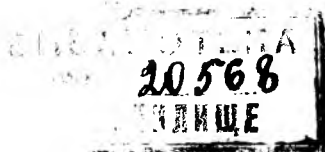


А. Л. КАПЛАН

УЧЕБНИК
АКУШЕРСТВА
И ГИНЕКОЛОГИИ

ИЗДАНИЕ ЧЕТВЕРТОЕ,
ПЕРЕРАБОТАННОЕ

*Отделом медицинских учебных заведений
и кадров Министерства здравоохранения СССР
рекомендован для учащихся отделений
медицинских сестер медицинских училищ*



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ 1960 МОСКВА

КАПЛАН АБРАМ ЛЬВОВИЧ
Учебник акушерства и гинекологии

* * *

Редактор *К. В. Порай — Кошиц*

Техн. редактор *Н. И. Людковская*

Корректор *В. Н. Самсонова*

Переплет художника *С. Н. Новского*

Сдано в набор 4/XI 1959 г. Подписано в печать 15/III 1960 г.
Формат бумаги 60×92/16 18,0 печ. л. + 0,13 печ. л. вкл.
(условных 18,13 л.) 16,86 уч.-изд. л. Тираж 100 000 экз. Т 020 93. МУ—46

Медгиз, Москва, Петровка 12

Заказ 2039

Типография Кошут

Цена 3 р. 50 к. Переплет 1 р. 50 к.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Работа медицинской сестры требует от нее элементарных знаний почти во всех областях практической медицины. Только при этом условии она сможет надлежащим образом выполнять свои обязанности по уходу за больными, наблюдать за ними.

Среди медицинских дисциплин, знакомство с которыми для сестры необходимо, акушерство и женские болезни занимают видное место. В любом стационаре сестре приходится ухаживать за больными женщинами. Если даже женщина и не является гинекологической больной, уход за ней требует особого подхода в связи с особенностями как строения и функций женского организма, так и гигиены женщины. Помимо того, в акушерско-гинекологической практике есть такие участки, где основная работа среднего медицинского персонала сводится исключительно к квалифицированному уходу за больной или новорожденным, и на этих участках работает медицинская сестра.

Задача настоящего учебника — дать основные сведения по акушерству и женским болезням с основами гигиены женщины во все периоды ее жизни, необходимые медицинской сестре для сознательного проведения профилактических мероприятий и для ухода за больной женщиной.

Особое внимание уделяется обслуживанию беременной в женской консультации, особенностям ухода за беременной, родильницей и новорожденным ребенком как в консультации, так и в родильном стационаре, уходу за гинекологической больной и оказанию первой и неотложной (доврачебной) помощи при акушерско-гинекологических заболеваниях.

Материал учебника по содержанию и расположению соответствует программе, утвержденной Главным управлением медицинских учебных заведений Министерства здравоохранения СССР.

ГЛАВА I

РОДОВСПОМОЖЕНИЕ В СССР

Акушерство и гинекология — две части одной науки, которая носит общее название «гинекология», что в переводе с греческого языка означает «наука о женщине». Акушерство изучает особенности и изменения в организме женщины, связанные с беременностью, развитием внутриутробного плода, родами, послеродовым периодом, а также методы профилактики осложнений и рациональной помощи во время беременности, родов и в послеродовом периоде матери и новорожденному. Гинекология же (в узком смысле) изучает особенности физиологии и патологии женского организма вне беременности, физиологию и патологию женских половых органов, методы профилактики и рационального лечения гинекологических (женских) заболеваний.

Организация и оказание акушерской помощи при родах составляют то, что называют родовспоможением.

Стремление оказать помощь рожаящей женщине и облегчить ей эти трудные минуты является вполне естественным, поэтому зачатки акушерства относятся к далекой древности. Вначале акушерскую помощь оказывали друг другу женщины, обычно рожавшие; в дальнейшем некоторые из них превратили эту помощь в свою профессию. Так появились бабки-повитухи. Слово «повивать» означало «принимать младенца», почему и наука о родовспоможении носила прежде название «повивальное искусство». В течение веков население обслуживалось невежественными бабками-повитухами, чьи знания основывались главным образом на предрассудках и суевериях. Бабка парила роженицу в бане, подвешивала за ноги, разминала ей живот, ребенка «исправляла» головку, туго пеленала его свивальником, «чтобы у ребенка не были кривые ноги», и применяла ряд других вредных приемов.

В России акушерство как медицинская специальность до второй половины XVIII века вообще не существовало. Очень высокой была смертность женщин от родов и детская смертность, женщины часто калечились в родах.

В середине XVIII века русские ученые-патриоты (М. В. Ломоносов и др.) стали говорить о необходимости обеспечить насе-

ление медицинской помощью, в частности родовспоможением. В результате этих требований были открыты первые повивальные школы в Москве и Петербурге, а в дальнейшем и в некоторых других крупных городах. Школы ставили своей задачей «снабдить столицы, а особенно губернии, опытными, искусными и образованными повивальными бабками». Это дело возглавил выдающийся русский ученый Нестор Максимович Максимович-

Амбодик, которого по праву считают отцом русского акушерства. Свой многолетний опыт он обобщил в первом оригинальном, написанном на русском языке учебнике акушерства. В дальнейшем в России появились выдающиеся специалисты акушеры-гинекологи А. Я. Крассовский, В. Ф. Снегирев, В. С. Груздев, К. К. Скробанский и др.).

Несмотря на это, родовспоможение в царской России являлось одним из самых отсталых участков здравоохранения. Даже в городах не было мало-мальски достаточного количества родильных коек, а также повивальных бабок. В деревнях же повивальных бабок почти совсем не было.

Вопросом организации родильной помощи царское правитель-

ство совершенно не занималось: его не интересовало здоровье трудящихся женщин, работниц и крестьянок.

В царской России, где была чрезвычайно слабо развита промышленность, всегда имелось огромное количество безработных, что обеспечивало дешевую рабочую силу и «пушечное мясо».

С ростом капитализма в России начинает отмечаться быстрый рост населения в промышленных городах преимущественно за счет жителей деревень, уехавших на заработки в город. Рабочие селились на окраинах и жили в чрезвычайно тяжелых материальных и жилищных условиях.

Единичные родильные приюты, существовавшие лишь в городах и к тому же платные, не могли обеспечить родильной помощью всех нуждавшихся в ней женщин.

Рабочий класс все настойчивее начинает выдвигать требование об охране материнства. Еще в 1905 г. в Петербурге рабочие Невского судостроительного завода, Путиловского и Обуховского заводов требовали открыть родильные приюты. Эти



Нестор Максимович Максимович-Амбодик — отец русского акушерства.

правлению к пупку. У девочек, не достигших половой зрелости, на лобке нет волос; у пожилых женщин растительность лобка становится более скудной.

Большие половые губы (*labia majora*) — это две кожные складки с широкой прослойкой рыхлой соединительной ткани внутри. Они ограничивают собой половую щель. Внутренние края больших половых губ у женщин, не живших половой жизнью, тесно соприкасаются и половая щель при умеренном отведении бедер в стороны закрыта; у женщин, живших половой жизнью и рожавших, края больших губ расходятся и половая щель зияет в большей или меньшей степени.

Спереди большие половые губы переходят в лобок, а сзади соединяются друг с другом, образуя заднюю спайку влагалища.

Пространство между задней спайкой влагалища и отверстием заднего прохода (*anus*) называется промежностью; оно выполнено в глубине мышечной тканью.

В коже больших половых губ имеется значительное количество сальных желез. В толще больших половых губ снизу расположены **бартолиновы железы**; выводной проток их открывается у входа во влагалище на внутренней стороне малых половых губ, где последние сливаются с большими половыми губами. Эти железы вырабатывают слизистый секрет щелочной реакции, который увлажняет вход во влагалище. У больных женщин бартолиновы железы нередко являются местом скопления и развития попадающих в них различных болезнетворных микроорганизмов, особенно часто гонококков.

Малые половые губы (*labia minora*) расположены внутри от больших и представляют собой тонкие кожные складки розоватого цвета, ограничивающие с боков половую щель. Малые половые губы обычно значительно меньше больших губ и скрываются под ними.

Клитор (*clitoris*) расположен в верхнем углу половой щели; он состоит из головки и двух пещеристых тел; в толще клитора имеется большое количество нервов и обширная сеть кровеносных сосудов. На 1—1,5 см ниже клитора находится наружное отверстие мочеиспускательного канала.

Женский мочеиспускательный канал (*urethra*) в отличие от мужского значительно короче, просвет его шире и легко растяжим; длина мочеиспускательного канала в среднем около 4 см.

У наружного отверстия мочеиспускательного канала расположены трубчатые образования; это так называемые парауретральные ходы, или железы Скина, секрет которых увлажняет отверстие мочеиспускательного канала.

Пространство, ограниченное с боков малыми половыми губами и идущее в глубину до девственной плевы, носит название преддверия, или входа во влагалище.

Девственная плева (*hymen*) расположена на границе между преддверием и влагалищем. Это тонкая, поперечно расположен-

ная перегородка с отверстием в середине, имеющим различную форму и расположение. В толще девственной плевы находится значительное количество нервов и кровеносных сосудов, поэтому разрыв девственной плевы при первом половом сношении болезнен и в отдельных случаях сопровождается сильным кровотечением. При половых сношениях девственная плева надры-



Рис. 2. Вход во влагалище у нерожавшей женщины. Надрывы девственной плевы после полового сношения.



Рис. 3. Вход во влагалище у рожавшей женщины. Видны остатки девственной плевы — так называемые миртовидные сосочки

вается преимущественно радиально и оказывается состоящей как бы из нескольких лоскутков. После родов лоскутки эти превращаются в образования, напоминающие бородавки или сосочки, так называемые миртовидные сосочки (рис. 2 и 3).

ВНУТРЕННИЕ ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ

К внутренним половым органам женщины относятся влагалище, матка с маточными трубами и яичники (рис. 4).

Влагалище (vagina) представляет собой трубку, слегка изогнутую выпуклостью кзади и начинающуюся тотчас же за девственной плевой. Передняя и задняя стенки влагалища соприкасаются между собой. Влагалище взрослой женщины имеет в длину по передней стенке 7—8 см, а по задней — от 9 до 10 см.

Стенки влагалища с боков гладкие; спереди и сзади влагалищные стенки образуют поперечные складки. Ввиду этой складчатости влагалище при родах может вытягиваться в длинную трубку, не разрываясь. У девочек складчатость отсутствует, так как она еще не образовалась, а в старческом возрасте она сглаживается.

Во влагалище вдается своей шейкой матка. Влагалищные стенки образуют вокруг шейки матки четыре куполообразных растяжимых свода, замыкая тем самым влагалище вверху. Передний свод находится между шейкой и передней стенкой влагалища, задний — между шейкой и задней стенкой влагалища и два боковых — между шейкой и боковыми стенками влагалища. Задний свод самый глубокий; в нем обычно

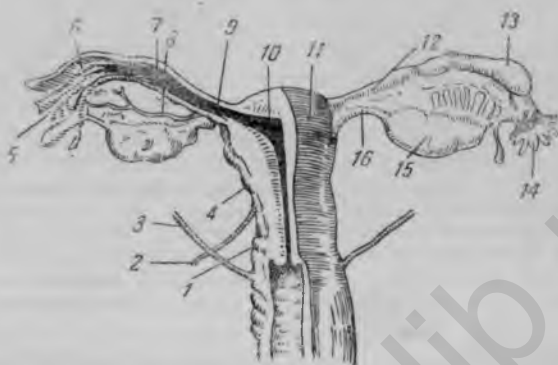


Рис. 4. Внутренние половые органы женщины.

1 — шеечная ветвь маточной артерии; 2 — маточная артерия; 3 — мочеточник; 4 — восходящая ветвь маточной артерии; 5 — бахромки трубы — фимбрии; 6 — ампулярная часть маточной трубы; 7 — истмическая часть трубы; 8 — сосуды яичника; 9 — междуточная часть трубы; 10 — полость матки; 11 — брюшинный покров матки; 12, 13 — маточная труба; 14 — воронка и бахромки трубы; 15 — яичник; 16 — собственно яичниковая связка.

скопляются выделения, поступающие из матки во влагалище; при половых сношениях в задний свод попадает обычно большая часть семенной жидкости (сперма).

Желез во влагалище нет, однако полость его всегда содержит небольшое количество жидкого секрета, увлажняющего поверхность влагалищной стенки. Влагалищный секрет — это отделяемое желез матки с примесью жидкости, пропотевающей из сосудов стенок влагалища. Секрет имеет цвет разбавленного молока, иногда с примесью как бы белых крошек. Во влагалищном секрете находятся в большом количестве особые бактерии, так называемые влагалищные палочки. С их помощью вырабатывается молочная кислота, которая создает во влагалище слабокислую среду, препятствующую размножению болезнетворных бактерий. Попадающие извне во влагалище различные бактерии обычно погибают или их жизнедеятельность значительно ослабляется. При значительном уменьшении количества влагалищных палочек, а тем более при их исчезновении, кислотность влагалищной среды понижается и начинают размножаться различные болезнетворные микроорганизмы, вызывая иногда те или



Рис. 5. Первая степень чистоты влагалища. Во влагалищном секрете имеются только влагалищные палочки и клетки эпителия.



Рис. 6. Вторая степень чистоты влагалища. Во влагалищном секрете имеются влагалищные палочки, клетки эпителия, единичные лейкоциты и микробы в небольшом количестве.

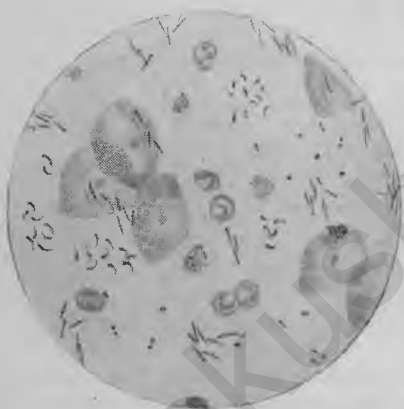


Рис. 7. Третья степень чистоты влагалища. Во влагалищном секрете мало влагалищных палочек, имеются клетки эпителия, много лейкоцитов и различных микробов.

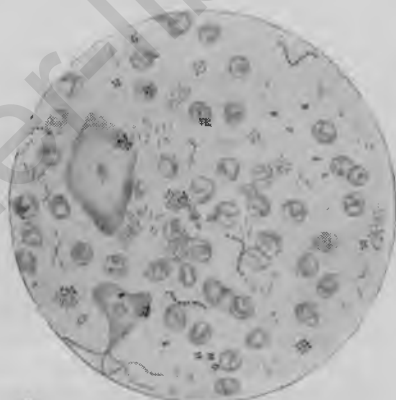


Рис. 8. Четвертая степень чистоты влагалища. Во влагалищном секрете влагалищные палочки отсутствуют, мало эпителиальных клеток, очень много лейкоцитов и стрептококков.

иные заболевания. В подобных случаях выделения из влагалища меняют свой цвет и запах.

У нечистоплотных женщин выделения из влагалища скопляются на наружных половых органах и, разлагаясь, издают неприятный запах; они раздражают кожу наружных половых органов и внутренней поверхности бедер.

Микробная флора влагалища. В зависимости от характера микрофлоры (рис. 5, 6, 7 и 8) различают четыре степени чистоты

влагалища. При первой степени чистоты во влагалищном секрете имеются только влагалищные палочки и клетки эпителия, а бактерии отсутствуют. При второй степени имеются влагалищные палочки, клетки эпителия, единичные лейкоциты и отдельные микробы. При третьей степени влагалищных палочек мало, имеются клетки эпителия, много лейкоцитов и многочисленные микробы. При четвертой степени влагалищные палочки отсутствуют, клеток эпителия мало, очень много лейкоцитов, стрептококков и других бактерий.

Матка (uterus) у взрослой женщины имеет форму груши, несколько сплюсненной в переднезаднем направлении (рис. 9). Своим узким концом, т. е. шейкой, матка вдается во влагалище — это влагалищная часть матки. Более широкая часть, тело матки, находится в брюшной полости (в полости малого таза). Длина нормальной матки взрослой женщины, т. е. длина тела матки и шейки, равна 8—9 см. Вес небеременной матки составляет в среднем 50 г. Из общей длины матки у взрослой, зрелой в половом отношении женщины почти $\frac{2}{3}$ приходится на тело и лишь $\frac{1}{3}$ — на шейку. У девочек, не достигших половой зрелости, обратные соотношения: у них шейка матки длиннее ее тела. Иногда матка с коротким телом и очень длинной шейкой обнаруживается у взрослых женщин; такая матка является недоразвитой и называется **детской** или **инфантильной**.

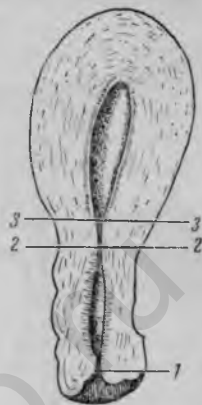


Рис. 9. Продольный разрез матки (в переднезаднем направлении).

1 — наружный маточный зев; 2, 3 — внутренний маточный зев.



Рис. 10. Наружный зев шейки матки у нерожавшей женщины.



Рис. 11. Наружный зев шейки матки у рожавшей женщины.

Наружный зев у нерожавших женщин имеет форму округлой ямки (рис. 10). При первых же родах наружный зев обычно слегка надрывается по бокам; поэтому у рожавших женщин зев имеет форму чуть приоткрытой поперечной щели или же звездчатую форму с надрывами (рис. 11).

В области перехода шейчного канала в полость матки находится **внутренний зев**.

Полость матки имеет треугольную форму. Нижний угол треугольника соответствует границе между полостью матки и ее шейкой, т. е. **внутреннему зеву**, а два верхних угла находятся

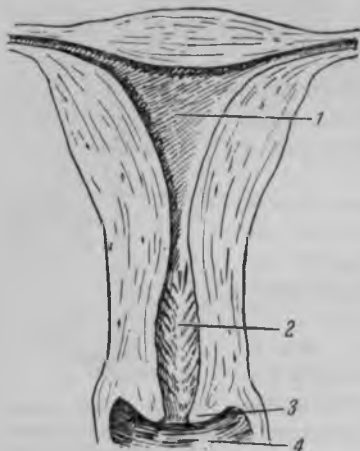


Рис. 12. Полость матки и канала шейки (вертикальный разрез через трубные углы вниз по всей длине матки).

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

по бокам в дне матки, в области отверстий маточных труб (рис. 12).

В стенке матки различают три слоя. Внутренний слой — слизистая оболочка (endometrium) — выстлан однослойным цилиндрическим мерцательным эпителием с заложеными в нем трубчатыми железами; реснички мерцательного эпителия колеблются в направлении к внутреннему зеву. Средний, наиболее мощный, мышечный слой (myometrium) состоит из гладких мышечных волокон; мощность слоя увеличивается по направлению от шейки вверх, ко дну матки. Третий слой — наружный, так называемый серозный покров матки (perimetrium) — образован брюшиной, которая спускается с задней стенки мочевого пузыря на

переднюю стенку матки, покрывает далее дно и заднюю стенку матки, а отсюда переходит на прямую кишку.

При переходе брюшинного листка с мочевого пузыря на переднюю стенку матки и с задней стенки матки на переднюю стенку прямой кишки образуются свободные пространства, углубления, напоминающие как бы карманы; спереди матки — пузырно-маточное углубление, сзади — глубокий карман, прямокишечно-маточное углубление, называемое задним дугласовым пространством (см. рис. 13). С боков от матки брюшинные листки покрывают маточные трубы; под маточными трубами они соединяются и образуют так называемые широкие связки.

Маточные трубы (см. рис. 4), или яйцепроводы, отходят от дна матки справа и слева и тянутся в стороны к боковым стенкам таза. Средняя длина трубы 10—12 см; свободный конец трубы имеет вид бахромчатой воронки; трубные бахромки, фимбрии, свисают в брюшную полость около яичников.

В стенке трубы различают также три слоя: внутренний — слизистый, средний — мышечный, благодаря которому трубы способны сокращаться, и наружный — брюшину. Слизистая обо-

лочка канала трубы, так же как и матки, выстлана мерцательным эпителием; мерцательные волоски колеблются в сторону полости матки. Яйцевая клетка, попав в трубу, продвигается в полость матки благодаря отчасти сокращениям мышечных волокон стенки трубы, отчасти колебаниям мерцательных ворсинок.

Брюшинные листки, свисая с маточных труб, срастаются под ними и образуют, как было сказано выше, широкие связки. Книзу эти листки снова расходятся; пространство между разошедшимися листками заполнено соединительнотканной клетчаткой, так называемой *п а р а м е т р а л ь н о й* (околоматочной), а вся эта область называется параметрием (parametrium).

Яичник (ovarium), или женская половая железа (см. рис. 4), у взрослой женщины имеет миндалевидную форму и неровную поверхность. Длина яичника 4 см, толщина — 1—1,5 см, а вес — 6—8 г.

Яичники расположены по бокам матки, позади широких связок, ближе к стенкам таза. Одним краем яичник прикреплен к заднему листку широкой связки и как бы висит на ней; от внутреннего края яичника к углу матки тянется связка — *с о б с т в е н н а я с в я з к а я и ч н и к а* (см. рис. 4), от наружного края кверху и кзади — *в о р о н к о - т а з о в а я с в я з к а*.

В яичнике различают два слоя: *н а р у ж н ы й*, корковый, и *в н у т р е н н и й*, мозговой. В корковом слое на различной глубине заложены первоначальные, или примордиальные, фолликулы (пузырьки) с находящимися в них зародышевыми клетками. В этом слое яичника происходит постепенное созревание фолликулов и яйцевых клеток. В мозговом слое яичника расположена богато развитая кровеносная, лимфатическая и нервная сеть.

Яичник представляет собой железу наружной и внутренней секреции. Наружная секреция яичника — это периодическое выделение яйцевых клеток вместе с фолликулярной жидкостью. Под внутренней секрецией яичника понимают поступление непосредственно в кровь гормонов, образующихся в фолликуле, во время созревания зародышевой клетки и после того, как эта клетка выделилась из фолликула. С поступлением непосредственно в кровь названных гормонов (эстрогенов) связано развитие особенностей женского организма, так называемых вторичных половых признаков (половые органы считаются первичными половыми признаками). К вторичным половым признакам относятся особенности строения скелета, внешнего вида (см. рис. 20—24), обмена веществ (отложение жира на бедрах, груди, животе), развитие молочных желез, отсутствие растительности на лице, высокий тембр голоса и т. д.

Связочный аппарат. Связки удерживают матку в определенном положении; тело ее обращено кпереди, а шейка кзади и книзу; угол между телом и шейкой тупой и обращен кпереди.

Это положение носит название антеверзии — флексии (anteversio-flexio) (рис. 13). Матка подвижна и сравнительно легко перемещается при исследовании, а затем снова принимает первоначальное положение.

Связки, поддерживающие матку, отходят от нее в разных направлениях и прикрепляются к стенкам таза. Спереди, почти от самых углов дна матки, идут круглые связки; они

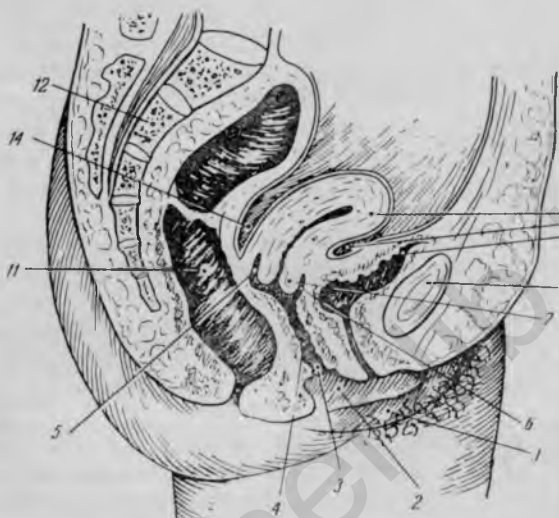


Рис. 13. Внутренние половые и соседние с ними органы (прямая кишка и мочевой пузырь) в их нормальном положении (продольный разрез).

1 — большая половая губа. 2 — малая половая губа. 3 — вход во влагалище. 4 — влагалище. 5 — задний свод влагалища. 6 — передний свод влагалища. 7 — шейка матки; 8 — тело матки; 9 — мочевой пузырь 10 — лобковая кость; 11 — прямая кишка; 12 — крестец; 13 — пузырно-маточное углубление; 14 — прямокишечно-маточное углубление.

тянутся по обе стороны кпереди и кнаружи, входят в паховые каналы через их внутренние отверстия, выходят через их наружные отверстия и прикрепляются в области лонного сочленения.

С боков от матки отходят широкие связки, которые тянутся к боковым стенкам малого таза.

Сзади от задней стенки матки к вогнутости крестца идут крестцово-маточные связки.

Все эти связки образуют своего рода подвешивающий аппарат матки; она висит, как в гамаке.

В сохранении нормального положения матки большую роль играют и мышцы, выполняющие все нижнее отверстие таза, — мышцы тазового дна. Целость тазового дна является необходимым условием сохранения нормального положения матки. Опущение стенок влагалища и матки, в дальнейшем

выпячивание мочевого пузыря и прямой кишки во влагалище и, наконец, опущение и выпадение матки часто являются результатом нарушения целостности промежности, мышц и фасций тазового дна. Расслабление тазового дна ведет к запрокидыванию матки кзади; это положение носит название ретроверзии (retro-versio). К такому же положению матки ведут и разрывы промежности после родов, если они не были своевременно зашиты. Запрокидывание матки кзади нередко вызывает боли в пояснице.

КРОВЕНОСНАЯ СИСТЕМА

К матке кровь поступает по маточным артериям, которые проходят в толще параметральной клетчатки справа и слева и подходят на уровне внутреннего зева к ребрам матки. В этом месте каждая (правая и левая) маточная артерия раздваивается: одна ветвь тянется штопорообразно вверх по ребру тела матки — маточная ветвь (рис. 14), другая идет книзу по шейке матки — шейечная ветвь (см. рис. 4). Рядом с артериями расположены одноименные вены, отводящие кровь в обратном направлении. Маточные артерии отходят от подчревных артерий, а маточные вены впадают в подчревные вены.

Яичник получает кровь из яичниковой артерии и вены. Эта артерия отходит от брюшной аорты приблизительно на том же уровне, что и почечные артерии, и спускается вниз в малый таз к яичнику; в яичнике эта артерия отдает несколько отдельных ветвей, идет дальше по собственной связке яичника, доходит до дна матки и здесь соединяется — анастомозирует — с ветвью маточной артерии, чем и создается как бы замкнутый круг кровообращения. Яичниковой артерии сопутствует яичниковая вена, несущая кровь в нижнюю полую вену.

Кроме указанных основных, наиболее крупных кровеносных сосудов, в полости таза проходит много других мелких и средних кровеносных сосудов, питающих окружающие органы, ткани влагалища и наружных половых органов.

Обширная кровеносная сеть в полости малого таза увеличивается во время беременности, особенно в матке (см. рис. 37).

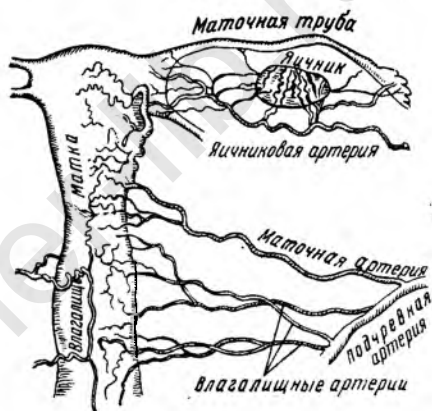


Рис. 14. Кровоснабжение (артериальное) внутренних женских половых органов.

ЛИМФАТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА

Половой аппарат женщины обладает чрезвычайно развитой сетью лимфатических сосудов и лимфатических узлов (рис. 15). Система лимфатических узлов женских половых органов схематично может быть сгруппирована как бы в несколько этажей.

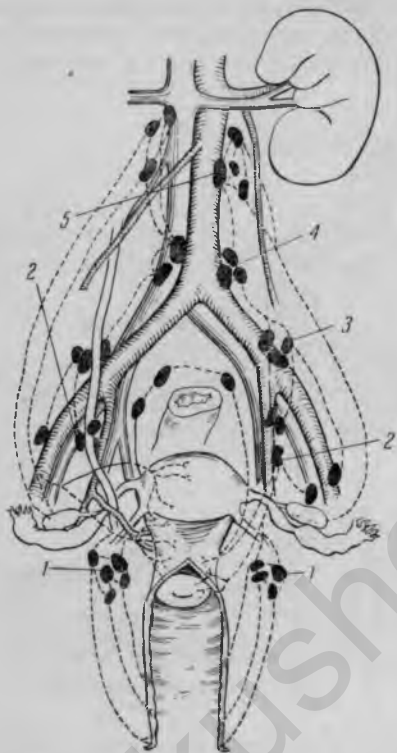


Рис. 15. Лимфатическая система женских половых органов. Лимфатические узлы расположены отдельными группами.

1 — паховые узлы; 2 — подвздошные;
3 — подчревные; 4 и 5 — поясничные узлы

Сосуды, отводящие лимфу из наружных половых органов, идут в паховую область к паховым лимфатическим узлам.

Сосуды, отводящие лимфу из верхних частей влагалища, из шейки матки и нижней части тела матки, идут в парааортальную клетчатку, в подвздошные и часть в крестцовые лимфатические узлы.

Лимфа из верхней части тела матки, труб и яичников собирается в поясничных лимфатических узлах.

Микробы, попадающие в тот или иной отдел полового аппарата, могут быть перенесены с током лимфы по лимфатическим сосудам в соответствующую область лимфатических узлов, где нередко задерживаются; это своего рода барьер, препятствующий распространению инфекции. По лимфатическим путям распространяются метастазы рака, поражая вначале ближайшие лимфатические узлы.

Между отдельными лимфатическими узлами полового аппарата, равно как и соседних органов, имеются связи в виде анастомозов лимфатических сосудов.

НЕРВНАЯ СИСТЕМА

Внутренние половые органы женщины иннервируются частью из симпатической нервной системы, частью из спинного мозга. Матка и влагалище получают нервные волокна из маточно-вла-

галищного сплетения. Яичник иннервируется яичниковым сплетением, образующимся главным образом от аортального и почечного сплетений.

Наружные половые органы и тазовое дно иннервируются в основном срамным нервом, отходящим от крестцовых сегментов спинного мозга. В матке самой чувствительной частью является область, соответствующая внутреннему зеву; здесь группируется наибольшее количество нервных узлов.

МОЛОЧНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ

Молочная, или грудная, железа (mamма) состоит из нескольких (15—20) отдельных железок (долек); каждая из них по внешнему виду напоминает виноградную кисть. Выводные протоки каждой такой дольки открываются наружу в соске (рис. 16). При надавливании на молочную железу женщины, кормящей грудью, молоко брызжет из соска несколькими тонкими струйками.

У женщины, достигшей половой зрелости, начинается заметный рост молочных желез; в них обильно развивается жировая ткань, окружающая отдельные дольки железы.

