят в сухом виде в стерильной посуде с крышкой.

ФИЗИОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

1. Оплодотворение и зачатие

Из раздела физиологии женских половых органов известно, что, начиная с периода полового созревания и до наступления менопаузы, в яичниках периодически происходит процесс овуляции. При этом из фолликула выпадает находящаяся в нем яйцевая клетка (рис. 22).

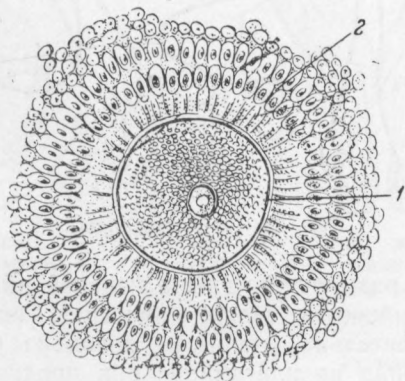


Рис. 22. Зрелая яйцевая клетка женщины.

1 — яйцевая клетка; 2 — эпителиальные клетки, окружающие яйцевую клетку.

В непосредственной близости от яичника находится окончание маточной трубы с бахромками, на которые обычно и попадает яйцевая клетка. Слизистая оболочка бахромок трубы, как и слизистая всей трубы, покрыта мерцательным эпителием, движение ворс которого направлено к матке. Вследствие этого яйцевая клетка передвигается к отверстию трубы, попадает в нее и направляется в полость матки. Продвижению яйцевой клетки к матке содействуют, кроме мерцания ворс, перисталь-

тические сокращения самой трубы, которые совершаются по направлению к матке. Для того чтобы яйцевая клетка прошла всю трубку, требуется несколько дней.

При половом сношении во влагалище женщины изливается мужская сперма в количестве 3—5 мл, представляющая собой густоватую, белого цвета жидкость. В этом небольшом количестве спермы находится до 200 млн. сперматозоидов — особых клеток, образующихся в мужских половых железах — яичках. Сперматозоид состоит из головки и длинного тонкого хвостика

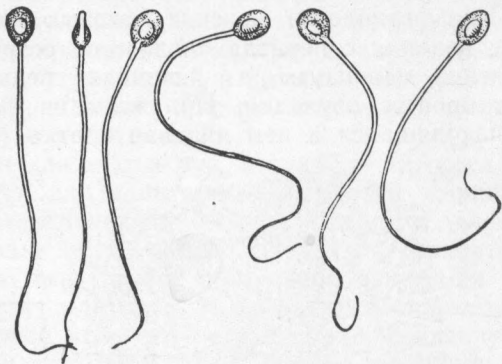


Рис. 23. Сперматозоиды.

(рис. 23); по размеру он меньше женской яйцевой клетки. Благодаря движениям своего хвостика сперматозоиды могут самостоятельно и притом довольно быстро передвигаться. Попав во влагалище, они продвигаются через канал шейки матки в ее полость, а затем в трубу. Весь этот путь сперматозоиды проходят за несколько часов. Если сперматозоиды на своем пути встречают яйцевую клетку, то один из них внедряется в нее. Сперматозоид и яйцевая клетка, соединившись вместе, образуют одну клетку — так называемое яйцо. Слияние сперматозоида с яйцевой клеткой называется оплодотворением. Оно происходит, как правило, в трубе.

Во вновь образованной клетке — яйце — начинаются процессы деления и роста. Одновременно с этим продолжается передвижение яйца по трубе в полость матки. Достигнув полости матки, яйцо состоит уже из довольно большого числа клеток (рис. 24).

Ко времени попадания яйца в матку ее слизистая оболочка представляется утолщенной и рыхлой. Дальнейшего продвижения яйца не происходит, оно углубляется в толщу слизистой оболочки и там остается (рис. 25).

С момента оплодотворения (зачатия) начинается беременность, т. е. процесс развития яйца в организме женщины, который продолжается до наступления родов.

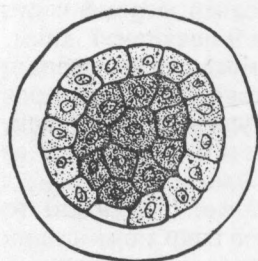


Рис. 24. Яйцо ко времени поступления его в матку (схема).

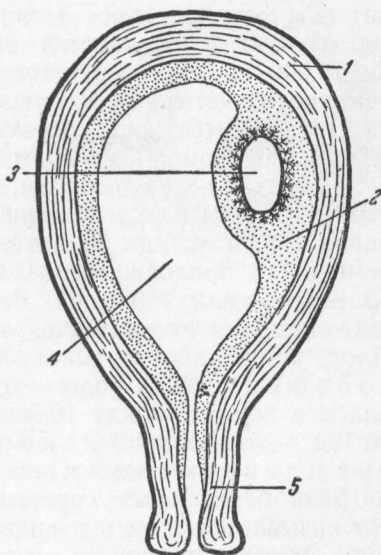


Рис. 25. Яйцо, внедрившееся в слизистую оболочку полости матки.

1 — мышечный слой матки; 2 — утолщенная слизистая оболочка матки; 3 — яйцо; 4 — полость матки; 5 — шейка матки.

С наступлением беременности менструации прекращаются. Не происходит и овуляции. Желтое тело, образовавшееся на месте лопнувшего фолликула, не исчезает через 2 недели, как обычно, а сохраняется до 4—5 месяцев беременности; только во второй половине беременности оно начинает постепенно уменьшаться. Как уже известно, желтое тело представляет собой железу внутренней секреции. Установлено, что желтое тело при беременности способствует нормальному развитию плодного яйца.

Иногда в яичниках созревает не один, а два фолликула и происходит одновременно оплодотворение двух

яйцевых клеток. В результате этого развивается беременность двойнями.

Два плода могут образоваться и тогда, когда после оплодотворения и деления яйца на две клетки происходит их самостоятельное развитие. Двойни встречаются на 100 случаев беременностей один раз. Тройня приходится на 10 000 случаев беременностей. Реже встречается беременность четырьмя и пятью плодами.

Продолжительность беременности принято вычислять не по календарным месяцам, которые имеют 28 (29), 30 и 31 день, а по акушерским, или, как их называют, лунным месяцам. Каждый акушерский месяц составляет ровно 4 недели, или 28 дней. При таком исчислении беременность продолжается 10 акушерских месяцев, т. е. 40 недель, или 280 дней. Если исчислять беременность календарными месяцами, то она равна 9 месяцам 7 дням. Плод, родившийся в 10 акушерских месяцев, называется доношенным, а роды — срочными. Если плод родился в период между 10-м и 7-м акушерским месяцем, то он называется недоношенным, а роды — преждевременными.

Если беременность прерывается ранее 7 месяцев, то это называется выкидышем, или абортом (abortus). Аборт — латинское слово и в переводе на русский язык обозначает — выкидыш.

2. Развитие яйца

Развитие яйца происходит в продолжение всей беременности. Этот процесс сопровождается изменениями в самом яйце, в матке и во всем организме беременной женщины.

Яйцо, внедрившееся в слизистую оболочку полости матки, продолжает расти. Количество клеток, составляющих яйцо, становится все больше и больше. Вскоре внутри скопления клеток, из которого состоит яйцо, появляется полость, заполненная жидкостью. В это же время на одной из внутренних стенок образовавшейся полости яйца формируется бугорок, состоящий из большого количества клеток. Этот бугорок, или как его называют, зародышевый узел, и является той частью яйца, из которого развивается зародыш (рис. 26). Он окружен жидкостью, скопляющейся в полости яйца.

Клетки, окружающие полость яйца, по мере размножения образуют две оболочки. Внутренняя оболочка, обращенная в сторону зародыша, называется водной оболочкой (amnion). Ее клетки принимают участие в образовании околоплодных вод, которыми заполняется полость яйца, и в них как бы плавает зародыш. От наружной оболочки отходит множество тончайших отростков — ворсин, которые проникают среди клеток слизистой оболочки полости матки. Эта оболочка носит название ворсинчатой (chorion).

У основания зародышевого узла образуется пуповина, а сам зародышевый узел увеличивается и постепенно становится похожим на плод (рис. 27). Одновременно с этим у зародыша развиваются и внутренние органы.

Ворсины яйца, внедрившиеся в слизистую оболочку матки, обладают способностью получать из крови матери необходимые для роста плода питательные вещества и кислород и отдавать в материнскую кровь ненужные плоду продукты обмена веществ. В каждой из ворсин проходят кровеносные сосуды. Кровь к ним притекает от плода по двум кровеносным сосудам пуповины.

Пройдя через ворсины, кровь возвращается к плоду по третьему кровеносному сосуду пуповины.

Следовательно, смешения крови матери и плода не происходит. Плод имеет свою систему кровообращения.

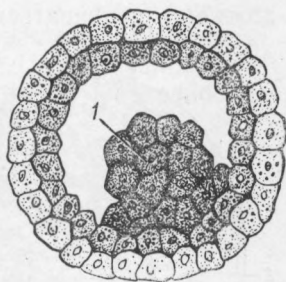


Рис. 26. Яйцо с образовавшейся внутри него полостью.

1 — зародышевый узел.

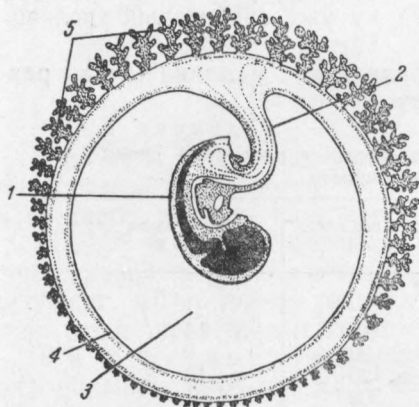


Рис. 27. Плодное яйцо (схема).

1 — зародыш; 2 — пуповина; 3 — полость яйца; 4 — водная оболочка; 5 — ворсинны.

В ворсинах происходит только обмен веществ между кровью плода и кровью матери.

До II месяца беременности ворсины растут по всей поверхности яйца. К III месяцу беременности они продолжают развиваться только с той стороны яйца, ко-

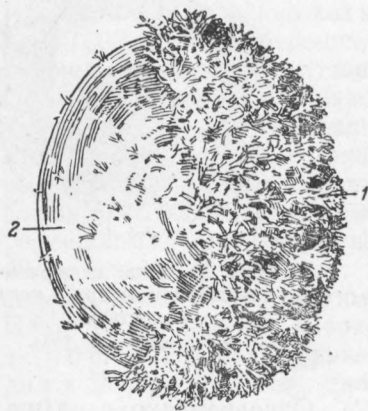


Рис. 28. Плодное яйцо на третьем месяце беременности.

1 — разросшиеся ворсины; 2 — ворсинчатая оболочка на месте исчезновения ворсин.

рой оно прикрепилось к стенке матки, а на других сторонах ворсины постепенно исчезают (рис. 28). Эти разросшиеся ворсины образуют детское место, или плаценту (placenta). Следовательно, детское место представляет собой разросшиеся ворсины и служит органом, где происходит переход веществ из крови матери в кровь развивающегося плода и обратно.

Рост плода происходит очень быстро. К IV месяцу беременности плодное яйцо заполняет собой всю полость матки, которая к этому сроку уже значительно увеличивается в размере.

В табл. 1 приведен средний вес и длина плода в различные сроки беременности.

Таблица 1
Средний вес и длина плода в различные сроки беременности

Срок беременности (в акушерских месяцах)	Средний вес плода в г	Средняя длина плода в см
1	—	1
2	—	4
3	20	9
4	120	16
5	300	25
6	600	30
7	1 000	35
8	1 500	40
9	2 500	45
10	3 200	50

Наряду с непрерывным ростом плода, можно отметить некоторые его возрастные особенности (рис. 29).

На II месяце беременности зародыш уже имеет форму, напоминающую человека. У него имеется непропорционально большая голова, туловище и конечности. Мало того, уже отмечается рот, нос, глаза, уши; туловище разделяется на грудь и живот; на конечностях имеются пальцы.

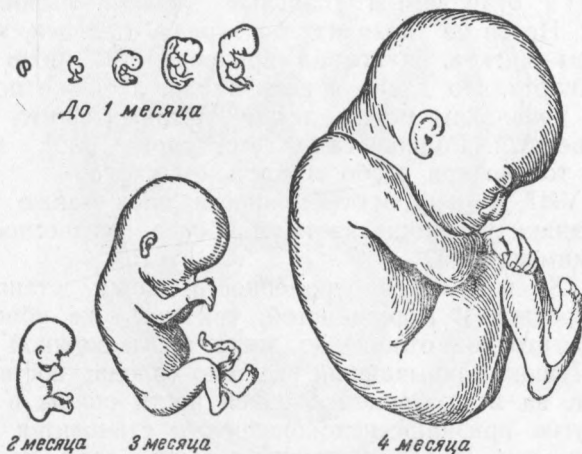


Рис. 29. Плод в ранние сроки беременности (до четырех месяцев).

На III месяце беременности формируются половые органы; появляются ногти на пальцах. Плод начинает слабо двигать конечностями.

На IV месяце беременности движения конечностей становятся более сильными, но мать их еще не ощущает. Кожа плода тонкая, красного цвета, в ней ясно видны кровеносные сосуды.

На V месяце беременности начинается отложение подкожножирового слоя. В коже образуются сальные железы и на ней появляются волосы. В кишечнике плода образуется первородный кал зеленого цвета, называемый меконием. При выслушивании акушерским стетоскопом через живот беременной можно услышать сердечные тоны плода. Движения плода становятся уже

достаточно сильными, и беременная начинает их ощущать.

На VI месяце беременности родившийся плод уже может дышать, двигать конечностями, но не способен к самостоятельному существованию и быстро погибает.

На VII месяце беременности тело плода еще худое, подкожножировой слой слабо развит и кожа имеет морщинистый — старческий вид. Она покрыта пушком и отделяемым сальных желез — сыровидной смазкой. Ногти не доходят до краев пальцев, ушные раковины мягкие. Пуповина прикрепляется ниже середины живота. По длине и весу плода, а также по описанным признакам можно легко установить, что плод недоношенный. Родившись в этот срок, плод может выжить только при особо тщательном уходе.

На VIII месяце беременности плод также имеет все признаки недоношенности, но более жизнеспособен, чем семимесячный.

На IX месяце беременности кожа становится менее красной и морщинистой, так как уже образовалось достаточное отложение жира в подкожной клетчатке. Пушок, покрывавший все тело плода постепенно исчезает, за исключением верхней части спины и плеч. Все другие признаки недоношенности становятся менее выраженными. Плод, родившийся в этот срок, как правило, выживает, хотя и требует особого ухода.

На X месяце беременности признаков недоношенности уже нет. Родившийся ребенок активен, громко кричит, двигает конечностями, сосет свои пальцы. Плод имеет в среднем вес 3 200 г и длину 50 см. Часто доношенный плод бывает большего или, наоборот, меньшего веса и роста. Нередко рождается плод весом до 4 000 г и даже больше и длиной до 55 см. Плод весом ниже 2 500 г и длиной меньше 45 см обычно является недоношенным.

Различие в весе и длине у доношенных плодов зависит от многих причин. Так, мальчики обычно весят несколько больше, чем девочки; вес плода увеличивается с возрастанием количества беременностей и т. д. Внешняя среда имеет большое значение для развития плода. Неблагоприятные условия труда и быта ведут к тому, что плод родится с меньшим весом.

3. Плодное яйцо в конце беременности

Плод. Выше было сказано, что плод в 10 акушерских месяцев имеет в среднем вес 3 200 г и длину 50 см. Самой крупной частью плода является головка.

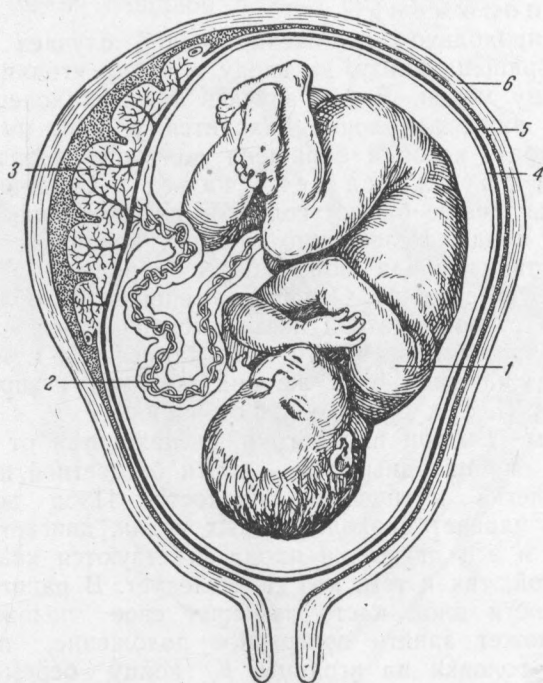


Рис. 30. Плодное яйцо в матке в конце беременности.

1 — плод; 2 — пуповина; 3 — детское место; 4 — водная оболочка; 5 — ворсинчатая оболочка; 6 — стенка матки.

Плод не может располагаться в полости матки вытянутым, так как для этого в ней недостаточно места. Поэтому он располагается в согнутом положении, поджав ножки и скрестив на груди ручки. Головка плода также несколько согнута и подбородок приближен к груди. Такое расположение плода в конце беременности, или, как говорят, членорасположение, является нормальным и наблюдается в значительном большинстве случаев (рис. 30).

В то же время расположение плода в матке в конце беременности таково, что продольная ось его тела совпадает с продольной осью полости матки, отчего и называется продольным положением. Только в 1% случаев плод занимает в матке поперечное или косое положение.

При продольном положении в 96% случаев головка плода обращена книзу, ко входу в таз, а ягодицы вверх, ко дну матки. В 4% случаев тазовый конец плода обращен вниз, а головка находится у дна матки. Та часть плода, которая обращена ко входу в таз, носит название предлежащей части. Следовательно, значительно чаще бывает головное и реже тазовое предлежание плода. Независимо от того, какая часть предлежит, спинка плода может быть обращена в левую или правую сторону. Отношение спинки плода к той или иной стороне матери называется позицией. Если спинка обращена влево, то это называется I, или левой, позицией, если же она обращена вправо, то говорят о II, или правой, позиции.

Воды. Внутри плодного яйца находится от 500 до 1 000 мл околоплодных вод — почти бесцветной, прозрачной и слегка мутноватой жидкости. Плод довольно свободно плавает в околоплодных водах, двигает конечностями, и эти движения плода чувствуются как самой беременной, так и тем, кто ее исследует. В ранние сроки беременности плод часто изменяет свое положение в матке: может занять поперечное положение, перевернуться с головки на ягодицы. К концу беременности плод обычно устанавливается в продольном положении.

Пуповина. От средней части живота доношенного плода отходит пуповина. Она имеет длину около 50 см и диаметр около 1 см. В толще пуповины проходят три кровеносных сосуда. Два из них (пупочные артерии) несут венозную кровь от плода к детскому месту и один (пупочная вена) несет артериальную кровь от детского места к плоду. Движение крови по сосудам пуповины и ворсинкам детского места происходит вследствие работы сердца плода. Сосуды, проходящие в пуповине, окружены довольно толстым слоем сочной, студенистой ткани — вартоновым студнем — беловатого цвета. С поверхности пуповина покрыта тонкой оболочкой.

Детское место (placenta). Разросшиеся ворсины образуют детское место (плацента), которое прикрепляется к стенке полости матки. Детское место весит в среднем 500 г и по внешнему виду напоминает мясистую лепешку серовато-красного цвета, диаметром в 15—20 см и толщиной в 2—3 см. Сторона детского

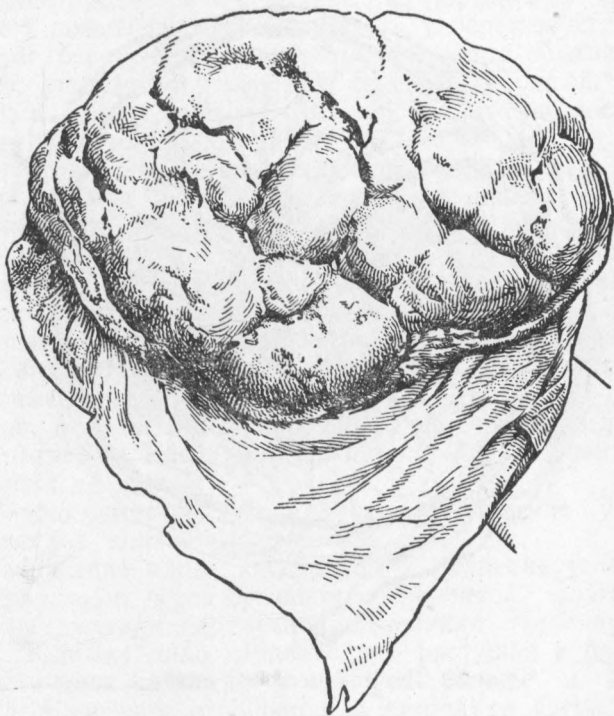


Рис. 31. Детское место с материнской стороны.

места, обращенная к матке, состоит из отдельных долек (рис. 31). Если внимательно рассмотреть детское место с этой стороны, то можно заметить, что его поверхность покрыта нежной пленкой сероватого цвета. Другая сторона детского места, обращенная внутрь плодного яйца, имеет совершенно иной вид. Она покрыта прозрачной водной оболочкой. Через эту оболочку видны кровеносные сосуды, проходящие по внутренней поверхности детского места (рис. 32). В середине детского места

или несколько ближе к его краю прикрепляется пуповина.

Оболочки. Внутреннюю поверхность полости матки, за исключением места прикрепления плаценты, выстилают оболочки. Они неплотно приращены к стенке матки и легко от нее отслаиваются. Оболочки состоят из

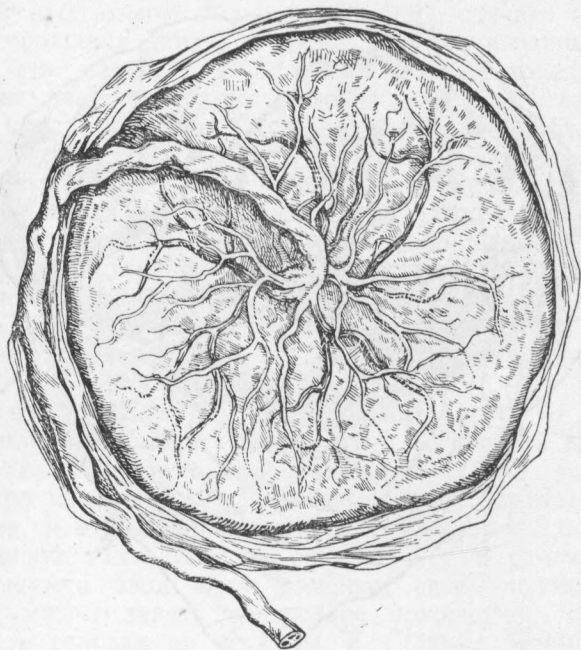


Рис. 32. Детское место со стороны плода.

двух слоев. Наружный слой, обращенный к матке, тонкий и несколько шероховатый. Это — та часть ворсинчатой оболочки яйца (chorion), которая в начале беременности потеряла свои ворсины. Кнутри от этой оболочки расположены тонкая прозрачная оболочка — водная (amnion). Водная оболочка покрывает также детское место, а затем переходит на пуповину. Ворсинчатую и водную оболочку можно отслоить друг от друга.

Оболочки вместе с детским местом и пуповиной составляют так называемый послед.

4. Изменения в организме женщины при беременности

Развитие плодного яйца влечет за собой значительные изменения во всем организме беременной.

Увеличенная потребность в питательных веществах, зависящая от роста плодного яйца, и необходимость удаления продуктов его обмена из организма матери ведут к повышению обмен веществ у беременной. В организме беременной изменяются все виды обмена: белковый, углеводный, жировой, солевой и водный. Изменения в обмене веществ сказываются, в частности, на изменении веса беременной.

В первые три месяца беременности женщина почти не прибавляет в весе. Затем она начинает медленно прибавлять в весе; значительное увеличение веса, достигающее 300—400 г в неделю, происходит в последние три месяца беременности. Более значительная прибавка в весе обычно является результатом нарушения обмена веществ в организме и чрезмерной задержки в нем воды.

В беременной матке значительно увеличиваются кровеносные сосуды. Это приводит к усиленной работе сердца, в связи с чем происходит некоторое увеличение его размеров. Увеличивается также масса крови и изменяется ее состав.

Важно отметить, что артериальное давление у беременных не должно повышаться.

Снабжение плода кислородом и удаление углекислоты происходят через организм беременной; поэтому и органы дыхания беременной выполняют усиленную работу. К этому надо добавить, что растущая в брюшной полости матка занимает в ней все больше и больше места. Кишечник оттесняется в сторону и вверх, диафрагма поднимается. Происходит некоторое уменьшение объема грудной клетки, что создает дополнительные трудности для работы сердца и легких беременной.

Усиленную нагрузку испытывают при беременности почки, через которые происходит выделение продуктов обмена плода.

Изменения происходят также в органах пищеварения.

Нередко наблюдается вялость кишечника и запоры. Повышается деятельность печени.

В костях, особенно в зубах, наблюдается некоторое обеднение известью. В результате этого отмечается

большая ломкость зубов и нередко в них развиваются кариозные процессы.

Связки сочленений таза разрыхляются, что приводит к некоторой подвижности в сочленениях.

Большие изменения отмечаются при беременности в коже. Нередко на лице появляются коричневатые — пигментные пятна. Темнеют околососковые кружки на молочных железах. По средней линии живота образуется

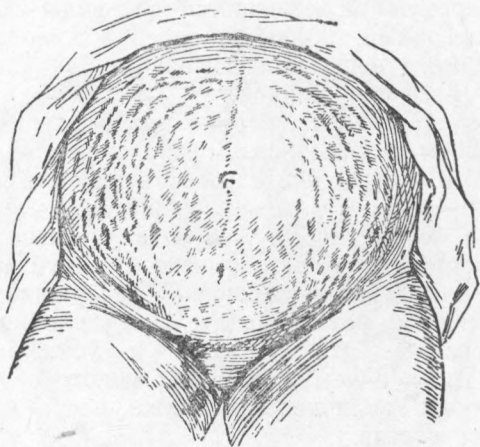


Рис. 33. Рубцы беременности на животе.

узкая коричневатая полоса. Все это происходит в результате отложения в коже пигмента. В конце беременности почти всегда на передней стенке живота и на молочных железах, а иногда и на бедрах появляются красноватые полосы, носящие название рубцов беременности (рис. 33). Они образуются в результате расхождения волокон в глубине кожи. После родов эти рубцы бледнеют, но совсем не исчезают.

Деятельность желез внутренней секреции при беременности также значительно изменяется. Желтое тело и детское место, также являющиеся железой внутренней секреции, выделяют гормоны, вследствие чего происходят изменения во всех других железах внутренней секреции.

При беременности изменяется и деятельность нервной системы. Это выражается в сонливости, извращении

✓ вкуса, тошноте, иногда в появлении раздражительности и т. д.

Очень большие изменения при беременности происходят в половых органах женщины и особенно в матке. Она не только растягивается растущим в ней плодным яйцом, но и возрастает количество ее мышечных волокон (увеличивающихся во много раз в размерах), сильно утолщается слизистая оболочка. В результате этого

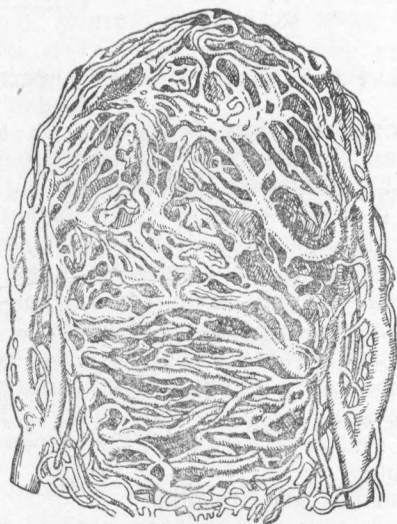


Рис. 34. Кровеносные сосуды беременной матки.

вес матки возрастает к концу беременности с 50 г до 1 кг. ✓
Кровеносные сосуды матки резко увеличиваются
У (рис. 34). Шейка матки становится рыхлой, приобретает
синеваую окраску.

Утолщаются и разрыхляются связки матки.

8 Влагалище и наружные половые органы несколько
набухают, разрыхляются, их слизистая приобретает си-
✓ нюшный оттенок. Количество выделений из влагалища
увеличивается.

9 Молочные железы при беременности увеличиваются,
набухают, кожа около соска темнеет, сосок становится
более темным и увеличивается в размере. Вокруг соска
в виде мелких бугорков появляются так называемые

монтгомеровы железки. При ощупывании молочных желез хорошо определяются отдельные их дольки. Уже с первых месяцев беременности при надавливании на околососковый кружок из соска выделяются капельки мутноватой липкой жидкости — молозиво.

Из всего сказанного очевидно, что беременность представляет собой не только местный процесс, происходящий в половых органах, но и общий процесс, совершающийся во всем организме.

5. Распознавание беременности

Решение вопроса о том, беременна ли женщина, производится путем всестороннего ее обследования.

Признаки беременности делятся на вероятные и достоверные. Чем меньше срок беременности, тем слабее выражены признаки. В первой половине беременности имеются только вероятные признаки, а достоверные появляются уже во второй половине. Тем не менее наличие нескольких вероятных признаков служит основанием для того, чтобы распознать беременность или, как говорят, поставить диагноз беременности, начиная с 1½—2 месяцев.

К вероятным признакам беременности относятся следующие:

- 1) прекращение менструаций;
- 2) появление тошноты, иногда рвоты, изменение вкуса и аппетита;
- 3) появление синюшного окрашивания слизистой наружных половых органов и влагалища и увеличение выделений из него;

4) увеличение, округлость и разрыхление матки, причем при исследовании матка под руками твердеет. При беременности в первые три месяца определить все это можно только при внутреннем исследовании, так как матка в эти сроки еще находится в малом тазу и не прощупывается через брюшную стенку;

5) набухание молочных желез, выделение молозива из соска при надавливании на околососковый кружок.

Первые два признака выявляются при расспросе женщины, следующие три — при обследовании ее.

Существует еще один способ распознавания беременности, называемый биологическим. Он заключается в

том, что моча женщины, у которой предполагается беременность, впрыскивается белым мышам (самкам), еще не достигшим половой зрелости. В яичниках этих мышей еще не должна происходить овуляция. Моча беременной женщины уже с первых недель содержит большое количество гормона, вырабатываемого гипофизом. Под его влиянием через двое-трое суток у мыши в яичниках начинается созревание и лопание фолликулов, на месте которых образуются кровоизлияния. При вскрытии мыши, убитой через трое суток после впрыскивания такой мочи, рассматривают ее яичники. Наличие в яичниках у мыши кровоизлияний указывает на то, что женщина беременна.

Биологический способ распознавания беременности хотя и редко, но дает ошибки.

Ж достоверным признакам беременности относятся следующие:

- 1) шевеление плода, которое определяется исследующим при ощупывании живота беременной;
- 2) прощупывание частей плода;
- 3) выслушивание сердцебиения плода;
- 4) обнаружение плода на рентгеновском снимке.

Все эти признаки можно выявить только при обследовании женщины во второй половине беременности.

6. Обследование беременной

При обследовании беременной нельзя ограничиваться только обследованием половых органов.

Как уже отмечалось выше, беременность есть функция целостного организма женщины, и все органы принимают участие в процессе беременности.

Только путем всестороннего обследования беременной можно судить об общем состоянии беременной, о нормальном или ненормальном функционировании различных органов, о сроке и развитии беременности, о расположении плода в матке. Кроме того, при обследовании можно установить, жив ли плод, нет ли многоплодия или какой-либо патологии беременности.

Обследование беременной складывается из собирания анамнеза и объективного исследования. Правильный и полно собранный анамнез, а также всестороннее объективное исследование беременной позволяют оценить ее

состояние, дать необходимые советы и оказать соответствующую помощь.

Анамнез. Собираение анамнеза должно охватить ряд вопросов.

1. Семейный анамнез. Нужно выяснить, здоровы ли родители и ближайшие родственники, нет ли среди них больных сифилисом, туберкулезом, нервнопсихическими заболеваниями.

2. Развитие беременной. Надо выяснить условия труда и быта, какие заболевания беременная перенесла. Следует обратить внимание, как она развивалась в раннем детстве и в школьном возрасте, каковы были условия жизни. Все это имеет большое значение для выяснения состояния здоровья беременной. Некоторые заболевания могут повлиять на течение беременности. Так, перенесенная малярия может способствовать преждевременным родам, заболевания сердечно-сосудистой системы и почек могут привести к тяжелым осложнениям при беременности и во время родов.

Необходимо уточнить, не перенесла ли беременная рахит, сифилис и туберкулез. При рахите значительно изменяется таз и роды могут быть неправильными. Перенесенный и невылеченный сифилис часто ведет к преждевременным родам мертвым плодом. Если женщина больна туберкулезом, надо принять меры к тому, чтобы новорожденный не заразился.

3. Появление и характер менструаций. Надо узнать, с какого возраста появились менструации, всегда ли приходили в срок, какова их продолжительность и промежутки между ними, сколько крови теряется при менструации. Неправильный характер менструаций может указывать на наличие в беременной каких-либо общих или гинекологических заболеваний, которые могут повлиять на развитие беременности и на течение родов. Выясняют, когда была последняя менструация, — это важно для определения срока беременности.

4. Половая жизнь. Выясняют, в каком возрасте беременная вышла замуж, первый ли это брак, сколько лет мужу и состояние его здоровья. Некоторыми заболеваниями (сифилис, гоноррея, туберкулез) муж может заразить жену, что может повлиять на течение беременности. При эпилепсии и некоторых других психических заболеваниях мужа рекомендуется прервать

беременность, так как они могут отразиться на состоянии здоровья новорожденного.

5. **Прежние беременности.** Надо тщательно расспросить беременную, в каком возрасте были у нее беременности, как они протекали и чем завершились (аборт, роды), как протекали роды, не было ли каких-либо операций во время них, сам ли отошел послед, сколько времени продолжались роды, не было ли послеродовых и послеабортных заболеваний. Надо выяснить, какой был вес новорожденного, в каком состоянии он родился, жив ли сейчас, а если умер, то отчего.

6. **Гинекологические заболевания.** Следует узнать, не было ли у беременной гинекологических заболеваний, а если они были, то какие именно, как проводилось лечение и какой результат этого лечения. Перенесенные гинекологические заболевания, особенно опухоли половых органов и воспалительные процессы в них, могут повести к опасным осложнениям беременности и родов.

Все эти сведения имеют большое значение для суждения о том, как будет протекать беременность и роды. Умелое собирание анамнеза и оценка его вполне доступны медицинской сестре.

Все собранные сведения должны быть тщательно записаны.

Объективное исследование. Это исследование обычно начинается с измерения температуры тела, взвешивания и измерения роста. Затем производится наружный осмотр и исследование по органам.

Наружный осмотр лучше всего производить, раздев беременную и осмотрев ее стоя и лежа. Сначала осматривают кожу, нет ли на ней каких-либо признаков заболеваний (сыпи, расчесы, рубцы), устанавливается наличие пигментации по средней линии живота, на молочных железах и на лице. В стоячем положении обращают внимание на форму живота. Отвислый живот при беременности во второй половине указывает на слабость брюшной стенки, иногда на узкий таз, что требует надлежащих советов и помощи.

Большое внимание следует обратить на то, нет ли у беременной отеков и расширения вен на нижних конечностях. Чтобы определить наличие отеков, надо произвести сильное и продолжительное надавливание паль-

цем в нижней части голени с внутренней поверхности там, где под кожей прощупывается большая берцовая кость. При наличии отеков после надавливания пальцем на коже остается углубление, ямка. При наличии отеков требуется лечение, а иногда и направление беременной в палату патологии беременности родильного дома. При сильно утолщенных, извитых венах на нижних конечностях также требуется лечение, а иногда и госпитализация. При осмотре беременной обращают внимание на строение скелета. Устанавливают, нет ли укорочения одной из нижних конечностей и неподвижности в одном или нескольких суставах. Изменения в костях и суставах нижних конечностей обычно сопровождаются изменениями в строении таза. Все это может повести к тяжелым осложнениям во время родов. Не менее важно выявить, нет ли изменений в скелете, образовавшихся в результате перенесенного в детстве рахита. Основными признаками рахитических изменений скелета являются искривление голени (кривые ноги), узкая грудная клетка и наличие утолщений в месте перехода ребра в реберные хрящи (так называемые рахитические четки), редкие, кривые зубы, широкая форма головы. Рахитические изменения в строении таза можно установить, кроме того, на основании осмотра и измерения самого таза, о чем будет сказано ниже.

Закончив наружный осмотр, переходят к исследованию по органам. Некоторые признаки заболеваний может выявить медицинская сестра, при этом надо немедленно показать беременную врачу. Надо выяснить, не предъявляет ли беременная каких-либо жалоб, которые указывали бы на заболевание сердечно-сосудистой системы (сердцебиение, одышка, отеки), органов дыхания (кашель, боли в груди), органов пищеварения (тошнота, рвота, поносы, запоры), мочевых органов (отеки, боли в пояснице, учащенное и болезненное мочеиспускание). Сестра должна уметь измерить артериальное давление и определить наличие белка в моче.

Измерение артериального давления производится при помощи специального аппарата. Повышение давления служит признаком серьезного осложнения беременности, что требует немедленного лечения.

Не менее серьезным осложнением является появление белка в моче. Для определения его можно пользо-

ваться самым простым способом. Мочу, полученную после подмывания половых органов или взятия ее катетером, наливают в пробирку в количестве 5—10 мл. К моче добавляют 2—3 капли концентрированной уксусной кислоты. После этого мочу кипятят. Появление в моче мути или белых хлопьев указывает на наличие в моче белка.

После исследования состояния внутренних органов переходят к специальному акушерскому исследованию беременной. При акушерском исследовании необходимо выяснить следующее:

1) форму таза беременной, нет ли его сужения, так как последнее препятствует нормальному течению родов;

2) срок беременности;

3) расположение плода в матке;

4) жив ли плод;

5) число плодов в матке.

На первые два вопроса можно ответить в любой период беременности, а на последующие три вопроса только во второй половине ее.

Исследование таза беременной производится путем осмотра и путем наружного и внутреннего тазоизмерения.

Если посмотреть на спину беременной женщины, то можно заметить, что в области крестца вырисовывается ромбовидная фигура—ромб Михаэлиса (рис. 35). Верхний угол ромба при нормальном тазе острый. Если же данный угол тупой, ромб как бы придавлен сверху, то это указывает на рахитические изменения в тазу, которые часто создают препятствия для рождения плода. Более правильное и полное представление о размерах таза дает его наружное измерение. Снаружи можно из-

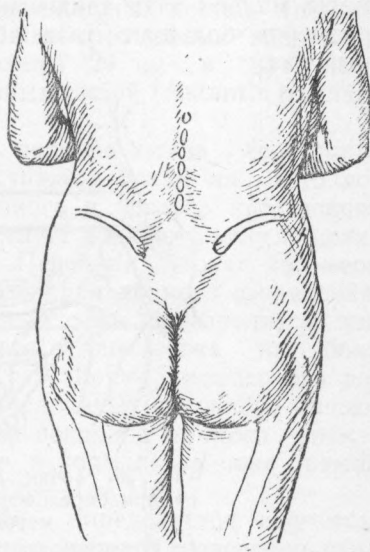


Рис. 35. Ромб Михаэлиса правильной формы.

мерить большой таз. О размерах малого таза, через который проходит плод при рождении, можно судить на основании измерения большого таза. Если наружное измерение таза показывает, что большой таз имеет нормальные размеры, то это позволяет считать, что и размеры малого таза также нормальные. При уменьшении размеров большого таза обычно бывает сужен и малый таз.

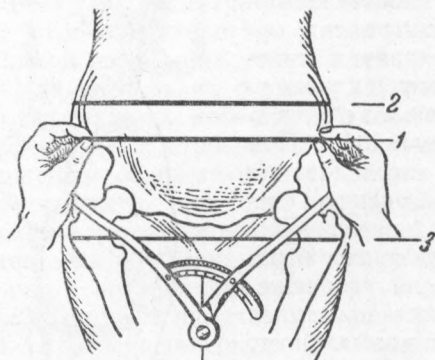


Рис. 36. Точки приложения тазомера при определении поперечных размеров таза.

1 — размер между остями подвздошных костей; 2 — размер между гребешками подвздошных костей; 3 — размер между большими вертелами бедренных костей.

Наружное измерение таза производится при помощи инструмента, напоминающего большой циркуль, который называется тазомером. При измерении таза пуговицы, имеющиеся на концах ножек тазомера, должны быть поставлены на определенные точки таза. Указатель на шкале тазомера показывает, на каком расстоянии друг от друга находятся его пуговицы.

Для измерения поперечных размеров таза пуговицы тазомера ставятся (рис. 36):

- 1) на выдающиеся в стороны концы передне-верхних остей подвздошных костей (см. рис. 1);
- 2) на наиболее удаленные друг от друга наружные стороны гребешков подвздошных костей (см. рис. 1);
- 3) на наружные поверхности больших вертелов бедренных костей (см. рис. 1).

Для измерения этих размеров беременная ложится на спину на кушетку, при этом ноги должны быть вытянуты. Измеряющий таз садится справа от нее, ближе к ногам (рис. 37).

При нормальном тазе поперечные размеры его следующие: 1) между остями подвздошных костей (*distancia spinarum*) 26 см, 2) между гребешками подвздошных костей (*distancia cristarum*) 29 см и 3) между большими вертелами бедренных костей (*distancia trochanterica*) 32 см.

Для измерения прямого размера таза (*conjugata externa*) пуговка тазомера ставится сзади на место соединения последнего поясничного и первого крестцового позвонка. Это место соответствует верхнему углу описанного выше ромба (рис. 35). Передняя пуговка тазомера ставится на середину верхнего края лонного сочленения.

Измерение прямого размера таза производится или в положении беременной стоя, или лежа на боку (рис. 38). При нормальном тазе прямой размер его равен 20 см. Если вычесть из величины наружного прямого размера 9 см, то получится величина прямого размера входа в таз. Как известно, в нормальном тазе прямой размер входа равен 11 см ($20 - 9 = 11$).

Срок беременности определяется с учетом времени последней менструации, первого шевеления плода и некоторых других признаков. Однако главным признаком, позволяющим судить о сроке беременности, является величина матки. В первые 3 месяца беременности матка хотя и значительно увеличивается в размерах, но остается еще в полости малого таза и не прощупывается через переднюю брюшную стенку. Поэтому для определения срока беременности в первые 3 месяца пользуются влагалищным двуручным исследованием. Этот метод исследования применяется не только для определения срока беременности, но и во многих других случаях.

Непосредственно перед исследованием беременная должна помочиться. Если наружные половые органы загрязнены, то их следует подмыть. После этого беременную укладывают на спину на кровать, а еще лучше на жесткую кушетку. Значительно удобнее это исследование производить на специальном гинекологическом кресле.

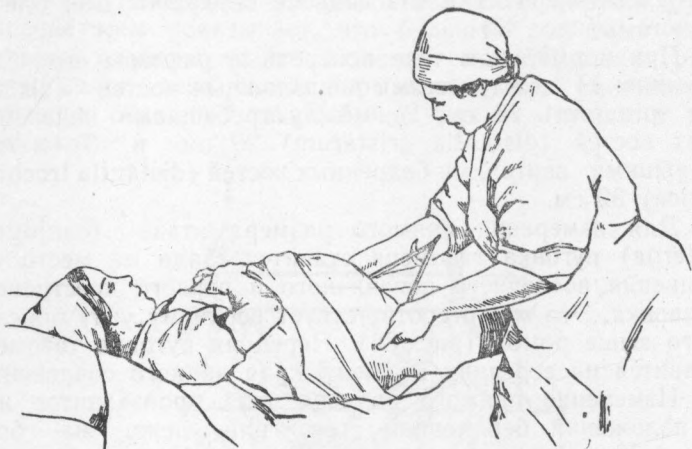


Рис. 37. Измерение поперечных размеров таза.

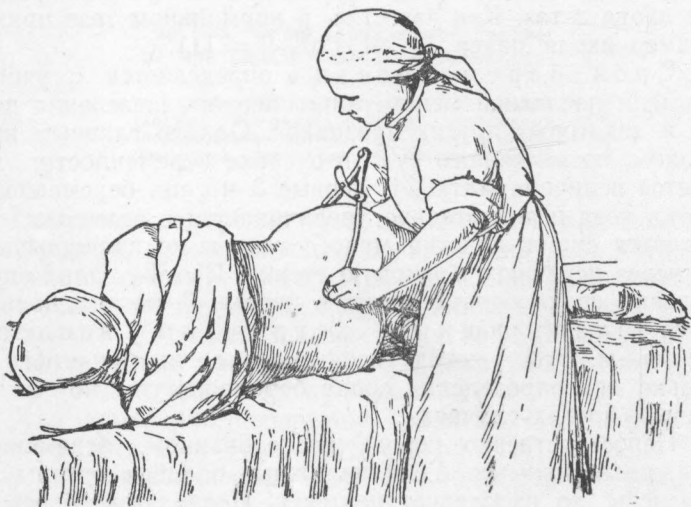


Рис. 38. Измерение прямого размера таза.

Если исследование производится на кровати или на кушетке, то надо, чтобы женщина подложила под крестец сжатые кулаки. Таз при этом приподнимается и, таким образом, облегчается исследование.

Исследование производится следующим образом: левой рукой раздвигают половые губы и осматривают, в каком состоянии находятся наружные половые органы. Затем указательный и средний палец правой руки вво-



Рис. 39. Прощупывание беременной матки между рукой, находящейся снаружи, и пальцами, введенными во влагалище.

дят во влагалище, плоть до шейки матки. После этого левую руку кладут на низ живота и производят давление на область матки, которая оказывается между наружной рукой и пальцами руки, введенными во влагалище, и хорошо прощупывается (рис. 39). Такое исследование позволяет определить, в каком положении находится матка, какова ее величина, форма и консистенция. Беременная матка увеличена, имеет округлую форму и мягковатую консистенцию. До 1½ месяцев изменения в матке очень незначительны, и в этот срок распознать их при влагалищном исследовании почти невозможно. После ощупывания матки определяют состояние ее придатков.

Для определения величины матки после 3 месяцев беременности нет надобности прибе-

гать к влагалищному исследованию. К этому времени дно матки уже отчетливо прощупывается через брюшную стенку. Чтобы найти дно матки, пользуются очень простым приемом. Кисть одной или обеих рук кладут ребром на живот беременной и отыскивают наиболее высоко расположенную часть матки. (рис. 40). Эта часть матки и будет ее дном. Данный прием называется

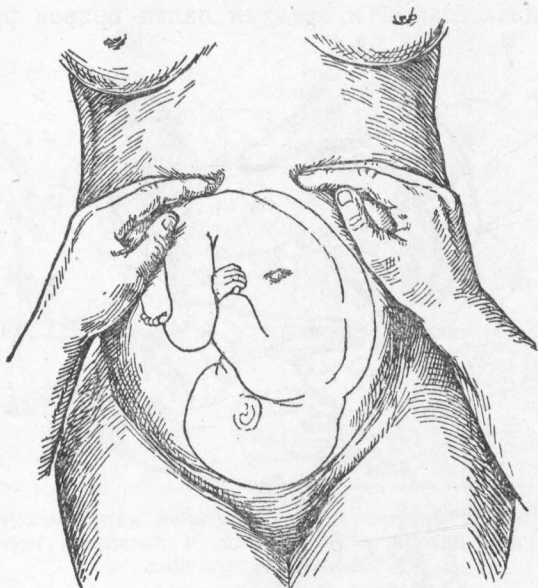


Рис. 40. Первый прием наружного акушерского исследования. Определение дна беременной матки.

Первым приемом наружного акушерского исследования. На основании высоты стояния дна матки можно судить о сроке беременности (рис. 41 и табл. 2).

Высота стояния дна матки более точно измеряется сантиметровой лентой. Для этого конец ленты прикладывают к верхнему краю лонного сочленения и ведут по средней линии живота до дна матки, которое отчетливо определяется через брюшную стенку (рис. 42).

Как видно из приведенных данных, высота стояния дна беременной матки над лонным сочленением в 8 и 10 месяцев одинакова. Выше всего матка стоит в 9 акушерских месяцев. Это объясняется тем, что на по-

Высота стояния дна матки в различные сроки беременности
(в акушерских месяцах)

Срок беременности	Высота стояния дна матки	Высота стояния дна матки над лонным сочленением (в см)
3 месяца	Непосредственно над лонным сочленением	—
4 »	На 2—3 поперечных пальца выше лонного сочленения	6
5 месяцев	Немного выше середины между лонным сочленением и пупком	12
6 »	На уровне пупка	20
7 »	На 2—3 поперечных пальца выше пупка	24
8 »	Несколько выше середины между пупком и мечевидным отростком	28
9 »	Под мечевидным отростком	32
10 »	На том же примерно уровне, что и в 8 месяцев беременности, так как дно матки опускается	28

следнем месяце беременности матка немного отклоняется кпереди, а предлежащая часть плода опускается ко входу в малый таз. Опускание дна матки обычно ощущает сама беременная: она говорит, что живот как бы опускается и становится легче дышать.

Помимо определения высоты стояния дна матки, начиная с 6 месяцев беременности, измеряется также окружность живота. Это измерение производится сантиметровой лентой, которая проходит по окружности живота на уровне пупка (рис. 43). В конце беременности окружность живота равняется приблизительно 90—100 см. Если окружность живота более 100 см, то это указывает на то, что плод очень крупный или в матке не один, а несколько плодов. Кроме того, чрезмерное увеличение окружности живота может быть при очень большом количестве околоплодных вод или вследствие какой-либо другой причины. Чрезмерная окружность живота может быть результатом осложненной, неправильно протекающей беременности, что надо установить.

Расположение плода в матке также решается наружным акушерским исследованием.

Как уже было сказано, в подавляющем большинстве случаев плод располагается в матке в продольном положении и только в 1% случаев в поперечном или косом. В этих редких случаях почти всегда необходимо акушерское вмешательство с целью исправления положения плода. Исправление положения плода производится на

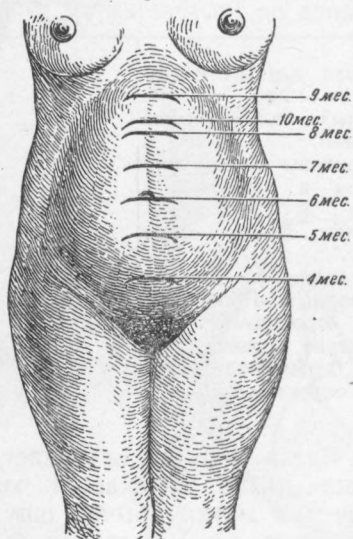


Рис. 41. Высота стояния дна матки от четырех до десяти месяцев беременности.

последнем месяце беременности или уже во время родов, так как до этого неправильное положение может быть временным и переходить в правильное — продольное.

Определение положения плода в матке производится при помощи второго приема наружного акушерского исследования. Он заключается в том, что ладони обеих рук располагаются по сторонам матки и ими производится ощупывание плода (рис. 44). Ввиду того что плод при продольном положении располагается таким образом, что спинка его лежит слева (I позиция) или справа (II позиция), то естественно, что ручки и

ножки (так называемые мелкие части плода) будут располагаться с противоположной стороны по отношению к спинке. Осторожно и внимательно ощупывая матку, можно определить с одной стороны как бы бугристую поверхность плода, а с противоположной стороны — гладкую. Ощущение бугристой поверхности зависит от того, что рука исследующего пальпирует мелкие части плода; ощущение гладкой поверхности бывает при пальпации спинки.

Если плод находится не в продольном, а в поперечном или косом положении, то с одной стороны удастся определить крупную, плотную, округлую часть плода — это головка. С другой стороны тоже определяется круп-

ная часть плода, но она менее округлая и несколько мягче — это ягодичи.

Нередко при исследовании вторым приемом можно определить шевеление плода.

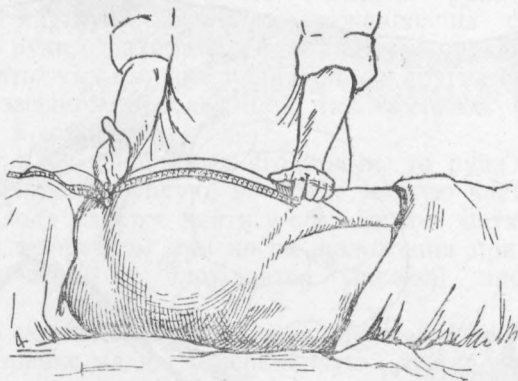


Рис. 42. Измерение высоты стояния дна матки над лонным сочленением при помощи сантиметровой ленты.

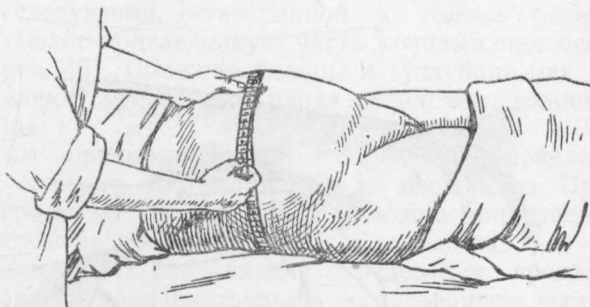


Рис. 43. Измерение окружности живота беременной сантиметровой лентой.

При продольном положении плода необходимо решить, какая часть предлежит, т. е. головка или ягодичи обращены ко входу в таз. Предлежание тазовым концом во время родов менее благоприятно, чем головное, особенно для плода.

✓ Определение предлежащей части производится при помощи третьего приема а наружного акушерского

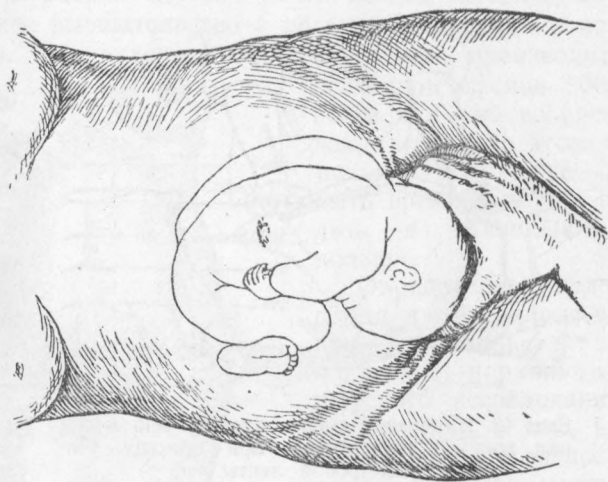


Рис. 45. Третий прием наружного акушерского исследования. Определение предлежащей части.

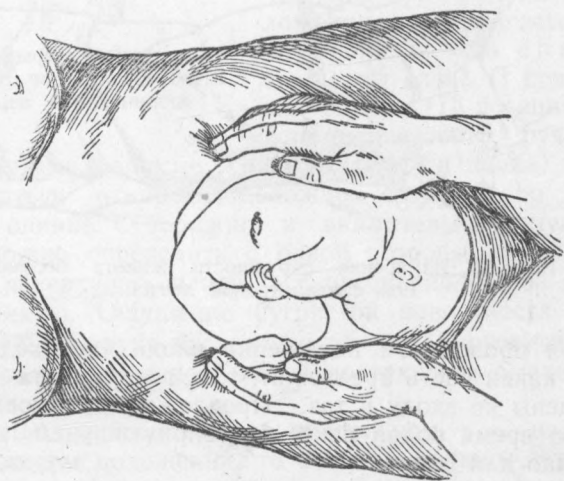


Рис. 44. Второй прием наружного акушерского исследования. Определение мелких частей и спинки плода.

исследования. Этот прием заключается в том, что правой рукой, расположенной над лонным сочленением, захватывают предлежащую часть (рис. 45). Если предлежит головка, то при исследовании рука ощущает плотную круглую часть. При движении из стороны в сторону руки, захватившей головку, иногда удается установить, что головка подвижна; в других же случаях она оказывается неподвижной, так как уже опустилась во вход в малый таз.

Если плод предлежит ягодицами, то рука исследующего ощущает крупную, но более мягкую часть; головку же плода удается найти в области дна матки.

При поперечном или косом положении при исследовании обычно не ощущается никакой предлежащей части.

Если установлено ягодичное предлежание или имеется подозрение на него, беременную нужно немедленно показать врачу.

Для определения предлежащей части плода пользуются еще четвертым приемом наружного акушерского исследования. Этот прием заключается в том, что исследующий, встав спиной к голове беременной, обхватывает предлежащую часть концами пальцев обеих рук (рис. 46). Сближая пальцы и углубляя их в таз, определяют, какая часть плода предлежит: головка или ягодицы.

Этим приемом удобно определять предлежащую часть, если она уже вставилась во вход в таз. Применяя этот прием во время родов, можно определить, как предлежащая часть опускается в малый таз.

В некоторых случаях для определения предлежащей части пользуются внутренним исследованием через влагалище или через прямую кишку или производят рентгеновский снимок (рис. 47).

Жив ли плод, устанавливается на основании выслушивания его сердечных тонов и определения шевеления. И то и другое можно обнаружить только во второй половине беременности.