Сосок расположен в центре молочной железы. Вследствие отложения пигмента в коже соска он имеет коричневатый цвет. Величина и форма сосков бывают различные. Нормальным считается сосок, достаточно возвышающийся над поверхностью молочной железы. Встречаются плоские или втянутые соски. В дальнейшем, во время беременности, иногда удается путем вытягивания и массажа устранить эту ненормальность.

Между ростом молочных желез и функцией яичников существует теснейшая связь. С наступлением половой зрелости, т. е. когда в яичниках созревают и лопаются фолликулы и появляется менструация, молочные железы начинают быстро и заметно развиваться. Особенно сильно увеличиваются молочные железы во время беременности.



Рис. 16. Женская молочная железа. В разрезе видны отдельные дольки с молочными протоками, открывающимися в соске.

ОВАРИАЛЬНО-МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ

Из очень большого числа первоначальных (примордиальных) фолликулов, находящихся в корковом слое яичника, лишь немногим (до 400) в течение детородного периода женщины удается

достигнуть полной зрелости; все остальные фолликулы прекращают свое существование в различных стадиях развития.

Зрелый фолликул включает яйцевую клетку, зернистые клетки и фолликулярную жидкость; в последней содержится гормон, который носит название фолликулина. Фолликул, таким обра-



Рис. 17. Созревший граафов пузырь перед его разрывом.

1 — зернистые клетки эпителия фолликула; 2 — яйценосный бугорок; 3 — истонченный эпителий яичника — место будущего разрыва фолликула.

зом, является и железой внутренней секреции. Каждые 4 недели завершается созревание одного фолликула (рис. 17). Фолликул по мере своего развития выпячивается над поверхностью яичника. В одном наиболее выдающемся месте фолликула стенка особенно сильно истончается и при резко повысившемся давлении внутри фолликула в конце концов разрывается. Этот процесс носит название *о в у л я ц и и*.

Вышедшая из фолликула зрелая, способная к оплодотворению яйцевая клетка увлекается током фолликулярной жидкости в брюшную полость, а оттуда частично током жидкости, частично вследствие колебаний бахромок трубы (фимбрии) продвигается в канал маточной трубы.

Женская яйцевая клетка (рис. 18) значительно больше других клеток человеческого организма. Если яйцевую клетку по-

местить на черном фоне, то ее можно различить даже невооруженным (без помощи микроскопа) глазом.

Полость лопнувшего фолликула спадается и на его месте образуется новая железа внутренней секреции, которая вследствие ее желто-красной окраски называется желтым телом. Гормон желтого тела носит название прогестерона, прегнина. Дальнейшее развитие и роль желтого тела зависят от того, что произойдет с вышедшей яйцевой клеткой. Если на пути своего продвижения она оплодотворяется, то желтое тело продолжает развиваться и функционировать; это так называемое желтое тело беременности. Если же яйцевая клетка не оплодотворяется, наступает менструация и желтое тело не развивается, — это так называемое желтое тело менструации. В течение нескольких недель после менструации желтое тело менструации исчезает, оставляя на поверхности яичника след в виде небольшого рубчика.

После обратного развития желтого тела в яичнике снова начинает созревать следующий фолликул, выходит яйцевая клетка, образуется желтое тело и снова, если не произойдет оплодотворения, наступает менструация.

Менструации появляются между 13 и 15 годами, но возможны отклонения в ту и другую сторону, зависящие от многих причин (климат, питание, условия быта и т. д.). Менструации повторяются периодически в среднем до 45-летнего возраста. Менструации не наблюдаются лишь во время беременности и приблизительно в 50% случаев в период кормления грудью. Менструации повторяются в среднем каждые 3—4 недели, или каждый лунный месяц, почему и называются месячными, или менструациями (*mensis* по-латыни — месяц).

Обычно овуляция на 12—14 дней предшествует менструации, т. е. овуляция происходит приблизительно в середине между двумя менструациями.

Под влиянием жизнедеятельности яйцевой клетки и желтого тела во всем организме женщины, особенно в матке, происходят изменения, в результате которых сохраняется жизнеспособность яйцевой клетки, накапливаются питательные материалы в матке и разрывается ее слизистая оболочка. Развитие фолли-

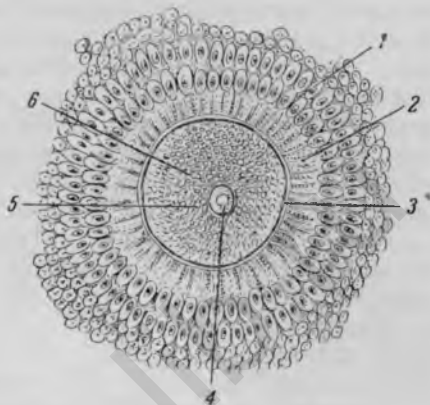


Рис. 18. Женская зрелая яйцевая клетка по выходе ее из фолликула.

1 — клетки, расположенные по периферии яйца, образуют так называемый лучистый венец; 2, 3 — стекловидная зона; 4 — зародышевый пузырек; 5, 6 — протоплазма яйцевой клетки

кула и желтого тела, изменения в матке и во всем организме в совокупности составляют так называемый о в а р и а л ь н о м е н с т р у а л ь н ы й ц и к л, который начинается с первого дня одной менструации и продолжается до первого дня следующей.

За несколько дней до менструации наблюдается выделение слизи из влагалища. Менструация длится в среднем 3—4 дня и обычно первые 2 дня бывает более обильной. С каждой нормальной менструацией женщина теряет в среднем 100 мл крови. Менструальная кровь отличается от обычной крови, вытекающей, например, из порезанного сосуда на пальце или в другом месте, более темным цветом; она не свертывается. Если при менструации выделяются сгустки крови, это надо рассматривать как болезненное явление, связанное с теми или иными отклонениями (неправильное положение матки, очень длинная и узкая шейка, заболевание матки, ненормальная функция яичников).

Половые органы к началу менструаций становятся полнокровными, а матка увеличивается и размягчается; шейка матки тоже несколько размягчается; яичники набухают.

Незадолго до менструаций набухают молочные железы, соски становятся напряженными. Нередко во время менструаций у женщины слегка отекает лицо; иногда появляется сыпь на теле.

Изменения слизистой оболочки матки неразрывно связаны с овуляцией

После разрыва фолликула с момента образования желтого тела, т. е. за 12—14 дней до предполагаемой менструации, начинается усиленный прилив крови к половым органам, мелкие кровеносные сосуды расширяются и переполняются кровью, слизистая оболочка матки и труб отекает. В результате этих изменений слизистая оболочка матки утолщается и вместо обычных 2—3 мм достигает 6—7 мм в толщину.

Яйцевая клетка, продвигаемая отчасти колебаниями ресничек трубы, отчасти сокращениями самой трубы, приносится в полость матки. Если на своем пути яйцевая клетка успевает оплодотвориться, то наступает зачатие, и оплодотворенное яйцо, достигнув полости матки, оседает в ее слизистой оболочке. Измененная в предменструальном периоде слизистая оболочка матки, разрыхленная и богатая кровью, с большим запасом питательных материалов представляет благоприятную почву для внедрения и развития оплодотворенного яйца.

Если наступает беременность, то очередной менструации не происходит, если же зачатия не наступает, то измененная слизистая оболочка матки отторгается и выделяется вместе с кровью во время менструации.

Цикличность функций половых органов женщины обусловлена взаимным влиянием гормонов передней доли гипофиза и яичника. Все это в свою очередь находится под постоянным регулирующим воздействием центральной нервной системы.

ГЛАВА III

ГИГИЕНА ЖЕНЩИНЫ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ЕЕ ЖИЗНИ

Забота о здоровье человека должна начинаться по существу с момента его зарождения, с периода всей внутриутробной жизни (антенатальная¹ охрана плода). Многочисленными наблюдениями установлено, что причины некоторых заболеваний, проявляющихся в ранние, а нередко и в поздние сроки после рождения, кроются иногда в тех или иных ненормальностях внутриутробного развития.

Оздоровительные мероприятия, проводимые в Советском Союзе, — охрана труда и женского труда в частности, улучшение жилищных условий, рациональное питание, широкое внедрение в массы физической культуры, льготы беременным женщинам — имеют целью сохранить здоровье населения и вместе с тем способствуют оздоровлению потомства.

На протяжении жизни женщины различают несколько периодов, резко отличающихся один от другого: период детства, продолжающийся от рождения до наступления полового созревания (до 13 лет); период полового созревания (13—18 лет); период половой зрелости (с 18—20 лет); климактерический период (между 42 и 48 годами), в течение которого постепенно прекращаются менструации и все явления, связанные с овариально-менструальным циклом; период менопаузы, когда менструации прекращаются окончательно.

ГИГИЕНА ДЕВОЧКИ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

С первого дня рождения девочке должны быть созданы такие условия, которые обеспечили бы ее правильное развитие. Особенно важно правильное грудное вскармливание.

¹ Ante (лат.) — до, natus (лат.) — рожденный, вместе — до рождения, дородовая.

в а н и е р е б е н к а . К а ж д о й б у д у щ е й м а т е р и н е о б х о д и м о р а з њ я с н и т ь , ч т о в с к а р м л и в а н и е г р у д ь ю и м е е т о г р о м н о е з н а ч е н и е и ч т о н и о д н а п и т а т е л ь н а я с м е с ь н е м о ж е т п о л н о с т ь ю з а м е н и т ь м а т е р и н с к о е м о л о к о .

В интересах ребенка и самой матери кормление грудью с самого начала должно производиться в определенные часы.

Неправильное кормление грудью, слишком ранний прикорм, искусственное вскармливание часто влекут за собой неправильное развитие детей, более частую заболеваемость и большую смертность. Правильное грудное вскармливание при рациональном питании кормящей матери (стр. 179) является одним из моментов профилактики ряда заболеваний, в том числе рахита.

Особенности строения наружных половых органов у новорожденной девочки требуют тщательного ухода за ней. У новорожденных девочек половая щель приоткрыта (в отличие от взрослых нерожавших женщин). Приоткрытое влагалище, чрезвычайная рыхлость его стенок предрасполагают к попаданию туда и размножению бактерий. Особенно опасна гонорейная инфекция. Чаще всего девочка заражается гонореей в результате несоблюдения элементарных гигиенических правил при уходе за ребенком.

Имея в виду все сказанное, необходимо, чтобы половые органы девочки всегда были прикрыты; никогда не следует брать к себе в кровать незавернутого ребенка и вообще надо избегать класть ребенка не в его постель. Ребенок должен иметь отдельную кроватку, отдельное белье, отдельную ванночку или корыто. Белье ребенка необходимо стирать отдельно от белья взрослых, лучше в другом корыте и ни в коем случае в ващочке, в которой купают ребенка.

Помимо гонорейной инфекции, во влагалище девочки легко могут быть занесены трихомонады (стр. 234) и любая другая инфекция, чему особенно способствует небрежный и неумелый уход за наружными половыми органами ребенка. В дальнейшем это может вести к слипанию влагалищных стенок, к заращению входа во влагалище.

Наружные половые органы девочки необходимо содержать в чистоте, ежедневно обмывать их кипяченой чуть теплой водой. При подмывании, равно как и при вытирании ребенка, необходимо делать движения в направлении спереди назад, к заднему проходу, при таком подмывании исключается занесение кишечных бактерий и грязи с ягодиц во влагалище.

После каждого мочеиспускания необходимо специальным полотенцем обсушивать наружные половые органы девочки. Ни в коем случае нельзя приучать девочку вытираться рубашкой. Такое вытирание, с одной стороны, часто ведет к раздражению наружных половых органов — появляется зуд, заставляющий девочку еще больше расчесывать воспаленную кожу; с другой

стороны расчесы приводят к онанизму, превращающемуся в трудно излечимую болезнь.

При малейших признаках появления зуда необходимо его устранить. Для этого надо выяснить причину зуда: вытирание рубашкой, раздражающие выделения из влагалища или, что нередко бывает, глисты, и по указанию врача немедленно провести соответствующие мероприятия.

У новорожденных девочек иногда на 4—7-й день жизни появляются кровянисто-слизистые выделения из половых органов, напоминающие менструацию. Это явление не требует какого-либо лечения. Необходимо только тщательно удалять с наружных половых органов засохшую кровь.

Иногда отмечается припухание молочных желез, из которых нередко выделяется жидкость, похожая на молозиво. Обычно это припухание через несколько дней исчезает, но иногда оно держится около месяца. Не следует выжимать содержимое желез; необходимо только соблюдать чистоту и тщательно обмывать молочные железы, так как при попадании в них микробов может развиваться воспаление, требующее иногда оперативного вмешательства.

Комната, в которой живет ребенок, место, где стоит его кровать, должны быть самыми светлыми и сухими. Солнечный свет ослабляет и убивает болезнетворные бактерии. Необходимо и зимой и летом чаще выносить ребенка на воздух.

Наряду с правильным питанием и хорошим помещением, большое значение для здоровья ребенка имеет свежий воздух, солнце, физкультура, уход за кожей, легкая, чистая и просторная одежда, частая смена носильного и постельного белья. Все эти оздоровительные факторы способствуют развитию здорового ребенка.

Большое влияние на последующее развитие девочки оказывают перенесенные в детстве инфекционные болезни. Они не только ослабляют организм, но иногда отражаются и на состоянии половой сферы, вызывая в ней значительные анатомические и функциональные изменения. Нередко после перенесенной в детстве дифтерии, скарлатины или другой острой инфекции у девочек появляются воспалительные изменения во влагалище, матке и трубах, а иногда слипаются стенки влагалища, в результате чего оно оказывается зарощенным. Вот почему профилактика детских инфекций, своевременная иммунизация, лечение заболевших и правильный уход за девочкой предохраняют также и от гинекологических заболеваний.

Широкая сеть учреждений по охране детства — ясли, детские сады, детские дома, консультации для детей — имеет своей непосредственной задачей вырастить здоровое поколение и научить матерей правильному уходу за ребенком.

Отсутствием надлежащих гигиенических условий, нищетой, скученностью, грязью, некультурностью объяснялась высокая смертность и заболеваемость детей в царской России. Очень боль-

шой процент недоразвития как всего организма в целом, так и особенно женских половых органов был результатом этих неблагоприятных моментов.

В нашей стране созданы все условия для развития здорового потомства, развернуты в невиданных размерах ясельная сеть и учреждения для раннего детского возраста. В этих учреждениях, где работает опытный медицинский и педагогический персонал, ребенок нормально развивается, получает соответствующее воспитание и соответствующие гигиенические навыки. Задачей персонала учреждений для раннего детского возраста является и всемерная перестройка бытовых условий ребенка.

Воспитание детей в коллективе не только ведет к снижению детской смертности, но и дает с самого начала правильное направление физическому и психическому развитию ребенка.

Отдельные органы женского полового аппарата в течение первых 5 лет жизни подвергаются лишь незначительным изменениям. Приблизительно на 7-м году значительно ускоряется рост всей системы половых органов. Яичники, трубы и матка начинают усиленно расти, постепенно теряют детский (инфантильный) вид и приближаются к форме, свойственной созревшей в половом отношении девушке: тело матки становится длиннее шейки, трубы выпрямляются, яичники увеличиваются.

ГИГИЕНА ДЕВОЧКИ В ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Возраст от 7 до 14 лет — это период, в течение которого постепенно наступает половое созревание. Примерно с 7—8 лет начинается развитие вторичных половых признаков — постепенно развивается характерная фигура, девочка становится шире в бедрах, у нее растут молочные железы, округляются плечи и отмечаются другие изменения (рис. 19—24).

Далеко еще не закончившийся процесс окостенения при неправильном уходе за девочкой, неправильном питании, чрезмерной нагрузке скелета предрасполагает к образованию искривлений позвоночника, развитию неправильного таза, что у взрослой женщины может вести к осложнениям в родах.

В этом возрасте инфекционные и другие болезни нередко осложняются заболеваниями сердца, почек и других органов, приводящими к недостаточности их функций, остающейся на всю жизнь. Это обстоятельство особенно часто осложняет в будущем течение беременности и родов.

Предупреждение инфекционных заболеваний в детском возрасте имеет особо важное значение для последующего развития здоровой женщины. Среди женщин, страдающих бесплодием, относительно большой процент перенесших в детстве инфекционные заболевания (дифтерия, скарлатина и т. д.); у многих из них отмечается стойкое недоразвитие матки.

Питание девочек в этом возрасте не должно отличаться от питания мальчиков. Не следует употреблять слишком много мяса: это способствует ускорению полового созревания и вызывает запоры. Необходимо следить за зубами и полостью рта, ежедневно чистить зубы, своевременно лечить больные зубы.

Девочки должны носить трико, защищающие половые органы от пыли и грязи, и не реже двух раз в неделю менять их. Чулки следует пристегивать резинками к поясу. Обувь должна быть свободной, на низком каблуке.

Большое значение имеет систематическая рациональная гимнастика, плавание и другие виды спорта; однако все эти занятия должны проводиться под строгим контролем врача.

В беседе с девочками надо стараться избегать всего, что слишком рано фиксирует внимание на половой жизни; описывая жизнь животных и растений, следует постепенно знакомить девочку и с вопросами размножения человека. Советская школа является местом, где не только обу-



Рис. 19. Мальчик 3 лет и девочка 3 лет.

чают грамоте, но и воспитывают на трудовых принципах здорового, активного, сознательного члена социалистического государства. Придя в школу, девочка должна встретить там соответствующую благоприятную обстановку. Преподаватель должен понимать всю важность школьной гигиены, от которой во многом зависит и правильная постановка обучения. Образцовое санитарное состояние школы заставляет школьников соблюдать чистоту. Очень важно, чтобы классные комнаты были светлыми, с достаточным количеством воздуха; скамейки, на которых сидят девочки, должны быть удобными. Необходимо строго следить за правильным сидением школьницы за партой (рис. 25) так как неправильное сидение может привести к искривлению позвоночника. Большое внимание должно быть отведено в школах физкультуре, своевремен-



Рис. 20а. Мальчик 6 лет.



Рис. 20б. Девочка 6 лет.



Рис. 21а. Мальчик 7 лет.



Рис. 21б. Девочка 7 лет.

ГИГИЕНА МЕНСТРУАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Менструация представляет собой нормальное явление для женщины; однако свойственные менструальному периоду изменения в организме обуславливают необходимость специальной гигиены женщины во время менструаций.

Менструация отражается на всех жизненных проявлениях организма; в этом периоде организм девочки, девушки, взрослой женщины находится в состоянии большого напряжения. Во время менструации понижается работоспособность, внимание, восприимчивость, снижается сопротивляемость организма инфекциям.

Нередко появление первой менструации у девочки, не подготовленной к этому, вызывает настолько значительный испуг, что в дальнейшем каждая менструация сопровождается страхом. Мать, школьный врач должны помнить об этом и незаметно в повседневных беседах постепенно готовить девочку. Следует также рассказать девочке, с чем связано появление менструации, каково должно быть поведение в этот период, какие необходимы гигиенические мероприятия. Во время менструации следует относиться к девочке особенно бережно.

Менструальная кровь должна иметь свободный отток. Застаивание и высыхание крови на наружных половых органах ведут к их загрязнению, образованию кровяных корок.

Во время менструации необходимо не менее 2 раз в день обмывать наружные половые органы кипяченой теплой водой. Предварительно нужно чисто вымыть руки. Не следует мыться при менструации в бане или принимать ванну. На производствах, где работают женщины, имеются специальные комнаты личной гигиены, которыми можно пользоваться и во время менструации.

Во время менструации надо употреблять гигиенические прокладки из чистой марли, сложенной в несколько слоев; прокладка прикрепляется к поясу и меняется по мере загрязнения.

В период менструации не следует употреблять в пищу острые вещества, например перец, горчицу: это способствует приливу крови к органам брюшной полости и может усиливать менструацию. Важно следить за правильной функцией кишечника и при запорах прибегать к клизме, но лучше регулировать работу кишечника соответствующей диетой.

Ввиду того что в менструальный период общая сопротивляемость организма несколько понижена, необходимо избегать охлаждения тела, контакта с инфекционными больными. Нежелательна большая нагрузка в учебе и работе в этот период. Следует также избегать резких движений.

Принятый 2-й сессией Верховного Совета СССР «Закон об укреплении связи школы с жизнью и о дальнейшем развитии системы народного образования в СССР» обязывает медицинских работников использовать все возможности для широкого про-

ведения санитарно-гигиенических мероприятий на производстве в связи с работой там подростков и девушек.

При нормальном течении менструации девочка и девушка могут продолжать свою обычную работу, соблюдая указанные выше правила гигиены дома, в школе и на производстве. Если менструация сопровождается болями, чрезмерной потерей крови и другими болезненными явлениями, это говорит о заболевании половых органов.

В таких случаях надо показаться врачу специалисту, который установит причины этих явлений и назначит соответствующее лечение.

Если менструации протекают нормально, можно продолжать обычные занятия физкультурой, исключив те упражнения, которые требуют особого напряжения.

Все гигиенические мероприятия во время менструации становятся еще более необходимыми при воспалительных и другого характера заболеваниях половой сферы. Нередко они обостряются во время менструации.

ГИГИЕНА БРАКА

Менструации наступают обычно между 13 и 15 годами. С момента появления овуляции и менструаций начинают заметно развиваться вторичные половые признаки (см. рис. 22, 23). Изменяются и половые органы девочки: тело матки быстро растет и становится длиннее шейки; значительно увеличивается и общая масса мышечной ткани матки.

Однако с наступлением указанных изменений в организме девочки она еще не может считаться окончательно сформировавшейся и окрепшей настолько, чтобы без вреда для своего здоровья жить половой жизнью, беременеть и рожать.

Раннее начало половой жизни и особенно ранняя беременность безусловно вредны. Предъявляя к неокрепшему, недостаточно сформировавшемуся организму новые и слишком большие требования, ранняя беременность задерживает нормальное развитие девушки. Ранние браки вредны не только для вступающих в брак, но и для их потомства.

Слишком ранний брак чаще оказывается и менее прочным: очень молодая девушка, как и очень молодой юноша, не проявляют достаточной сознательности в выборе мужа и жены.

Следует отметить, что и слишком поздние браки имеют свои отрицательные стороны. С возрастом ухудшается эластичность тканей. У пожилых первородящих женщин более тяжелое течение беременности и особенно родов; обычно роды у них длительные, что опасно как для матери, так и для плода. У старых первородящих чаще приходится прибегать к оперативному родоразрешению и чаще происходят разрывы мягких тканей родовых

путей. Наиболее благоприятным возрастом для первой беременности считается 20—25 лет.

Половая жизнь играет в жизни женщины весьма существенную роль: она связана с беременностью, родами, кормлением. Необходимо, чтобы каждая девушка постепенно знакомилась с гигиеной половой жизни и гигиеной брака, чтобы она ясно представляла себе, как опасны для ее здоровья несоблюдение гигиенических правил и случайные половые связи.

При вступлении в брак каждый из будущих супругов должен быть осведомлен о состоянии здоровья другого.

При первом половом сношении разрывается и кровоточит девственная плева. Иногда, особенно при грубом половом сношении, это кровотечение может быть значительным и даже, правда, в очень редких случаях, потребовать медицинской помощи. Разрывы девственной плевы с последующим кровотечением при нечистоплотном содержании наружных половых органов могут инфицироваться и повести к заболеванию, поэтому после первого полового сношения нужно сделать перерыв на 3—5 дней. Слишком частые половые сношения безусловно утомляют и женщину, и мужчину, пагубно влияя на состояние нервной системы. Следует знать, что явления эти наступают нередко спустя длительный промежуток времени. Половые излишества нередко ведут к расстройствам половой сферы (боли, кровотечения).

Нежелательно, чтобы супруги спали в одной постели.

ГИГИЕНА КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА

Климактерическим периодом, или климаксом, называют переходный период в жизни женщины, в течение которого постепенно прекращаются регулярное созревание фолликулов в яичниках, менструации и женщина становится неспособной к деторождению, нарушается жизнедеятельность всех желез внутренней секреции; одновременно происходят изменения и во всем организме женщины.

Предшествующий климаксу период максимальной деятельности всего женского организма, так называемый детородный период, длится в среднем до 42—45 лет; затем начинается постепенное увядание. Время наступления климактерия, так же как и первой менструации, может колебаться в довольно широких пределах, примерно от 42 до 48 лет. Здесь играют роль те же факторы, что и при половом созревании женщины: условия труда, быта, климат, питание и наряду с этим характер течения детородного периода (роды, послеродовые заболевания, аборт).

Обычно менструации прекращаются не сразу. Овуляции перестают быть строго периодическими и утрачивается периодичность менструаций, которые начинают появляться через большие и неправильные промежутки — «пугаются». Иногда такая не-

правильность менструаций сопровождается значительно большей потерей крови и рядом неприятных ощущений.

Переходный период может длиться 1—2 года и больше. Правда, это не обязательно; бывают случаи, когда он значительно короче. Иногда прекращение функции яичников наступает сразу и сразу же навсегда прекращаются менструации (наступает менопауза).

С прекращением функции яичников начинается постепенная атрофия (уменьшение и сморщивание) половых органов.

В наружных половых органах исчезает подкожножировая ткань, волосы на них редуют и седеют; стенки влагалища сглаживаются, становятся сухими и местами лишаются эпителия. Матка резко уменьшается в объеме и весе (старческая матка); слизистая оболочка матки лишается мерцательного эпителия; в мышечном слое разрастается соединительная ткань. Подобные изменения наблюдаются и в трубах. Яичники значительно уменьшаются и сморщиваются; в корковом слое яичника сначала исчезают все созревающие фолликулы, а затем постепенно и примордиальные; мозговой слой яичника сморщивается, сосуды в нем заустевают.

Наряду с этим вследствие прекращения деятельности яичников у женщин возникают так называемые явления выпадения: приливы крови к голове, сопровождающиеся покраснением лица, сильным жаром, сменяющимся ознобом и холодным потом. Появляются одышка, иногда головные боли, шум в ушах, сердцебиение и некоторые другие болезненные явления нервно-сосудистого характера. Все это продолжается до тех пор, пока в организме женщины не наступит равновесие, нарушенное прекращением жизнедеятельности яичников. Явления выпадения в большей или меньшей степени наблюдаются у большинства женщин и обычно скоро проходят. Иногда же эти явления прогрессируют, приливы повторяются многократно и днем, и ночью и нередко настолько ослабляют женщину, что она становится нетрудоспособной и нуждается в специальном лечении.

Изменяется в этот период у женщин и обмен веществ — наблюдается усиленное отложение жира, может появиться сахарный диабет, зуд в области наружных половых органов; иногда последнее зависит от раздражения кожи мочой.

В предупреждении и лечении явлений выпадения большое значение имеет гигиена переходного периода. Необходимо смягчать все болезненные явления соответствующим режимом: больше двигаться, больше быть на воздухе, ограничить употребление мяса. Очень полезны в этот период души и прохладные обтирания. Желательна облегченная работа.

При резко выраженных явлениях выпадения рекомендуется соответствующее лечение. Хорошее действие оказывает правильно проводимая гормонотерапия.

Постепенно организм женщины приспосабливается к новым условиям и наступает так называемый старческий период — менопауза. Однако и в этом периоде жизнедеятельность яичников, по-видимому, не прекращается полностью.

Очень важно помнить, что в климактерическом периоде более часто возникает рак матки. Основным методом борьбы с этим тяжелым заболеванием является раннее его распознавание, своевременная операция.

Всякая неправильность менструаций, появление кровотечения после более или менее долгого отсутствия их должны заставить женщину немедленно обратиться к врачу. Медицинская сестра обязана твердо помнить это и при кровотечении немедленно направлять женщину к врачу, отнюдь не беря на себя проведение какого бы то ни было лечения. Вообще надо добиваться, чтобы каждая женщина в переходном периоде и в старческом возрасте показывалась врачу каждые 4—6 месяцев.

Широкая культурно-просветительная работа среди женщин, популяризация среди населения сведений о раке, ранняя диагностика злокачественного новообразования половых органов, что достигается обычно профилактическим осмотром всех женщин в возрасте от 30 лет и старше, своевременная оперативная помощь — вот основные пути борьбы против рака. В этой ответственной, трудной, но почетной работе большую роль играет медицинская сестра.

ГЛАВА IV

БЕРЕМЕННОСТЬ (GRAVIDITAS)

ЗАЧАТИЕ

С началом половой жизни начинается новый этап, характеризующийся возможностью наступления беременности и связанными с этим изменениями во всем организме женщины.



Рис. 26. Семенные нити человека — сперматозоиды.

При каждом половом сношении во влагалище женщины попадает около 3 мл мужской семенной жидкости, она представляет собой светлую густоватую массу, в которой находятся мужские семенные нити, или сперматозоиды (рис. 26). Жидкость эта, называемая спермой, попадает главным образом в задний свод влагалища, а частично уже в момент полового сношения в шейку матки. Из огромного количества (до 200 млн.) сперматозоидов, находящихся в сперме, один проникает в женскую яйцевую клетку, вышедшую из фолликула при овуляции, и оплодотворяет ее. Все остальные сперматозоиды погибают.

Сперматозоид внедряется своей головкой сквозь оболочку яйцевой клетки в протоплазму, хвост сперматозоида растворяется в ней; головка сперматозоида сближается с ядром яйцевой клетки и соединяется с ним — наступает оплодотворение. С этого момента весь период, в течение которого в организме женщины развивается оплодотворенное яйцо, называется беременностью.

Обычно оплодотворение происходит в маточной трубе. Оплодотворенная яйцеклетка не обладает способностью самостоятельно передвигаться — она продвигается по трубе благодаря колебаниям ресничек эпителия трубы и перистальтическим сокращениям ее стенок. К моменту попадания яйца в полость матки слизистая оболочка последней находится в состоянии предменструального набухания (стр. 23); яйцо внедряется — имплантируется — в эту рыхлую утолщенную оболочку (рис. 27), которая теперь уже носит название отпадающей оболочки (decidua).

Если оплодотворенное яйцо останавливается где-либо в трубе или, что бывает очень редко, в брюшной полости, то оно может имплантироваться здесь и начать развиваться; такая беременность называется внематочной.

Внематочная беременность возможна вследствие недоразвития маточных труб, которые имеют в таких случаях очень много извилин, что затрудняет и замедляет продвижение к матке оплодотворенного яйца. Внематочная трубная беременность может развиваться в результате воспалительных изменений слизистой оболочки и мышечной стенки трубы. Слизистая оболочка в этих случаях не имеет полноценного мерцательного эпителия, колебаниями ресничек которого яйцо продвигается в матку, а изменения в мышечном слое нарушают перистальтические сокращения трубы. Наиболее частыми причи-

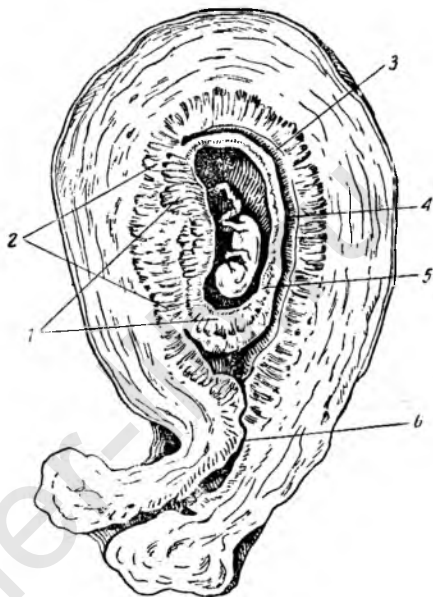


Рис. 27. Полость матки с плодным яйцом при беременности сроком 2 месяца ($\frac{3}{4}$ натуральной величины).