Выслушивание сердцебиения плода производится при помощи акушерского стетоскопа. Сердечные тоны плода значительно лучше прослушиваются со стороны спинки. Это происходит потому, что плод располагается в матке, выгнув спинку и скрестив

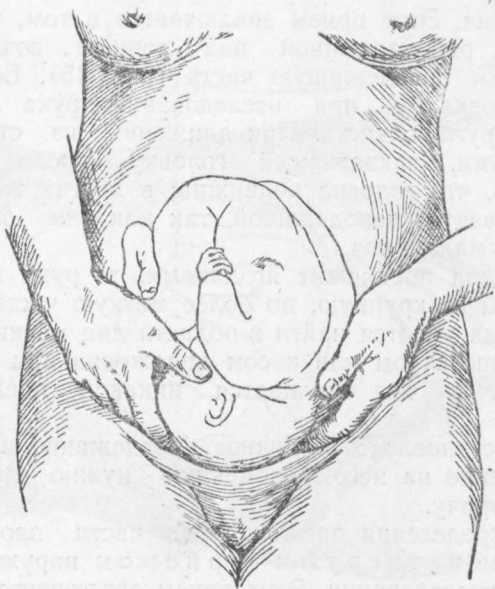


Рис. 46. Четвертый прием наружного акушерского исследования.



Рис. 48. Выслушивание сердечных тонов плода. Спинка расположена значительно ближе к стенке матки, чем грудка.

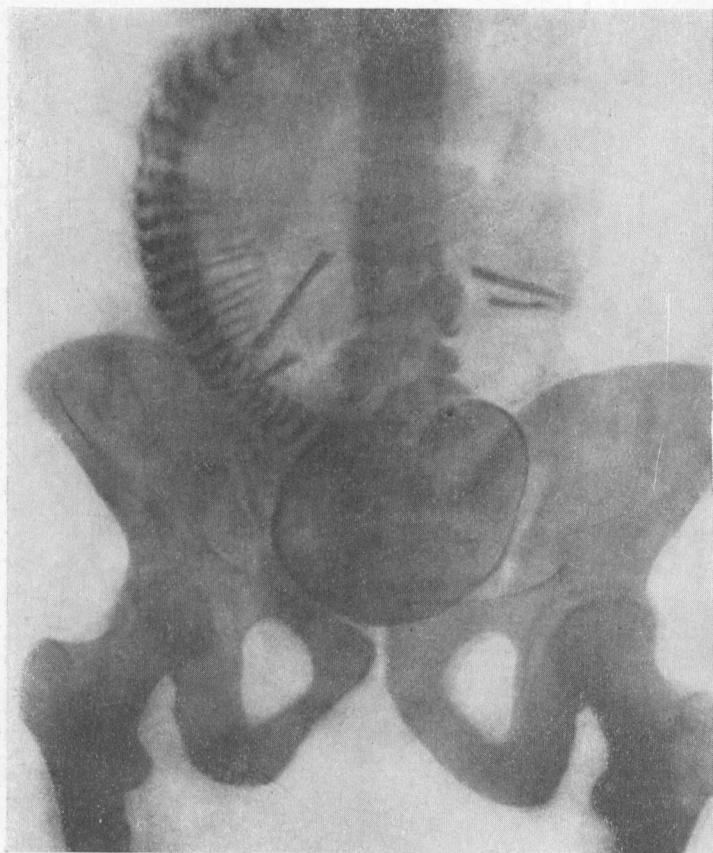


Рис. 47. Рентгеновский снимок, произведенный в конце беременности. Предлежит головка.

на груди ручки и ножки. В результате такого членорасположения сердце плода со стороны спинки находится значительно ближе к стенке матки, чем со стороны грудки (рис. 48).

При различных положениях плода сердцебиение яснее выслушивается также в различных местах живота. При головном предлежании сердечные тоны лучше прослушиваются ниже пупка, при тазовом — выше его. Если спинка плода находится слева, то сердечные тоны лучше слышны также слева от средней линии живота, а если спинка находится справа, то они лучше прослушиваются справа (рис. 49).

Число сердечных тонов плода конце беременности в норме составляет 120—140 ударов в минуту. Сердечные тоны необходимо считать очень точно и при этом пользоваться часами с секундной стрелкой. Учащение и урежение сердечных тонов указывают на опасность, угрожающую жизни плода.

Определение жизни плода по его шевелению имеет значение только в том случае, если шевеление ясно определяется самим исследующим. Ощущение шевеления плода беременной может быть ошибочным. Иногда беременная сокращения кишечника принимает за шевеление плода.

Вопрос о том, один или несколько плодов находится в матке, также решается только во второй половине беременности, более точно в последние два месяца.

Как уже было сказано, окружность живота 100 см и больше может указывать на многоплодную беременность. При пальпации живота иногда удается прощупать две головки. Одна из них может располагаться внизу над входом или во входе в таз, другая — вверху в дне матки. Это имеет место, когда один из плодов находится в

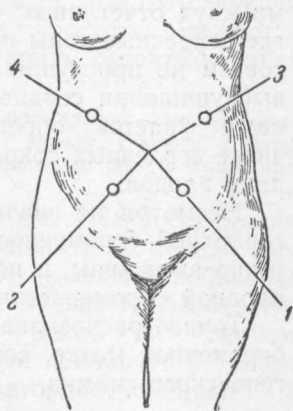


Рис. 49. Места наиболее ясной слышимости сердечных тонов плода.

1 — головное предлежание, спинка плода слева; 2 — головное предлежание, спинка плода справа; 3 — тазовое предлежание, спинка плода слева; 4 — тазовое предлежание, спинка плода справа.

головном предлежании, другой — в ягодичном. Нередко оба плода находятся или в головном, или в ягодичном предлежании. Бывают случаи, когда один или оба плода находятся в поперечном положении.

Другим признаком многоплодной беременности является отчетливое выслушивание нескольких сердцебиений плодов в различных местах. При этом между точками двух отчетливых сердцебиений находится участок, где сердечные тоны плода прослушиваются плохо или совсем не прослушиваются. Иногда при одновременном выслушивании сердцебиений в разных местах двумя лицами удается определить значительную разницу в числе сердечных сокращений. Это указывает на наличие двух плодов.

Несмотря на значительное количество признаков многоплодной беременности, они не всегда бывают достаточно выражены, и поэтому определить наличие многоплодной беременности иногда трудно.

Точное распознавание числа плодов, находящихся в беременной матке, возможно только при помощи рентгеновского снимка.

7. Определение срока родов и начала дородового отпуска

Определение срока беременности имеет значение для того, чтобы знать, когда произойдут роды, и для того, чтобы во-время предоставить беременной дородовой отпуск. Женщинам, работающим на производстве, а также служащим отпуск предоставляется за 35 дней до родов, т. е. в конце IX акушерского месяца. Колхозницы получают отпуск за 28 дней до родов, т. е. по истечении IX акушерских месяцев беременности.

К сожалению, точно определить день, когда произойдут роды, невозможно. Причины этого следующие:

1) не известен точно день, когда произошло оплодотворение яйцевой клетки;

2) продолжительность беременности, хотя и равна в среднем 280 дням, считая с первого дня последней менструации, однако известно, что она может продолжаться меньше или больше этого срока.

Таким образом, день предстоящих родов может быть определен только приблизительно.

Данные, по которым определяется срок беременности и день родов, устанавливаются при опросе беременной и ее обследовании.

При опросе беременной следует выяснить:

1. Дату первого дня последней нормальной менструации. Если к этой дате прибавить 9 календарных месяцев и 7 дней, то получится день, соответствующий дню предполагаемых родов. Для простоты можно от первого дня последней менструации отсчитать назад 3 месяца и прибавить 7 дней.

Пример: первый день последней нормальной менструации — 1 мая. Отсчитывают назад 3 месяца — 1 апреля, 1 марта, 1 февраля; добавляют 7 дней — получается 8 февраля. Это и будет предполагаемый срок родов.

2. Дату первого шевеления плода. Первобеременная начинает чувствовать шевеление плода в 20 недель беременности (5 акушерских месяцев), а повторнобеременная в 18 недель (4½ акушерских месяца). Следовательно, чтобы определить время родов по первому шевелению плода, надо к этой дате прибавить у первобеременных 20 недель, а у повторнобеременных — 22 недели.

Данные, которые получаются при обследовании беременной и которые позволяют судить о сроке предстоящих родов, были уже приведены выше (стр. 75).

При беременности 35 недель высота стояния дна матки над лонным сочленением равна в среднем 32 см, а окружность живота — 92 см.

Чем раньше было установлено наблюдение над беременной, тем реже и меньше допускаются ошибки в определении срока родов. Надо стремиться к тому, чтобы с самого начала беременности женщина находилась под медицинским наблюдением и посещала консультацию.

8. Наблюдение и уход за беременной

Беременность представляет собой нормальный физиологический процесс, свойственный женскому организму. Однако в некоторых случаях беременность осложняется, принимает неправильное (патологическое) течение.

Чем раньше обнаружены признаки осложнения беременности, тем легче их устранить. При первом осмотре беременной необходимо произвести тщательное и всестороннее ее обследование.

При этом всем беременным надо обязательно произвести анализ мочи и крови, рентгенологическое исследование легких и сердца, а также измерить артериальное давление. Необходимо также произвести реакцию Васермана, взять мазки выделяемого из влагалища, из шейки матки и мочеиспускательного канала для исследования на гоноррею.

Кроме того, надо осмотреть полость рта и состояние зубов. Зубы при беременности легко портятся и могут послужить источником септической инфекции в послеродовом периоде. Поэтому беременную следует направлять к зубному врачу для санации полости рта.

Все данные, полученные при обследовании беременной, нужно подробно записывать.

В дальнейшем следует осматривать беременную в первой половине не реже одного раза в месяц, а во второй половине — не реже 2 раз в месяц. При первом и повторных осмотрах нельзя ограничиваться только акушерским исследованием, следует производить также полное обследование беременной и все полученные данные подробно записывать. В случае неявики беременной для повторного осмотра в назначенное время нужно посетить ее на дому.

При повторных осмотрах беременной необходимо:

1. Взвесить беременную. Уже в первой половине беременности происходит небольшая прибавка в весе. Во второй половине, начиная с VI месяца, беременная прибавляет в среднем 300—400 г в неделю. Если прибавка в весе оказывается более 400 г в неделю, то это чаще всего происходит за счет недостаточного удаления из организма воды. В таких случаях необходимо определить, нет ли у беременной отеков, которые начинаются обычно с нижних конечностей.

2. Измерить артериальное давление. Повышение артериального давления у беременных максимального свыше 130 мм, а минимального свыше 80 мм указывает на серьезное осложнение течения беременности.

3. Произвести анализ мочи. Следы белка в моче (0,03%) могут быть и при нормально протекающей беременности. Если количество белка больше 0,03%, то это указывает на заболевание почек. Также надо обратить особое внимание на количество лейкоцитов в осадке (в норме 3—5 лейкоцитов в поле зрения). Отклоне-

ний от нормы в моче при нормально протекающей беременности не должно быть.

При наличии отеков, повышенного артериального давления или изменений в моче (особенно белка) беременная должна быть помещена в палату патологии беременности.

4. Не реже 2 раз в течение беременности необходимо произвести общий анализ крови. Если он показывает, что количество гемоглобина ниже 50%, лейкоцитов более 8 000, то беременной должно быть назначено соответствующее лечение.

5. При появлении значительных и особенно гнойных выделений из влагалища следует взять мазки и направить их для исследования в лабораторию. Это особенно важно для того, чтобы выяснить, не больна ли беременная гонореей. На протяжении всей беременности женщина должна получать советы относительно гигиены беременности.

На последнем месяце беременности среди женщин нужно проводить психопрофилактическую подготовку с целью предупредить возникновение болевых ощущений в родах.

9. Гигиена беременной

Соблюдение гигиенических правил в быту и на работе необходимо для сохранения здоровья каждого человека.

В период беременности, когда к организму предъявляются повышенные требования, тем более становится важным соблюдение гигиенических правил. Это способствует нормальному течению беременности и предупреждает многие ее осложнения.

В нашей стране созданы благоприятные условия для беременной женщины. Работающей женщине предоставляется дородовой отпуск.

Начиная со второй половины беременности, женщина освобождается от тяжелого физического труда, переводится на более легкую работу, ее не привлекают к работам в ночное время и сверхурочной работе. Все эти мероприятия способствуют нормальному течению беременности и рождению здорового ребенка. Получив перевод на легкую работу или отпуск, беременная не должна загружать себя тяжелой работой на дому.

Легкая физическая работа не только не вредна, но даже полезна для беременной, улучшает ее общее состояние. Она должна совершать неустрашающие прогулки и быть возможно больше на чистом воздухе. Однако бег, прыжки, крутые подъемы, езда на велосипеде, работа на ножной швейной машине для беременной во второй половине вредны и могут иногда повести даже к преждевременным родам.

Для улучшения общего состояния организма, работы сердца, легких, кишечника и укрепления мускулатуры брюшной стенки и тазового дна рекомендуются специальные виды гимнастики.

Женщины, занимающиеся гимнастикой и спортом до беременности, могут продолжать эти занятия и во время беременности, но в облегченном виде, не злоупотребляя физической нагрузкой.

Надо заботиться о чистоте жилища, проветривать и тщательно убирать его.

Беременная должна спать не менее 8 часов в сутки. Постельное белье надо менять раз в неделю. В последние 2 месяца беременности надо обязательно спать на отдельной кровати.

Уход за кожей следует проводить с особой тщательностью, не реже одного раза в неделю надо мыться дома или в бане. В бане не должно быть жарко, нельзя париться или ставить ноги в таз с горячей водой. Если есть возможность, то лучше мыться под душем.

В первой половине беременности можно купаться в реке, в озере и в море, но только у берега и при условии, если температура воды не ниже 22°.

Принимать ванну не рекомендуется, так как грязь, смываемая с кожи, легко может попасть с водой в половые органы и послужить причиной гинекологических заболеваний.

Беременная должна ежедневно по утрам обтираться полотенцем, смоченным водой комнатной температуры. После обтирания надо хорошо растереться сухим, желательно мохнатым полотенцем. Такие обтирания не только удаляют с кожи грязь, но и благотворно влияют на общее состояние организма.

Ногти на руках и ногах должны быть коротко острижены, так как под длинными ногтями легко скапливается грязь.

Уход за наружными половыми органами должен производиться с особой тщательностью. Два раза в день необходимо подмываться. Для подмывания берут кипяченую теплую воду и поливают из кувшина или из кружки с резиновой трубкой. Ток воды надо направлять спереди назад. После подмывания надо осушить половые органы снаружи чистым полотенцем.

Спринцеваться во время беременности можно только по назначению врача.

Половая жизнь в первые 2 месяца беременности должна быть ограничена, а за два месяца до родов — прекращена.

Одежда беременной должна быть легкой, достаточно теплой и свободной, не стесняющей живот и грудь. Не следует туго стягивать пояс юбки, поэтому лучше носить юбки с бретельками или платья. Нельзя также носить трико с тугими резинками на животе и на ногах. Чулки следует пристегивать к поясу или биндажу, а не носить круглых резиновых подвязок. Все это очень важно, так как стягивающая одежда затрудняет дыхание и кровообращение. Нижнее белье следует менять еженедельно после мытья под душем, а в последние недели беременности надо менять белье еще чаще.

В последние 2 месяца беременности желательно носить биндаж, особенно повторнобеременным (рис. 50). Биндаж предохраняет брюшную стенку от растяжения, предупреждает отвисание живота и способствует сохранению правильного положения плода. Биндаж надо надевать лежа и не затягивать его слишком туго. При отсутствии настоящего биндажа можно заменить его широким полотенцем. Полотенце должно быть ушито так, чтобы оно хорошо облегалo живот, по краям с одной и другой стороны следует пришить тесемки для завязывания. Ни в коем случае нельзя подвязывать только низ живота свернутым полотенцем или шнуром.

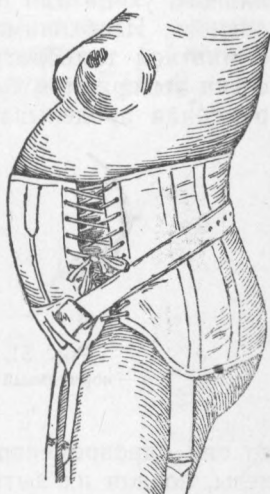


Рис. 50. Биндаж для беременной.

Обувь беременной должна быть свободной, на низких каблуках.

Во второй половине беременности центр тяжести тела перемещается и ношение обуви на каблуках препятствует правильному положению тела.

Молочные железы требуют при беременности специального ухода для подготовки их к кормлению новорожденного. Необходимо ежедневно обмывать их водой комнатной температуры. После обмывания железы и соски вытираются сухим мохнатым полотенцем. Если беременная прodelывает ежедневно обтирания всего тела,



Рис. 51. Различные формы сосков.

а — нормальный сосок; б — плоский сосок; в — втянутый сосок.

то сна одновременно должна обмывать и молочные железы, но для их вытирания следует пользоваться отдельным полотенцем. Беременная обязательно должна носить свободно застегивающийся бюстгальтер с широкими бретельками. Если имеются плоские соски (рис. 51), то во второй половине беременности надо применять массаж. Для этого, чисто вымыв руки, периодически захватывают сосок пальцами, вытягивают и отпускают его. Это прodelывают в течение 3—5 минут.

Питание в первую половину беременности может оставаться обычным, никакой особой диеты можно не придерживаться. Во вторую половину беременности и тем более в последние два месяца, когда особенно увеличивается нагрузка на почки, необходимо соблюдать определенную диету. Употребление мяса, воды и соли должно быть ограничено. Мясные первые блюда надо совсем исключить из рациона, вторые блюда можно готовить из мяса не чаще 2 раз в неделю. Нельзя употреблять в пищу острые и соленые блюда. Прием всякой жидкости следует ограничить. Общее количество употребляемой жидкости не должно превышать 1,5 л в день,

включая супы, молоко, кисели, фрукты и т. п. Употребление алкогольных напитков, даже слабых, запрещается, так как они вредны для беременной и плода.

Во второй половине беременности нередко наблюдается склонность к запорам. Поэтому в рацион беременных нужно включить кислое молоко, компот, чернослив и белый хлеб заменить черным. Если все это не помогает, то через 2—3 дня нужно ставить клизму. Только в крайнем случае можно прибегать к легким слабительным средствам, например, пургену (1—2 таблетки).

ФИЗИОЛОГИЯ РОДОВ

Предвестники родов

По истечении 280 дней, или 10 акушерских месяцев, беременность заканчивается срочными родами. Уже за 2—3 недели до родов появляются некоторые признаки их приближения. Возбудимость мышцы матки к этому времени повышается, и можно наблюдать ее сокращения. Они происходят через неправильные промежутки времени, иногда через час, иногда значительно реже. Беременная иногда чувствует эти сокращения и отмечает, что временами «ноет» в пояснице или нижней части живота. Сокращения матки можно наблюдать при ощупывании матки рукой через брюшную стенку.

За 1—2 дня до родов нередко появляются слизистые выделения из влагалища. Появление выделений происходит при сокращении матки вследствие выжимания слизи, находящейся в канале шейки матки.

2. Роды

Роды представляют собой физиологический процесс, при котором происходит изгнание плодного яйца из организма матери. Женщина, у которой начались роды, называется роженицей. Во время родов происходит полное раскрытие шейки матки, разрыв околоплодных оболочек и отхождение околоплодных вод. После этого происходит рождение плода, а затем отделение и выделение последа.

В начале родовой деятельности наблюдаются сокращения матки, которые носят название схваток. В конце родов к схваткам присоединяются потуги — сокращения брюшного пресса и других произвольных мышц. Все это приводит к раскрытию шейки матки и изгнанию плода.

Продолжительность родов бывает различной и зависит от многих причин.

Первые роды бывают более продолжительными, чем повторные. При первых родах плод продвигается медленнее, так как шейка матки и другие мягкие ткани родовых путей оказывают значительное сопротивление поступательному движению плода. При повторных же родах плод проходит через более растянутые родовые пути, как говорят, более подготовленные.

Роды у пожилых первородящих продолжаются дольше, чем у молодых, так как мягкие ткани с возрастом теряют свою эластичность, растяжимость.

При тазовых предлежаниях роды продолжаются дольше, чем при головных; одной из причин этого является то, что мягкие ткани плода (ягодицы) медленнее растягивают родовые пути, чем плотная головка.

В среднем можно считать, что продолжительность родов у первородящих составляет 20 часов, а у повторнородящих — вдвое меньше — 10 часов. Роды, длящиеся свыше суток, обычно являются неправильными, патологическими.

Некоторые особенности родового процесса позволяют разделить его на три периода, которые следуют один за другим.

Первый период — раскрытие шейки матки.

Второй период — изгнание плода.

Третий период — последовый.

Первый период родов (раскрытие шейки матки)

Сокращения мышцы матки, которые происходили через неправильные промежутки времени уже в последние 2—3 недели беременности, с началом родов приобретают иной характер. Теперь они происходят через правильные промежутки времени.

В начале родов схватки повторяются через 15—20 минут. Постепенно промежутки между ними становятся все короче и уменьшаются до 3—5 минут. Продолжительность схваток, которая в начале родов бывает небольшая (10—15 секунд), постепенно удлиняется и доходит до 1 минуты. Наряду с укорочением промежутков между отдельными схватками и увеличением их продол-

жительности, усиливаются сокращения маточной мускулатуры.

Схватки можно проследить, положив руку на живот роженицы; при наступлении схватки матка становится значительно плотнее. Ввиду того что схватки представляют собой сокращение гладкой непроизвольной муску-

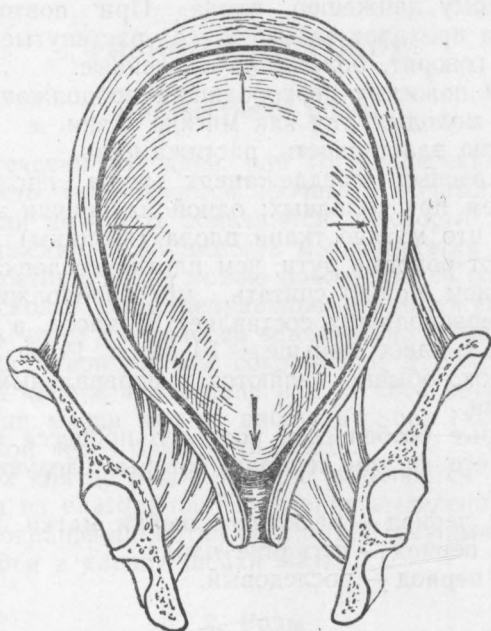


Рис. 52. Действие, оказываемое плодным пузырем при сокращении матки в период раскрытия ее шейки.

латуры, начало и конец их не зависят от воли роженицы. Она не может ни вызвать, ни прервать схватку. При каждой схватке мышца матки сокращается и оказывает сильное давление на находящееся в ней плодное яйцо. В его состав, как известно, входит околоплодный пузырь, образуемый оболочками, внутри которого находится значительное количество вод и плод. Давление, которое повышается внутри матки при схватках, действует со всех сторон на плодное яйцо (рис. 52). Околоплодный пузырь, наполненный водами, встречает всюду противодействие со стороны стенок матки, за исключением само-

го нижнего отдела. Здесь расположено внутреннее отверстие (внутренний зев) канала шейки матки, в который и вклинивается околоплодный пузырь.

Раскрытие шейки матки у первородящих и повторно-родящих происходит различно.

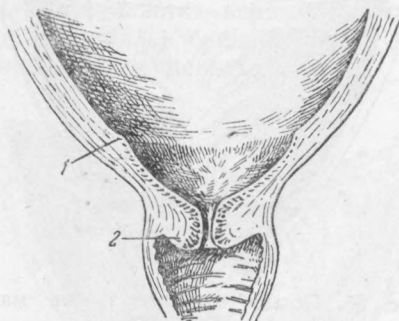


Рис. 53. Раскрытие шейки матки у первородящей. Внутренний зев раскрывается. Канал шейки исчезает. Шейка сглаживается.

1 — внутренний зев; 2 — наружный зев.

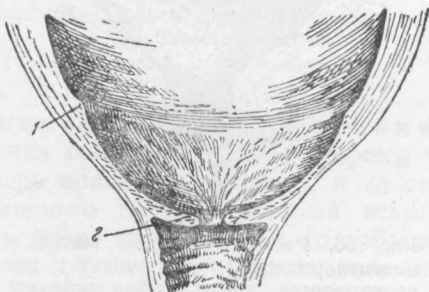


Рис. 54. Раскрытие шейки матки у первородящей. Внутренний зев и канал шейки полностью раскрыты. Начинается раскрытие наружного зева.

1 — внутренний зев; 2 — наружный зев.

У первородящих вначале происходит раскрытие внутреннего зева и канал шейки матки постепенно исчезает. Это называется сглаживанием шейки (рис. 53). Только после этого начинает раскрываться наружный зев шейки

матки (рис. 54). Постепенно он полностью раскрывается, и полость матки вместе с раскрытой шейкой представляет единое целое (рис. 55).

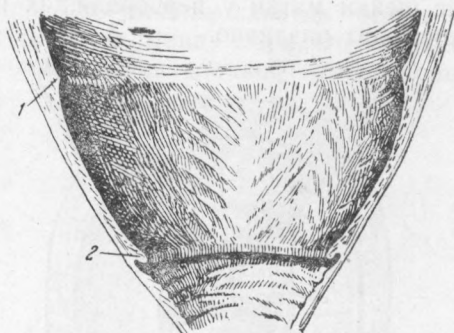


Рис. 55. Полное открытие шейки матки у первородящей.

1 — внутренний зев; 2 — наружный зев.



Рис. 56. Раскрытие шейки матки у повторнородящей. Внутренний зев раскрывается, канал шейки исчезает и одновременно раскрывается наружный зев.

1 — внутренний зев; 2 — наружный зев.

У повторнородящих такой последовательности не бывает. У них раскрытие внутреннего зева, сглаживание шейки и раскрытие наружного зева происходят одновременно (рис. 56 и 57).

После того как наступило полное или почти полное раскрытие шейки матки, околоплодный пузырь в нижнем отделе разрывается. При этом изливаются около-

плодные воды, но не все. Головка плода, вставившаяся во вход в малый таз, плотно облегается нижним отделом матки, что препятствует излитию значительной части вод, находящихся в матке (рис. 58).

Полным открытием шейки матки и излитием околоплодных вод заканчивается первый период родов. Он длится у первородящих в среднем около 16 часов, а у повторнородящих вдвое меньше.

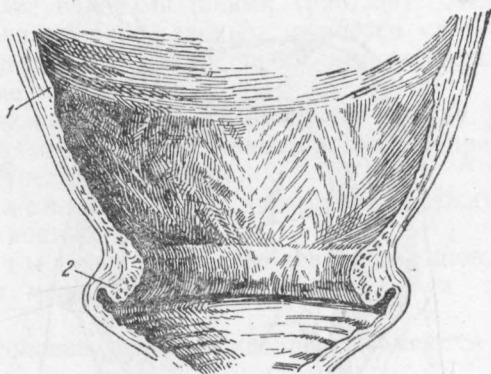


Рис. 57. Полное открытие шейки матки у повторнородящей.

1 — внутренний зев; 2 — наружный зев.

Второй период родов (изгнание плода)

Не встречая сопротивления со стороны шейки матки, которая теперь полностью открыта, и со стороны оболочек околоплодного пузыря, который вскрылся, предлежащая часть плода продвигается по родовому каналу. Она все более и более давит на тазовое дно, что и вызывает при каждой схватке у роженицы потуги.

Потуги представляют собой сокращения поперечнополосатой произвольной мускулатуры. Основное действие потуги зависит от сокращения мышц брюшного пресса и диафрагмы. Во время потуги роженица делает глубокий вдох и задерживает на некоторое время дыхание. Диафрагма опускается вниз, и объем брюшной полости уменьшается. Следующее за этим сокращение мышц передней брюшной стенки еще более уменьшает объем брюшной полости. Брюшной пресс оказывает и непосредственное давление на матку.

Потуги обычно совпадают по времени со схватками и способствуют вместе с последними продвижению плода. В отличие от схватки потугу роженица может по своей воле или произвести, или, хотя и с трудом, сдержать.

Под влиянием родовой деятельности плод, а затем и послед проходят через родовой канал и, таким образом, происходит рождение сначала плода, а потом последа.

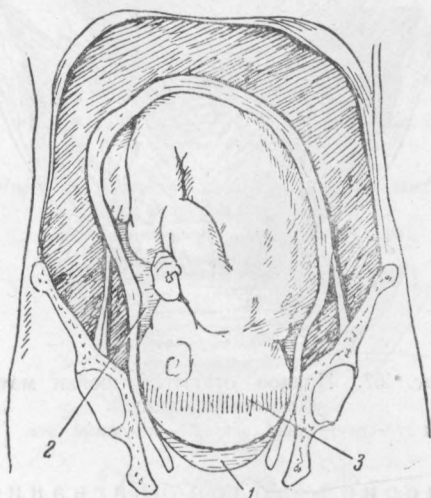


Рис. 58. Полное открытие шейки матки. Воды разделены головкой на две части.

1 — передние воды; 2 — задние воды;
3 — место соприкосновения головки со стенками родового канала.

Доношенный плод весит в среднем 3 200 г и имеет длину 50 см. Самой крупной и плотной частью плода является его головка. Кости головки довольно тонкие и неплотные; лицевая часть черепа относительно невелика. Главной особенностью черепа плода является то, что многие кости его не соединены неподвижно друг с другом: между ними проходит полоса крепкой, но мягкой соединительной ткани. Эти прослойки соединительной ткани между костями носят название швов.

В местах соединения трех или четырех костей швы переходят в более широкие участки соединительной ткани, называемые родничками (рис. 59).

Отсутствие прочного соединения костей черепа друг с другом имеет очень большое значение для родов. Крупная головка может в известной мере менять свою форму, уплощаться, удлиняться, и благодаря этому она приспособляется своими размерами к родовым путям.

Наиболее важными швами (рис. 59), соединяющими кости черепа новорожденных, являются следующие:

1) стреловидный шов, проходящий между двумя теменными костями;

2) лобный шов, находящийся между двумя лобными костями; этот шов является как бы продолжением кпереди стреловидного шва;

3) венечный шов, проходящий между лобной и теменной костью;

4) затылочный (лямбдовидный) шов, располагающийся между обоими теменными и затылочной костями.

На головке новорожденного имеются роднички (рис. 59):

1) большой родничок — на месте соединения стреловидного, лобного и венечного швов; этот родничок имеет форму ромба с четырьмя углами;

2) малый родничок — на месте слияния стреловидного шва с затылочным. Этот родничок меньше большого родничка. Он имеет форму треугольника; основание такого треугольника обращено к затылку, а верхний угол — ко лбу.

Головка доношенного плода имеет следующие размеры:

1) малый крестовый — от большого родничка до подзатылочной ямки — 9 см (рис. 60);

2) большой крестовый — от подбородка до затылочного бугра — 13 см (рис. 60);

3) прямой размер — от середины лба до затылочного бугра — 12 см (рис. 60);

4) большой поперечный размер — между двумя теменными буграми — 9 см (рис. 59).

Окружность головки, измеренная по прямому размеру, равна 34 см, а по малому крестовому размеру — 32 см, по большому крестовому — 40 см.

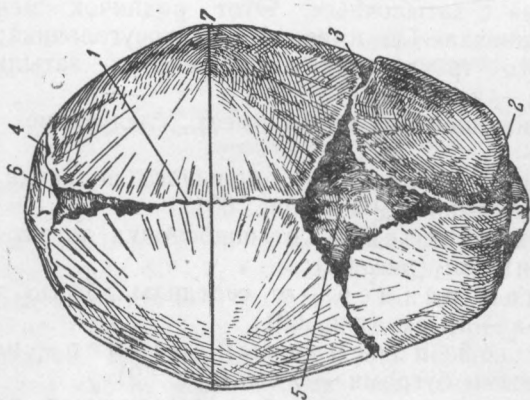


Рис. 59. Швы и роднички на головке новорожденного (вид сверху).

1 — стреловидный шов; 2 — лобный шов; 3 — венечный шов; 4 — затылочный (лямбовидный) шов; 5 — большой родничок; 6 — малый родничок; 7 — Золь-швейперный шов.

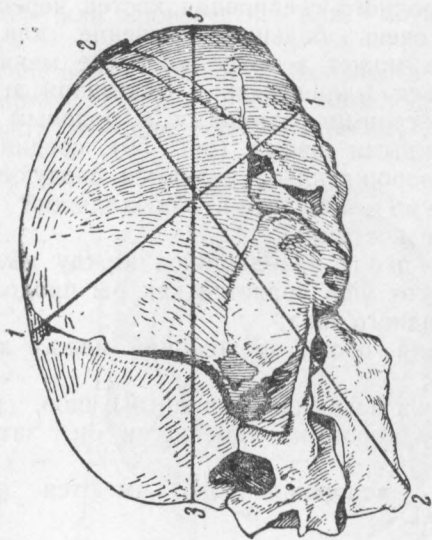


Рис. 60. Размеры головки (вид сбоку).

1 — малый кривой размер; 2 — большой кривой размер; 3 — прямой размер.

Плод, проходя через родовой канал, совершает различные движения, которые называются механизмом рождения плода, или механизмом родов.

До начала родов головка плода находится или целиком над входом в малый таз, или только часть ее опущена во вход. Головка несколько согнута, подбородок приближен к груди. Плод расположен в матке таким образом, что его спинка, а следовательно, и затылок обращены или в левую сторону — I позиция (рис. 61), или в правую сторону — II позиция (рис. 62).



Рис. 61. I позиция. Головка вступает во вход малого таза.



Рис. 62. II позиция. Головка вступает во вход малого таза.

Под действием изгоняющих сил головка проходит вход в таз. Стреловидный шов головки в этот момент располагается соответственно поперечному размеру входа в таз или несколько косо. Затем головка опускается в полость малого таза. В полости малого таза головка еще более сгибается, затылок опускается глубже, а подбородок сильнее прижимается к груди. В результате сгибания головка проходит родовой канал уже не прямым своим размером, а малым косым, равным 9 см.

По мере продвижения головки в полости малого таза происходит постепенный поворот ее затылком кпереди (рис. 63) или, значительно реже, кзади.

Подходя к выходу таза, головка заканчивает поворот; затылок обращен теперь кпереди (редко кзади), стреловидный шов устанавливается в прямом размере таза, личико плода обращено кзади (рис. 64).

Подзатылочная область головки оказывается под нижним краем лонного сочленения и упирается в него, а темя и лоб находятся на тазовом дне. Дальнейшему прямому движению головки препятствует тазовое дно. Поэтому головка начинает все более и более разгибаться, растягивается тазовое дно, и, наконец, она рождается из родового канала (рис. 65).

В то время как головка продвигается в тазу внутренний поворот затылком кпереди, туловище плода также поворачивается спинкой кпереди. Плечики вступают во



Рис. 63. Головка в полости таза. Она еще больше согнулась, чем во входе. Затылок поворачивается кпереди.



Рис. 64. Головка в выходе таза. Затылок направлен кпереди, личико кзади.

вход таза в поперечном размере, в полости таза они поворачиваются и в выходе устанавливаются в прямом размере. Этот внутренний поворот туловища плода сопровождается поворотом уже родившейся головки (рис. 66).

Рождение плечиков происходит в определенной последовательности. Сначала из-под лонного сочленения выходит плечико, обращенное кпереди. Некоторая часть его показывается снаружи. Затем из-за промежности рождается плечико, обращенное кзади.

После рождения плечиков вся остальная часть плода рождается очень быстро, так как окружность груди, живота и тазового пояса плода значительно меньше окружности плечевого пояса и намного меньше окружности головки.

Матка, освободившаяся от плода, сокращается. Ее дно стоит на уровне пупка; в матке еще находится послед.

Второй период родов продолжается у первородящих в среднем 2 часа, а у повторнородящих—вдвое меньше.



Рис. 65. Головка на тазовом дне. Стрелка показывает направление разгибания головки.

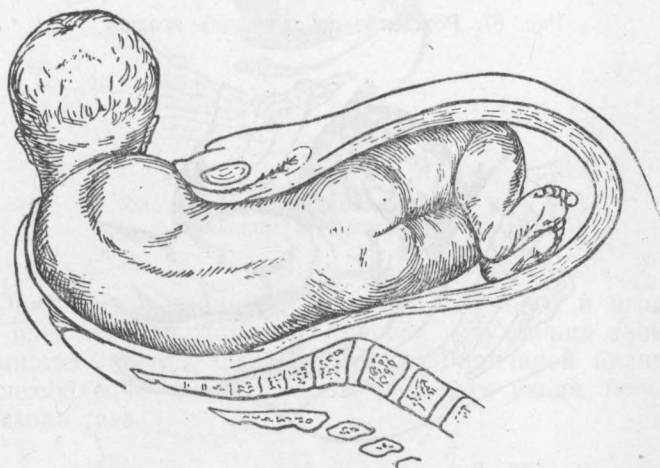


Рис. 66. Рождение плечиков. Спина и затылок плода повернулись в сторону.

Механизм рождения плода при ягодичном предлежании отличается от механизма родов при головном предлежании.

Ягодицы подходят к выходу таза таким образом, что спинка плода обращена при I позиции в левую сторону, при II позиции — в правую. Ягодица, обращенная кпереди, подходит под нижний край лонного сочленения и



Рис. 67. Рождение предлежащих ягодиц.



Рис. 68. Рождение плечевого пояса при ягодичном предлежании плода.

показывается из половой щели. Затем из-за промежути выходит ягодица, обращенная кзади (рис. 67). Вслед за этим довольно быстро рождается все туловище плода, вплоть до плечевого пояса. Рождение плечевого пояса происходит в том же порядке, как и рождение

ягодиц. Вначале из-под лонного сочленения рождается переднее плечико, а затем из-за промежности — заднее (рис. 68). Последней рождается головка.

Спускаясь все глубже к выходу таза, стреловидный шов головки устанавливается в прямом размере выхода таза. Под нижний край лонного сочленения подходит и упирается подзатылочная область головки. Затем из-за промежности рождается лицо, лоб и темя (рис. 69). На этом рождение плода в тазовом предлежании заканчивается.



Рис. 69. Рождение головки при ягодичном предлежании.

Описанный механизм родов при головном и ягодичном предлежании, повороты головки и туловища зависят от многих причин. Однако основной причиной является приспособление частей плода к размерам входа, полости и выхода таза.

Третий период родов (последовый)

Рождение последа, как и рождение плода, происходит вначале силой схваток, а затем потуг. Однако рождение последа происходит не сразу после рождения плода. Обычно проходит около четверти часа; за это время схваток не бывает. Затем они появляются снова, хотя более слабые и короткие, чем при рождении плода. Под

влиянием сокращений матки детское место начинает постепенно отделяться от стенки матки. Между отслоив-

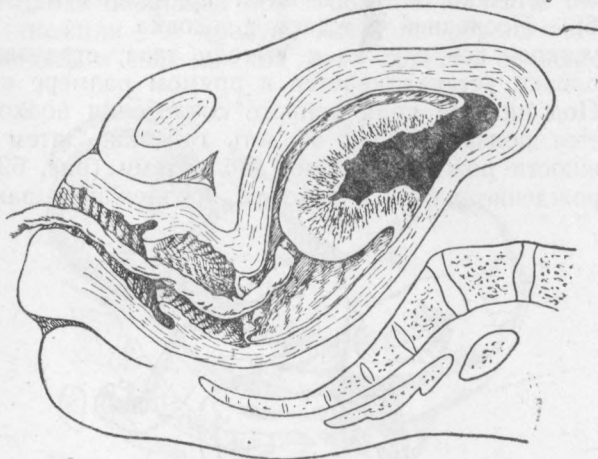


Рис. 70. Отделение детского места от стенки матки.

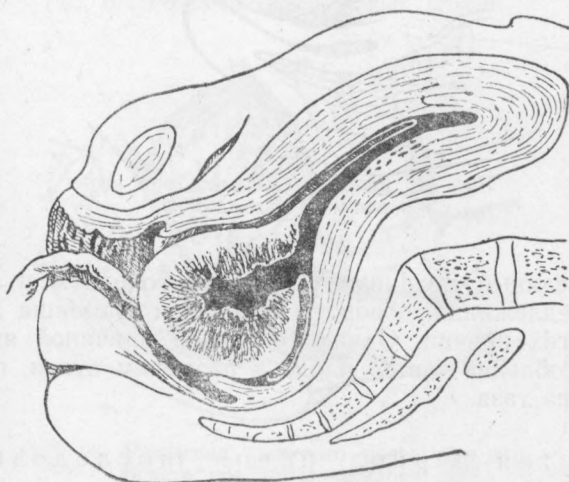


Рис. 71. Детское место отделилось. Оно опускается во влагалище и увлекает за собой оболочки.

шимся участком детского места и стенкой матки скопится кровь (рис. 70). Она изливается из кровеносных сосудов матери, разрывающихся при отделении детского

места от стенки матки. Небольшая часть крови (30—50 мл) обычно просачивается между стенкой матки и оболочками последа и изливается наружу. Схватки между тем продолжают, и, наконец, детское место отделяется от стенки матки на всем протяжении. Постепенно оно опускается во влагалище и увлекает за собой оболочки, которые отделяются от стенки матки (рис. 71). После этого при натуживании послед рождается целиком.

Продолжительность третьего периода у первородящих в среднем 1 час, а у повторнородящих—вдвое меньше.

На этом роды заканчиваются. Матка находится в сокращенном состоянии, она плотна на ощупь, и дно ее ясно прощупывается немного ниже пупка.

3. Наблюдение и уход за роженицей

При поступлении в родильный дом роженице прежде всего измеряют температуру. При повышении температуры выше $37,5^{\circ}$ роженицу необходимо изолировать от здоровых. Должны быть изолированы и те роженицы, у которых имеются какие-либо заразные заболевания, пусть даже протекающие без повышенной температуры (например, открытая форма туберкулеза легких, сифилис, гоноррея), а также роженицы с гноящимися ранами и гнойничковыми заболеваниями кожи. Изолируются и роженицы, соприкасавшиеся с заразными больными.

Роженица проходит тщательную санитарную обработку, которая способствует благоприятному течению родов и снижает число послеродовых заболеваний. Обработка начинается с того, что роженицу раздевают и в одной рубашке укладывают на кушетку. Под таз подкладывают судно и сбривают волосы с лобка, больших половых губ и окружающих участков. Затем корнцангом берут комок стерильной ваты, обливают жидким мылом и моют кожу наружных половых органов и прилегающих к ним частей тела. Воду поливают из кувшина или из кружки с надетой на нее резиновой трубкой. Вода должна быть кипяченой и теплой. К ней добавляют марганцовокислый калий; раствор должен иметь слабозеленый цвет. Можно прибавлять на 1 л воды 1 столовую ложку лизоформа. По окончании подмывания кожу половых органов осушают ватой.

После этого под роженицу подкладывают чистое судно, в которое она мочится; 5—10 мл мочи переливают в пробирку и определяют наличие в моче белка.

Ногти на ногах и руках коротко остригают, с рук снимают часы, кольца. Тщательно осматривают голову и подмышечные впадины на вшивость. В случае необходимости волосы остригают (сбривают) или обрабатывают раствором сабадиллы, или смазывают керосином, тщательно вычесывают, затем голову повязывают косынкой.

Затем ставят обычную клизму. При опорожнении кишечника сестра должна находиться при роженице, так как во время натуживания, если головка плода уже опустилась в полость малого таза, могут произойти роды.

После действия кишечника роженицу направляют под душ, где она тщательно моется с мылом, пользуясь стерильной мочалкой. Затем роженица вытирается чистым полотенцем и надевает чистое белье.

По окончании санитарной обработки роженицу взвешивают, измеряют ее рост, собирают анамнез и производят всестороннее обследование; все полученные данные записывают в историю родов.

После этого роженицу укладывают в постель и укрывают одеялом с пододеяльником. Время от времени постель надо перестилать и следить за тем, чтобы белье не сбивалось в складки. Если подстилка промокнет при подмывании или отхождении вод, то ее необходимо сменить, а подкладную клеенку вытереть насухо.

Роженица должна непрерывно находиться под наблюдением. Надо следить за ее общим состоянием, измерять утреннюю и вечернюю температуру, считать пульс и все эти данные записывать в историю родов. Два раза в день следует измерять артериальное давление.

Кроме того, нужно обратить внимание, как часто и помногу ли мочится роженица. Обычно во время родов мочеиспускание учащено до 8—10 раз в сутки, а количество мочи, отделяемой за одно мочеиспускание, сравнительно невелико—150—200 мл. Иногда роженица не может сама помочиться, вследствие чего мочевой пузырь переполняется и растягивается. При некотором опыте такой мочевой пузырь можно определить через брюшную стенку: он прощупывается над лонным сочленением в виде тестоватой опухоли. Для облегчения мочеиспускания можно разре-

шить роженице сесть на судно или подложить под лежащую женщину судно и поливать теплую воду из кувшина на половые органы. Это часто приводит к самостоятельному мочеиспусканию. Если все эти мероприятия не помогают, приходится выпускать мочу резиновым катетером. Перед катетеризацией роженицу подмывают, затем левой рукой разводят половые губы, а правой вытирают ватой, смоченной раствором лизоформа или другим дезинфицирующим раствором, область мочеиспускательного канала. Только после этого вводят катетер.

Задержка мочеиспускания указывает на сдавление мочеиспускательного канала предлежащей частью плода. Если к тому же роды затянулись, то необходима срочная врачебная помощь. В противном случае может образоваться омертвление тканей мягких родовых путей с последующим образованием мочевого и других свищей.

Надо следить и за действием кишечника. Если стула не было сутки, то ставят очистительную клизму. После каждого мочеиспускания и действия кишечника производят подмывание.

Пища роженицы, так же как и в конце беременности, должна быть молочно-растительной и не очень соленой. Количество жидкости желательно ограничить до 1 л в сутки. Питание должно быть трехразовым или четырехразовым. Ввиду того что роженица затрачивает много физических сил, пища ее должна содержать большое количество углеводов. Поэтому роженице полезно давать очень сладкий чай и свежие фрукты. Надо следить, чтобы роженица ела даваемую ей пищу.

Большинство рожениц предпочитает лежать на кровати и не вставать. Однако иногда они просят разрешения походить. Это может быть допущено только в том случае, если воды еще не отошли, роды протекают нормально и предлежащей частью является головка. Роженица может ходить только по палате, находясь под постоянным наблюдением.

Необходимо очень внимательно следить за родовой деятельностью. Надо наблюдать за схватками: как часто они следуют одна за другой, какова их продолжительность и сила. Промежутки между схватками и продолжительность самой схватки надо устанавливать по часам. Если этого нельзя сделать в отношении каждой схватки, то необходимо производить такое наблюдение

по крайней мере через каждые 20—30 минут. Сила схваток определяется рукой, положенной на живот роженицы; при этом чувствуется, насколько сильно сокращается матка.

Точно так же, как и за схватками, надо наблюдать за потугами. Некоторые роженицы, особенно первородящие, не знают, как лучше тужиться, чтобы развить целесообразную мышечную работу. Этим рожениц надо научить правильно тужиться.

Приближение схватки роженица чувствует по ломоте в пояснице и тянущему ощущению внизу живота. В это время ей следует подготовиться к предстоящей потуге. Роженица должна лечь на спину, ноги несколько развести в стороны и согнуть в тазобедренных и коленных суставах так, чтобы ступни опирались о кровать. Руками следует ухватиться за края кровати, а голову пригнуть к груди. Как только началась схватка, роженица должна сделать глубокий вдох, затем задержать дыхание и возможно сильнее натужиться. Если схватка длится около минуты, то, естественно, роженица не может все это время непрерывно тужиться, так как при потуге она задерживает дыхание. В таком случае следует сделать выдох и новый вдох и тужиться второй раз на протяжении одной и той же схватки.

Во время родов из половых органов наблюдаются выделения. Выделения бывают слизистые, с небольшой примесью крови, гнойные, окрашенные в зеленоватый цвет. Слизистые выделения появляются вследствие выжимания слизи из канала шейки матки. Они наблюдаются у каждой роженицы при нормальных родах. Примесь крови к выделениям объясняется отслойкой оболочек плодного пузыря в области шейки матки при ее расширении. Однако значительные кровянистые выделения, а тем более отхождение сгустков крови свидетельствуют чаще всего о предлежании детского места или каком-либо другом тяжелом осложнении родов, что требует срочной врачебной помощи. Появление выделений зеленоватого цвета часто указывает на внутриутробную асфиксию плода, что также требует срочной врачебной помощи. Наконец, гнойные выделения появляются при воспалительных процессах в родовых путях.

Из вышеизложенного видно, как важно наблюдать за выделениями, осматривая время от времени наружные

половые органы роженицы, а также подстилку, на которой она лежит.

Надо следить и за отхождением вод. Воды обычно отходят в количестве 50—100 мл. Они бывают или прозрачными, как вода, или мутнобелыми, или окрашенными в зеленый цвет, или, наконец, с примесью крови.

Когда прошли воды, в каком количестве и какое их качество, все это имеет очень большое значение для правильного ведения родов. При нормальном течении родов воды отходят, когда шейка матки уже полностью раскрыта; вскоре после отхождения вод начинаются потуги. Если воды отошли рано, то роды обычно затягиваются. Неблагоприятно сказывается на течении родов, если воды отходят, а подлежащая часть плода находится высоко над входом в таз. В таком случае из матки может выпасть пуповина, что очень опасно для жизни плода.

Необходимо выслушивать и сосчитывать сердечные тоны плода. Это надо делать до отхождения вод через каждые 20—30 минут, а если воды отошли, то после каждой схватки и потуги. Следует помнить, что сейчас же после схватки и потуги сердцебиение плода бывает измененным: или замедленным, или, наоборот, учащенным. Поэтому считать сердечные тоны нужно через 10—15 секунд после окончания схватки и потуги, когда сердцебиение уже становится нормальным (сердце делает 120—140 ударов в минуту).

Продвижение плода по родовым путям проверяется при помощи третьего и четвертого приема наружного исследования (стр. 81). Определяя место нахождения подлежащей части плода, можно ясно проследить, как она все меньше и меньше прощупывается над входом в малый таз и, наконец, совсем перестает прощупываться через брюшную стенку. Это значит, что подлежащая часть целиком опустилась в полость малого таза.

В процессе родов прибегают и к внутреннему акушерскому исследованию. Это производится врачом или акушеркой.

Очень большое значение для роженицы имеет окружающая ее внешняя обстановка. Палата, где она находится, должна быть чистой, хорошо проветриваться; температура воздуха должна быть не ниже 18° и не выше 20°. Роженица должна всегда чувствовать заботу

и внимание всего обслуживающего ее персонала, будь то врач, акушерка, сестра или санитарка.

Обращаясь к роженице, нельзя называть ее «больная» уже по одному тому, что физиологические роды не болезнь, а процесс, свойственный организму здоровой женщины. Кроме того, называя роженицу «больной», ей внушается представление о чем-то плохом, опасном для ее здоровья и даже жизни.

Задача ухаживающих за роженицей состоит как раз в обратном: внушить ей уверенность, что все проходит благополучно и роды закончатся хорошо и для нее самой, и для ребенка. Если даже будет какое-либо осложнение в течение родов, то об этом сестра не должна сообщать роженице. В таких случаях нельзя проявлять растерянность, испуг, волноваться и суетиться. Иногда приходится оказывать роженице срочную оперативную помощь. В этом случае также необходимо соблюдать полнейшее спокойствие.

Не следует при роженице употреблять пугающих ее слов и выражений, как-то: «операция», «операционная», «нож», «щипцы» или «она изойдет кровью», «может умереть», «ребенок задохнется» или высказывать свои соображения о ее состоянии, особенно если речь идет о какой-либо неправильности в течении родов, каком-либо осложнении. Еще лучше, если даже обычное сообщение врачу о ходе родов не делать у постели роженицы, так как иногда самые обычные для медицинских работников слова и выражения она может понять неправильно и истолковать как что-то угрожающее ее здоровью.

Никогда не надо вести при роженице посторонних разговоров. Это создает у нее впечатление, что о ней мало заботятся, оставляют без должного внимания.

Многие роженицы, особенно первородящие, боятся родов, болей, возможных осложнений и т. д. Надо рассеять эти страхи и опасения; прежде всего это достигается внимательным и заботливым отношением к роженице. Уже сознание того, что она находится под тщательным наблюдением знающих свое дело людей, что ей всегда во-время будет оказана необходимая помощь, действует успокаивающе на роженицу.

Если в одном помещении с роженицей находится другая, которая кричит, ведет себя беспокойно, то желательно одну из них перевести в отдельное помещение.

Нарушение указанной обстановки и правил поведения персонала влечет за собой беспокойное состояние роженицы, напрасную трату ее физических сил, что, конечно, неблагоприятно отражается и на течении родов.

4. Обезболивание родов

Нормальные (физиологические) роды должны проходить без резких болей. Только при некоторых видах патологии роды сопровождаются сильными болями.

Однако на практике приходится наблюдать, что, несмотря на физиологическое течение родов, многие роженицы жалуются на резкие боли, стонут, кричат, беспокойно себя ведут. Причиной такого состояния является нарушение деятельности центральной нервной системы, зависящее во многом от страха перед предстоящими родами. Поэтому основной задачей при обезболивании родов является воздействие на нервную систему с целью приведения ее в нормальное состояние, устранение страха перед родами, создание бодрого, жизнерадостного настроения. Решение этой задачи достигается при помощи психопрофилактической подготовки женщины к предстоящим родам, или, как говорят, психопрофилактического метода обезболивания родов. Эта подготовка к родам основана на физиологическом учении великого русского ученого И. П. Павлова, построена с учетом ведущей роли коры головного мозга в родовом акте. Психопрофилактическая подготовка обычно проводится врачом в женской консультации, а иногда и акушеркой. На последнем месяце беременности проводится 5—6 специальных занятий, во время которых беременной разъясняется сущность родового процесса, рассказывается, как протекают роды, какие ощущения она будет испытывать и как должна вести себя роженица в различные периоды родов. Показываются и изучаются некоторые приемы, которые понижают болевую чувствительность при схватках и потугах. Они состоят в правильном дыхании, поглаживании руками определенных участков тела, прижатии определенных точек при схватках и потугах.

Необходимо выяснить отношение беременной к предстоящим родам. Если она боится родов, то надо узнать, чем вызвано это опасение. Нередко страх перед родами

вызывается только незнанием, что такое роды, как происходит рождение плода. Кроме того, страх бывает связан с рассказами родных, подруг или знакомых о различных осложнениях, наблюдающихся во время родов. Производя осмотр беременной, надо разъяснить необоснованность ее боязни и устранить имеющийся страх перед родами, так как он неблагоприятно воздействует на восприятие болевого ощущения.

В результате правильной психопрофилактической подготовки роды протекают почти безболезненно.

Исключительно большое значение для успеха психопрофилактического обезболивания родов имеет режим, соблюдаемый в родильном доме, дисциплина персонала во время родов. В родильном доме роженица должна быть окружена заботой, вниманием, ласковым обращением. В палатах должен соблюдаться порядок и тишина.

Когда обезболивание психопрофилактическим методом не дает желаемого результата, по назначению врача или акушерки применяют другие виды обезболивания (пантопон, гексенал, легкий эфирный наркоз, свечи, местная анестезия, ликеры различного состава и др.).

5. Акушерское пособие при рождении плода

Акушерское пособие при рождении плода имеет целью содействовать физиологическому течению родов и предупредить повреждения, которые могут возникнуть у матери и плода.

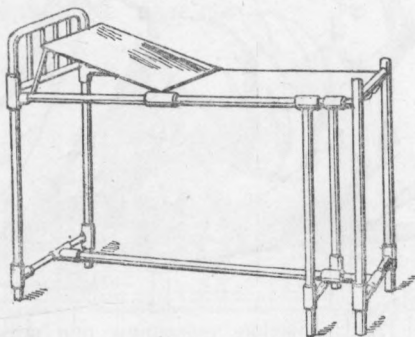
К этому пособию необходимо заранее подготовиться.

Постель роженицы, если роды по каким-либо причинам проводятся на дому, должна быть оправлена и положена чистая, желательна стерильная, подстилка. Голова роженицы кладется повыше, на две подушки.

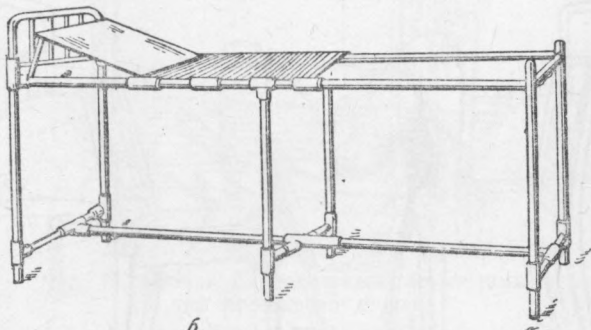
В родильных домах для оказания акушерского пособия, как только начнутся потуги, роженицу перекадывают с обычной кровати на специальную родильную кровать — рахмановскую кровать (рис. 72). Впервые ее предложил московский акушер А. Н. Рахманов.

Главной особенностью и удобством этой кровати является то, что ножной конец ее может быть вдвинут, и тогда кровать может служить операционным столом; головной конец кровати может быть приподнят.

Матрац для рахмановской кровати делается толстый, туго набивается и состоит из трех частей (польстеров), обтянутых кругом клеенкой. Когда оказывают акушерское пособие, полстер, расположенный под ногами роженицы, снимают, вследствие чего таз принимает возвышенное положение, а ноги находят удобную опору.



a



b

Рис. 72. Рахмановская кровать.
a — в сдвинутом виде; *b* — в раздвинутом виде.

Кровать эта узкая и дает возможность без затруднения подойти к роженице с одной и другой стороны. В то же время она достаточно высокая, что также очень удобно для оказания акушерского пособия. Кровать застилают простыней, на которую стелят подкладную клеенку размером 1×1 м, а поверх нее стерильную подстилку.

После подготовки рахмановской кровати для приема родов на нее помещают роженицу, одетую в чистую рубашку; на ногах должны быть чистые чулки, на го-

лове — косынка. Роженицу укладывают на спину в положение, удобное для потуг (рис. 73).

Если предстоят роды в тазовом предлежании, с момента, когда ягодицы начнут показываться в половой щели, ножной конец кровати вдвигается, ноги рожени-



Рис. 73. Положение роженицы при потуге

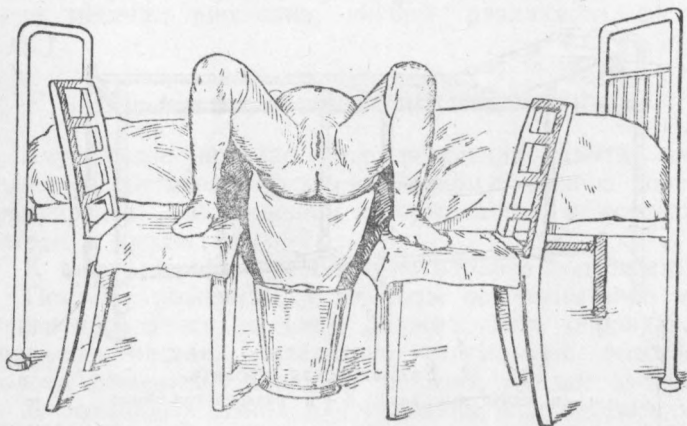


Рис. 74. Положение роженицы на обычной кровати при родах в тазовом предлежании.

цы поддерживаются санитарками или при помощи ногодержателя. Если рахмановской кровати нет, то роженица может быть помещена поперек обыкновенной кровати; для опоры ног подставляются табуретки или стулья. На пол между ногами ставится ведро для собирания вытекающих вод и крови (рис. 74).

Около кровати помещается небольшой столик, покрытый пеленкой. На этот столик кладут предметы, необходимые при оказании акушерского пособия (рис. 75). Предметы, применяемые при акушерском пособии, следующие:

1. Стерильный биде¹ для помещения в него новорожденного.
2. Две стерильные пеленки.

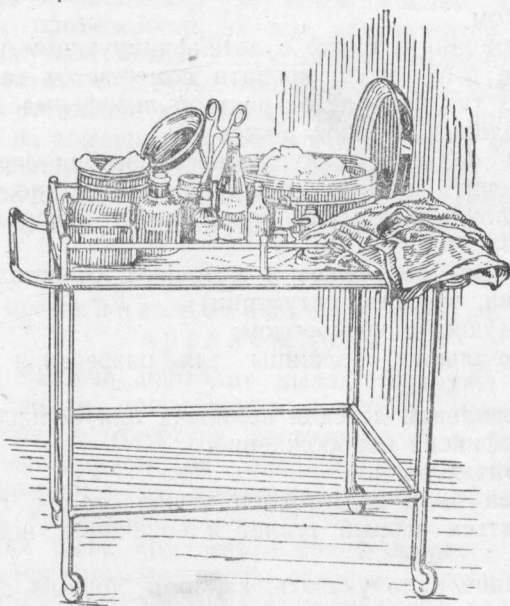


Рис. 75. Столик с предметами, необходимыми при проведении родов.

3. Стерильный баллон (детская клизма с резиновым наконечником) и тонкий резиновый катетер для отсасывания слизи.

4. Индивидуальный пакет для обработки пуповины. В этот пакет входят: 2 отрезка тесьмы или марлевой кромки для перевязки пуповины, 2 зажима, пупочные ножницы, несколько марлевых салфеточек, глазная пипетка, 2 помазка. Все это должно быть завернуто в пеленку и простерилизовано в автоклаве.

¹ Так называется особый эмалированный таз продолговатой формы, в котором свободно может поместиться новорожденный.

5. 2% раствор азотнокислого серебра (ляписа) для закапывания в глаза новорожденного с целью предупреждения бленорреи.

6. Пузырек с 5% раствором иода и пузырек с чистым спиртом для обработки пуповины.

7. Небольшой барабан со стерильными пеленками и подстилками (на случай необходимости).

8. Маленький барабан со стерильным перевязочным материалом.

9. Корнцанг в банке с дезинфицирующим раствором.

Кроме того, около кровати помещается таз на подставке. В таз наливается раствор лизоформа для обмывания половых органов роженицы.

Перед оказанием акушерского пособия следует еще раз проверить наличие под руками всего необходимого для неотложной помощи роженице и новорожденному. Сюда относятся:

1) шприц, сердечные и маточные средства (камфора, кофеин, эрготин, питуитрин);

2) подушка с кислородом;

3) стерильные ножницы для разрезания промежности;

4) стерильная детская ванночка или большой таз на случай асфиксии новорожденного.

5) горячая вода.

Должен быть подготовлен также столик, где будет производиться первый туалет и пеленание новорожденного.

Роженице надо указать, как она должна себя вести во время потуг, какое положение надо ей при этом принять, как расположить руки и ноги, как дышать, для того чтобы потуги были более успешными.

Оказывающий пособие должен быть в чистом длинном, завязывающемся сзади халате. Рукава халата заворачивают выше локтей. На голове должна быть надета шапочка или косынка так, чтобы она закрывала все волосы. Нос и рот закрывают стерильной марлевой маской.

Непосредственно перед тем, как вымыть руки для оказания акушерского пособия, следует надеть длинный клеенчатый фартук. Он должен быть совершенно чистый и промыт дезинфицирующим раствором. Руки обычно моют по способу Спасокукоцкого. После мытья рук можно надеть стерильные перчатки.

Когда все эти приготовления закончены, надо произвести подмывание наружных половых органов роженицы, а затем осушить их сухой ватой и обработать 5% раствором иода. Обработать иодом следует также лобок и внутренние поверхности бедер.

На этом заканчивается подготовка к акушерскому пособию. Оказывающий пособие становится справа от роженицы и наблюдает за продвижением головки, состоянием промежности, за тем, как тужится роженица. В промежутках между потугами необходимо выслушивать и считать сердечные тоны плода. Так как руки уже вымыты, стетоскоп к животу роженицы прикладывает кто-либо из помощников. Надо учесть, что в конце родов при головном предлежании сердцебиение прослушивается над лонным сочленением по средней линии живота, а при тазовом предлежании — немного ниже пупка.

Акушерское пособие при головном предлежании

Когда головка проходит выход таза, она давит на тазовое дно, и промежность начинает выпячиваться. Заднепроходное отверстие растягивается и из прямой кишки выдавливается ее содержимое, которое следует удалить комком ваты; нужно обмыть дезинфицирующим раствором промежность.

Половая щель при потуге приоткрывается и из нее показывается нижняя часть головки — затылок. Большие и малые половые губы растягиваются, сглаживаются и образуют вокруг рождающейся головки как бы кольцо из мягких тканей — вульварное кольцо.

Однако, как только закончится потуга, головка под давлением тазового дна несколько отходит назад, половая щель снова закрывается и промежность приобретает обычный вид. Такие движения головки называются ее **врезыванием** (рис. 76).

С каждой потугой головка продвигается все больше и больше, подходит подзатылочной областью под нижний край лонного сочленения и начинает разгибаться. Теперь уже головка не уходит назад после потуги. Промежность испытывает сильное давление со стороны головки и бывает растянута и напряжена. Это называется **прорезыванием** головки.

Если головка прорежется очень быстро или будет рано разгибаться, то возникнет сильное давление на промежность и она может разорваться. Чтобы предотвратить разрыв промежности, сначала прорезывания головки производится так называемая защита промеж-

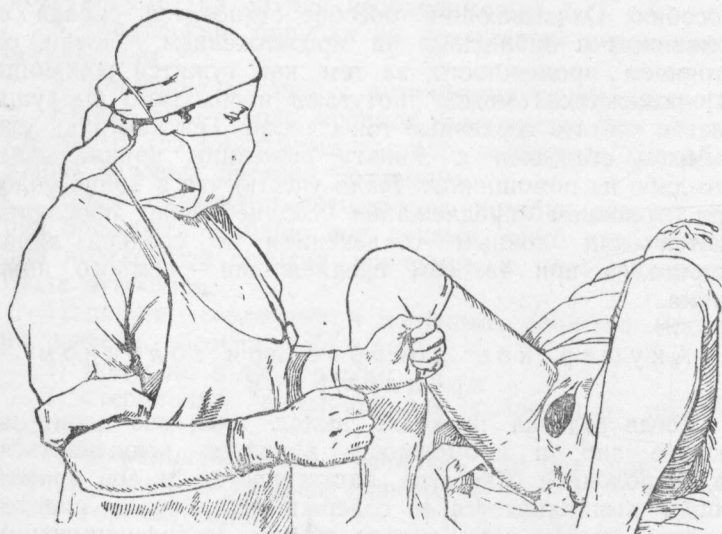


Рис. 76. Врезывание головки.

ности. Роженице запрещают тужиться; чтобы ей легче было сдерживать потуги, просят положить руки на грудь, открыть рот, глубоко и часто дышать.

Принимающий роды кладет кисть правой руки плашмя на промежность так, чтобы большой палец располагался по одну сторону от головки, а остальные — по другую. Для предохранения руки от загрязнения заднепроходное отверстие закрывают пеленкой или заклеивают при помощи коллодия кусочком марли. Задача руки, расположенной на промежности, заключается в том, чтобы увеличить сопротивление головке при ее прорезывании.

Кисть левой руки при этом кладется на головку так, чтобы ладонь плотно к ней прилежала. Задача этой руки заключается в том, чтобы не дать головке слишком быстро прорезаться и разогнуться (рис. 77).

Необходимо заметить, что рукой, лежащей на промежности, и рукой, находящейся на головке, нужно нажимать мягко, нельзя сильно надавливать и мять ткани наружных половых органов и плода.

После всего этого нужно попросить роженицу потужиться вне схватки. При этом теменные бугры головки будут выходить из вульварного кольца. Чтобы облегчить их выхождение, следует пальцами руки, лежащей на головке, осторожно сводить ткани вульварного коль-

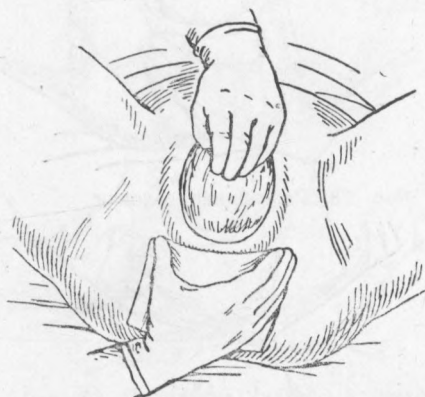


Рис. 77. Прорезывание головки. Расположение рук при защите промежности

ца с теменных бугров. Как только теменные бугры минуют вульварное кольцо, головка начинает разгибаться. В этот момент головку надо слегка удерживать лежащей на ней рукой. В результате разгибания головки из-за промежности выходит лоб (рис. 78), а затем и лицо, и на этом рождение головки заканчивается; затылок ее обращен кпереди, личико — кзади. Снаружи видна часть шеи плода.

В тех редких случаях, когда головка, проходя родовые пути, поворачивается затылком не кпереди, а кзади, сначала также выходит затылок, но только не со стороны лонного сочленения, а из-за промежности. Затем рождается личико из-под лонного сочленения.

Иногда вокруг шеи бывает обвита пуповина, что может осложнить дальнейшее течение родов. Чтобы вы-

яснить, нет ли обвития пуповины, достаточно прощупать пальцами шею плода. Если окажется, что имеется обвитие пуповины, то последнюю нужно снять с шеи. Для



Рис. 78. Разгибание головки.

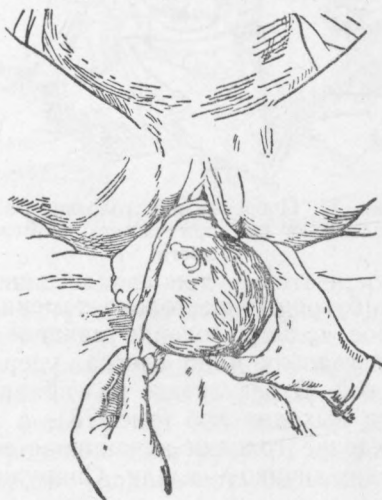


Рис. 79. Снятие петли пуповины с шеи плода.

этого палец заводят за пуповину и очень осторожно ее потягивают. Петля пуповины удлиняется, и ее легко можно снять через головку (рис. 79). Если пуповина свободно не вытягивается, то надо ее перерезать между двумя зажимами.

После того как головка родилась, нет надобности очень спешить и выводить остальную часть плода из родовых путей. Следуя механизму родов, плод теперь должен сам повернуться спинкой и затылком в сторону.

Следующая потуга наступает обычно через 1—2 минуты после рождения головки. Если она почему-либо не появляется, надо попросить, чтобы роженица потужи-

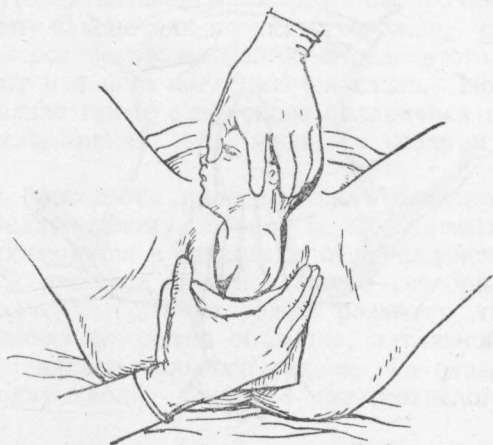


Рис. 80. Выведение заднего плечика

лась. При потуге головка будет еще больше продвигаться и одновременно поворачиваться затылком влево или вправо. Как правило, затылок поворачивается в сторону, соответствующую той позиции, которую плод занимал в матке, т. е. влево при I и вправо — при II позиции.

По мере продвижения и поворота плода из половой щели выходит шея и плечевой пояс. Сначала выйдет плечико, обращенное к лонному сочленению, — переднее, а затем плечико, обращенное к промежности, — заднее. Для облегчения выхождения заднего плечика следует приподнять головку плода левой рукой, а правую руку положить на промежность для предохранения ее от разрыва (рис. 80).

Иногда, несмотря на натуживание роженицы, продвижения плода после рождения головки не происходит. В таких случаях приходится содействовать рождению

плечевого пояса. Для этого головку захватывают двумя руками, пальцы которых располагаются по сторонам головки через уши. Затем производят потягивание за головку по направлению косо кзади — к промежности. Плечевой пояс будет продвигаться, и из половой щели родится переднее плечико (рис. 81). Теперь надо вывести заднее плечико при помощи только что описанного приема.



Рис. 81. Выведение переднего плечика.

После рождения плечевого пояса плод захватывают одной рукой со стороны грудки, а другой — со стороны спинки и без труда извлекают из родовых путей. Вслед за рождением плода изливается часть вод, оставшихся в матке.

Новорожденного укладывают в биде, застланный стерильной пеленкой, который помещают между ногами роженицы так, чтобы пуповина не была натянута.

Если не было никаких осложнений в течение родового акта, то здоровый новорожденный обычно имеет розовый цвет кожи, иногда вначале с легким синеватым оттенком. Он энергично двигает конечностями. Вскоре после рождения наступает глубокий вдох, и новорожденный начинает громко кричать. Пульсация в пуповине продолжается еще 3—5 минут после рождения.

Необходимо очистить верхние дыхательные пути новорожденного от слизи, так как во время прохождения

родового канала в рот и нос плода нередко попадает некоторое ее количество. Если слизь не удалить, то при дыхании она засасывается в трахею и бронхи. Вследствие этого может развиваться асфиксия, а в последующем — воспаление легких. Для того чтобы слизь была удалена полностью, ее необходимо отсосать. Это делается при помощи заранее приготовленного стерильного резинового баллончика с мягким резиновым наконечником. Перед введением в рот баллончик сжимают, а затем его наконечник вводят осторожно, но довольно глубоко в рот новорожденного. После этого баллончик разжимают и в него насасывается слизь. Нос освобождают от слизи также с помощью баллончика путем плотного прикладывания его конца к ноздрям новорожденного.

Затем проводится профилактика бленорреи по способу, предложенному проф. А. Ф. Матвеевым. Этот способ заключается в закапывании на слизистую оболочку век 2% раствора азотнокислого серебра (ляписа). Веки новорожденного осторожно разводятся, чтобы стала видна розовая слизистая оболочка, и глазной пипеткой, взятой из индивидуального пакета, на слизистую века наносят одну каплю раствора азотнокислого серебра (рис. 82).

Надо помнить, что вводить в глаза надо только свежий 2% раствор ляписа. Раствор должен изготавливаться ежедневно. Хранить его следует в темной посуде с притертой пробкой. Этикетка должна быть разборчиво написана. Непосредственно перед закапыванием в глаза нужно лично по этикетке на склянке убедиться, какой раствор закапывается. После закапывания глаза слезятся, иногда немного припухают и гноятся веки в течение 2—3 дней. Все эти явления быстро и бесследно проходят.

На очистку от слизи рта и носа новорожденного и профилактику бленорреи уходит 3—5 минут. За это время пуповина перестает пульсировать, и новорожденный может быть отделен от матери после перевязки и перерезки пуповины.

Пуповину перерезают, отступя 8—10 см от пупочного кольца. Предварительно этот участок протирают ватой, смоченной чистым спиртом. Из индивидуального пакета берут тесьму, проводят вокруг пуповины и завязывают

двойным узлом. Вторую такую же тесьму накладывают и завязывают на 2 см выше первой. Можно вместо перевязки тесьмой наложить на пуповину два зажима. Затем пуповину перерезают между зажимами пупочными ножницами (рис. 83). Культю пуповины, идущую к новорожденному, обертывают кусочком стерильной марли.



Рис. 82. Профилактика бленорреи по Матвееву.

После этого можно приступить к первому туалету новорожденного.

Однако прежде чем новорожденного перенести на пеленальный стол, обычно его показывают матери, обращая внимание на пол ребенка. Если у новорожденного обнаружены какие-либо пороки развития, уродства, то об этом также сообщается матери.

В родильных домах, чтобы не спутать новорожденных, им на ручку надевают браслет. Браслет представляет собой небольшой кусочек клеенки, на котором написаны

фамилия, имя, отчество матери, пол ребенка и дата родов; привязывают его к ручке новорожденного при помощи кусочка бинта. В родильном доме браслет никогда не снимается и с ним ребенок передается матери при выписке.

Акушерское пособие при тазовом предлежании

Врезывание и прорезывание предлежащей части плода при тазовом предлежании происходят, как правило, дольше, чем при головном. При врезывании и про-



Рис. 83. Перерезка пуповины между двумя зажимами.

резывании ягодиц обычно из заднепроходного отверстия плода выделяется первородный кал — меконий — густая темнозеленая масса. Происходит это вследствие сдавления в родовом канале кишечника плода.

При прорезывании плода спинка его бывает обращена влево — I позиция, или вправо — II позиция. Вначале прорезывается ягодица, обращенная кпереди, — к лонному сочленению, а затем ягодица, обращенная кзади, — к промежности. Ножки плода могут быть вытянуты вдоль туловища и лежать поверх скрещенных на

груди ручек. Это — чистое ягодичное предлежание (рис. 84). В других случаях ножки согнуты в коленных и тазобедренных суставах. Это — смешанное ягодичное предлежание (рис. 85). Чистое ягодичное предлежание встречается главным образом у первородящих, смешанное — у повторнородящих.



Рис. 84. Чистое ягодичное предлежание, I позиция.



Рис. 85. Смешанное ягодичное предлежание, II позиция.

При врезывании ягодиц оказывающий пособие ограничивается наблюдением за роженицей и выслушивает сердечные тоны плода. Как только ягодицы начнут прорезываться из половой щели, становится ясным, вытянуты ли ножки вдоль туловища или согнуты в коленных суставах. В последнем случае вместе с ягодицами будут прорезываться и стопы плода.

Техника акушерского пособия при чистом ягодичном предлежании заключается в следующем. Когда из половой щели прорежется часть бедер, плод захватывают двумя руками таким образом, чтобы большие пальцы охватывали бедра, а остальные располагались на крестцовой области. Большими пальцами бедра плода прижимают к туловищу плода (рис. 86).

С каждой потугой рождается все бóльшая и бóльшая часть туловища и ножек. По мере рождения плода руки следует передвигать ближе к вульварному кольцу. Рождающиеся ягодичы направлены при этом кпереди вследствие того, что сзади на них давит промежность.

Когда все туловище родится, надо немного опустить плод кзади. При этом переднее плечико и ручка сами



Рис. 86. Расположение рук при рождении туловища плода при чистом ягодичном предлежании.

выйдут из-под лонного сочленения. После этого, наоборот, приподнимают туловище плода кпереди — и заднее плечико и ручка выходят из-за промежности.

Иногда при выведении плечиков тут же показывается и рождается головка плода, стоит только еще немного приподнять плод. Однако нередко рождение головки задерживается. Тогда следует применить извлечение головки. Для этого плод сажают «верхом» на предплечье, а указательный палец этой же руки вводят со стороны промежности в родовые пути и им отыскивают рот плода. Палец вводят в рот, кладут на край нижней челюсти и препятствуют разгибанию головки. Пальцы другой руки кладут на плечики плода, охватив их наподобие вилки. После этого рукой, расположенной со стороны спинки плода, надо произвести довольно сильное потягивание за плечики сначала на себя, пока подзатылочной областью головка не упрется в лонное сочленение,

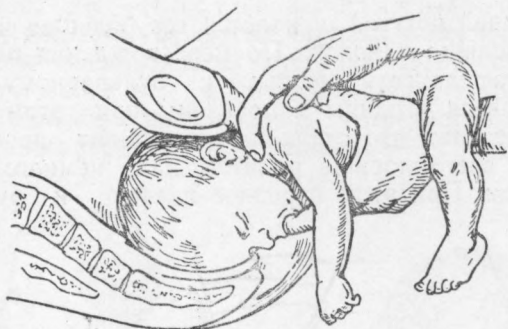


Рис. 87. Извлечение головки при ягодичном предлежании плода.

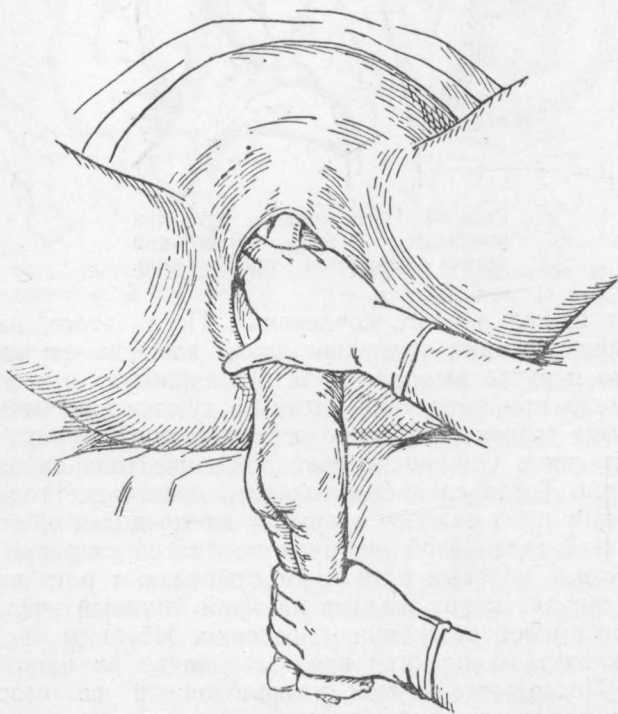


Рис. 88. Выведение переднего плечика и ручки при ягодичном предлежании плода.

а затем круто кпереди — и головка рождается полностью (рис. 87). При извлечении головки нельзя применять «грубую» силу, иначе можно причинить тяжелые повреждения матери и плоду.

Этот способ пособия во время родов при чистом ягодичном предлежании предложен московским акушером Н. А. Цовьяновым и поэтому называется способом Цовьянова.

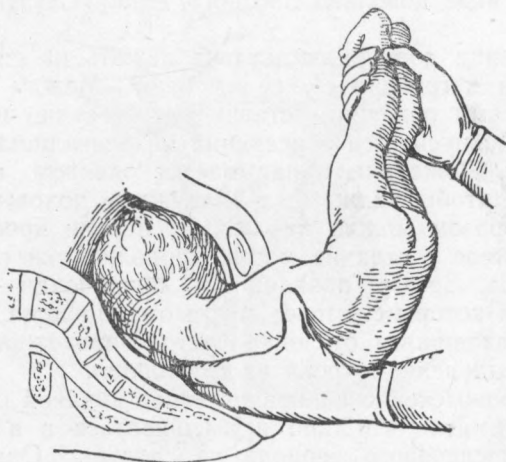


Рис. 89. Выведение заднего плечика и ручки при ягодичном предлежании плода.

Техника акушерского пособия при смешанном ягодичном предлежании несколько отличается от описанной выше. Ножки плода и туловища рождаются также самостоятельно, но прижатия голеней к туловищу, понятно, не происходит.

Как только родится туловище, надо взять плод за ножки одной рукой и оттянуть его кзади (на промежность). Чтобы ножки не выскальзывали из руки, следует обернуть их стерильной пеленкой. Если переднее плечико и ручка не выходят из-под лонного сочленения, то со стороны спинки плода палец другой руки заводят спереди в родовые пути, находят им плечико и, опустившись пальцем до локтя, производят давление на локтевой сустав плода. При этом ручка выводится наружу (рис. 88) (выводить первой переднюю ручку можно только в том случае, если не имеется запрокидывания ручек за головку).

Затем, держа плод за ножки, приподнимают их кпереди, входят пальцем сзади, опять со стороны спинки плода, в родовые пути и отыскивают им заднее плечико. Также, спустившись пальцем до локтя, выводят ручку плода наружу (рис. 89).

После этого извлекают головку описанным выше способом.

Роды при ягодичных предлежаниях гораздо чаще дают осложнения для матери и плода, поэтому они должны проводиться под наблюдением врача.

6. Ведение последового периода

После рождения плода дно матки находится немного ниже пупка. Матка прощупывается через брюшную стенку в виде довольно плотного тела. Схватки отсутствуют.

Роженица должна оставаться лежать на спине. Если подстилка загрязнилась, ее сменяют. Между разведенными ногами роженицы ставят чистое судно или тазик, в который спускается свисающий из влагалища отрезок пуповины. Роженица прикрывается одеялом, но только до колен, чтобы видны были наружные половые органы. Таким образом можно наблюдать, нет ли кровотечения.

Спокойное состояние матки продолжается около четверти часа. Затем появляются сокращения — схватки, благодаря которым детское место отслаивается от стенки матки. Начавшаяся отслойка часто сопровождается умеренным выделением крови из влагалища.

Это кровотечение не представляет никакой опасности. Предпринимать что-либо и вмешиваться в нормальное течение последового периода не следует. Однако это отнюдь не значит, что роженицу можно оставить без наблюдения. Наоборот, в течение всего последового периода за ней необходимо самое тщательное наблюдение. Физиологическая отслойка детского места может нарушиться и появиться опасное для жизни кровотечение.

Нельзя ограничиться и только тем, что следить за количеством выделяющейся из влагалища крови. Кровь, изливающаяся из сосудов при отслойке детского места, может не выделяться наружу, а скопиться в большом количестве в полости матки. Поэтому необходимо время от времени контролировать состояние матки. Для этого очень осторожно ощупывают матку и определяют ее консистенцию и высоту стояния дна. Если в полости матки скопится кровь, то дно ее будет подниматься вверх. Сама матка при этом будет вялой, тестоватой. Если контуры матки, как это часто бывает при хорошем ее сокращении, видны через брюшную стенку, лучше не касаться матки руками.

Необходимо следить и за общим состоянием роженицы. При нормальном течении последового периода она чувствует себя хорошо и только, когда появляется схватка, иногда отмечает, что ноет в пояснице. Пульс остается нормальным, неучащенным.

После отделения детского места от стенки матки оно спускается в нижний отдел матки и даже во влагалище. Роженица заявляет, что чувствует давление на низ.

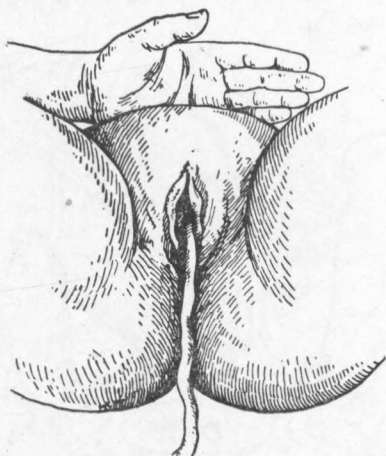


Рис. 90. Нажатие ребром ладони над лонным сочленением.

Чтобы убедиться, отделилось ли детское место, надо определить, где стоит дно матки. При отделившемся детском месте дно матки стоит несколько выше пупка.

Более надежный метод, по которому можно судить об отделении детского места, заключается в том, что ребром ладони надавливают на живот над лонным сочленением (рис. 90). Если детское место отделилось, то при таком надавливании свисающая часть пуповины не будет втягиваться во влагалище. Если пуповина, наоборот, втягивается, это значит, что детское место еще не отделилось от стенки матки.

Когда есть уверенность в том, что детское место отделилось, нужно, чтобы роженица потужилась, и оно вместе с оболочками выделится наружу.

В некоторых случаях одного потуживания бывает недостаточно. Послед не выделяется. Происходит это

потому, что вялый брюшной пресс не развивает достаточной силы для того, чтобы вытолкнуть послед. В таких случаях применяют прием, предложенный Абуладзе. Двумя руками захватывают в продольную складку переднюю брюшную стенку (рис. 91) и роженицу заставляют тужиться. При натуживании в этих случаях обычно послед выделяется из влагалища.



Рис. 91. Способ Абуладзе.

Однако не исключена возможность, что и способ Абуладзе не приведет к цели. Тогда следует применить выжимание послета.

Для выжимания необходимы следующие условия:

1) должна быть полная уверенность в том, что детское место отделилось от стенки матки и лежит в ее нижнем отделе или во влагалище;

2) мочевого пузыря должен быть опорожнен катетером;

3) матка должна быть плотной, хорошо сокращенной; если матка вялая, надо вызвать схватку поглаживанием ее рукой;

4) матку следует поставить по средней линии живота.

Само выжимание последа делается следующим образом: матку захватывают правой рукой так, чтобы большой палец лежал на передней поверхности матки, а остальные четыре пальца — на задней. Затем произ-



Рис. 92. Выжимание отделившегося последа.

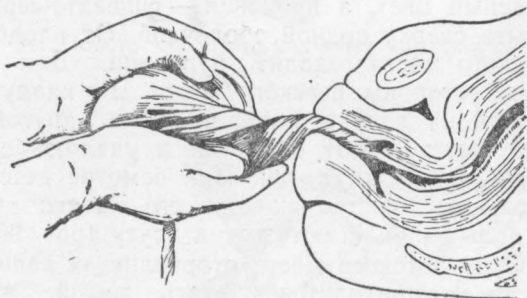


Рис. 93. Удаление оболочек. При вращении последа оболочки скручиваются в канатик.

водят давление на дно матки в направлении входа в малый таз (рис. 92). При этом послед выталкивается из родовых путей.

Выжимание последа представляет собой прием, довольно опасный для роженицы, и применять его без надобности не следует.

Очень часто из влагалища самостоятельно выходит только детское место и часть оболочек, а другая часть их остается во влагалище и в нижнем отделе матки. В таких случаях, чисто вымыв руки, берут детское место и вращают его в ту или иную сторону; при этом оболочки скручиваются и выходят из родовых путей (рис. 93).

Следует иметь в виду, что задержка выделения последа происходит иногда от того, что в мочевом пузыре накопилось много мочи. Если в мочевом пузыре мочи нет, то над лонным сочленением прощупывается плотная матка. При накоплении в мочевом пузыре мочи рука ощущает мягкое образование — это наполненный мочевой пузырь. Выше него уже определяется матка.

После выделения послед должен быть тщательно осмотрен. Для осмотра послед приподнимают за пуповину и осматривают оболочки (рис. 94). Если отверстия в оболочках очень большие, края их рваные, висят лоскутами, то весьма вероятно, что часть оболочек осталась в матке. Это не имеет большого значения, так как оболочки обычно самостоятельно выделяются на 5—6-й день после родов.

После осмотра оболочек следует осмотреть материнскую сторону детского места. Материнская сторона имеет красный цвет, а плодовая — синевато-серый, так как покрыта сверху водной оболочкой. От плодовой стороны детского места отходит пуповина. Для осмотра материнской стороны детского места его кладут плодовой стороной на ладонь одной руки, а другой рукой осторожно вывертывают оболочки и удаляют с поверхности последа спутки крови. При осмотре детского места поверхность составляющих его долек выглядит гладкой; дольки прилегают друг к другу (рис. 95).

Если части детского места оторвались и задержались в матке, то их приходится удалять рукой, введенной в матку. Оставление кусочков детского места в матке может повлечь за собой кровотечение или септическое послеродовое заболевание. Послед взвешивают; нормальный вес его 500—600 г.

Надо определить возможно более точно, какое общее количество крови роженица потеряла в течение всего последового периода. В нормальном последовом периоде общая кровопотеря не превышает 400 мл.

После родов женщину называют родильницей.

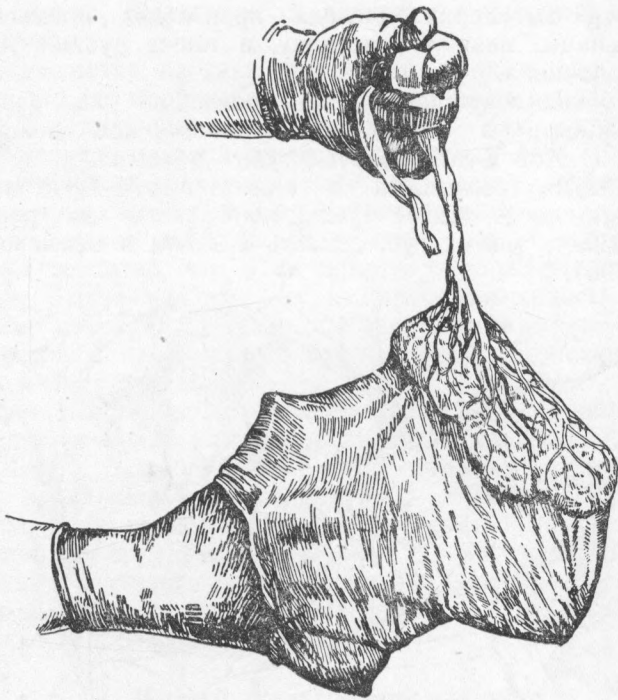


Рис. 94. Осмотр оболочек. Оболочки выделились все.

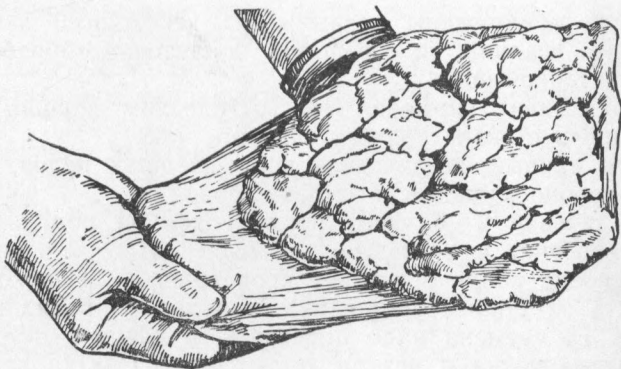


Рис. 95. Осмотр материнской стороны детского места.

После выделения последа производят подмывание родильницы, меняют подстилку, а также рубашку, если она запачкана.

Необходимо выяснить, не произошло ли разрыва промежности и слизистой влагалища при рождении плода. С этой целью половые губы раздвигают в стороны двумя помазками и внимательно осматривают видимую часть задней стенки влагалища, внутреннюю поверхность малых губ, область клитора и промежность (рис. 96).



Рис. 96. Осмотр наружных половых органов, влагалища и промежности после родов.

Если обнаружены разрывы, их необходимо зашить. Мелкие ссадины и трещины достаточно обработать 5% настойкой йода.

Родильницу укрывают теплым одеялом, хорошо дать ей выпить стакан горячего сладкого чая.

Все данные, касающиеся произошедших родов, нужно подробно записать в историю родов.

В течение 2—3 часов после родов за родильницей надо особенно внимательно наблюдать. Иногда в первые часы после родов возникает кровотечение. Необходимо следить за общим состоянием и пульсом родильницы. Время от времени надо проверять, в каком состоянии находится матка и нет ли кровотечения. Матка должна быть плотной, дно ее в это время находится немного

ниже пупка. Выделения из влагалища кровяные, незначительные.

Если матка плотная, но стоит значительно выше пупка, то, по всей вероятности, накопилась моча в пузыре и роженице надо помочиться. Как определить наполненный мочевой пузырь, уже говорилось. Задержка мочи после родов мешает хорошему сокращению матки, и это может повести к кровотечению.

Если матка вялая и дно ее стоит выше пупка, то весьма вероятно, что в ее полости скопились сгустки крови. Чтобы удалить их и дать возможность матке хорошо сократиться, надо применить выжимание сгустков, которое производится так же, как выжимание отделившегося последа.

Нередко тотчас по окончании родов у роженицы появляется более или менее сильный, но кратковременный озноб. В таком случае надо только лучше укрыть роженицу. В первые 2—3 часа после родов лучше, если роженица не будет спать. Во сне чаще расслабляется матка и возникает кровотечение. По истечении указанного срока роженицу еще раз осматривают и, если все обстоит благополучно, перевозят на каталке в послеродовую палату.

7. Первый туалет новорожденного

После перерезки пуповины новорожденного переносят на стол, предназначенный для пеленания, и кладут на чистую стерильную пеленку.

Новорожденный очень легко охлаждается, а это для него очень опасно. Поэтому желательно, чтобы пеленки и одеяло были теплые. Новорожденного не следует оставлять долго неприкрытым. Если есть возможность, то следует весь туалет производить при обогревании новорожденного электрическим рефлектором, который направляют на стол, где проводится первый туалет.

Кожа новорожденного покрыта, особенно в складках (шея, подмышечные области паховые складки), белой густой жирной массой — сыровидной или первородной смазкой. Через 2—3 дня она почти везде всасывается в кожу и исчезает. Однако в тех местах, где смазки много, особенно в кожных складках, всасывание ее происходит медленно. В некоторых местах смазка бывает

смешана с кровью. Для удаления смазки используют жидкое стерильное масло. Чаще всего употребляется вазелиновое или подсолнечное масло. 25—30 мл масла заранее наливают в бутылочку и стерилизуют в автоклаве. Для обработки каждого новорожденного пользуются отдельной бутылочкой с маслом, чтобы оно не



Рис. 97. Удаление первородной смазки с кожи новорожденного.

загрязнилось. Комок стерильной ваты или марли обильно пропитывают маслом и осторожно протирают кожу ребенка, удаляя избыток смазки и кровь (рис. 97).

После удаления смазки производят вторичную обработку пуповины. Делать ее нужно, соблюдая все правила асептики, чтобы не внести инфекцию в пупочную рану, что может привести к тяжелейшему заболеванию новорожденного — пупочному сепсису. Поэтому руки, которые могли загрязниться при обработке кожи новорожденного, надо опять хорошо вымыть и обработать спиртом.

Обработку пуповины производят следующим образом. Культю пуповины между пупочным кольцом и местом

первой перевязки тщательно протирают спиртом. Затем пуповину перевязывают стерильной тесемкой, отступя 1—2 см от пупочного кольца. Первый узел (обычный) туго затягивают; второй узел делают с петелькой («бантиком») и тоже туго завязывают. Петелька нужна для того, чтобы была возможность подтянуть первый узел, если в последующем пуповина начнет кровоточить. Второй узел в таких случаях развязывают и первый узел туго затягивают.

Когда пуповина перевязана, то стерильными пупочными ножницами ее перерезают на 1 см выше места перевязки. Перерезанную поверхность культи пуповины обрабатывают 5% раствором иода, для чего пользуются помазком. Культи пуповины заворачивают в кусочек стерильной марли и прибинтовывают к животу новорожденного стерильным узким бинтом. На этом первый туалет новорожденного заканчивается.

Нередко на головке новорожденного, около затылка, отмечается более или менее значительная припухлость, мягкая на ощупь. Это так называемая родовая опухоль (рис. 98).

Родовая опухоль представляет собой отек подкожной клетчатки, который образуется на подлежащей части головки. Родовая опухоль бесследно исчезает через 2—3 дня и лечения не требует.

После туалета новорожденного взвешивают, измеряют и пеленают. Взвешивание производится на специальных детских весах. Рост измеряется на особом станочке (рис. 99) или сантиметровой лентой от ножек через спинку и до затылка. Округлость головки определяют по прямому (лобно-затылочному) размеру, т. е. через лоб, темя и затылочный бугор (рис. 100).

После пеленания в две пеленки новорожденного заворачивают в одеяло. Поверх одеяла новорожденному на шею надевают медальон — кусочек клеенки, где делают



Рис. 98. Родовая опухоль на головке новорожденного.

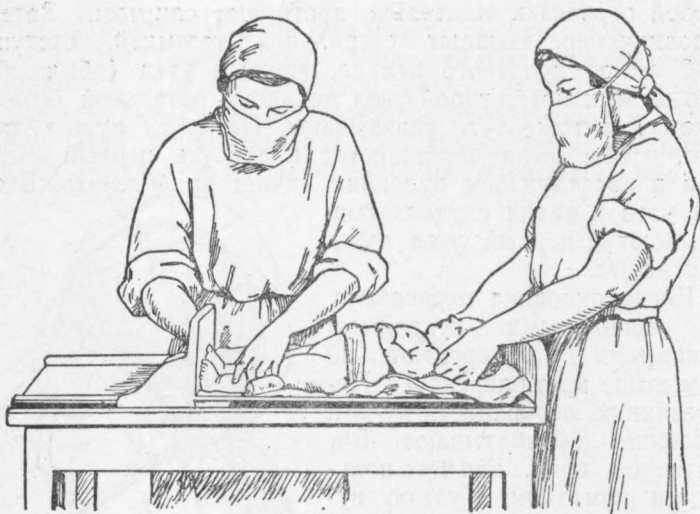


Рис. 99. Измерение роста новорожденного на станочке.



Рис. 100. Измерение окружности головки по прямому (лобно-затылочному) размеру.

ту же надпись, что и на браслете. Затем новорожденного еще раз показывают матери, читают ей, что написано на медальоне, и через 2 часа направляют в палату новорожденных вместе с историей развития новорожденного, где должны быть записаны все сведения о ребенке.

8. Многоплодные роды

Роды при многоплодной беременности иногда сопровождаются серьезными осложнениями. Сильно растянутая матка не может развить хорошие схватки, поэтому роды нередко затягиваются.

Акушерское пособие при рождении первого плода, перевязка и перерезка пуповины производятся в обычном порядке.

После рождения первого плода следует произвести наружное акушерское исследование, чтобы выяснить, в каком положении находится второй плод.

Если оказывается, что второй плод расположен поперек или косо, то это требует оперативного вмешательства — поворота плода. Если второй плод лежит в матке продольно и нет других каких-либо осложнений, то роды второго плода происходят самопроизвольно. Большой частью после рождения первого плода схватки на 1—2 часа прекращаются, а затем начинаются вновь. Рождение второго плода происходит значительно быстрее, чем первого, так как родовые пути уже подготовлены, шейка матки открыта. После возобновления схваток вскоре проходят воды второго плодного яйца и сейчас же начинаются потуги.

Между рождением первого и второго плода за роженицей необходимо вести тщательное наблюдение.

При отсутствии схваток более 4 часов после рождения первого плода следует по назначению врача принять меры для возбуждения сокращений матки, а в некоторых случаях необходимо даже извлечение второго плода.

В последовом периоде и в первые часы после родов часто наблюдается сильное кровотечение вследствие плохого сокращения матки.

Все указанные осложнения требуют, чтобы роды при многоплодной беременности происходили в родильном доме под наблюдением врача.

ФИЗИОЛОГИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

1. Изменения в организме женщины после родов

Послеродовым периодом называется промежуток времени, наступающий после окончания родов и продолжающийся в течение ближайших 6—8 недель.

По окончании его у не кормящих грудью, а иногда и у кормящих появляются первые менструации.

Самочувствие и общее состояние роженицы на протяжении физиологического послеродового периода остаются хорошими. Пульс не учащен, температура нормальная. Иногда родильницы в первые 2—3 дня отмечают болезненные сокращения матки.

В послеродовом периоде происходят многочисленные изменения в организме женщины, многие органы постепенно возвращаются в то состояние, в котором они находились до возникновения беременности.

Особенно заметно процессы обратного развития проявляются в половых органах.

Матка тотчас после родов очень большая: весит она около 1 кг (небеременная матка весит всего 50 г). В течение послеродового периода происходит сокращение матки, уменьшение ее размеров вследствие уменьшения размеров мышечных волокон и частичной гибели их. Эти изменения в матке бывают особенно выражены в первые две недели послеродового периода. По прошествии этого срока дно матки уже не удастся прощупать через брюшную стенку, хотя матка еще довольно большая, вес ее около 300 г, но она уже целиком находится в малом тазу. Наряду с этим, значительно уменьшается также сеть кровеносных сосудов матки.

Открытая шейка матки ко 2—3-й неделе формируется (восстанавливается) и образует ее канал.

Внутренняя поверхность матки после родов представляет собой как бы сплошную рану. Вместе с последом от-

деляется от стенок матки и некоторая часть ее слизистой оболочки. Лишь местами сохраняются участки слизистой оболочки вместе с железами. Из этих участков начинается размножение клеток слизистой оболочки, и она полностью восстанавливается через 3—4 недели после родов.

Отделяемое с раневой поверхностью матки носит название лохий. В первые 2—3 дня лохии состоят преимущественно из крови темного цвета, которая отделяется в количестве до 100 мл в сутки, без сгустков. В последующие дни лохии становятся сукровичными и уменьшаются в количестве. Через 10—14 дней они принимают серозно-слизистый характер. Лохии в первые дни имеют особый прелый запах. Иногда появляется гнилостный запах лохий, который сам по себе еще не служит признаком послеродового заболевания. Выделение лохий заканчивается через 3—4 недели после родов, к этому сроку слизистая оболочка матки полностью восстанавливается.

До 3-го дня после родов в полости матки микробов, как правило, не бывает. В последующие дни микробы, находящиеся во влагалище, проникают и в полость матки. Если в конце беременности, во время родов или в послеродовом периоде тем или иным путем в половые органы были внесены патогенные микробы, то в результате этого может развиваться послеродовое заболевание. Отсюда понятно, какое большое значение имеет предупреждение занесения инфекции, соблюдение строжайшей асептики и антисептики при уходе за беременной, роженицей или родильницей.

Во время родов почти всегда образуются ссадины, трещины, неглубокие надрывы шейки матки, влагалища и слизистой входа в него. При этом нередко появляется отечность наружных половых органов, которая держится 2—3 дня. Повреждения мягких тканей родового канала заживают к 5—7-му дню после родов. Однако если в родовых путях имеются патогенные микробы, то в поврежденных тканях может образоваться воспалительный процесс: появляется гнойное отделяемое, заживление их идет медленно, а иногда развивается тяжелое послеродовое заболевание.

Молочные железы в первые 2—3 дня после родов образуют только молозиво. Обычно на 3-й день родиль-

ницы отмечают тяжесть и покальвание в молочных железах. Железы увеличиваются, становятся набухшими, из соска начинает выделяться молоко. Нередко происходит избыточное образование молока. Железы в этих случаях нагрубают, становятся болезненными, самочувствие родильницы ухудшается. Образование и отделение молока во многом зависят от кормления новорожденного. Если родильница по той или иной причине не кормит грудью, то молочные железы в течение 2—3 дней сильно нагрубают. Затем нагрубание постепенно уменьшается и образование молока прекращается.

Мочеотделение в первые дни нередко бывает затруднено. Причиной затрудненного мочеиспускания является некоторая отечность тканей мочеиспускательного канала. Имеет значение и то обстоятельство, что родильница должна мочиться в неудобном положении — лежа на спине. Иногда в первые дни родильница чувствует жжение или легкую болезненность при мочеиспускании. Это происходит вследствие того, что кислая моча попадает на садины слизистой входа во влагалище.

Стул у родильницы, как правило, отсутствует в течение 2—3 дней после родов, а иногда и больше. Это объясняется главным образом чрезмерной растянутостью и вялостью брюшного пресса в послеродовом периоде. Имеет значение и то, что родильница в первые дни после родов должна лежать в постели. Такое положение неблагоприятно для хорошего сокращения мышц брюшного пресса.

2. Общий режим родильниц

Помещение, в котором находятся родильницы, должно быть светлым, сухим, чистым и хорошо проветриваться. Помещение нужно 2 раза в день подвергать влажной уборке. Уборку обычно производят после подмывания родильниц. Нельзя убирать помещение во время кормления детей и во время приема пищи.

Около кровати роженицы должен находиться столик или тумбочка, где будут храниться необходимые для нее предметы.

У каждой роженицы должно быть отдельное судно, которое ставится на подставку под кровать. Сейчас же

после пользования судно выносят, обмывают водой и дезинфицирующим раствором.

Смена нательного белья должна производиться не реже одного раза в 3 дня, а при загрязнении и чаще. Лифчик желательно давать стерильный и менять его ежедневно.

Постельное белье (простыня, пододеяльник, наволочка) нужно менять один раз в неделю, а если оно загрязняется, то и чаще.

Пища в первые 2 дня после родов должна быть преимущественно молочно-растительной с обычным количеством соли. На 3-й день, после того как будет очищен кишечник, можно перейти на общий стол, но пища не должна быть острой и очень соленой. Полезно давать свежие фрукты и овощи.

Прием жидкости в первые дни после родов следует ограничить до 1—1,5 л. Избыток вводимой жидкости усиливает нагрубание молочных желез. В дальнейшем, при отсутствии нагрубания молочных желез, нет необходимости ограничивать употребление жидкости.

Всякого рода спиртные напитки в послеродовом периоде запрещаются, так как они переходят в молоко и вредно действуют на организм ребенка.

Надо организовать строгий контроль за передачами из дому, проверять их содержимое и не допускать к передаче недозволенные продукты и предметы: белье, чулки, старые книги, журналы. Передача должна быть завернута в чистую бумагу.

Хотя послеродовой период является нормальным физиологическим процессом, тем не менее для благоприятного течения его родильнице необходимо обеспечить определенный режим.

По окончании родов в течение 6 часов родильница должна лежать на спине. После этого, если все обстоит благополучно и, в частности, нет большого количества кровяных выделений, ей можно разрешить поворачиваться на бок.

Сидеть родильнице разрешается на 3-й день, а встать — на 5—6-й день после родов, когда выделения уже некровяные.

Следует наблюдать за вставанием родильницы с постели, так как может закружиться голова и родильница может упасть. Ходить сначала надо понемногу.

Иногда, после того как родильница начала ходить, выделения снова становятся кровяными. В таких случаях следует уложить родильницу не меньше чем на сутки.

Большое внимание надо обратить на сон родильницы. Продолжительность сна в течение суток должна быть не менее 7—8 часов. Перед сном помещение должно быть хорошо проветрено.

Следует всегда помнить, что женщина после родов нуждается в хорошем отдыхе, правильном питании и уходе; необходимо оградить ее от всяких волнений и переживаний. Соблюдение этих правил будет способствовать нормальному течению послеродового периода, повышать сопротивляемость организма, предупреждать возникновение послеродовых заболеваний.

В послеродовом периоде среди родильниц следует проводить санитарно-просветительную работу. Темы бесед должны быть примерно следующие: гигиена родильницы, уход за новорожденным, гигиена женщины.

Перед выпиской из родильного дома необходимо показать родильнице, как пеленать ребенка, как его, подмывать, какой уход требуется за ртом, носом, ушами, за пупком и т. д.

Помимо общих бесед и лекций на санитарно-просветительные темы, при выписке следует дать определенные указания каждой родильнице, какой режим ей следует соблюдать дома, какой уход и питание требуются для ее ребенка.

После родов каждая родильница получает через консультацию отпуск на 42 дня. После патологических родов отпуск предоставляется на 56 дней. Надо дать совет родильнице, как лучше для нее и для здоровья ребенка использовать предоставляемый ей отпуск.

3. Наблюдение и уход за родильницей

Нормальное физиологическое течение послеродового периода может нарушиться, вследствие чего развивается то или иное послеродовое заболевание. Поэтому родильница нуждается в самом тщательном наблюдении и уходе, особенно в течение 1—2 недель после родов. Внимательное наблюдение за состоянием родильницы позволяет заметить самые первые признаки заболевания и своевременно начать лечение.

Тщательный уход за родильницей должен обеспечить наиболее благоприятные условия для ее организма, способствующие нормальному течению послеродового периода.

При отсутствии осложнений самочувствие и общее состояние родильницы остаются хорошими. Надо выяснить, нет ли у нее каких-либо жалоб на состояние здоровья.

Как уже указывалось, нередко родильницы, чаще повторнородящие, отмечают болезненные схваткообразные сокращения матки. Эти схватки наблюдаются при вполне нормальном течении послеродового периода и не служат признаком заболевания; постепенно они слабеют и проходят без лечения через 2—3 дня. Схватки обычно усиливаются во время кормления ребенка.

Если схватки очень болезненны, то в этих случаях назначают аспирин по 0,3 три раза в день, антипирин или пирамидон в такой же дозе.

Измерение температуры и сосчитывание пульса у родильницы должны производиться 2 раза в день—утром и вечером. Полученные данные записывают в историю родов. Температура и пульс при физиологическом течении послеродового периода остаются нормальными.

Если у родильницы появится озноб, головная боль, нагрубание молочных желез, то необходимо тотчас же измерить у нее температуру и сосчитать пульс, даже если жалобы появились вскоре после очередного измерения температуры и сосчитывания пульса.

Необходимо ежедневно производить всестороннее обследование родильницы—всех органов и систем.

После этого приступают к специальному акушерскому обследованию, которое проводится в следующем порядке:

- а) молочные железы;
- б) живот и матка;
- в) лохии;
- г) наружные половые органы и промежность.

Осмотр молочных желез производится в первую очередь; перед этим необходимо особо тщательно вымыть руки с мылом.

а) Молочные железы в первые 2—3 дня бывают мягкими, но в них ясно прощупываются отдельные дольки. Исследование железы безболезненно. Надо вни-

мательно осмотреть сосок и выяснить, нет ли на нем ссадин или трещин. Образование ссадин и трещин на соске наблюдается довольно часто. Особенно располагает к образованию трещин слишком выдающийся или, наоборот, плоский сосок. Большое значение для предупреждения трещин имеет подготовка сосков к кормлению еще при беременности. Не меньшее значение имеет правильный уход за молочными железами и сосками после родов.



Рис. 101. Обмывание соска перед кормлением.

Перед каждым кормлением родильница должна вымыть руки. Сосок и околососковый кружок она обмывает при помощи комочка стерильной ваты 2% раствором борной кислоты (рис. 101).

Ребенку следует давать в рот не только сосок, но и часть околососкового кружка. Иначе при сосании ребенок будет слишком оттягивать сосок, мять его около основания краями челюстей. Все это способствует образованию трещин.

После кормления сосок следует осушить или вновь обмыть раствором борной кислоты.

Родильница не должна трогать сосок руками.

Обо всем этом надо рассказать родильнице до начала первого кормления, объяснить ей важность соблюдения всего сказанного и помочь приложить первый раз ребенка к груди (рис. 102).



Рис. 102. Первое кормление ребенка грудью. Сестра показывает, как это надо делать.

При глубоких трещинах приходится прибегать к кормлению ребенка через накладку (рис. 103)

На 3-й день молочные железы нагрубают, становятся плотнее и чувствительны при ощупывании. Нагрубание молочных желез обычно держится 2—3 дня. В эти дни надо особенно внимательно следить за молочными железами и правильно за ними ухаживать. В дальнейшем устанавливается равновесие между образованием и отдачей молока, и нагрубание проходит.

При нагрубании желез необходимо одеть хорошо пригнанный лифчик. Свисание железы затрудняет кровообращение в ней и способствует усилению нагрубания. Для уменьшения нагрубания желез или образования молока роженице следует ограничить питье и дать внутрь 30 г сернокислой магнезии, растворенной в полустакане воды. Во время нагрубания желез кормление грудью следует продолжать, а оставшееся после кормления молоко сцеживать руками или молокоотсосом (рис. 104 и 105).

При нагрубании молочных желез нередко временно увеличиваются и становятся болезненными лимфатические узлы в подмышечных впадинах.

Если почему-либо кормление грудью нужно совершенно прекратить, следует на грудь наложить тугую круговую повязку, ограничить прием всякой жидкости и дать сернокислую магнезию. Через 2—3 дня молоко пропадает и повязка с груди может быть снята.

После обследования молочных желез переходят к обследованию живота и матки.

б) Живот в первые дни после родов вялый, иногда немного вздут, но при ощупывании всюду мягкий и безболезненный.

Матка в послеродовом периоде, как уже было сказано, непрерывно уменьшается в размере. Необходимо ежедневно контролировать, как сокращается матка. Для этой цели сантиметровую ленту прикладывают одним концом к верхнему краю лонного сочленения, затем ведут по средней линии живота до дна матки. В первые сутки после родов высота стояния дна матки в среднем равна 14 см. В дальнейшем каждый день она уменьшается на 1 см. К концу второй недели дно матки скрывается за лонным сочленением и матка не прощупывается снаружи.

Необходимо помнить, что высота стояния дна матки может изменяться при наполнении мочевого пузыря. Матка после родов значительно наклонена кпереди, и передняя поверхность ее лежит на мочевом пузыре (рис. 106). Если в мочевом пузыре скопится моча, то матка выпрямляется и дно ее поднимается кверху. По этому, чтобы получить правильные размеры, необходимо заставить роженицу помочиться непосредственно перед измерением матки.