1 — пышный хорин; 2 — участок отпадающей оболочки, где развивается плацента; 3 — отпадающая оболочка; 4 — лисый хорин; 5 — плодное яйцо; 6 — внутренний зев.

нами воспалительных изменений в трубах являются аборты, гонорея и внутриматочные впрыскивания йода и других веществ, производимые с целью предупреждения беременности.

РАЗВИТИЕ ПЛОДА

Оплодотворенное яйцо, попавшее в полость матки, покрыто снаружи слоем особых клеток — трофобластом, из которого в дальнейшем развивается ворсинчатая оболочка яйца — хорион (рис. 28). Яйцо оседает (имплантируется) на слизистой

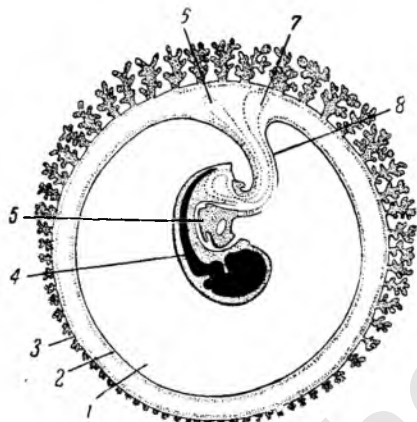


Рис. 28. Плодное яйцо (схема).

1 — околоплодная жидкость, в которой «плавает» зародыш; 2 — водная оболочка; 3 — ворсинчатая оболочка; сверху пышный хорион (из которого развивается плацента), снизу хорион «лысеет»; 4, 5 — зародыш; 6, 7 — будущие кровеносные сосуды пуповины; 8 — образующаяся пуповина

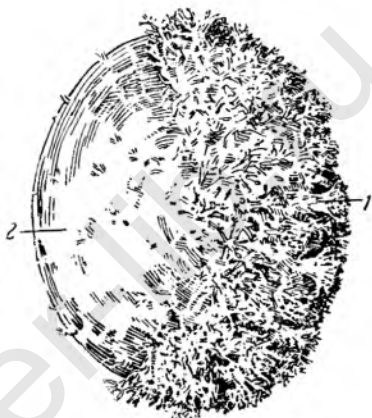


Рис. 29. Плодное яйцо на III лунном месяце беременности. Часть поверхности яйца (1) покрыта пышными ворсинками — chorion frondosum, другая (2) часть поверхности облысела — chorion laeve

оболочке матки и погружается в нее благодаря расплавляющему действию клеток трофобласта. Часть трофобласта, которая погружается в слизистую оболочку матки, разрастается в так называемый пышный хорион; весь же остальной хорион по периферии яйца, наоборот, атрофируется, как бы лысеет, почему и называется лысым хорионом (рис. 29).

В ранние сроки беременности плодное яйцо не заполняет еще всей полости матки и большая или меньшая часть ее остается свободной (см. рис. 27); по мере роста яйцо занимает все больше места и к концу III лунного месяца беременности заполняет целиком всю полость значительно увеличившейся к этому времени матки. В том участке слизистой оболочки матки, где, как было сказано выше, яйцо имплантировалось и где пышный хорион погрузился в глубину отпадающей оболочки, постепенно,

к началу III месяца беременности, развивается особый орган, носящий название детского места, или плаценты. Через плаценту плод снабжается питательными материалами из материнской крови, а от плода через плаценту поступают в материнскую кровь продукты его обмена, которые должны быть удалены. Кроме того из плаценты выделяются в организм беременной сходные с фолликулином и прогестероном гормоны, вырабатываемые яичниками. Эти гормоны способствуют продолжению беременности, а перед родами — развитию родовой деятельности.



Рис. 30. Плод в различные сроки беременности, начиная с 2 недель и до 4 месяцев.

Кнутри от ворсинчатой оболочки имеется еще одна оболочка плодного яйца — водная оболочка, или амнион, образующая своего рода мешок, заполняемый околоплодной жидкостью (водами), в которой свободно плавает плод, соединенный с плацентой посредством пуповины (см. рис. 31).

По мере развития беременности увеличиваются размеры плода (рис. 30) и детского места, а также количество околоплодных вод.

С ростом плода особенно заметно изменяется соотношение величины его головки и остальной части тела; так, у 2-месячного плода величина головки примерно равна длине всей остальной части тела плода; у 5-месячного плода головка составляет уже только треть всей остальной длины тела, а у 10-месячного плода — только четверть общей длины тела.

С нарастанием срока беременности увеличивается и вес плода: колебания эти по отдельным месяцам очень значительны.

В конце III месяца беременности эмбрион весит 20 г; у него ясно различаются пальцы рук и ног.

В конце IV месяца плод весит 120 г; в это время ясно различается пол плода, появляются активные движения конечностей, в кишечнике начинает скопиться первородный кал — меконий.

В конце V месяца длина плода достигает 25—27 см, вес его в среднем составляет 300 г; появляются волосы на голове и пушок на всем теле; начинают функционировать сальные железы, отлагается подкожный жир.

В конце VI месяца длина плода достигает 30—32 см, вес колеблется от 600 до 700 г; плод рождается в этот период живым, но вскоре умирает.

В конце VII месяца длина плода 35—36 см, вес составляет 1000—1200 г; кожа плода морщинистая, покрыта сыровидной смазкой. Родившиеся в это время дети маложизнеспособны, однако при особо тщательном уходе и надлежащей окружающей среде такого ребенка удается выводить.

В конце VIII месяца длина плода 40 см, вес его достигает 1500 г; родившийся в этот период плод при тщательном уходе выживает.

В конце IX месяца длина плода 45 см, вес достигает 2500 г, кожа плода гладкая. В это время дети рождаются жизнеспособными и при правильном уходе хорошо развиваются.

К X месяцу плод достигает полной зрелости; длина его 49—50 см, вес 3200—3300 г, головка составляет четверть всей длины плода.



Рис. 31. Плодное яйцо в матке в конце беременности (схема)

1 — отпадающая оболочка; 2 — ворсинчатая оболочка; 3 — водная оболочка; 4 — плод; 5 — околоплодные воды; 6 — пуповина; 7 — плацента; 8 — стенка матки.

Обычно при повторных родах дети рождаются более крупными.

Определяя доношенность новорожденного, следует во всех случаях учитывать не только его длину (рост) и вес, но также ряд других признаков, характеризующих зрелость плода, принимая во внимание продолжительность беременности.

Признаки зрелости плода следующие: подкожный жир достаточно развит, кожа розовая, пушок сохранился только на коже плечевого пояса, верхних отделов спины и плеч; длина волос на головке достигает 1,5—2 см; хрящи ушных раковин и носа плотные, ногти твердые и на руках заходят за кончики пальцев. Пупочное кольцо расположено на середине между лоном и мечевидным отростком или чуть ниже. У мальчиков яички опустились в мошонку, у девочек клитор и малые половые губы при-

крыты большими губами. Зрелый плод проявляет большую активность — двигает конечностями, громко кричит.

Для быстрого определения примерного возраста плода можно пользоваться приведенной ниже схемой.

**Схема длины плода соответственно сроку беременности
(в лунных месяцах).**

Первый месяц	$1 \times 1 = 1$	см
Второй	»	$2 \times 2 = 4$	»
Третий	»	$3 \times 3 = 9$	»
Четвертый	»	$4 \times 4 = 16$	»
Пятый	»	$5 \times 5 = 25$	»
Шестой	»	$6 \times 5 = 30$	»
Седьмой	»	$7 \times 5 = 35$	»
Восьмой	»	$8 \times 5 = 40$	»
Девятый	»	$9 \times 5 = 45$	»
Десятый	»	$10 \times 5 = 50$	»

ПЛАЦЕНТА

Плацента, или детское место, имеет вид диска (рис. 32), размер которого в конце беременности равен приблизительно 16×20 см. Толщина плаценты в центре составляет 3 см, по краям



Рис 32. Плацента, плодовая сторона. Видны кровеносные сосуды и место прикрепления пуповины

она несколько тоньше. При доношенной беременности плацента весит около 500 г. Плацента состоит из 15—20 отдельных долек, или котиледонов; обычно каждая такая долька представляет одну пышно разросшуюся ворсину, вросшую в отпадающую

оболочку матки; внутри ворсины по всем ее веточкам проходит замкнутая сеть кровеносных сосудов (см. рис. 34).

В плаценте различают две поверхности: внутреннюю и наружную. Внутренняя, или плодовая, сторона плаценты обращена в полость плодного яйца, к плоду, и покрыта водной оболочкой.



Рис. 33. Плацента, материнская сторона
Видны плацентарные дольки.

К внутренней стороне плаценты прикреплена пуповина, от корня которой в радиальном направлении тянутся кровеносные сосуды (см. рис. 32); наружная, или материнская, сторона плаценты прилежит к маточной стенке и разделена глубокими бороздами на упомянутые выше дольки — котиледоны (рис. 33).

При «расплавлении» клеток отпадающей оболочки расплавляются и стенки проходящих в ней мелких кровеносных сосудов матки, кровь изливается между отдельными ворсинами в так называемые межворсинчатые пространства и ворсина оказываются как бы купающейся в этой крови (рис. 34).

Из материнской крови, циркулирующей в межворсинчатых пространствах, через стенку ворсины в ее кровеносные сосуды проникают жидкие и газообразные питательные вещества; по сосудам ворсин кровь собирается в пупочную вену и отсюда поступает к плоду. Через сосуды же ворсины в циркулирующую вокруг нее материнскую кровь поступают продукты обмена плода.

Если ворсина нормальная, весь процесс совершается указанным выше путем; нигде в ворсине, как и во всей нормальной плаценте, не происходит непосредственного смешения крови матери с кровью плода. Только в тех случаях, когда развивается заболевание плаценты, когда нарушается целостность ворсины и разрывается стенка проходящего в ней сосуда, кровь матери смешивается с кровью плода, при этом в кровь плода могут проникнуть бактерии и другие вещества, циркулирующие в материнской крови. Так бывает, например, при нелеченном сифилисе матери: спирохеты разрушают целостность ворсины и проникают к плоду, заражая его сифилисом.

ПУПОВИНА

От плода к плаценте идет пуповина, представляющая собой шнур диаметром 1,5 см; длина его равняется в среднем длине плода, т. е. около 50 см. Нередко пуповина бывает длиннее.

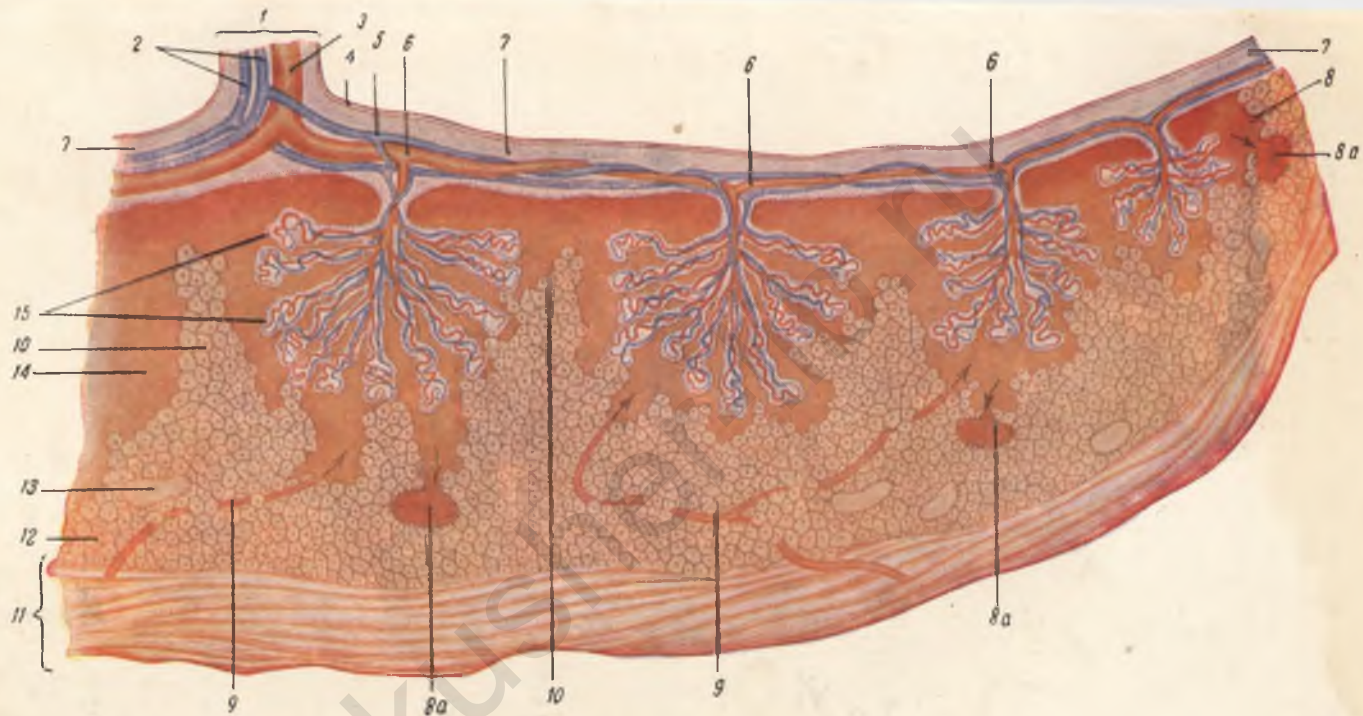


Рис. 34. Схема кровообращения в плаценте.

1 — пуповина; 2 — пупочные артерии; 3 — пупочная вена; 4 — водная оболочка; 5, 6 — сосуды ворсин; 7 — ворсинчатая оболочка; 8, 8a — отводящие вены; 9 — сосуды, по которым притекает материнская кровь в межворсинчатые пространства; 10 — перегородки в плаценте, разделяющие долики; 11 — мышечный слой матки; 12 — слизистая (отпадающая) оболочка; 13 — сохранившаяся железа; 13 — межворсинчатое пространство, заполненное кровью; 15 — ворсина с проходящими внутри нее сосудами.

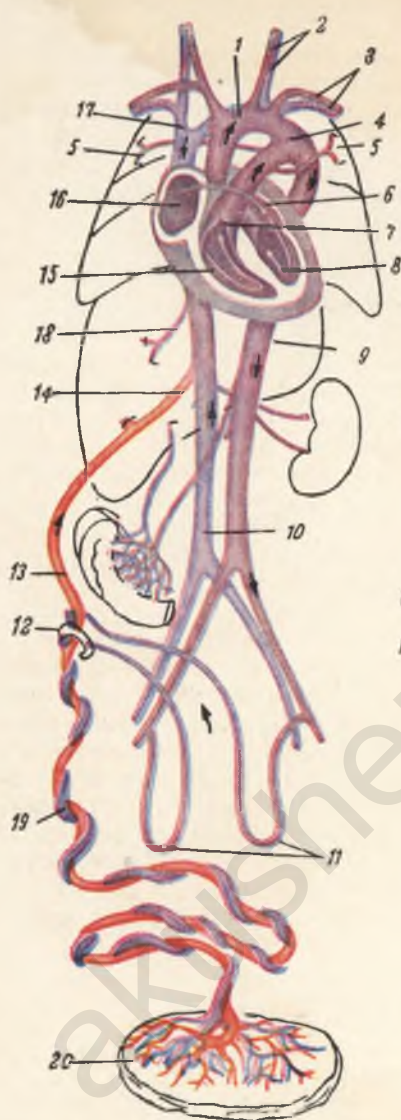


Рис. 35. Схема плацентарного кровообращения у внутриутробного плода (артериальная кровь красного цвета; смешанная кровь лилового цвета, венозная кровь синего цвета).

1 — дуга аорты; 2 — сонная артерия и вена; 3 — подключичная артерия и вена; 4 — боталлов проток; 5 — легочные сосуды; 6 — левое предсердие; 7 — легочная артерия; 8 — левый желудочек; 9 — нисходящая аорта; 10 — нижняя полая вена; 11 — пупочные артерии; 12 — пупочное кольцо; 13 — пупочная вена; 14 — аранциев проток; 15 — правый желудочек; 16 — правое предсердие; 17 — верхняя полая вена; 18 — печеночная вена; 19 — артерии пуповины; 20 — плацента.

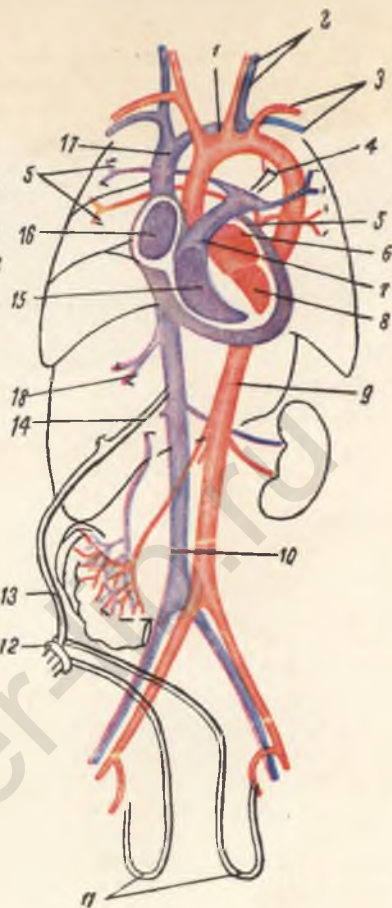


Рис. 36. Схема легочного кровообращения у новорожденного (кровь артериальная — красного цвета, кровь венозная — синего цвета).

1 — дуга аорты; 2 — сонная артерия и вена; 3 — подключичная артерия и вена; 4 — остаток запустевшего боталлова протока; 5 — легочные сосуды; 6 — левое предсердие; 7 — легочная артерия; 8 — левый желудочек; 9 — нисходящая аорта; 10 — нижняя полая вена; 11 — запустевшие пупочные артерии; 12 — пупочное кольцо; 13 — запустевшая пупочная вена; 14 — запустевший аранциев проток; 15 — правый желудочек; 16 — правое предсердие; 17 — верхняя полая вена; 18 — печеночная вена.

но встречается и короткая пуповина. Внутри нее проходят три кровеносных сосуда: две артерии и одна вена; по вене течет от плаценты к плоду артериальная кровь, а по артериям от плода к плаценте — венозная. Вся остальная масса пуповины представляет собой зародышевую соединительную ткань, которая носит название **вартонова студня**. Снаружи пупочный канатик покрыт водной оболочкой.

ОБОЛОЧКИ ПЛОДНОГО ЯЙЦА

С увеличением плодного яйца лысый хорион приближается к стенкам полости матки и плотно соприкасается с пристеночной децидуальной оболочкой; кнутри от хориона имеется второй мешок, образованный водной оболочкой, — амнион, наполненный околоплодными водами. Плаценту, или детское место, вместе с оболочками и пуповиной называют **последом**.

ОКОЛОПЛОДНЫЕ ВОДЫ

Полость плодного яйца наполнена околоплодными водами; это прозрачная жидкость с плавающими в ней частицами первородной смазки плода и пушинок, отделяющихся с его кожи. В течение беременности околоплодные воды предохраняют плод от внешних повреждений, а наличие плодного пузыря препятствует внедрению в полость яйца инфекции из влагалища. В родах околоплодный пузырь способствует раскрытию шейки матки.

В норме количество околоплодных вод к концу беременности составляет 1 л. Если количество вод достигает 1,5 л и более, это называется **многоводием**; наоборот, если околоплодных вод значительно меньше, чем в норме, то говорят о **маловодии**.

Кровообращение внутриутробного плода

Кровообращение внутриутробного плода отличается от такового у родившегося плода.

Внимательно рассматривая схему кровообращения внутриутробного плода (рис. 35), мы видим, что чистая артериальная кровь имеется только в пупочной вене, в веточках, идущих в печень и в нижнюю полую вену (аранциев проток). Далее уже имеется смешанная кровь с преобладанием артериальной (нижняя полая вена и восходящая ветвь аорты), смешанная кровь с преобладанием венозной (нисходящая часть аорты) и, наконец, венозная кровь (верхняя полая вена, легочные артерии и боталлов проток).

Указанное распределение артериальной и смешанной крови объясняет до некоторой степени неравномерное развитие отдельных частей плода в различные сроки беременности. До второй половины беременности развивается главным образом верхняя часть плода, которая лучше снабжается артериальной кровью. Легкие плода получают очень незначительное количество крови и потому развиваются медленно; лучше всего снабжается арте-

риальной кровью печень, которая поэтому развивается быстрее. Хуже снабжаются кровью в течение первой половины беременности нижняя часть туловища и нижние конечности плода. Со второй половины беременности, когда суживается овальное отверстие между предсердиями, распределение артериальной крови по всему организму плода становится более равномерным и быстрее развивается нижняя половина тела плода.

С момента рождения плода нарушается и прекращается плацентарно-плодовое кровообращение; при этом наступает кислородное голодание, что ведет к раздражению дыхательного центра новорожденного. Следствием этого раздражения является первый вдох плода. При вдохе воздух поступает в легкие, находившиеся до этого в спавшемся состоянии; легочные альвеолы расправляются, расширяются проходящие в них кровеносные сосуды (капилляры); расширившиеся капилляры присасывают большое количество крови, вследствие чего сразу изменяется распределение крови в организме плода. После того как устанавливается легочное дыхание, прекращается поступление крови через боталлов проток, он спадается, кровь перестает поступать по пупочным сосудам и аранциеву протоку — они запусевают, овальное отверстие между предсердиями закрывается и левое предсердие полностью отделяется от правого; у новорожденного устанавливается легочное кровообращение (рис. 36)

ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ, СВЯЗАННЫЕ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ

С момента оплодотворения и в течение всей беременности в организме женщины происходит ряд сложнейших изменений, способствующих нормальному развитию плода.

Заметнее всего эти изменения в половых органах, в частности в матке. Вначале стенки матки значительно утолщаются вследствие увеличения количества и развития мышеч-

ных волокон; в дальнейшем, приблизительно с конца первой половины беременности, матка увеличивается главным образом за счет растяжения стенок растущим в ее полости плодным яйцом

Стенки матки становятся тоще. Матка, вес которой в небеременном состоянии составляет 50 г, к концу беременности весит 1000 г (без плодного яйца), т. е. становится тяжелее в 20 раз. Вместимость полости матки к концу беременности увеличивается в 500 раз

Одновременно матка становится богаче кровью, сосудистая сеть ее увеличивается (рис. 37).



Рис. 37. Сосудистая сеть беременной матки.

Маточные трубы во время беременности несколько утолщаются и вытягиваются.

Яичники при беременности лишь незначительно увеличиваются в объеме. В одном из яичников имеется растущее желтое тело, которое достигает 1 см в диаметре; желтое тело продолжает существовать в первой половине беременности, а затем постепенно исчезает, оставляя на своем месте плотный белый рубец.

Стенки влагалища по мере развития беременности приобретают синюшную окраску, что зависит от усиленного кровенаполнения и замедленного оттока крови. Эта синюшность — цианоз — с каждым месяцем усиливается и к концу беременности эпителий стенок влагалища приобретает сине-фиолетовую окраску. Такое окрашивание слизистой оболочки влагалища с первых недель беременности является одним из вспомогательных признаков при установлении последней.

Растущая матка оказывает давление на соседние органы. В первые месяцы беременности это давление сказывается на мочевом пузыре, вызывая более частые позывы на мочеиспускание; симптом этот у беременных наблюдается сравнительно часто, что позволяет включить его наряду с другими в число вероятных признаков беременности. В конце беременности, когда головка плода опускается низко, явления со стороны мочевого пузыря оказываются более значительными; помимо учащенных позывов на мочеиспускание, у беременных наблюдается иногда неудержание мочи при кашле, чихании и т. д.

Расположенная кзади от матки прямая кишка также несколько сдавливается, что ведет иногда к запорам, на которые так часто жалуются беременные. Однако при беременности и без того отмечается некоторая вялость кишечника, что также может вести к запорам.

Вследствие застойных явлений в малом тазу, с одной стороны, и сдавливания маткой крупных кровеносных сосудов малого таза — с другой, у некоторых женщин наблюдаются отеки ног и расширение вен. Иногда изменяются и стенки вен, в результате чего образуются варикозные узлы, повышается проницаемость стенок кровеносных сосудов, что способствует появлению отеков. Отеки, наблюдающиеся у беременных к концу дня, после отдыха обычно исчезают.

Матка, увеличиваясь, выходит в брюшную полость и начинает растягивать стенки живота. При недостаточно эластичной мускулатуре последнего происходит частичное расхождение мышц живота. Наряду с этим часто наблюдается расхождение волокон глубоких слоев кожи; разошедшиеся места в свежем состоянии имеют синеvато-красную окраску, а впоследствии приобретают белый блестящий вид, — это так называемые рубцы беременности (рис. 38). Такие рубцы можно наблюдать иногда и на коже бедер и молочных желез. У женщин,

систематически занимающихся гимнастикой, указанные рубцы наблюдаются редко. У беременных женщин с очень вялой мускулатурой иногда бывает значительное расхождение прямых мышц живота. Чтобы предупредить это явление, беременным наряду с систематическими занятиями физкультурой необходимо носить бандаж, а если это невозможно, подвязывать живот полотенцем, начиная с V—VI месяца (см. рис. 60).

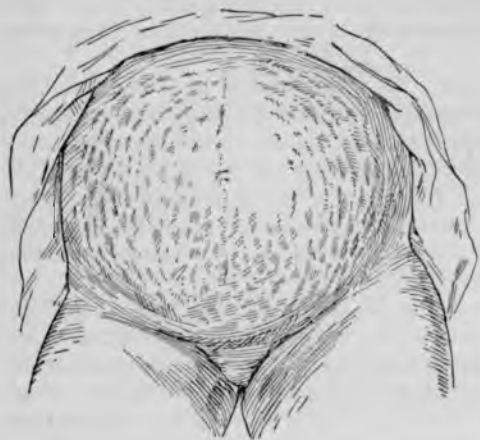


Рис. 38. Рубцы беременности на животе

Помимо указанных изменений, на животе беременных отмечается заметное потемнение белой линии живота между лобком и пупком, а в поздние сроки беременности и выше пупка; эта коричневая пигментация бывает особенно резко выражена у брюнеток.

Пигментация наблюдается также на сосках, вокруг сосков и в виде коричневых пятен на груди и лице; пятна на лице называются маточными пятнами. Эту пигментацию связывают с усиленной деятельностью коры надпочечников у беременных.

С момента зачатия отмечаются изменения и в молочных железах. В первые месяцы беременности молочные железы набухают, становятся напряженными, иногда в них ощущается легкое покалывание, в железах появляется молозиво, несколько капель которого удаётся даже выдавить. Все эти изменения в молочных железах, включая пигментацию сосков с появлением вокруг них мелких бугорков, так называемых добавочных железок, в своей совокупности являются одним из вспомогательных диагностических признаков ранних сроков беременности.

Изменяются также кости и сочленения скелета беременной женщины. При нерациональном питании до беременности, а тем более во время нее, кости становятся беднее известковыми солями. Значительно набухают связки, что увеличивает, правда очень незначительно, подвижность сочленений.

Изменения нервной системы при беременности еще недостаточно изучены. Во время беременности отмечается сонливость, повышенная раздражительность, более легкая ранимость психики, почему к беременной женщине необходим осо-

бенно чуткий и бережный подход со стороны окружающих, а тем более медицинских работников.

Значительные изменения наблюдаются в деятельности желез внутренней секреции, тесно связанных друг с другом; с изменением функций одной такой железы изменяются функции и других желез. Во время беременности, как говорилось выше, в яичниках прекращается овуляция, образуется желтое тело; в матке к III месяцу беременности образуется и начинает функционировать плацента, которая также обладает свойствами железы внутренней секреции. Все это вызывает ряд изменений в других железах внутренней секреции. Так, у беременных нередко отмечается увеличение щитовидной железы, а если она была увеличена и раньше, как, например, при базедовой болезни, то с беременностью эта железа иногда увеличивается еще больше. Наблюдаемые иногда у беременных изменения лица — утолщение носа и губ — приписываются повышению функции придатка головного мозга — гипофиза, а отмеченная выше пигментация белой линии живота и сосков — усиленной функции надпочечников.

Значительно изменяется при беременности обмен веществ, что понятно, если принять во внимание ту колоссальную работу, которую женскому организму приходится выполнять в этот период. Необходимость усваивать большое количество питательных веществ, расходуемых на быстрый рост плода, обезвреживать и выводить из организма поступающие от плода конечные продукты его обмена — все это, несомненно, сказывается на состоянии обмена веществ беременной.

Во второй половине беременности в организме женщины отмечается накопление белковых веществ. Значительная их часть идет на построение органов и тканей плода, быстро растущего в этот период; оставшая часть белковых веществ расходуется на рост матки, молочных желез.

У беременных происходит обильное отложение гликогена в печени, плаценте и зародыше. Отмечается обильное отложение жировых веществ в клетках надпочечников, плаценты и в молочных железах.

Минеральные соли необходимы для построения скелета плода. Наиболее важными являются соли кальция (известь), натрия (поваренная соль), калия, магния, железа, фосфорной кислоты.

Плод получает кислород из крови матери и выделяет углекислоту. Поэтому увеличивается потребность организма беременной в кислороде. Недостаточное поступление кислорода в организм женщины угрожает жизни плода.

Во время беременности и особенно к концу ее отмечается задержка воды в тканях, связанная преимущественно с задержкой и избыточным накоплением солей, что и ведет к развитию отеков (стр. 199). При склонности к увеличению отеков необходимо особенно внимательно наблюдать за беременной и ограничить введение хлоридов.

Для роста и развития плода требуется большое количество витаминов, которые плод в основном получает из организма матери через плаценту.

Как упоминалось выше, интенсивность обмена веществ у беременной значительно повышается. Поэтому необходима регуляция обмена — свежий воздух, соответствующий режим труда и отдыха, благоприятная окружающая обстановка, рациональное питание (см. стр. 72).

У большинства женщин с наступлением беременности наблюдается более или менее резко выраженное поташнивание, иногда рвота, а у некоторых слюнотечение. Обычно эти явления начинаются со II месяца беременности и при правильном режиме и питании прекращаются к концу ее первой половины.

В отдельных случаях указанные явления начинаются еще раньше и могут продолжаться дольше, требуя соответствующих лечебных мероприятий. Для беременности характерны извращения вкуса: иногда появляется тяготение к селедке, квашеной капусте, кислым огурцам, а в очень редких случаях и к несъедобным вещам, как, например, уголь, мел.

Вес при беременности увеличивается преимущественно со второй половины ее; в среднем за всю беременность прибавление веса достигает 10—11 кг. В течение последних месяцев беременности увеличение веса не должно превышать 300—400 г в неделю; превышение этой цифры говорит о ненормальном течении беременности, о задержке жидкости в тканях, что требует соответствующих лечебных мероприятий. В подобных случаях беременных необходимо заблаговременно направлять в стационар.