Рис. 103 Накладка на сосок.

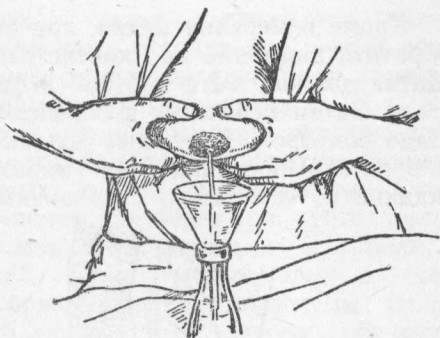


Рис. 104. Сцеживание молока руками.



Рис. 105. Сцеживание молока молокоотсосом.

Кроме измерения матки, при ощупывании ее следует обратить внимание на консистенцию и болезненность. Матка должна быть плотной и безболезненной.

в) Затем переходят к определению характера лохий. Надо осмотреть наружные половые органы и подстилку и обратить внимание на характер лохий (кровяные, жидкие со сгустками, сукровичные, серозные, гнойные),

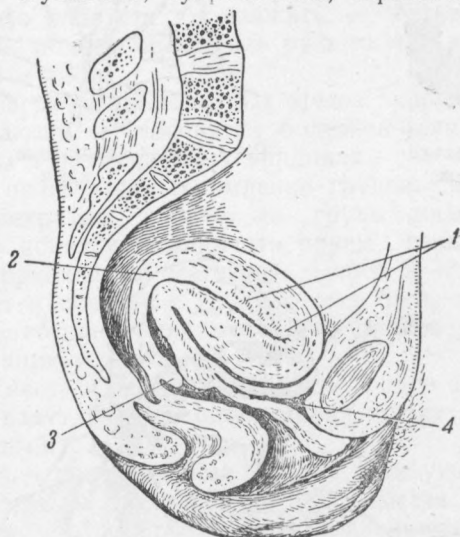


Рис. 106. Положение матки в послеродовом периоде. Матка передней поверхностью лежит на пустом мочевом пузыре.

1 — тело матки; 2 — место перехода тела матки в шейку; 3 — шейка матки; 4 — мочевой пузырь.

количество и запах. При значительных кровяных выделениях, при появлении сгустков крови надо положить мешок со льдом на низ живота и давать роженице внутрь жидкий экстракт спорыньи (*Extr. Secalis cognati fluidi* по 25 капель 2 раза в день).

Иногда происходит задержка лохий в матке. Тогда при осмотре можно увидеть, что половые органы и подстилка чистые. Однако через некоторое время задержавшиеся лохии изливаются из матки и обильно смачивают подстилку.

Если во время родов в матке задержалась часть плодных оболочек, то они сами отходят на 5—6-й день после родов. Все кусочки ткани, выделившиеся вместе с лохиями, надо сохранить и показать врачу.

г) Наружные половые органы осматривают уже при определении характера лохий. Следует обратить внимание, нет ли отека половых губ и промежности. Отек обычно проходит без лечения дня через три. При сильном отеке родильница может жаловаться на боли в области отекающих тканей. Боли уменьшаются и отек быстрее исчезает, если прикладывать к наружным половым органам пузырь со льдом. Его следует обернуть стерильной пеленкой, которая сменяется по мере загрязнения.

Иногда у родильниц обнаруживаются геморроидальные узлы, которые могут быть отечными и причинять боль. Отечные геморроидальные узлы выглядят в виде синеватых лоснящихся припухлостей в области заднепроходного отверстия. Отекшие геморроидальные узлы смазываются вазелиновым маслом или рыбьим жиром. Мешок со льдом, приложенный к отекающим геморроидальным узлам, и свеча с белладонной, введенная в задний проход, успокаивают боли и способствуют исчезновению отека.

Если у родильницы были наложены швы на разрыв промежности, следует осмотреть область швов и выяснить, нет ли на них гнойных налетов и нет ли их расхождения.

4. Уборка родильниц

В основе ухода за родильницей лежит строгое соблюдение правил асептики и антисептики.

Раневая поверхность в полости матки, повреждения влагалища и промежности легко могут стать местом внедрения инфекции, которая повлечет за собой развитие послеродового заболевания.

Выделения из половых органов всегда содержат в изобилии различных микробов. Стекающие лохии могут разлагаться и загрязнять половые органы. Поэтому лохии необходимо удалять путем подмывания. Подмывания проводятся не реже 2 раз в день, утром и вечером после измерения температуры. Если выделений много или они имеют гнилостный запах, то необходимо произ-

водить еще дополнительно одно-два подмывания на ночь и среди дня. Если у родильницы температура повышена свыше 37° , то подмывать ее надо в последнюю очередь. Соблюдение такого порядка исключительно важно. Повышение температуры, даже небольшое, может быть в результате начинающегося послеродового заболевания. При случайном попадании лохий от такой родильницы на половые органы здоровой у последней может возникнуть послеродовое заболевание.

Помимо этих регулярных подмываний, необходимо производить еще подмывание после действия кишечника.

Для подмывания употребляются только стерильные инструменты и материал. Поверх халата надевают длинный клеенчатый фартук. Руки моют по способу Спасокукоцкого, после чего надевают стерильные резиновые перчатки.

Для подмывания должно быть заранее подготовлено все необходимое. Удобно все это поместить на передвижном столике, который легко передвигается от одной кровати к другой.

На столике должны находиться:

- а) корнцанги в стерилизаторе;
- б) чистые подстилки;
- в) барабан с ватой, марлей и помазками;
- г) бутылка с 5% раствором марганцевокислого калия;
- д) 5% настойка иода.

На другом столике или на табуретке ставится таз с 1% раствором лизоформа для обмывания рук и лоток для использованных корнцангов.

Вода для подмывания должна быть кипяченой и теплой. При подмывании воду поливают из кувшина или из стеклянной кружки с резиновой трубкой. В воду добавляют 5% раствор марганцевокислого калия до слабо-розового цвета. Ни в коем случае нельзя определять температуру воды, опуская в нее руку, и пользоваться рукой для размешивания раствора. Непосредственно перед подмыванием родильница должна помочиться.

Помогать при подмывании должна одна, а еще лучше две санитарки.

Когда все подготовлено, приступают к подмыванию.

Санитарка снимает с родильницы одеяло, приподнимает рубашку и покладывает под таз индивидуальное

судно. Родильница сгибает ноги в коленях и раздвигает их. Из стерилизатора сестра берет в каждую руку по корнцангу. Корнцангом, находящимся в левой руке, из барабана вынимают сразу несколько комков ваты; берут корнцангом, находящимся в правой руке, один из этих комков ваты. Санитарка медленной струей поливает из кувшина или кружки воду с дезинфицирующим раствором на наружные половые органы (рис. 107).

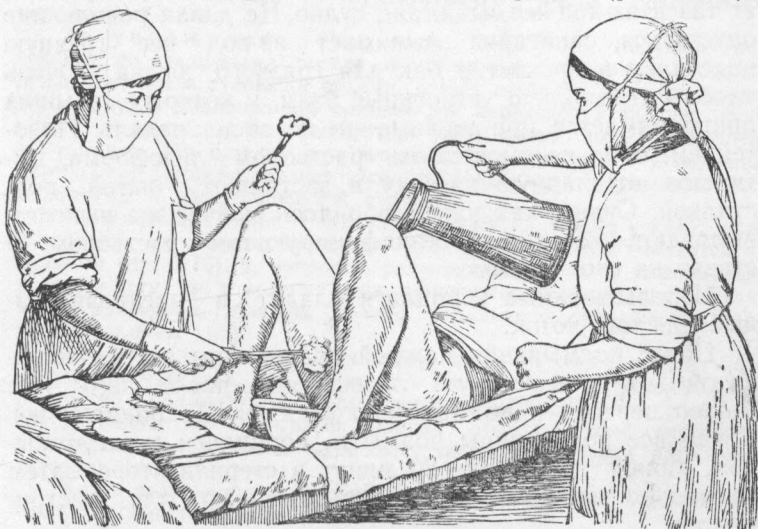


Рис. 107. Подмывание родильницы.

Под струей воды половые органы осторожно протирают ватой, чтобы удалить с них лохии. При этом надо, чтобы ватой, захваченной в корнцанг, производились движения по половым органам спереди назад, а не в обратном направлении. При подмывании нельзя раздвигать половые губы и входить во влагалище ватой или лить в него раствор. Когда комок ваты загрязняется, его сбрасывают в судно и заменяют новым из корнцанга, находящегося в левой руке. После того как подмыта область промежности, надо обязательно сменить вату и обмыть внутренние поверхности бедер. Затем половые органы осушают сухим комком ваты. Таким образом, подмывание должно происходить от начала до конца с помощью инструментов.

Если имеются швы на промежности, то не надо на них лить воду и протирать их ватой. Следует только смыть лохии в окружности швов. По окончании подмывания сухой комок ваты осторожно прикладывают к области швов с тем, чтобы он впитал в себя имеющиеся здесь лохии. Затем берут помазок с 5% настойкой иода и осторожно им обрабатывают швы.

Когда подмывание закончено, родильница приподнимает таз и из-под нее вынимают судно. Не давая родильнице опуститься, санитарка вынимает из-под нее грязную подстилку и бросает в бак для грязного белья. Очень удобны специально устроенные баки, у которых крышка приподнимается при нажимании ногой на педаль. Полотенцем, обильно смоченным раствором лизоформа, вытирают подкладную клеенку и застилают чистой подстилкой. Судно, как уже говорилось, сейчас же выносят, выливают, обмывают дезинфицирующим раствором и ставят на свое место.

Использованные корнцанги кладут в предназначенный для них лоток.

После подмывания каждой родильницы сестра должна обмыть руки в тазу с лизоформом, после чего уже можно перейти к подмыванию следующей родильницы. Когда все родильницы подмыты, корнцанги моют с мылом, кипятят в течение 20 минут в стерилизаторе, затем тщательно вытирают и кладут в шкаф для инструментов.

5. Гимнастика в послеродовом периоде

Для благоприятного течения послеродового периода необходима нормальная деятельность всех внутренних органов. Помимо этого, следует укрепить растянутые мышцы брюшного пресса и тазового дна. Слабость этих мышц способствует возникновению запоров, опущению органов брюшной полости и опущению влагалища и матки.

Для устранения всех этих явлений необходимо в течение всего послеродового периода (после нормальных родов и при отсутствии каких-либо осложнений в послеродовом периоде) проводить специально разработанный комплекс гимнастических упражнений. Наряду с этим, гимнастические упражнения создают бодрое настроение у родильниц, улучшают их общее состояние. Ниже при-

водится описание упражнений, рекомендуемых для первых дней послеродового периода проф. А. П. Николаевым.

1-е упражнение. Родильница лежит без подушки под головой с умеренно согнутыми и притянутыми ногами, стопы стоят на кровати; руки сложены на груди. Медленно отводятся вверх и назад руки, выпрямляются и вытягиваются по кровати ноги — глубокий вдох (рис. 108). Затем руки складываются на груди, ноги сгибаются в коленях и притягиваются — выдох. (дыхательное упражнение).

2-е упражнение. Родильница, лежа без подушки под головой со сдвинутыми вместе и вытянутыми ногами и свободно лежащими вдоль туловища руками, делает глубокий вдох (по брюшному типу) и медленно без помощи рук переходит в сидячее положение, постепенно делая выдох (рис. 109); затем столь же медленно и также без помощи рук возвращается в исходное положение, переходя к которому, делает снова глубокий вдох (упражнение для диафрагмы и мышц брюшной стенки).

3-е упражнение. Родильница, лежа на спине, сгибает ноги в коленях и сжимает их, в это же время сестра пытается их развести (рис. 110), и, наоборот, родильница стремится максимально развести согнутые в коленях ноги, одновременно сестра препятствует этому движению, сближая колени родильницы (упражнение для мышц тазового дна).

4-е упражнение. Родильница, лежа на спине, сгибает ноги и приподнимает таз, как бы ложась на подкладное судно, и удерживается с полминуты в таком приподнятом положении (рис. 111), одновременно она втягивает задний проход; затем опускается в исходное положение и вытягивает ноги (упражнение для мышц тазового дна).

Когда родильница начинает вставать, к описанным упражнениям следует добавить следующие два.

5-е упражнение. Родильница стоит, перекрестив голени и делает вдох; затем, не меняя положения ног, поднимается на носки, причем плотно сжимает бедра, втягивает задний проход (рис. 112). После этого следует выдох и возвращение к исходному положению.

6-е упражнение. Родильница стоит, слегка расставив ноги, положив руки на бедра. Делает наклон тела вперед под углом 90° при выпрямленных ногах, после чего производится выдох; затем следует обратное движение, вдох, наклон тела назад, насколько возможно, при выпрямленных ногах (упражнение для брюшных и спинных мышц).

6. Личная гигиена родильницы

Если роды проходили в родильном доме, то на 8—9-й день родильницу выписывают домой.

Дома она должна строго соблюдать те указания по личной гигиене, которые получит при выписке. Не следует забывать, что послеродовой период заканчивается

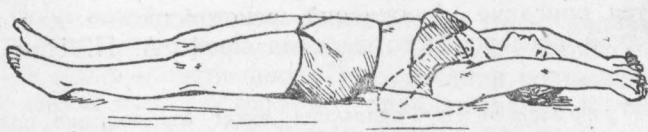


Рис. 108 Первое упражнение.

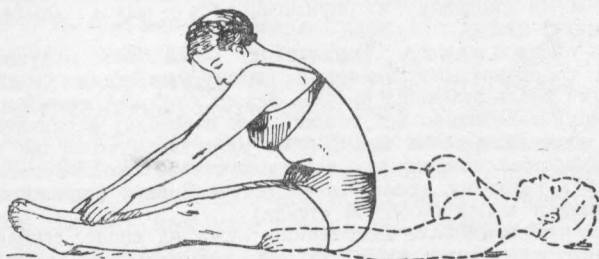


Рис. 109. Второе упражнение.

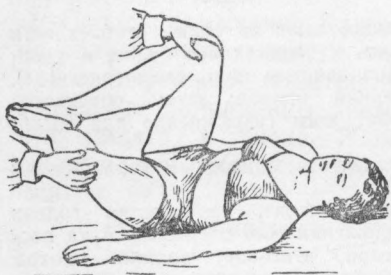


Рис. 110. Третье упражнение

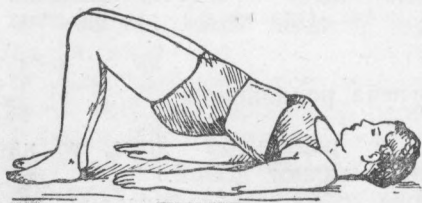


Рис. 111. Четвертое упражнение.

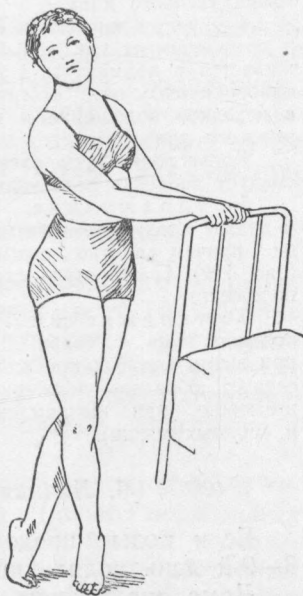


Рис. 112 Пятое упраж-
нение.

не ранее 6 недель после родов, и в течение всего этого времени в организме женщины происходят значительные изменения, которые требуют соблюдения особого режима. Нарушение его может привести к различным осложнениям: может возникнуть значительное кровотечение или тяжелое заболевание половых органов.

Возвратившись домой, родильница ни в коем случае не должна выполнять тяжелую физическую работу, (большая стирка, колка дров, поднимание больших тяжестей и др.), а также много ходить и т. д. Первые дни она должна больше лежать. Только очень постепенно она может включаться в обычный образ жизни.

Жилище надо содержать в чистоте, часто проветривать. Родильнице следует больше быть на свежем воздухе, гулять, но не утомлять себя длительной ходьбой.

Спать следует не менее 7—8 часов в сутки. Недостаточный сон ослабляет организм родильницы, количество молока у нее уменьшается. Ночной перерыв в кормлении обычно бывает 6 часов, поэтому надо выделить еще 2—3 часа для сна днем. Необходимо, чтобы родильница спала на отдельной кровати.

Пища должна быть разнообразной. Очень полезны свежие фрукты и овощи. Не следует есть много острого и соленого. Спиртные напитки употреблять не следует; не надо и курить. Алкоголь и никотин переходят в молоко и вредно действуют на организм ребенка.

После родов нередко наблюдается склонность к запорам. Борьба с ними лучше всего, подбирая соответствующую диету, заменяя белый хлеб черным, молоко — простоквашей, есть компот, чернослив, сушеные яблоки и т. д. Если это не помогает и кишечник не действует ежедневно, то нужно через день ставить клизму.

Регулярно, раз в неделю надо мыться дома или в бане, причем в бане не должно быть слишком жарко; лучше всего мыться под душем.

Еженедельно надо менять нательное и постельное белье.

Особое внимание необходимо уделить чистоте половых органов. Подмывание следует производить теплой кипяченой водой с мылом не реже 2 раз в день. Спринцеваться в послеродовом периоде без назначения врача нельзя.

Чтобы выделения не пачкали кожу, нужно носить такие же прокладки, как и при менструации, и менять их не реже 2 раз в день. На ночь прокладку лучше не класть, а положить под таз подстилку, чтобы не пачкать простыню.

Половая жизнь запрещается до конца послеродового периода. Раннее возобновление ее может повлечь за собой сильные кровотечения и воспалительные заболевания половых органов.

Молочные железы требуют особого ухода. Ежедневно надо обмывать их теплой водой с мылом, а затем насухо вытирать чистым полотенцем. Перед тем как обмыть молочные железы, следует особенно тщательно вымыть руки. Перед кормлением и после него нужно протирать сосок и околососковый кружок чистым комочком ваты, смоченной 2% раствором борной кислоты. Вата должна храниться в чистом, закрытом стакане; раствор борной кислоты также должен храниться в стакане и ежедневно заменяться свежим.

Надо внимательно следить за состоянием сосков. При появлении на них трещин необходимо немедленно обратиться к врачу, так как даже небольшая трещина соска может повлечь за собой воспаление молочной железы — мастит.

Если ребенок не высасывает все молоко из груди, остаток его следует сцеживать чисто вымытыми руками, так как в противном случае качество молока ухудшается.

Родильница должна постоянно носить хорошо прилаженный бюстгальтер. Менять его надо ежедневно. При стирке бюстгальтер необходимо кипятить, а затем проглаживать горячим утюгом.

Нередко после родов живот остается дряблым; в таких случаях полезно носить бандаж. Его можно переделать из того, который женщина носила при беременности.

Лучшим средством для укрепления мышц живота и тазового дна служит гимнастика. Ее не следует прекращать и после выписки из родильного дома. Можно пользоваться тем комплексом упражнений, который передается ежедневно утром по радио, однако вначале надо сократить число упражнений и не выполнять более трудных.

Каждые две недели роженица должна посещать женскую консультацию, даже если она и чувствует себя вполне здоровой. Первый раз надо обратиться в консультацию через 2—3 дня после выписки из родильного дома. Если роженица чувствует себя еще недостаточно окрепшей, следует сообщить об этом в консультацию для того, чтобы ее посетил на дому врач или патронажная сестра.

ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Физиологическое (нормальное) течение беременности, родов и послеродового периода в некоторых случаях нарушается и переходит в патологическое (ненормальное).

Переход физиологического состояния в патологическое иногда происходит постепенно, но может совершиться почти внезапно.

Акушерскую патологию следует рассматривать, как заболевание целостного организма женщины. В патологический процесс вовлекается весь организм женщины. Он может возникнуть при нарушении деятельности различных органов или системы органов, если своевременно не были предприняты соответствующие профилактические и лечебные мероприятия. Возникновение той или иной акушерской патологии может быть связано с перенесенными ранее болезнями или с наличием в данный момент какого-либо заболевания организма. Большое значение имеет состояние нервной системы, ее высшего отдела — коры головного мозга, так как ею регулируются все те сложные процессы, которые происходят во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

Из сказанного вытекает, какое огромное значение имеют проводимые в нашей стране оздоровительные мероприятия, направленные на укрепление организма женщины, предупреждение заболеваний и своевременное лечение больных.

Лечение больных с акушерской патологией, помимо вмешательства местного характера, но имеющих, бесспорно, общее значение, должно заключаться и в воздействии на весь организм. Все лечебные и профилактические мероприятия должны содействовать нормальному течению всех процессов, способствовать тем физиологическим изменениям, которые происходят во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

Вопросы общего ухода за больными изучались уже в соответствующем курсе, поэтому нет надобности на них подробно останавливаться. Главное место здесь будет уделено тем особым мероприятиям, которые входят в профилактику, лечение, оказание неотложной помощи и уход за больными с акушерской патологией.

Роль медицинской сестры заключается не только в том, чтобы быть помощницей врача и уметь наблюдать и ухаживать за больной. Медицинской сестре иногда приходится быть первой, кто оказывает неотложную помощь при различных формах акушерской патологии. Правильное оказание неотложной помощи во многих случаях решает дальнейшую судьбу матери и ребенка. Поэтому для медицинской сестры необходимо знать основные формы акушерской патологии, а также уметь оказать неотложную помощь и организовать уход за больными.

Акушерскую патологию обычно разделяют на три раздела:

- А. Патология беременности.
- Б. Патология родов.
- В. Патология послеродового периода.

Такое деление представляет удобство для изучения акушерской патологии, но, строго подходу, не вполне правильно.

Некоторые формы акушерской патологии могут возникнуть при беременности и продолжаться как в родах, так и в послеродовом периоде.

ПАТОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Из всех форм патологии беременности следует остановиться на четырех наиболее часто встречающихся:

- 1) токсикозы первой половины беременности;
- 2) токсикозы второй половины беременности;
- 3) кровотечения во время беременности;
- 4) преждевременное прерывание беременности.

1. Токсикозы первой половины беременности

При токсикозах первой половины беременности имеют место отклонения от нормальной деятельности центральной нервной системы, видоизменены процессы, происходящие в головном мозгу. При этом часто

наблюдаются расстройства в деятельности желез внутренней секреции.

Токсикозы первой половины беременности чаще всего проявляются в виде слюнотечения, рвоты и неукротимой рвоты.

Слюнотечение (ptyalismus) появляется обычно в начале второго месяца беременности. В легких случаях слюнотечение проходит через 2—3 недели. В тяжелых случаях слюна отделяется днем и ночью в огромном количестве, до 1 л и более в сутки. Вытекающая слюна раздражает кожу в окружности рта. Больные лишаются сна, и это значительно ухудшает их общее состояние. Появляется слабость, вес женщины понижается. В таких случаях больную необходимо направить в палату патологии беременности.

Лечение заключается в строгом соблюдении покоя и постельного режима, правильном питании, назначении препаратов брома и кофеина. За последнее время стало проводиться лечение сном, которое в некоторых случаях дает хорошие результаты.

Необходимо наблюдать за выполнением больной предписанного режима. Слюну нужно собирать и измерять ее суточное количество.

Для того чтобы вытекающая слюна не раздражала вокруг рта кожу, последнюю смазывают вазелином или вазелиновым маслом.

Рвота беременных (emesis gravidarum) появляется так же, как и слюнотечение, обычно на II месяце беременности. Рвота наступает главным образом после приема пищи.

Правильный гигиенический режим, прием пищи (не очень горячей, но и не холодной) малыми порциями способствуют исчезновению рвоты. У беременных обычно рвота прекращается в конце III месяца беременности.

Неукротимая рвота (hyperemesis gravidarum). Иногда у беременных рвота бывает настолько сильной, что принимает характер неукротимой. Она возникает очень часто, как днем, так и ночью, после еды и натощак. Больная теряет сон, слабеет. Температура становится субфебрильной, учащается пульс. Лишение организма воды и пищи ведет к тяжелому исхуданию больной. Количество выделенной мочи падает, в ней появляется белок, ацетон.

Если под влиянием лечения и ухода в стационаре рвота не прекращается, приходится прерывать беременность, так как может наступить смерть вследствие истощения больной.

Лечение состоит в полном покое, строгом постельном режиме. Пищу больная может выбирать по своему вкусу. Применяется также медикаментозное лечение (бром, хлористый кальций и др.), назначаются витамины; за последнее время проводится лечение сном. С целью борьбы с обезвоживанием организма и упадком питания делаются подкожные и внутривенные вливания глюкозы, а также ставятся питательные клизмы.

Необходимо внимательно следить за общим состоянием больной, учитывать, сколько часов она спит, вести учет, сколько раз была рвота, каков характер рвотных масс. Следует измерять суточное количество мочи. Больную нужно периодически взвешивать.

Сестра должна следить за соблюдением больной предписанного режима, ее питанием, точно выполнять все назначения врача. Чрезвычайно важно воздействовать на психику больной. Не следует вести с ней разговоров о тяжести болезни, а тем более о возможном неблагоприятном исходе. Наоборот, нужно уверить больную, что все закончится благополучно, привести примеры быстрого выздоровления. Беременные, страдающие неукротимой рвотой, нередко бывают очень раздражительны, в связи с чем требуется проявить при уходе за ними терпение и выдержку. Ни в коем случае нельзя помещать двух беременных с неукротимой рвотой в одну палату. Рвота, наступившая у одной из них, ведет к появлению ее и у другой.

2. Токсикозы второй половины беременности

В основе этих токсикозов лежат нарушения водного и солевого обмена в организме беременной. Как и при токсикозе первой половины беременности, наблюдаются изменения со стороны центральной нервной системы. Появлению токсикозов способствуют нарушения общего режима и особенно несоблюдение при беременности диеты.

Основными формами токсикозов второй половины беременности являются: водянка беременных, нефропа-

тия, преэклампсия и эклампсия. Развиваются они чаще всего в последние два месяца беременности.

Хотя эти заболевания изучаются каждое в отдельности, тем не менее все они представляют собой только различные стадии одного и того же заболевания; более легкие формы могут переходить в более тяжелые; например, водянка переходит в нефропатию, нефропатия — в преэклампсию, преэклампсия — в эклампсию.

Все эти токсикозы, начавшись при беременности, могут наблюдаться и во время родов, и в послеродовом периоде.

Водянка беременных (*hydrops gravidarum*). Заболевание выражается в отеках, которые появляются сначала на нижних конечностях, а затем в области половых органов, на животе и спине. Больные обычно вначале отмечают, что отеки появляются к вечеру, а за ночь исчезают. Очень важно распознать наличие отеков еще в самом начале их появления. Сначала могут развиваться скрытые отеки, которые устанавливаются лишь при взвешивании беременной. Если в последние 2—3 месяца беременная прибавляет в весе более 300—400 г за неделю, следует предположить, что у нее развивается отек. При давлении пальцем на передне-внутреннюю поверхность нижней трети голени при наличии отека образуется ямочка.

Лечение больных этим заболеванием заключается в постельном режиме до полного исчезновения отеков. Прием жидкости во всех видах надо ограничить до 0,5 л в сутки. Пища дается только молочно-растительная, без соли. Ежедневно с целью послабления и выведения жидкости из организма назначается сернокислая магнезия (30,0), растворенная в полустакане воды.

Если нет возможности создать соответствующие условия на дому или нет уверенности в том, что больная будет соблюдать необходимый для нее режим, ее необходимо поместить в палату патологии беременности. Беременную также следует поместить в стационар, если отеки не исчезнут через 3—4 дня.

Необходимо строго наблюдать за тем, чтобы больная не нарушала предписанный ей врачом режим. При отеках, беременная испытывает усиленную жажду и при отсутствии за ней наблюдения может выпить жидкости больше, чем это допускается.

Надо ежедневно вести учет количества всей выпитой жидкости, принимая во внимание не только воду, чай, молоко и т. д., но и учитывая первые блюда и фрукты. Так 100 г фруктов содержат около 100 г жидкости. Помимо этого, надо учитывать количество выделенной мочи за сутки. Ежедневно или через день больную следует взвешивать.

Кроме того, надо 2 раза в день измерять артериальное давление и через каждые 2—3 дня производить анализ мочи. Это необходимо делать для того, чтобы не пропустить перехода водянки в нефропатию.

Нефропатия беременных (*nephropathia gravidarum*). Это заболевание, как уже было сказано, представляет собой дальнейшее развитие водянки беременных.

При нефропатии, помимо отеков, в моче появляется белок, иногда форменные элементы и повышается артериальное давление. Нефропатия может быть своевременно выявлена, если беременная 2 раза в месяц посещает женскую консультацию. Здесь ее обязательно взвешивают, измеряют артериальное давление и производят анализ мочи.

Беременная с нефропатией должна быть помещена в палату патологии беременности находиться там до полного излечения. Явления нефропатии при соответствующем лечении и уходе за больной большей частью скоро проходят. Однако бывают случаи тяжелой нефропатии, которая продолжается вплоть до родов или переходит в преэклампсию и эклампсию.

Лечение должно быть такое же, как и при водянке беременных. Дополнительно применяется внутривенное введение сернокислой магнезии. При значительном повышении артериального давления прибегают к кровопусканию. За последнее время с хорошим результатом проводится лечение сном.

Наблюдение за больной должно вестись так же, как при водянке беременных. Необходимо очень внимательно относиться к жалобам больных. Появление угнетенного состояния, сонливости, рвоты, головных болей, а также жалобы на ухудшение зрения указывают на переход нефропатии в преэклампсию.

Преэклампсия и эклампсия (*praeeclampsia et eclampsia*). Обе эти формы токсикоза являются за-

вершающим звеном в цепи: водянка — нефропатия — преэклампсия — эклампсия.

Все признаки, свойственные нефропатии, т. е. отеки, изменения в моче и повышение артериального давления, наблюдаются и при преэклампсии и эклампсии. Кроме того, появляются еще головные боли, сонливость, рвота, боли в подложечной области, нарушение зрения. Больные иногда жалуются, что у них перед глазами «мелькают мушки»: в некоторых случаях зрение сильно снижается вплоть до полной слепоты.

Такое состояние носит название преэклампсии. Если своевременно не предпринято лечение, преэклампсия может перейти в эклампсию, которая характеризуется появлением судорожных припадков.

Припадок протекает следующим образом. Больная теряет сознание и если стояла, то падает. Появляются мелкие подергивания — судороги мышц лица, глаза закатываются. Через несколько секунд больная вытягивается, становится неподвижной, дыхание прекращается, лицо становится сине-багрового цвета. Примерно через полминуты после этого начинаются беспорядочные сокращения всех произвольных мышц; больная бьется руками, ногами, головой, изворачивается. Такое состояние продолжается еще около полминуты. Затем судороги прекращаются. Больная делает глубокий вдох, дыхание возобновляется вначале с хрипом, изо рта выделяется пенная слюна, часто с примесью крови вследствие прикусывания языка. Лицо постепенно теряет сине-багровую окраску. Сознание возвращается, но не всегда быстро. Припадок может повториться через неопределенный промежуток времени. Иногда один припадок следует за другим или между отдельными припадками проходит много часов, даже сутки.

Эклампсия может развиваться не только при беременности. Она может появляться и во время родов, и даже в первые часы и дни после родов.

Эклампсия очень тяжелое, опасное для жизни заболевание. Исключительно большое значение для предупреждения развития эклампсии имеет правильный образ жизни беременной и строгое соблюдение диеты. Раннее выявление и лечение беременных, больных водянкой и нефропатией, возможно в нашей стране благодаря широкой сети женских консультаций.

Лечение эклампсии, дающее наилучшие результаты, разработано проф. В. В. Строгановым.

Метод Строганова заключается в следующем:

1. Изоляция больной и строгое соблюдение постельного режима и полного покоя.

Больную помещают в отдельную комнату. В эту комнату не должны доходить никакие звуки извне: из других помещений, с улицы или двора. Ухаживающий персонал должен носить мягкую обувь или обувь на резине. Разговор в помещении, где находится больная, разрешается вести только самый необходимый, причем шепотом.

В помещении должен быть полумрак; окна занавешивают. При пользовании электричеством зажигают синий свет, причем лампа должна находиться далеко от больной.

Все исследования и лечебные манипуляции (инъекции, катетеризация, измерение артериального давления, кровопускание) следует производить под эфирным наркозом.

В помещении должна быть температура 18—20°, и оно должно регулярно и хорошо проветриваться.

2. Введение наркотических средств по схеме.

Из наркотических средств применяется 1% раствор хлористоводородного морфина подкожно, 25% раствор сернокислой магнезии внутримышечно, хлоралгидрат с молоком в виде клизмы.

Хлоралгидрат за последнее время применяется редко, обычно пользуются морфином и сернокислой магнезией. Дозировка этих лекарственных веществ и частота введения определяются специальной схемой по назначению врача.

3. Кровопускание.

Кровопускание производится путем прокола толстой иглой или вскрытия локтевой вены. Надобность кровопускания и количество выпускаемой крови определяются в каждом отдельном случае врачом. Обычно выпускается от 300 до 500 мл крови.

4. Бережное родоразрешение.

Если судорожные припадки продолжают и есть условия для бережного родоразрешения, то прибегают к той или иной акушерской операции, смотря по обстоятельствам.

5. Поддержание правильной деятельности почек, кожи, легких, сердца.

Правильной работе почек и кожи как органов выделения способствует содержание больной в тепле, прикладывание грелок к ногам и к области почек.

Правильная деятельность легких поддерживается хорошим проветриванием помещения, дачей кислорода после припадка. Рот и нос надо очищать от слизи и рвотных масс.

Работа сердца поддерживается введением сердечных средств по мере надобности.

В течение первых суток заболевания больным не дают никакой жидкости. В дальнейшем прием жидкости надо значительно ограничить и назначить молочно-растительную, бессолевую диету.

Больная преэклампсией должна быть срочно доставлена в родильный дом. Если этого нельзя почему-либо сделать, к ней тотчас же надо вызвать врача; до его прибытия сестра вводит морфин и организует уход.

Наблюдение за больной преэклампсией и эклампсией должно быть постоянным. Только когда прошли сутки после последнего припадка эклампсии и больная находится в полном сознании, можно считать, что опасность миновала.

Необходимо следить за общим состоянием больной, следить за пульсом и артериальным давлением. Следует учитывать число припадков и их продолжительность. Количество выпитой жидкости и выделенной мочи необходимо измерять. Нужно также выслушивать и считать сердечные тоны плода, так как при эклампсии ему угрожает опасность. Если началась родовая деятельность, надо следить за схватками. Роды при эклампсии часто происходят быстро.

Уход за больной имеет решающее значение для исхода заболевания. Должна быть создана соответствующая обстановка, так как любое раздражение (звуковое, световое, болевое) может вызвать наступление припадка; припадок же является наиболее опасным моментом. Повышение артериального давления во время припадка влечет обычно за собой кровоизлияние в мозг, которое может вызвать смерть.

Кровать должна быть низкой и установлена так, чтобы к больной был доступ со всех сторон. Во избежа-

ние падения больной на пол во время припадка необходимо привязать к бокам кровати 2—3 свернутых простыни, не туго охватив ими больную. Во время припадка нельзя применять грубую силу для сдерживания больной. Можно только слегка удерживать ее, предохраняя от повреждений голову, руки и ноги. Надо следить, чтобы подстилка не сбивалась в комок и была сухой и чистой.

Введение лекарственных средств должно проводиться точно в указанные часы и в предписанной дозировке. Внутримышечное введение сернокислой магнезии иногда дает осложнение в виде абсцессов. Это осложнение почти всегда зависит от нарушения правил введения раствора сернокислой магнезии. Не говоря уже о том, что при этом следует строго соблюдать асептику и антисептику, надо иметь в виду еще следующее: 1) раствор магнезии вводить подогретым, теплым; 2) вкалывать иглу в наружно-верхний квадрант ягодицы на глубину не менее 5 см; 3) вводить раствор медленно, приблизительно 25 мл за 2—3 минуты.

При появлении первых признаков припадка эклампсии следует заложить между коренными зубами с целью предохранения от прикусывания языка ручку столовой ложки, обернутую марлей.

Во время припадка надо вытирать слюну, вытекающую изо рта.

Как только припадок закончился и возобновилось дыхание, больной следует примерно в течение одной минуты дышать кислородом из подушки. При синюшности лица, неправильном, неглубоком дыхании вдыхать кислород следует значительно дольше.

К области почек и ногам нужно положить грелки, завернутые в полотенце, во избежание ожогов.

Особенно внимательный уход требуется, если больная находится в бессознательном состоянии. Время от времени ее следует поворачивать, но больше держать на правом боку. Больной, находящейся в бессознательном состоянии, нельзя давать пить.

3. Кровотечения при беременности

Внематочная беременность (*graviditas extrauterina*). Развитие плодного яйца вне полости матки называется внематочной беременностью.

Причиной внематочной беременности чаще всего являются хронические воспалительные заболевания маточных труб и их недоразвитие. Внематочная беременность обычно развивается в том или ином отделе

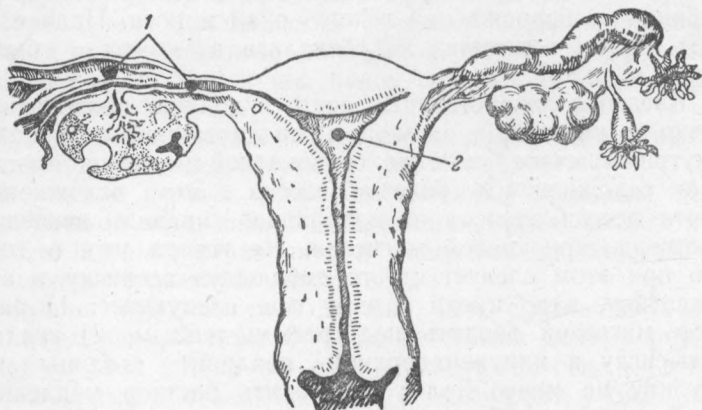


Рис. 113. Место возможного прикрепления плодного яйца.
1 — в трубе; 2 — в полости матки.

маточной трубы (рис. 113). При трубной беременности плодное яйцо не находит благоприятных условий для развития, как это бывает при маточной беременности.

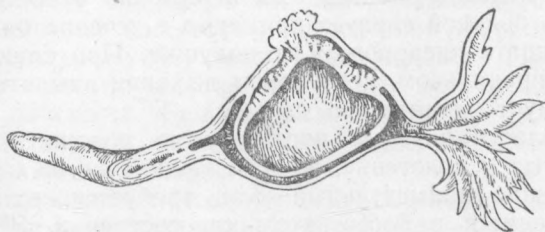


Рис. 114. Разрыв трубы при внематочной беременности.

Обычно уже на II месяце беременности плодное яйцо начинает отслаиваться от стенки трубы, что сопровождается кровотечением в полость трубы и брюшную полость. Из влагалища появляются темные, почти кофейного цвета, мажущегося характера выделения. Скопляю-

щаяся в трубе и попадающая в брюшную полость кровь вызывает временами схваткообразные боли.

В других случаях ворсины плодного яйца проникают все глубже в стенку трубы, как бы разъедают ее и, наконец, происходит разрыв беременной трубы (рис. 114). Разрыв трубы сопровождается резкой болью в животе, почти всегда — обморочным состоянием. Из разорвавшейся трубы начинается обильное кровотечение в брюшную полость. Беременная становится бледной, пульс частый и слабого наполнения. Живот, резко болезненный в нижнем отделе, часто бывает вздут. Температура остается нормальной.

Внематочная беременность не всегда сопровождается такой ясной картиной заболевания. Иногда признаки ее выражены очень слабо. Поэтому каждая женщина, считающая себя беременной и у которой появились боли в паховой области, внизу живота, или темные кровяные выделения, должна быть безотлагательно осмотрена врачом. В случае подозрения на внематочную беременность ее помещают в больницу.

Лечение при внематочной беременности и остановка внутрибрюшного кровотечения возможны только путем операции чревосечения и удаления трубы.

Предлежание детского места (placenta praevia). При нормально развивающейся беременности детское место прикрепляется у дна матки или на одной из ее стенок. Край детского места не доходит до области внутреннего зева шейки матки. Если детское место частью или полностью прикрепляется в области внутреннего зева, то это называется предлежанием детского места. В зависимости от того, насколько детское место закрывает внутренний зев шейки матки, различают частичное и полное предлежание детского места (рис. 115).

Наиболее частыми причинами этой патологии являются хронические заболевания матки.

Обычно предлежание детского места никак не проявляется до второй половины беременности, а иногда и до последних двух месяцев. С этого периода нижний отдел матки подвергается некоторому растяжению растущим плодным яйцом. Это вызывает отслойку предлежащей части детского места от стенки матки, кровеносные сосуды разрываются и из влагалища появляются

кровяные выделения в большем или меньшем количестве. Иногда кровотечение в результате предлежания детского места впервые появляется во время родов.

Если у женщины во второй половине беременности появляются кровяные выделения, иногда внезапно и в большом количестве, то, по всей вероятности, у нее имеется предлежание детского места. Болей обычно не бывает. Такую беременную следует немедленно направить в родильный дом.

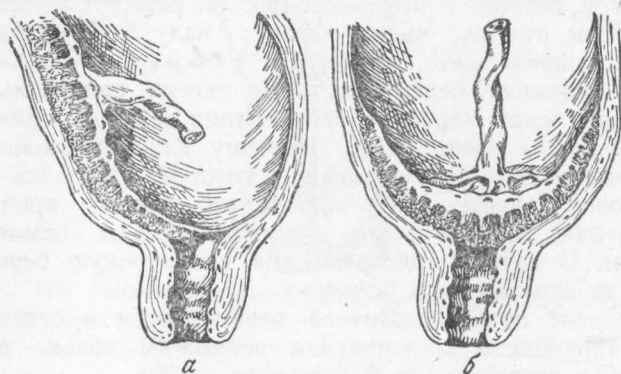


Рис. 115. Предлежание детского места
а — частичное; б — полное.

Лечение при предлежании детского места может быть различным, оно назначается врачом. Иногда кровотечение приостанавливается, и беременность заканчивается нормальными родами, чаще приходится прибегать к той или иной акушерской операции.

Наблюдение за беременной, у которой имеется предлежание детского места, заключается в том, чтобы следить за ее общим состоянием, 2 раза в день измерять артериальное давление. Особое внимание надо уделить наблюдению за количеством и качеством выделений из влагалища. Необходимо также следить, не появляются ли у нее схватки, какова их продолжительность, промежутки между ними. Несколько раз в день нужно выслушивать и сосчитывать сердечные тоны плода. Предлежание детского места представляет опасность не только для матери, но и для плода, так как его питание нарушается при отслойке детского места.

Беременная, у которой имеется предлежание детского места, должна соблюдать строгий постельный режим.

Преждевременная отслойка нормально расположенного детского места. Как показывает название, заболевание заключается в том, что детское место отслаивается от стенки матки раньше времени — еще при беременности или в процессе родов.

Причина не всегда может быть установлена, однако нередко отслойка наступает при нефропатии.

Заболевание обычно начинается внезапно. Появляются боли в животе, матка становится напряженной. Изливающаяся между стенками матки и детским местом кровь отслаивает его все больше и больше. Кровь изливается нередко в очень значительном количестве — до 1 л и больше. В таком случае у больной появляются признаки внутреннего кровотечения. Она жалуется на слабость, головокружение, лицо бледнеет, пульс делается слабым и частым. Часть крови может проникать между оболочками, вследствие чего она изливается через канал шейки матки и влагалище наружу.

Вследствие отслойки детского места от стенки матки питание плода нарушается, и он нередко погибает. Беременная перестает чувствовать шевеление плода и сердечные тоны его не прослушиваются.

Лечение преждевременной отслойки детского места заключается большей частью в производстве операции кесарева сечения. Эта операция делается для спасения матери от внутреннего кровотечения, если даже плод мертвый. В редких случаях, при отслойке детского места на небольшом участке, беременность может развиваться дальше; при этом надо соблюдать строгий постельный режим и проводить соответствующее лечение.

Даже при подозрении на преждевременную отслойку нормально расположенного детского места беременная должна быть немедленно доставлена в родильный дом.

4. Преждевременное прерывание беременности

Выкидыш (abortus). Выкидышем, или абортом, называется прерывание беременности до 7 акушерских месяцев (до 28 недель).

Выкидыш может быть самопроизвольным, когда беременность прерывается без каких-либо вмешательств, и искусственным.

Причиной самопроизвольного выкидыша является ряд заболеваний матери: сифилис, малярия, острые инфекции, некоторые заболевания половых органов (воспалительные процессы, недоразвитие, новообразования матки), а также заболевания плодного яйца.

Самопроизвольный выкидыш может произойти при любом сроке, но чаще наблюдается при беременности до 3-месяцев.

Искусственный выкидыш может быть вызван различными способами как самой беременной, так и другим лицом.

Искусственный выкидыш, вызываемый самой беременной или другим лицом без разрешения абортной комиссии, называется криминальным, т. е. преступным. Применение различных медикаментозных средств с целью вызвать криминальный выкидыш может привести к тяжелому заболеванию женщины. Введение каких-либо средств или инородных тел в матку для этих же целей крайне опасно. При этом чрезвычайно часто появляется угрожающее для жизни кровотечение, развивается септическое заболевание или производится прободение матки. По действующему в СССР законодательству искусственный выкидыш запрещен, за исключением тех случаев, когда беременность угрожает здоровью матери или в семье беременной (у мужа или детей) имеются некоторые нервно-психические заболевания. Для производства выкидыша беременная получает разрешение специальной абортной комиссии. Такое прерывание беременности называется искусственным выкидышем по медицинским показаниям и производится врачом оперативным путем, обычно до 3 месяцев беременности и только в больничной обстановке.

Самопроизвольный выкидыш происходит вследствие появления сокращений матки. Вначале сокращения бывают слабыми, и плодное яйцо остается прикрепленным к стенке матки. Беременная чувствует эти сокращения матки — у нее появляются ощущения слабых тупых болей внизу живота, которые наступают периодически через различные промежутки времени. Такое состояние называется угрожающим выкидышем.

Под влиянием усиливающихся сокращений матки начинается отслойка плодного яйца от ее стенки. Вначале

отслаивается небольшой участок плодного яйца. Кровеносные сосуды разрываются. Вытекающая из сосудов кровь просачивается через канал шейки матки во влагалище и изливается наружу. По пути она смешивается с отделяемым шейки матки и влагалища и поэтому имеет характер кровянистых выделений. Такое состояние называется начинающимся выкидышем (рис. 116). Если будут приняты лечебные меры, то явления угрожающего и начинающегося выкидыша могут прекратиться, и беременность будет дальше нормально развиваться.

Беременная с угрожающим и начинающимся выкидышем не должна оставаться дома, ее необходимо немедленно направить в стационар, так как в любой момент может начаться угрожающее для жизни кровотечение.

Беременной назначается строгий постельный режим, свечи с опиумом. За последнее время с успехом применяется лечение препаратом желтого тела — прогестероном или прегнином. Беременной следует давать легкую пищу. При склонности к запорам слабительные не назначаются, а ставится обычная клизма.

Необходимо наблюдать за состоянием беременной, за характером и количеством выделений. Выделяющиеся кусочки ткани или сгустки нельзя выбрасывать, а надо сохранить их и показать врачу.

Если отслойка плодного яйца от стенки матки не приостанавливается, а происходит все в большей и большей степени, то кровотечение усиливается. Крови выделяться может настолько много, что нередко образуются сгустки. Канал шейки матки начинает раскрываться.

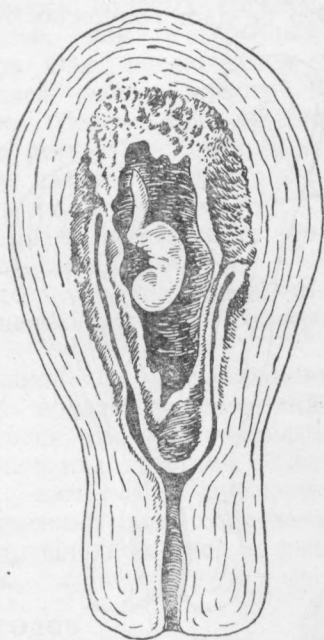


Рис. 116. Начинаящийся выкидыш. Плодное яйцо в нижнем отделе матки отслоилось от ее стенки.

Плодное яйцо, отслоившись на значительном участке от стенки матки, разрушается и вместе с кровью изгоняется из половых органов. Однако почти никогда не бывает так, что плодное яйцо целиком отслаивается и изгоняется из матки (полный выкидыш). Некоторая его часть обычно остается прикрепленной к стенке. Это не дает возможности матке сократиться и поэтому

продолжается обильное кровотечение, часто угрожающее жизни больной. Такое состояние носит название неполного выкидыша (рис. 117).

Лечение заключается в немедленной операции, которая состоит в удалении остатков плодного яйца из полости матки. Если даже кровотечение не будет угрожающим, то через раскрытую матку легко проникают микробы. Здесь они находят благоприятную почву для развития в омертвевших остатках плодного яйца, и у женщины может развиваться тяжелое септическое заболевание. Поэтому даже в том случае, если кровотечение уменьшается и наблюдаются лишь кровянистые выделения, необходимо оперативным путем удалить из матки остатки плодного яйца.

При неполном выкидыше нельзя оставлять больную дома, так как это грозит ей смертельным кровотечением или септическим заболеванием.

Она должна быть немедленно транспортирована в стационар для оперативной помощи.

Преждевременные роды (partus praematurus). Преждевременными называются роды, которые происходят до нормального их срока, начиная с 28 недель беременности (с 7 акушерских месяцев). Плод при преждевременных родах имеет вес от 1 до 2,5 кг и длину от 35 до 45 см.

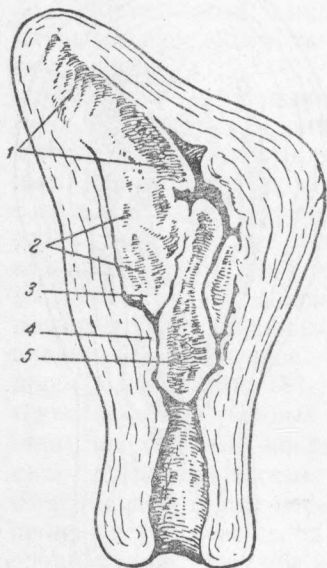


Рис 117. Неполный выкидыш.

1, 2, 3 — остатки плаценты и оболочек; 4 — слизистая полости матки; 5 — кровяные сгустки.

Чем более недоразвит родившийся плод, тем менее он жизнеспособен. Однако при хорошем уходе значительно недоношенный новорожденный может выжить.

Причиной преждевременных родов могут быть различные заболевания матери: острые инфекции, малярия, сифилис, эндокринные нарушения, нервно-психические переживания, различные заболевания половых органов.

Началу преждевременных родов, как и срочных, предшествуют предвестники родов. Они заключаются в появлении схваткообразных болей внизу живота и пояснице. Положив руку на живот беременной, можно заметить, как временами матка в результате сокращения делается плотнее. Такое состояние называется угрожающими преждевременными родами.

Беременную с угрожающими преждевременными родами необходимо направить в родильный дом.

Лечение угрожающих преждевременных родов заключается в полном покое, назначении свечей с опиумом, витаминов, прогестерона.

При наблюдении за беременной с угрожающими преждевременными родами надо обратить особое внимание, как часто возникают схватки, имеются ли выделения из половых органов и каков их характер. Следует регулярно выслушивать и сосчитывать сердечные тоны плода. Нередко преждевременные роды сопровождаются ранним отхождением околоплодных вод и различными другими осложнениями.

ПАТОЛОГИЯ РОДОВ

Патология родов может проявляться в различных формах, из которых наибольшее практическое значение имеют следующие:

- 1) кровотечение в родах;
- 2) узкий таз;
- 3) родовая травма матери и плода;
- 4) неправильное положение плода;
- 5) внутриутробная асфиксия плода.

1. Кровотечение в родах

Кровотечение в родах может возникнуть при предлежании детского места, преждевременной отслойке нормально расположенного детского места и в последовом периоде.

О первых двух формах патологии уже указывалось в разделе патологии беременности. Роды при таких заболеваниях должны проводиться в родильном доме при участии врача.

✓ Кровотечение в последовом периоде. При нормальных физиологических родах послед отделяется от стенки матки и выделяется из родовых путей в первые два часа после рождения плода. Кровопотеря в последовом периоде не должна превышать 400 мл.

Физиологический процесс отделения детского места может нарушиться и сопровождаться более значительным кровотечением. Кровопотеря более 1 000 мл представляет уже серьезную опасность для жизни роженицы.

Причины кровотечений в последовом периоде довольно разнообразны. Из них наиболее частыми являются: слабость схваток, слишком плотное прикрепление детского места к стенке матки, неправильность сокращения матки в последовом периоде.

Слабость схваток может иметь место при недоразвитии мускулатуры матки. В других случаях это зависит от утомления мышцы матки в результате длительных, затяжных родов или от перерастяжения ее при многоводии или многоплодии.

Слишком плотное прикрепление детского места к стенке матки нередко встречается у рожениц, имевших в прошлом воспалительные процессы матки, которые развиваются чаще всего после криминальных выкидышей.

Неправильное сокращение матки нередко наступает в результате ненужного вмешательства в физиологическое течение последового периода. Если без нужды массировать матку, ощупывать ее, пытаться выжать неотделившийся послед, то все это нарушает равномерность сокращения матки. В результате происходит неправильная отслойка детского места или оно ущемляется в одном из углов или в шейке матки.

До тех пор, пока в полости матки находится полностью или частично не отделившееся детское место, матка не может хорошо сократиться и кровотечение продолжается. Кровотечение не останавливается и в том случае, если в матке осталась небольшая долька детского места. Поэтому необходимо после выделения последа путем осмотра выяснить, все ли детское место выделилось и не задержалась ли часть его в матке.

В случае возникновения кровотечения в последовом периоде прежде всего надо выяснить, отделилось ли детское место от стенки матки. Если имеются признаки его отделения, то можно применить прием Абуладзе или выжимание последа.

Ни в коем случае нельзя прибегать к этим приемам при отсутствии признаков отделения детского места. Категорически запрещается потягивать за пуповину с целью отделить детское место от стенок матки. Такое потягивание может повести к тяжелейшему осложнению — вывороту матки.



Рис. 118. Прижатие брюшной аорты кулаком.

Если признаков отделения детского места нет и кровопотеря превышает 400 мл, приходится предпринять операцию ручного отделения последа.

Следует иметь в виду, что нередко кровотечение в последовом периоде быстро и неожиданно усиливается. Поэтому, если роды почему-либо происходили на дому и медицинская сестра застала роженицу в последовом периоде, роженица должна быть транспортирована в сопровождении сестры в родильный дом. За роженицей необходимо беспрестанно наблюдать, обращая особое внимание, не появится ли значительного кровотечения.

Как средство неотложной помощи при кровотечении применяется прижатие брюшной аорты кулаком (рис. 118). Кулаком следует с большой силой надавливать по средней линии живота выше дна матки, при этом происходит прижатие аорты, расположенной в

брюшной полости, к позвоночнику. Ниже места прижатия отходят сосуды, снабжающие кровью половые органы. Поэтому прижатие брюшной аорты ведет к остановке кровотока из матки. Чтобы усилить давление кулака на аорту, можно помогать прижимающей руке другой рукой.



Рис. 119. Прижатие брюшной аорты валиком.

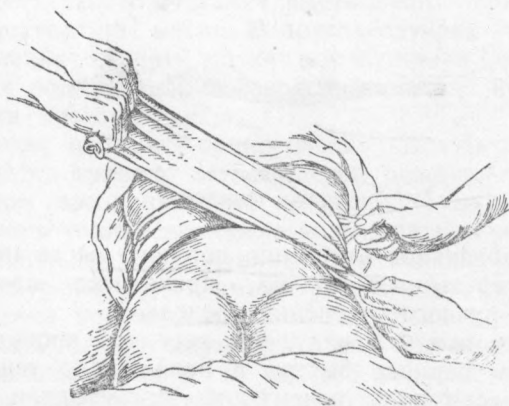


Рис. 120. Прибинтовывание валика.

На более длительный срок удобнее прижать брюшную аорту валиком и туго прибинтовать его к животу (рис. 119 и 120).

2. Узкий таз

Если малый таз имеет нормальные размеры, то средней величины доношенный плод проходит через него без особых затруднений. Если же таз сужен или

плод очень велик, то при прохождении головки могут встретиться трудности.

Причиной сужения таза чаще всего является перенесенный в детстве рахит. Таз при рахите уплощается, прямой размер входа в малый таз укорачивается, а крылья подвздошных костей как бы разворачиваются

Таз может быть суженным и во всех размерах. Такое сужение часто встречается у женщин маленького роста, но правильно сложенных.

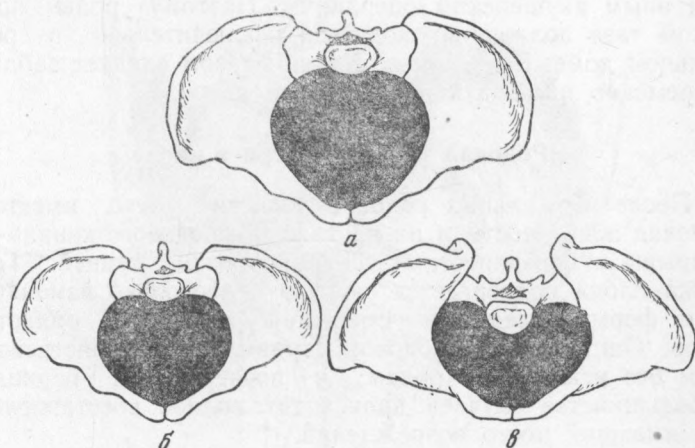


Рис. 121.

а — нормальный таз; б — общесуженный таз; в — плоский таз.

Бывают и другие, более редкие формы сужения таза, как, например, косо-суженный таз у женщин, имеющих с детства укорочение одной ноги.

Все эти тазы по своей форме значительно отличаются от нормального (рис. 121).

Обнаружить сужение таза можно при общем осмотре беременной и особенно при наружном и внутреннем измерении таза.

Размеры при наружном измерении нормального таза следующие:

- 1) между остями подвздошных костей 26 см;
- 2) между гребешками подвздошных костей 29 см;
- 3) между большими вертелами бедренных костей 32 см;
- 4) прямой размер 20 см.

Если один или несколько из указанных размеров уменьшен на 2 см или более, то такой таз будет узким.

Несоответствие размеров таза и головки плода ведет к различным осложнениям в течение родов. Чем больше это несоответствие, тем тяжелее протекают роды. Роды затягиваются, мягкие ткани матери и плод подвергаются сжатию и могут повреждаться. Хотя исход родов при узком тазе и может быть благоприятным, тем не менее часто приходится прибегать к тем или иным акушерским операциям. Поэтому роды при узком тазе должны проводиться исключительно в родильном доме. Беременных с узким тазом следует заблаговременно помещать в родильный дом.

3. Родовая травма матери и плода

После нормальных родов в полости матки имеется раневая поверхность, а на протяжении родового канала — надрывы и поверхностные ссадины мягких тканей. Головка плода подвергается сжатию и несколько изменяет свою форму вследствие смещения костей в области швов. Однако этот родовой травматизм свойственен всем без исключения родам; в послеродовом периоде в большинстве случаев происходит полное восстановление имевших место повреждений.

В некоторых случаях родовой травматизм матери и плода выражается в тяжелых повреждениях, не свойственных физиологическим родам.

Родовой травматизм матери. Этот вид травматизма чаще всего выражается в повреждениях матки, влагалища и промежности.

Редкой, но наиболее тяжелой формой родовой травмы матери является разрыв матки (*ruptura uteri*). Причиной возникновения этого вида травмы являются изменения в строении стенки матки в связи с бывшими воспалительными процессами в ней и различного рода рубцами. Несоответствие между тазом и головкой плода также способствует образованию разрыва матки. В таких случаях роды бывают затяжными, происходит длительное прижатие головкой мягких тканей родового канала к костям таза и сильное растяжение матки.

Разрыву матки обыкновенно предшествуют болезненные схватки, следующие почти без перерыва одна за

другой. Матка становится резко напряженной и при ощупывании ее роженица жалуется на боль. Нередко появляются расстройства мочеиспускания: самопроизвольное мочеиспускание бывает невозможным. Роженица становится беспокойной, мечется в кровати, кричит, пульс учащен.

При начавшемся разрыве матки из влагалища появляются кровянистые выделения, изменяется сердцеби-

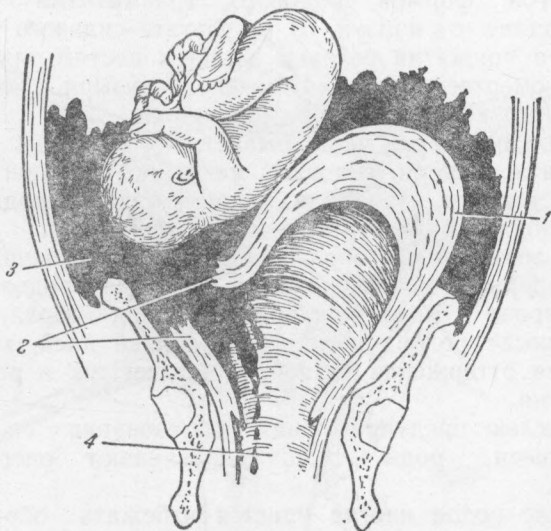


Рис. 122. Разрыв матки.

1 — тело матки; 2 — место разрыва матки; 3 — излившаяся кровь; 4 — влагалище

ение плода. Когда наступает полный разрыв матки, плод изгоняется из матки в брюшную полость и погибает. Из разорвавшихся сосудов в брюшную полость изливается кровь (рис. 122). Состояние роженицы внезапно изменяется: боли и схватки сразу прекращаются, роженица становится вялой, бледной, покрывается холодным потом, пульс бывает частый и слабый. Если немедленно не будет произведена операция чревосечения с удалением или зашиванием матки, то роженица погибает.

Понятно, какое важное значение для выявления возможного разрыва матки имеет тщательное соби-

рание анамнеза, обследование беременной и наблюдение за течением родов.

Как только будут замечены признаки угрожающего разрыва матки у роженицы, находящейся дома, необходимо немедленно доставить ее в родильный дом. Если этого нельзя сделать, то следует срочно вызвать врача. Чтобы ослабить схватки, подкожно вводят 1—1,5 мл 1% раствора морфина.

Другой формой родового травматизма является образование свищей. В результате сильного или длительного прижатия головки плода к костям таза образуется омертвление тканей мочевого пузыря, мочеиспускательного канала или прямой кишки.

Такое прижатие чаще бывает, когда роды почему-либо затягиваются, головка медленно продвигается и долго стоит во входе или полости таза. Нередко причиной образования свищей служит узкий таз.

На возможность образования мочевого свища указывает задержка мочеиспускания во время родов и появление крови в моче. Как правило, свищ образуется не сразу после родов, а спустя несколько дней, когда начинается отторжение тканей, омертвевших в результате прижатия.

С целью предупреждения образования свища затянувшиеся роды часто заканчивают оперативным путем.

После родов иногда удается избежать образования мочеполовых свищей и способствовать закрытию небольших свищей путем постоянного отведения мочи катетером в течение нескольких суток. В мочевой пузырь вводят стерильный катетер, который меняют 1—2 раза в течение суток. Чтобы катетер не выскальзывал из мочеиспускательного канала, его закрепляют на коже посредством липкого пластыря, а конец его опускают в мочеприемник. Необходимо следить за положением катетера. Кожу в окружности половых органов смазывают жиром для предохранения ее от раздражения мочой. Во избежание пролежней больную надо время от времени поворачивать, а также следить за тем, чтобы постель ее всегда была сухой.

Если все же мочеполовой свищ образовался, то, естественно, больная не может удерживать мочу, и она вытекает из влагалища. В таких случаях свищ обычно

закрывают оперативным путем, спустя 4—6 месяцев после родов.

Чаще, чем разрывы тела матки, наблюдаются разрывы шейки матки (*ruptura colli uteri*). Причинами их образования являются изменения в строении шейки матки, плохая ее растяжимость, роды крупным плодом и др.

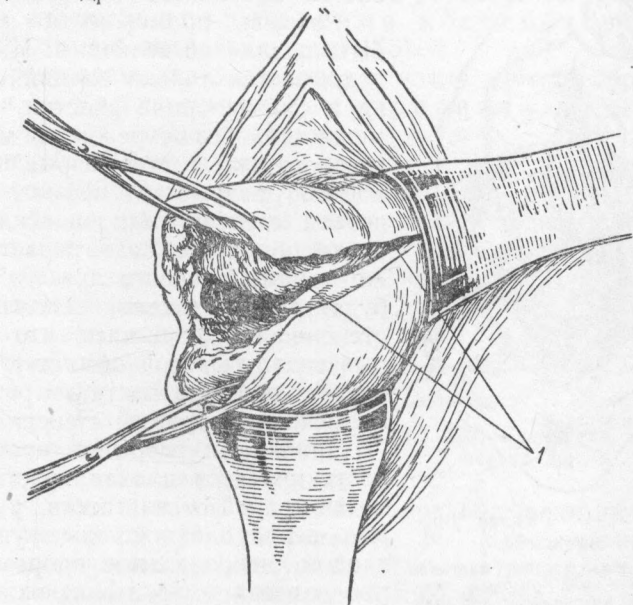


Рис. 123. Разрыв шейки матки (1). Влагалище раскрыто зеркалами; шейка захвачена двумя пулевыми щипцами и низведена.

Разрывы могут быть различными по глубине, начиная от небольших надрывов и кончая разрывами, захватывающими всю шейку матки. При глубоких разрывах нередко наблюдаются значительные кровотечения сразу после рождения плода.

Обнаружить разрыв шейки матки можно только при обследовании с помощью особых зеркал, введенных во влагалище (рис. 123).

Разрыв шейки матки необходимо зашить. Незашитый разрыв ведет к зиянию канала шейки и развитию в нем воспалительного процесса. Есть основания счи-

тать, что незашитые разрывы шейки матки могут способствовать возникновению в ней ракового новообразования.

Наиболее часто встречающейся формой родового травматизма матери является разрыв промежности (*ruptura perinei*) или слизистой влагалища (рис. 124).

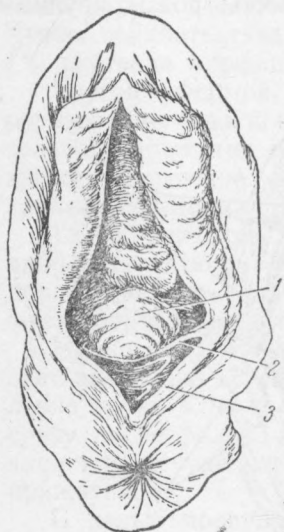


Рис. 124. Разрыв промежности.

1 — задняя стенка влагалища; 2 — край разрыва слизистой влагалища; 3 — край разрыва кожи промежности.

Разрывы промежности могут быть различной величины. Иногда разрывается только задняя спайка и близлежащие участки промежности, без повреждения мышц тазового дна. Такой разрыв называется разрывом промежности первой степени. Если повреждение более обширное, захватывает также мышцы тазового дна, то это будет разрыв промежности второй степени. Редко бывает, что разрыв захватывает и сфинктер заднепроходного отверстия — разрыв промежности третьей степени.

Причинами разрывов промежности является плохая растяжимость тканей, в частности, у старых первородящих, роды крупным плодом, неправильное прорезывание головки и др. Повреждения промежности и влагалища могут возникнуть, если роды проходят без акушерской помощи, а также при неправильном выполнении акушерского пособия.

Чтобы обнаружить разрыв промежности и влагалища, необходимо после каждого родов тщательно осмотреть половые органы. При этом недостаточно произвести только их осмотр снаружи. Надо развести половые губы двумя помазками и осмотреть слизистую входа во влагалище и заднюю стенку его.

Всякий разрыв промежности и влагалища должен быть зашит. Оставление этих повреждений незашитыми ведет к воспалительным процессам во влагалище в послеродовом периоде, а в дальнейшем — к опущению и выпадению влагалища и матки.

Родовой травматизм плода. Этот вид родо-вого травматизма встречается в разнообразных формах и бывает различен по тяжести.

Причиной родового травматизма плода чаще всего является несоответствие таза роженицы и головки пло-да, а также длительные, тяжело протекающие роды.

Наиболее тяжелой, но редко встречающейся травмой плода являются повреждения костей черепа, их переломы и вдавления (рис. 125).

В результате тяжелых родов у плода может образо-ваться внутричерепное кровоизлияние, ко-торое часто сопровождается асфиксией. Кровоизлияние и асфиксия, наступающие до рож-дения плода, распознаются по нарушению сердцебиения пло-да. Ребенок при такой патоло-гии родится вялый, бледный, плохо дышит и слабо кричит. В последующем он плохо сосет, у него могут наблюдаться су-дороги.



Рис. 125. Вдавление костей черепа плода.

Новорожденному с внутри-черепным кровоизлиянием надо создать полный покой. К головке прикладывают холод, дают хлористый кальций, витамин К. Новорожденного до выздоровления не следует подавать матери для корм-ления, а давать ему сцеженное молоко матери.

Ке ф а л о г е м а т о м а представляет собой крово-излияние под надкостницу черепа (рис. 126). Кефалогема-тома имеет вид опухоли, расположенной в области какой-либо одной кости черепа. Она мягкая на ощупь и не переходит за границу швов одной кости. Не следует разминать, массировать кефалогематому. Кровоизлияние постепенно рассасывается и бесследно исчезает.

Очень часто на головке плода образуется родо в а я опухоль, о которой уже было сказано выше (см. рис. 98). Родовая опухоль представляет собой отек подкожной клетчатки на предлежащей части головки. Как и кефало-гематомы, родовая опухоль мягкая, но разлитая, не огра-ничена одной какой-либо костью черепа. Родовая опухоль рассасывается самостоятельно и не требует лечения.

В некоторых случаях у плода происходит перелом ключицы.

Эти повреждения могут встретиться при рождении крупного плода и затруднении в выведении плечевого пояса. Однако перелом ключицы чаще наступает при неумелом и грубом извлечении плечевого пояса при оказании акушерского пособия во время родов.

Перелом ключицы можно обнаружить, если ощупать ее на всем протяжении. В месте перелома определяется

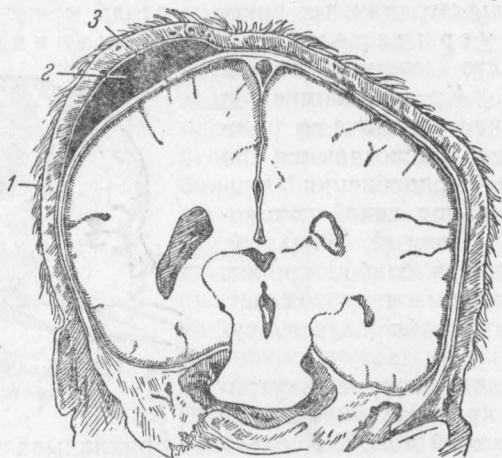


Рис. 126. Кефалогематома в области правой теменной кости.

1 — кожа головки; 2 — кровоизлияние; 3 — кости черепа.

особый хруст, который возникает вследствие трения друг о друга переломленных концов ключицы. Точнее перелом ключицы распознается на рентгеновском снимке.

При переломе ключицы необходимо прибинтовать соответствующую ручку к туловищу. Новорожденного надо держать на спине или на здоровом боку. Повязку не следует снимать в течение 2 недель. За этот срок наступает сращение перелома.

4. Неправильные положения плода

В подавляющем большинстве случаев плод к концу беременности занимает в матке продольное положение. Только при таком положении возможны самопроизвольные роды.

В редких случаях (обычно, когда матка имеет неправильную форму, слишком растянута или предлежит детское место), плод занимает поперечное (рис. 127) или косое положение. При таком положении самопроизвольные роды живым доношенным плодом невозможны. Необходимо путем операции поворота плода перевести его в продольное положение.

При поперечном или косом положении плода, при разрыве плодного пузыря во влагалище может выпасть

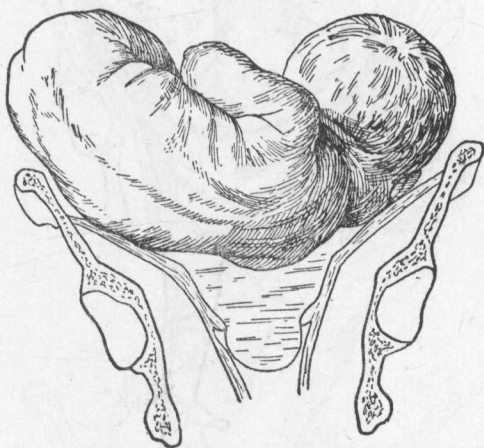


Рис. 127. Поперечное положение плода. Шейка матки раскрывается. Околоплодный пузырь цел, в нем воды.

ручка. Иногда вместе с ручкой выпадает и пуповина. Матка после отхождения вод плотно охватывает плод и исправить поперечное положение на продольное уже не представляется возможным. Такое положение называется запущенным поперечным положением (рис. 128). В этих случаях родоразрешение возможно путем плодоразрушающей операции. Запущенное поперечное положение крайне опасно и для матери, так как у нее может произойти разрыв матки.

Извлекать плод потягиванием за ручку или вправлять ее обратно ни в коем случае нельзя. Роженица должна быть срочно направлена в родильный дом для операции.

Тяжелое течение родов наблюдается при продольном положении плода, если предлежит не согнутая, а разогнутая головка.

Разгибательные положения головки нередко образуются при несоответствии размеров таза и головки. Головка, разгибаясь, может оказаться в лобном или лице-



Рис. 128. Запущенное поперечное положение плода. Выпадение ручки. Матка плотно охватила плод.

вом предлежании (рис. 129 и 130). При лобном предлежании обычно бывает необходимо оперативное родоразрешение, а при лицевом возможны и самопроизвольные роды (рис. 131).

5. Внутриутробная асфиксия плода

Снабжение плода кислородом и выделение углекислоты происходят через детское место. Нарушение газового обмена у внутриутробного плода обуславливает развитие асфиксии, т. е. такого состояния, когда плод испытывает недостаток кислорода и в его организме в

избытке скопляется углекислота. Сердечные тоны в начальной стадии асфиксии учащаются (свыше 140 ударов в минуту). Затем, когда асфиксия становится более тяжелой, наоборот, наблюдается замедление сердечных тонов (менее 120 ударов в минуту). Наряду с этим,

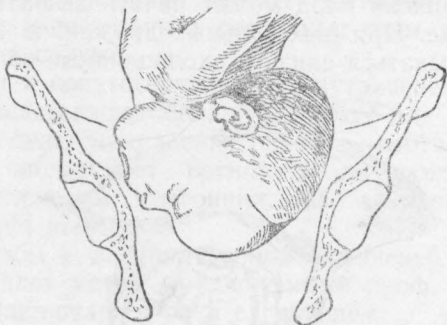


Рис. 129. Лобное предлежание головки.



Рис 130. Лицевое предлежание головки.

часто можно отметить, что сердце иногда сокращается то ускоренно, то замедленно. На протяжении нескольких секунд можно отмечать то частые, то редкие сердечные тоны. Такое изменение сердцебиения называется аритмией.

При внутриутробной асфиксии плода наблюдаются застойные явления в головном мозгу — сосуды внутри

череп переполняется кровью, вследствие чего могут образоваться кровоизлияния в вещество мозга и под мозговые оболочки. Эти кровоизлияния еще больше нарушают деятельность центральной нервной системы и усугубляют тяжесть состояния плода.

При асфиксии плод может начать дышать, еще находясь в матке. При дыхательных движениях в его легкие будет засасываться слизь и околоплодные воды.



Рис. 131. Роды при лицевом предлежании головки.

Причины внутриутробной асфиксии довольно разнообразны. Так, она может наступить при отслойке предлежащего детского места, преждевременной отслойке нормально расположенного детского места, родах с длительным безводным периодом, токсикозах беременности, при некоторых заболеваниях роженицы, вызывающих повышение температуры, в результате прижатия и выпадения пуповины и пр. В некоторых случаях явления асфиксии возникают вторично. Вначале образуются внутричерепные кровоизлияния, а это влечет за собой развитие асфиксии плода.

Причинами внутричерепных кровоизлияний является чрезмерное и длительное сдавление головки при несоответствии ее размеров с размерами таза и некоторые другие причины.

Распознавание наступившей внутриутробной асфиксии плода возможно на основании выслушивания и сосчитывания сердечных тонов плода.

Выслушивание следует производить не реже чем через каждые полчаса до отхождения вод, а после этого еще чаще. Если начался период изгнания плода, то выслушивать и сосчитывать сердечные тоны желательно после каждой потуги.

Асфиксия и сопутствующие ей внутричерепные кровоизлияния представляют большую угрозу для жизни плода. Если не будет немедленно оказана соответствующая помощь, то плод может погибнуть до рождения или родиться в тяжелом состоянии, из которого его не всегда удастся вывести.

Для борьбы с внутриутробной асфиксией наилучшие результаты дает метод, предложенный проф. А. П. Николаевым. Заключается он в следующем:

1) роженице дают подышать кислородом из кислородной подушки в течение 10 минут; через 3—5 минут снова дают вдыхать кислород и продолжают это до тех пор, пока сердечные тоны плода не примут нормального характера;

2) внутривенно вводят 40% раствор глюкозы в количестве 50 мл с 200 мг аскорбиновой кислоты;

3) одновременно внутривенно вводят 10% раствор кардиазола в количестве 1 мл.

Обычно через несколько минут после проведения всех перечисленных мероприятий сердечные тоны плода становятся нормальными. Через час, если даже был достигнут хороший результат, все перечисленные выше мероприятия повторяют.

Если через 15 минут после применения метода Николаева сердечные тоны не станут нормальными, роды необходимо закончить оперативным путем.

Плод, родившийся в состоянии асфиксии, не дышит, сердцебиение имеется, пуповина пульсирует.

Различают две степени асфиксии: первую и вторую. Первая степень асфиксии иначе называется синей асфиксией. При ней кожные покровы новорожденного синюшны, мышцы несколько расслаблены. Вторая степень асфиксии более тяжелая, иначе она называется белой асфиксией. Кожные покровы бледны, головка и конечности свисают, как плети.

Новорожденный в состоянии асфиксии нуждается в срочных мерах оживления. Быстро готовят ванночку или глубокий таз, куда наливают воду температуры 37—38°. Ванночку ставят между ногами роженицы и в нее погружают новорожденного (пуповина не должна быть перерезана). Вода должна покрывать все его тело, кроме головки. По мере остывания в ванночку осторожно подливают горячую воду. Рот и нос ребенка осторожно протирают марлей, обернутой вокруг пальца, после чего резиновым баллончиком производят отсасывание слизи и вод изо рта и носа. Для возбуждения сердечной деятельности новорожденному можно здесь же, в ванночке, впрыснуть под кожу 1 мл 10% камфорного масла или 0,5 мл 10% раствора кофеина. Часто удается вызвать дыхание путем побрызгивания холодной водой на грудь новорожденного, находящегося в ванночке. Хорошо помогает восстановлению дыхания дача роженице кислорода из кислородной подушки, так как ребенок еще некоторое время после рождения получает кислород через плаценту.

Такой способ оживления предложен И. С. Легенченко. Как правило, он дает хорошие результаты. Новорожденный начинает через несколько минут дышать, затем кричать. Теперь можно перерезать пуповину и приступить к первому туалету новорожденного.

Не надо забывать, что, производя туалет, нельзя охлаждать ребенка. Пеленки и одеяло должны быть согреты, а вблизи места, где производится туалет, желательно поставить электронагревательный рефлектор. По окончании туалета новорожденного пеленают, завертывают в теплое одеяло и кладут на грелку. За ним следует вести тщательное наблюдение, так как явления асфиксии могут повториться.

При тяжелой асфиксии описанный способ оживления может не дать желаемого результата. В этих случаях необходимо приступить к искусственному дыханию. Новорожденного отделяют от матери и кладут на спину на стерильную пеленку. Ручки новорожденного попеременно то отводят вверх, то прижимают к грудной клетке (рис. 132). Отведением ручек способствуют расширению грудной клетки — вдоху, а прижатием — выдоху. Эти движения следует производить не торопясь, каждое из них должно повторяться 12—15 раз в минуту. Если

дыхание не появляется, то новорожденного на 1—2 минуты погружают в теплую ванну, а затем вновь производят искусственное дыхание. Оживление следует продолжать до тех пор, пока у новорожденного имеется сердцебиение.

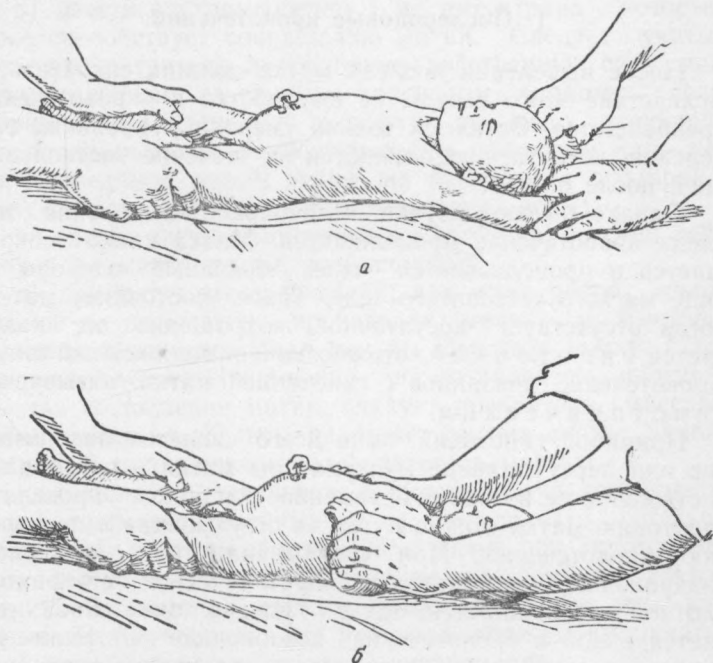


Рис. 132. Производство искусственного дыхания новорожденному.

а — первый момент (вдох); б — второй момент (выдох).

При оживлении новорожденного ни в коем случае нельзя опускать вниз головой, ударять по ягодицам. Все это может повести к усилению внутричерепного кровоизлияния, которое часто сопутствует асфиксии.

ПАТОЛОГИЯ ПОСЛЕРОВОДОГО ПЕРИОДА

Физиологическое течение послеродового периода является процессом постепенного возвращения организма в обычное состояние, которое свойственно небеременной женщине. Этот период требует соблюдения определенного режима родильницей и ухода за ней.

Патология послеродового периода чаще всего проявляется в форме послеродовых кровотечений и послеродовых заболеваний, связанных с развитием инфекции в половых органах родильницы.

1. Послеродовые кровотечения

После выделения последа матка должна сократиться. Вследствие этого сосуды ее сжимаются и кровотечение прекращается. Остаются только умеренные кровяные выделения, которые продолжаются в течение нескольких дней после родов.

Однако бывают случаи, когда после выделения последа кровотечение продолжается. Матка плохо сокращается и прощупывается через брюшные покровы в виде мягкого тестоватого тела. Такое состояние матки, когда отсутствует достаточное сокращение ее, называется гипотонией, что обозначает пониженный тонус. Кровотечение, связанное с гипотонией матки, называется гипотоническим.

Причиной гипотонии чаще всего является недоразвитие или переутомление мускулатуры матки и чрезмерное растяжение ее во время беременности и родов. Определить гипотонию матки можно путем ее ощупывания и по наличию кровотечения. При ощупывании под влиянием раздражения рукой матка на короткий срок становится плотной — сокращается, однако вскоре она снова делается вялой и кровотечение возобновляется. Если не принять срочно необходимые меры, то кровопотеря нарастает, появляются признаки обескровливания организма родильницы. Она жалуется на слабость, головокружение, тошноту. Лицо покрывается холодным потом, кожные покровы бледны. Пульс становится слабым и частым, артериальное давление понижается. Состояние родильницы становится тяжелым, ее жизни грозит опасность.

Гипотоническое кровотечение наблюдается в первые 2 часа после окончания родов. Поэтому в течение этого времени родильница нуждается в особо тщательном наблюдении. Как только обнаружено гипотоническое кровотечение, должны быть приняты срочные меры к тому, чтобы вызвать хорошее сокращение матки, а вместе с тем и остановить кровотечение.

Для этого необходимо:

- а) выпустить мочу катетером; наполненный мочевой пузырь способствует гипотоническому состоянию матки;
- б) положить на низ живота пузырь со льдом; холод вызывает сокращение матки;
- в) ввести внутримышечно 1 мл питуитрина, который тоже способствует сокращению матки. Следует учитывать, что питуитрин легко теряет действенную силу при соприкосновении со спиртом или иодом (поэтому, если шприц и игла хранились в спирту, то надо предварительно промыть их физиологическим раствором или дистиллированной водой; этими же растворами протирают кожу в месте, где будет произведен вкол иглы);
- г) ввести внутримышечно 2 мл эрготина; эрготин действует на матку также сокращающе;
- д) применить массаж матки; для этого рукой, положенной на дно матки, производят мелкие и быстрые круговые движения. Надо как бы щекотать матку. Массаж вызывает ее сокращение, она становится плотной. Вызвав сокращение матки, следует прекратить массаж, но внимательно следить, не станет ли она снова вялой, мягкой. В таком случае надо повторить массаж.

Как только в результате массажа матка сократится, можно применить выжимание из ее полости сгустков крови. Они нередко образуются в матке при гипотоническом кровотечении и препятствуют хорошему ее сокращению. Выжимание сгустков производится так же, как и выжимание последа. Все эти меры должны выполняться быстро и по возможности одновременно.

Если кровотечение в ближайшие 5—10 минут не останавливается, необходимо прибегнуть к прижатию брюшной аорты и срочно, если родильница находится дома, транспортировать ее в родильный дом.

Для остановки кровотечения в дальнейшем прибегают к обследованию полости матки рукой с целью выяснить, не остались ли в матке кусочки детского места и нет ли в ней повреждений. Производится массаж матки на кулаке руки, введенной в полость матки; применяются и другие, более сложные мероприятия для остановки кровотечения. Иногда даже приходится удалять матку.

После остановки кровотечения за родильницей нужно внимательно наблюдать. Все мероприятия должны быть направлены на улучшение ее общего состояния.

Родильницу следует согреть: тепло укрыть одеялом, под ноги и под голову положить грелки, обернутые полотенцем во избежание ожогов. Ножной конец кровати приподнимают, для чего под ее ножки ставят особые подставки или табуретки; вместо этого можно под ноги родильницы подложить подушки или перевернутый стул (рис. 133). Положение родильницы с приподнятыми ногами улучшает кровоснабжение мозга, что способствует улучшению общего состояния больной.

Для того чтобы восполнить кровопотерю, производят переливание большого количества крови. Если нельзя

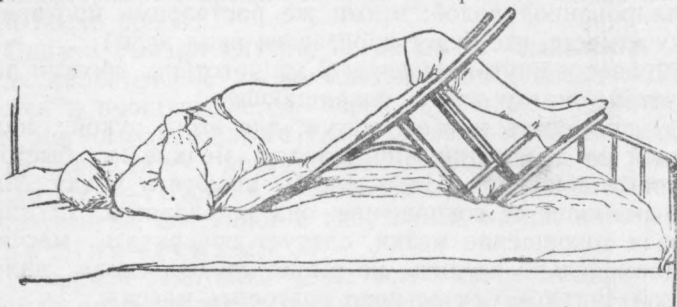


Рис. 133 Положение женщины с приподнятыми нижними конечностями.

произвести переливания крови, то необходимо ввести подкожно или внутривенно не менее 1 л 5% раствора глюкозы или физиологического раствора.

Надо давать родильнице побольше горячего сладкого питья. Можно поставить капельную клизму из 5% раствора глюкозы или физиологического раствора (ввести 1 л и больше). Для поднятия сердечной деятельности и повышения содержания кислорода в крови применяют впрыскивания камфоры, кофеина, а также вдыхание кислорода. Родильница после кровопотери должна быть под постоянным наблюдением до тех пор, пока ее общее состояние не станет хорошим. Необходимо следить за пульсом родильницы, измерять артериальное давление, наблюдать за общим состоянием и самочувствием.

2. Послеродовые заболевания инфекционного происхождения

Послеродовые заболевания возникают вследствие попадания инфекции в половые органы родильницы.

Возбудителями заболеваний чаще всего являются стрептококки, стафилококки и кишечная палочка. Эти микроорганизмы могут находиться в половых органах к моменту родов, при несоблюдении беременной требований личной гигиены, неопрятном содержании половых органов, при половых сношениях в конце беременности и т. д. В других случаях микроорганизмы могут быть внесены в родовые пути при нарушении правил асептики и антисептики во время родов и после них, как-то: самоисследование роженицы (введение пальцев во влагалище), исследование плохо вымытыми руками, пользование плохо прокипяченными инструментами, нарушение правил подмывания и т. д.

После родов в родовых путях имеются благоприятные условия для развития микроорганизмов, так как влагалищный секрет имеет щелочную реакцию; в родовых путях появляются ссадины, раневые поверхности с участками омертвевших тканей; канал шейки матки зияет и открыт широкий доступ для микробов в полость матки.

Однако одного только попадания болезнетворных микроорганизмов в родовые пути еще недостаточно для того, чтобы возникло послеродовое заболевание. На внесение инфекции в половые пути организм роженицы отвечает рядом защитных реакций, в результате которых микроорганизмы обезвреживаются и уничтожаются.

Неправильный образ жизни, переутомление, плохое питание, работа во время родового отпуска, перенесенные общие заболевания при беременности, длительные болезненные роды, значительная кровопотеря и другие причины ведут к понижению сопротивляемости организма инфекции.

Отсюда понятно, что для предупреждения послеродовых заболеваний необходимо создать такие условия, которые препятствуют внесению инфекции в родовые пути, и обеспечить достаточную сопротивляемость организма к инфекции. Если в родовой канал все же попадают болезнетворные микроорганизмы, а защитные реакции организма недостаточны для ликвидации инфекции, то происходит развитие послеродового заболевания.

В возникшем заболевании принимает участие весь организм роженицы. Поэтому послеродовые заболе-

вания сопровождаются ухудшением самочувствия и общего состояния родильницы. Чувство недомогания, слабость, потеря аппетита, плохой сон, повышение температуры тела, озноб — все эти признаки послеродовых заболеваний свидетельствуют об участии всего организма в болезненном процессе. Происходят изменения в деятельности отдельных органов: сердечно-сосудистой системы, легких, почек, печени, селезенки; со стороны крови отмечается лейкоцитоз; ускоряется реакция оседания эритроцитов; понижается количество гемоглобина.

Из различных форм послеродовых заболеваний чаще встречаются воспалительные процессы в половых органах и реже — так называемые общие септические заболевания.

Болезнетворные микроорганизмы, попавшие в родовую канал и в матку, могут вызвать воспалительные процессы в каждом из этих отделов половых органов. Так, микроорганизмы, вызвавшие вначале воспалительный процесс в слизистой оболочке матки, могут в дальнейшем проникнуть в толщу ее стенки, в околоматочную клетчатку, придатки матки, тазовые вены и вены нижних конечностей.

Проникновение инфекции в общий ток крови при пониженной сопротивляемости организма может привести к развитию послеродового сепсиса.

Таким образом, особенностью послеродовых заболеваний является возможность распространения инфекции по родовым путям, вовлечение в воспалительный процесс глубжележащих органов и, наконец, развитие сепсиса.

Из отдельных форм послеродовых заболеваний наиболее часто встречаются следующие.

Послеродовые язвы (ulcus puerperale) — воспалительный процесс во влагалище, в месте образовавшихся во время родов ссадин и разрывов слизистой. Места повреждений вначале покрываются гнойным налетом. При благоприятном течении заболевания, соответствующем лечении и правильном уходе раневая поверхность очищается и происходит заживление вторичным натяжением с образованием рубцовой ткани.

Нередко при этом наблюдается воспалительный процесс в других отделах влагалища с отеком их тканей (кольпит — colpitis) и наружных половых органов. Гнойные выделения обычно при этом увеличиваются.

Заболевания влагалища начинаются обычно на 3—4-й день после родов, нередко сопровождаются повышенной температурой и продолжаются около недели.

Эндометрит (endometritis) — воспаление слизистой оболочки матки. Заболевание начинается на 3—4-й день после родов и продолжается до 2 недель. Самочувствие больной ухудшается, температура повышается, в некоторых случаях достигает 39—40°, в других — держится в пределах 37—38°. Матка плохо сокращается, болезненна. Наблюдаются длительные кровянистые выделения, которые постепенно превращаются в гнойные.

Параметрит (parametritis) — воспаление околоматочной клетчатки. Заболевание развивается в результате распространения инфекции из матки. Поэтому начало его более позднее — на 5—7-й день после родов.

Параметрит сопровождается ухудшением самочувствия и общего состояния больной. Температура держится на высоких цифрах и понижается постепенно. Течение заболевания длительное и выздоровление наступает только через 2—4 недели. Иногда в околоматочной клетчатке образуется гнойник.

Тромбофлебит (trombophlebitis) — воспаление вен с образованием внутри сосудов в области воспалительного процесса тромбов.

Тромбофлебит может образоваться в венах матки, околоматочной клетчатки и в бедренной вене. Последняя форма тромбофлебита наиболее тяжелая. Вследствие закупорки бедренной вены тромбом быстро развивается сильный отек соответствующей конечности.

Заболевание развивается относительно поздно — в конце первой или в начале второй недели после родов. Температура при тромбофлебите имеет большие размах — утром близка к нормальной, а к вечеру повышается до 39—40°, с ознобом. В процессе заболевания имеется опасность отрыва части инфицированного тромба и занесения его током крови в другие органы. Тромб в вене постепенно организуется, прорастает соединительной тканью. Высокая температура держится иногда несколько недель, а для исчезновения отека конечности требуются многие месяцы.

Перитонит (peritonitis) — воспаление брюшины, очень тяжелое заболевание. Самочувствие и общее состояние больной значительно ухудшаются. Лицо бледнеет,

глаза западают, нос заостряется, конечности бывают синюшные и холодные. Температура поднимается до 39—40°. Нарушается сердечная деятельность. Пульс частый, слабый, иногда аритмичный. Живот вздут, резко болезнен, газы не отходят. Часто бывает рвота и понос. При тяжелых формах перитонита в воспалительный процесс вовлекается вся брюшина. В брюшной полости скапливается в большом количестве гной. Заболевание нередко кончается смертью больной.

При более легких формах воспаление ограничивается брюшиной малого таза.

В результате заболевания образуется множество сращений, спаек между различными органами.

Сепсис (sepsis) — заболевание, при котором микроорганизмы постоянно или временно появляются в крови больной. Сепсис протекает крайне тяжело. Самочувствие и общее состояние больной значительно ухудшаются. Она то возбуждена, то находится в полузабытьи. Кожа желтовато-землистого цвета. Температура повышается до 40° и выше. Иногда она повышается с ознобом, затем падает; больная при этом значительно потеет. Пульс бывает частый, слабого наполнения. Дыхание поверхностное. Нередко появляется изнурительный понос. В некоторых случаях при сепсисе образуются гнойники в самых различных органах: в мозгу, сердце, легких, печени, почках и суставах. Больная от сепсиса часто погибает.

3. Общие основы лечения и уход за больными послеродовыми заболеваниями

Лечение больных послеродовыми заболеваниями довольно разнообразно. Оно зависит не только от формы заболевания, но и от особенностей течения болезни у каждой родильницы.

Однако при всех заболеваниях принимаются меры к тому, чтобы матка хорошо сократилась, что предупреждает распространение инфекции за ее пределы. С этой целью назначают лед на низ живота, впрыскивание питуитрина по 1 мл 2—3 раза в день. Внутрь дают жидкий экстракт спорыньи по 25 капель 2 раза в день, хинин по 0,2—0,3 2—3 раза в день.

За последние годы достигнуто резкое снижение числа тяжелых послеродовых заболеваний и смертности от них

благодаря применению сульфаниламидных препаратов и пенициллина. Из сульфаниламидных препаратов назначают внутрь стрептоцид, сульфидин, дисульфид, норсульфазол по 1,0 4—6 раз в сутки через одинаковые промежутки времени. Хорошие результаты дает применение пенициллина, который вводится внутримышечно по 50 000 единиц через каждые 3 часа.

Сульфаниламидные препараты и пенициллин назначаются не только с лечебной целью, но и профилактически при затяжных родах, после больших акушерских операций; кроме того, эти препараты назначают женщинам, когда есть основание предполагать у них наличие инфекции в родовых путях.

Кроме этого, при лечении родильниц с тяжелыми послеродовыми заболеваниями назначается введение подкожно, внутривенно или в капельных клизмах раствора глюкозы, переливание крови, сердечные средства (камфора, кофеин).

Однако значительную, если не решающую, роль в благоприятном исходе заболевания имеет хороший уход за больной.

Как уже указывалось выше, послеродовое заболевание не есть только местный процесс, а в нем принимает участие весь организм. Для успешной борьбы с инфекцией больной необходимо создать наиболее благоприятные условия.

Помещение, где находятся больные послеродовыми заболеваниями, должно быть изолировано от здоровых родильниц. В то же время оно должно отвечать всем санитарным требованиям. Больных сепсисом и перитонитом нужно изолировать от больных с другими формами послеродовых заболеваний.

Надо производить особо тщательную влажную уборку всех помещений, где находятся больные, поддерживать должную температуру воздуха и хорошо проветривать помещение.

Постель больной необходимо содержать в чистоте и порядке, менять белье не реже одного раза в 5 дней. Нательное белье следует сменять еще чаще — через 2—3 дня и, кроме того, сменять его после того, как больная потела. Около каждой постели должно быть индивидуальное судно. Его следует выносить сейчас же после пользования, обязательно обмывать водой, а затем

прополаскивать дезинфицирующим раствором. Раз в 2—3 дня судна должны стерилизоваться.

Особенно надо подчеркнуть необходимость внимательного и заботливого отношения к больным. Осведомление о самочувствии больной, о ее жалобах не только дает важные данные для суждения о тех или иных изменениях в течении заболевания, но и показывает больной, что ей уделяется должное внимание и забота. Создание бодрого настроения больной, уверенность в скором выздоровлении в значительной мере способствуют благоприятному исходу заболевания. Очень большое значение имеет достаточный сон. Во время сна должны проводиться только самые неотложные манипуляции и назначения врача.

Следует заблаговременно осведомиться у врача, для выполнения каких назначений надо будить больную. Вместе с тем необходимо не ослаблять наблюдения за больной во время сна, но делать это надо так тихо и осторожно, чтобы не нарушить ее сна.

Питье не следует ограничивать.

Надо строго следить за соблюдением больными назначенного им режима. Особенно это важно в отношении вставания больных. Нередко поправляющаяся больная начинает сидеть в постели и даже вставать без разрешения. При послеродовых заболеваниях это очень опасно. Находящиеся в небольших сосудах матки инфицированные тромбы могут отрываться, попадать в ток крови и заноситься в другие органы. В результате течение болезни ухудшается. Может даже наступить быстрая смерть, если тромб попадет в сосуд легкого.

Особенно важен в этом отношении режим и уход за больными тромбофлебитом. Им назначается строгий постельный режим на значительный срок. При тромбофлебите бедренной вены больные должны лежать все время на спине с приподнятой отечной ногой. Смена белья, подкладывание судна, уход за кожей должны производиться особенно осторожно и так, чтобы больная не делала сама никаких движений.

Подмывания больных послеродовыми заболеваниями производятся обычно 3—4 раза в сутки, так как у них бывает много выделений, а лохии нередко имеют неприятный запах и раздражают кожу. Подмывание должно производиться обязательно в стерильных резиновых пер-

чатках. Больных септическими заболеваниями подмывают в последнюю очередь.

Если ведется уход и за здоровыми родильницами, и за больными, то в первую очередь, естественно, следует подмывать здоровых.

4. Заболевания молочных желез

Трещины сосков. При кормлении ребенка грудью нередко образуются трещины на сосках. Причиной их образования часто является плохая подготовка молочных желез при беременности и неправильное прикладывание ребенка к груди. О том, как все это надо делать, уже указывалось ранее (см. «Наблюдение и уход за родильницей»).

Трещины могут быть расположены на любой части одного или обоих сосков. Они имеют различную глубину, начиная от поверхностных ссадин. Обычно трещины покрыты кровянистой или гнойной корочкой. Когда ребенок сосет, то корочка отходит и становится заметной сама трещина в виде яркокрасной полоски. При кормлении родильница чувствует более или менее резкую боль. Глубокие трещины кровоточат при кормлении. Ребенок заглатывает кровь и может затем срыгивать молоко с кровью.

Лечение при трещинах сосков производится различными способами.

Перед кормлением сосок обмывают кусочком стерильной ваты, смоченной 2% раствором борной кислоты. Затем сосок осушают прикладыванием комочка сухой стерильной ваты. То же проделывают и после кормления ребенка грудью.

Вне кормления родильница должна держать сосок открытым, при этом его нужно слегка припудрить порошком белого стрептоцида. В других случаях сосок покрывают кусочком стерильной марли, обильно пропитанной стрептоцидовой или сульфидиновой эмульсией, бисмутовой или пенициллиновой мазью, стерильным рыбьим жиром и т. п. Хорошие результаты дает облечение сосков кварцевой лампой.

При сильной болезненности сосков и глубоких трещинах следует кормить ребенка через специальную накладку (см. рис. 103).

Во избежание инфицирования трещин желательно, чтобы родильница надевала стерильный лифчик, который необходимо менять 2 раза в день.

М а с т и т — mastitis (грудница) представляет собой воспаление молочной железы в результате проникновения в нее инфекции через трещины сосков.

Мастит может развиваться в любое время послеродового периода. Чаще он начинается на первой неделе после родов.

Перед появлению воспаления предшествует нагрубание молочных желез. При этом затрудняется кровообращение в железе, что и способствует развитию инфекции.

Начинается мастит, как правило, с повышения температуры, сопровождающегося ознобом. Самочувствие больной ухудшается. Она жалуется на слабость, головную боль. Одна долька железы, несколько долек или даже вся железа становится резко болезненной и плотной на ощупь. На коже, покрывающей часть железы, в области воспалительного процесса, появляется разлитая краснота. Подмышечные лимфатические узлы увеличиваются, делаются чувствительными.

При первых признаках начинающегося мастита надо провести следующие мероприятия:

1) подвязать молочную железу, чтобы она не отвисала, но в то же время не прибинтовывать ее туго к грудной клетке;

2) положить на молочную железу мешок со льдом, обернутый полотенцем; лед держать в течение получаса, затем снять на такой же срок и снова приложить на полчаса и так далее в течение суток;

3) дать 30,0 сернокислой магнезии;

4) назначить один из сульфаниламидных препаратов по 1,0 4—6 раз в сутки;

5) ограничить введение жидкости (давать ее не более 0,5 л в сутки).

Кормление ребенка грудью надо продолжать.

Если не удастся приостановить развитие мастита в первые 2—3 дня от начала заболевания, то в молочной железе может образоваться гнойник. В таком случае его вскрывают или отсасывают гной с последующим введением пенициллина. После вскрытия гнойника производят перевязки по общим правилам хирургии.

АКУШЕРСКИЕ ОПЕРАЦИИ

В некоторых случаях в интересах сохранения здоровья матери и плода прибегают к оперативной помощи.

Акушерские операции преследуют различные цели. Существуют операции для прерывания беременности, для исправления неправильного положения плода, операции, с помощью которых плод извлекается из родовых путей, операции с целью остановки кровотечения, устранения полученных повреждений и др.

Большинство акушерских операций проводится с применением того или иного вида обезболивания. Чаще всего применяется эфирный наркоз или местная анестезия путем впрыскивания 0,25% раствора новокаина.

Акушерские операции, как и всякие другие, требуют строжайшего соблюдения антисептики и асептики во избежание внесения инфекции в родовые пути.

подавляющее большинство акушерских операций производится через влагалище. Только операции кесарева сечения, зашивания разрывов матки или удаления ее производятся при помощи чревосечения. Очень многие из операций производятся в срочном порядке для оказания неотложной помощи.

1. Подготовка к операции

Необходимо, чтобы волосы с наружных половых органов были сбриты. Больная должна помочиться. Если она не может это сделать сама, то мочу выпускают катетером непосредственно перед операцией на операционном столе. Если позволяет время, то ставят очистительную клизму.

Для производства влагалищной операции больную укладывают на операционный стол или на сдвинутую рахмановскую кровать с ногдержателями. Ноги под-

вязывают к ногодержателям около колен, чтобы ноги не соскальзывали. Если приходится оперировать во внебольничной обстановке, то можно воспользоваться и обычным столом. Ногодержатель в таких случаях можно сделать из обычной простыни, как это показано на рис. 134.

На больную перед влагалищными операциями надевают стерильную рубашку и чулки. Наружные половые органы, в том числе и лобок, внутренние поверхности бедер и промежность моют теплой кипяченой водой с мылом, затем производят их подмывание дезинфицирующим раствором. После обсушивания все эти участки обрабатывают 5% настойкой йода. В заключение живот и бедра больной закрывают стерильным бельем. Под таз оперируемой подкладывают стерильную подстилку.

У ножного конца операционного стола на пол ставят ведро или таз, чтобы воды и кровь не стекали на пол.

Около операционного стола помещают два небольших столика. Один из них застилают стерильным бельем и на нем раскладывают инструменты и необходимое количество перевязочного материала, вынутого из барабана. Другой столик служит для размещения принадлежностей, необходимых для наркоза, а также шприцев, сердечных средств и т. п.

Инструменты для срочных акушерских операций обычно должны быть приготовлены заранее. Для этого отбирают инструменты, необходимые для каждой отдельной операции, завертывают каждый набор инструментов в две пеленки и стерилизуют в автоклаве. Набор инструментов должен быть снабжен запиской, где указывается, для какой операции он предназначен, отмечается дата стерилизации. Подготовленные таким образом инструменты хранят в операционной в шкафу.

Заблаговременная подготовка инструментов дает возможность быстро приступить к любой срочной акушерской операции. Если набор инструментов не был использован, то стерилизация их должна повторяться через день.

Врач, который должен производить вмешательство, его помощник и операционная сестра перед операцией моют руки по способу Спасокукоцкого и надевают стерильные халаты, на рот и нос надевают маски.

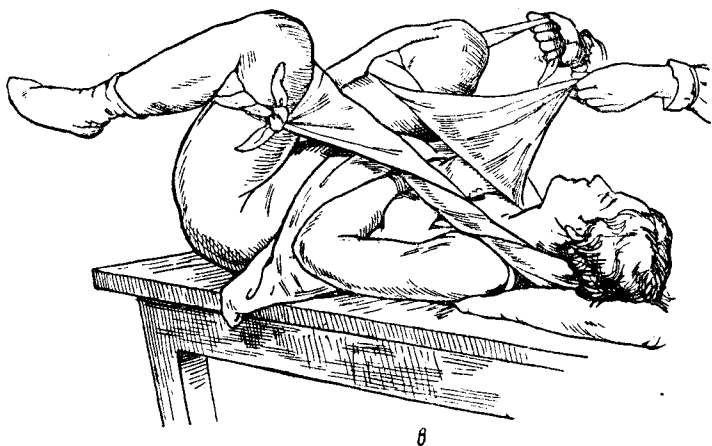
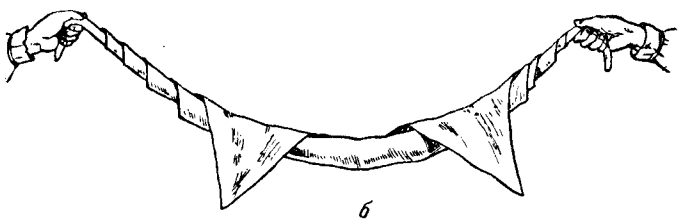
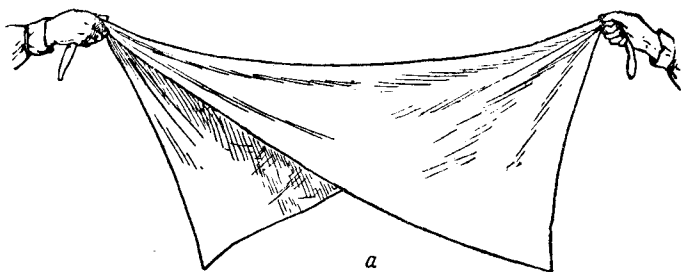


Рис. 134. Устройство ногодержателя из простыни.
a — складывание простыни; *б* — скручивание простыни; *в* — завязыва-
ние простыни.

2. Основные акушерские операции и набор инструментов для них

Искусственное прерывание беременности (искусственный выкидыш) в первые три месяца беременности. Искусственное прерывание беременности производится только по медицин-

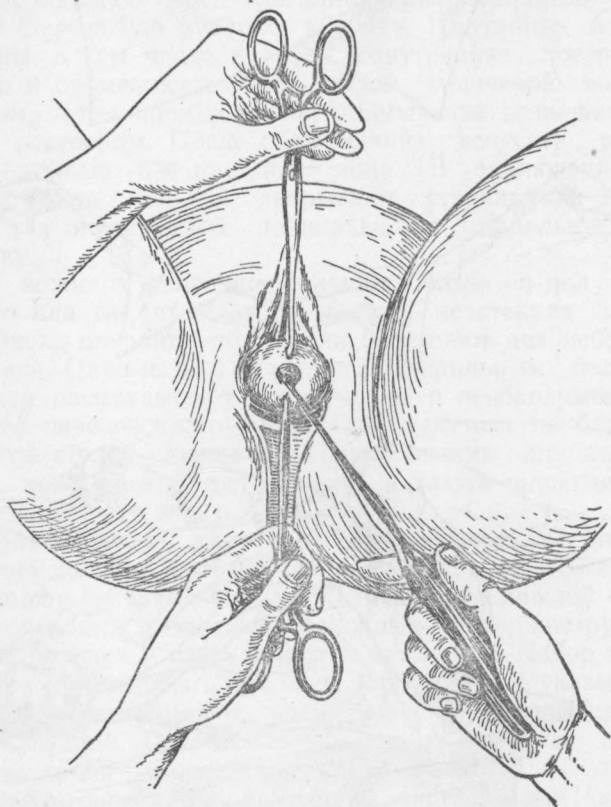


Рис. 135. Выскабливание полости матки.

ским показаниям. Операция заключается в том, что после раскрытия влагалища зеркалами канал шейки матки расширяют металлическими расширителями, плодное яйцо разрушают и удаляют абортангом, а затем полость матки выскабливают особой металлической ложечкой-кюреткой (рис. 135).

Набор инструментов:

Зеркала влагалищные. . . .2

Щипцы пулевые (рис. 136). . . .2

Зонд маточный (рис. 137)1

Расширители с № 4 до № 12 (рис. 138)

Абортцанг (рис. 139). . . .1

Кюретка большая, средняя и малая (рис. 140)

Корнцанги. . . .2.

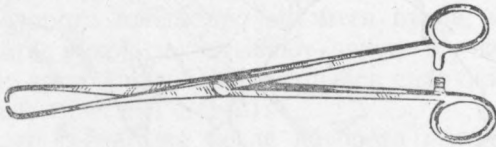


Рис. 136. Пулевые щипцы.

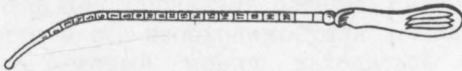


Рис. 137. Маточный зонд.



Рис. 138. Металлические расширители.

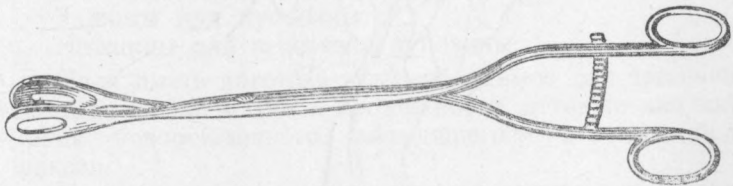


Рис. 139. Абортцанг.



Рис. 140. Кюретка.

Выскабливание полости матки при неполном выкидыше. Цель операции состоит в том,



Рис. 141. Поворот плода за ножку. Одна рука введена в матку, другая расположена снаружи



Рис. 142. Поворот плода за ножку при поперечном предлежании.

чтобы отслоить от стенки матки оставшиеся в ней части плодного яйца и удалить их. При неполном выкидыше

канал шейки матки часто бывает достаточно раскрыт, в связи с чем не всегда его приходится расширять.

Набор инструментов тот же, что и при искусственном выкидыше.

Поворот плода на ножку. Эта операция производится для перевода плода из поперечного в продольное положение. Иногда бывает необходимо с помощью такой операции при продольном положении плода перевести его из головного предлежания в ножное. Операция поворота плода производится рукой, введенной в матку; этой рукой захватывают ножку и извлекают за нее плод; другой рукой, находящейся снаружи, помогают внутренней (рис. 141 и 142).

Нередко сейчас же после поворота плод извлекают потягиванием за ножку. Поэтому надо подготовить два зажима для пуповины, ножницы для ее перерезки, набор инструментов для зашивания разрыва шейки матки и промежности и все необходимое для оживления новорожденного, который может находиться в состоянии асфиксии.

Извлечение плода при ягодичном предлежании. Эта операция производится при ягодичном предлежании плода, когда создается угроза для здоровья роженицы или плода. Извлечение плода производится с помощью пальца или специального крючка (рис. 143 и 144).

Набор инструментов:

Крючок для извлечения плода	1
Ножницы для разрезания промежности	1
Зажимы для пуповины	2
Ножницы для перерезки пуповины	1

Надо иметь наготове все необходимое для зашивания разрыва шейки матки и промежности, а также для оживления новорожденного, находящегося в состоянии асфиксии.

Наложение акушерских щипцов. Наложение акушерских щипцов производится с целью извлечения живого плода, когда его головка находится уже в малом тазу роженицы (рис. 145). К наложению щипцов приходится прибегать в тех случаях, когда создается какая-либо угроза для здоровья роженицы или плода.



Рис. 143. Извлечение плода пальцем при ягодичном предлежании.

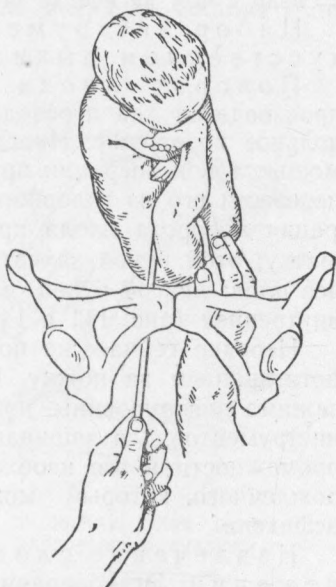


Рис. 144. Извлечение плода с помощью крючка при ягодичном предлежании.

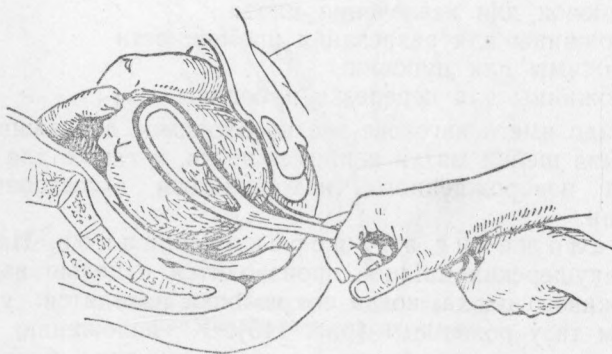


Рис. 145. Извлечение плода акушерскими щипцами.