Артериальное давление во время беременности несколько повышается. В норме максимальное артериальное давление у небеременной женщины соответствует 110—115 мм ртутного столба. Со второй половины беременности артериальное давление повышается на 10—20 мм, достигая в последнем месяце в среднем 130 мм. Повышение артериального давления связано отчасти и с увеличением общего объема крови во время беременности.

Более высокое максимальное артериальное давление (140 мм и выше) является неблагоприятным признаком, особенно если при повторном измерении через короткие промежутки (несколько дней) оно продолжает увеличиваться. Как только у беременной обнаруживается повышенное артериальное давление, необходимо немедленно взять ее под особое врачебное наблюдение и установить для нее строгий режим. Такую беременную обычно заблаговременно помещают в палату для беременных при родильном доме. Надо помнить, что беременным, у которых нарастает артериальное давление, угрожают тяжелые осложнения во время беременности и родов, сопровождающиеся припадками (эклампсия).

Поэтому понятно, почему в женской консультации всех беременных при каждом посещении взвешивают, измеряют им артериальное давление, у женщин с высоким артериальным давлением его повторно измеряют через определенные промежутки времени.

Исследование мочи у беременных также имеет важное значение. Беременные выделяют больше мочи, чем в норме, причем в моче даже здоровых беременных нередко отмечаются следы белка. Необходимо очень внимательно следить за нарастанием белка

в моче и за его общим количеством, учитывая одновременно и общее состояние женщины — наличие отеков, нарастание веса и артериального давления. Если содержание белка в моче увеличивается, врач особенно внимательно следит за состоянием этой беременной. Ей назначают молочную диету и повторяют не реже 1 раза в неделю исследование мочи

Обычно мочу берут следующим образом: подмывают кипяченой водой наружные половые органы беременной и обсушивают их стерильной марлей, затем стерильным куском ваты закладывают половую щель, чтобы в мочу не попали выделения из влагалища, и предлагают женщине помочиться в чистое судно или стеклянную посуду; затем через чистую стеклянную воронку переливают 8—10 мл мочи в пробирку. Лучше брать мочу для исследования при помощи катетера, — но это делается только по назначению врача с соблюдением строжайшей асептики. Полученную мочу направляют в лабораторию для исследования. Если необходимо быстро определить наличие белка в моче, можно воспользоваться следующими пробами.

1. Реакция на белок с сульфосалициловой кислотой (20%). В пробирку к 8—10 мл профильтрованной (пропущенной через фильтровальную бумагу) мочи прибавляют 10—20 капель водного раствора 20% сульфосалициловой кислоты. При наличии белка в моче получается муть. Для сравнения в другую пробирку наливают мочу этой же женщины, не прибавляя к ней сульфосалициловой кислоты

2. Реакция на белок с уксусной кислотой. Кипятят на спиртовой горелке 4—5 мл профильтрованной мочи. При значительном количестве белка получается помутнение. Так как помутнение может зависеть от присутствия в моче большого количества солей, прибавляют после кипячения несколько капель 5—10% уксусной — кислоты. Если при этом осадок не растворяется, значит моча содержит белок

Эти вполне доступные медицинской сестре методы исследования позволяют выявить наличие белка в моче, но определить этим путем его количество невозможно. Следовательно, при выявлении у женщины следов белка необходимо взять ее на особый учет и немедленно произвести в ближайшей лаборатории или больнице подробное исследование мочи, чтобы определить количество белка, а также наличие других патологических элементов (сахар, красящие пигменты, почечные элементы, элементы крови и бактерии). Таким образом, сестра может выявить заболевание беременной в самом начале и своевременно направить ее к врачу, что в огромном большинстве случаев может предупредить грозные последствия.

Как было сказано выше, при беременности усиливается деятельность не только половых органов, но и всего организма женщины. Большинство женщин хорошо чувствует себя во время беременности и продолжает обычную работу. Но есть и такие женщины (правда, их значительное меньшинство), для которых беременность с первых же дней является тяжелой нагрузкой. Все зависит от состояния здоровья беременной, от работоспособности ее органов и степени приспособляемости их к изменениям, вызываемым беременностью.

Благодаря проведению у нас в стране широких оздоровительных мероприятий (охрана труда беременной, улучшение жилищ-

но-бытовых и материальных условий работниц и колхозниц, внедрение физкультуры и санитарно-культурных навыков, развертывание сети как женских консультаций в городах и колхозах, так и лечебных учреждений с высококвалифицированным медицинским персоналом) достигнуто резкое снижение заболеваемости, связанной с беременностью, и в этом большую роль играет правильная, сознательная работа медицинской сестры

ВЛИЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Выше мы говорили, что беременность предъявляет высокие требования к организму женщины; заболевания, иногда протекавшие незаметно, хронически, с наступлением беременности и ее развитием могут обостриться; таковы, например, заболевания сердца, почек и т. д. Очень часто это может привести к гибели плода, а следовательно, и к преждевременному прерыванию беременности.

Есть и такие заболевания, например недоразвитие матки, сифилис, течение которых как будто не ухудшается во время беременности, но она все же часто не донашивается до конца

Сифилис матери, если она не лечилась, оказывает пагубное влияние и на течение беременности, и на потомство. Спирохеты, циркулируя в крови матери, постепенно поражают ворсинку; разрушив ворсинку, спирохеты проникают в кровь плода и заражают его сифилисом, что часто ведет к гибели плода. При нелеченном сифилисе матери наблюдаются преждевременные роды мертвым, нередко мацерированным (разложившимся) плодом. Если же беременность заканчивается рождением живого ребенка, он всегда болен сифилисом и очень часто оказывается нежизнеспособным. **Б о л ь н а я с и ф и л и с о м ж е н щ и н а д о л ж н а л е ч и т ь с я е щ е д о б е р е м е н н о с т и и н е п р е м е н н о в о в р е м я б е р е м е н н о с т и .**

В консультациях всем беременным и в первую очередь первобеременным исследуют кровь на реакцию Вассермана для выявления сифилиса. Если женщина больна, в течение беременности проводится 2—3 курса специального лечения.

Необходимо путем тщательного опроса в консультации, учитывая исход предыдущих беременностей, выявлять подозрительных на сифилис; такую беременную и ее мужа направляют для обследования и лечения в вендиспансер, объяснив им всю важность лечения. Если при сифилисе проводить правильное лечение, ребенок может родиться здоровым.

Течение **активного туберкулеза** с наступлением беременности иногда ухудшается, особенно во второй половине ее. При наличии туберкулеза вопрос об оставлении беременности решается врачами-специалистами. Дети матерей,

больных туберкулезом, в момент рождения не бывают заражены. При кормлении грудью больная мать должна принимать все меры предосторожности, чтобы предупредить заражение ребенка (пользоваться маской из нескольких слоев марли и др.). Таких детей консультации берут на особый учет.

В последние годы новорожденным уже в первые дни жизни вводят специальную культуру туберкулезных бактерий (вакцина БЦЖ) с целью повысить сопротивляемость организма ребенка туберкулезной инфекции.

Алкоголь также пагубно влияет на потомство. Потомство алкоголиков, особенно если алкоголизмом страдает и мать, и отец, отличается высокой смертностью в детском возрасте; у детей, оставшихся в живых, нередко наблюдаются различные заболевания.

Болезни почек, главным образом хронический нефрит, представляют большую опасность для беременных женщин. Нередко при нефрите отмечается преждевременная отслойка детского места; в других случаях возможно наступление уремии, что угрожает жизни беременной и плода, если своевременно не будет прервана беременность.

Заболевания сердечно-сосудистой системы при беременности часто обостряются и могут представлять большую опасность для здоровья и даже жизни беременной, если своевременно не принимаются надлежащие меры.

Малярия, имевшая место у женщины в прошлом и тем более наблюдающаяся во время беременности, пагубно влияет на ее течение и на развитие плода. Плазмодии, циркулируя в крови межворсинчатых пространств, вызывают изменения в плаценте, что приводит нередко к внутриутробной смерти плода. Для предупреждения осложнений беременности необходимо лечить беременных, больных малярией.

При беременности ухудшается течение **кариозных процессов в зубах**. Поэтому необходимо как до, так и во время беременности следить за состоянием зубов; все больные зубы необходимо запломбировать или удалить.

Опасно оставлять во рту больные зубы; необходимо помнить, что в послеродовом периоде каждый больной зуб представляет большую опасность, так как гнездящиеся в нем бактерии могут вызвать тяжелое послеродовое заболевание.

При **воспалительных заболеваниях внутренних половых органов** женщины беременность либо вообще не наступает, либо она нередко прерывается отчасти вследствие неполноценности слизистой оболочки матки и связанного с этим недостаточно прочного соединения яйца с маткой, отчасти вследствие воспалительных изменений в других отделах половой сферы.

Из всего сказанного ясно, что каждая женщина, собирающаяся стать матерью, должна быть тщательно обследована и уже с первых недель беременности должна посещать женскую кон-

сультацию. Важно также обследовать состояние здоровья ее мужа. Подробное обследование позволит выявить те или иные заболевания и принять надлежащие меры в интересах здоровья как матери, так и плода (антенатальная охрана здоровья плода). При одних заболеваниях необходимо тщательное систематическое наблюдение за беременной и лечение, при других показано прерывание беременности. Задача женской консультации и работающих в ней медицинских сестер — добиваться, чтобы беременные женщины рано обращались в консультацию и систематически посещали ее. Больных беременных необходимо систематически патронировать.

акusher-lib.ru

ГЛАВА V

РАСПОЗНАВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

ПРИЗНАКИ БЕРЕМЕННОСТИ

Признаки беременности разделяются на вероятные и достоверные.

Вероятные признаки. Вероятным называется такой признак, который появляется при беременности всегда или почти всегда, хотя сам по себе может наблюдаться и у небеременных женщин. К вероятным признакам относятся: 1) прекращение менструации; 2) тошнота, рвота, изменения вкуса; 3) пигментация белой линии живота, особенно резко выраженная у брюнеток; 4) набухание молочных желез, ощущение покалывания в них; 5) усиленная коричневатая пигментация сосков и вокруг сосков с появлением добавочных мелких желез вокруг соска; выделение из соска молозива при надавливании; 6) синюшность слизистой оболочки входа во влагалище; 7) увеличение матки, что устанавливается при внутреннем исследовании; беременная матка постепенно увеличивается и округляется, превращаясь из грушевидной в шарообразную. Консистенция беременной матки мягкая; при этом под влиянием механического раздражения, каковым является даже двуручное исследование, матка сокращается и под руками твердеет.

Все перечисленные признаки лишь в своей совокупности могут подтвердить диагноз беременности; при наличии же только одного из них ни в коем случае нельзя ставить такой диагноз.

Отсутствие менструации возможно и вне беременности, например при нарушении функции яичников; матка может быть увеличена и у небеременных женщин при опухолях ее; выделение молозива наблюдается даже спустя долгий срок после родов; пигментация белой линии живота между пупком и лобком очень часто остается после первых родов навсегда. Поэтому только совокупность всех или во всяком случае большинства перечисленных признаков позволяет ставить диагноз беременности. При диагностике ранних сроков беременности лучше посмотреть женщину спустя 10 дней еще раз; если к этому вре-

мени все перечисленные изменения стали более выраженными, особенно если увеличилась матка, можно утверждать, что женщина беременна.

Достоверные признаки. Достоверным называется такой признак, наличие которого вполне подтверждает диагноз беременности. Таких признаков, вполне достаточных для практической работы, три: 1) прощупывание частей плода, 2) ощущение движений плода при ощупывании живота беременной, 3) прослушивание сердцебиения плода.

К числу достоверных признаков беременности следует отнести также получение на рентгенограмме изображения скелета плода.

За последние годы получил широкое распространение биологический метод диагностики ранних сроков беременности путем впрыскивания неполовозрелым мышам мочи беременной женщины (реакция Ашгейм-Цондека). В моче беременной женщины имеется гормон (пролан), который вызывает ускоренное созревание фолликулов в яичниках неполовозрелых мышей.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННОЙ

Под методикой в данном случае понимается последовательность, в которой проводится обследование беременной, и применяемые при этом способы.

Опрос. Записав в специальный лист фамилию, имя, отчество, возраст, профессию и адрес больной, перенесенные заболевания и наследственность, приступают к специальному опросу, который складывается обычно из следующих вопросов.

1. Когда появилась первая менструация, характер их до и после замужества

2. Который раз беременна женщина. Выясняют, сколько раз она рожала, как протекали предыдущие беременности, роды, послеродовой период; сколько было выкидышей и каких — самопроизвольных или искусственных. Вопрос о выкидышах является чрезвычайно существенным, так как искусственные выкидыши при последующей беременности и особенно при родах часто дают различные осложнения. Искусственный выкидыш, даже произведенный в надлежащих условиях квалифицированным специалистом, является серьезной операцией. Крайне опасен выкидыш, произведенный в антисанитарной обстановке невежественной знахаркой. Много молодых, здоровых женщин погибает от такого выкидыша, а еще больше остается на всю жизнь инвалидами вследствие различных воспалительных процессов половых органов. Результатом выкидышей может быть бесплодие. Беременность и роды после выкидышей сопровождаются нередко рядом осложнений, к которым относится внематочная беременность, плохая родовая деятельность, кровотечение во время беременности, родов и после родов.

3. Когда была последняя менструация. Таким образом определяется приблизительный срок беременности и предстоящих родов.

4. Имеются ли вероятные признаки беременности, если речь идет о раннем сроке ее.

Двуручное исследование. При небольшом сроке беременности наряду с выявлением всех вероятных признаков проводят двуручное исследование (врач, акушерка). Для этого женщина, предварительно помочившись, укладывается на гинекологическое кресло или на кушетку; ноги должны быть согнуты в тазобедренных и коленных суставах. Исследующий, чисто вымыв руки, двумя пальцами левой руки осторожно раздвигает половые губы и осматривает вход во влагалище, определяя его форму, состояние девственной плевы, промежности, цвет эпителия стенок влагалища; затем исследующий раздвигает шире половые губы и вводит во влагалище два пальца — указательный и средний —



другой руки (рис. 39); у женщин с узким входом во влагалище исследование производят одним пальцем — указательным. Ощупывают шейку и тело матки путем двуручного исследования; наружная рука в это время фиксирует матку со стороны живота. Определяют, какова величина матки, ее консистенция, сокращается (твердеет) ли она при исследовании. Затем определяют внутренние размеры таза.

Рис. 39. Проведение двуручного исследования. Пальцами левой руки раздвигают половые губы, после чего два пальца правой руки вводят во влагалище (исследование проводится в перчатках).

Измерение таза. Измерение таза производят, чтобы выяснить не будет ли препятствий для родов при прохождении доношенного плода через таз. Многочисленными наблюдениями выявлены соотношения размеров головки доношенного плода и размеров таза и на этом основании установлены средние размеры, считающиеся нормальными. Таз, размеры которого оказываются меньшими, чем нормальные, рассматривают как суженный или узкий. При измерении таза определяют его наружные размеры и по ним судят о внутренних размерах.

Измерения таза производятся в положении беременной лежа на спине (рис. 40) особым циркулем, который называется т а з о м е р о м.

Измеряются расстояния между следующими пунктами таза (рис. 41):



Рис. 40. Измерение наружных размеров таза в лежащем положении роженицы.

1) между передневерхними осями подвздошных костей, — *distantia spinarum*, в нормальном тазу это расстояние составляет 25—26 см;

2) между отдаленными точками гребешков подвздошных костей — *distantia cristarum*, в нормальном тазу это расстояние составляет 28—29 см;

3) между большими вертелами бедренных костей — *distantia trochanterica*, в нормальном тазу это расстояние составляет 30—31 см;

4) между верхним краем лонного сочленения и впадиной на спине под остистым отростком V поясничного позвонка — это наружный прямой размер, или наружная конъюгата — *conjugata externa*, в нормальном тазу она составляет 20 см. При измерении наружной конъюгаты бе-

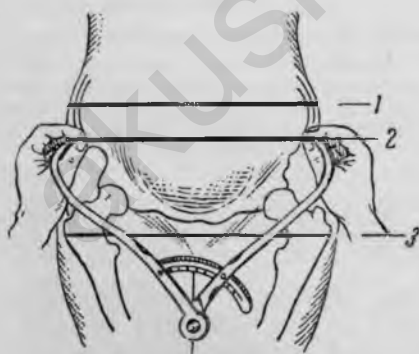


Рис. 41. Наружные поперечные размеры таза. Измеряется расстояние между передневерхними осями подвздошных костей — *distantia spinarum* (2) Черными линиями обозначены вверху — *distantia cristarum* (1); внизу — *distantia trochanterica* (3)

ременная ложится на бок, сгибает нижнюю ногу в коленном и тазобедренном суставах, а верхнюю вытягивает (рис. 42)



Рис. 42. Измерение наружного прямого размера таза — наружная конъюгата. Беременная лежит на боку; верхняя нога вытянута, нижняя согнута в тазобедренном и коленном суставах. Одна ножка тазомера установлена во впадине под остистым отростком V поясничного позвонка, другая — спереди на верхнем крае симфиза

По наружному прямому размеру вычисляют внутренний прямой размер: от мыса крестца до верхнего края симфиза — прямой размер входа таза; для этого из длины наружной конъюгаты вычитают 9 см; для нормального таза прямой размер входа равен 11 см.

Прямой размер входа (см. рис. 84) таза иначе называют истинной конъюгатой.

Истинную конъюгату определяют по длине так называемой диагональной конъюгаты, т. е. по расстоянию от нижнего края лонного сочленения до мыса крестца (промонтория). Диагональная конъюгата измеряется путем влагалищного исследования (рис. 43). Истинная



Рис. 43. Измерение диагональной конъюгаты

конъюгата обычно короче диагональной на 1,5—2 см. Осматривая женщину, обращают внимание на строение и форму ее живота и спины. На спине, в пояснично-крестцовой части, можно отметить четырехугольную фигуру. Если таз нор-

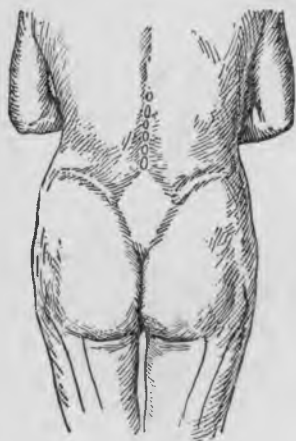


Рис. 44. Пояснично-крестцовый ромб (Михаэлиса). Форма при нормальном тазе.



Рис 44а. Пояснично-крестцовый ромб при тазе неправильной формы.

мальный, этот четырехугольник имеет форму ромба (рис. 44) — пояснично-крестцовый ромб (ромб Михаэлиса). Если таз узкий

или неправильный — форма четырехугольника неправильная (рис 44а).

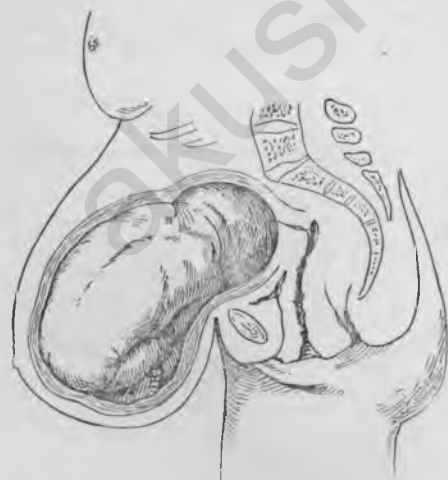


Рис. 45. Отвислый живот в конце беременности у женщины с узким тазом.

Кроме того, о размерах таза можно судить отчасти и по форме живота беременной. При узком тазе, когда головка не может встаться в таз, живот в конце беременности отвисает кпереди (рис. 45).

Положение плода. В поздние сроки беременности путем ощупывания живота беременной определяют положение плода в матке. Оно может быть различным:

Продольное положение: плод рас-

полагается своим длинником по продольной оси матки. Продольное положение плода может быть головным, если головка находится внизу у входа таза (рис. 46), и ягодичным, если у входа таза находятся ягодицы плода (рис. 47).



Рис. 46. Продольное головное положение плода.



Рис. 47. Продольное ягодичное положение плода (два варианта).

Косое, или поперечное, положение: продольная ось плода пересекает продольную ось матки (рис. 48). При продольном положении плода матка обычно имеет удлиненную форму: при поперечном положении матка несколько растянута в поперечном направлении.

Исследование живота беременной производится в положении на спине в такой последовательности:



Рис. 48. Поперечное положение плода.

1. Двумя руками, положенными на дно матки, как указано на рис 49, определяют высоту стояния дна матки

2. Обе руки опускают со дна матки на ее боковые стенки и попеременно то правой, то левой рукой стараются прощупать в глубине части плода (рис. 50). Прощупав в одной стороне мелкие части плода, ощупывают в противоположной стороне его спинку; таким путем определяют положение и позицию плода; если спинка обращена влево, это первая позиция, если же спинка обращена вправо — вторая позиция.

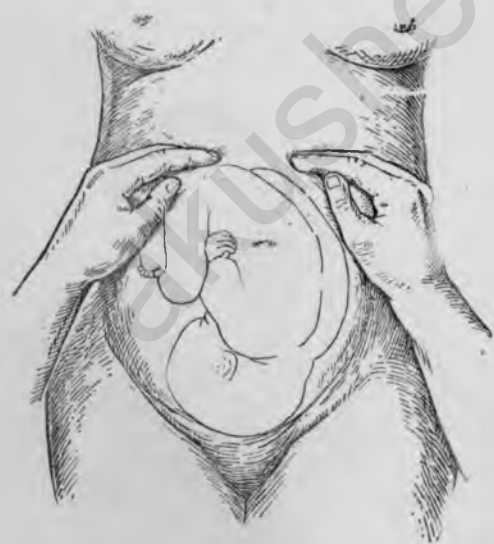


Рис. 49. Исследование живота беременной (наружные приемы). Первый прием — определение высоты стояния дна матки.

3. Правой или левой рукой спускаются еще ниже (рис. 51); ладонью с широко отведенным большим пальцем осторожно обхватывают над симфизом нижний сегмент матки и бережно погружают пальцы в глубину, где стараются прощупать, какая часть плода находится у входа таза, т. е. какая часть плода предлежит — го-

ловка или ягодицы. Головка прощупывается в виде круглого плотного тела, напоминающего шар, и иногда легко смещается — баллотирует.

4. Если указанным выше путем не удастся ясно прощупать предлежащую часть плода, то пользуются методом, указанным на рис. 52. При головном предлежании концы пальцев упираются в круглое плотное тело, при ягодичном — они ощупывают крупную мягкую часть плода. При поперечном положении ни вверху, ни внизу крупную часть плода прощупать не удастся; в этих случаях головка и ягодицы находятся по бокам матки.

Сердцебиение плода. После ощупывания живота беременной прослушивают сердцебиение плода, для чего применяют специальный акушерский стетоскоп (рис. 53).

Обычно сердцебиение плода удается прослушать с конца V лунного месяца беременности, а затем с каждым месяцем оно прослушивается все яснее.

Сердцебиение хорошо прослушивается ближе к головке и с той стороны, куда обращена спинка плода. Следовательно, если спинка находится слева, а головка внизу (первая позиция, продольное головное положение), сердцебиение яснее всего прослушивается слева от средней

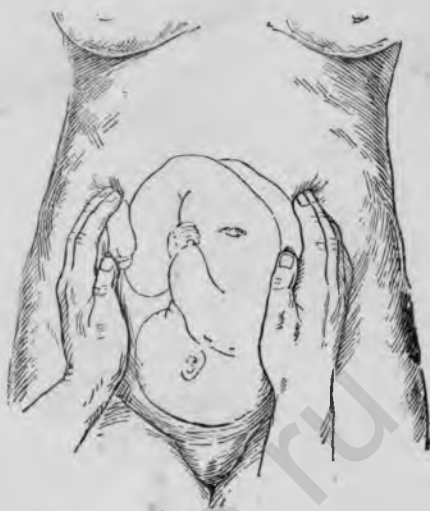


Рис. 50. Исследование живота беременной. Второй прием — определение положения и позиции плода. На рисунке продольное головное положение плода, первая позиция.



Рис. 51. Исследование живота беременной. Третий прием — определение предлежащей части плода одной рукой



Рис 52. Исследование живота беременной. Четвертый прием — определение предлежащей части плода двумя руками.



Рис. 53. Выслушивание сердцебиения плода с помощью акушерского стетоскопа.

линии живота, ниже пупка; при ягодичном предлежании сердцебиение плода лучше всего прослушивается выше пупка (рис. 54). В случае поперечного положения сердцебиение плода прослушивается на уровне пупка справа или слева в зависимости от того, где находится головка.

Частота сердцебиений плода в конце беременности обычно равняется 120—130 ритмичным ударам в минуту.

Закончив акушерское исследование, тут же измеряют рост женщины (рис. 55), взвешивают ее (рис. 56), а затем производят общий осмотр, выслушивают сердце, легкие, исследуют мочу, измеряют артериальное давление и пр.

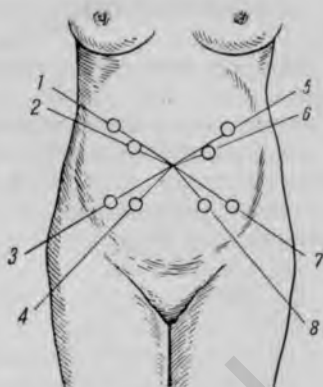


Рис. 54 Места наилучшей слышимости сердцебиения плода (отмечены кружочками).

1, 2 — при ягодичном предлежании второй позиции. 3, 4 — при головном предлежании второй позиции. 5, 6 — при ягодичном предлежании первой позиции. 7, 8 — при головном предлежании первой позиции



Рис. 55. Измерение роста беременной.



Рис. 56. Взвешивание беременной. Взвешивать необходимо без одежды.

РАСПОЗНАВАНИЕ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Иногда в течение беременности развивается одновременно не один плод, как обычно, а два или даже три. В таких случаях говорят, что у беременной двойня или тройня.

Беременность двойней встречается в среднем один раз на 80—100 родов, а тройней на 7000—10 000 родов.

Выше мы говорили, что при каждой овуляции лопаются один фолликул и выделяется одна яйцевая клетка. Крайне редко, но



Рис. 57. Двойня. Плоды расположены в продольном положении; один — в ягодичном, другой — в головном предлежании.



Рис. 58. Двойня. Оба плода расположены в поперечном положении.

все же бывают случаи, когда во время одной овуляции лопаются два фолликула, и тогда имеются две яйцеклетки. Может быть и так, что в одном фолликуле имеются одновременно две яйцеклетки. В подобных случаях обе яйцеклетки могут быть оплодотворены и одновременно могут развиваться два плода — д в у я й ц е в а я д в о й н я. При этом имеется два детских места, два ворсинчатых и два водных мешка. Значительно реже встречаются близнецы о д н о я й ц е в ы е, т. е. развивающиеся не из двух женских яйцевых клеток, а из одной вследствие деления одного оплодотворенного яйца на две части; каждая из этих частей развивается в самостоятельный организм.

При однойяйцевой двойне имеется одно общее детское место, один общий хорион, но два отдельных водных пузыря. Однояйце-

вые близнецы всегда однополые, т. е. либо мальчики, либо девочки.

Распознавание наличия двух плодов в матке представляет значительные трудности.

Большая окружность живота женщины в конце беременности (100 см и больше), прощупывание трех крупных частей плода в матке (двух головок и одного тазового конца), прослушивание в разных местах одновременно двух неодинаковых по частоте сердцебиений плода — все это дает основание предполагать двойню. Точный диагноз многоплодия можно установить со второй половины беременности при помощи рентгеновского снимка.

Двойня может располагаться в матке различно: оба плода находятся в продольном (рис. 57) или поперечном положении (рис. 58) либо один плод находится в продольном, а другой — в поперечном положении.

При многоплодной беременности чаще, чем при обычной, наблюдаются осложнения как во время беременности (токсикозы, преждевременные роды, так и в родах (родовая слабость, кровотечение).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ И ПРЕДСТОЯЩИХ РОДОВ

При установлении беременности одновременно определяют и срок ее. Советским законодательством предусмотрено освобождение женщины от работы за 56 дней до родов; по возможности точное определение срока беременности гарантирует женщине этот необходимый отдых.

Решением II Всесоюзного съезда колхозников-ударников в Устав сельскохозяйственной артели внесен пункт об отпусках беременным колхозницам, имеющий силу закона. Он позволяет колхознице в последний месяц беременности отдыхать, набираться сил для предстоящих родов.

Колхозам предоставлено право вносить изменения в устав сельскохозяйственной артели, в том числе и в отношении увеличения отпуска по беременности и родам женщинам-колхозницам, приравняв его к отпуску работниц и служащих (56 дней до и 56 дней после родов). Такой отдых бесспорно имеет важное значение как для беременной, так и для ее будущего ребенка.

Многочисленными наблюдениями установлено, что женщины, отдыхающие до родов, легче рожают, и у них значительно меньше процент послеродовых заболеваний, а дети рождаются более здоровыми, чем у женщин, не отдыхавших до родов.

Продолжительность беременности женщины в среднем составляет 280 дней, т. е. 40 недель, или 10 лунных месяцев. Чтобы точнее определить срок родов, необходимо наблюдать женщину с ранних сроков беременности, т. е. спустя 1—2 недели после задержки менструации.

В практической работе исчисление срока беременности и родов ведется от первого дня последней менструации. Кроме того, помогает установить срок беременности и родов день первого шевеления плода. Начало шевеления плода соответствует обычно середине беременности (у первородящих женщин).

Понятно, что это исчисление не является абсолютно точным, так как женщина может не помнить дня последней менструации, как

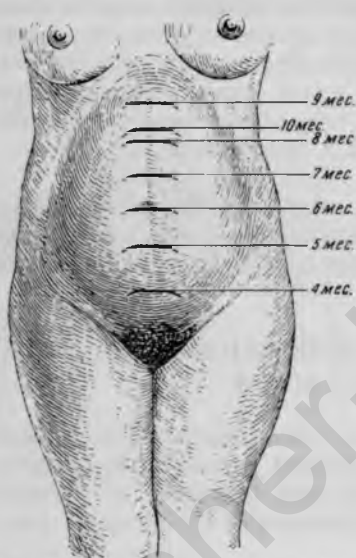


Рис. 59. Высота стояния дна матки по месяцам беременности.

часто и бывает, или может просто перепутать числа. Первым признаком шевеления плода — это вес субъективный признак, так как женщина иногда принимает шевеление плода за усиленную перистальтику кишечника.

Однако необходимо навести женщин на правильные вопросы, чтобы установить возможности точнее указать даты. Путем широкой санитарно-просветительной работы среди колхозниц и колхозниц необходимо добиваться, чтобы женщины точно запоминали и даже записывали день и месяц последней менструации и первого шевеления плода, а также чтобы беременные как можно раньше являлись в консультацию или к фельдшерке колхозного родильного пункта или фельдшерско-акушерского пункта.

Срок беременности в первые месяцы определяется проследив за течением беременности, отсчитыванием времени, прошедшего от последней менструации с учетом размеров матки. Для исчисления срока родов по последней менструации поступают следующим образом: от первого дня последней менструации отсчитывают 3 месяца назад, к полученному числу прибавляют 7 дней: например, первый день последней менструации — 1 декабря 1959 г.; отсчитав 3 месяца назад (ноябрь, октябрь, сентябрь), получают 1 сентября; прибавляя 7 дней, получают 8 сентября 1960 г. — это и будет предполагаемый срок родов.