Набор инструментов:	
Щипцы акушерские (рис. 146)	1
Ножницы прямые, тупоконечные для разрезания промежности	1
Зажимы для пуповины	2
Ножницы для перерезки пуповины	1

При операции наложения щипцов могут быть осложнения — разрыв промежности и шейки матки, а также асфиксия новорожденного. Поэтому следует иметь наготове инструменты и материал для зашивания разрыва шейки матки и промежности, а также все необходимое для оживления новорожденного.

Краниотомия. Краниотомия — плодоразрушающая операция. Заключается она в том, что производят

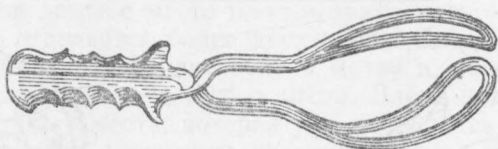


Рис. 146. Акушерские щипцы.

прободение предлежащей головки особым инструментом — перфоратором (рис. 147). После этого разрушают и удаляют мозг. Спавшуюся и уменьшившуюся в размерах головку захватывают инструментом — краниокластом (рис. 148) и плод извлекают.

Краниотомия производится главным образом при значительном несоответствии размеров головки плода и таза. Чаще она делается на мертвом плоде.

Набор инструментов:

Перфоратор Феноменова или другой системы (рис. 149)	1
Ложка для разрушения мозга (рис. 150)	1
Краниокласт (рис. 151)	1
Ножницы для перерезки пуповины	1

При операции возможен разрыв шейки матки, поэтому нужно иметь наготове инструменты для ее зашивания.

Декапитация. Декапитация также плодоразрушающая операция. Заключается она в том, что головку плода отделяют от туловища. Операция производится при

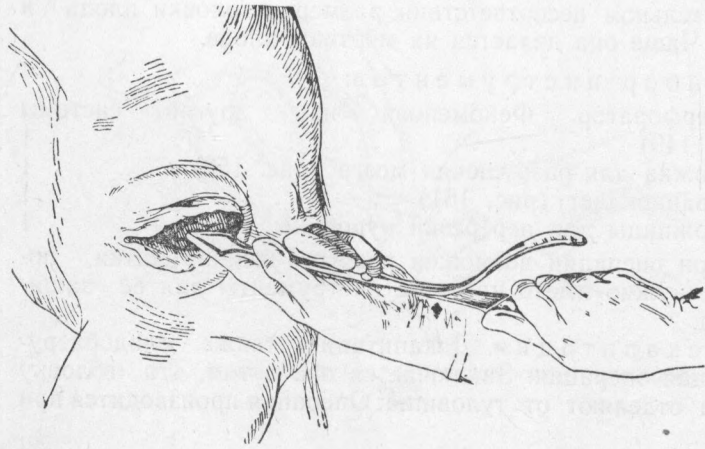


Рис. 147. Прободение головки.

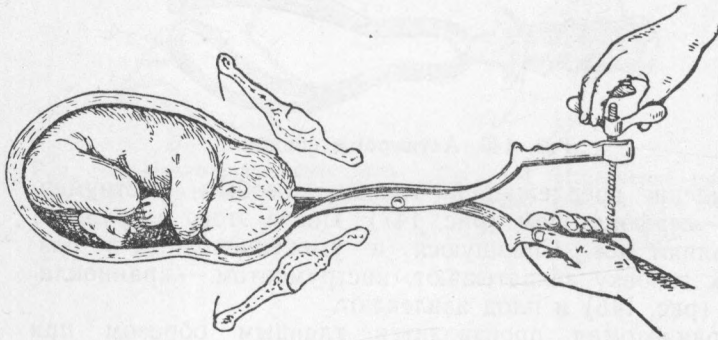
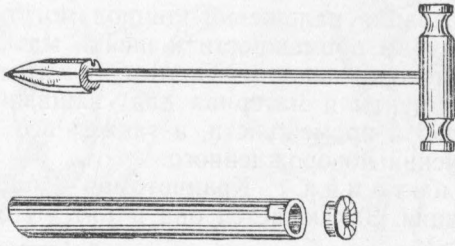
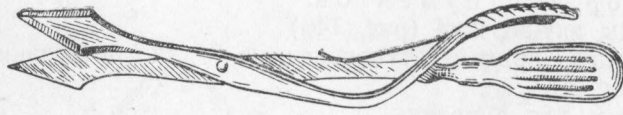


Рис. 148. Наложение краниокласта на головку после прободения.



a



б

Рис. 149. Перфоратор Феноменова с защитной гильзой (а) и перфоратор Бло в раскрытом виде (б).

поперечном положении плода, когда нельзя перевести его в продольное. Декапитация производится при помощи особого крючка (рис. 152) и длинных ножниц. После отделения головки от туловища плод извлекают по частям.

Набор инструментов:

Крючок для декапитации (рис. 153)	1
Ножницы длинные прямые, тупоконечные	1
Ножницы для перерезки пуповины	1
Все инструменты, необходимые для краниотомии.	

Ручное отделение последа. Ручное отделение последа производится при кровотечении вследствие частичного приращения детского места к стенке матки. К этой операции прибегают также при отсутствии кровотечения, если детское место плотно прикреплено к стенке матки и не отделяется более двух часов. Для отделения детского места врач вводит руку в матку и, следуя по пуповине, доходит до детского места. Здесь надо найти ту часть детского места, которая уже отделилась от стенки матки, и очень осторожно отслоить детское место от стенки матки на всем протяжении (рис. 154). После отслойки детское место удаляют при выведении руки из матки. Отделять оболочки нет надобности, так как они прикреплены неплотно и выделяются из матки вместе с детским местом.

Ручное обследование полости матки. Если при осмотре выделившегося детского места есть подозрение, что часть его задержалась в полости матки, то необходимо произвести операцию ручного обследования полости матки.

Надо произвести ручное обследование полости матки и в том случае, если кровотечение продолжается после выделения последа, чтобы выяснить, не задержалась ли часть детского места в матке.

Зашивание разрыва шейки матки. Для того чтобы осмотреть шейку матки после родов и зашить образовавшийся на ней разрыв, необходимо развести стенки влагалища при помощи зеркал. Одно зеркало вводится сзади — со стороны промежности, другое — спереди. Иногда вводят дополнительно еще и боковое зеркало. Когда влагалище раскрыто, то становится видна влагалищная часть шейки матки. Края ее захватывают пуле-



Рис. 150. Ложка для разрушения мозга.

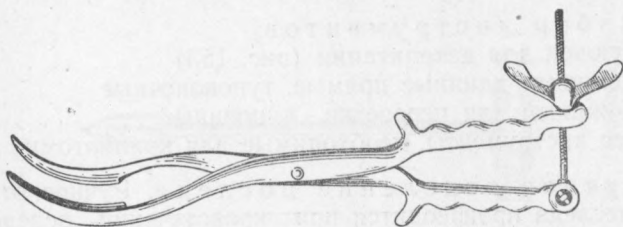


Рис. 151. Краниокласт.



Рис. 152. Крючок для декапитации, наложенный на шейку плода.

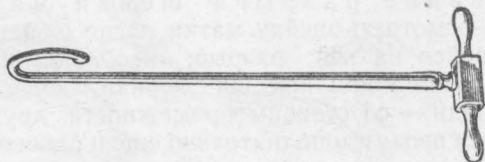


Рис. 153. Крючок для декапитации.

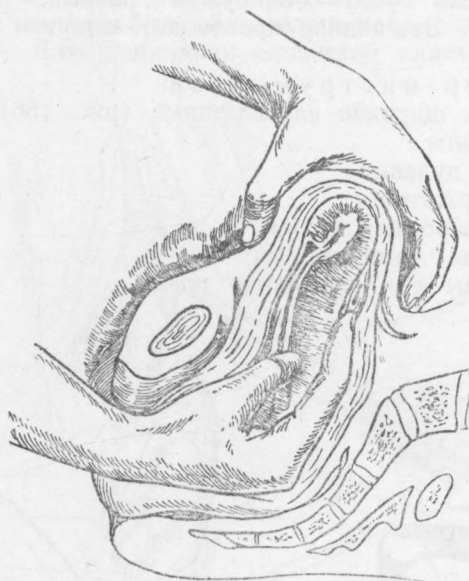


Рис. 154. Ручное отделение детского места.

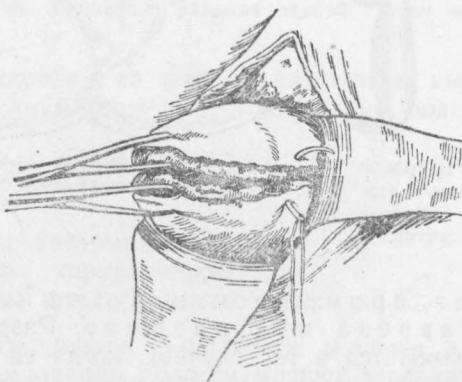


Рис. 155. Осмотр шейки матки и зашивание разрыва ее

выми щипцами и подтягивают книзу — ко входу во влагалище. Теперь можно хорошо осмотреть шейку и в случае, если будет обнаружен разрыв, зашить его (рис. 155). Зашивание производят кетгутом.

Набор инструментов:

Зеркала широкие влагалищные (рис. 156)	2
Корнцанги	2
Щипцы пулевые	4
Иглодержатель	1
Иглы короткие крутые	2
Пинцеты длинные	2
Ножницы для обрезания швов	2



Рис. 156. Широкое влагалищное зеркало для осмотра шейки матки.



Рис. 157. Разрез промежности
А — по средней линии, Б — сбоку.

Разрез промежности и зашивание ее после разреза или разрыва. Разрез промежности производится в тех случаях, когда ей во время родов угрожает разрыв. Резаная рана лучше заживает, чем рваная. Разрез делается ножницами с тупыми концами по середине промежности или сбоку (рис. 157).

Рассечение следует производить под контролем пальца, чтобы не поранить головку плода.

Разрез, а также разрыв промежности и слизистой влагалища должны быть обязательно после родов зашиты (рис. 158). Для зашивания слизистой влагалища поль-

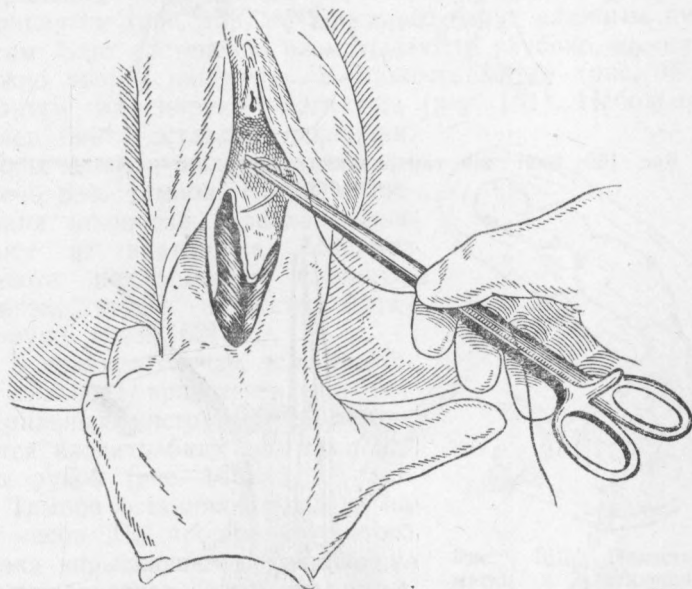


Рис. 158. Зашивание разрыва задней стенки влагалища

зуются кетгутом, а на кожу накладывают шелковые швы, последние снимаются на 6-й день после родов.

Набор инструментов:

Иглодержатель	1
Иглы	4
Пинцеты анатомические	2
Пинцеты хирургические	2
Ножницы для обрезания швов	2

Тампонация полости матки и влагалища. К тампонации полости матки и влагалища приходится прибегать при кровотечениях, когда применить другие методы нельзя или они не дают хорошего результата.

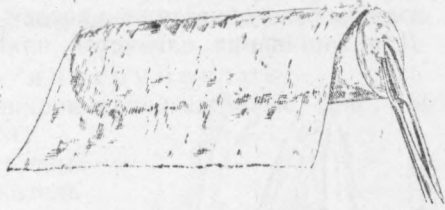


Рис. 159. Бинт для тампонации полости матки, захваченный корнцангом.

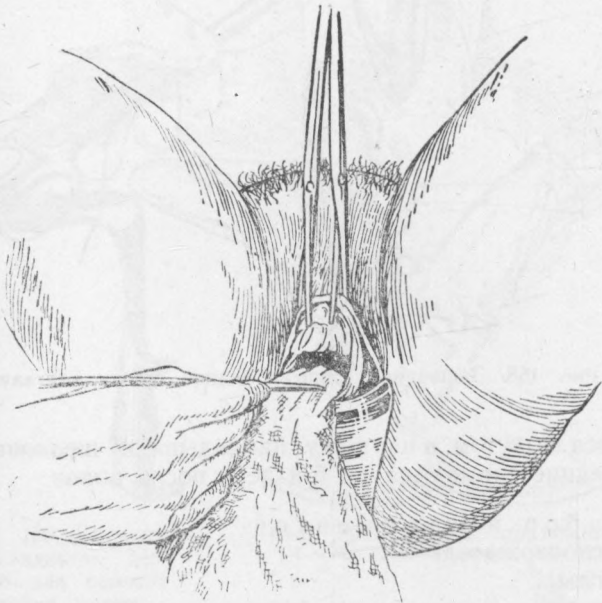


Рис. 160. Тампонация полости матки. Шейка матки захвачена пулевыми щипцами и низведена. В матку вводится пинцетом бинт.

Чтобы произвести тампонацию, надо сначала раскрыть влагалище зеркалами, захватить пулевыми щипцами края наружного зева шейки матки и низвести шейку ко входу во влагалище.

Для тампонации употребляется широкий (10—17 см) стерильный бинт длиной 10—12 м. Бинт захватывают корнцангом (рис. 159), а конец его берут длинным пинцетом. Бинт постепенно разматывают и глубоко, но осторожно вводят пинцетом в полость матки (рис. 160), а затем тампонируют влагалище (рис. 161). Небольшой конец бинта оставляют снаружи, чтобы можно было за него извлечь весь тампон. Когда тампонация закончена, зеркала вынимают из влагалища. На низ живота накладывают широкую повязку, чтобы прижать матку снаружи (рис. 162).

В крайнем случае, если имеется сильное кровотечение и нет стерильных инструментов, приходится вводить бинт для тампонации рукой (рис. 163).

Тампон оставляют в матке на 12 часов. По прошествии этого срока впрыскивают сокращающие матку средства (эрготин, питуитрин) и медленно извлекают тампон.



Рис. 161. Полость матки и влагалища затампонирована.

Кесарево сечение. Операция состоит в том, что после вскрытия брюшной полости, а затем матки из нее извлекают плод и удаляют послед. Затем разрез матки и брюшной стенки зашивают.

Кесарево сечение производится при несоответствии таза беременной и головки плода, при сильном кровотечении вследствие предлежания детского места и при некоторых других формах акушерской патологии, когда требуется быстро произвести родоразрешение и нет возможности сделать это влагалищным путем.

Подготовка больной к операции кесарева сечения производится так же, как и к гинекологическим операциям, которые производятся путем чревосечения. Об этом будет сказано в соответствующем разделе (стр. 286).



Рис. 162. Давящая повязка. Валики на животе сделаны из скатанной простыни и прибинтованы полотном к животу



Рис. 163 Тампонация матки рукой.

Набор инструментов:

Зеркала брюшные	2
Крючки тупые	2
Скальпели	4
Ножницы прямые	2
Ножницы изогнутые	2
Пинцеты анатомические	6
Пинцеты хирургические	6
Зажимы Кохера	12
Зажимы Пеана	12
Щипцы двузубцы	4
Щипцы пулевые	4

Корнцанги	6
Кюретки большие	2
Щипцы акушерские	1
Иглодержатели	4
Иглы	6
Скобки	20
Пинцеты для наложения скобок	2
Катетер металлический мужской	2
Цапки	6

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Гинекологическое обследование производится с целью выяснения, в каком состоянии находятся половые органы женщины, имеется ли их заболевание, если имеется, то какой его характер. Определив характер заболевания или, как говорят, поставив диагноз, назначают соответствующее лечение.

Приступая к обследованию женщины, надо помнить, что ни одно гинекологическое заболевание не является местным. В заболевании принимает участие весь организм женщины; местные проявления болезни иногда бывают более выраженными, чем общие. Поэтому обследованию подлежит весь организм женщины. Только при таком условии больной можно назначить правильное, полноценное лечение.

При гинекологическом обследовании, если даже оно проводится женщиной-врачом, больные нередко стесняются, не всегда откровенно отвечают на вопросы. Все это зависит почти исключительно от того, как производится опрос и исследование больной. Необходимо, чтобы с первого же момента больная чувствовала благожелательное отношение к себе, чтобы она поняла, что задаваемые ей вопросы не вызваны ничем другим, как желанием выяснить характер ее заболевания и вылечить ее. Всякая поспешность, грубость в исследовании не должны иметь места.

Анамнез

Собирание анамнеза начинается с получения общих сведений: возраст, профессия, характер и условия работы.

Затем переходят к выяснению наследственности, развития самой больной в грудном и детском возрасте, расспрашивают о перенесенных заболеваниях.

Далее подробно расспрашивают о периоде полового созревания и половой зрелости. Выясняют, в каком возрасте появились первые менструации, как они протекали в дальнейшем, какой был их характер, продолжительность, промежутки, количество теряемой крови, не было ли болей при менструации, не изменялся ли их тип и как именно. Выясняют, в каком возрасте началась половая жизнь, первый ли у нее муж или второй, сколько ему лет и состояние его здоровья.

Подробно расспрашивают о всех беременностях: в каком году они были, как протекали и чем заканчивалась каждая беременность. Выясняют, предохранялась ли женщина от беременности и каким способом. Спрашивают, не было ли в прошлом гинекологических заболеваний, а если были, то какие, как лечилась и каков результат лечения.

Если женщина находится в климактерическом периоде или у нее наступила менопауза, то выясняют, как они протекают.

Когда эти вопросы выяснены, переходят к расспросу о начале и течении заболевания, по поводу которого больная сейчас обратилась за медицинской помощью. Выясняют характер жалоб больной.

Обычно гинекологические больные предъявляют четыре основных типа жалоб: 1) боли, 2) бели, 3) расстройства менструаций и кровотечения, 4) бесплодие.

Боли возникают при очень многих гинекологических заболеваниях. Чаще всего боли бывают в области крестца и поясницы или внизу живота.

Боли могут быть различной силы, от незначительных до нестерпимых. Также различен и характер болей. Они могут быть острыми, тупыми, схваткообразными. Появляются они или внезапно, или, наоборот, постепенно усиливаются, а затем медленно прекращаются. Боли могут быть постоянными или появляться на какой-то отрезок времени. Иногда больная связывает появление болей с какой-либо причиной, как-то: поднятие тяжести, падение, натуживание, половое сношение, но бывает, что боль начинается без всякой видимой причины. В некоторых случаях больная жалуется, что боль куда-либо отдает, например, в лопатку или в ногу.

При расспросе надо выяснить характер болей, — это позволяет более точно распознать их причину.

Бели также встречаются при многих гинекологических заболеваниях.

Выделения из половых органов имеются у совершенно здоровых женщин. Эти выделения незначительны, белого, молочного цвета, густые. Белями же называют всякого рода изменения в количестве или качестве выделений из влагалища. Они могут быть более обильными, жидкими, гнойевидными, желтого или зеленого цвета, иметь примесь крови, неприятный, иногда гнилостный запах. В некоторых случаях бели раздражают кожу наружных половых органов и окружающих областей, вызывают зуд.

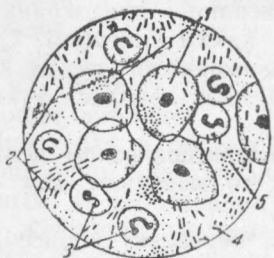


Рис 164. Мазок из влагалища.

1 — клетки влагалищного эпителия; 2 — влагалищные палочки; 3 — лейкоциты; 4 — диплококки; 5 — стафилококки.

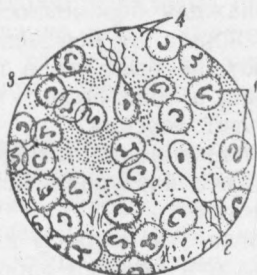


Рис 165. Мазок из влагалища.

1 — лейкоциты; 2 — стрептококки; 3 — стафилококки; 4 — диплококки (влагалищные палочки отсутствуют).

боль, покраснение кожи. При бактериологическом исследовании мазка нормальных выделений из влагалища в них обнаруживается только небольшое количество клеток эпителия влагалища и влагалищные палочки (см. рис. 8). Как известно, эти палочки не только совершенно безвредны, но и даже полезны. Они способствуют образованию молочной кислоты. Содержание ее во влагалищном секрете достигает 0,5% и придает выделениям кислую реакцию. В таких случаях, когда в мазках не находят других микроорганизмов, кроме влагалищных палочек, говорят о первой степени чистоты влагалищного секрета. При наличии белей можно обнаружить в мазке из влагалища много лейкоцитов и, наряду с влагалищными палочками, еще кокковые формы микроорганизмов — диплококки и стафилококки (рис. 164). В таких случаях говорят о второй степени чистоты влагалищного

секрета. В некоторых случаях в мазках влагалищного секрета палочки совсем отсутствуют, но зато имеются в избытке другие микроорганизмы — стрепто- и стафилококки, диплококки и др. — это третья степень чистоты влагалищного секрета (рис. 165). Исследование выделений из влагалища позволяет иногда обнаружить в них возбудителей заболевания. Так, например, при гоноррее в мазках может быть найден гонококк, при трихомонадном кольпите — возбудители этого заболевания.

Расстройства менструаций и кровотечения нередко появляются при ряде гинекологических заболеваний.

При расспросе гинекологической больной надо подробно выяснить, какой характер имеет нарушение менструаций или характер имеющихся кровотечений.

Главнейшие из них следующие:

1) ранняя менструация, когда первые месячные приходят в 8—10-летнем возрасте и раньше;

2) запоздалые менструации, когда первые месячные появляются в 17—18-летнем возрасте и старше;

3) аменоррея — полное отсутствие менструации в течение более или менее длительного срока;

4) гипоменоррея — менструация приходит в срок, но количество теряемой крови очень незначительно;

5) меноррагия — менструация приходит своевременно, однако кровопотеря очень велика; если обычно во время менструации женщина теряет не более 100 мл крови, то при меноррагии количество теряемой крови доходит до 200 мл и более;

6) дисменоррея — менструация сопровождается значительными болями; иногда боли появляются за 1—2 дня до менструации, а затем прекращаются; в других случаях боли продолжаются и в период менструации;

7) метроррагия — кровотечение, не связанное с менструацией. Оно может появиться в любое время между менструациями, а также в период менопаузы, когда менструации отсутствуют. Количество теряемой крови при метроррагии может быть различным. Иногда кровавистые выделения бывают незначительными, в других случаях кровотечение бывает очень обильным, угрожающим жизни больной.

Помимо всего перечисленного, следует выяснить, нет ли каких-либо жалоб со стороны других органов и

систем, так как это поможет выяснить характер гинекологического заболевания.

При собирании анамнеза нельзя ограничиться выяснением, какие жалобы имеются у больной. Следует самым подробным образом установить, когда и при каких обстоятельствах началось заболевание и как оно развивалось. Надо также выяснить, обращалась ли уже больная к врачу по поводу данного заболевания, что у нее находили, какое проводилось лечение и результат его. По окончании расспроса больной переходят к объективному исследованию.

2. Объективное исследование гинекологической больной

Исследование гинекологической больной начинают с общего наружного осмотра. Затем переходят к обследованию состояния органов кровообращения, дыхания, пищеварения, мочеотделения, нервной системы. Наконец, приступают к гинекологическому исследованию.

В необходимых случаях производятся лабораторные анализы: анализ мочи, крови и др.

Непосредственно перед гинекологическим исследованием больная должна помочиться, а если у нее имеются запоры, то заранее ставят очистительную клизму. При сильном загрязнении наружных половых органов выделениями или кровью производится подмывание их теплой кипяченой водой.

Исследование живота состоит из осмотра, ощупывания и перкуссии. Женщина должна лежать на спине на кушетке или кровати.

При осмотре обращают внимание на форму живота, нет ли вздутия или, наоборот, западения, нет ли выпячивания в какой-либо области. Обращают внимание на наличие рубцов и пигментации на коже живота.

Далее переходят к ощупыванию живота. Вначале производится более поверхностное ощупывание обеими руками, положенными плашмя на живот (рис. 166), затем переходят к более глубокой пальпации живота одной рукой (рис. 167). При ощупывании определяется состояние брюшной стенки, место болезненности, определяется наличие опухолей, их граница и консистенция. По окончании ощупывания производится перкуссия.

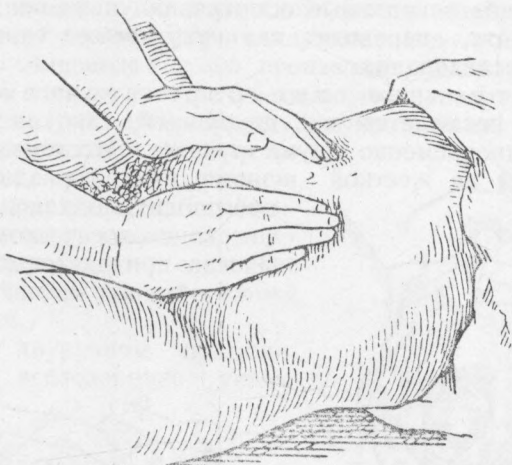


Рис. 166. Ощупывание живота двумя руками.

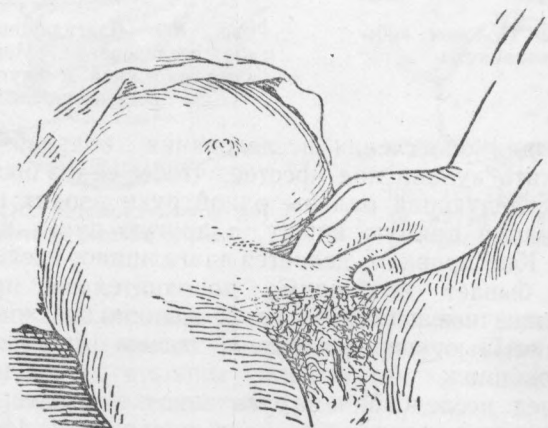


Рис. 167. Глубокое ощупывание живота одной рукой.

Она позволяет определить границу имеющейся опухоли и наличие в брюшной полости какой-либо жидкости.

Получив все данные осмотра, ощупывания и перкуссии живота, переходят к внутреннему гинекологическому исследованию.

Внутреннее гинекологическое исследование называется еще двуручным, так как производится одновременно двумя руками. Исследование производится на жесткой кушетке, но гораздо удобнее производить его на специальном гинекологическом кресле. Иногда приходится исследовать и на обычной кровати. В таком



Рис. 168. Половые губы раздвинуты

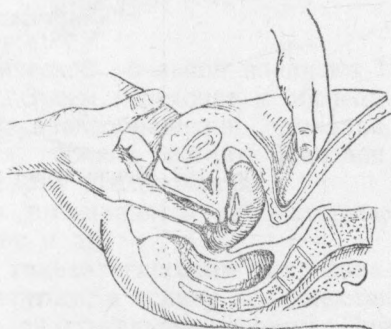


Рис. 169. Влагалищное двуручное исследование. Между пальцами наружной и внутренней руки прощупывается матка.

случае для облегчения исследования больная должна подложить кулаки под крестец, чтобы ее таз был приподнят. Исследующий пальцы одной руки вводит во влагалище или в прямую кишку, а другую руку кладет на живот. Как правило, делается влагалищное исследование; иногда бывает необходимо дополнительно произвести прямокишечное исследование. У женщин, не живших половой жизнью, производится только прямокишечное исследование.

Перед исследованием руки моют с мылом, обычно после этого надевают стерильные перчатки. Исследование производится следующим образом.левой рукой раздвигают половые губы и осматривают вход во влагалище (рис. 168). Затем указательный или указатель-

ный и средний палец правой руки вводят во влагалище вплоть до шейки матки, определяют состояние влагалища, его сводов и влагалищной части шейки матки. После этого левую руку кладут на низ живота над лонным сочленением и ею производят надавливание на брюшную стенку навстречу пальцам, находящимся во влагалище (рис. 169). Между двумя руками прощупывается матка, определяется ее положение, величина, консистенция, подвижность, болезненность. Затем справа и слева от матки определяют состояние труб, яичников, околоматочной клетчатки.

При двуручном прямокишечном исследовании указа-

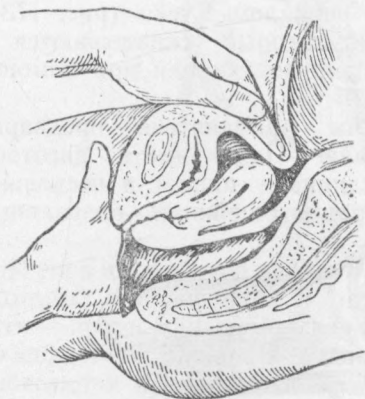


Рис. 170. Прямокишечное двуручное исследование.

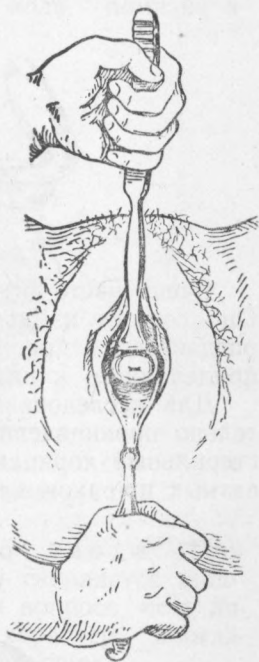


Рис. 171. Осмотр шейки матки и влагалища при помощи зеркала.

тельный палец правой руки в резиновом напальчнике или в перчатке вводят в прямую кишку. Левую руку располагают со стороны живота так же, как и при влагалищном исследовании (рис. 170).

Исследование при помощи зеркал. Для того чтобы осмотреть, в каком состоянии находится влагалищная часть шейки матки и слизистая влагалища, пользуются исследованием при помощи зеркал. Назна-

Чение зеркал состоит в том, чтобы развести стенки влагалища и сделать доступным осмотру шейку матки и влагалище (рис. 171). Зеркала бывают различных видов. Одно из них изображено на рис. 172. Во влагалище вводят два зеркала: сначала вводят зеркало со стороны промежности (заднее), затем со стороны лонного сочленения (переднее).

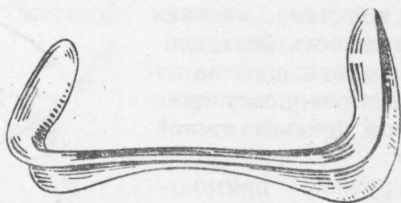


Рис. 172. Влагалищное зеркало

Очень часто пользуются зеркалом Куско (рис. 173). Оно состоит из двух ложек, которые складываются и раздвигаются при нажиме на рукоятки или при помощи приделанного к ним винта.

Для исследования должны применяться предварительно прокипяченные зеркала. Надо иметь наготове стерильный корнцанг или длинный пинцет и несколько ватных шариков для вытирания шейки и влагалища.

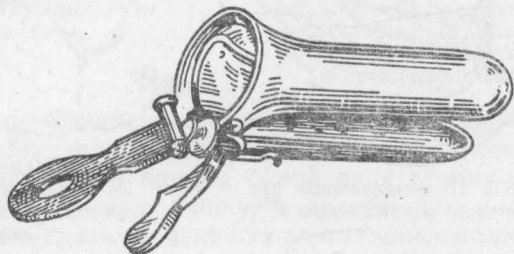


Рис. 173. Влагалищное зеркало Куско.

Зондирование матки. Зондирование матки производится для того, чтобы выяснить, какова длина ее полости, нет ли в ней каких-либо опухолей или повреждений.

Для зондирования необходимо сначала раскрыть влагалище зеркалами, обработать его и шейку матки спиртом и 5% настойкой йода. Затем шейку захватывают

пулевыми щипцами и низводят ко входу во влагалище. После этого через наружное отверстие канала шейки осторожно вводят зонд вплоть до дна матки — обследуют ее полость.

Для зондирования матки необходимо подготовить стерильные инструменты: 2 влагалищных зеркала, 2 пары пулевых щипцов, маточный зонд и корнцанг. Помимо того, нужен спирт, 5% настойка йода, помазки и несколько ватных шариков.

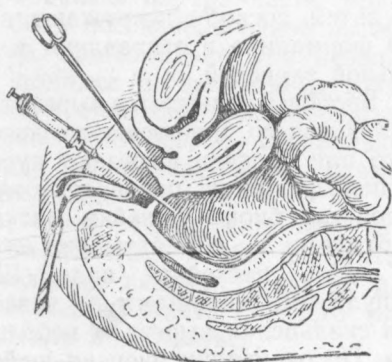


Рис. 174. Пункция заднего свода

Пункция (прокол) заднего свода. При некоторых заболеваниях в малом тазу скопляется жидкость — кровь или гной. Для выяснения вопроса, есть ли в малом тазу жидкость и какой ее характер, иногда прибегают к пункции заднего свода влагалища.

Для того чтобы сделать пункцию заднего свода, необходимо вначале произвести подготовку к ней так же, как при зондировании. Затем берут шприц вместимостью 5 мл с длинной и толстой иглой. Иглу вкалывают в задний свод. Поршень вытягивают и в шприц насаживается имеющаяся в малом тазу жидкость. Если жидкости там нет, то при вытягивании поршня шприц остается пустым. Таким образом, выясняют, имеется ли в малом тазу жидкость и какой ее характер (рис. 174).

Для пункции заднего свода необходимо приготовить следующие стерильные инструменты: 2 влагалищных зеркала, пулевые щипцы, шприц 5 мл с длинной тол-

стой иглой и корнцанг. Кроме того, надо иметь спирт, 5% настойку иода, помазки и ватные шарики.

Выскабливание полости матки. Для микроскопического исследования слизистой матки в некоторых случаях производится пробное выскабливание ее полости. Выскабливание производится небольшой кюреткой после предварительного расширения шейки матки расширителями так же, как это делается при операции искусственного выкидыша: Полученный при выскабливании соскоб собирают в кусочек марли, промывают, чтобы отмыть кровь, затем соскоб погружают в баночку с 10% раствором формалина и отправляют в лабораторию с сопроводительной запиской.

Б и о п с и я. Биопсией называется вырезывание кусочка ткани для последующего микроскопического исследования. Чаще всего при биопсии вырезают кусочек из шейки матки при подозрении на раковое заболевание.

Для производства биопсии шейки матки влагалище раскрывают зеркалами и обрабатывают его и шейку матки спиртом и 5% настойкой иода. Шейку матки захватывают пулевыми щипцами и низводят. Затем ножницами или скальпелем вырезают небольшой кусочек ткани из матки. По окончании биопсии шейку матки обрабатывают 5% настойкой иода.

Кровотечения после биопсии, как правило, не бывает. Если имеется умеренное кровотечение, то влагалище тампонируют бинтом, оставляя снаружи конец его. Тянув за него, нужно удалить тампон через 12 часов. Только в очень редких случаях кровотечение бывает столь значительным, что требуется наложение кетгутовых швов.

Для производства биопсии необходимо подготовить следующие стерильные инструменты: 2 влагалищных зеркала, пулевые щипцы, корнцанг, острые ножницы или скальпель. Надо иметь также спирт, 5% настойку иода, помазки и ватные шарики. На случай кровотечения следует иметь наготове стерильный бинт для тампонации влагалища, иглодержатель, две круглых иглы и кетгут. Кусочек вырезанной ткани кладут в 10% раствор формалина и отправляют в лабораторию с сопроводительной запиской.

Приготовление мазков выделений из половых органов. Для микроскопического исследо-

вания обычно берут выделения из трех мест: из мочеиспускательного канала, из шейки матки и из заднего свода влагалища. Перед взятием мазков надо подготовить три предметных стекла, хорошо вымытых, протертых спиртом или эфиром и высушенных. Специальным карандашом пишут на одном стекле букву У, что обозначает — уретра (мочеиспускательный канал), на другом стекле — букву Ш — шейка, на третьем — букву В — влагалище,

Можно все три мазка нанести на одно стекло, разделенное карандашом на три части, причем каждая из них должна быть обозначена одной из букв — У, Ш, В.

Кроме того, готовят три небольших стерильных ватных помазка на длинной и тонкой деревянной палочке или три стерильных желобоватых зонда.

Очень удобно брать мазки специальной платиновой петлей, которая прокаливается на пламени спиртовки перед взятием каждого мазка.

Женщина, у которой должны быть взяты мазки, не должна с утра мочиться, чтобы не смыть выделений из мочеиспускательного канала. Накануне и в день взятия мазка она не должна иметь полового сношения, делать спринцевания или подмываться.

Женщина для взятия мазка должна быть помещена на гинекологическое кресло. Вначале левой рукой разводят большие и малые половые губы и правой рукой вводят ватку помазка или кончик желобоватого зонда в отверстие мочеиспускательного канала. Затем ватку извлекают и ею наносят тонкий мазок величиной приблизительно с 20-копеечную монету на стекло с буквой У.

После этого влагалище раскрывают зеркалами и облажают шейку матки. Взяв другой помазок или зонд, берут выделения из наружного отверстия канала шейки матки и наносят такой же мазок на стекло с буквой Ш.

Третьим помазком или зондом берут выделения из заднего свода влагалища и наносят мазок на стекло с буквой В.

Мазкам дают хорошо просохнуть на воздухе и, написав сопроводительную записку, направляют в лабораторию для микроскопического исследования.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Из всех многочисленных гинекологических заболеваний чаще всего встречаются следующие:

- 1) расстройства менструального цикла;
- 2) неправильные положения половых органов;
- 3) воспалительные заболевания;
- 4) опухолевидные образования и истинные опухоли (новообразования);
- 5) травмы половых органов.

1. Расстройства менструального цикла

К этой группе заболеваний относятся различные виды расстройств менструаций: аменоррея, гипоменоррея, меноррагия, дисменоррея и др.

Причины расстройств менструаций довольно разнообразны. Как уже известно, менструальный цикл находится в тесной зависимости от циклических изменений в яичнике. Яичник в свою очередь функционирует в тесной зависимости и связи с другими органами, являясь частью целостного организма женщины. Деятельность же всех органов находится под регулирующим влиянием центральной нервной системы, ее высшего отдела — коры головного мозга.

Нарушения менструаций могут быть связаны с нервно-психическими переживаниями. К их числу относится аменоррея военного времени, когда у многих женщин в течение длительного срока менструации отсутствовали.

Расстройства менструаций могут наблюдаться при воспалительных заболеваниях, при опухолях матки и ее придатков.

Они наблюдаются нередко и при других заболеваниях (болезни органов дыхания, кровообращения, почек и пр.). В таких случаях излечение больных этими заболеваниями приводит к восстановлению нормальных менструаций.

При лечении больных с расстройством менструаций огромное значение имеет общее укрепляющее лечение и соблюдение соответствующего режима. Наряду с этим, применяются различные препараты желез внутренней секреции, особенно яичника (оварин, синэстрол, прогестерон, прегнин), гипофиза (питуитрин) и молочной железы (маммин).

2. Неправильные положения половых органов

Неправильное положение матки. Чаще всего встречаются перегибы матки кзади (*retroversio — flexio uteri*). Нередко причиной такого неправильного положения матки являются перенесенные в прошлом воспалительные процессы придатков матки и брюшины малого таза. В результате их образуются соединительно-тканые спайки и сращения, которые изменяют положение матки.

Смещение матки, перегиб ее кзади нередко сопровождаются болью в области крестца и поясницы, бесплодием. Лечение требуется длительное. Применяются средства, рассасывающие спайки, гинекологический массаж, физиотерапия и грязелечение.

Опущение влагалища (*descensus vaginae*). Это заболевание возникает обычно в связи с нарушением целостности тазового дна, когда разрыв промежности, образовавшийся во время родов, не был зашит. При этом внутренние половые органы лишаются поддержки со стороны тазового дна и начинают опускаться.

Опущению влагалища способствует тяжелая физическая работа. После того, как опущение стенок влагалища достигает известной степени, начинается опущение и матки. Может даже образоваться выпадение влагалища и матки (*prolapsus uteri et vaginae*). Влагалище при этом выворачивается. Влагалищная часть шейки матки оказывается снаружи. Внутри выпавшего влагалища находится матка. На стенке влагалища и шейке нередко появляются изъязвления (рис. 175).

При опущении влагалища и матки у больных появляется особое чувство давления на низ. По мере развития опущения появляются боли, учащенное мочеиспускание, запоры. Во время осмотра больной можно пальцем на месте бывшего разрыва промежности, половая

щель бывает приоткрыта и видна опускающаяся передняя или задняя стенка влагалища. При натуживании больной опущение увеличивается.

Лечение больных с спущениями и выпадениями влагалища и матки почти исключительно оперативное. Восстановление целостности поврежденного тазового дна и некоторые другие операции дают хороший результат.

Основной мерой для предупреждения опущений влагалища и матки является зашивание разрывов промежности, образовавшихся во время родов.

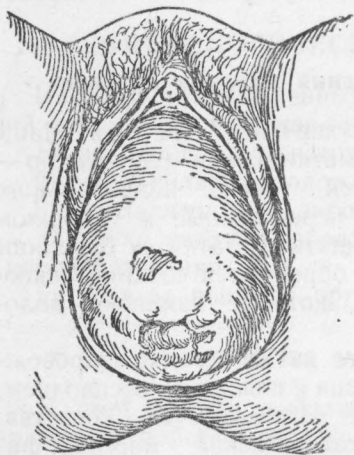


Рис. 175. Выпадение влагалища и матки. На стенке влагалища и на шейке матки изъязвления.

3. Воспалительные заболевания

Воспалительные процессы в половых органах — это наиболее часто встречающиеся гинекологические заболевания.

Причиной воспалительных процессов является внедрение инфекции в половые органы. Возбудителями вос-

палительных процессов могут быть различные микроорганизмы: стрепто- и стафилококки, гонококки, туберкулезные палочки и др.

Инфекция может быть занесена в половые органы различными путями. Иногда она заносится в результате нарушений женщиной личной гигиены. Часто инфекция проникает в половые органы при криминальном аборте, когда вмешательство производится грязными руками и инструментами. Внесение инфекции возможно при гинекологическом исследовании, при оказании акушерского пособия во время родов, при операциях и при уходе за больной, если не соблюдается асептика и антисептика.

В отдельных случаях инфекция может быть занесена в половые органы током крови из других мест, например, из миндалин, кариозных зубов, из легких и т. д.

Воспалительный процесс может возникнуть в различных отделах половых органов. В некоторых случаях болезнетворные микробы, попав во влагалище, проникают через шейку в матку, оттуда в трубы и даже в брюшную полость. Таким образом, в воспалительный процесс могут быть вовлечены все половые органы женщины. Распространение инфекции может происходить также по кровеносным и лимфатическим путям.

Вульвит (vulvitis) — воспаление наружных половых органов и входа во влагалище. Это заболевание встречается у взрослых женщин и у детей обычно при нечистоплотном содержании половых органов.

Появляется зуд, чувство жжения при мочеиспускании. Слизистая входа во влагалище отечная, покрасневшая, болезненная при дотрагивании.

Лечение состоит в подмывании половых органов слабыми дезинфицирующими растворами.

Бартолинит (bartholinitis) — воспаление бартолиновой железы. Инфекция проникает в железу через ее выводной проток. Железа припухает, становится болезненной. Нередко в полости железы скопляется гной.

Лечение в начале заболевания заключается в покое, прикладывании льда к наружным половым органам. Если образуется скопление гноя, то необходимо оперативное вмешательство — разрез или удаление нагноившейся железы.

Кольпит (colpitis) — воспаление влагалища. Признаками заболевания являются боли внизу живота и появление белей, нередко резь при мочеиспускании. При осмотре влагалища при помощи зеркал слизистая оболочка его выглядит покрасневшей, набухшей, иногда местами немного кровоточит.

Особенно часто встречается кольпит, вызываемый простейшими, так называемыми трихомонадами (рис. 176). Они заносятся в половые органы при купании в загрязненных водоемах, спринцеваниях некипяченой водой. При коль-

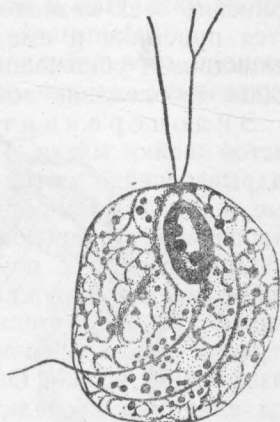


Рис. 176. Трихомонада под микроскопом.

лите, вызванном трихомонадами, появляются обильные жидкие, пенистые зеленовато-желтые бели. Они вызывают зуд, жжение и раздражение кожи наружных половых органов и соседних участков. При микроскопическом исследовании выделений в них находят трихомонад.

При лечении больных трихомонадным кольпитом от большой требуется большая аккуратность и точное выполнение всех назначений врача. Для лечения применяются присыпки и смазывания влагалища различными веществами, убивающими трихомонад. Не излеченное до конца заболевание вскоре возобновляется.

Эндоцервицит (endocervicitis) — воспаление слизистой шейки матки. Развитию заболевания способствуют надрывы шейки матки во время родов и аборт. Больные жалуются на боли внизу живота и бели. Нередко эндоцервицит сопровождается бесплодием.

При осмотре с помощью зеркал видны надрывы на шейке матки, наружный зев окружен красной отечной тканью, из него стекает слизисто-гнойное отделяемое. Нередко при эндоцервицитах на шейке образуются так называемые эрозии. Они представляют собой измененную под влиянием воспалительного процесса слизистую оболочку влагалищной части шейки матки. Эрозии имеют яркокрасный цвет, размеры и форма их различны. Эрозии нередко неправильно называют язвами.

Лечение больных эндоцервицитами заключается в спринцевании слабыми дезинфицирующими растворами, вкладывании во влагалище тампонов, пропитанных лекарственными веществами, прижигании канала шейки матки и эрозий. При значительных разрывах шейки матки необходимо оперативное лечение — зашивание разрыва и восстановление целостности канала шейки матки.

Эндометрит (endometritis) — воспаление слизистой оболочки матки. Это заболевание возникает при проникновении болезнетворных микробов в полость матки.

Признаками эндометрита являются боли внизу живота, нарушение менструаций, кровотечения, бели. Острый эндометрит сопровождается нарушением общего состояния женщины и повышенной температурой.

Лечение в остром периоде заключается в постельном режиме, применении холода на низ живота, назначении сульфаниламидных препаратов и пенициллина. В дальнейшем применяется главным образом физиотерапия

Аднексит (adnexitis) — воспаление придатков матки. Чаще всего это заболевание возникает в результате проникновения инфекции из матки в придатки.

Заболевание в остром периоде сопровождается ухудшением самочувствия и общего состояния, высокой температурой. Беспокоят сильные боли в области крестца, поясницы и внизу живота, нередко кровотечения. Воспалительный процесс может захватить и клетчатку малого таза — возникает параметрит (parametritis).

По мере стихания острого воспалительного процесса аднексит переходит в хроническую форму. Температура

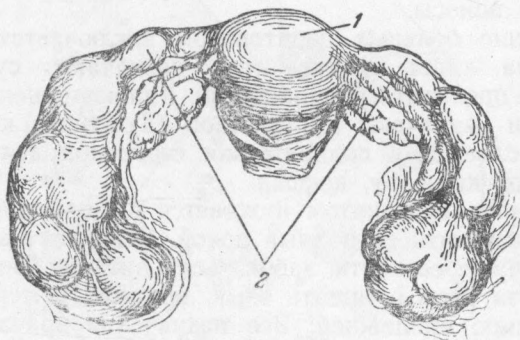


Рис. 177. Скопление гноя в маточных трубах
1 — матка; 2 — маточные трубы.

становится нормальной, боли уменьшаются, кровотечения прекращаются. При аднексите возможно образование в одной или обеих трубах серозного или гнойного выпота. В таких случаях придатки бывают значительно увеличены, иногда до размера кулака и больше (рис. 177).

При хроническом аднексите возможны обострения процесса, особенно после переутомления, тяжелой физической работы и охлаждения тела.

Лечение больных острым аднекситом заключается в полном покое, применении холода на низ живота; назначаются сульфаниламидные препараты и пенициллин. При хроническом аднексите применяется физиотерапия. Иногда прибегают к оперативному удалению труб.

Перитонит (peritonitis) — воспаление брюшины. Перитонит возникает в результате проникновения инфекции в брюшную полость. Иногда воспалительный процесс не распространяется за пределы брюшины, покрывающей

органы малого таза. В других случаях он распространяется по всей брюшине.

Ограниченный перитонит протекает легче, чем разлитой. Однако и та и другая форма заболевания протекает обычно при общем тяжелом состоянии больной и опасна для ее жизни.

Начало перитонита бывает острое. Тяжелое общее состояние, озноб, высокая температура, сухой обложенный язык, рвота — все это почти постоянные признаки начинающегося перитонита. Живот крайне болезнен, вздут или, наоборот, запавший. Нередко появляются септические поносы.

Лечение больных перитонитом заключается в полном покое, на живот кладут лед, назначают сульфаниламидные препараты и пенициллин. Для возмещения потери жидкости назначают 5% раствор глюкозы в количестве 1 л и более. Для поддержания сердечной деятельности назначают камфору, кофеин.

Больная перитонитом нуждается в тщательном уходе. Надо обеспечить ей полный покой. Если нет рвоты, то следует чаще ее поить, заботиться о питании. Необходимо следить за ртом, очищать язык, принимать меры к предупреждению пролежней. Все назначения врача должны строго выполняться.

Гоноррея женских половых органов возникает в случае попадания гонорройной инфекции в половые органы женщины при половом сношении с мужчиной, больным гонорреей. Однако бывают случаи, хотя и редко, внеполового заражения гонорреей. При этом инфекция вносится при спянье на одной кровати, при пользовании предметами женской гигиены — наконечниками, тазиками, губками, полотенцами и т. д., которые употребляются женщиной, больной гонорреей.

Возбудитель гонорреи — гонококк, представляет собой парный кокк (диплококк) и имеет бобовидную форму (рис. 178). Гонококки — малоустойчивые микроорганизмы. При высыхании выделений из половых органов, содержащих гонококков, они погибают в течение первых суток.

Гонококки при половом сношении могут попасть на наружные половые органы, в мочеиспускательный канал, во влагалище и в наружное отверстие канала шейки матки. Обычно на слизистой оболочке мочеиспускатель-

ного канала, шейки матки гонококки начинают быстро размножаться. Через 2—4 дня появляются признаки острого воспалительного процесса в этих отделах половых органов. Больные чувствуют жжение и резь при мочеиспускании, которое становится учащенным, появляются гнойные бели. Если в это время взять мазки выделений и исследовать их под микроскопом, то в них легко можно обнаружить гонококков.

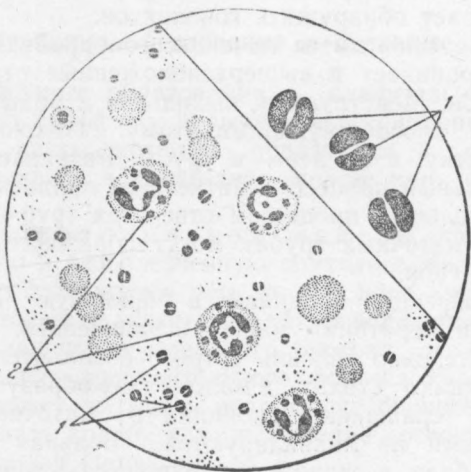


Рис. 178. Гонококки в мазках выделений из половых органов.

1 — гонококки; 2 — гонококки внутри лейкоцитов.

Если не проводится соответствующего лечения, то обычно через 2—4 недели явления острого воспаления стихают. Однако выздоровления не наступает, и женщина может заразить другое лицо гонореей. В результате поражения желез около отверстия мочеиспускательного канала, слизистой оболочки шейки матки могут сохраниться очаги инфекции, которые не сопровождаются почти никакими внешними признаками заболевания. В мазках выделений теперь можно и не обнаружить гонококков. После полового сношения, во время менструаций, вследствие употребления спиртных напитков,

охлаждения тела может наступить обострение воспалительного процесса.

Для выявления хронической, скрыто протекающей гонорреи различными методами вызывают обострение воспалительного процесса (провокация). В результате этого в выделениях бывает легче найти гонококков. Так, например, производят смазывание канала шейки матки, слизистой мочеиспускательного канала раствором ляписа. Через несколько часов после этого в выделениях можно бывает обнаружить гонококков.

Если не проводится лечения, гонорройная инфекция нередко проникает в вышерасположенные отделы половых органов. Менструации, выкидыши и роды являются факторами, способствующими этому. Гонококки проникают в матку, а из нее — в трубы. Развивается острый воспалительный процесс в матке и ее придатках. В связи с гнойным процессом отверстия труб часто закрываются, в маточных трубах могут образоваться большие скопления гноя.

Если инфекция проникает в брюшную полость, то развивается перитонит, чаще ограниченный (в малом тазу). Постепенно явления острого воспалительного процесса начинают стихать, в малом тазу образуются многочисленные сращения; гнойники в маточных трубах долгое время не ликвидируются. Больная постоянно чувствует боли в животе, нарушается менструальный цикл, выделяются бели, наступает бесплодие. Воспалительный процесс часто обостряется, и больная в течение нескольких недель должна находиться в постели. Так протекает гоноррея у женщин, если у них не проводилось соответствующего лечения.

Лечение больных гонорреей заключается в назначении сульфаниламидных препаратов и пенициллина.

Иногда бывает целесообразно воздействовать непосредственно на слизистую канала шейки матки и мочеиспускательного канала рядом медикаментозных средств. Применяются обильные промывания мочеиспускательного канала раствором марганцовокислого калия, вливания в него раствора ляписа, протаргола. Производятся смазывания канала шейки матки раствором ляписа или настойкой йода.

В течение не менее 3 месяцев после окончания лечения за женщиной должно вестись наблюдение. За это

период несколько раз производится исследование выделений после предварительной провокации и после менструации. Если никаких признаков гонорреи не обнаруживается, то можно считать, что наступило излечение.

Для того чтобы предупредить распространение гонорреи, следует выяснить, от кого произошло заражение, и подвергнуть этого человека лечению. Нередко приходится обследовать членов семьи, чтобы выяснить, не больны ли они гонорреей.

4. Опухолевидные образования и истинные опухоли

Опухолевидные образования в значительной части представляют собой так называемые ретенционные кисты, т. е. такие кисты, которые образуются в результате скопления секрета в какой-либо железе или фолликуле яичника.

Киста бартолиновой железы представляет собой мягкую и безболезненную опухоль с жидким содержимым. Это содержимое есть не что иное, как секрет железы, который не может выделяться вследствие того, что произошла закупорка выводного протока в результате существовавшего воспалительного процесса. Увеличиваясь, эта киста может вызывать неприятные ощущения у больной, затруднять ходьбу и т. д. Лечение состоит в оперативном удалении кисты.

Кисты желез слизистой оболочки шейки матки, называемые еще наботиевыми пузырьками (ovula Nabothii), образуются обычно на влагалищной части шейки матки на месте эрозий. Возникают они также в результате закупорки выводного протока желез шейки матки.

Кисты эти нередко множественные, величиной с горошину, обнаруживаются при влагалищном исследовании и при осмотре шейки с помощью зеркал. Лечение заключается в проколе кист.

Слизистый полип шейки матки—образование величиной с горошину или с вишню, которое спускается во влагалище через наружный зев шеечного канала. Он представляет собой разросшуюся в результате воспалительного процесса слизистую оболочку канала шейки матки. Внутри полипа часто имеется полость, наполненная слизистым содержимым.

Полип шейки матки обнаруживается при влагалищном исследовании и осмотре шейки с помощью зеркал. Всякий обнаруженный полип должен быть удален и направлен для гистологического исследования. В отдельных случаях в нем могут быть обнаружены элементы раковой опухоли.

Фолликулярная киста (cystis follicularis) представляет собой опухоль яичника величиной обычно не больше куриного яйца. Стенки кисты тонкие и через них может даже просвечивать содержимое. Фолликулярная киста яичника образуется вследствие того, что развившийся фолликул не лопнул, а количество жидкости в нем постепенно увеличилось и стенки его растянулись.

Фолликулярная киста яичника нередко совершенно ничем не дает о себе знать и обнаруживается случайно при исследовании.

Киста должна быть удалена путем операции. Оставлять ее опасно, так как при исследовании больной не всегда можно отличить фолликулярную кисту от начинающегося рака яичника.

В отличие от опухолевидных образований истинные опухоли (новообразования) растут за счет размножения—образования новых клеток. Опухоли принято делить на доброкачественные и злокачественные.

Доброкачественные опухоли растут довольно медленно.

Злокачественные опухоли, наоборот, обычно растут быстро. Их отличие от доброкачественных состоит еще в том, что они прорастают в глубину тканей органа, в котором они образовались, и в смежные с ним органы. Нередко клетки злокачественной опухоли отрываются и переносятся током крови или лимфы в органы, далеко расположенные от основной опухоли, например, в легкие, печень, почки, мозг и т. д. Такие переносы клеток называются метастазами. В том органе, куда были занесены эти клетки, начинается тот же рост злокачественной опухоли. Больная значительно истощается, в конечном итоге наступает смерть. Злокачественные опухоли состоят или из эпителиальных, или из соединительнотканых клеток. Первые называются раком, вторые — саркомой.