Для установления срока беременности пользуются также измерением величины беременной матки, измерением высоты стояния ее дна над лонным сочленением, учитывая при этом установленные для каждого месяца беременности средние цифры (рис. 59).

До 3 месяцев беременности матка находится еще в полости малого таза, почему до этого срока беременность определяют только путем влагалищного исследования.

Перед влагалищным исследованием женщина должна помочиться, а если в этот день у нее не было стула, то очистить кишечник посредством клизмы. Переполненные мочевой пузырь и прямая кишка препятствуют исследованию.

В конце второго лунного месяца беременности матка имеет размер гусиного яйца.

В конце третьего лунного месяца матка величиной приблизительно с мужской кулак.

Начиная с четвертого лунного месяца дно матки поднимается над лонным сочленением и прощупывается со стороны брюшной стенки. В конце четвертого лунного месяца дно матки стоит на 6 см выше верхнего края лонного сочленения.

В конце пятого лунного месяца дно матки стоит на 10—12 см выше верхнего края лонного сочленения.

В конце шестого лунного месяца дно матки стоит на уровне пупка, на 20 см выше лона.

В конце седьмого лунного месяца дно матки стоит на три поперечных пальца выше пупка, на 24 см выше верхнего края лонного сочленения.

В конце восьмого лунного месяца дно матки стоит посредине между пупком и мечевидным отростком, на 28 см выше верхнего края лонного сочленения.

В конце девятого лунного месяца дно матки достигает подложечной области и стоит под мечевидным отростком, подпирая вверх диафрагму; это — наивысшее стояние дна матки во время беременности, на 32 см выше верхнего края лонного сочленения. В дальнейшем все увеличивающаяся беременная матка начинает отклоняться кпереди, вследствие чего дно ее опускается.

В конце десятого лунного месяца дно матки достигает приблизительно того же уровня, на котором оно стояло в конце восьмого лунного месяца, т. е. середины между мечевидным отростком и пупком; пупок к десятому месяцу обычно сглаживается.

При измерении с помощью сантиметровой ленты высоты стояния дна беременной матки над лоном получают следующие данные.

Срок беременности	Расстояние между лонном и дном матки в см
Конец четвертого лунного месяца	6
« пятого « «	12
« шестого « «	20—24
« седьмого « «	24—28
« восьмого « «	28—30
« девятого « «	32—34
« десятого « «	28—30

Окружность живота измеряется сантиметровой лентой, проходящей спереди через пупок, а сзади через поясничную область.

На восьмом лунном месяце окружность живота равняется 80 см; в конце беременности, т. е. к 10 лунным месяцам, — 97—100 см.

При наружном исследовании в последнем месяце беременности необходимо обращать внимание на положение головки: у первородящих в последние 2 недели перед родами головка обычно начинает прижиматься ко входу таза и часто уже плотно устанавливается во входе — ее трудно сдвинуть; у повторнородящих головка остается подвижной над входом таза до начала родов.

Все данные, полученные при исследовании, заносятся в специальную карту беременной.

ГИГИЕНА И ДИЕТЕТИКА БЕРЕМЕННОЙ

Беременность представляет собой физиологический процесс, оздоравливающий женский организм. Выше мы говорили, что беременность предъявляет повышенные требования ко всем органам и к организму в целом, поэтому понятно, какое большое значение для благоприятного течения беременности имеет состояние здоровья женщины, благоприятные условия труда и быта, соблюдение рационального режима.

В нашей стране охране здоровья беременной женщины уделяется большое внимание: и на производстве, и в быту беременная пользуется рядом льгот, дающих ей возможность стать здоровой матерью здорового ребенка (стр. 88).

Гигиену беременной надо понимать в широком смысле как гигиену женщины вообще и одновременно как дородовую (антенатальную) охрану здоровья ребенка. Было бы неправильно говорить о гигиене беременной в отрыве от гигиены женщины до беременности (стр. 25), начиная с самого раннего детского возраста.

В проведении гигиенических мероприятий во время беременности требуются некоторые изменения и дополнения. Организм здоровой женщины, которая соблюдает рациональный режим, правильно сочетает труд с отдыхом, нормально питается, в достаточной степени пользуется свежим воздухом, вполне справляется с тем новым состоянием, каким для него является беременность. Беременность в подобных случаях служит оздоравливающим моментом; первая беременность нередко способствует окончательному развитию организма.

При несоблюдении надлежащего режима беременность из физиологического состояния иногда может незаметно перейти в патологическое.

Тщательно наблюдая за женщиной с первых недель беременности, можно вовремя выявить те или иные отклонения в состоянии ее здоровья и своевременно проведенными мероприятиями

предупредить возможную патологию. Эту работу выполняют врачи, акушерки и сестры женских консультаций, акушерки колхозных родильных домов и фельдшерско-акушерских пунктов.

Среди гигиенических мероприятий во время беременности особое место занимает питание. Рядом наблюдений установлено, что при нерациональном питании имеется большой процент токсикозов беременности. Следует отметить, что рациональное питание является не только профилактикой, но и лечением токсикозов беременности. Диета беременной должна включать определенные питательные вещества и достаточное количество витаминов А, В₁, С, D и Е.

В и т а м и н А повышает сопротивляемость организма. Он содержится в большом количестве в печени рыб, в моркови. Можно пользоваться готовыми препаратами этого витамина, которые выпускаются в виде пилюль (2—4 пилюли в день) или в жидком виде (1—2 капли 2 раза в день до еды).

В и т а м и н В₁ предупреждает развитие у беременных рвоты, полиневритов, быструю утомляемость, слабость родовой деятельности. Он содержится в черном хлебе, в дрожжах. Можно пользоваться и готовыми препаратами этого витамина в виде пилюль. Суточная доза 10—20 мг.

В и т а м и н С, или аскорбиновая кислота, способствует сохранению беременности. Он содержится в большом количестве в шиповнике, черной смородине, капусте, фруктах, ягодах. Можно принимать аскорбиновую кислоту с глюкозой в виде патентованных таблеток и драже (Acidi ascorbinici 0,2; Sacchari albi 0,3, по порошку 3 раза в день).

В и т а м и н D, или антирахитический, предупреждает развитие рахита у плода. Содержится витамин D в рыбьем жире, который нужно принимать по 1 столовой ложке 2 раза в день.

В и т а м и н Е способствует сохранению беременности, особенно в случаях повторного недонашивания, а также нормальному развитию плода. Содержится витамин Е в большом количестве в проросших зернах пшеницы, в салате. Этот витамин применяется и в виде синтетического препарата в течение первой половины беременности, а иногда и дольше, до 7—8 месяцев. Суточная доза 20—30 мг.

Пища должна содержать достаточное количество солей железа, кальция; поэтому беременным рекомендуется употреблять в пищу яйца, овощи, содержащие много солей железа, молоко. Разрешается отварное мясо и другие полноценные белки. При появлении хотя бы малейших отеков питание должно быть изменено: ограничивается, а иногда и совсем запрещается употребление мяса, жира, поваренной соли и различных пряностей.

Надо обратить внимание и на потребление жидкости. Беременность обычно сопровождается жаждой, а введение в организм слишком большого количества воды иногда может вызвать нарушение водного обмена. Потребление жидкости следует ограничить также при заболевании почек и сердца. Среднее количество потребляемой за сутки жидкости не должно превышать 6 стаканов. При этом, понятно, нужно учитывать количество выделяемой за сутки мочи.

В столовых на производствах, где работает много женщин, вводится особое меню для беременных, которое составляет и про-

веряет либо врач данного производства, либо врач, прикрепленный женской консультацией. Это мероприятие является лучшей профилактикой токсикозов беременности.

В некоторых случаях при беременности, сопровождающейся тошнотой и рвотой, рекомендуется первый завтрак принимать в постели; в течение дня после каждой еды нужно немного полежать, отдохнуть.

Диета каждой беременной назначается и регулируется врачом.

Пищевой рацион беременной должен содержать разнообразные продукты. За сутки она должна получать около 100 г белков, 100 г жиров, 500 г углеводов, что дает около 3500 калорий.

Ниже приводится примерный пищевой рацион беременной.

Хлеб ржаной	200 г	Картофель	250 г
» пшеничный	250 »	Овощи разные	500 »
Мука пшеничная	25 »	Фрукты и ягоды свежие ..	150 »
» картофельная	5 »	Фрукты сухие	15 »
Крупа и макароны	75 »	Сахар и кондитерские	
Мясо	100 »	изделия	60 »
Рыба	50 »	Сметана	60 »
Молоко	500 »	Масло сливочное	50 »
Творог	50 »	Масло растительное	10 »
Сыр	20 »	Рыбий жир	15 »
Яйца	1 1/2 шт.		

Примерное меню во второй половине беременности

Прием пищи 5 раз в день (в том числе натошак). Хлеб ржаной — 200 г, хлеб пшеничный — 200 г.

Ежедневно натошак яблоко — 1 шт. или моченый чернослив — 50 г, или сырая морковь — 1 шт.

1 - й день

Первый завтрак (в 7—8 часов)	Картофель отварной Хлеб с маслом и сыром Чай с молоком
Второй завтрак (в 11—12 часов)	Творог со сметаной Хлеб с маслом
Обед (в 15—16 часов)	Суп вегетарианский с грибами и овсяной крупой Рыба отварная с картофелем Компот
Ужин (в 19—20 часов)	Рагу овощное Простокваша

2 - й день

Первый завтрак	Винегрет (картофель, капуста свежая, морковь, свекла, лук) Хлеб с маслом и сыром Чай
----------------	--

Второй завтрак	Каша гречневая с молоком
Обед	Щи зеленые со сметаной Мясо отварное с картофелем Яблоко
Ужин	Яичница с зеленым луком Простокваша

3 - й день

Первый завтрак	Макароны с маслом и сыром Чай с молоком
Второй завтрак	Яйцо (1 шт.) или омлет Салат из свежих овощей Хлеб с маслом
Обед	Суп овощной или фруктовый с рисом (риса 30 г, кураги 50 г, сахара 20 г) Картофельная запеканка Мусс клюквенный
Ужин	Сырники со сметаной Чай с молоком Хлеб с маслом

4 - й день

Первый завтрак	Творог со сметаной Хлеб с маслом Чай
Второй завтрак	Овощи тушеные с маслом Кофе с молоком или простокваша
Обед	Суп рыбный с крупой Рыба отварная с картофелем Компот или фрукты
Ужин	Яйцо (1 шт.) Хлеб с маслом Яблоко

5 - й день

Первый завтрак	Оладьи с яблоками Хлеб с маслом и сыром Чай
Второй завтрак	Творожники со сметаной Молоко
Обед	Борщ вегетарианский Мясо отварное с картофельным пюре Свежие фрукты
Ужин	Каша рисовая с маслом Простокваша

6 - й день

Первый завтрак	Капуста отварная, обжаренная в сухарях Хлеб с маслом и медом Чай
Второй завтрак	Каша гречневая с молоком
Обед	Щи вегетарианские со сметаной Отварное мясо с картофелем или рисовой кашей
Ужин	Блинчики с яйцом и творогом Молоко или простокваша

7 - й день

Первый завтрак	Макароны с сыром Кофе с молоком или кефир
Второй завтрак	Творог со сметаной Хлеб с маслом
Обед	Суп молочный с крупой Кнели отварные с картофелем и салатом (или тушеная морковь)
Ужин	Компот или свежие фрукты Каша ячневая (или овсяная) с маслом Салат из шинкованной свежей капусты, моркови, зеленого горошка и других овощей Простокваша (кефир) или молоко

Примечание. Приведенное меню является примерным; одни блюда могут быть заменены другими, равноценными по составу и питательности.

В течение всей беременности необходимо следить за правильной работой кишечника, регулируя его деятельность соответствующей диетой (простокваша, сливы, яблоки). В крайнем

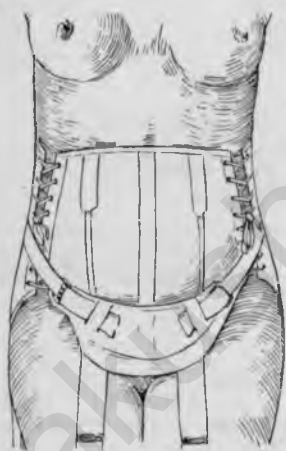


Рис. 60. Бандаж для беременной. К бандажу на резинках пристегиваются чулки. Вид спереди.

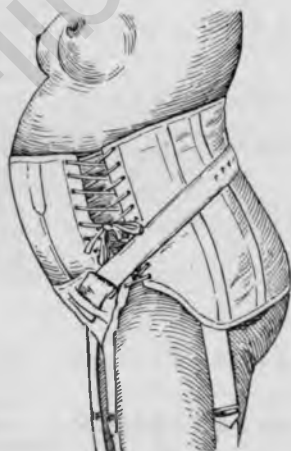


Рис. 61. Бандаж для беременной. Вид сбоку

случае, если все же продолжают запоры, приходится прибегать к клизмам; никаких слабительных без указания врача принимать не следует.

Во время беременности необходимо привести в порядок полость рта, вылечив все больные зубы.

Сон беременной в среднем не должен превышать 8 часов; нецелесообразен продолжительный сон днем, так как он нарушает ночной сон.

Одежда беременной должна быть легкой и свободной. Не допускаются тугие завязки, пояса. Нельзя носить круглые подвязки: они туго обхватывают голень и затрудняют нормальное кровообращение, нужно заменить их длинными резинками или тесемками, пристегивающимися к лифчику или биндажу. Ботинки или туфли должны быть не тесные, легкие, на низком каблуке.

С VI—VII лунного месяца беременности рекомендуется носить биндаж (рис. 60 и 61), если же приобрести его невозможно, то следует подвязывать живот широким полотенцем. Это необходимо для сохранения более правильного положения матки и для предупреждения сильного растяжения брюшной стенки.

Во время беременности обычный бюстгалтер надо заменить лифчиком; он должен хорошо обхватывать молочные железы и слегка приподнимать их (рис. 62). Лифчик желательно шить из грубоватого материала (тонкий холст, полотно).

Беременной необходимо длительное пребывание на воздухе, но без утомительных прогулок. Желательно, чтобы часы прогулок были по возможности одни и те же — утром, после обеда, перед сном; следует гулять медленно, меньше разговаривать и стараться глубоко дышать.

У беременной должна быть отдельная кровать. Постельное белье необходимо менять не реже одного раза в неделю; у беременных отмечается сильная потливость, поэтому белье быстрее грязнится. Одеяло должно быть с пододеяльником.

Большое значение имеет соблюдение чистоты тела: нужно ежедневно мыться до пояса водой комнатной температуры и вытираться чистым мохнатым полотенцем. Этого достаточно и для поддержания чистоты сосков, и для подготовки их к предстоящему кормлению грудью.

Чистая кожа лучше выполняет свои функции, что особенно важно во время беременности. Нельзя принимать горячие ванны, а также мыться в очень горячей бане — это вызывает резкое ослабление организма беременной. В обычной негорячей бане или ванне (температура воды 34—35°) можно оставаться не более 12—15 минут. На последнем месяце беременности следует пользоваться душем либо мыться в ванне, сидя на поставленной в нее скамеечке.

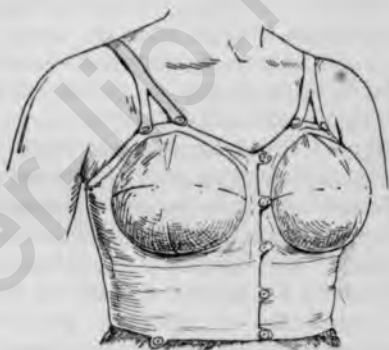


Рис. 62. Лифчик с бретельками для беременной.

Речные и морские купания при нормально протекающей беременности могут быть разрешены. Однако категорически запрещается далеко уплыть: это опасно, так как возможны судороги мышц конечностей.

Все водные процедуры необходимы потому, что они не только поддерживают чистоту тела, но и оказывают благотворное влияние на общий обмен.

Ногти у беременной должны быть коротко острижены. Особенно это важно незадолго перед родами: под длинными ногтями скопляется грязь, что угрожает беременной женщине инфекцией.

В целях профилактики послеродовых заболеваний женщина, особенно в последние месяцы беременности, не должна соприкасаться с больными заразными заболеваниями.

Наружные половые органы необходимо ежедневно обмывать тепловатой кипяченой водой с мылом, предвзвешенно чисто вымыв руки. Обычно это делается следующим образом: женщина наливает в кружку Эсмарха, в кувшин или в большой чайник воду и, сидя на корточках над тазиком, одной рукой поливает, а другой — подмывается; движения руки должны быть направлены от лобка к заднему проходу, а не обратно. Ко второй половине беременности женщине трудно сидеть на корточках, поэтому тазик поставить на скамеечку или подмывание делать лежа (удобнее всего из кружки Эсмарха) не особенно сильной струей. Обмывают только наружные половые органы; никаких спринцеваний или влагалищных промываний во время беременности без назначения врача делать не следует. Влагалище к моменту родов бывает сравнительно «чистым», спринцевание же скорее ведет к загрязнению влагалища, так как понижает его способность к самоочищению. Если у беременной имеются обильные выделения, к тому же гнойные, необходимо обратиться к врачу.

Половые сношения во время беременности по возможности должны быть ограничены, особенно в первые 2 месяца, и совершенно исключены в последние 1½—2 месяца. В первые месяцы беременности частые и бурные половые сношения могут привести к выкидышу, а в последнем месяце беременности во время полового акта во влагалище могут быть занесены болезнетворные микробы, вызывающие послеродовые заболевания.

Для подготовки молочных желез к кормлению не существует какого-либо определенного метода. Применялись и применяются различные способы подготовки сосков: ежедневное обтирание их спиртом, раствором танина, массаж сосков, облучение сосков кварцевой лампой. Основная цель всех этих способов — предупредить образование на сосках трещин, являющихся входными воротами для инфекции, в результате чего развивается воспаление молочной железы (мастит).

Однако, к сожалению, ни одно из применяемых средств не исключает образования трещин.

Важно соблюдение чистоты тела; если женщина ежедневно моется до пояса, то и соски содержатся в чистоте. Только при очень плоских или втянутых сосках (рис. 63) приходится прибегать к массажу, чтобы вытянуть соски. Для этого предварительно тщательно моют руки, пальцами захватывают сосок и вытягивают в течение 3—5 минут. Если массаж не приводит к цели, то лучше его оставить, и тогда женщина при кормлении будет пользоваться специальной накладкой.



Рис. 63. Различные формы соска (нормальный, плоский, втянутый).

Весьма полезно беременной общее ультрафиолетовое облучение: оно повышает образование в организме витамина D, который предупреждает развитие рахита у плода и играет большую роль в регуляции кальциевого и фосфорного обмена у беременной. Кроме того, ультрафиолетовые лучи убивают бактерии. Противопоказаниями к облучению являются малярия, туберкулез, заболевание почек.

Среди оздоровительных мероприятий во время беременности видное место занимают физические упражнения. Рациональные физические упражнения повышают жизнедеятельность всего организма, укрепляют мышцы брюшной стенки, предупреждают расхождение мышц и образование так называемых рубцов беременности. Благодаря физическим упражнениям достигается большая эластичность мышц тазового дна, что предупреждает разрывы промежности в родах.

Для того чтобы женщина могла самостоятельно проводить физические упражнения, надо научить ее рекомендуемым приемам и проверить, как она их выполняет.

Занятия физическими упражнениями требуют строгого врачебного контроля. Беременная, проводящая физические упражнения на дому, должна каждую декаду посещать консультацию для получения дальнейших указаний от врача.

Во время занятий особое внимание уделяется технике дыхания, так как хорошая вентиляция легких обеспечивает снабжение всего организма кислородом. Физические упражнения повышают общую циркуляцию крови и обмен веществ, усиливают



Рис. 64. Комплекс рекомендуемых гимнастических упражнений во время беременности.



работу мышечных систем туловища, укрепляют мышцы брюшного пресса и тазового дна.

Женщину обучают после каждого упражнения, связанного сокращением мышечных групп, полностью расслаблять мускулатуру всего туловища; поэтому беременной значительную часть упражнений рекомендуется производить в лежачем и сидячем положении.

Все упражнения следует производить медленно, по возможности плавно и равномерно, избегая быстрых и резких движений. По возвращении к исходному положению нужно выдерживать паузу не менее чем в 5—10 секунд. Общая продолжительность занятий не должна превышать 10—15 минут. Более длительные занятия могут причинить вред здоровью беременной.

После окончания занятий рекомендуется принять чуть теплый душ или сделать влажное обтирание, а затем насухо вытереть тело мохнатым полотенцем.

Физические упражнения следует проводить в утренние часы до туалета в одной сорочке или в трусах. Летом лучше делать упражнения на воздухе или перед открытым окном; зимой следует предварительно проветрить комнату.

Ниже приводятся рекомендуемые для беременной физические упражнения (рис. 64 а—о).

У п р а ж н е н и е 1 (рис. 64, а). Дыхательные упражнения лежа. Ноги согнуты. Во время глубокого вдоха руки медленно запрокидываются назад (вдох через нос); при выдохе (через рот) руки медленно вытягиваются вдоль туловища.

У п р а ж н е н и е 2 (рис. 64, б). Дыхательные упражнения на коленях. При вдохе руки, вытянутые вперед, медленно отводятся в стороны и при выдохе медленно возвращаются в исходное положение.

У п р а ж н е н и е 3. Дыхательные упражнения стоя. Вдох — руки медленно поднимаются до уровня плеч, выдох — руки медленно опускаются.

У п р а ж н е н и е 4 (рис. 64, в). Упражнение для мышц тазового дна (и отчасти для мускулатуры верхних и нижних конечностей): сближены руками колени при сопротивлении последних.

У п р а ж н е н и е 5 (рис. 64, г). Сводить колени, задерживая руками это движение.

У п р а ж н е н и е 6 (рис. 64, д). При подъеме — вдох, при опускании — выдох.

У п р а ж н е н и е 7 (рис. 64, е). Сидя на коврик: при вдохе ноги раздвигают, при выдохе — сдвигают.

У п р а ж н е н и е 8 (рис. 64, ж). Стоя около спинки стула; упражнения производятся попеременно для каждой ноги. Рукой обязательно держаться за спинку стула.

У п р а ж н е н и е 9 (рис. 64, з). Из положения на спине подняться на руках до положения, изображенного на рисунке, и затем медленно опускаться; при подъеме — вдох, при опускании — выдох.

У п р а ж н е н и е 10 (рис. 64, и). Стоя на коленях; при вдохе — поворот туловища в сторону, при выдохе — возвращение в положение, указанное на рисунке. Это упражнение можно проделать и стоя.

У п р а ж н е н и е 11 (рис. 64, к). Стоя с несколько раздвинутыми ногами, сгибание (вдох) и разгибание (выдох) туловища. В последние месяцы беременности это упражнение не рекомендуется.

У п р а ж н е н и е 12 (рис. 64, л). Стоя с несколько раздвинутыми ногами; сгибание и разгибание туловища в сторону.

У п р а ж н е н и е 13 (рис. 64, м). Стоя у спинки стула; при отведении ноги — вдох, при возвращении ноги в исходное положение — выдох. Обязательно держаться за спинку стула.

У п р а ж н е н и е 14 Сидя на коврикe; ноги попеременно сгибают, приближаясь коленом к животу, и разгибают.

У п р а ж н е н и е 15 (рис. 64, н). При поднимании ноги — вдох, при опускании — выдох. Обязательно держаться за спинку стула.

У п р а ж н е н и е 16 (рис. 64, о). Свободное качание ноги вперед и назад; при движении вперед — вдох, назад — выдох.

У п р а ж н е н и е 17 Сгибание и разгибание спины в сидячем положении.

У п р а ж н е н и е 18 При поднимании на носки — вдох, при опускании — выдох.

Все изложенное в настоящей главе способствует сохранению организма беременной в состоянии так называемого физиологического равновесия, что благоприятствует и нормальному развитию внутриутробного плода.

ГЛАВА VI

УЧРЕЖДЕНИЯ И ФОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

КОНСУЛЬТАЦИЯ ДЛЯ ЖЕНЩИН

Консультация для женщин является центральным медицинским учреждением в системе советского родовспоможения. Консультация широко проводит профилактическую и лечебную работу среди женщин вообще и среди беременных и родильниц в частности. Одновременно консультация является и культурно-просветительным учреждением — школой материнства.

Консультация знакомит женщину с основами личной гигиены в быту и на производстве. Беременная получает в консультации специальный совет и помощь.

По выписке из родильного дома мать и ребенок продолжают оставаться под наблюдением консультации. Родильница с ребенком посещает женскую и детскую консультации, где ей разъясняют, как вести себя, как кормить ребенка и ухаживать за ним.

Сестра консультации, патронажная сестра, посещает беременных и родильниц у них на дому, дает им советы, оказывает надлежащую помощь, обучает женщину уходу за собой и за ребенком.

Беременная женщина, а также родившая мать получают в консультации и социально-правовую помощь.

В консультации оказывается и гинекологическая помощь женщинам и девочкам. Организован специальный прием по применению противозачаточных средств, по детской гинекологии.

Следовательно, консультация имеет дело с женщиной не только во время беременности, но в сущности почти во все периоды ее жизни.

Помещение консультации должно отвечать требованиям работы этого учреждения.

В благоустроенной консультации имеются следующие помещения:

- 1) раздевальня;
- 2) регистратура со специальными шкафами для хранения карт беременных, родильниц, историй болезни гинекологических больных;
- 3) ожидальня — хорошо и уютно обставленная комната с плакатами и книгами по вопросам гигиены женщины;
- 4) комната для санитарно-просветительной работы, лекций и бесед; в этой комнате имеются картины и другие наглядные по-



Рис. 65. Санитарно-просветительная беседа в женской консультации. Медицинская сестра беседует с беременными женщинами, пользуясь при этом оборудованной в консультации выставкой.

собия, необходимые для иллюстрации проводимых лекций и бесед (рис. 65);

5) несколько кабинетов со специальным оборудованием (гинекологическое кресло, кушетка, столик для инструментов, раковина или рамушон), в которых ведется прием беременных и гинекологических больных акушером-гинекологом;

6) кабинеты для приема беременных терапевтом, венерологом, зубным врачом и врачами других специальностей;

7) лаборатория для анализов мочи, крови, влагалищного секрета;

8) процедурная комната, где производятся спринцевания, тампонада, ставятся клизмы и т. п.; тут же могут стоять весы для взвешивания и ростомер;

9) физиотерапевтический кабинет, оснащенный современными приборами и аппаратами (кварц, соллюкс, диатермия и др.), и при нем помещение со специальными кушетками для отдыха больных;

10) специальный физкультурный зал для проведения физических упражнений с беременными;

11) уборные, чистые, светлые и теплые, которые находятся поблизости от ожидальни.

Приведенный перечень может быть увеличен или сокращен в зависимости от условий, возможностей и масштаба работы.

Консультация при колхозном родильном доме, где всю работу проводит акушерка, представляет собой одну комнату с небольшой передней и уборной; помещение это совершенно изолировано от родильного дома и имеет отдельный вход.

Лучше, если консультация для женщин находится при родильном доме или поблизости от него или в системе общей поликлиники.

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА

Работа консультации проводится по участковому принципу.

С первых недель беременности женщина должна быть осмотрена в консультации. На каждую беременную заводится специальная карта, в которую сестра при первичной регистрации заносит сведения по всем вопросам, имеющимся на первой странице листа.

Данные всестороннего осмотра женщины врачом-акушером при первом посещении, а также данные осмотра врачами других специальностей (терапевт, венеролог, зубной врач), результаты исследования крови (в том числе реакция Вассермана), мочи, выделений заносятся врачом в карту беременной соответственно имеющимся в ней вопросам.

При каждом повторном посещении (не реже одного раза в месяц в течение первой половины беременности и двух раз в месяц во второй половине, а в некоторых случаях по специальному назначению врача и чаще) в указанную карту заносятся врачом все дополнительные данные, изменения в сроке беременности и состоянии беременной.

П о в т о р н о е п о с е щ е н и е консультации очень важно даже при нормально протекающей беременности. Особенно важно оно для раннего выявления отклонений от нормального течения, — для своевременного получения родового отпуска. Беременная, получившая родовый отпуск, обязательно должна посещать консультацию. В последние 2 месяца беременности может появиться такое осложнение, как эклампсизм, который переходит в эклампсию. Своевременно принятые меры (специальная диета, стационарный режим и лечение) могут предотвратить это заболевание.

В последний месяц беременности, особенно в последние 2 недели, можно уже с большим вероятием предвидеть, как будут протекать роды, а также уточнить положение плода.

При последнем посещении консультации беременная получает обменную (сопроводительную) карту (стр. 281), с которой поступает в родильный дом. В этой карте отмечаются данные, на которые следует обратить внимание врача родильного дома: уменьшенные размеры таза, неправильное положение плода, порок сердца у беременной, повышенное артериальное давление, наличие белка в моче, сифилис, гонорея и др., проведенные занятия по психопрофилактической подготовке и родам. Все это имеет большое значение для правильного ведения родов.

Обменная карта имеет и ответную отрывную карточку, которая заполняется в родильном доме. В ответной карточке палатная сестра заполняет все пункты по данным истории родов, передает ее для просмотра и подписи врачу, а затем немедленно отправляет в консультацию. Таким образом, устанавливается двусторонняя связь между родильным домом и консультацией.

Как уже говорилось, консультация для женщин широко проводит все виды поликлинического лечения гинекологических больных. Медицинская сестра должна уметь не только помогать врачу, но и самостоятельно хорошо проводить назначаемые им процедуры (тампоны, влагалищные ванночки, спринцевания, присыпки, лечебные клизмы и т. д.).

ОТБОР ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

При внимательном и подробном обследовании всех беременных во время посещения консультации своевременно выявляются женщины с ненормально протекающей беременностью. Им можно помочь путем своевременного проведения гигиенических и лечебных мероприятий. Важно как можно раньше обнаружить наличие патологии, что в сущности и является первоочередной задачей консультации. Этих женщин берут на специальный учет и ведут за ними наблюдение как в консультации, так и путем патронирования на дому.

При ненормально протекающей беременности, сопровождающейся чрезмерной рвотой, быстро нарастающими отеками, эклампсизмом, кровотечением и другими осложнениями, беременную необходимо немедленно поместить в стационар — в специальное отделение или палату для патологии беременности в родильном доме. Такой стационар тесно связан с консультацией для женщин. Желательно, чтобы в нем работали и сотрудники консультации. Подобная система обеспечивает преемственность в работе, повышает ее качество и позволяет создать единое медицинское наблюдение за больной женщиной с начала и до конца беременности.

СВЯЗЬ КОНСУЛЬТАЦИИ С ДРУГИМИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ

В целях всестороннего обследования беременных в консультации для женщин обычно принимают врачи и других специальностей. Однако это не везде возможно и не всегда достаточно для оказания надлежащей помощи обращающимся в консультацию женщинам. Поэтому консультация тесно связана с участковыми терапевтами и педиатрами и с ближайшими диспансерами — венерологическим, туберкулезным, нервно-психиатрическим. К соответствующим специалистам консультация и направляет женщин для обследования.

ПАТРОНАЖНАЯ РАБОТА

Патронаж беременной, родильницы и гинекологической больной преследует две цели — лечебно-профилактическую и санитарно просветительную.

Лечебный патронаж проводится преимущественно врачом.

Патронажная работа сестры распространяется главным образом на беременных, родильниц и кормящих женщин и ставит своей целью улучшить их санитарно-бытовые условия. Путем индивидуальных бесед по вопросам личной гигиены женщины медицинская сестра повышает уровень санитарной культуры патронируемых. Необходимо помнить, что в задачи санитарно-просветительной работы входит не только чтение лекций и проведение бесед. Они, конечно, необходимы, но это не все. Надо добиваться, чтобы то, на что медицинская сестра в своих беседах указывает женщине и ее мужу, действительно проводилось в жизнь. Необходимо воспитывать в семье гигиенические навыки — только таким путем можно по-настоящему внедрить в быт санитарную культуру.

У беременной дома надо создать обстановку, возможно более отвечающую требованиям гигиены как самой беременной, так и ее будущего ребенка: чистота, частое проветривание, отдельная постель, отдельная кровать для ребенка в самом светлом углу, отдельная ванночка, термометр для измерения температуры воды (шкафчик для хранения детского белья). Необходимо в дружеской беседе разъяснить вред кое-где еще сохранившихся предрассудков, например завешивание кровати пологом, пользование качающимися люльками, боязнь открывать форточки.

Медицинская сестра обучает женщину правильному уходу за собой и за ребенком, объясняет ей, что нужно приготовить для себя и для новорожденного (15—20 пеленок, 6 распашонок, 1 м клеенки, 2 одеяла, 2—3 косынки и пр.). Проводя патронаж, сестра имеет возможность наблюдать за женщиной с самого на-

чала беременности. Сестра разъясняет беременной важность раннего обращения в консультацию, вовремя выявляет ту или иную патологию, сообщая об этом немедленно врачу консультации; тем самым она предупреждает тяжелые осложнения и помогает женщине безболезненно перенести беременность.

Желательно, чтобы патронаж беременной, а затем родильницы и ее ребенка проводила одна и та же медицинская сестра — этим достигается цельность в наблюдении за матерью и ребенком.

При первом посещении беременной сестра заполняет каждый пункт специального патронажного листа, а при повторных посещениях отмечает в нем все, что сделано для устранения замеченных ранее недочетов. Пункты, касающиеся специального медицинского обследования беременной, заполняются врачом. Сестра после каждого своего посещения сообщает врачу консультации о состоянии беременной и замеченных изменениях.

Отсюда следует, что сестра должна быть хорошо знакома с гигиеной беременности, течением беременности и признаками отклонений от нормы, с гигиеной женщины и уходом за ней в послеродовом периоде, а также с уходом за ребенком.

Большой опыт родильных домов показал, что там, где хорошо налажен патронаж беременных и родильниц, значительно меньше мертворождений и меньше умирает детей в первые дни и недели после родов.

В задачи консультации и, в частности, патронажной сестры входит также научить беременную правильно использовать дородовой и послеродовой отпуск и помочь ей в этом.

Далеко не все беременные правильно проводят предоставленный им отпуск: нередко женщина, освобожденная от работы на производстве, чрезмерно нагружает себя в это время работой по дому, не умея ее правильно организовать. Не все беременные понимают, какое большое значение имеет отдых для благополучного завершения беременности, насколько это важно для будущего ребенка. Консультация для женщин и патронажная сестра обязаны разъяснять беременной последствия неправильно использованного отпуска. Посещая женщину на дому, сестра проверяет, как выполняются ее указания.

Прекрасным мероприятием, способствующим правильному использованию дородового отпуска, является организация специальных домов отдыха и санаториев для беременных. В таком учреждении санаторного и полусанаторного типа, где работает врач-акушер и медицинская сестра, имеется полная возможность обеспечить беременным правильный режим, рациональное питание, проводить систематически санитарно-просветительную работу, занятия физкультурой, психопрофилактическую подготовку к родам и вести повседневное наблюдение за состоянием беременной. Такие дома имеются теперь во всех краях, областях и автономных республиках СССР.

Патронаж гинекологических больных имеет в виду прежде всего женщин, у которых во время профилактического осмотра или на обычном приеме у врача были выявлены заболевания, требующие немедленного уточнения диагноза или лечения (маточное кровотечение, эрозия шейки матки, опухоли половых органов и др.), но женщины не явились в консультацию в назначенный срок.

СВЯЗЬ КОНСУЛЬТАЦИИ С ПРОИЗВОДСТВОМ

В городе каждая женская консультация, а в колхозе и совхозе консультация при колхозном родильном доме или при фельдшерско-акушерском пункте проводит систематическую санитарно-просветительную работу на ближайшей фабрике или заводе, где работает много женщин, или в своем колхозе (совхозе).

Иногда консультация переносит свою лечебно-профилактическую работу непосредственно на фабрику, завод, организуя там прием врача вместе с сестрой. Такая массовая работа имеет огромное значение: она позволяет скорее познакомиться с условиями работы женщин, внедрять среди них санитарно-гигиенические навыки, улучшать условия труда, а там, где они оказываются неблагоприятными для беременной, быстрее переводить ее на другую, более легкую работу на этом же производстве.

ОХРАНА ТРУДА БЕРЕМЕННОЙ И КОРМЯЩЕЙ ЖЕНЩИНЫ

Советское законодательство о труде создает все необходимые условия для активного участия женщин в производстве, для обеспечения им здоровых условий труда, для охраны труда беременных и кормящих женщин.

Беременная женщина и кормящая мать освобождаются от работы в ночное время.

В Советском Союзе запрещен труд женщин на особо тяжелых и вредных для здоровья производствах и подземных работах (ст. 129 Кодекса законов о труде РСФСР; список особо тяжелых и вредных работ и профессий, к которым не допускаются женщины, утвержден Наркомтрудом СССР 10 апреля 1932 г. и постановлением Совета Министров СССР от 13 июля 1957 г. за № 839).

Беременные женщины не допускаются к ночным работам (ст. 131 Кодекса законов о труде РСФСР); начиная с 4 месяцев беременности женщины освобождаются от сверхурочной работы на предприятиях и в учреждениях (ст. 7 Указа Президиума Верховного Совета СССР от 8 июля 1944 г.). Начиная с 5 месяцев беременности женщины нельзя посылать в командировку вне места постоянной работы без их согласия (ст. 133 Кодекса законов о труде РСФСР).

Женщин, имеющих грудных детей, не привлекают в течение всего периода кормления ребенка к работам в ночное время, запрещается привлекать их к сверхурочным работам на все время кормления (ст. 131 Кодекса законов о труде РСФСР).

При переводе беременной на другую, более легкую работу она продолжает получать прежнюю заработную плату (из расчета среднего заработка за последние 6 месяцев работы) Беременным женщинам-работницам и служащим и матерям, имеющим детей в возрасте до одного года, руководители

предприятий и учреждений обязаны разрешать переход на другую работу по месту жительства с сохранением непрерывного трудового стажа.

Указ Президиума Верховного Совета СССР от 26 марта 1956 г. предусматривает увеличение льгот для беременных женщин и матерей. Увеличен отпуск по беременности и родам женщинам-работницам и служащим с 77 до 112 календарных дней (56 дней до родов и 56 дней после родов) с выдачей за этот период пособия за государственный счет в установленных размерах. В случаях ненормальных родов, рождения двойни или недоношенного ребенка отпуск после родов удлиняется до 70 календарных дней. Указанный отпуск предоставляется всем беременным женщинам незави-



Рис. 66. Комната личной гигиены на производстве: работницы тщательно моют руки (слева); кабинка для подмывания наружных половых органов (справа).

симо от стажа работы на предприятии или в учреждении (разъяснение ВЦСПС от 22 октября 1945 г.). Беременным женщинам обязаны предоставлять очередной отпуск, приуроченный к отпуску по беременности и родам, независимо от стажа работы (Указ Президиума Верховного Совета СССР от 8 июля 1944 г., п. 6). Руководители предприятий, организаций и учреждений обязаны предоставлять женщинам по их просьбе после окончания отпуска по беременности и родам дополнительный отпуск на срок до 3 месяцев без сохранения заработной платы. За женщинами, оставившими работу в связи с рождением ребенка, сохраняется непрерывный трудовой стаж, если они поступили на работу не позднее 1 года со дня рождения ребенка, без включения в этих случаях в трудовой стаж времени перерыва в работе (Постановление Совета Министров СССР от 13 октября 1956 г., п. 8).

Увольнение беременных женщин и женщин, имеющих детей в возрасте до 1 года, допускается только в исключительных случаях с разрешения фабричного, заводского, местного комитета. Порядок увольнения беременных предусмотрен постановлением Наркомтруда РСФСР от 1922 г., а одиноких женщин с детьми до 1 года — постановлением Наркомтруда РСФСР от 1925 г. В настоящее время порядок увольнения регулируется п. 10

Положения «О правах фабричного, заводского, местного комитета профессионального союза», утвержденного Указом Президиума Верховного Совета СССР от 15 июля 1958 г.

В режиме беременной, работающей на производстве, важное значение имеет организация отдыха во время перерыва. Для этого на производстве с большим количеством женщин организуются специальные комнаты отдыха и комнаты гигиены женщины (рис. 66).

Кормящим матерям предприятие обязано предоставлять для кормления ребенка получасовой перерыв каждые 3 часа работы (до 9 месяцев после родов).

При комнате отдыха отводится специальное помещение для кормления детей. Это помещение должно быть удобно обставлено, снабжено соответствующими плакатами по гигиене кормления; здесь медицинская сестра ведет наблюдение за кормящими матерями и беседы с ними.

В комнате личной гигиены имеются специальные кабины с плиточным полом и панелью, облицованной плитками. В каждой кабине устанавливается специальное биде (тазик), к которому подведена теплая вода (смеситель), что позволяет при подмывании пользоваться текучей струей (см. рис. 66).

В кабине женщина снимает трико, еще раз моет руки и, сидя на корточках, не касаясь биде, подмывается с мылом. Эту процедуру можно проделывать ежедневно. Особенно важно это на предприятиях, где имеется много пыли, попадающей и на половые органы.

ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННОЙ К РОДАМ

Эта новая советская система подготовки беременной к родам за последнее десятилетие получила широкое распространение у нас и за рубежом. Система и методика психопрофилактики болей в родах разработаны на основе физиологического учения И. П. Павлова. Проводимая в женской консультации дородовая подготовка женщины сводится прежде всего к избавлению ее от необоснованного, но веками существовавшего страха перед родами, от эмоций (переживаний) отрицательного характера, — к ознакомлению с течением родов как физиологическим, естественным актом, при котором боли не являются неизбежными. Женщине разъясняют, что такое родовые схватки, как нужно себя вести в различные периоды родов, обучают ее приемам обезболивания, основанным на активном поведении роженицы во время схваток.

По существу психопрофилактическая подготовка должна начинаться с первого посещения консультации беременной. Вся обстановка консультации, как и родильного дома, работа пер-

сонала, внимательное отношение к беременной, начиная буквально с ее первого шага в консультации, — все должно отвечать задачам лечебно-охранительного режима. Уже это одно может оказаться достаточным для успокоения женщины на протяжении всей беременности и для большей эффективности проводимых в конце беременности специальных занятий.

Специальные занятия в консультации проводятся, начиная с 32—33 недель беременности, вначале в виде индивидуальной, а затем групповой беседы в количестве 5—6 бесед-занятий на протяжении последних 2 месяцев беременности.

Первое занятие (беседа) проводится индивидуально и посвящается подробному клиническому обследованию беременной. Выясняется ее отношение к предстоящим родам. Издавна в сознании женщины с юных лет укреплялась мысль, что родовый акт — мука. В процессе психопрофилактической подготовки этот необоснованный страх рассеивается и в сознание беременной внедряется представление о родах как о физиологическом явлении.

Второе занятие (беседа), как и все последующие, можно проводить с группами беременных в 5—6 человек. Это занятие посвящается изложению в научно-популярной форме родового акта как нормального явления и подготавливает женщину к предстоящим родам, разрушая необоснованные представления о болезненности родового акта.

Третье и четвертое занятия (беседы) посвящаются разъяснению первого периода родов, а именно субъективным ощущениям рождающей женщины. Ее обучают правильному дыханию и объясняют специальные приемы обезболивания во время схваток (рис. 67—71).

Пятое занятие (беседа) посвящается объяснению второго периода родов и поведению роженицы в это время.

Шестое занятие (беседа) является заключительным. Материнство освещается как почетный гражданский долг женщины. Во время этого занятия беременную знакомят с порядком приема в родильный дом, с теми манипуляциями, которые могут проводиться в течение родов, и т. п.

Так у беременной постепенно создается спокойное отношение к предстоящим родам, она обучается поведению во время родов и выполнению приемов обезболивания.

БОРЬБА С АБОРТАМИ

Борьба с абортами — одна из важных задач в работе женской консультации. Отмена запрещения абортотворения позволила устранить большой вред, причинявшийся здоровью женщины абортотворениями, производившимися вне лечебных учреждений и часто некомпетентными лицами. Однако медицинская сестра должна объяснять женщинам, что аборт, произведенный в лечебном учреждении, тоже может отрицательно сказаться на здоровье. Особенно это относится к аборту при первой беременности.

Если в консультации правильно поставлена работа, туда охотно идет каждая беременная; она встречает там заботливое, ласковое отношение и вполне откровенно высказывается по всем вопросам, связанным с беременностью и ее будущим материнством.

Путем индивидуальной и массовой санитарно-просветительной работы женщинам разъясняют тяжелые последствия, кото-



Рис. 67. Легкое поглаживание руками (ногти прикосновение нижней половины живота в сочетании со вдохом и выдохом.

Рис. 68. Легкое поглаживание руками (почти прикосновение) пояснично крестцовой области в направлении снаружи внутрь.

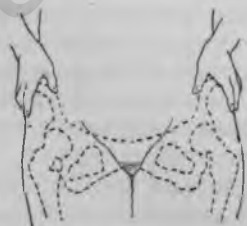


Рис. 69. Прижатие точек «обезболивания» спереди у передневерхних подвздошных остей.

Рис. 70. Прижатие точек «обезболивания» сзади у наружных углов поясничного ромба.



Рис. 71. Период изгнания плода.

рые влечет за собой внебольничный аборт. Женщина узнает, что внебольничный аборт грозит ей смертью или инвалидностью на всю жизнь, что аборт при первой беременности может лишить ее возможности стать матерью, а также осложниться воспалением внутренних половых органов.

Необходимо также выявлять лиц, делающих аборт на дому, и сообщать о них надлежащим органам власти.

В целях предупреждения абортов работники женской консультации (врач, акушерка, медицинская сестра) ведут и разъяснительную работу по применению противозачаточных средств. Медицинская сестра должна знать безвредные противозачаточные средства, а также методику и технику их применения.

ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА

Противозачаточные средства, предупреждающие наступление беременности, бывают механические и химические.

Механические средства препятствуют проникновению сперматозоидов из влагалища в канал шейки матки.

Химические средства создают во влагалище такую среду, в которой сперматозоиды погибают раньше, чем успеют продвинуться в шейку матки.

К механическим средствам, применяемым мужчиной, относится резиновый презерватив. Сперма, выделяющаяся во время полового акта, не попадает во влагалище, а остается в презервативе. Мужской презерватив одновременно предохраняет и от заражения венерическими болезнями. Презерватив в скатанном виде надевают на головку полового члена, находящегося в состоянии эрекции, а затем постепенно раскатывают его кверху.

К механическим средствам, применяемым женщиной, относятся колпачки, надеваемые на шейку матки, и колпачки, вводимые во влагалище и образующие в нем своего рода диафрагму. Влагалищные колпачки служат как бы перегородкой, разделяющей влагалище на заднюю часть, где находится шейка матки, и переднюю часть, куда изливается семенная жидкость. Прикрывая наружный зев шейки матки, шеечные колпачки преграждают доступ в нее сперматозоидам.

Существует несколько видов шеечных колпачков — металлические и резиновые.

Металлический колпачок Кафки (рис. 72) напоминает наперсток; будучи падет на шейку матки, он удерживается на ней благодаря присасывающему действию. Колпачки Кафки изготавливаются из алюминия, серебра и бывают разных размеров — от № 1 до № 24. Их под-

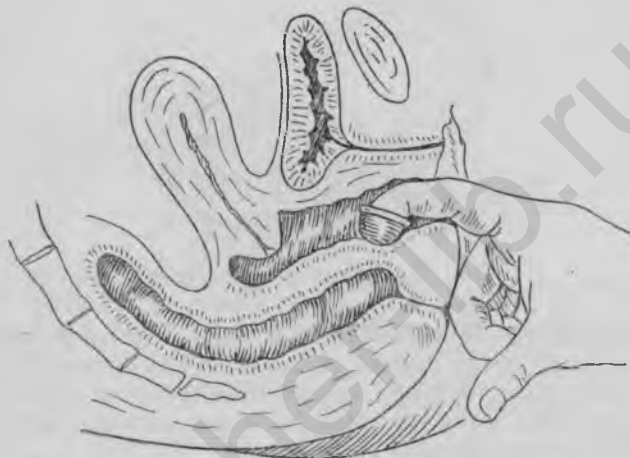


Рис. 72. Колпачок Кафки вводится во влагалище

бирают в зависимости от размеров и формы шейки матки; наиболее ходовыми являются № 5—11.

Нельзя применять металлические колпачки при разрывах в области наружного зева шейки матки. Отсюда следует, что рекомендовать металлический колпачок можно только после тщательного гинекологического обследования женщины — как двуручного, так и главным образом при помощи зеркал. Металлическими колпачками нежелательно пользоваться не только при наличии в данный момент воспалительных явлений во влагалище или шейке матки, но и в том случае, если имеются указания на перенесенное ранее воспаление (эрозии).

Шеечные колпачки можно применять при совершенно здоровой шейке матки, при отсутствии эрозий в области наружного зева и воспалительных изменений в канале шейки матки.

При пользовании колпачком Кафки необходим систематический врачебный контроль, чтобы своевременно обнаружить начинающееся воспаление, прекратить пользование колпачком и начать лечение.

Колпачок вводится следующим образом. При помощи зеркала-обнажают влагалищную часть матки и внимательно осматривают ее (эрозия, эндоцервицит). Определяют положение и форму шейки матки и тут же подбирают соответствующий размер (номер) колпачка; затем протирают шейку дезинфицирующим раствором и насухо вытирают стерильным ватным тампоном. Подобранный по размеру прокипяченный колпачок берут за край стерильным длинным пинцетом, выжимают внутрь колпачка 1 мл

пасты «Преконсоль» (см. ниже), и на этом же пинцете вводят колпачок под контролем зрения в открытое влагалище и надевают на шейку матки. После этого осторожно вынимают зеркало и двумя пальцами, введенными во влагалище, проверяют, не соскочил ли колпачок с шейки и не слишком ли туго сжимает ее. В случае необходимости берут колпачок номером больше.



Рис. 73. Колпачок Кафки подведен под шейку.

Можно надевать колпачок и без предварительного введения зеркала во влагалище, разумеется, если врач (или акушерка) заранее уже произведет тщательный осмотр путем гинекологического исследования (двуручного и с помощью зеркал). Для этого врач (акушерка), предварительно тщательно вымыв руки, надевает колпачок на указательный палец, как наперсток, и вводит его во влагалище (рис. 72). Колпачок придавливают к задней стенке влагалища и продвигают по ней в задний свод под шейку. Когда край колпачка достигнет шейки матки, из колпачка вынимают палец (рис. 73). Правильно подведенный колпачок легко присасывается вследствие образующегося между ним и шейкой матки отрицательного давления и как бы сам надевается на шейку (рис. 74).

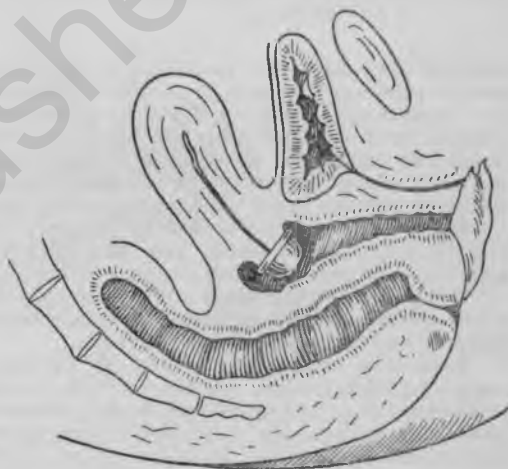


Рис. 74. Колпачок Кафки надет на шейку.

Металлический колпачок надевает врач, акушерка или медицинская сестра по окончании менструации. Носить этот колпачок допускается не больше 10 дней; затем его снимают (врач, акушерка или медицинская сестра) и обязательно осматривают состояние шейки. Резиновый колпачок с толстым резиновым ободком либо с ободком из литой резины представляет собой резиновый мешочек; он бы-

ва несколько размеров — от № 40 до № 65, что позволяет подобрать соответствующий колпачок в зависимости от размеров и формы шейки матки. Наиболее ходовые номера 40, 50 и 55. Этот колпачок надевают так же, как и металлический. Смазывают колпачок пастой «Прекопсол» и, зажав между пальцами, вводят его во влагалище и надевают на шейку матки. Надетый на шейку колпачок упирается ободком в стенки влагалищных сводов, что придает ему известную устойчивость. Такой колпачок является одновременно шеечным, как металлический, и в то же время влагалищным, поскольку он разделяет влагалище на передний и задний отделы.

Женщина обучается самостоятельному пользованию резиновым колпачком. Сначала она тщательно моет руки. Затем в положении на кор-



Рис. 75. Колпачок КР смазывают пастой.



Рис. 76. Колпачок КР захватывают в сложенном виде.

точках вводит два пальца во влагалище и нащупывает шейку матки. Научившись определять шейку, женщина берет колпачок (предварительно его следует тщательно вымыть и прокипятить), сжимает его между двумя пальцами и вводит во влагалище открытой стороной, обращенной вверх; по задней стенке она продвигает колпачок в глубину. Когда край колпачка достигает свода влагалища, его надевают пальцами на шейку, которую теперь уже можно прощупать через резиновую стенку колпачка.

Резиновый колпачок можно оставлять во влагалище не более чем на 2—3 суток. Женщина может его надевать и снимать, показываясь врачу, акушерке или медицинской сестре для контроля каждые 2 месяца.

Пользование указанным колпачком противопоказано при наличии на шейке эрозий, при воспалительных заболеваниях матки и придатков, при опущении матки и влагалища.

Резиновый колпачок КР (рис. 75) представляет собой не шеечный, а влагалищный колпачок, так как он, будучи введен во влагалище, образует перегородку, препятствующую проникновению сперматозоидов в шейку матки. Такие колпачки в отличие от описанных выше могут применяться и при наличии разрывов на шейке матки, а также при слабо выраженных катарах слизистой оболочки канала шейки матки.

Колпачок КР представляет собой резиновый чехол, надетый на металлический пружинный спиральный ободок. Будучи введен во влагалище, колпачок упирается нижним краем в задний влагалищный свод, а верхним — в переднюю стенку влагалища позади симфиза (см. рис. 78).

Колпачок разделяет влагалище на передний отдел, куда собирается сперма, и задний отдел, где расположена шейка матки, ограждая таким об-

разом последнюю от попадания сперматозоидов. Размеры колпачков бывают от № 40 до № 70 (через 5 номеров). Колпачок подбирают соответствующего размера в зависимости от ширины влагалища. При узком и длинном влагалище следует пользоваться колпачками 45—50 мм в диаметре, а при широком влагалище — 60—70 мм.



Рис. 77. Колпачок КР продвигают по задней стенке влагалища (вверху); колпачок КР продвинут до заднего свода (внизу).

Техника применения колпачка КР заключается в следующем. Колпачок смазывают со всех сторон пастой «Преконсоль» (см. рис. 75), затем в сложенном виде (рис. 76) вводят во влагалище, раскрытое пальцами другой руки, и продвигают по задней его стенке (рис. 77) до тех пор, пока колпачок не упрется в стенку заднего свода влагалища (рис. 77). Далее отпускают пружину и, после того как колпачок расправится, пальцами

прижимают его передний край к передней стенке влагалища позади симфиза (рис. 78).

Во избежание неправильного введения необходимо тщательно проверить положение колпачка, так как с самого начала он может быть ошибочно введен не в задний, а в передний свод; при этом шейка матки остается открытой и доступной для сперматозоидов.

Женщины сравнительно легко и быстро обучаются пользоваться указанными колпачками. Обычно женщина вводит колпачок в положении на корточках, соблюдая при этом все изложенные выше правила гигиены (чистота рук), техники введения и проверки положения колпачка. Обучить этому женщину должна акушерка или медицинская сестра; женщина все проделывает сама, сидя на корточках, но акушерка должна убедиться, что колпачок надет правильно.



Рис. 78. Передний край колпачка КР подводят за симфиз.

Колпачок извлекает также сама женщина. Для этого она вводит во влагалище палец, нащупывает за симфизом передний край колпачка, захватывает его согнутым пальцем и извлекает из влагалища.

Резиновые колпачки, как упоминалось выше, нельзя оставлять во влагалище надолго. Под влиянием влагалищного секрета от резины отделяется сера, которая оказывает раздражающее действие на стенки влагалища.

Колпачки следует вводить незадолго до полового сношения и удалять из влагалища спустя 10—12 часов. До и после извлечения колпачка нужно проспринцевать влагалище дезинфицирующим раствором (слабый раствор марганцовокислого калия, древесного уксуса, борной кислоты и пр.).

Колпачок тщательно моют водой с мылом, насухо вытирают и завертывают в чистую салфетку. Перед употреблением колпачок протирают слабым дезинфицирующим раствором.

Описанные механические средства относительно безвредны и сравнительно эффективны, если ими пользуются правильно и нет указанных выше противопоказаний к их применению; разумеется, необходим периодический контроль со стороны врача или акушерки.

Акушерка и медицинская сестра должны разъяснять женщинам, что опасно прибегать к таким механическим противозачаточным средствам, как всевозможные внутришеечные и внутриматочные штифты, колечки из золота, платины, нержавеющей стали или силкворма. Противозачаточное

действие подобных средств основано преимущественно на том, что они вызывают длительное воспаление слизистой оболочки, препятствующее наступлению беременности.

Наряду с механическими существуют и химические противозачаточные средства. Все они преследуют одну цель — создать во влагалище такую среду, в которой сперматозоиды погибали бы в момент попадания во влагалище. Однако химические средства, обладающие указанной особенностью, не должны оказывать токсическое действие на организм женщины и вызывать раздражение тканей половых путей. Мало того, эти средства не должны снижать половое чувство, а также издавать дурной запах.

Наиболее часто применяются влагалищные шарики, таблетки и паста. Их вводят перед сношением в задний свод (рис. 79).



Рис. 79. Введение пасты в задний свод влагалища.

Влагалищные шарики, паста и таблетки должны готовиться из вещества, легко и быстро растворяющегося во влагалище. В состав их обычно входит хинин, хинозол, борная кислота, грамицидин и другие вещества.

Хорошее действие оказывает мазь или паста «Преконсоль», паста, содержащая хинозол, и грамицидиновая паста, в состав которой входит грамицидин. Благодаря своей консистенции паста, введенная во влагалище, равномерно распределяется по всем его стенкам и покрывает наружный зев матки. Пасту удаляют из влагалища на другой день после введения посредством спринцевания теплым слабым дезинфицирующим раствором.

Описанные химические средства неэффективны у женщин с разрывами мышц промежности и тазового дна и с опущением стенок влагалища. Следует сначала исправить этот дефект при помощи пластической операции, после чего указанные средства будут более эффективными.

К числу химических средств относится спринцевание и промывание влагалища непосредственно после полового сношения водой с примесью химических кислотных веществ (древесный уксус, борная кислота и др.). Желательно делать спринцевание и до полового сношения. В этом случае часть лекарственного вещества задерживается во влагалище и действует на сперму не только химически, но и механически.

В качестве предупреждающего беременность средства применяют губки, тампоны, оказывающие одновременно механическое и химическое воздействие. Можно пользоваться морской губкой размером с маленькое куриное яйцо, заключенной в сетку из шелковых ниток; от нее отходит длинная нитка, за которую губку извлекают из влагалища.

Губку смачивают в лекарственном веществе (2% раствор борной кислоты; раствор древесного уксуса — 1 столовая ложка на стакан воды;

1—2% раствор уксусной кислоты; 1—2% раствор хинина) и перед половым сношением вводят во влагалище как можно глубже, чтобы губка закрыла шейку матки. Извлекают губку сейчас же или спустя некоторое время после сношения, а затем делают спринцевание влагалища каким-либо слабым дезинфицирующим раствором из кружки Эсмарха либо при помощи специального баллона.

Некоторые авторы рекомендуют немедленно после полового сношения вводить во влагалище еще одну губку, смоченную тем же лекарственным веществом, извлекать обе губки одновременно через несколько часов, а затем делать спринцевание.

Содержать губку в надлежащей чистоте довольно трудно, поэтому ее заменяют крупным ватным тампоном. Такой тампон изготовляется из кусочка ваты, в 2—3 раза большего, чем обычный лечебный тампон с длинной ниткой. Тампон смачивают лекарственным веществом и вводят глубоко во влагалище. Предварительно следует тщательно вымыть руки.

Нельзя прибегать к смазываниям, (прижиганиям) слизистой оболочки полости матки такими химическими веществами, как йод: это приводит к тяжелым изменениям ее. Кроме того, йод очень часто попадает в маточные трубы и в брюшную полость и вызывает их воспаление, что в свою очередь осложняется слипчивым воспалением канала маточных труб с последующим стойким бесплодием. Всасывание йода в организм может привести к общему заболеванию — йодизму; такой метод предохранения является опасным.

Средства, предупреждающие беременность, должны назначаться только врачом или акушеркой. От правильного выбора метода зависит результат его применения.

При назначении противозачаточных средств руководствуются анатомическим строением и топографией половых органов, их состоянием, условиями быта и культурным уровнем женщины. Необходимо обучить ее правильно пользоваться этими средствами.

БОРЬБА С ЗАПУЩЕННЫМИ ФОРМАМИ РАКА ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

В выполнении этой ответственной задачи женской консультации большую роль играет медицинская сестра.

Известно, что исход лечения рака при любом методе целиком зависит от стадии болезни. Чем раньше распознан рак и чем раньше начато лечение, тем благоприятнее его результат.

Организация систематических профилактических осмотров всех женщин на производстве и в консультации — один из основных методов раннего выявления злокачественных опухолей. Медицинская сестра активно помогает врачу в проведении этих осмотров: она организует место для осмотра, заготавливает в достаточном количестве необходимые инструменты (зеркала, корнцанги), обеспечивает их бесперебойную стерилизацию, помогает при регистрации женщин и т. д. На всех выявленных при осмотре больных медицинская сестра по указанию врача заполняет карточки (см. стр. 104), следит за тем, чтобы они аккуратно лечились, посещает на производстве и на дому тех, кто вовремя не является в консультацию. Таким путем удастся предупредить запущенные формы рака и тем самым спасти женщин от смерти.

СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ КАБИНЕТЫ

В консультации оказывается женщинам социально-правовая помощь.

Ряд изданных в Советском Союзе законов об охране труда беременных и матерей, кормящих грудью, о семье и браке, некоторые статьи Уголовного кодекса (стр. 88) направлен на защиту интересов матери и ребенка. Медицинская сестра должна знать эти законы, так как в своей работе она ежедневно сталкивается с вопросами бытового и правового обслуживания матерей и детей. Эти вопросы возникают уже в женской консультации (борьба с абортами, с заражением венерическими болезнями, с изнасилованием, нарушением трудовых прав женщины), в родильном доме (устройство новорожденного в ясли, дом ребенка), в детских консультациях (улучшение жилищных условий ребенка, борьба с детской заболеваемостью и смертностью). Таким образом, правовая помощь матери и ребенку тесно связана со всеми задачами, стоящими перед органами охраны материнства и детства. Но этим задачи социально-правовых кабинетов не исчерпываются. Правовая помощь без одновременного оказания социальной помощи в значительном числе случаев была бы малоэффективной.

Социально-правовые кабинеты организуются при детских и женских консультациях, при крупных родильных домах.

В женских консультациях работа по социально-правовой помощи заключается в своевременном выявлении матерей-одиночек, разведенных или несовершеннолетних беременных, беременных, у которых неблагополучны семейные и бытовые условия, наконец, случаев заражения венерическими болезнями, изнасилования и др. Уже сам перечень вопросов, подлежащих вниманию социально-правового кабинета, предreshает характер и цель оказываемой помощи.

В задачи социально-правовых кабинетов при женских консультациях входит настойчивая борьба с абортами, в первую очередь с внебольничными.

Если одинокая беременная женщина не обращалась в женскую консультацию, она должна быть взята на учет социально-правовым кабинетом немедленно при поступлении в родильный дом. Часто уже сам факт, что беременная, живя в городе, не обращается в консультацию, говорит о том, что у нее не все обстоит благополучно; это и выясняется при опросе роженицы и родильницы в родильном доме. Появление консультанта-юриста или, чаще, сестры социально-правового кабинета в родильном доме, в палате, где лежит беременная, роженица или родильница, — величайшее достижение в деле охраны матери, оказания своевременной помощи как ей, так и новорожденному.

В задачи социально-правового работника родильного дома входит детальный опрос матери, учет мельчайших косвенных

данных: пользовалась ли она отпуском, посещала ли консультацию, приготовила ли детские вещи, приносят ли ей передачи (следовательно, знают ли родные о родах), пишут ли ей, прописана ли она, кто приводил ее в родильный дом, придут ли за ней, а также наблюдение за тем, как мать кормит ребенка и кормит ли и т. д.

Обязанности работника социально-правового кабинета заключаются в следующем: вовлечение всего медицинского персонала родильного дома в наблюдение за одинокой матерью, обследование ее бытовых условий во время пребывания в родильном доме; вызов родных для урегулирования жилищного вопроса; разъяснение порядка получения пособия родильницей; отправка ее и ребенка домой с провожатым, немедленное установление патронажа и т. д. Таким образом, мать, получая помощь, не чувствует себя одинокой, а это очень поддерживает ее морально.

Медицинская сестра, работающая в консультации или родильном доме, не должна, однако, думать, что описанная работа проводится только юристом или сестрой социально-правового кабинета консультации. Во время заполнения карты беременной — в консультации или уже в палате — медицинская сестра должна путем расспросов установить, нет ли у данной женщины таких бытовых обстоятельств, для благополучного разрешения которых требуется вмешательство юриста. Обо всех таких женщинах сестра сообщает в социально-правовой кабинет; работник этого кабинета следит, чтобы женщине быстро была оказана помощь, на которую она вправе рассчитывать.

Обо всех женщинах, нуждающихся в юридической помощи, медицинская сестра обязана доводить до сведения палатного врача. Особое внимание она должна проявить при выписке этих женщин из родильного дома. Женщину можно выписать только в том случае, если палатная сестра получила сведения, что социально-правовой кабинет или работающий в родильном доме юрист или сестра сделали все для помощи родильнице и что она, будучи выписана, не окажется в тяжелом положении.

САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ

Санитарное просвещение является одним из основных звеньев в работе медицинской сестры как в женской консультации, так и в акушерско-гинекологическом стационаре. Женская консультация является прежде всего учреждением профилактического направления. Систематическое наблюдение за беременной имеет целью предупредить патологию в течении беременности, родов и послеродового периода; нормальное течение беременности и родов исключает возможность патологии у плода; рациональное кормление и режим новорожденного благоприятствуют его росту и нормальному развитию; борьба с абортными уменьшает частоту

гинекологических заболеваний; широкое проведение профилактических осмотров женщин предупреждает возникновение запущенных форм рака и т. д.

Успешно выполнить эту большую и важную работу можно лишь при соответствующей помощи самих женщин. Для этого необходимо, чтобы каждая женщина понимала, насколько важны для здоровья как ее, так и ребенка все проводимые мероприятия. Они тем эффективнее, чем выше санитарная грамотность населения. Отсюда понятно, какое значение приобретает в повседневной практике санитарное просвещение.

Работа, которую ведут в женской консультации и в родильном доме акушерки и медицинские сестры, в чем бы она ни заключалась, должна одновременно содержать элементы санитарного просвещения. Точно так же, если с женщинами проводятся специальные беседы, следует подкреплять их конкретными примерами из практики. Только при этих условиях можно добиться повышения санитарной грамотности населения и тем самым его оздоровления.

Медицинская сестра не должна забывать этого. Большая часть трудностей в работе акушерки и медицинской сестры зависит именно от недостаточной санитарной грамотности женщин.

КАРТОТЕКА В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Подробная регистрация, повторные врачебные осмотры, проведение курса специального лечения касаются всех обращающихся в консультацию женщин — беременных и небеременных. Аккуратное и подробное ведение документации обязательно для медицинской сестры. В кабинете консультации имеется специальная картотека беременных и картотека гинекологических больных, позволяющая быстро найти карту повторно посетившей консультацию женщины и правильно вести патронаж.

Каждый участковый акушер-гинеколог имеет в своем кабинете специальный ящик с 3—4 отделениями для картотеки. В одном отделении находятся все карты (сложенные вдвое) беременных, бывших на приеме в прошлом месяце. Карты расположены по срокам явки в данном месяце. При этом впереди лежат карты беременных с той или иной патологией, отделенные специальной закладкой. Карты являющихся на прием беременных в текущем месяце после их подробного заполнения помещаются в следующее отделение картотеки и также располагаются по срокам явки (первая и вторая половины месяца); так же впереди лежат карты беременных с той или иной патологией, отделенные специальной закладкой.

Таким образом, карты по мере явки беременных перемещаются из одного отделения ящика в следующее. К концу первой и второй половины каждого месяца выявляются все беременные, какие не явились своевременно на очередной прием. К ним, как и

к женщинам с патологическим течением беременности, направляется в первую очередь патронажная сестра.

Карты беременных, уходящих в дородовой отпуск, помещаются в этой же картотеке, но в специальном отделении; за этими беременными ведется особое наблюдение.

На гинекологических больных имеются карточки (форма № 30); они находятся в другом ящике. Эта картотека охватывает в основном группы больных, подлежащих диспансерному наблюдению (с диагнозом эрозии шейки матки, предракового состояния, доброкачественных опухолей, функциональных маточных кровотечений, климактерических маточных кровотечений, опущения и выпадения половых органов, бесплодия и некоторых других). Названия отделений картотеки соответствуют диагнозу заболевания. Карточки в каждом отделении лежат по срокам назначенной очередной явки.

Обе картотеки ведутся медицинской сестрой (под контролем врача) и систематически проверяются как ею, так и врачом.

Такая система учета необходима в каждой консультации. Правильное ведение картотеки позволяет осуществлять постоянное наблюдение за всеми беременными с акушерской патологией, своевременно знать, какая беременная не явилась в консультацию в назначенный срок, и направлять патронажную сестру в первую очередь именно к этой беременной.

Таким образом, после однократного посещения всех беременных на дому должен проводиться патронаж не вообще беременных, а прежде всего беременных с той или иной патологией и беременных, не явившихся в консультацию в назначенный срок, беременных, находящихся в дородовом отпуске и не посещающих в этот период консультацию, не прошедших занятий по психофилактической подготовке к родам (стр. 90). Такой патронаж возможен только при правильном ведении картотеки.

Примерно те же цели преследует и картотека гинекологических больных; здесь важно своевременно предупредить тяжелые заболевания (злокачественное перерождение опухоли, переход эрозии в раковую опухоль и др.). Картотека позволяет врачу и медицинской сестре в любой момент знать, какая больная не явилась на прием, кого надо вызвать, посетить дома или на производстве.

Таким образом, картотека обеспечивает организацию правильной и эффективной работы женской консультации, позволяет персоналу (врачу и медицинской сестре) рациональнее использовать время, избавляет от ежедневного просмотра всех карт.

РОДИЛЬНАЯ ПОМОЩЬ

Существует две системы оказания родильной помощи: стационарная и разъездная. При стационарной системе родильная помощь оказывается в родовспомогательном

учреждении (родильный дом, родильное отделение при больнице, колхозный родильный дом, фельдшерско-акушерский пункт с родильными койками). При разъездной системе родовспоможения родильная помощь оказывается акушеркой роженице на дому.

Все роды, хотя бы они в начале казались вполне нормальными, могут дать в дальнейшем различные осложнения; для предупреждения и ликвидации этих осложнений может понадобиться своевременное врачебное вмешательство. Однако не всегда можно заранее предвидеть патологические роды, и очень часто приходится оказывать то или иное специальное акушерское пособие в порядке скорой помощи.

Из сказанного ясно, что наиболее целесообразной и совершенной является стационарная система родовспоможения. В родильном доме роды проводятся в надлежащей обстановке, под постоянным наблюдением акушерки и врача-специалиста, и роженице в любую минуту обеспечена хирургическая помощь, если таковая понадобится.

В городах Советского Союза родильная помощь оказывается только в стационарах. На селе охват стационарным родовспоможением увеличивается из года в год, а встречающиеся еще иногда роды на дому обеспечиваются медицинской помощью.

РОДИЛЬНЫЙ ДОМ

Родильный дом представляет собой лечебное учреждение с круглосуточным дежурством врача, среднего и младшего медицинского персонала.

В родильном доме имеются следующие отделения:

1) предсмотровая или фильтр для отбора поступающих здоровых и больных рожениц;

2) нормальное акушерское отделение, в которое входят: а) смотровая комната, где женщины, поступающие из предсмотровой, проходят первичную регистрацию и санитарную обработку; б) предродовая палата, где женщина находится в течение первого периода родов; в) родильная палата — специальная комната, где проводятся роды; г) послеродовые палаты, где роженицы остаются в течение 9 суток после родов; д) акушерская операционная, где проводятся все акушерские операции (влагалищным путем); для операции путем чревосечения должна иметься другая, так называемая большая операционная; е) отделение новорожденных с небольшими палатами или боксами для изоляции заболевших детей и небольшой палатой или боксом для недоношенных детей со специальной аппаратурой для согревания их; ж) моечная для мойки клеенок с оборудованной сушилкой; з) моечная для суден со сливом; и) раздаточная — буфет; к) бельевые; л) уборные;

3) второе (сомнительное) акушерское отделение, куда помещают рожениц и родильниц, опасных в смысле распространения инфекции: с подозрением на какое-либо заболевание больных. В это отделение переводят также заболевших родильниц из нормального акушерского отделения. Второе отделение состоит из тех же помещений, что и нормальное, но имеет меньший объем;

4) отделение патологии беременности, куда помещают женщин с патологически протекающей беременностью (неукротимая рвота, нефропатия, эклампсизм, пороки сердца, кровотечение, узкий таз и т. д.);

5) септическое отделение (имеется не во всех родильных домах), изолированное от акушерского отделения. В него помещают тяжело заболевших родильниц. Если при родильном доме нет септического отделения, таких больных переводят в соответствующее отделение другого родильного дома или в гинекологическое отделение больницы;

6) лаборатория для производства различных анализов.

В больших родильных домах оборудуются и рентгеновские кабинеты.

Кроме указанных специальных лечебных отделений, родильный дом имеет подсобные помещения: бельевую для чистого белья, бельевую для грязного белья, моечную для клеенок, моечную для суден, душевую для персонала и помещения хозяйственного обслуживания (кухня и др.).

КОЛХОЗНЫЙ РОДИЛЬНЫЙ ДОМ

Наряду со строительством типовых колхозных родильных домов по особому проекту под родильный дом отводятся лучшие из домов в колхозе, имеющие не менее 5 комнат. Ко всем колхозным родильным домам предъявляются строгие требования, без удовлетворения которых это учреждение не может быть открыто.

Колхозный родильный дом должен иметь: 1) прихожую или теплые сени, 2) смотровую, 3) родильную комнату на одну койку, 4) палату на 2—3 койки, 5) кухню, 6) комнату для персонала, изолированную от всех перечисленных комнат, 7) уборную. Все это необходимо, чтобы обеспечить нормальное проведение родов и послеродового периода.

Обычно колхозный родильный дом рассчитан на 2—3 койки, что при правильном использовании их позволяет принять за год свыше 100 родов; такой колхозный родильный дом может полностью обеспечить колхоз или группу колхозов с общим населением около 3500—4000 человек.

В колхозном родильном доме проводятся только нормальные роды с нормально протекающим послеродовым периодом. Все беременные с той или иной патологией к моменту родов, в родах,

а тем более заболевшие после родов должны быть немедленно направлены в ближайший родильный дом или больницу. Обычно каждый колхозный родильный дом прикреплен к ближайшей районной больнице, с которой он поддерживает постоянную связь; больница в свою очередь инструктирует персонал колхозного родильного дома и проверяет его работу. Надо помнить, что после перевода заболевшей родильницы колхозный родильный дом должен быть подвергнут тщательной дезинфекции, особенно та палата, где лежала заболевшая; без этого дальнейшая работа колхозного родильного дома недопустима.

Обслуживается колхозный родильный дом акушеркой, которая работает и в консультации при нем. Помещения, где живет акушерка и где она проводит консультационный прием, должны быть изолированы от родильного дома.

В задачи колхозного родильного дома входит проведение родов, в особо экстренных случаях выезда для проведения родов на дому, патронаж беременных и родильниц, определение родового отпуска, санитарно-просветительная работа, патронаж грудных детей и оказание первой медицинской помощи беременным и роженицам. Колхозный родильный дом поддерживает постоянную связь с ближайшим врачебным пунктом и своевременно сигнализирует о каждом случае патологии, а также инфекции.

Таким образом, колхозный родильный дом — это учреждение, где колхозница не только получает родильную помощь, но и приобретает санитарно-гигиенические навыки, обучается, как воспитывать своего ребенка.

ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКИЙ ПУНКТ

Если помещение фельдшерско-акушерского пункта отвечает требованиям, предъявляемым к колхозному родильному дому, то на пункте можно развернуть 1—3 койки для стационарного ведения нормальных родов.

На фельдшерско-акушерском пункте работают фельдшер и акушерка, которая проводит всю профилактическую и лечебную работу по охране материнства и детства, в частности обслуживание новорожденных и всех детей до 1 года. Если койки на пункте не развернуты, акушерка оказывает разъездную родильную помощь на дому. Акушерка пункта обязана знать всех беременных на своем участке, своевременно выявлять возможную патологию при предстоящих родах и заблаговременно направлять такую беременную к врачу.

Для оказания разъездной родильной помощи существует специальная акушерская сумка, в которой всегда должно иметься наготове все необходимое для проведения родов на дому.

ГЛАВА VII

АСЕПТИКА И АНТИСЕПТИКА В АКУШЕРСТВЕ

Асептика и антисептика в акушерстве имеют чрезвычайно важное значение; несоблюдение во всех мелочах работы правил асептики и антисептики является крайне опасным для жизни женщины и ее ребенка.

Медицинская сестра близко соприкасается с беременной, оказывает иногда помощь в родах, проводит после родов уход за матерью и ребенком; если при этом сестра нечистоплотна, не выполняет правил личной гигиены в быту и к тому же недостаточно тщательно проводит асептику и антисептику в работе, она может принести большой вред. Сестра должна строго соблюдать правила личной гигиены в быту (чистота тела, уход за руками, за волосами, за зубами и полостью рта, частая смена белья и т. д.) и притом повседневно.

В родильном доме, а также на дому у роженицы сестра обязана самым тщательным образом выполнять все правила асептики и антисептики: мытье рук по установленным правилам, ношение чистого платья, чистого халата, косынки, пользование маской.

Сестра должна помнить, что она может стать источником инфекции, если больна гриппом, ангиной, фурункулезом, рожистым воспалением, если у нее имеются гнойные выделения из уха, влагалитиса и т. п.; если ее руки соприкасались с гноем, калом, землей (столбняк) и другими предметами, загрязненными болезнетворными бактериями; если она находилась в близком контакте с инфекционным больным (скарлатина, дифтерия, рожа); если она работает в грязном халате или в халате, в котором принимала роды у женщины с повышенной температурой, а также без маски; если она оказывает помощь без надлежащей обработки рук.

От несоблюдения этих требований страдает не только та женщина, которой такая акушерка или сестра оказывает помощь, но в условиях работы в родильном доме и десятки других женщин, с которыми эта акушерка или сестра, возможно, и не имела непосредственного контакта. В этом и состоит особенность асептики и антисептики в акушерстве, до некоторой степени отли-

чающая их от таковых в хирургии, — малейшее упущение, на первый взгляд иногда незначительное, может повести к массовой заболеваемости и даже смертности матерей и особенно детей.

Раневая поверхность влагалища и матки после родов остается открытой в течение многих дней; это длительно открытые ворота, через которые инфекция очень легко проникает в организм матери. Еще легче проникает инфекция в организм новорожденного через культю пуповины, через его дыхательные пути и кожу.

В доантисептический период смертность матерей от послеродовых заболеваний была чрезвычайно велика. В родильных домах вспыхивали эпидемии так называемой родильной горячки, причем иногда из 20 женщин выживала только одна. Жестокие эпидемии родильной горячки свирепствовали временами даже в лучших русских и европейских клиниках, вследствие чего учреждение закрывалось и не функционировало по нескольку месяцев. При больших родильных учреждениях, например при бывшем Московском родовспомогательном заведении, существовали специальные запасные бараки, куда переносилась вся работа во время эпидемии родильной горячки в основном помещении.

Особенно заметно повышался процент заболеваемости и смертности в тот период, когда в родильное отделение стекались для практических занятий учащиеся медицинских школ, одновременно изучавшие анатомию на трупах.

Первый обратил внимание на это обстоятельство венгерский ученый Земмельвейс. Он сравнил процент заболеваемости и смертности в двух отделениях: в одном из них работали учащиеся, а в другом их не было. Заболеваемость и смертность были высокие в обоих отделениях, но в тех, которые посещали учащиеся, смертность оказалась почти в 5 раз больше. Это убедило Земмельвейса в том, что источником тяжелых послеродовых заболеваний являются руки студентов, исследующих женщин; он выяснил, что послеродовые заболевания возникают вследствие попадания патогенных бактерий в половые органы женщины через открытые кровеносные сосуды, через разрывы тканей родовых путей. Исходя из этого, Земмельвейс в 1861 г. впервые ввел обмывание рук хлорной водой; уже этот, на наш взгляд, примитивный метод обработки рук позволил снизить смертность до 5%. Для того времени это было огромным достижением.

Гениальное открытие Земмельвейса, как и ряд открытий других ученых того времени, не только не приняли, но даже осмеяли. Убежденному в своей правоте Земмельвейсу при жизни не удалось быть свидетелем торжества своих идей. Прошло еще 20 лет, и лишь с введением Листером антисептики (применение сильнодействующих дезинфицирующих средств, например карболовой кислоты) вспомнили об учении Земмельвейса, основоположника этого метода.

Благодаря применению методов Земмельвейса и Листера значительно уменьшилось количество послеродовых заболеваний и

особенно смертных случаев, однако оно оставалось еще достаточно большим, и это толкало врачебную мысль на поиски более совершенных средств.

Следующим этапом в борьбе с раневой инфекцией явилась асептика, имеющая целью не допустить в рану не только бактерии, но и споры их. Для этого производится обеззараживание перевязочного материала, инструментов, белья, предметов ухода путем стерилизации кипячением или в автоклаве.

В России впервые асептику и антисептику стали вводить знаменитый хирург Н. И. Пирогов и его ученик акушер-гинеколог А. Я. Крассовский.

После введения асептики в акушерство процент послеродовых заболеваний и смертности резко снизился.

МЫТЬЕ РУК

Чистота рук наряду с чистотой всего тела является основным и важным условием, без которого ни врач, ни акушерка, ни сестра родильного дома не имеют права оказывать помощь при родах и после родов.

Каким бы методом мытья рук ни пользовалась медицинская сестра, она должна знать, что руки необходимо мыть очень часто и очень тщательно, применяя дезинфицирующие средства, что при отсутствии постоянного ухода за руками возможно образование трещин на коже, шелушение эпидермиса. За руками, как уже говорилось, надо постоянно ухаживать (мыть их в мыльной пене, смазывать глицерином или миндальным маслом, носить перчатки), не загрязнять их гноем. Нельзя работать с кольцами на пальцах, с браслетом на руке, так как под ними остается много бактерий; нельзя покрывать ногти лаком.

При любом методе мытья рук необходимо, чтобы предварительно были коротко острижены ногти и очищены подногтевые пространства. Рукава халата следует засучивать выше локтей, чтобы при мытье рук они не мокли.

В акушерской практике пользуются преимущественно двумя методами обработки рук.

Мытье рук по Фюрбрингеру (несколько видоизмененный способ). Под струей текущей теплой воды с мылом при помощи стерильной щетки моют руки до локтей в течение 5 минут. Затем второй щеткой с мылом моют руки до середины предплечий в течение 10 минут. После этого обсушивают руки стерильной салфеткой и тщательно протирают их спиртом. Концы пальцев смазывают йодом. На вымытые таким образом руки обязательно надеть стерильные перчатки.

Мытье рук по Спасокукоцкому. Текущей теплой водой с мылом при помощи стерильной щетки моют руки в течение 2—3 минут. Затем в обожженный эмалированный таз,

предназначенный только для мытья рук, наливают из бутылки имеющийся наготове 0,5% раствор нашатырного спирта в количестве, необходимом для погружения обеих рук до нижней трети предплечий. В этом растворе моют руки в течение 3 минут, пользуясь стерильной марлевой салфеткой; особенно тщательно промывают подногтевые пространства. Затем санитарка выливает раствор, прополаскивает таз свежим раствором, сливает его и наливает свежий раствор в таком же количестве, как в первый раз. Сестра продолжает мыть в нем руки в течение еще 3 минут. После этого руки обсушивают стерильной марлей и обрабатывают спиртом.

Учитывая, что ведение родов продолжается длительное время — иногда час и даже больше, — лучше и после такого мытья рук надеть стерильные перчатки.

ОДЕЖДА СЕСТРЫ НА РАБОТЕ

П л а т ь е должно быть из ситца, легко моющееся; это платье сестра надевает только на время работы, оставляя его в родильном доме.

Х а л а т, в котором сестра работает во время родов, должен быть не только чистым, но и свежим. Если невозможно для родов надеть свежий халат, следует халат обвязать через плечо чистой, лучше стерильной, простыней или надеть поверх халата специальный чистый клеенчатый фартук.

К о с ы н к а на голове должна быть чистая; она должна полностью закрывать волосы.

М а с к а надевается, как правило, во время родов и при работе в послеродовом и детском отделениях. Маской пользуются для того, чтобы предохранить половые органы женщины от попадания на них микробов из полости рта и носа (капельная инфекция). Делается маска из белого миткаля или из марли, сложенной в три слоя. Маска должна покрывать рот и нос, оставляя с боков достаточно места для поступления воздуха; удерживается она четырьмя завязками: верхние завязываются над ушами, нижние — на шее. На каждые роды нужно надевать с е ж у ю стерильную маску. Работая в отделениях в маске, необходимо в течение дня менять ее не менее двух раз. Маска очень быстро грязнится, поэтому нельзя хвататься за нее руками, то стягивать, то снова надвигать на нос, а тем более снимать и класть в карман халата и затем снова надевать. Такое обращение с маской скорее ведет к распространению инфекции, чем работа без маски.

Ч и с т о е б е л ь е хранится в специальном запертом шкафу, а стерильное — в больших барабанах. Желательно, чтобы подкладная простыня, на которой лежит роженица, была не только чистая, но и стерильная.

СТЕРИЛИЗАЦИЯ ЩЕТОК И СУДЕН

Стерилизация щеток для мытья рук производится обычным кипячением в стерилизаторе в течение 10 минут; новые щетки кипятят первый раз в течение часа. После кипячения воду сливают и щетки хранят в этом же стерилизаторе. Нельзя брать руками щетку из стерилизатора или другой стерильной посуды; щетки берут длинным стерильным пинцетом, хранящимся в спирту.

Для использованных щеток следует иметь специальный лоток тут же, возле умывальника.

Стерилизация суден совершенно необходима. Недостаточно чистое судно, предварительно не стерилизованное, хотя бы им до этого пользовалась здоровая женщина, может быть источником распространения тяжелого послеродового заболевания. Каждая роженица или родильница в течение всего срока пребывания в родильном доме обязательно должна иметь свое отдельное судно.

Обычно судно моют проточной водой и кипятят в цинковом баке в течение 15 минут, после чего оно сразу поступает в пользование или хранится в стерильном мешке. Каждый раз после употребления судно тщательно моют проточной водой и ополаскивают дезинфицирующим раствором (2% раствор хлорамина, лизоформ).

МЫТЬЕ КЛЕЕНОК

Роженица или родильница лежит обычно на подкладной пеленке, под которую кладется клеенка размером 1 м². Каждый раз при туалете женщины подкладную пеленку заменяют чистой, иногда даже стерильной, а клеенку предварительно моют и насухо протирают.

Мытью клеенок после выписки родильниц должно быть уделено особое внимание. В родильном доме в особой комнате, так называемой моечной, для мытья клеенок имеется специально оборудованная доска, желательно мраморная (рис. 80) или деревянная, обшитая оцинкованным железом, к которой



Рис. 80. Мытье клеенки на специальной доске (стерильной щеткой или стерильной мочалкой).

подведена горячая вода, здесь же находится стойка или специальный сушильный шкаф для сушки клеенок. Клеенку ополаскивают водой и тщательно моют жидким мылом с помощью стерильной щетки или мочалки; сначала моют одну сторону клеенки и обмывают ее дезинфицирующим раствором, затем обмывают доску и на ней так же моют другую сторону клеенки. После такого мытья клеенку высушивают на стойке и хранят в чистой пеленке или мешке до выдачи роженице или родильнице.

Там, где нет специальной доски, клеенку приходится мыть на кровати теплой водой с мылом при помощи стерильной мочалки, тщательно вымытую и протертую дезинфицирующим раствором клеенку сушат на чистой перекладине.

Строжайшее соблюдение сестрой правил личной гигиены, асептики и антисептики, правильная организация приема беременных и рожениц, санитарная подготовка роженицы, соответствующее распределение поступающих рожениц по отделениям, правильный уход за матерью и новорожденным, своевременная и надежная изоляция заболевших, организация бельевого хозяйства, тщательное мытье клеенок, чистота помещения, кипячение суден, систематическое проветривание палат, обязательный периодический медицинский осмотр персонала — все это направлено на поддержание необходимого уровня асептики и антисептики, и нигде эти моменты не имеют такого решающего значения, как в акушерском стационаре.

Асептика и антисептика имеют целью главным образом профилактику инфекции и борьбу с ее распространением. Необходимо стремиться обезвредить все, с чем приходится соприкасаться беременной, поступающей в родильный дом, роженице, родильнице и новорожденному.

Инфекция может попасть в половые пути женщины с ее рук, кожи или отдаленных органов, но иногда она уже находится в половых органах до родов.

Задача консультации для женщин — привить беременной гигиенические навыки, ознакомить ее с элементами антисептики, с организацией правильного режима беременной в быту и на производстве, укрепить ее здоровье и способствовать повышению сопротивляемости организма.

ЛЕЧЕБНО-ОХРАНИТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ

Хорошие показатели работы акушерско-гинекологического учреждения, помимо асептики и антисептики в уходе за беременной, роженицей, родильницей и гинекологической больной, в большой степени связаны и с поведением персонала, его отношением к больной. Слово, речь (вторая сигнальная система) являются естественным условным раздражителем. Слово, влияя через кору головного мозга как условный раздражитель, при

определенных условиях может вызывать в организме тончайшие физиологические и биохимические изменения. Поэтому необходимо умело пользоваться словом, осторожно, обдуманно употреблять слова при разговоре с больной. Слово должно быть в своем роде «стерильным». Беседуя с женщиной, готовясь к ответам на ее вопросы, медицинская сестра должна помнить, что нервно-психическое состояние роженицы или больной во многом зависит от ее веры в благоприятное течение и исход родов, в скорое выздоровление. Необходимо поддерживать в беременной, роженице, родильнице или гинекологической больной уверенность, что в данном лечебном учреждении все заинтересованы и убеждены в благоприятном исходе родов, в быстром выздоровлении.

Особое значение имеет правильный режим бодрствования и сна; хороший сон способствует и более быстрому выздоровлению. Устранение шума в коридорах, в палатах, стука и других раздражителей чрезвычайно важно в уходе за больной.

Лечебно-охранительный режим наряду с общепринятой асептикой и антисептикой включает, таким образом, ряд продуманных до мелочей мероприятий — создание спокойной обстановки, «стерильность» слова, исключение суеты и сутолоки в работе всего персонала, своевременное и безболезненное выполнение всех назначений, внимательное отношение ко всем потребностям больной, ровный, спокойный тон в беседе с ней, заботу о чистоте в палатах, о чистоте белья, о вкусной пище и т. д. Организовать все это и постоянно поддерживать — важнейшая задача в работе медицинской сестры.

РОДЫ. УХОД ЗА РОЖЕНИЦЕЙ

ПРИЕМ И ПОДГОТОВКА РОЖЕНИЦЫ

В конце беременности появляются нерегулярные слабые сокращения матки, которые переходят в правильную и более интенсивную родовую деятельность — схватки. Начало родов считается с момента установления регулярных схваток. В таком состоянии женщина, называемая роженицей, обычно поступает в родильный дом.

В предсмотровой комнате роженица раздевается и ей измеряют температуру. Если температура нормальная, нет каких-либо признаков заболевания (краснота или налеты в зеве, фурункулы на теле) и установлено, что роженица не имела контакта с заразными больными, на нее надевают чистую рубашку и тапочки и направляют для санитарной подготовки в смотровую нормального акушерского отделения. В случае же наличия у роженицы повышенной температуры или признаков какого-либо заболевания она поступает в смотровую второго, или сомнительного, акушерского отделения. Таким образом, предсмотровая родильного дома представляет собой пропускник, ф и л ь т р. Распределение рожениц по отделениям очень важно: оно является основным моментом в профилактике распространения заболеваний среди родильниц.