Разделение опухолей на доброкачественные и злокачественные не всегда возможно. Опухоль вначале может

быть доброкачественной, а затем превратиться в злокачественную. Этот переход далеко не всегда может быть установлен своевременно при исследовании больной. Окончательное решение вопроса, какая опухоль — доброкачественная или злокачественная, возможно при помощи гистологического исследования ее после удаления.

Опухоли, как доброкачественные, так и злокачественные, могут развиваться в любом отделе половых органов женщины. Ниже будут описаны наиболее часто встречающиеся опухоли.

Фибромиома матки (fibromyoma uteri) — доброкачественная опухоль, состоящая из мышечных и соединительнотканых клеток. Фибромиома может расти снару́жи матки и располагаться под брюшинным ее покровом. В таких случаях она называется *субсерозной*. Фибромиома может развиваться и в толщине стенки матки. Эта форма фибромиомы называется *интерстициальной*. Наконец, опухоль может расти в направлении полости матки под ее слизистой оболочкой, причем последняя выпячивается и истончается, — *субмукозная* фибромиома (рис. 179).

Опухоль может состоять из одного узла; иногда же развивается несколько узлов фибромиомы (рис. 180). Такие опухоли могут достигать значительной величины, в этих случаях они выходят за пределы малого таза и прощупываются через брюшную стенку в виде плотного, безболезненного, гладкого или бугристого образования.

Фибромиомы сами по себе не вызывают болей. Больные с небольшой опухолью могут даже и не знать о ее существовании. Когда фибромиома достигнет значительной величины, она начнет давить на соседние органы, в связи с чем и появляются боли.

Если опухоль растет субмукозно, то обычно появляются кровотечения. Они бывают связаны с менструациями, которые становятся продолжительными и очень обильными. Но нередко и в межменструальном промежутке наступают более или менее длительные и обильные кровотечения. Все это может привести больную к малокровию, общее состояние ее значительно ухудшается. Неотложная помощь при сильных кровотечениях состоит в том, что больную укладывают в постель, на низ живота кладут пузырь со льдом. Внутримышечно впрыскивают 2 мл эрготина, 1 мл питуитрина. При очень сильных

кровотечениях приходится применять прижатие брюшной аорты, тампонацию влагалища.

Интерстициальные фибромиомы также могут сопровождаться кровотечениями. Если опухоль расположена субсерозно, то кровотечения обычно не бывает.

Фибромиомы чаще появляются после 35 лет.



Рис. 179. Три разновидности роста фибромиом.

а — субсерозная фибромиома; б — интерстициальная фибромиома; в — субмукозная фибромиома.



Рис. 180. Четыре узла фибромиомы различной величины

С наступлением менопаузы фибромиома начинает уменьшаться в размерах. Если она была небольшой, то нередко опухоль полностью исчезает.

Лечение больных фибромиомой довольно разнообразно. Выбор способа лечения зависит от величины опухоли, от того, имеются ли боли, кровотечения, от возраста больной и т. д.

В некоторых случаях достаточно применить медикаментозное лечение, в других назначают рентгенотерапию, а иногда требуется оперативное удаление опухоли.

Довольно редко фибромиома превращается в злокачественную опухоль — саркому. Основным признаком превращения опухоли из доброкачественной в злокачественную является ее быстрый рост. Поэтому каждая больная даже с небольшой фибромиомой должна быть под систематическим наблюдением врача.

Киста яичника (*cystoma ovarii*) образуется вследствие размножения эпителиальных клеток. В этом ее отличие от фолликулярной кисты, когда опухоль образуется за счет растяжения фолликула жидкостью, а не

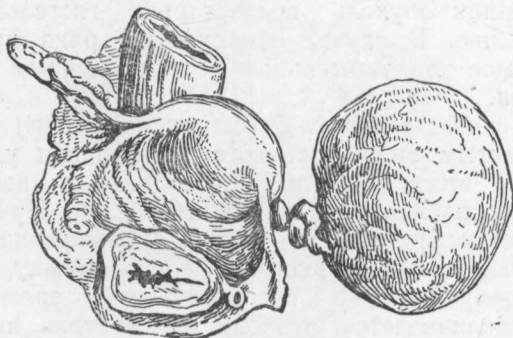


Рис. 181. Киста левого яичника с пере­крутом ножки.

за счет размножения новых клеток. Кистомы растут обычно на более или менее длинной ножке, в которой проходят кровеносные сосуды, питающие опухоль. Опухоль имеет внутри одну или несколько полостей, которые заполнены желтоватого цвета прозрачной жидкостью или студенистой массой.

Величина опухоли и быстрота ее роста бывают различными. Иногда за несколько месяцев киста достигает больших размеров и заполняет большую часть брюшной полости.

Небольшие кистомы могут не давать никаких расстройств и только с ростом опухоли возникают боли вследствие давления ее на соседние органы.

Ножка даже и небольшой по размеру кистомы может перекрутиться (рис. 181). Перекрут ножки прекращает доступ крови к опухоли и начинается ее омертвление. Все это сопровождается крайне тяжелыми явлениями — сильнейшей болью в животе, вздутием его, рвотой, тяжелым

общим состоянием. Нередко в результате перекрута развивается перитонит.

Помимо этого опасного осложнения, приходится иметь в виду, что некоторая часть кистом уже с самого начала дает злокачественный рост, т. е. является раком яичника. Возможно и перерождение доброкачественной опухоли в злокачественную. Распознать характер опухоли при гинекологическом исследовании не всегда удается; поэтому принято всякую опухоль яичника удалять оперативным путем.

Удаленная опухоль подвергается гистологическому исследованию. В случае обнаружения рака проводится необходимое дополнительное лечение лучами Рентгена или радия.

Рак шейки матки (*cancer colli uteri*) является самым частым видом ракового заболевания у женщин.

Начало этого тяжелого заболевания выражается лишь в появлении незначительных белей. При осмотре шейки матки при помощи зеркал можно увидеть на ней небольшую, иногда бугристую раковую язвочку, похожую по внешнему виду на воспалительную эрозию. Она быстро увеличивается, углубляется в ткань шейки или же на ней появляются бугристые разрастания (рис. 182). Прикосновение к язвочке влечет за собой появление кровяных выделений с ее поверхности. Нередко кровяные выделения появляются после полового сношения. Они могут появиться и без видимой причины между менструациями, а менструации иногда становятся более продолжительными. Если женщина находится в периоде менопаузы, когда менструации отсутствуют, то появление кровяных выделений почти всегда указывает на начало ракового заболевания.

По мере роста раковой опухоли поверхностные участки ее начинают омертвевать и являются местом, где обильно размножаются гнилостные микроорганизмы. Выделения становятся буроватыми, цвета мясных помоев и имеют резкий гнилостный запах. Одновременно раковые клетки все глубже проникают в здоровые участки тканей, прорастают влагалище, матку и околоматочную клетчатку. Они поражают лимфатические узлы, и вся околоматочная клетчатка вскоре заполняется раковым инфильтратом. В дальнейшем раковая опухоль прорастает в мочевой пузырь и в прямую

кишку, разрушает их стенки, в связи с чем возникают свищи. Образуются метастазы раковых клеток в различные органы. Общее состояние больной становится все более и более тяжелым, она сильно худеет, появляются мучительные боли, и наступает смерть.

Рак шейки матки встречается чаще всего в возрасте от 35 до 45 лет, но иногда заболевают им и совсем молодые и очень старые женщины.

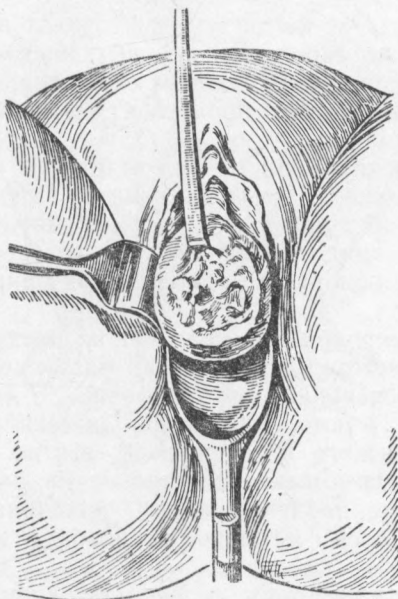


Рис. 182. Рак шейки матки (осмотр шейки матки при помощи зеркала).

Распознавание рака возможно в начале заболевания, если женщина знает о первых его признаках и своевременно обратится за медицинской помощью. Гинекологическое исследование позволяет выявить уже самую начальную степень заболевания. Из подозрительного участка на шейке должен быть вырезан кусочек ткани и подвергнут гистологическому исследованию. Это дает возможность точно выяснить, какой характер имеют язвочки на шейке.

Лечение больных раком шейки матки зависит от степени распространения ракового процесса, возраста больной, ее общего состояния. Применяется и оперативное лечение или лечение лучами Рентгена и радия, которые уничтожают раковые клетки. Нередко вначале удаляют пораженную матку с придатками и окружающей клетчаткой, а затем уже проводится лучевая терапия с целью уничтожения раковых клеток, которые не удалось удалить при операции.

В тех случаях, когда не уничтожены все, даже самые небольшие скопления раковых клеток, через некоторое время наступает возврат заболеваний. Из оставшихся раковых клеток происходит дальнейшее развитие раковой опухоли.

Успех лечения больных раком шейки матки зависит от того, насколько рано оно начато. Поэтому огромное значение в предупреждении этого тяжелого заболевания имеет ряд мероприятий, которые позволяют своевременно обнаружить первые признаки рака шейки матки.

Из этих мероприятий главнейшие следующие: 1) санитарно-просветительная работа, разъяснение сущности ракового заболевания, ознакомление с первыми его признаками; 2) поголовный периодический осмотр всего взрослого женского населения; 3) взятие на учет женщин, у которых имеется подозрение на раковое заболевание, а также наблюдение за женщинами, которые уже подвергались лечению по поводу этого заболевания.

Рак тела матки встречается значительно реже, чем рак шейки матки. Появление болей, кровяных выделений, не связанных с менструациями, являются основными признаками этого заболевания. Матка увеличивается в размере вследствие развития в ней раковой опухоли (рис. 183).

Лечение рака тела матки — оперативное с последующим применением лучей Рентгена и радия.

5. Травмы половых органов

Разрыв девственной плевы и влагалища является наиболее частым видом травмы половых органов женщины. Как известно, девственная плева раз-

рывается при первом половом сношении. Разрыв сопровождается незначительным кровотечением, которое не требует оказания медицинской помощи. Края разрыва зарубцовываются в течение нескольких ближайших дней.

Однако иногда разрыв девственной плевы сопровождается повреждением довольно крупных кровеносных сосудов и распространяется на слизистую оболочку входа во влагалище. В таких случаях кровотечение бывает

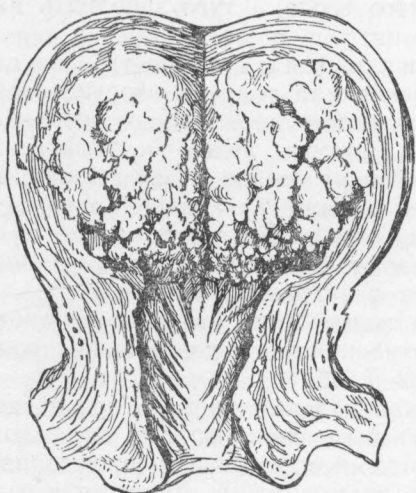


Рис. 183. Рак тела матки (матка представлена в разрезе).

очень значительным. Для остановки его необходимо обшить кровоточащие сосуды и зашить разорвавшуюся слизистую оболочку влагалища. Неотложная помощь при таких кровотечениях заключается в соблюдении больной полного покоя, прикладывании к наружным половым органам пузыря со льдом, обернутого в чистое полотенце. При значительных кровотечениях приходится тампонировать вход во влагалище стерильным марлевым бинтом.

Значительно реже при половом сношении происходят разрывы слизистой в глубине влагалища — в сводах. Такие разрывы могут быть не только при первом половом сношении, но и у женщин, давно живущих половой жизнью. Разрыв сводов влагалища

сопровождается почти всегда значительным кровотечением. При обильном кровотечении после полового сношения женщину необходимо срочно направить в больницу для зашивания разрыва. Место разрыва можно обнаружить только при исследовании с помощью зеркал. Неотложная помощь оказывается так же, как и при кровотечении в связи с разрывом девственной плевы. Если требуется тампонация, то бинт следует вводить глубоко, до влагалищного свода и туго заполнить им все влагалище.

Ушибы наружных половых органов могут быть при падении или ударе и нередко сопровождаются подкожным разрывом кровеносных сосудов. Образуется кровоизлияние, которое ведет к появлению опухоли, увеличивающейся на глазах и вскоре принимающей синеватый цвет. Лечение заключается в полном покое, прикладывании пузыря со льдом на место ушиба. Кровоизлияние может быть очень большим; иногда в месте кровоизлияния развивается нагноение.

Из других видов травм половых органов надо напомнить и о возможности их повреждения при криминальном выкидыше.

Повреждения половых органов при введении инородных тел могут быть очень опасны для жизни. В то же время далеко не всегда такие повреждения могут быть распознаны в первые часы. Даже тяжелые, проникающие в брюшную полость повреждения матки иногда не сопровождаются кровотечением. Однако в результате повреждения через несколько часов развивается воспаление брюшины — перитонит. В связи с этим каждая женщина с криминальным выкидышем должна без промедления быть направлена в больницу.

ЛЕЧЕНИЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Для лечения женщин, страдающих гинекологическими заболеваниями, пользуются различными методами. Все они могут быть разделены на две группы: 1) неоперативные — консервативные, и 2) оперативные — хирургические.

Выбор метода лечения делается врачом на основании всестороннего и подробного обследования больной.

Консервативное лечение может проводиться или в поликлинике, или в стационаре, в зависимости от формы заболевания, состояния больной и от иных условий. Больные, нуждающиеся даже в небольших операциях, как правило, помещаются в стационар.

При лечении гинекологической больной следует помнить, что лечебные мероприятия должны быть направлены на весь организм, так как течение любого процесса в половых органах во многом зависит от общего состояния организма.

Какой бы ни был избран метод лечения и где бы он ни проводился — в поликлинике или в стационаре, большое внимание должно быть уделено состоянию центральной нервной системы больной. Кора головного мозга человека регулирует все процессы, происходящие в организме. Поэтому забота о нормальной функции центральной нервной системы должна быть неотъемлемой частью лечения всякой больной.

Известно, что при изменении окружающей обстановки могут возникнуть изменения в функции коры головного мозга. В связи с этим для больных должен быть создан особый лечебно-охранительный режим. Целью этого режима является благотворное воздействие на нервно-психическое состояние больной. Лечебно-охранительный режим разработан на основе физиологического учения акад. И. П. Павлова и является практическим применением этого учения в лечебной работе.

А. Г. Иванов-Смоленский писал, что И. П. Павлов в своем отношении к больному «...ни на одну минуту не забывал, что перед ним находится живой, часто жестоко страдающий человек. Его подход к больному был всегда проникнут необыкновенной мягкостью, чуткостью и теплотой». Это павловское отношение к больным положено в основу лечебно-охранительного режима и должно выполняться всеми медицинскими работниками.

Совершенно недопустимо невнимательное, грубое отношение к больным. Желательно называть больную по имени и отчеству. Не следует подчеркивать болезненное состояние женщины и называть ее «больная», вести с ней или с другими людьми в присутствии больной разговор о тяжести ее заболевания, возможных осложнениях и т. п. Наоборот, надо вселять в больную уверенность в благоприятный исход заболевания и скорое выздоровление.

Проводя санитарно-просветительную работу, нельзя запугивать слушателей и заставлять их искать у себя несуществующих заболеваний. Бывает, что после неосторожной беседы сестры или врача здоровая женщина начинает находить у себя признаки заболевания раком, сифилисом или какой-либо другой тяжелой болезнью.

Иногда больные боятся исследования, введения зеркала и лечебных мероприятий, как-то: введение катетера, инъекций и т. д. В таких случаях необходимо сначала разъяснить больной, для чего это делается, устранить страх, а затем проводить исследование и лечебные процедуры, причем делать это нужно осторожно, без боли.

Очень важное место в лечебно-охранительном режиме занимает создание спокойной, уютной обстановки в поликлинике и стационаре. Следует устранить все то, что может нарушить покой больной, как-то: громкие разговоры, резкие звонки, звон посуды и т. д. Надо организовать работу так, чтобы, переступив порог лечебного учреждения, больная сразу почувствовала заботливое и внимательное отношение к себе всего медицинского персонала.

Благотворное влияние оказывает крепкий спокойный сон больной. Сон повышает работоспособность, улучшает общее состояние, способствует выздоровлению. Он имеет настолько большое значение, что иногда применяется специальное лечение длительным сном.

Роль сестры в создании и проведении лечебно-охранительного режима заключается не только в том, чтобы она его соблюдала сама. Она обязана разъяснять обслуживающему персоналу и посетителям, приходящим к больным, значение лечебно-охранительного режима и требовать безукоризненного его выполнения.

Помимо создания лечебно-охранительного режима, хорошее влияние на деятельность центральной нервной системы оказывает иногда назначение препаратов брома, кофеина, снотворных средств, общих ванн и т. д.

Для успешного лечения больной необходимо также создать гигиенические условия в быту и на работе и применять общее укрепляющее лечение. Соблюдение больной личной гигиены, чистое хорошо проветренное жилище и больничное помещение, правильное и достаточное питание, пребывание на свежем воздухе, лечебная гимнастика — все эти мероприятия имеют существенное значение при лечении гинекологической больной. Наряду со всем этим, для укрепления организма нередко применяются и другие лечебные средства, как-то: витамины, рыбий жир, железо, мышьяк, переливание крови и т. д. Иногда бывает необходимо освободить больную на время от работы или перевести на другую.

КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Консервативное лечение гинекологических больных включает в себя проведение различного рода лечебных процедур и мероприятий. Значительная часть их ничем не отличается от тех, которые приняты при лечении больных с терапевтическими или хирургическими заболеваниями, другие же применяются только при лечении гинекологических больных.

Ниже изложены те методы консервативного лечения, которые чаще всего применяются в гинекологии.

1. Местное применение холода и тепла

Строго говоря, эти виды лечения относятся к физиотерапевтическим. Однако частота применения их и отсутствие надобности в специальной аппаратуре позволяют их выделить отдельно.

При местном применении холода происходит охлаждение не только кожи, но и глубже лежащих тканей

и органов. Проходящие в них кровеносные сосуды суживаются, и кровенаполнение уменьшается. Поэтому холод применяется при лечении больных с острыми воспалительными заболеваниями и при кровотечениях. Применение холода способствует ограничению воспалительного процесса и остановке кровотечения. Кроме того, холод оказывает и болеутоляющее действие.

Для применения этого лечения изрубленный лед накладывают в резиновый пузырь. Если льда нет, то в пузырь набивают снег или в крайнем случае наливают холодную воду. Пузырь должен быть заполнен наполовину, из него выпускается воздух и крышка плотно заворачивается. Если пузырь мокрый, его надо вытереть насухо. По мере таяния льда или снега или нагревания воды пузырь снова заполняют. Лед или снег не должны быть загрязнены. Нельзя колоть лед на земле или на полу; это надо делать на чистой дощечке.

Перед тем как положить пузырь, надо обернуть его в чистое полотенце. Делается это для того, чтобы не вызвать слишком сильного охлаждения тканей и не мочить больную, если почему-либо из пузыря начнет подтекать вода. Слишком сильное охлаждение тканей ведет к тому, что сузившиеся кровеносные сосуды снова расширяются и тем самым лечебное действие холода нарушается. Обычно пузырь со льдом держат около получаса, затем снимают на такой же срок и снова прикладывают и т. д. Признаком, по которому можно судить о чрезмерном охлаждении, является покраснение кожи. Если кожа в области прикладывания пузыря покраснела, то на время его нужно снять, хотя бы он и лежал менее чем полчаса.

Чтобы убедиться, что пузырь не протекает, надо повернуть его вниз крышкой, откуда чаще всего может просачиваться вода. Нельзя крышки от пузырей смешивать. Крышка одного пузыря может не подойти к другому пузырю, в связи с чем будет просачиваться вода. Чтобы их не спутать, следует нанести масляной краской и на пузырь, и на крышку какую-либо одинаковую метку, например, цифру или букву.

Тепло в противоположность холоду способствует расширению кровеносных сосудов, увеличению кровенаполнения тканей. Применяется тепло главным образом при лечении хронических воспалительных процессов по-

ловых органов, так как способствует их рассасыванию. Так же, как и холод, тепло действует болеутоляюще.

Способ местного применения тепла может быть различным. Наиболее простым и доступным является наполнение горячей водой резиновой грелки или бутылки. Грелка наполняется водой наполовину, оставшийся воздух из нее выжимается. После этого пробка плотно завинчивается. Убедившись в том, что грелка не подтекает, ее завертывают в полотенце и кладут на нижнюю часть живота. Нужно следить, чтобы от применения грелки не было ожога, в связи с чем время от времени проверяют состояние кожи. Сильное ее покраснение говорит о перегреве, и грелку надо на время снять.

Особенно внимательно надо следить за применением грелки у больных, находящихся в бессознательном состоянии и после применения спинномозговой анестезии. Отсутствие должного наблюдения может привести к тяжелым ожогам кожи у этих женщин.

Помимо грелки, тепло применяется местно в виде спринцеваний и клизм, а также обычных и спиртовых компрессов.

2. Спринцевание влагалища

Этот вид лечебных процедур при лечении гинекологических больных применяется очень часто. Лечебное действие спринцеваний заключается, во-первых, в том, что нередко для них употребляется горячая вода. В таком случае спринцевание действует так же, как и другие виды теплого лечения. Во-вторых, нередко к воде прибавляются лекарственные вещества, которые оказывают местное воздействие на половые органы.

Спринцевания лучше всего производить, пользуясь стеклянной кружкой, так как ее легче мыть. Иногда вместо кружки пользуются резиновым мешком с трубкой. Преимущество его состоит в том, что он не бьется, но содержать его в чистоте труднее. Кружка, предназначенная для спринцевания, не должна служить для других целей, например, для клизм. Она должна быть чисто вымытой и храниться завернутой в пеленку. Резиновая трубка должна иметь в длину около 1,5 м, чтобы без труда ее можно было дотянуть до больной. Наконечники для спринцевания лучше всего употреблять стеклянные. Перед употреблением наконечники должны

быть обязательно прокипячены. Если они готовятся заранее, то после кипячения их надо переложить в кастрюлю или в банку с крышкой, в которые налить 1% раствор лизоформа. Кроме того, надо посмотреть, не отколот ли край наконечника, чтобы не поранить влагалище при спринцевании.

Наконечник надевают на трубку непосредственно перед спринцеванием. Ни в коем случае нельзя пользоваться одним и тем же непрокипяченным наконечником для спринцевания нескольких больных. После спринцевания наконечник должен быть снят, вымыт и прокипячен.

При спринцевании жидкость не должна вытекать из кружки слишком быстро, чтобы она не затекала в шейку матки. Кроме того, при сильной струе жидкости спринцевание заканчивается быстро, и время действия лекарственного раствора, вводимого во влагалище, сокращается. Поэтому кружку надо держать не выше 1 м над уровнем кровати, на которой лежит больная. Удобно пользоваться специальной подставкой для кружки. Ее можно сделать из деревянного бруска длиной в 2 м, который укрепляется на крестовине. К верхней части привинчивается крючок для подвешивания кружки.

Раствор для спринцевания наливают в кружку из кувшина или же в нее наливают воду, а затем к ней добавляют то или иное лекарственное вещество. Чтобы раствор был равномерным по своей концентрации, надо, влив лекарственное средство, размешать его в кружке. Для этого можно пользоваться уже надетым на трубку наконечником. Он чистый, прокипячен и не загрязняет раствор. Ни в коем случае нельзя размешивать раствор в кружке или в кувшине рукой.

Количество раствора, наливаемого в кружку для спринцевания, должно быть 1—1,5 л. Для спринцевания надо применять обязательно кипяченую воду. Температура раствора обычно бывает 36—37°. Иногда назначают горячие спринцевания температурой жидкости 39—40°. Если делается горячее спринцевание, то наружные половые органы и промежность надо смазать вазелином, чтобы не вызвать ожога на коже. Стенки влагалища менее чувствительны к температурным воздействиям, и больная без труда переносит горячие спринцевания.

Когда все подготовлено для спринцевания, больная ложится на спину, сгибает ноги в коленях и разводит

бедра. Под ее таз подкладывают судно. Если наружные половые органы больной загрязнены выделениями, следует вначале произвести подмывание.

При введении наконечника во влагалище сначала надо широко развести половые губы левой рукой, а правой вводить наконечник во влагалище, не касаясь кожи. Наконечник надо вводить по задней стенке влагалища на глубину 7—8 см. Если на пути наконечника встречается какое-либо препятствие, нельзя преодолевать его силой—нужно осторожно обойти его и провести наконечник на требуемую глубину. После спринцевания больной следует лежать на спине около получаса.

В домашних условиях гигиенические спринцевания можно производить следующим образом. Женщина садится на края двух близко поставленных стульев. На полу между стульями помещается таз для стекающей воды. Кружка подвешивается на вбитый в стену гвоздь.

Если назначаются спринцевания, которые женщина должна производить сама дома, необходимо подробно рассказать ей, как их надо делать.

Наиболее употребительны следующие средства для спринцеваний.

Марганцовокислый калий (*Kalium hypermanganicum*) — готовится 10% раствор и прибавляется к воде до цвета жидкого клюквенного морса.

Хлористый цинк (*Zincum chloratum*) — полчайной ложки на кружку воды.

Неочищенный древесный уксус (*Acetum pyrolignosum crudum*) — 1—2 столовых ложки на кружку воды.

5% настойка иода (*Tinctura Jodi*) — добавляется к воде до цвета жидкого чая.

Молочная кислота (*Acidum lacticum*) — 1 чайная ложка на кружку воды.

Таннин (*Tanninum*) — 1 чайная ложка на кружку воды.

Сода (*Natrium bicarbonicum*) — 1—2 чайных ложки на кружку воды.

3. Клизмы

Клизмы могут иметь различное назначение. Ставятся различные очистительные клизмы (обычные, мыльные, масляные, с гипертоническим раствором, сифонные), питательные клизмы.

В гинекологической практике, кроме того, нередко применяются горячие и лекарственные клизмы. Горячие клизмы назначаются больным с хроническими воспалительными процессами внутренних половых органов.

Непосредственно перед тем, как делать горячую клизму, надо поставить обычную очистительную клизму и дожидаться ее действия. Для горячей клизмы употребляется вода или физиологический раствор поваренной соли температурой от 40° до 45° в количестве не более двух стаканов. После введения жидкости больная полчаса должна лежать на животе.

Лекарственная клизма также делается после очистительной. Для лекарственной клизмы удобнее пользоваться не кружкой, а резиновым баллончиком вместимостью в 50—100 мл. Перед употреблением его надо прокипятить. После того как поставлена лекарственная клизма, больная также укладывается на полчаса и удерживает раствор, который быстро всасывается слизистой прямой кишки.

Для лекарственных клизм чаще всего пользуются следующими растворами:

Ромашка аптечная (*Flores Chamomillae*) — 2 чайных ложки заваривают в 100—150 мл кипятка; настой процеживают через марлю, набирают в резиновый баллончик и ставят горячую клизму.

Опийная настойка (*Tinctura Opii simplex*) — добавляют 10—20 капель к 100 мл теплой воды.

4. Фармакологические средства

При спринцеваниях и лекарственных клизмах используются, как было видно из сказанного, некоторые лекарственные вещества. Они оказывают свое действие при орошении влагалища (дезинфицирующее, растворение слизи, вяжущее) или, всасываясь, через прямую кишку.

Помимо этого, в гинекологической практике лекарственные вещества применяются в других формах. Часто пользуются введением во влагалище шариков и тампонов, содержащих то или иное лекарственное средство, которое оказывает действие на стенки влагалища и на шейку матки, а отчасти всасывается. Лекарственные вещества, вводимые в шариках и тампонах, употребля-

ются главным образом при лечении воспалительных процессов влагалища, матки и ее придатков.

Шарики вводят во влагалище обычно один раз в день — на ночь. Больная сама может вводить шарик во влагалище, предварительно вымыв руки с мылом.

Тампон готовится из гигроскопической ваты, не очень туго свернутой в комочек величиной с грецкий орех. Вата обвязывается крест на крест марлевой кромкой или крепкой ниткой, причем конец ее оставляется примерно 15 см. Тампон обильно пропитывают лекарственным веществом и вводят при помощи зеркал глубоко во влагалище. Конец марли или нитки оставляется снаружи. Потягивая за него, больная сама извлекает тампон через 12—24 часа.

Чаще всего прописываются шарики следующих составов:

1. Ichthyoli 0,3
But. cacao q. s. (на один шарик)
2. Osarsoli 0,5
Streptocidi albi
Glucosi āā 1,0
But. cacao q. s. (на один шарик)

Для пропитывания тампонов обычно назначаются лекарственные вещества в следующих прописях:

1. Emuls. streptocidi 100,0
2. Emuls. sulfidini 100,0
3. Ichthyoli 10,0
Glycerini 90,0

После введения шариков или тампонов с ихтиолом надо прикрыть наружные половые органы ватой, так как ихтиол пачкает белье. После извлечения тампона нужно сделать теплое спринцевание.

Иногда лекарственное вещество употребляется путем введения его во влагалище в порошке. Для этого вводят заднее зеркало, лучше если вводить и заднее и переднее зеркало. Если во влагалище имеется много выделений, их предварительно осторожно удаляют ватой или марлей. В желобок зеркала высыпают порошок. Затем корнцангом берут кусочек ваты, которым порошок ссыпают с зеркала, стараясь распределить по всем стенкам влагалища.

Довольно часто применяют обработку стенок влагалища раствором какого-либо лекарственного вещества.

Для смазывания стенок влагалища лучше вводить два зеркала — переднее и заднее.

После удаления выделений шариком ваты приступают к смазыванию влагалищных стенок. Для этого пользуются помазком или шариком ваты, захваченным корнцангом. Вначале обрабатывают шейку матки, затем — своды влагалища. После этого зеркало постепенно извлекают и смазывают все стенки влагалища. При этом надо довольно сильно растягивать стенки влагалища зеркалами, чтобы все складки слизистой сгладились и вся ее поверхность была должным образом обработана.

При лечении эрозий шейки матки нередко прибегают к смазыванию их прижигающими веществами (5% или 10% раствор ляписа, марганцовокислый калий в порошке и др.).

При лечении воспалительных процессов шейки матки часто применяют ванночки. Чтобы сделать ванночку, вводят зеркало со стороны промежности так, чтобы шейка матки оказалась в конце его желобка. Затем по желобку вливают лекарственное вещество, которое стекает в задний свод влагалища, и шейка матки оказывается погруженной в налитый раствор. Ванночка продолжается 5—10 минут. По окончании ее жидкость удаляют марлевым шариком и зеркало извлекают.

При болях внизу живота, пояснице или в области крестца часто больным назначают свечи с белладонной или с опиумом, которые они сами вводят в прямую кишку. При лечении больных, страдающих маточными кровотечениями, нередко назначается прием внутрь лекарственных веществ.

Наиболее часто употребляются следующие средства, усиливающие сокращение матки:

Жидкий экстракт спорыньи (*Extr. Secalis cornuti fluidi*) — по 25 капель 2 раза в день.

Спорынью можно назначать в порошке (*Pulv. Secalis cornuti*) — по 0,5 3 раза в день.

Очищенный жидкий экстракт спорыньи (*Ergotinum*) вводится внутримышечно по 1 мл.

Довольно часто назначается жидкий экстракт водяного перца (*Extr. Polygoni hydropiperis fluidi*) — по 30—40 капель 3 раза в день.

Для остановки кровотечения часто назначается 10% хлористый кальций по одной столовой ложке 3 раза

в день; иногда 10% раствор его вводят внутривенно. Очень большое применение при лечении гинекологических больных имеют сульфаниламидные препараты: белый стрептоцид, сульфидин, сульфазол, дисульфан, сульфадиазин, норсульфазол. Назначаются они 4—6 раз в сутки по 0,5—1,0.

Важно давать эти препараты через равные промежутки времени. При четырехкратном приеме их за сутки лекарство дают через каждые 6 часов, а при шестикратном — через каждые 4 часа. Некоторые больные плохо переносят сульфаниламидные препараты: у них появляется общая слабость, головокружение, потеря аппетита, головная боль, рвота. Наблюдая за больной, получающей сульфаниламидные препараты, и обнаружив, что она их плохо переносит, сестра тотчас же должна сообщить об этом врачу и получить от него указания, как поступать дальше.

5. Антибиотики

За последние годы при лечении гинекологических больных очень большое место заняли антибиотики: пенициллин и отчасти стрептомицин.

Обычно назначают внутримышечные инъекции пенициллина по 50 000 единиц, через каждые 3 часа в наружно-верхнюю часть ягодицы.

Пенициллин можно растворять в физиологическом растворе и 2% растворе пирамидона. Пенициллин, растворенный в 2% растворе пирамидона дольше удерживается в организме больной, поэтому его вводят не через 3 часа, а через 6—12 часов, соответственно увеличив дозу пенициллина.

В некоторых случаях назначается введение пенициллина, растворенного в собственной крови больной. Этот раствор готовится так: 200 000 единиц пенициллина растворяют в 1 мл физиологического раствора и набирают этот раствор в шприц. Затем вкалывают иглу шприца в вену и набирают 5 мл крови. Полученный таким образом раствор пенициллина в крови вводят весь, как обычно, — внутримышечно; повторяют введение не через каждые 3 часа, а через 10—12 часов.

Стрептомицин применяется для лечения больных туберкулезом половых органов. Он отпускается так же,

как и пенициллин, в маленьких флакончиках. Обычная доза стрептомицина — 1 000 000 единиц в сутки. Это количество антибиотика растворяют в 6 мл физиологического раствора и впрыскивают внутримышечно по 2 мл 3 раза в сутки через каждые 8 часов.

6. Протеиновая терапия

Протеиновой терапией называют введение больной различного рода белков. Она применяется исключительно в виде внутримышечных инъекций и внутривенных вливаний. Вводят различные сыворотки, молоко, лаковую кровь; проводят аутогемотерапию. Техника протеиновой терапии при лечении гинекологических больных ничем не отличается от принятой в терапии и хирургии.

7. Гормональная терапия

Лечение препаратами желез внутренней секреции носит название гормональной терапии. В гинекологии чаще всего применяется препарат задней доли гипофиза — питуитрин, препараты яичника — фолликулин (гормон фолликула) и прогестерон (гормон желтого тела) и препарат молочной железы — маммин.

П и т у и т р и н (Pituitrinum) применяется при слабости родовой деятельности, при маточных кровотечениях; вводится он внутримышечно. Выпускается питуитрин в ампулах по 1 мл.

Ф о л л и к у л и н. Обычно употребляются масляные растворы фолликулина (Folliculinum oleosum). Эти растворы фолликулина выпускаются активностью в 1 000 ЕД и более в 1 мл. Вводится обычно 1 000—3 000 ЕД фолликулина внутримышечно, а иногда до 10 000 ЕД и даже больше. Изготавливаются и синтетические препараты, заменяющие фолликулин: синэстрол (Synoestrolum), диэтилстильбэстрол (Diethylstilboestrolum). Все эти препараты употребляются чаще в виде таблеток, которые принимают внутрь по 1 таблетке (с содержанием в каждой по 10 000—20 000 ЕД) 1—2 раза в день. Назначают их больным при некоторых нарушениях менструального цикла.

П р о г е с т е р о н (Progesteronum) — синтетический гормон желтого тела. Препарат выпускается в ампу-

дах в виде масляных растворов с содержанием по 5—10 мг прогестерона в 1 мл. Вводится он внутримышечно по 5—10 мг ежедневно или через день. Применяется он при нарушениях менструального цикла и при угрожающем выкидыше.

Другим синтетическим препаратом гормона желтого тела является прегнин (Pregninum), который назначается по 5—10 мг 2—3 раза в день в таблетках. Таблетка кладется под язык, где медленно растворяется и всасывается слизистой рта.

Маммин (Mammium) выпускается в таблетках по 0,3 или 0,5 и в жидком виде. Доза: по одной таблетке 2—3 раза в день или по 30 капель 2—3 раза в день. При употреблении маммина в таблетках или в каплях надо запивать их $\frac{1}{4}$ стакана содовой воды, так как препарат теряет свою активность от соляной кислоты желудочного сока. Выпускается маммин также в ампулах по 1 мл для подкожного введения.

8. Физиотерапия

Различные виды физиотерапии широко используются в гинекологии, главным образом при лечении больных с воспалительными заболеваниями половых органов.

Физиотерапия проводится обычно в оборудованных физиотерапевтических кабинетах, где под руководством врача работают сестры, прошедшие специальную подготовку. За последнее время получили большое распространение переносные физиотерапевтические аппараты. Это дает возможность применять некоторые виды физиотерапии на дому у больных (кварц, диатермия, токи ультравысокой частоты — УВЧ).

При лечении гинекологических больных чаще всего применяются следующие виды физиотерапии:

1. Водолечение. Применяются общие ванны температуры 37°. Продолжительность ванн обычно 10—20 минут. Этот вид лечения оказывает общее укрепляющее действие на организм. Ослабленные в связи с длительным или тяжелым заболеванием женщины иногда плохо переносят первые ванны, жалуются на слабость, головокружение, сердцебиение, поэтому нельзя больных оставлять в ванне без наблюдения.

Помимо общих ванн, при лечении гинекологических больных применяются также местные, сидячие, ванны

(рис. 184). В воду погружается только таз, часть живота и бедер. Остальные, не погруженные в воду части тела укрывают во избежание их охлаждения.

Иногда к воде, употребляемой для ванны, добавляют различные вещества: настой хвои, соль и т. д. При лечении на курортах применяются солевые, щелочные и сероводородные ванны.

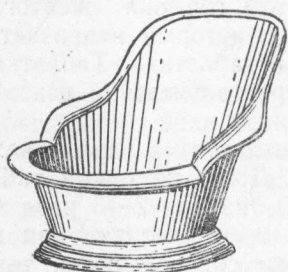


Рис. 184. Ванна для погружения тазовой области и прилегающих отделов тела.

Местные световые ванны. Применение тепла от электрических ламп осуществляется при помощи аппарата, называемого световой ванной (рис. 185).

Ванна устанавливается над нижней частью живота и закрывается одеялом для сохранения под ней тепла. Путем включения электрических лампочек внутри ванны создается температура от 40° до 60° . Вначале включают только часть лампочек, чтобы температура не была сразу очень высокой. Постепенно могут быть включены и другие лампочки. Высота температуры внутри ванны контро-

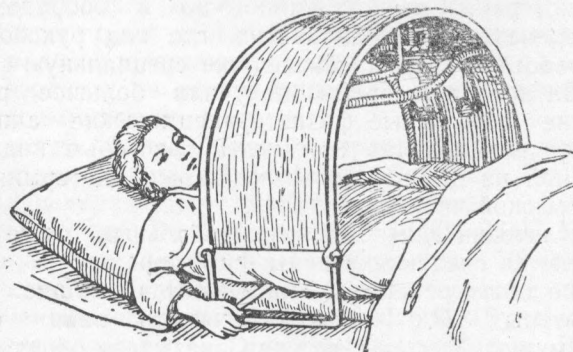


Рис. 185. Световая ванна.

лируется имеющимся в ванне термометром. Продолжительность сеанса от 15 до 30 минут. По окончании ванны живот обмывают теплой водой, чтобы удалить пот, и затем осушают. После этого больная должна еще полежать 20—30 минут.

При отпуске местных световых ванн, как и других физиотерапевтических процедур, сестра должна все время следить за состоянием больной, проверять пульс, справляться о ее самочувствии. Если больная жалуется на плохое самочувствие, тяжесть в голове, затрудненное дыхание, процедура должна быть немедленно прекращена и об этом сообщено врачу.

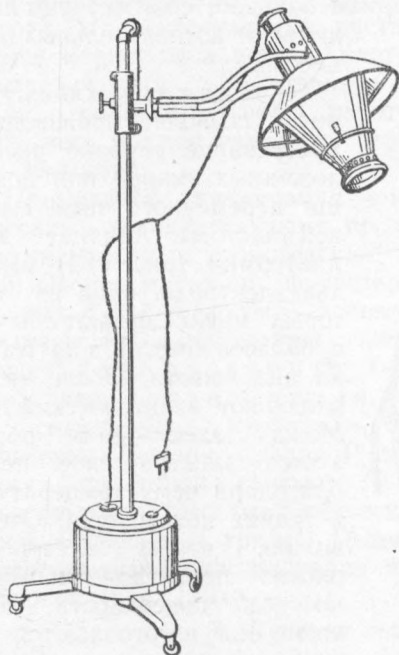


Рис. 186. Лампа соллюкс

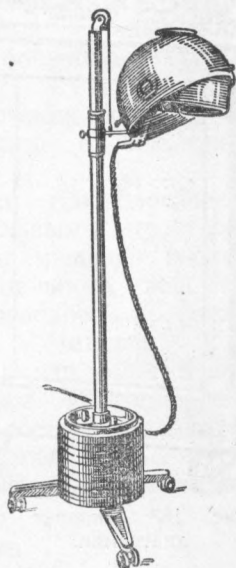


Рис 187. Ртутно-кварцевая лампа.

Источником тепла может служить также лампа соллюкс, представляющая собой сильную электролампу, находящуюся перед отражателем (рис. 186).

Действие световых ванн заключается в прогревании тканей, что способствует рассасыванию хронических воспалительных процессов в половых органах.

3. Ртутно-кварцевая лампа (рис. 187). Данную лампу применяют для облучения всего тела или нижней части живота и части бедер (так называемые «труссы»). Под действием ультрафиолетовых лучей че-

рез некоторое время кожа краснеет, а затем в ней отлагается коричневый пигмент — образуется загар. Кожа у разных больных по-разному воспринимает действие лучей. Чтобы не вызвать ожогов, вначале определяют дозировку облучения — на каком расстоянии следует установить лампу и как долго производить облучение.

Ультрафиолетовые лучи оказывают общее укрепляющее воздействие на организм больной, способствуют ликвидации воспалительных процессов.

4. Диатермия. Этот метод позволяет производить прогревание глубоко расположенных тканей при помощи переменного тока высокой частоты. Аппарат для диатермии (рис. 188) имеет два электрода, один из которых прикладывают обычно в области крестца, а другой — на низ живота. После этого включают электрический ток. Между электродами образуется электрическое поле, благодаря чему температура в тканях повышается. Очень важно, чтобы электроды плотно прилегали к коже по всей поверхности. Для этого они изготовляются из мягкого металла и прижимаются к телу подушками с песком. Неплотное прилегание электрода к коже вызывает у больной чувство колотья. Если не обратить на это внимания и не исправить положения электродов, то могут образоваться значительные ожоги тела. Диатермия строго дозируется и в отношении времени действия, и в отношении силы тока. Сеансы диатермии должны проходить при неотступном наблюдении за больной. После диатермии больная должна полежать 20—30 минут.

Диатермия применяется главным образом для лечения больных с хроническими воспалительными процессами во внутренних половых органах.

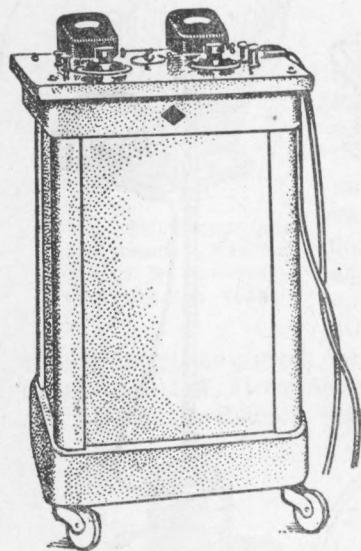


Рис. 188 Аппарат для диатермии.

Разновидностью диатермии является применение токов ультравысокой частоты (УВЧ), для чего используются специальные аппараты.

5. Ионотерапия. Производится при помощи аппарата, дающего постоянный ток. Электроды обертываются слоем материи, которая пропитывается лекарственным раствором. Электроды укладываются обычно один на область крестца, другой — на нижний отдел живота. Из лекарственных растворов чаще всего используются иодистым калием и хлористым кальцием. После включения тока лекарственное вещество поступает в ткани: Продолжительность ионотерапии 15—20 минут, после чего должен следовать отдых больной в течение 20—30 минут.

Применяется ионотерапия при лечении больных хроническими воспалительными процессами и некоторыми видами маточных кровотечений.

6. Особое место в физиотерапии гинекологических больных с хроническими воспалительными процессами занимают такие процедуры, как применение горячего парафина, озокерита (минерального вещества) и, наконец, грязелечения. Последнее проводится на специальных курортах — Сочи — Мацеста, Саки, Евпатория, Липецк, Старая Русса и др. Иногда пользуются привозной грязью. Лечебное действие грязи объясняется ее особым химическим составом и температурой нагреваемой грязи. Грязелечение применяется в виде грязевых ванн, полуванн и грязевых влагалищных тампонов (рис. 189).

9. Лучевая терапия

В гинекологической практике применяются лучи Рентгена и радия. Пользуются ими главным образом при лечении больных со злокачественными опухолями половых органов. Действие тех и других лучей приводит к уничтожению клеток злокачественных опухолей, на месте которых разрастается соединительная ткань. Разница в действии рентгеновых лучей и лучей радия заключается в том, что первые проникают в ткани глубоко, вторые же действуют более поверхностно.

Лечение рентгеновыми лучами проводится в кабинете, где установлен специальный аппарат. Управление аппаратом требует особой подготовки и осуществляется

рентгентехником под руководством врача-рентгенолога. Облучение лучами Рентгена производится в несколько приемов (сеансов) (рис. 190).

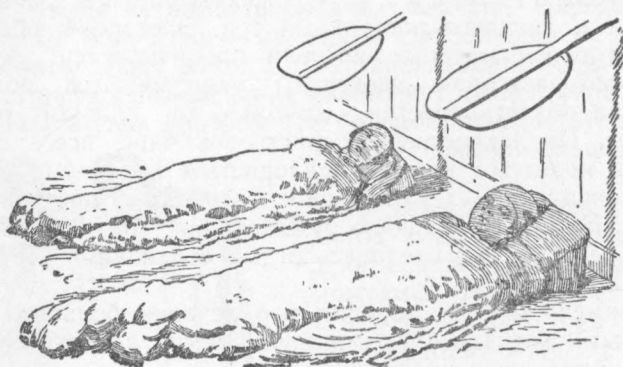


Рис. 189. Грязевая ванна.

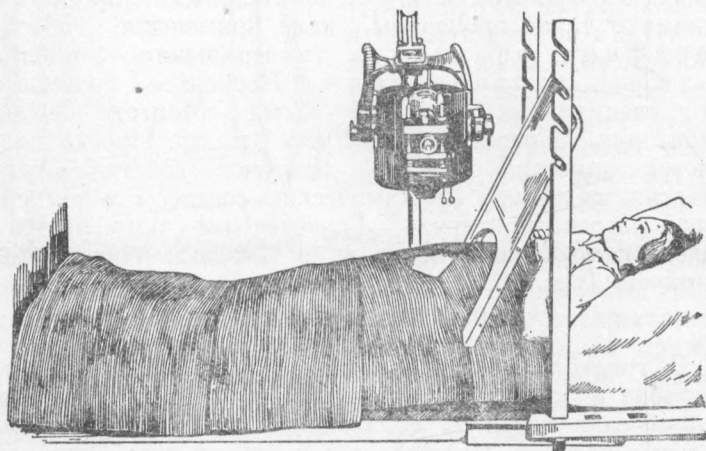


Рис. 190. Рентгенотерапия. Больная укрыта свинцовой резиной, в которой сделано отверстие для облучения части живота.

Надо помнить, что на места кожи, подвергнутые облучению, нельзя класть грелку, мыть их очень горячей водой или смазывать настойкой йода. Все это может привести к тяжелым ожогам.

Лечение лучами радия проводится врачом. Радий заключается в особые маленькие трубочки—фильтры, сделанные из платины и золота. Трубочки вводятся на сутки — двое во влагалище, в шейку матки или в полость матки. Лечение лучами радия также проводится в несколько приемов.

Больная, которой заложен радий, помещается в особую палату. За состоянием больной должно быть установлено строгое наблюдение. От начала закладки радия до его извлечения больная должна лежать в постели на спине. Вставать с постели ей строго запрещается. Об-

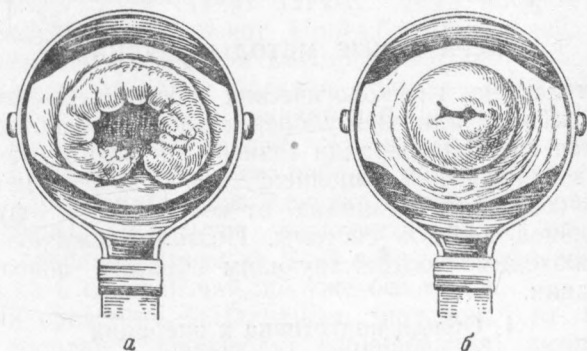


Рис. 191. Рак шейки матки.

а — до лечения и б — после лечения рентгеновыми и радиевыми лучами.

служивающий персонал должен поить и кормить больную, так как ей нельзя поворачиваться на бок и садиться. Необходимо следить за мочеиспусканием, которое в некоторых случаях затрудняется, и тогда приходится выпускать мочу катетером.

Мочу и испражнения нельзя выливать в уборную. Их хранят в отдельных ведрах в особом запирающемся помещении и выливают через сито после того, как у больной вынуты трубочки с радием. Делается это с той целью, чтобы не выбросить трубочку с радием, если она случайно выпадает из половых органов при мочеиспускании или испражнении.

Нередко проводится комбинированное лечение—вначале лучами Рентгена, а затем радия (рис. 191).

10. Лечение пессариями

При значительном опущении влагалища и матки, когда почему-либо невозможно оперативное лечение, применяют пессарии. Пессарий представляет собой полое толстое резиновое кольцо 6—8 см в диаметре. Внутри этого кольца находится воздух, благодаря чему оно упругое и мягкое, как резиновый мяч. После кипячения кольцо складывают вдвое и вводят в глубину влагалища. Здесь оно само разворачивается и упирается в своды влагалища, а шейка матки оказывается в отверстии кольца. Пессарий создает опору для опускающейся матки.

ОПЕРАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

При лечении гинекологических больных нередко прибегают к тому или иному оперативному вмешательству

Исход каждой операции зависит не только от того, как она технически выполнена, а в большей мере от общего состояния организма, от состояния и функции центральной нервной системы. Поэтому каждую больную необходимо соответствующим образом подготовить к операции.

1. Общая подготовка к операции

На больную оказывает большое влияние поведение окружающих ее больных, а также ухаживающего и обслуживающего персонала. Необходимо внимательно относиться к больной. Надо создать для нее тот лечебно-охранительный режим, о котором уже говорилось.

У большинства больных мысль о предстоящей операции вызывает волнение, иногда даже угнетенное состояние. Все это, как установлено многочисленными исследованиями, отрицательно отражается на деятельности коры головного мозга. В связи с этим с момента поступления больной в гинекологическое отделение должны быть приняты все необходимые меры для создания у нее спокойного, бодрого настроения; больная должна быть уверена в благоприятном исходе операции.

Некоторым больным перед операцией назначают медикаментозные средства для улучшения деятельности сердечно-сосудистой системы. Больным с пониженным процентом гемоглобина крови производят переливание крови.

Гинекологические операции на влагалище и на шейке матки производятся через влагалище. Операции же на матке и ее придатках делаются главным образом путем чревосечения.

В зависимости от характера предстоящей операции за 1—2 дня до нее производится непосредственная подготовка больной к операции.

Волосы с наружных половых органов и окружающих участков сбривают. Больная принимает душ. Нательное и постельное белье сменяют.

Накануне операции дают слабительное. В день операции рано утром ставят клизму, после которой больную тщательно подмывают. Иногда слабительное накануне операции не дают, а вместо него ставят клизму.

Накануне операции больная получает обычный завтрак и обед, а вечером сладкий чай и немного белого хлеба. Надо следить за тем, чтобы больная не ела много, а также не ела чего-либо из неразрешенных продуктов. При наполненном желудке может быть рвота во время наркоза и вздутие кишечника после операции. В день операции утром за 2—3 часа до нее больной можно дать сладкий чай, но уже без хлеба.

Если предстоит влагалищная операция, то иногда перед операцией производят спринцевания дезинфицирующими растворами.

Некоторые операции требуют особой подготовки. Так, при зашивании больших повреждений промежности, особенно если нарушена целостность сфинктера заднепроходного отверстия, за 2—3 дня до операции больная должна получать только жидкую пищу, и ежедневно в этот период ей надо ставить клизму. Для хорошего заживления операционной раны необходимо, чтобы у этих больных в течение 5—6 дней после операции не было действия кишечника; для этого он должен быть заблаговременно хорошо очищен. При операции по поводу рака шейки матки, хотя она и производится путем чревосечения, заранее готовится и влагалище, а перед операцией в него вводят марлевый тампон.

За полчаса до операции больной впрыскивают 1—1,5 мл 1% раствора морфина, непосредственно перед операцией она должна помочиться.

В предоперационной на больную надевают стерильную рубашку и чулки; голова должна быть покрыта

косынкой, полностью закрывающей волосы. Если предстоит операция под общим наркозом, то желательно, чтобы он был начат в предоперационной, а не в самой операционной, так как вид операционного стола, инструментов и вся обстановка операционной волнуют больную.

При гинекологических операциях применяют различные методы обезболивания. Выбор их зависит от состояния больной, ее возраста и характера предстоящей операции.

Чаще всего пользуются одним из следующих видов обезболивания: 1) эфирный наркоз, 2) местная анестезия 0,25% раствором новокаина, 3) спинномозговая анестезия, 4) внутривенный наркоз (гексенал, пентотал-натрий и др.).

Техника проведения всех перечисленных видов обезболивания ничем не отличается от той, которая применяется при хирургических операциях.

Стерилизация инструментов, материала, шовного материала, а также подготовка хирурга и его помощников (ассистентов) проводятся так же, как принято в общей хирургии.

Когда больная уложена на операционный стол, ей придают то положение, которое необходимо для предстоящей операции, затем приступают к подготовке операционного поля.

2. Влагалищные операции

При влагалищной операции ноги больной сгибают в тазобедренных суставах, кладут на ногодержатели, приделанные к операционному столу, и привязывают к ним. Таз больной должен находиться на самом краю операционного стола.

При отсутствии ногодержателей можно использовать простыню, как это показано на рис. 134.

Подготовка операционного поля производится или самим хирургом, или одним из его помощников.

Влагалище раскрывают зеркала. Корнцангом берут марлевый шарик, обильно смачивают его спиртом и им протирают шейку матки и все влагалище. Затем это проделывают еще раз новым шариком, после чего избыток спирта удаляют сухой марлей. Новым марлевым

шариком шейку матки и все влагалище обрабатывают 5% настойкой йода. Зеркала вынимают и откладывают в сторону, так как они уже загрязнены и в дальнейшем при операции ими пользоваться нельзя. По окончании обработки влагалища переходят к подготовке наружных половых органов и близлежащих участков кожи. Обработка их состоит также в двукратном протирании спиртом и смазывании 5% настойкой йода.

Когда операционное поле подготовлено, больную укрывают стерильными простынями и полотенцами так, чтобы открытыми оставались только наружные половые органы. Белье закрепляют к коже при помощи специальных зажимов (цапок) или подшивают шелком.

При влагалищной операции, кроме хирурга, принимают участие еще ассистенты (врач, сестра), наркотизатор и операционная сестра. При операции постоянно должна присутствовать санитарка, хорошо знающая работу операционной.

О некоторых операциях, производимых влагалищным путем, уже было сказано раньше (биопсия, пункция заднего свода, выскабливание полости матки, искусственный выкидыш).

Из других операций часто производятся следующие.

Удаление кисты бартолиновой железы. Операция состоит в том, что кожу, покрывающую кисту, разрезают, после чего опухоль вылуцчивают из своего ложа и рану зашивают.

Удаление полипа шейки матки. После обнажения шейки зеркалами полип отрезают у его основания. Кровотечения при операции почти никогда не бывает, поэтому швы обычно не накладывают.

Пластические операции на промежности. Эти операции производятся для восстановления целостности промежности и тазового дна после бывшего их разрыва. Рубцовую ткань в месте бывшего разрыва иссекают. Пучки разошедшихся мышц соединяют швами, после чего рану влагалища зашивают кетгутовыми швами, а кожу — шелковыми. Швы обрабатывают 5% настойкой йода и на промежность кладут марлевую прокладку.

Помимо указанных операций влагалищным путем, производят и другие операции, как восстановление целостности шейки матки после ее разрывов, ампутация вла-

галищной части шейки. Иногда, правда редко, влагалыщным путем производят более сложные операции, например, удаление матки и ее придатков, зашивание свищей и др.

3. Брюшностеночные операции

Для производства операции брюшностеночным путем (чревосечение) больную укладывают на операционный стол на спину. Ножную часть стола опускают так, чтобы ноги больной были согнуты в коленных суставах. Голен и бедра должны быть хорошо привязаны к столу широкими полотенцами. Все это делается для того, чтобы можно было придать больной наклонное положение. Головной конец операционного стола опускают и в результате лежащая на нем больная принимает наклонное положение (рис. 192). В таком положении кишечник больной смещается кверху и органы малого таза становятся хорошо видными и доступными для оперативного вмешательства.

Подготовку операционного поля производит помощник оперирующего. Кожу живота, лобок и область паховых складок дважды протирают марлевыми шариками, обильно смоченными спиртом, затем осушают и обрабатывают 5% настойкой йода. Больную покрывают стерильным бельем, оставляют открытым только место предполагаемого разреза.

Брюшную полость вскрывают или продольным разрезом по средней линии живота ниже пупка, или поперечным разрезом в нижнем отделе живота несколько выше лонного сочленения.

Из операций, производимых путем чревосечения, выше уже указывалось кесарево сечение. Из гинекологических операций чаще других производят следующие:

Ампутация тела матки. Эта операция производится при фибромиомах, при повреждениях матки (криминальный аборт, разрыв матки) и по некоторым другим показаниям. Вначале от матки отсекают трубы и круглые связки. Затем отсекают тело матки от шейки и брюшину в области малого таза зашивают. После этого послойно зашивают брюшную стенку. На кожу живота накладывают шелковые швы или скобки и кладут стерильную повязку.

Удаление всей матки. Отличие от предыдущей операции заключается в том, что удаляют не только тело матки, но и шейку; которую отсекают от влагалища.

Удаление матки с придатками. Чтобы удалить придатки, необходимо отсечь их от связок, идущих

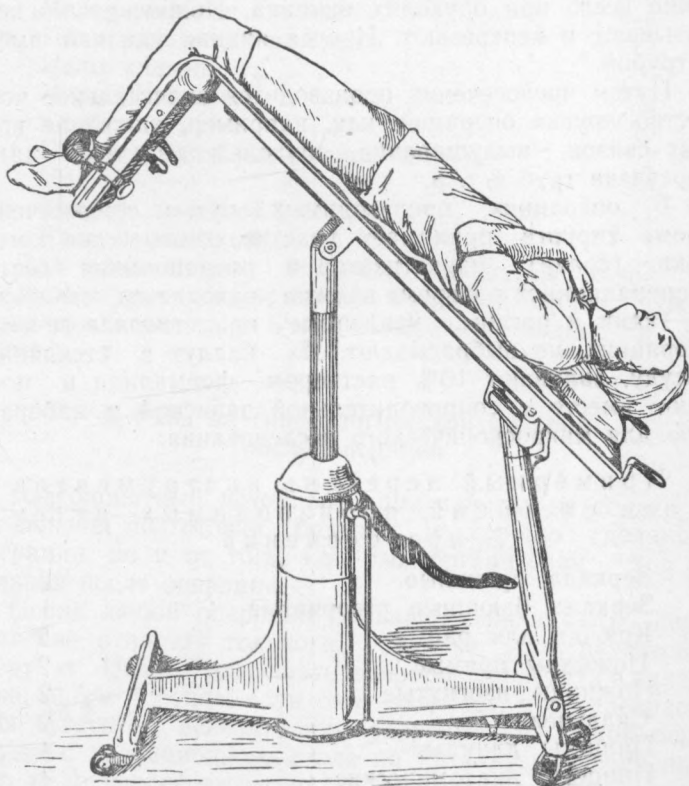


Рис. 192. Положение больной при гинекологической операции (чревосечение).

от труб и яичников к стенкам таза, отсекают также круглые связки. После этого удаляют всю матку или только ее тело, а шейку оставляют. Удаление матки с придатками делается при различных заболеваниях, в том числе и при раке. В этом случае удаляют и всю околоматочную клетчатку. Находящиеся в ней лимфатические узлы нередко бывают поражены раком.

Удаление трубы. Эта операция производится главным образом при внематочной беременности. Состоит она в отсечении трубы от широкой связки и от матки.

Удаление яичника. Операция производится чаще всего при опухолях яичника. Ножку опухоли перевязывают и перерезают. Иногда яичник удаляют вместе с трубой.

Путем чревосечения производится значительное количество других операций, как, например, ушивание круглых связок, вылушивание опухолей из тела матки, перевязка труб и т. д.

В операциях, производимых путем чревосечения, кроме хирурга, принимает участие один или два помощника (врачи), наркотизатор и операционная сестра. В операционной все время должна находиться санитарка

Ткани и органы, удаленные при гинекологических операциях, не выбрасывают. Их кладут в стеклянную посуду, заливают 10% раствором формалина и посылают вместе с сопроводительной запиской в лабораторию для микроскопического исследования.

Примерный перечень инструментов для операций, производимых путем чревосечений

Зеркала брюшные	2
Зеркала брюшные створчатые	1
Крючки для ран	2
Ножницы прямые	2
Ножницы изогнутые	2
Скальпели	2
Пинцеты длинные	4
Пинцеты анатомические	4
Пинцеты хирургические	4
Зажимы Кохера	6
Зажимы Кохера длинные	12
Зажимы Пеана	12
Зажимы Микулича	10
Корнцанги	6
Щипцы Мюзо	4
Щипцы пулевые	6
Жомы кишечные	2
Штопор маточный	1

Кюретки	2
Щипцы овариальные	2
Зонд маточный	1
Зонд желобоватый	1
Шпатели	2
Иглодержатели	4
Иглы различных размеров	12
Иглы кишечные	6
Иглы Дешампа	2
Скобки	20
Пинцеты для наложения скобок	2
Цапки	6
Катетер мужской	1
Катетер женский	1

Для влагалищных операций необходим такой же набор инструментов, но вместо брюшных зеркал нужны зеркала влагалищные 6 шт. — передние, задние и боковые.

4. Уход за гинекологической больной после операции

Благоприятный исход операции зависит не только от правильной подготовки больной и хорошо сделанной операции, но и от того, как был организован уход за больной после операции.

После любой операции больная должна быть переправлена в палату только на каталке или перенесена на руках. Нельзя разрешать оперированной идти в палату даже в том случае, если она заявляет, что прекрасно себя чувствует; нельзя также разрешать ей самой переходить с операционного стола на каталку. Оперированную надо перенести на руках или пододвинуть каталку вплотную к операционному столу и переложить на нее больную. Так же следует поступить в палате, перекладывая больную с каталки в кровать.

Каталка должна быть заранее подготовлена, накрыта чистой простыней. Сверху больную укрывают простыней и одеялом.

Перевод больной из операционной в палату должен производиться от начала до конца в присутствии сестры. Она наблюдает за оперированной и за тем, как ее перекладывают и перевозят. Если операция производилась под

наркозом, то, кроме сестры, в палату больную должен сопровождать еще и наркотизатор.

Больных после операции помещают в особую послеоперационную палату, где они находятся не менее 3 суток. Палата должна быть просторной и чистой. Очень важно часто проветривать палату, в частности, по той причине, что больные после наркоза выдыхают пары эфира.

Постель, предназначенная для больной после операции, должна быть аккуратно застелена чистым бельем и согрета. Для согревания постели за полчаса до окончания операции надо положить под одеяло 2—3 горячих грелки.

Снятую с каталки больную укладывают на спину и хорошо укрывают одеялом. Под ноги кладут грелки, обернутые полотенцами. За грелками надо следить, чтобы они не были очень горячими и чтобы во-время сменялись, когда остывают. Оперированная, не проснувшаяся после наркоза, не чувствует, насколько горяча грелка, и если не следить, то от грелки могут получиться ожоги.

То же самое может быть и у больных после операции, проводившейся под спинномозговой анестезией, когда чувствительность нижней части туловища и конечностей бывает некоторое время понижена.

Если операция делалась под наркозом, то сестра должна непрерывно находиться около больной до тех пор, пока не возвратится у нее полностью сознание.

Пробуждаясь после наркоза, больные нередко ведут себя беспокойно, сильно двигаются, поворачиваются на бок и даже пытаются сесть. Это может привести к различным осложнениям. Чтобы предупредить все это, просыпающуюся после наркоза больную можно привязать к постели двумя сложенными простынями. Одна из них должна проходить через ноги у колен, другая — через грудь. Проходящую через грудь простыню не следует туго затягивать, чтобы не препятствовать достаточно глубокому дыханию. До полного пробуждения после наркоза под голову подушки не подкладывают.

Нередко пробуждение после наркоза сопровождается рвотой, которая опасна тем, что рвотные массы могут попасть в дыхательные пути и вызвать послеоперационные осложнения. Кроме того, при рвоте вследствие со-

кращения мышц брюшной стенки может разойтись послеоперационный шов, особенно после чревосечения.

Если начинается рвота, надо повернуть голову больной на бок и подставить ко рту лоток для рвотных масс. После рвоты следует вытереть лицо больной полотенцем. Оперированной не следует давать пить во избежание усиления рвоты.

У постели должно быть подготовлено все, что может потребоваться для ухода в первые часы после операции, чтобы не отлучаться ни на минуту от больной. На прикроватном столике должны быть лоток и полотенце на случай рвоты, мешок с песком, пузырь со льдом. Кроме того, здесь должен находиться шприц, сердечные средства для впрыскивания, а также подушка с кислородом.

В первые 3—4 часа после операции, даже если не применялся наркоз, за больной необходимо тщательно наблюдать. Нужно следить за ее общим состоянием, за поведением и жалобами, время от времени надо сосчитывать пульс и дыхание.

Надо обращать внимание на цвет лица, губ и ногтей на руках. Побледнение, появление синевы губ и ногтей могут быть признаками тяжелых послеоперационных осложнений.

Если больная хочет спать, то этому не следует мешать, но и во время сна наблюдение сестры не должно быть ослаблено.

Если нет рвоты, то больная при желании может понемногу отдельными глотками пить воду или сладкий чай с лимоном. Аппетит в первый день после операции обычно отсутствует. Если оперированная захочет есть, то через 10—12 часов можно дать немного бульона с кусочком белого хлеба или жидкую кашу на молоке.

Иногда уже с первого дня после операции с больной начинают заниматься специальными видами лечебной гимнастики, что способствует улучшению ее общего состояния.

Иногда во время или после операции во влагалище вводят марлевый тампон. Он должен быть удален через определенное время. Обычно тампон удаляют через 12 часов. Чтобы удалить тампон, надо захватить его конец, выходящий из влагалища, стерильным корнцангом или пинцетом и осторожно и медленно вытянуть. Тампон следует осмотреть, смочен ли он кровью и много ли ее.

После извлечения тампона надо проследить, не появится ли кровотечение из влагалища. При появлении кровотечения следует тотчас сообщить об этом врачу.

Что касается остального ухода, то он бывает различным, в зависимости от того, производилась ли операция влагалищным или брюшностеночным путем.

Уход за больной после влагалищной операции менее сложен, так как значительная часть этих операций технически проста, производится под местной анестезией и легко переносится.

После операции на промежности не следует подмывать больную. Увлажнение раны ухудшает ее заживление. Положенную на наружные половые органы стерильную прокладку надо менять в первые сутки не реже чем через 4 часа. В последующие дни смену прокладок можно производить 3 раза в день. Кроме того, прокладку необходимо менять каждый раз после мочеиспускания и действия кишечника.

Ноги больной должны быть связаны полотенцем, чтобы она не раздвигала их во сне; при смене прокладок полотенце временно развязывают.

Один раз в день область швов обрабатывают 5% настойкой йода.

Действие кишечника в первые 5 суток после операции очень нежелательно, так как это может вызвать расхождение швов. Поэтому в течение указанного срока дается только жидкая пища в ограниченном количестве и назначается настойка опия.

Больная не должна садиться и вставать до снятия швов. Швы снимаются на 6-й или 7-й день после операции. После этого больной дают слабительное и разрешают вставать. Если в последующие дни назначаются клизмы, то наконечник надо обильно смазать вазелином и ввести очень осторожно и поглубже. Выпускать воду из кружки надо медленно, чтобы не вызвать преждевременного послабления. После действия кишечника больной надо тщательно подмыть.

После влагалищных операций, когда не наложены швы на промежность (выскабливание полости матки, биопсия, удаление полипа шейки матки), больным дважды в день производят подмывания и по мере надобности меняют подстилки. При уходе за такими больными надо следить за характером и количеством выделений.

Если из влагалища выделился кусочек какой-либо ткани или сгусток, то не следует выделившееся выбрасывать до осмотра врача.

Уход за больными после брюшностеночных операций (чревосечение) сложнее, так как эти операции обычно более тяжелые. Он имеет много общего с уходом за больными после чревосечений, которые производятся при хирургических заболеваниях.

На живот, на область операционной раны, обычно кладут пузырь со льдом. Он должен быть завернут в чистую пеленку или полотенце и наложен поверх рубашки. Иногда на живот, поверх одеяла, кладут тяжесть — мешок с песком весом 0,5—1 кг.

Время от времени надо, приподняв одеяло, осматривать живот, не увеличивается ли он от вздутия, в каком состоянии повязка. О всех изменениях в состоянии больной следует сейчас же сообщить врачу.

После мочеиспускания больную надо подмыть, измерить и записать количество выделенной мочи. Если больная не может сама помочиться, то следует подложить под нее судно и полить на наружные половые органы водой из кувшина. По назначению врача может быть впрыснут питуитрин. Выпускать мочу катетером без особой необходимости не следует, так как введение катетера сопряжено с опасностью занесения инфекции в мочевой пузырь.

На следующий день после операции общее состояние больной обычно улучшается, хотя боли в животе могут еще оставаться. Больную следует начать поворачивать на бок. Ей можно давать жидкую пищу, фрукты и не ограничивать питье. Нередко на 2-й день после чревосечения появляется вздутие кишечника газами, так как перистальтика кишечника после этих операций бывает сильно понижена. По назначению врача можно ввести газоотводную трубку. Иногда уже на 2-й день ставят очистительную клизму, а на следующий день дают слабительное.

Вздутие живота газами иногда продолжается несколько дней, и бывает трудно добиться отхождения газов и действия кишечника. В таких случаях приходится ставить высокие сифонные клизмы.

Если послеоперационный период проходит без осложнений, то самочувствие и общее состояние больной с

каждым днем быстро улучшается. На 4-й и 5-й день ей разрешается сидеть, а к концу недели вставать и ходить. Швы снимают на 7—8-й день; в день снятия их больная должна оставаться в кровати. После снятия швов в течение 2—3 дней живот бинтуют широким полотняным бинтом.

Иногда после значительных оперативных вмешательств и у больной в пожилом возрасте послеоперационный период протекает тяжело. Такая больная требует особого ухода. Она подолгу не может сама поворачиваться и необходимо ей в этом помогать, чтобы не образовались пролежни. С этой целью надо протирать камфорным спиртом места, где чаще всего образуются пролежни, и подкладывать под больную круг. Надо следить за состоянием полости рта, очищать и протирать его.

Общий уход после операции за больными, находящимися в тяжелом состоянии, проводится по общим правилам, изложенным в курсе ухода за больными.

ОБЪЕДИНЕННОЕ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ И РАБОТА В НЕМ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

В 1948 г. было проведено слияние женских консультаций с родильными домами и гинекологическими отделениями стационаров в единое объединенное акушерско-гинекологическое учреждение. Оно имеет единое руководство — главного врача, единый штат медицинских работников, общее хозяйство и бюджет.

Объединенное акушерско-гинекологическое учреждение осуществляет всю профилактическую и лечебную помощь. Оно состоит из трех отделений: а) женской консультации, б) акушерского отделения стационара (родильный дом), в) гинекологического отделения стационара. Врач объединенного учреждения ведет работу одновременно и в консультации, и в отделении стационара, это значительно улучшает качество медицинского обслуживания женского населения.

Большую и разнообразную работу в объединенном акушерско-гинекологическом учреждении проводят акушерки и медицинские сестры.

ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

После Великой Октябрьской социалистической революции в СССР возникли первые женские консультации. Работа их в первые годы образования заключалась только в наблюдении за беременными. Постепенно задачи консультаций все более расширялись и усложнялись. В настоящее время женская консультация осуществляет всю поликлиническую лечебную и профилактическую акушерско-гинекологическую помощь.

Консультация обслуживает женское население, проживающее на определенной территории. Вся эта терри-

тория делится на участки приблизительно с равным количеством населения. На участке работает прикрепленный к нему врач акушер-гинеколог и акушерка или медицинская сестра.

В зависимости от количества населения, обслуживаемого консультацией, и от некоторых других причин, кроме акушеров-гинекологов, в консультации работают и врачи других специальностей: терапевт, венеролог, зубной врач. Если этих специалистов в штате консультации не имеется, то для соответствующего обследования женщин направляют в поликлиники.

Консультация состоит из следующих помещений: гардероб, регистратура, ожидальная, кабинеты врачей, процедурная, уборная. В больших консультациях количество помещений бывает больше. Имеются консультации, располагающие физиотерапевтическим кабинетом, рентгеновской установкой и т. д.

Работа женской консультации слагается из следующего.

1. Наблюдение за беременными

Каждая женщина с самого начала беременности должна находиться под медицинским наблюдением. Как известно, в течении беременности могут появиться различные осложнения. С целью их предупреждения беременной даются соответствующие указания и советы врачом в женской консультации. Если все же осложнения появляются, то их необходимо возможно раньше выявить и устранить. Для этого врач и сестра организуют соответствующее лечение, контролируют его проведение. Некоторых женщин с осложненной беременностью помещают в палату патологии беременности родильного дома.

В настоящее время при высоком уровне культуры населения каждая женщина не только знает о существовании консультаций, но и понимает, какое большое значение имеет их работа для предупреждения осложнений беременности и проведения соответствующего лечения. Поэтому подавляющее большинство женщин с начала беременности сами обращаются в консультацию. Только отдельные беременные по каким-либо причинам обращаются в консультацию лишь в последние месяцы беременности.

Для того чтобы охватить всех беременных наблюдением и притом с первых месяцев беременности, консультация постоянно проводит работу среди населения, разъясняя значение медицинского наблюдения и важность ранней явки в консультацию. Получив сведения о том, что женщина беременна, но не приходит в консультацию, последняя принимает меры для установления наблюдения за беременной.

Беременная, обратившись в консультацию, подвергается всестороннему обследованию. При первом же посещении проводится обследование состояния нервной системы, сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения, выделения. Производят рентгеновское просвечивание грудной клетки для определения состояния сердца и легких, измеряют артериальное давление, берут кровь из вены для реакции Вассермана, производят общий анализ крови и мочи. Чем полнее произведено обследование, тем более правильными и полными будут те советы и указания, которые должна получить беременная в консультации.

Данные, полученные при обследовании, подробно записывают в индивидуальную карту беременной и родильницы.

В отдельных случаях врач выявляет, что состояние здоровья женщины может ухудшиться при продолжении беременности, тогда необходимо произвести аборт. Разрешение на аборт по медицинским показаниям дается специальной комиссией, на которую направляет врач женской консультации.

Внешняя среда, как известно, влияет на организм, поэтому консультация принимает меры к устранению всего того, что может неблагоприятно повлиять на развитие беременности. С этой целью консультация подробно выясняет, какие жилищные условия у беременной, как организовано питание, ее профессию и условия работы. Консультация не ограничивается только расспросом беременной. К ней на дом и на место работы направляют патронажную акушерку или сестру, которая знакомится на месте с условиями быта и труда. С учетом такого патронажа дают конкретные указания в отношении того, что должно быть сделано для улучшения жилищных условий. Если установят, что неблагоприятны условия труда, то консультация через админи-

страцию и общественные организации предприятия, где работает женщина, содействует созданию для беременной работницы благоприятных условий работы.

Беременная должна посещать консультацию регулярно в первой половине беременности один раз в месяц, а во второй половине — через каждые две недели. При повторных посещениях, помимо общего и специального акушерского обследования, беременную взвешивают, измеряют артериальное давление и производят анализ мочи. Взвешивание производится для того, чтобы установить, не происходит ли слишком большой прибавки в весе, что наблюдается при задержке в организме воды и является ранним признаком развития токсикоза беременности. На развитие этого же осложнения указывает появление в моче белка и повышение артериального давления. Своевременное выявление начальных признаков токсикоза, надлежащие советы и лечение, помещение беременных в палату патологии беременности предотвращают заболевание эклампсией. Это тяжелое осложнение беременности, благодаря работе женских консультаций, стало встречаться очень редко.

За женщинами, имеющими какое-либо осложнение при беременности, консультация следит особенно тщательно. На таких беременных, помимо индивидуальной карты беременной, заводится еще особая карточка, которая помещается в картотеку. Это позволяет организовать своевременное наблюдение за беременной, вызывать ее в случае неявки в назначенный срок, проводить систематический патронаж.

При беременности в 35 недель консультация представляет работающей женщине дорожной отпуск. В этот же срок беременная получает особый документ — обменную карту. Карта состоит из трех листов. Первый лист заполняется в консультации. В него заносятся все главные данные обследования женщины и сведения о течении беременности. Когда начинаются роды и роженица отправляется в родильный дом, она берет с собой обменную карту. Таким образом, родильный дом получает все необходимые сведения о течении беременности, что очень важно для правильного ведения родов. Второй и третий листы обменной карты заполняются в родильном доме при выписке оттуда роженицы. Во втором листе записываются сведения о течении родов и

послеродового периода, и этот лист переправляется в женскую консультацию. В третий лист заносятся сведения главным образом о новорожденном; этот лист пересылается в детскую консультацию. Уже на следующий день после выписки матери и ребенка как женская, так и детская консультация берут их на учет и направляют на дом патронажных сестер.

Консультация проводит с беременными санитарно-просветительную работу. Они знакомятся с вопросами личной гигиены женщины, в частности, гигиены беременности послеродового периода, узнают о том, как правильно вскармливать новорожденного и вести уход за ним.

Обычно в консультациях организуются так называемые школы материнства. Для этого всех беременных разделяют на группы по 5—10 человек и с ними проводится санитарно-просветительная работа по заранее разработанному плану и расписанию.

С беременными на последнем месяце консультация проводит чрезвычайно важную работу по психопрофилактическому обезболиванию родов. На специально организованных занятиях беременным объясняют сущность родов и их течение, рассказывают, как должна вести себя женщина во время родов, показывают приемы, при помощи которых достигается обезболивание родов

2. Лечебная помощь гинекологическим больным

В консультации проводится лечение гинекологических больных. Значительная часть из них нуждается в различных лечебных процедурах, как-то: впрыскивания, аутогемотерапия, вкладывание тампонов и т. п. Все это проводится в специально оборудованной процедурной комнате, а за отсутствием ее — в том же кабинете, где ведет прием врач. Многие больные нуждаются в физиотерапевтическом лечении. В больших консультациях для этой цели оборудуются специальные кабинеты. В небольших консультациях обычно имеется переносная физиотерапевтическая аппаратура.

Помимо лечебной работы, проводимой в консультации, помощь больным в необходимых случаях оказывается на дому. По вызову к больной на дом направ-

ляется врач участка, а при его отсутствии — дежурный врач консультации. Для выполнения лечебных процедур на дом к больной приходит медицинская сестра.

3. Профилактические осмотры

Для выявления больных консультация организует профилактические осмотры женщин.

Осмотры проводятся при поступлении женщин на некоторые предприятия с целью выяснения, здорова ли она, нет ли у нее каких-либо гинекологических заболеваний, при которых женщина не должна выполнять той или иной работы. Проводятся профилактические осмотры и для выявления венерических заболеваний. Для работниц пищевой промышленности, торговой сети, парикмахерских, бань и др. профилактические осмотры организуются не только при поступлении на работу, но и в дальнейшем через определенные сроки (раз в две недели, раз в месяц). При профилактических осмотрах берут мазки выделений из влагалища, из шейки матки и из мочеиспускательного канала, иногда берут кровь из вены для производства реакции Вассермана.

Особое место в работе консультаций занимают поголовные профилактические осмотры взрослого женского населения с целью раннего выявления больных раковыми заболеваниями. Проведение такой большой работы требует хорошей организации. Чтобы ни одна женщина не осталась неосмотренной, для этого консультация составляет списки всего женского населения в районе ее обслуживания, проводит разъяснительную работу, оповещает о времени и месте приема врача. Если при осмотре женщины выявляется раковое заболевание, то ее нужно немедленно направить в стационар для лечения. Женщин, у которых нет явных признаков заболевания, но есть подозрение на возможность развития рака половых органов, берут на учет, и за ними устанавливается систематическое наблюдение.

4. Патронажная работа

Выше уже было сказано о патронаже беременных. Помимо этого, консультация организует патронаж родильниц и некоторых гинекологических больных. В за-

дачу патронажной работы входит не только ознакомление с бытовыми условиями патронируемой. Патронаж преследует цель научить женщину, как соблюдать личную гигиену и гигиену жилища, питания и т. д. Поэтому сестра должна хорошо знать вопросы общей гигиены и гигиены женщины. Она должна не только рассказать, но и убедить женщину, доказать ей необходимость выполнять советы и указания, данные в консультации. При повторных посещениях проводится проверка выполнения женщиной данных советов и указаний. Все сведения, полученные при патронаже, заносят в специальный лист.

5. Санитарное просвещение

Санитарное просвещение является неотъемлемой частью профилактической работы консультации. Оно проводится как врачами, так и акушерками и медицинскими сестрами.

Формы санитарно-просветительной работы разнообразны. Сюда относятся беседы с отдельными женщинами, обращающимися в консультацию, групповые беседы, лекции, школы материнства, демонстрации выставок, кинофильмов, распространение листовок, памяток, брошюр и книг.

Санитарно-просветительная работа проводится по заранее выработанному плану, как в самой консультации, так и вне ее — на предприятиях, в культурно-просветительных учреждениях, общежитиях и т. д.

6. Борьба с абортами

По действующему в СССР законодательству производство искусственного аборта разрешается в тех случаях, если продолжение беременности представляет опасность для здоровья женщины или в семье беременной (у мужа или детей) имеются некоторые нервно-психические заболевания.

Консультация повседневно ведет борьбу с преступными подпольными абортами. С этой целью проводится санитарно-просветительная работа, женщинам разъясняется вред и опасность абортов. В то же время в консультации женщинам дают советы, как можно пред-

охранить себя от беременности. Если станет известно, что беременной произведен незаконный аборт, консультация сообщает об этом следственным органам для привлечения виновных лиц к ответственности.

7. Социально-правовая помощь

Беременная женщина и женщина-мать пользуются по закону многими льготами и особыми правами. Все они направлены на сохранение здоровья женщины и воспитание здорового ребенка. Для того чтобы помочь женщине в осуществлении этих прав, при консультации и в родильном доме работает юрист или сестра, ведающая вопросами социально-правовой помощи. В их обязанность входит выявление женщин, нуждающихся в юридической помощи, и осуществление этой помощи через соответствующие организации. Оказывается юридическая помощь в трудоустройстве, жилищном деле, получении пособий и т. д.

Особое внимание уделяется одиноким беременным и матерям. Принимаются меры к улучшению их материальных и жилищных условий.

8. Работа консультации на производстве

Выше было сказано, что состояние здоровья женщины во многом зависит от тех условий, в которых она работает. Поэтому женская консультация должна быть тесно связана с фабриками, заводами, колхозами и другими предприятиями, где много женщин-работниц. Знакомясь на месте с условиями труда, консультация содействует проведению оздоровительных мероприятий, следит за своевременным переводом беременных на более легкую работу, проводит санитарно-просветительную работу и т. д.

На крупных предприятиях устраиваются комнаты личной гигиены женщины.

9. Работа медицинской сестры в женской консультации

Работа медицинской сестры в консультации проходит под непосредственным руководством врача акушера-гинеколога. Основные виды работы сестры следующие:

- а) работа с врачом в кабинете;
- б) помощь на дому;
- в) патронаж;
- г) санитарное просвещение.

Сестра должна заблаговременно подготовить все необходимое для предстоящего приема врача. Она должна проследить за тем, чтобы кабинет был убран и проветрен.

Надо приготовить чистый халат, полотенце, мыло, стерильные перчатки, застелить простыней кушетку, где будут осматривать женщин. Для гинекологического кресла должны быть заготовлены чистые подкладные клеенки, которые сменяют после осмотра каждой женщины.

Нужно подготовить все необходимые инструменты и приборы: тазомер, акушерский стетоскоп, сантиметр, аппарат для измерения артериального давления. При исследовании каждой гинекологической больной употребляются влагалищные зеркала, нередко требуются корнцанги, длинные пинцеты, зонды. Все это должно быть заранее прокипячено в нужном количестве и храниться в закрытом стерилизаторе. Эти же инструменты, а также шприцы с иглами требуются для проведения лечебных процедур.

При осмотре больных и проведении процедур надо иметь в барабане стерильную вату, марлю, материал для тампонов, помазки; подготовить также все необходимые медикаменты для проведения процедур: спирт, 5% настойку йода, растворы для лечебных тампонов, а также стекла для взятия мазков. Перед приходом врача сестра берет из регистратуры индивидуальные карты беременных и родильниц, истории болезни гинекологических больных и раскладывает их на столе в порядке очередности приема; подготавливает бланки для рецептов, бланки для сопроводительных записок на взятые анализы.

Перед осмотром врача больным следует измерить температуру, а беременных взвесить и записать все полученные данные.

По назначению врача больные и беременные приносят мочу для анализа. К каждому пузырьку сестра должна приклеить записку с указанием фамилии, имени, отчества женщины и номера истории болезни или индивидуальной карты беременной и родильницы и, кроме

того, написать сопроводительную записку в лабораторию. Мочу, доставленную для анализа, следует возможно скорее передать в лабораторию.

Во время приема врача сестра помогает ему: укладывает больных, подает необходимые инструменты, проводит лечебные процедуры и т. д.

По окончании приема сестра наводит порядок в кабинете: убирает медикаменты, моет и протирает инструменты, проверяет запас медикаментов и выписывает недостающие, направляет в лабораторию взятые для анализа материалы, сдает в регистратуру все медицинские документы. Сестра проверяет, как проводится уборка кабинета санитаркой, и дает ей необходимые указания.

После того как закончена работа в кабинете, сестра направляется на вызовы к больным на дом для выполнения лечебных процедур и патронажа. Она должна захватить с собой халат и сумку с необходимыми инструментами, медикаментами и перевязочным материалом. Не следует надевать халат заранее, а поверх его пальто. Придя на дом к больной или патронируемой, сестра должна снять верхнюю одежду, надеть халат и вымыть руки. Перед выполнением процедур надо спросить больную о ее самочувствии, обратить внимание на ее общее состояние, сосчитать пульс, измерить температуру. Все это следует делать без спешки, обстоятельно и аккуратно. Проводя патронаж, сестра должна не только давать необходимые советы и указания, но и разъяснять, почему надо их выполнять. Некоторым женщинам сестра не только должна дать совет, но и помочь его выполнить. Проявив знание дела, дружеское и сердечное отношение к больной или патронируемой, сестра будет пользоваться у нее авторитетом и доверием.

Все данные, полученные при посещении женщины на дому, сестра записывает и, кроме того, сообщает их участковому врачу.

Сестра принимает большое участие и в санитарно-просветительной работе. Эта работа проводится ею главным образом в форме бесед с беременными и больными в консультации и на дому.

РОДИЛЬНЫЙ ДОМ

В родильных домах оказывается высококвалифицированная помощь во время родов. Кроме того, многие женщины с теми или иными отклонениями от нормального течения беременности должны быть своевременно помещены в родильный дом для лечения.

1. Структура родильного дома

Родильный дом состоит из следующих отделений.

1. Приемная, которая состоит из фильтра и смотровой.

Поступающая в родильный дом женщина прежде всего попадает в фильтр. Здесь ей измеряют температуру и проводят краткий опрос с целью выяснения, не имеется ли у нее какого-либо заболевания, требующего изоляции.

Если женщина здорова и не имела контакта с больными, страдающими заразными заболеваниями, то ее принимают в физиологическое (нормальное) отделение; в противном случае — в сомнительное отделение, которое называется еще вторым отделением.

Смотровая служит для обследования поступающей женщины. Здесь собирается анамнез, производят всестороннее обследование и все полученные данные заносят в историю родов. После этого проводят санитарную обработку и женщину направляют дальше. Рожениц помещают в родовой блок, а беременных — в отделение патологии беременности.

2. Родовой блок состоит из четырех помещений: предродовой палаты, родового зала, малой и большой операционной.

Предродовая палата предназначена для рожениц, находящихся в первом периоде родов (период раскрытия шейки матки). Здесь ведется наблюдение за состоянием роженицы, за родовой деятельностью, продвижением плода, его сердцебиением, отхождением вод. Примерно через каждые 3 часа делаются записи в истории родов.

Как только начинаются потуги, роженицу переводят в родовой зал, где происходят роды и проводят первый туалет новорожденного. В некоторых родильных домах

для туалета новорожденного отводится отдельная комната рядом с родовым залом.

В родовом зале родильница и новорожденный остаются в течение 2 часов, после чего переводят мать в палату послеродового отделения, а новорожденного в детскую палату. Все сведения о родах и новорожденном заносят в историю родов и в лист развития новорожденного.

Во многих родильных домах в родовом блоке имеется еще одна маленькая палата, хорошо изолированная от всякого рода звуков. Эта палата предназначена для больных эклампсией.

Малая операционная служит для производства всех акушерских операций, производимых через влагалище, как-то: зашивание разрывов промежности, наложение щипцов, ручное удаление последа и т. д. В операционной имеются наготове стерильные наборы инструментов для срочных операций.

Большая операционная предназначена для операций, производимых брюшностеночным путем. При большой операционной имеется стерилизационная комната, где установлены автоклавы и готовится стерильный материал для всего родильного дома.

Если в родильном доме имеется отделение оперативной гинекологии, то в большой операционной производят и гинекологические операции, но исключительно тогда, когда у больных нет воспалительных, гнойных процессов.

3. Нормальное (физиологическое) послеродовое отделение предназначено для здоровых родильниц. В этом отделении они находятся до выписки из родильного дома, т. е. 8—9 суток. Если у родильницы начинается какое-либо заболевание, то ее переводят вместе с ребенком в сомнительное отделение.

4. Отделение новорожденных с отдельной палатой для недоношенных и травмированных и с изолятором для заболевших детей.

5. Сомнительное отделение, строго изолированное от нормального отделения. Оно включает в себя смотровую, родовой зал, операционную, женские палаты и палаты для новорожденных. Иногда в сомнительном отделении отводится палата для женщин с самопроизвольными и криминальными выкидышами.

6. Отделение патологии беременности предназначено для беременных, имеющих ту или иную форму акушерской патологии: узкий таз, неправильное положение плода, токсикоз первой или второй половины беременности и т. д.

Если у беременной, кроме того, имеется какое-либо заболевание, требующее изоляции, то ее помещают в палату беременных сомнительного отделения.

В некоторых родильных домах есть гинекологическое отделение.

В каждом отделении имеется буфет (раздаточная пищи), уборные со сливами для суден и моечные комнаты для мытья подкладных клеенок.

Для выписки родильниц и новорожденных отводится специальная выписная комната, а для приема посетителей — посетительская.

Ни в одно из отделений родильного дома посетители не допускаются во избежание занесения инфекции, которая представляет большую опасность для матери и новорожденного. Для приема писем и передач устанавливаются определенные часы. В это же время проводится санитарно-просветительная работа с посетителями.

Помимо перечисленных лечебных отделений, в больших родильных домах имеется лаборатория, рентгеновский и физиотерапевтический кабинет и аптека.

Хозяйственная часть родильного дома включает в себя кухню с кладовыми, чистую и грязную бельевую.

Для приходящего на работу персонала оборудован гардероб с индивидуальными шкафчиками для одежды и душ.

2. Распорядок дня в родильном доме

Родильный дом работает круглосуточно.

Питание рожениц трехразовое: завтрак, обед и ужин.

При работе в родильном доме должен соблюдаться лечебно-охранительный режим. Важнейшей частью его является обезболивание родов.

• Распорядок дня послеродового отделения также строится на основе лечебно-охранительного режима. Одним из важнейших его требований является достаточный сон родильниц, который в общей сложности должен быть не менее 7 часов.

Примерный распорядок дня в послеродовом отделении

6.00	Пробуждение родильниц.
6.00 — 6.30	Умывание родильниц. Измерение температуры. Проветривание палат.
6.30 — 7.00	Первое кормление новорожденных.
7.00 — 8.00	Туалет родильниц. Выполнение назначений. Уборка палат.
8.00 — 9.00	Завтрак. Смена дежурств сестер.
9.00 — 9.30	Подготовка к кормлению новорожденных.
9.30 — 10.00	Второе кормление новорожденных
10.00 — 12.00	Врачебный обход. Взятие анализов. Выполнение лечебных процедур.
12.00 — 13.00	Выполнение назначений. Санитарно-просветительная работа. Подготовка к кормлению новорожденных
13.00 — 13.30	Третье кормление новорожденных
13.30 — 14.30	Обед.
14.30 — 16.00	Сон.
16.00 — 16.30	Подготовка к кормлению новорожденных.
16.30 — 17.30	Четвертое кормление новорожденных.
17.00 — 18.30	Измерение температуры. Туалет родильниц. Выполнение назначений. Выписка родильниц
18.30 — 19.00	Ужин.
19.00 — 20.00	Врачебный обход. Подготовка к кормлению новорожденных.
20.00 — 20.30	Пятое кормление новорожденных.
20.30 — 21.00	Смена дежурств сестер и санитарок
21.00 — 21.30	Чай.
21.30 — 22.00	Уборка палат.
21.30 — 23.00	Сон.
23.00 — 23.30	Подготовка к кормлению новорожденных
23.30 — 24.00	Шестое кормление новорожденных.
24.00	Сон Общее количество времени для сна — 9 часов в сутки.

Примерный распорядок дня в отделении патологии беременности

7.00	Пробуждение беременных.
7.00 — 8.00	Туалет. Измерение температуры. Уборка палат.
8.00 — 8.30	Взвешивание беременных. Выполнение назначений Смена дежурств санитарок.
8.30 — 9.00	Завтрак. Смена дежурств сестер.
9.00 — 12.00	Врачебный обход.
12.00 — 13.30	Выполнение лечебных процедур. Выполнение назначений. Санитарно-просветительная работа.
13.30 — 14.30	Обед.
14.30 — 15.00	Выписка беременных.
15.00 — 16.30	Сон.
16.30 — 17.30	Туалет. Измерение температуры
17.30 — 18.30	Выполнение назначений.
18.30 — 19.00	Ужин.
19.00 — 20.00	Врачебный обход

20.00 — 21.00	Гигиенический душ	Смена дежурств санитарок и сестер.
21.00 — 21.30	Чай.	
21.30 — 22.00	Уборка палат.	
22.00	Сон.	
Общее количество времени для сна — 10 час. 30 мин		

В сомнительном отделении распорядок дня тот же, что и в нормальном послеродовом отделении.

В палатах новорожденных распорядок дня определяется главным образом кормлением. Значительное большинство детей подают для кормления 6 раз в сутки, через каждые $3\frac{1}{2}$ часа, с 6-часовым перерывом ночью. Часть новорожденных по назначению врача кормят через 3 и даже через $2\frac{1}{2}$ часа, но также с 6-часовым перерывом ночью. Учащенное кормление необходимо слабым и недоношенным детям, которые за одно кормление не могут высосать достаточного количества молока.

Перед кормлением детей перепеленывают.

Утром сестра у всех новорожденных измеряет температуру и производит их взвешивание.

3. Работа медицинской сестры в родильном доме

В смотровой, предродовой палате и родовом зале работают акушерки. Только в отдельных случаях их заменяют временно медицинские сестры.

В малой и большой операционной работают медицинские сестры. Однако работа здесь имеет много существенных особенностей и требует специальных знаний и навыков. Для обучения работе в операционной медицинская сестра должна пройти дополнительную подготовку на специальных краткосрочных курсах или в порядке обучения на месте под руководством опытной операционной сестры.

В нормальном послеродовом отделении, женских палатах сомнительного отделения, в отделении патологии беременности и палатах новорожденных работают обычно медицинские сестры.

Работа медицинской сестры в женских палатах нормального и сомнительного отделения заключается в уходе и наблюдении за родильницами, выполнении медицинских назначений и контроле за работой младшего персонала.

Сестра должна строго соблюдать требования асептики и антисептики, точно выполнять назначения врача и соблюдать лечебно-охранительный режим.

Для успешной работы медицинской сестры от нее требуется знание общего ухода за больными и тех особенностей, которые необходимы для ухода за родильницами.

Работа в палатах патологии беременности имеет очень много общего с работой в терапевтическом отделении.

Сестра должна соблюдать все правила асептики и антисептики, так как внесение инфекции в половые органы беременной может повлечь за собой тяжелые заболевания в родах и в послеродовом периоде.

Наблюдая за беременными, сестра должна уметь своевременно установить начало родовой деятельности, распознать отхождение вод, хорошо знать особенности течения различных форм патологии беременности.

Работа медицинской сестры в палатах новорожденных также строится на основе строжайшего соблюдения правил асептики и антисептики. Кожа новорожденного пупочная рана и дыхательные пути могут легко стать местом внедрения инфекции.

Много внимания требуется от медицинской сестры при уходе за недоношенными и травмированными новорожденными. Здесь тщательное наблюдение, уход и правильное вскармливание являются решающими для здоровья и жизни ребенка.

При уходе за изолированными, заболевшими новорожденными сестра должна быть особенно требовательна к себе, должна соблюдать строжайшие меры асептики и антисептики. Тяжелые септико-токсические заболевания новорожденных могут быстро распространиться в детской палате в результате небрежной, недобросовестной работы медицинской сестры.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

Гинекологическое отделение объединенного акушерско-гинекологического учреждения бывает в общих больницах или в родильном доме, но тогда оно должно быть изолировано от акушерского отделения

1. Структура отделения

В гинекологическом отделении проводится лечение женщин с различными заболеваниями половых органов. Оно включает в себя палаты для больных, нуждающихся в консервативных и оперативных методах лечения.

Помимо палат для больных, гинекологическое отделение имеет две перевязочных и две операционных. Одна перевязочная и одна операционная предназначены для больных, не имеющих воспалительных процессов — так называемая чистая перевязочная и чистая операционная. Другая перевязочная и операционная предназначены для больных с различными воспалительными заболеваниями.

В состав некоторых гинекологических отделений входят еще палаты для лечения больных раковыми заболеваниями. Эти палаты должны быть изолированы от всех прочих гинекологических палат, так как больные раковыми заболеваниями почти всегда являются носителями септической инфекции.

Для проведения физиотерапевтических процедур гинекологическое отделение имеет специальный кабинет или же для этой цели служит перевязочная.

Нередко гинекологическое отделение имеет палаты для больных с инфицированными выкидышами; такие больные должны быть изолированы ввиду опасности распространения инфекции.

2. Распорядок дня и работа медицинской сестры в гинекологическом отделении

Распорядок дня в гинекологическом отделении строится примерно так же, как в отделении патологии беременности.

Работа медицинской сестры в палатах для больных, проходящих консервативное лечение, сходна с работой в терапевтическом отделении, а в палатах для больных, нуждающихся в оперативном лечении, — с работой в хирургическом отделении.

ПРОЧИЕ ВИДЫ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

1. Колхозный родильный дом

Организация колхозных родильных домов имеет целью улучшить акушерскую помощь на селе и ликвидировать роды на дому.

Колхозный родильный дом предназначен исключительно для оказания акушерской помощи при нормальных родах. Все женщины, у которых имеется патологическое течение беременности, должны быть своевременно выявлены и заранее помещены в отделение патологии беременности объединенного акушерско-гинекологического учреждения.

Колхозный родильный дом имеет 2—3 койки и состоит из следующих помещений: приемная, в которой должно быть все необходимое для санитарной обработки рожениц, родовой комнаты, палаты для родильниц и новорожденных. В колхозном родильном доме, кроме того, имеется кухня и теплая уборная.

Обслуживается колхозный родильный дом акушеркой, которая ведет работу под руководством участкового врача.

2. Фельдшерско-акушерский пункт

Фельдшерско-акушерский пункт организуется с целью приближения медицинской помощи к населению и обслуживает население одного-двух сельсоветов. Фельдшерско-акушерский пункт организуется также при совхозах, лесо- и торфоразработках, МТС и на других предприятиях.

Одной из задач фельдшерско-акушерского пункта является ведение акушерско-гинекологической лечебной и профилактической работы. Акушерка обязана знать женское население, живущее на территории обслужива-

ния пункта, вести санитарно-просветительную работу, проводить профилактические осмотры, выявлять беременных, вести наблюдение за ними и проводить патронаж, своевременно направлять в родильный дом беременных с различными видами патологии, оказывать акушерскую помощь в том случае, если почему-либо роды происходят на дому.

Работой акушерки фельдшерско-акушерского пункта руководит врач сельского участка.

ТРАНСПОРТИРОВКА БЕРЕМЕННЫХ, РОЖЕНИЦ, РОДИЛЬНИЦ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

В настоящее время оказание медицинской помощи в СССР стоит настолько высоко, что каждая беременная, роженица, родильница и гинекологическая больная имеет возможность безотказно пользоваться врачебной помощью.

При первом обращении к медицинской сестре беременной надо показать последнюю врачу и действовать в дальнейшем по его указанию. Так же следует поступать и в отношении рожениц, родильниц и гинекологических больных.

Однако возможно такое стечение обстоятельств, когда оказание акушерской помощи или первой помощи гинекологической больной вынуждена взять на себя медицинская сестра. В таких случаях, она сделает правильно, если, отправляясь для оказания помощи, поставит об этом в известность врача, а при отсутствии его — акушерку. Оказав неотложную помощь, сестра должна организовать транспортировку в ближайший родильный дом или в гинекологическое отделение.

Наиболее совершенным и быстрым видом транспорта является специально оборудованный санитарный самолет. На нем возможна транспортировка больных в условиях полного покоя на большие расстояния в кратчайший срок.

Менее быстрой, а при плохой дороге и менее спокойной является транспортировка на санитарном автомобиле.

На санитарном самолете и автомобиле обычно следует врач, который оказывает неотложную помощь на месте. При вызове санитарного транспорта надо сообщить краткие сведения о больной, чтобы мог прибыть соответ-

ствующий специалист, захватив все необходимое для оказания неотложной помощи на месте.

Иногда приходится транспортировать больную на легковом автомобиле. Недостатком его является невозможность положить больную и неудобство оказания неотложной помощи в пути.

Если приходится пользоваться грузовым автомобилем, то следует позаботиться о том, чтобы в дороге не было сильной тряски. Надо положить в кузов сено или солому, а поверх матрац, застеленный чистой простыней; под голову следует положить подушку и укрыть женщину одеялом.

При отсутствии автомобиля приходится пользоваться лошадьми. Телега или сани должны быть так же оборудованы, как и грузовой автомобиль.

Сестре следует сопровождать больную в пути и находиться около нее от начала до конца транспортировки в медицинское учреждение.

При перевозке роженицы надо захватить с собой в дорогу все, что может понадобиться для помощи при родах. Ввиду того что в пути нельзя должным образом вымыть руки, необходимо взять с собой побольше спирта, настойки иода и две пары стерильных перчаток. Если начнутся роды, надо обмыть руки спиртом, смазать иодной настойкой и надеть стерильные перчатки.

При перевозке любой больной надо иметь при себе готовый к употреблению шприц с иглами, сердечные и кровоостанавливающие средства.

КАЛЕНДАРЬ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СРОКА РОДОВ, ДОРОДОВОГО И ПОСЛЕРОДОВОГО ОТПУСКА (по В. И. Петрову)

Первый день последней менструации	Шевеление плода	Отпуск до ро- дов (35 дней)	Роды	Отпуск после родов	
				42 дня	56 дней
5/I	25/V	7/IX	12/X	23/XI	7/XII
10/I	30/V	12/IX	17/X	28/XI	12/XII
15/I	4/VI	17/IX	22/X	3/XII	17/XII
20/I	9/VI	22/IX	27/X	8/XII	22/XII
25/I	14/VI	27/IX	1/XI	13/XII	27/XII
30/I	19/VI	2/X	6/XI	18/XII	1/I
5/II	25/VI	8/X	12/XI	24/XII	7/I
10/II	30/VI	13/X	17/XI	29/XII	12/I
15/II	5/VII	18/X	22/XI	3/I	17/I
20/II	10/VII	23/X	27/XI	8/I	22/I
25/II	15/VII	28/X	2/XII	13/I	27/I
5/III	23/VII	5/XI	10/XII	21/I	4/II
10/III	28/VII	10/XI	15/XII	26/I	9/II
15/III	2/VIII	15/XI	20/XII	31/I	14/II
20/III	7/VIII	20/XI	25/XII	5/II	19/II
25/III	12/VIII	25/XI	30/XII	10/II	24/II
30/III	1/VIII	30/XI	4/I	15/II	1/III
5/IV	23/VIII	6/XII	10/I	21/II	7/III
10/IV	28/VIII	11/XII	15/I	26/II	12/III
15/IV	2/IX	16/XII	20/I	3/III	17/III
20/IV	7/IX	21/XII	25/I	8/III	22/III
25/IV	12/IX	26/XII	30/I	13/III	27/III
30/IV	17/IX	31/XII	4/II	18/III	1/IV
5/V	22/IX	5/I	9/II	23/III	6/IV
10/V	27/IX	10/I	14/II	28/III	11/IV
15/V	2/X	15/I	19/II	2/IV	16/IV
20/V	7/X	20/I	24/II	7/IV	21/IV
25/V	12/X	25/I	1/III	12/IV	26/IV
30/V	17/X	30/I	6/III	17/IV	1/V
5/VI	23/X	5/II	12/III	23/IV	7/V
10/VI	28/X	10/II	17/III	28/IV	12/V
15/VI	2/XI	15/II	22/III	3/V	17/V
20/VI	7/XI	20/II	27/III	8/V	22/V
25/VI	12/XI	25/II	1/IV	13/V	27/V
30/VI	17/XI	2/III	6/IV	18/V	1/VI
5/VII	22/XI	7/III	11/IV	23/V	6/VI
10/VII	27/XI	12/III	16/IV	28/V	11/VI
15/VII	2/XII	17/III	21/IV	2/VI	16/VI
20/VII	7/XII	22/III	26/IV	7/VI	21/VI
25/VII	12/XII	27/III	1/V	12/VI	26/VI
30/VII	17/XII	1/IV	6/V	17/VI	1/VII

Продолжение

Первый день последней менструации	Шевеление плода	Отпуск до ро- дов (35 дней)	Роды	Отпуск после родов	
				42 дня	56 дней
5/VIII	23 XII	7 IV	12/V	23 VI	7/VII
10/VIII	28/XII	12,IV	17/V	28 VI	12 VII
15/VIII	2/I	17,IV	22 V	3/VII	17, VII
20/VIII	7/I	22 IV	27/V	8, VII	22 VII
25/VIII	12 I	27 IV	1 VI	13 VII	27, VII
30/VIII	17/I	2/V	6/VI	18, VII	1/VIII
5/IX	23/I	8/V	12 VI	24/VII	7/VIII
10/IX	28/I	13/V	17, VI	29/VII	12, VIII
15/IX	2/II	18/V	22, VI	3/VIII	17, VIII
20/IX	7 II	23 V	27/VI	8, VIII	22 VIII
25/IX	12, II	28, V	2/VII	13, VIII	27, VIII
30/IX	17, II	2, VI	7/VII	18/VIII	1/IX
5 X	22/II	7, VI	12, VII	23 VIII	6/IX
10/X	27/II	12/VI	17, VII	28/VIII	11 IX
15 X	4 III	17/VI	22/VII	2 IX	16/IX
20/X	9/III	22/VI	27, VII	7/IX	21, IX
25 X	14 III	27/VI	1/VIII	12/IX	26/IX
30/X	19. III	2, VII	6/VIII	17, IX	1/X
5/XI	25, III	8, VII	12/ VIII	23 IX	7/X
10, XI	30, III	13/VII	17, VIII	28, IX	12/X
15, XI	4/IV	18/VII	22, VIII	3, X	17/X
20/XI	9, IV	23, VII	27/VIII	8, X	22, X
25, XI	14, IV	28, VII	1/IX	13 X	27, X
30, XI	19/IV	2, VIII	6, IX	18, X	1/XI
5 XII	24/IV	7/VIII	11/IX	23, X	6, XI
10, XII	29/IV	12 VIII	16, IX	28, X	11/XI
15, XII	4/V	17, VIII	21, IX	2 XI	16, XI
20, XII	9 V	22/VIII	26/IX	7/XI	21/XI
25, XII	14, V	27/VIII	1, X	12, XI	26, XI
30/XII	19/V	1/IX	6/X	17/XI	1/XII

ПРАВИЛА ПОЛЬЗОВАНИЯ КАЛЕНДАРЕМ

Выяснив первый день последней менструации, по горизонтальной линии определяют даты: первое шевеление плода, начало отпуска до родов, день родов и сроки окончания послеродового отпуска после нормальных и патологических родов.

Если первый день последней менструации не соответствует 5, 10, 15, 20, 25 и 30 дню месяца, то соответственно изменяются все остальные даты.

В високосном году сроки отпусков и родов в январе и феврале следует уменьшить на один день. Если последующий год високосный, то, начиная с 1 марта, все сроки следует уменьшить на один день.

СОДЕРЖАНИЕ

Организация лечебной и профилактической акушерско-гинекологической помощи в СССР	3
Анатомия женского таза и половых органов	14
Женский таз	14
1. Кости таза	14
2. Мягкие ткани таза	16
Женские половые органы	18
1. Наружные половые органы	18
2. Внутренние половые органы	20
3. Связки внутренних половых органов, брюшина и клетчатка малого таза	25
4. Кровеносная, лимфатическая и нервная система половых органов	26
5. Смежные органы (мочевой пузырь, мочеточники, прямая кишка)	29
6. Молочные железы	30
Физиология женских половых органов	31
1. Циклические процессы в яичнике	31
2. Циклические процессы в матке	33
3. Овариально-менструальный цикл	34
4. Возрастные анатомо-физиологические особенности женского организма	37
Личная гигиена женщины	40
1. Гигиена периода детства	40
2. Гигиена периода полового созревания и половой зрелости	42
3. Гигиена периода климактерия и менопаузы	45
Асептика и антисептика в акушерстве и гинекологии	46
1. Помещения, их содержание и дезинфекция	46
2. Постель матери и новорожденного	48
3. Гигиена обслуживающего персонала	50
4. Подготовка рук	51
5. Стерилизация инструментов, материала и предметов ухода	51
Физиология беременности	53
1. Оплодотворение и зачатие	53
2. Развитие яйца	56
3. Плодное яйцо в конце беременности	61
4. Изменения в организме женщины при беременности	65
5. Распознавание беременности	68
6. Обследование беременной	69

7.	Определение срока родов и начала дородового отпуска	86
8.	Наблюдение и уход за беременной	87
9.	Гигиена беременной	89
Физиология родов		94
1.	Предвестники родов	94
2.	Роды	94
	Первый период родов (раскрытие шейки матки)	95
	Второй период родов (изгнание плода)	99
	Третий период родов (последовый)	107
3.	Наблюдение и уход за роженицей	109
4.	Обезболивание родов	115
5.	Акушерское пособие при рождении плода	116
	Акушерское пособие при головном предлежании	121
	Акушерское пособие при тазовом предлежании	129
6.	Ведение последового периода	134
7.	Первый туалет новорожденного	141
8.	Многплодные роды	145
Физиология послеродового периода		146
1.	Изменения в организме женщины после родов	146
2.	Общий режим родильниц	148
3.	Наблюдение и уход за родильницей	150
4.	Уборка родильниц	157
5.	Гимнастика в послеродовом периоде	160
6.	Личная гигиена родильницы	161
Основные формы акушерской патологии		166
Патология беременности		167
1.	Токсикозы первой половины беременности	167
2.	Токсикозы второй половины беременности	169
3.	Кровотечения при беременности	175
4.	Преждевременное прерывание беременности	179
Патология родов		183
1.	Кровотечение в родах	183
2.	Узкий таз	186
3.	Родовая травма матери и плода	188
4.	Неправильные положения плода	194
5.	Внутриутробная асфиксия плода	196
Патология послеродового периода		201
1.	Послеродовые кровотечения	202
2.	Послеродовые заболевания инфекционного происхождения	204
3.	Общие основы лечения и уход за больными послеродовыми заболеваниями	208
4.	Заболевания молочных желез	211
Акушерские операции		213
1.	Подготовка к операции	213
2.	Основные акушерские операции и набор инструментов для них	216
Гинекологическое обследование		232
1.	Анамнез	232
2.	Объективное исследование гинекологической больной	236
Гинекологические заболевания		244
1.	Расстройства менструального цикла	244

2. Неправильные положения половых органов	245
3. Воспалительные заболевания	246
4. Опухолевидные образования и истинные опухоли	253
5. Травмы половых органов	260
Лечение гинекологических больных	263
Консервативные методы лечения	265
1. Местное применение холода и тепла	265
2. Спринцевания влагалища	267
3. Клизмы	269
4. Фармакологические средства	270
5. Антибиотики	273
6. Протеиновая терапия	274
7. Гормональная терапия	274
8. Физиотерапия	275
9. Лучевая терапия	279
10. Лечение пессариями	282
Оперативные методы лечения	282
1. Общая подготовка к операции	282
2. Влагалищные операции	284
3. Брюшностеночные операции	286
4. Уход за гинекологической больной после операции	289
Объединенное акушерско-гинекологическое учреждение и работа в нем медицинской сестры	295
Женская консультация	295
1. Наблюдение за беременными	296
2. Лечебная помощь гинекологическим больным	299
3. Профилактические осмотры	300
4. Патронажная работа	300
5. Санитарное просвещение	301
6. Борьба с абортами	301
7. Социально-правовая помощь	302
8. Работа консультации на производстве	302
9. Работа медицинской сестры в женской консультации	302
Родильный дом	305
1. Структура родильного дома	305
2. Распорядок дня в родильном доме	307
3. Работа медицинской сестры в родильном доме	309
Гинекологическое отделение	310
1. Структура отделения	311
2. Распорядок дня и работа медицинской сестры в гинекологическом отделении	311
Прочие виды акушерско-гинекологической помощи	312
1. Колхозный родильный дом	312
2. Фельдшерско-акушерский пункт	312
Транспортировка беременных, рожениц, родильниц и гинекологических больных	314
Календарь для определения срока родов, дородового и послеродового отпуска	316