Все вещи роженицы передают сопровождающим ее родственникам или складывают в чистый специальный мешок, после дезинфекции они остаются в специальном помещении родильного дома. На роженицу заводят историю родов, в которую вносят фамилию, имя, отчество роженицы, ее адрес, время поступления в родильный дом, профессию, возраст и ряд других сведений. Кроме того, врач заносит в историю родов данные акушерского и общего осмотра роженицы.

Затем приступают к санитарной подготовке роженицы, проводя ее в следующем порядке.

1. Укладывают роженицу на кушетку. Акушерка, тщательно вымыв руки и обработав их спиртом, намыливает наружные по-



Рис. 81. Сбривание волос с наружных половых органов при поступлении роженицы.



Рис. 82. Роженица моется, стоя под душем.

ловые органы, роженицы и осторожно сбривает с них волосы (рис. 81). Бритва должна быть продезинфицирована.

Затем обмывают наружные половые органы теплой водой с каким-либо дезинфицирующим веществом (марганцовокислый калий, лизоформ). После этого берут мочу для исследования.

2. Ставят клизму. При этом сестра обязательно должна находиться возле роженицы, так как не исключена возможность рождения плода во время дефекации.

3. Обстригают ногти на руках и ногах.

4. Измеряют вес и рост (см. рис. 55 и 56).

5. Направляют роженицу в душевую, там она моется сама (рис. 82) или ее моет санитарка стерильной мочалкой с мылом под душем. Там, где душа нет, роженица моется стоя или сидя

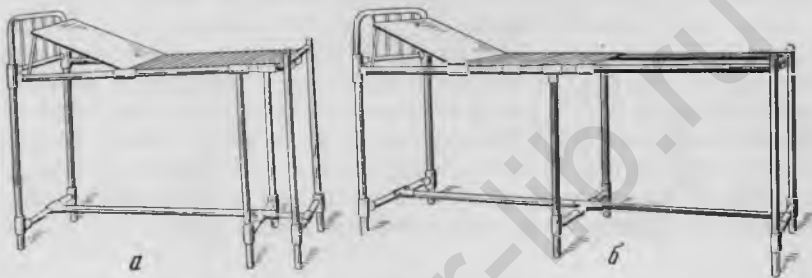


Рис. 83. Родильная кровать Рахманова.

а — сдвинутая; б — раздвинутая.

на чистой табуретке или скамейке, поставленной в ванну; воду поливает санитарка из специально для этого предназначенного кувшина. Если у роженицы обнаруживают насекомых в волосах, необходимо или остричь волосы, или тщательно вымыть их сабандилловым раствором и вычесать, при этом делают соответствующую пометку в истории родов, чтобы за женщиной в дальнейшем было особое наблюдение.

Проверив записи в истории родов, акушерка сопровождает роженицу, переодетую в чистое белье, в зависимости от ее состояния в предродовую палату или в родильный зал.

В родильном зале женщину кладут на специальную кровать (рис. 83) и ведут за ней тщательное наблюдение, записывая характер и частоту схваток.

ТЕЧЕНИЕ РОДОВ

Роды слагаются из трех периодов: 1) период раскрытия шейки матки, 2) период изгнания плода, 3) период отделения и выхождения последа — последовый период.

Период раскрытия

Первый период родов начинается фактически с первыми схватками и заканчивается сглаживанием шейного канала и полным раскрытием наружного зева матки.

Под сглаживанием шейного канала следует понимать такой процесс, в течение которого шейный канал постепенно укорачивается и в конце концов как бы совершенно исчезает — шейка сглаживается, а стенки бывшего шейного канала сливаются со стенками тела матки, образуя одну общую полость.

Сглаживанию и раскрытию шейки матки способствуют сокращения мышц матки — схватки; большое участие в сглаживании и раскрытии шейки принимает вклинивающийся в шейный канал плодный пузырь и опускающаяся предлежащая часть плода.

При нормальном течении родов период раскрытия у первородящих продолжается от 16 до 18 часов, у повторнородящих от 10 до 12 часов. Обычно при полном или почти полном раскрытии маточного зева (полным считается раскрытие на ширину ладони) плодный пузырь выпячивается во влагалище, напрягается и при одной из следующих схваток разрывается. В большинстве случаев плодный пузырь разрывается при полном сглаживании и достаточном раскрытии маточного зева.

Период изгнания

В этом периоде родов также наблюдаются маточные сокращения — схватки, но к ним присоединяются сокращения мышц брюшного пресса, т. е. мышц передней стенки живота, спины, диафрагмы и тазового дна; одновременное сокращение всех указанных мышц называют *потугой* (женщина тужится).

При продольном положении плода в 97% случаев встречается головное предлежание. Чтобы понять механизм родов, необходимо иметь ясное представление о форме и размерах родового канала и головки доношенного плода.

Родовой канал. Родовой канал — это путь, по которому проходит плод при рождении. Канал имеет форму изогнутой трубки.

В ней различают три части:

1) верхнюю — костное кольцо, образованное спереди верхним краем лонных костей, с боков — так называемыми пограничными линиями подвздошных костей и сзади — мысом крестца; это кольцо образует *вход малого таза* (рис. 84);

2) среднюю, книзу от входа таза, — *полость малого таза*;

3) нижнюю, выходное отверстие, — *выход малого таза*.

Вход малого таза имеет форму поперечно лежащего овала, в котором различают: *поперечный* размер между отда-

ленными точками овала, равный 13 см; размер от выдающейся точки мыса крестца (промонтория) до середины верхнего края лонного сочленения — прямой размер входа малого таза, равный 11 см.

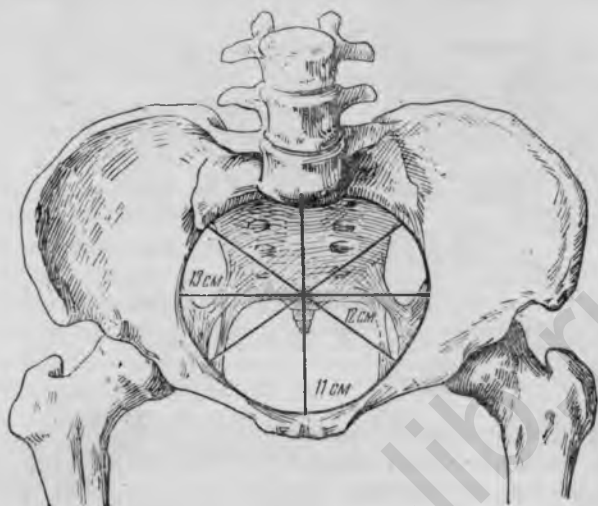


Рис. 84. Женский таз. Размеры входа таза указаны линиями. Прямой размер — 11 см; поперечный размер — 13 см, косые размеры — 12 см.



Рис. 85. Выход малого таза.

В полости малого таза наибольшие размеры — косые, равные 12 см каждый.

Выход малого таза (рис. 85) ограничен четырьмя костными пунктами: сверху — нижним краем лонного сочленения, с боков — седалищными буграми, снизу — копчиком. Между этими пунктами располагаются в несколько слоев мышцы и фасции, замыкающие полость малого таза снизу и составляю-

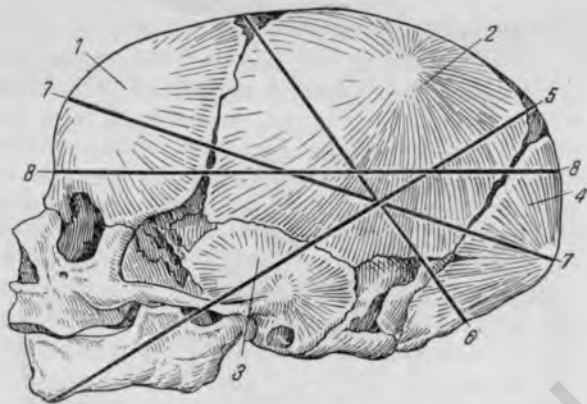


Рис. 86. Череп новорожденного (сбоку).
 1 — лобная кость; 2 — теменная кость; 3 — височная кость;
 4 — затылочная кость. Линиями указаны направления, 5 — большого косога размера; 6 — малого косога размера; 7 — среднего косога размера; 8 — прямого размера.

щие в своей совокупности тазовое дно и промежность. Расстояние между нижним краем симфиза и копчиком — это прямой (наибольший) размер выхода, равный 9,5 см. При родах под давлением поступающей головки копчик отгибается кзади, и тогда прямой размер выхода достигает 11 см.

Головка доношенного плода. Череп (рис. 86) состоит из свода и основания. Черепной свод образуется из двух лобных, двух теменных, двух височных и затылочной костей, основание черепа — из основной части затылочной кости и основной кости.

Кости черепа соединены швами и родничками, которые представляют собой фиброзные перепонки.

1. Стреловидный шов (рис. 87) между теменными костями идет спереди назад от угла большого родничка до малого родничка.

2. Лобный шов является как бы продолжением стреловидного шва через большой родничок; лобный шов находится между двумя лобными костями и тянется до переносицы.

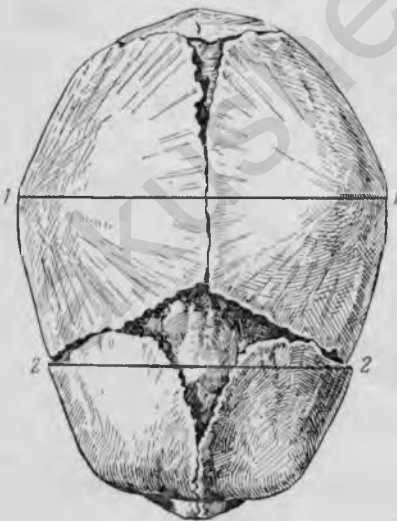


Рис. 87. Швы и роднички черепного свода (сверху — малый родничок, снизу — большой).

1,1 — большой поперечный размер головки.
 2,2 — малый поперечный размер головки.

3. Венечные швы идут в обе стороны от стреловидного шва, располагаясь между лобными и теменными костями.

4. Ламбдовидный шов расположен на другом конце стреловидного шва — между теменными костями и затылочной костью.

Большой родничок — пространство между теменными и лобными костями — имеет форму ромба. При ощупывании большой родничок ощущается под пальцем как четырехугольная фигура, от каждого угла которой идет шов (см. рис. 87).

Малый родничок — место, где сходятся стреловидный и ламбдовидный швы. При ощупывании пальцем малый родничок определяется как место, где сходятся как бы три шва (см. рис. 87).

Самый длинный и прямолинейный из всех швов — стреловидный.

Размеры головки доношенного плода следующие:

прямой размер — от переносицы до затылооного бугра — равен 12 см (см. рис. 86—87); длина окружности головки, проведенной через ее прямой размер, равна 34 см;

малый косой размер — от центра большого родничка до подзатылочной ямки — равен 9 см; длина окружности головки по этому размеру 32 см;

большой косой размер — от подбородка до затылочного бугра — равен 13 см, длина окружности головки по этому размеру 40 см;

малый поперечный размер — между отдаленными точками венечных швов — равен 8 см;

большой поперечный размер — между теменными буграми — равен 9 см.

Механизм родов. Совокупность и характер движений, которые прodelьвает предлежащая головка, проходя по родовому каналу соответственно отдельным его размерам, носят название механизма родов.

В результате сокращений матки (схватки) предлежащая головка, опустившись ко входу таза, устанавливается стреловидным швом в поперечнике входа и при этом сгибается. Приблизившись подбородком к груди, головка вступает в малый таз (рис. 88). Оставаясь в согнутом положении, головка проходит костное кольцо входа и опускается в полость таза. Под давлением продолжающихся маточных сокращений головка поворачи-



Рис. 88. Вставление головки во вход таза. Головка согнута и проходит малым косым размером в поперечном размере входа таза.

чивается в косой размер полости таза (рис. 89). Опустившись еще ниже, головка встречает сопротивление мышц тазового дна, что



Рис. 89. Продвижение головки в полости таза. Головка повернулась в косой размер полости таза.

ведет к еще большему сгибанию ее, и одновременно головка поворачивается стреловидным швом в прямой размер выхода (11 см) (рис. 90). Давление головки на заднюю стенку влагалища, а следовательно, и на прямую кишку рефлекторно вызывает у роженицы потугу. Когда головка достигает нижнего края симфиза, она упирается в него своей подзатылочной частью и начинается разгибание ее вокруг симфиза, из-под промежности выходит сначала

лоб, а затем остальные части лица — это прорезывание головки (рис. 91).

Для того чтобы головка прорезалась через половую щель наименьшим, т. е. малым косым, размером, разгибание должно



Рис. 90. Головка подходит под симфиз и упирается в него подзатылочной частью. Стреловидный шов головки стоит в направлении прямого размера выхода таза. Головка врывается.



Рис. 91. Головка прорезывается из половой щели. Затылок вышел из-под симфиза. Происходит разгибание головки, из-под промежности выходит лоб и остальные части лица.

начаться не раньше, чем затылок выйдет из-под симфиза. Только при этом условии головка, разгибаясь, пройдет через прямой размер выхода таза (11 см) малым косым размером (9 см). Этого необходимо добиваться при ведении родов, о чем мы будем говорить дальше.

Родившаяся из по-
ловой щели головка
делает затем наруж-
ный поворот (рис. 92)
затылком в сторону
того бедра матери,
в которую была обра-
щена спинка плода;
так, при первой пози-
ции родившаяся го-
ловка поворачивается
затылком к левому
бедру матери и нао-
борот; поворот этот
обусловлен внутрен-
ним поворотом плечи-
ков плода. Плечики,
проходя через родовый



Рис. 92. Родившаяся головка повернулась за-
тылком в сторону бедра матери (наружный
поворот головки).

канал, прodelьвают вращения, аналогичные вращениям головки.

Такой механизм родов встречается чаще всего и наблюдается при затылочном предлежании головки; плод в этих случаях обычно оказывается расположенным спинкой кпереди.

Последовый период

Тотчас после рождения ребенка начинается последовый период, который длится в среднем от 30 минут до 1 часа. В течение этого периода происходит отслойка от стенок матки детского места и оболочек — и послед выходит наружу.

Уход за роженицей

Уход за роженицей в основном сводится к созданию хирургически чистой обстановки, к строжайшему соблюдению ухаживающим персоналом правил личной гигиены и внимательному наблюдению за течением родового акта. Необходимо, насколько возможно, избегать каких-либо вмешательств, соблюдать строжайшие меры асептики и антисептики.

Подготовка к родам

Подготовка помещения и постели

Родильная палата оборудована обычно, как операционная. Это высокая светлая комната; потолок и стены ее выкрашены белой масляной краской, пол легко моется (линолеум, плитки).

Из мебели в родильной палате имеется одна или несколько специальных кроватей для рожениц, передвижные столики для инструментов и перевязочного материала и стол, за которым делают записи в истории родов. Если первый туалет ребенка производится в родильной палате, здесь имеется для этого специальный пеленальный стол. Около каждой кровати стоит столик; для



Рис. 93. Передвижной столик с предметами, необходимыми при проведении родов.

судна каждой роженицы имеется специальная подставка у ногового конца кровати.

Специальная родильная кровать типа кровати Рахманова (см. рис. 83) отличается от обычных кроватей тем, что она выше и ее можно, сдвинув одну половину, превратить в так называемую поперечную кровать; матрац кровати состоит из двух половин — пльстеров, обшитых легко моющейся клеенкой; высота пльстера в среднем около 25 см.

Поверх пльстеров кладут простыню, затем клеенку размером 1 м и на нее подкладную пеленку; у головного конца кровати кладут две подушки. Все это покрывают легким одеялом с поддеальником. Ножной пльстер в родах вынимают, и тогда роженица остается в таком положении, при котором таз ее расположен выше, что облегчает доступ к наружным половым органам во время родов.

На передвижном столике (рис. 93) всегда имеются наготове в стерилизаторе изогнутые пупочные ножницы, прямые ножницы на случай необходимости рассечения промежности, пинцеты и корнцанги, которыми берут перевязочный материал и вату; в стеклянной баночке с притертой пробкой лежат прокипяченные тесемки или шнуры для перевязывания пуповины; в одном барабане находится стерильная марля, в другом — стерильная вата, в третьем — стерильные пеленки.

В родильной палате постоянно имеется в достаточном количестве горячие и холодная кипяченая вода. Там же находится небольшая аптечка, которая содержит все употребляемые в ро-

дах лекарственные средства: хинин, питуитрин, эрготин, спорынья в порошках, сердечные (кофеин, камфара), а также физиологический раствор и аппарат для вливания его. Средства, применяемые для обезболивания родов, хранятся в отдельном шкафчике. В родильной комнате должен быть также столик и специальная ванночка для оживления ребенка, родившегося в асфиксии.

Если женщине приходится рожать не в родильном доме, то выбор комнаты для проведения родов является чрезвычайно важным моментом. Для родов должна быть отведена самая большая и светлая комната; из комнаты необходимо вынести лишнюю мебель, все мягкие вещи, половики, полотно и т. п. Заблаговременно белят стены, а если это невозможно, то обметают стены и потолок. Полы моют горячей водой с мылом; комнату тщательно проветривают. Всю эту уборку должны производить родственники беременной или кто-либо другой, но ни в коем случае не лицо, которое будет принимать роды; ему необходимо оберегать руки от всякого загрязнения.

Желательно, чтобы кровать для роженицы была узкая и высокая. Если кровати нет, можно с успехом пользоваться деревянным топчаном. Кровать (или топчан) моют горячей водой с мылом и ставят так, чтобы к ней был доступ со всех сторон, лучше посреди комнаты. На доски кладут тюфяк — чистый большой мешок, рыхло набитый чистой свежей соломой, и покрывают его клеенкой. Поверх клеенки кладут сложенную поперек чистую простыню и подушку в чистой наволочке. Если санитарную подготовку роженицы приходится проводить на этой же кровати, то после подготовки снова меняют постельное белье и роженицу покрывают чистой простыней, а сверху — чистым легким одеялом.

Принимающему роды необходимо заблаговременно позаботиться, чтобы была наготове в достаточном количестве горячая и остуженная кипяченая вода. Воду кипятят в самоварах, чайниках или в печке в большом чугуне. Заблаговременно необходимо прокипятить ножницы, материал для перевязки пуповины; наготове должна быть стерильная марля, стерильная вата и 2—3 стерильных бинта разной ширины. Запасают йод и спирт, обжигают спиртом большую миску для дезинфицирующего раствора. Для оказания помощи на дому принимающая роды обычно пользуется специальной сумкой.

Ведение периода раскрытия

При поступлении в родильную комнату роженицы производят наружный осмотр ее и обычно проверяют все записи, сделанные в смотровой: выясняют срок беременности, положение плода, предлежащую часть и ее положение, состояние плода (наличие и характер сердцебиения), измеряют еще раз таз, выясняют состояние здоровья роженицы (нет ли отеков, одышки, головных болей). Если до этого не была исследована моча, то предлагают роженице помочиться в чисто вымытое судно и исследуют мочу. В том случае, если результаты обследования показывают, что все обстоит нормально, никаких вмешательств не предпринимают и ведут дальнейшее наблюдение.

Необходимо следить за общим состоянием и температурой роженицы. После мочеиспускания и после дефекации надо обязательно обмывать наружные половые органы чистой кипяченой

водой или водой с примесью какого-либо слабого дезинфицирующего раствора (лизоформ, марганцовокислый калий) при помощи стерильной ваты на корнцанге, а не рукой. В этом периоде родов женщина должна получать легкую пищу и время от времени выпивать небольшое количество жидкости, например сладкий чай (молока следует избегать, так как нередко оно вызывает вздутие кишечника).

Очень важно, чтобы своевременно опорожнялся мочевой пузырь; для этого нужно заставлять роженицу помочиться. Если же она не может мочиться самостоятельно, по назначению врача выпускают мочу прокипяченным металлическим или эластическим (мягким) катетером. Для этого предварительно обмывают кипяченой водой наружные половые органы роженицы, дезинфицируют их и пальцами левой руки раскрывают половую щель, а правой рукой под контролем глаза вводят катетер в отверстие мочеиспускательного канала (см. рис. 115). Предварительно следует тщательно вымыть руки. Необходимо также следить за действием кишечника; если за время пребывания роженицы в родильной комнате до суток не было самостоятельного стула, ставят клизму.

В период раскрытия, если воды еще не отошли и головка вставилась во вход, не обязательно, чтобы женщина лежала все время в кровати: она может ходить, сидеть и вообще принимать положение, какое ей кажется удобным. Лежать роженица должна лишь к концу периода раскрытия или с момента отхождения вод: в это время в стоячем положении возможно выпадение мелких частей (ручка, пуповина), особенно при высоко стоящей предлежащей части плода.

Наблюдая за характером родовой деятельности, необходимо следить за опущением предлежащей части плода. Это контролируется наружным ощупыванием предлежащей части и выслушиванием сердцебиения плода. Если предлежащая часть при хорошей родовой деятельности не опускается или вставляется очень медленно, это обычно указывает на несоответствие размеров головки и таза (клинически узкий таз).

Ведение периода изгнания

С момента полного раскрытия и отхождения вод начинается второй период родов — период изгнания. К этому времени головка уже обычно находится в полости таза. К схваткообразным сокращениям матки присоединяются потуги; появление истинных потуг обусловлено давлением опустившейся предлежащей части плода на прямую кишку и тазовое дно. В течение этого периода необходимо следить за характером родовой деятельности и особенно за сердцебиением плода. Схватки в период изгнания несколько короче, чем в периоде раскрытия, но они чаще и сильнее.

С отхождением вод уменьшается вместимость полости матки и несколько ухудшается плацентарное кровообращение; при схватках оно ухудшается еще больше вследствие сжатия сосудов матки. Вот почему в периоде изгнания нужно быть особенно внимательной и каждые 5 минут между схватками выслушивать сердцебиение плода.

С появлением потуг роженица обязательно должна лежать на кровати в удобном положении, чаще на спине; верхняя половина туловища должна быть чуть приподнята. К ножному концу или к средним ножкам родильной кровати привязывают два длинных полотенца или прикрепляют специальные приспособ-



Рис. 94. Положение роженицы в период изгнания.

ления, за концы которых держится роженица, так называемые в о ж ж и. Согнув ноги в коленных и тазобедренных суставах, роженица ступнями упирается в кровать, а руками тянет на себя вожжи, благодаря чему усиливаются потуги. Если вожжей нет, роженица держится руками за края кровати (рис. 94). Во время потуг роженица не должна кричать и запрокидывать голову; нужно удерживать дыхание, подбородок прижимать к груди. Очень часто первородящих нужно учить тужиться; им объясняют, что тужиться следует, как при дефекации.

С момента, когда у первородящих под давлением головки начнет резко выпирать промежность, необходимо быть готовым к приему родов; у повторнородящей нужно быть готовым к этому уже с момента отхождения вод.

Помощь при родах. Быть готовым к приему родов — это значит приготовить все необходимые предметы, перечисленные выше, расположить их на столике, стоящем около кровати и покрытом стерильной простыней, а самое главное — тщательным образом вымыть свои руки. Чистота рук наряду с чистотой всего тела является основным и важным условием, без которого никто не имеет права приступать к приему родов.

Если роды проводятся дома не на специальной кровати, то в периоде изгнания, как только начнет прорезываться головка, необходимо подложить под таз роженицы самодельный поль-

стер— маленькую подушку, обернутую в несколько слоев чистой, лучше стерильной простыней; такой полстер позволяет держать таз роженицы на возвышении и свободно обхватывать рукой промежность, не касаясь постели. Под голову и плечи роженицы кладут еще одну подушку для того, чтобы роженица была в почти полусидячем положении; в таком положении ей легче тужиться. Пока головка во время схватки показывается в половой щели, а в промежутках между схватками уходит обратно, т. е. в р е з ы в а е т с я, ведущая роды наблюдает (рис. 95). С того мо-



Рис. 95. Врезывание головки. Ведущая роды, полностью готовая к оказанию помощи, наблюдает.

мента, когда, врезавшись в половую щель, головка остается в таком же положении и вне схватки, начинается прорезывание головки.

Прорезывающаяся через половую щель предлежащая часть плода своим давлением сильно растягивает мышцы тазового дна, промежности. Нередко, преимущественно при недостаточной эластичности мышц или слабо развитых мышцах и неправильном оказании помощи в родах, происходит разрыв промежности.

Основой профилактики разрывов промежности в родах является хорошее развитие всей мышечной системы женщины, в том числе и мышц промежности. Занятия физкультурой с юных лет, задолго до беременности и во время нее являются важнейшим условием профилактики рубцов беременности и разрыва промежности в родах. Наряду с этим для предупреждения разрыва промежности большое значение имеет квалифицированная помощь в родах.

Лицо, ведущее роды, становится справа от роженицы, спиной к ее голове, и кладет 4 пальца левой руки на нижнюю часть

показавшейся головки; при схватке, когда головка поступает из половой щели, стараются задержать преждевременное разгибание головки, способствуя этим выхождению затылка из-под симфиза. Ни в коем случае не следует давить



Рис. 96. Прорезывание головки. Ведущая роды задерживает преждевременное разгибание головки, что предохраняет промежность от разрыва. В этом заключается защита промежности.



Рис. 97. Освобождение личика. Промежность «сводят» с личика ребенка.

на головку концами пальцев; кисть левой руки должна быть своего рода фиксированным препятствием, которого не может преодолеть поступающая головка (рис. 96). Как только затылок выйдет из половой щели, принимающая роды прощупывает его в своей ладони, а по бокам прощупываются теменные

бугры. С этого момента приступают к выведению головки. Роженицу просят не тужиться; левой ладонью обхватывают вышедшую часть головки, бережно и постепенно приподнимают ее кверху, а ладонью правой руки с отведенным большим пальцем, как указано на рис. 97, обхватывают плотную промежность и осторожно сводят ее с приподнимаемой кверху головки; при этом из-под промежности показывается сначала лоб, затем нос, рот и, наконец, подбородок; непременно нужно выводить головку до тех пор, пока промежность не соскользнет с подбородка и он не выйдет наружу. Все это продельвается обязательно вне схватки: при схватке очень трудно медленно вывести головку, а при быстром выведении скорее разрывается промежность.

Рис. 98. Петлю пуповины, обвитую вокруг шеи ребенка, снимают через головку.

Пальцем проводят по шею плода до плеч, проверяя, не обвилась ли вокруг шеи пуповина; если она обвилась, то петлю пуповины осторожно снимают через головку (рис. 98).

Родившаяся головка, как было указано, обычно поворачивается затылком в сторону бедра матери (см. рис. 92). Если наружный поворот головки самостоятельно не происходит, его производит лицо, принимающее роды. Для этого берут вышедшую головку между обеими ладонями с одной стороны за подбородок, а с другой — за затылок или кладут ладони на височные поверхности (рис. 99) и осторожно поворачивают головку затылком в сторону позиции (спинки); необходимо, конечно, знать позицию плода заранее, до



Рис. 99. Верхнее плечико подводят под лонное сочленение.



Рис. 100. Извлечение нижнего плечика при одновременном поддерживании промежности.



Рис. 101. Ребенка берут подмышки и приподнимают кверху, извлекая туловище из половых путей.



Рис. 102. Родившийся ребенок в руках принимающей роды.



Рис. 103. Профилактика бленнореи глаз. Оттягивают большим пальцем левой руки нижнее веко, а другой рукой впускают из пипетки на слизистую оболочку века одну каплю 2% раствора ляписа.



Рис. 104. На пуповину накладывают первый зажим; после этого чуть подальше накладывают второй зажим.



Рис. 105. Между зажимами пуповину перерезают стерильными изогнутыми ножницами.

начала периода изгнания. Поворачивая таким образом головку, ее одновременно оттягивает книзу (см. рис. 99) и этим подводят верхнее плечо под лонное сочленение.

Затем, обогнув головку левой рукой так, что ладонь ложится на нижнюю щеку (рис. 100), приподнимают головку, очень осторожно упирая вышедшее плечо в симфиз; правой же рукой, подобно тому как это делали при выведении головки, осторожно снимают промежность с нижнего плеча. Когда оба плеча и половина груди вышли, осторожно обхватывают ребенка подмышками и, приподнимая кверху, извлекают его из родовых путей (рис. 101 и 102).

Родившегося ребенка укладывают между ногами матери на стерильную теплую пеленку, сложенную вчетверо, и накрывают ею. Из-под головы роженицы вынимают лишние подушки и придают ей горизонтальное положение. Лицо, ведущее роды, моет руки и протирает их спиртом, в срочных случаях обмывает их сулемой, а затем спиртом и тотчас проводит профилактику блённо-гнойной инфекции (рис. 103) по методу Матвеева.

Нельзя забывать, что, пройдя через половые пути матери, ребенок мог заразиться гонореей. Гонорейный гной может попасть в глаза новорожденного и вызвать впоследствии заболевание, нередко кончающееся слепотой. Чтобы избежать этого, применяют во всех, без исключения, случаях профилактический метод, который заключается в следующем. Прежде всего протирают стерильной ваткой веки, затем осторожно раздвигают и слегка выворачивают их пальцами левой руки (см. рис. 103) и чистой пипеткой капают на вывороченную слизистую оболочку век 1 каплю 2% раствора азотнокислого серебра (раствор должен быть свежим, его необходимо менять через день). С тех пор как этот метод введен в практику, гонорейное заболевание глаз у новорожденных не отмечается. Применение описанного метода является обязательным при всех родах.

Перевязка и перерезка пуповины. Как только прекращается пульсация сосудов пуповины, ее перевязывают толстым хирургическим шелком или, лучше, тонкой стерильной марлевой тесемкой, или накладывают стерильные металлические зажимы; один на расстоянии 10 см от пупочного кольца, другой — чуть подалее (рис. 104). Между перевязками или зажимами или над скобками пуповину протирают стерильной марлей, смоченной 95% спиртом (захватывают ее стерильным пинцетом), и осторожно перерезают ее прокипяченными изогнутыми ножницами (рис. 105) так, чтобы не поранить ребенка. На обнаженный плодовый конец пуповины накладывают стерильную марлевую салфетку. Не следует пользоваться для перевязки пуповины тонкой ниткой, так как она может прорезать пуповину вместе с ее сосудами. Тут же на родильной кровати надевают на обе руки ребенка клеенчатые браслеты (рис. 106) с обозначением пола ребенка, фамилии и имени матери и номера истории родов. Затем показывают матери ребенка

и сообщают, кого она родила — мальчика или девочку.

Конец пуповины, оставшейся у матери, прикрывают ватой или марлей, весь оставшийся снаружи канатик свисает в подставленный тазик, в который собирают вытекающую в последовом периоде кровь. Под роженицей сменяют подкладную простыню вместе с клеенкой и, если кровотечения нет, оставляют женщину в покое, укрыв ее простыней, а сверху одеялом. Очень часто в это время у роженицы появляется озноб и ее укрывают еще одним одеялом. В истории родов немедленно отмечают в соответствующем месте пол ребенка и время его рождения.

Сейчас же после перевязывания пуповины ребенка завертывают в теплую стерильную пеленку. Если нет стерильной пеленки, ребенка завертывают в чистую пеленку, проглаженную горячим утюгом, покрывают чистым одеяльцем и укладывают на пеленальный стол.



Рис. 106. Надевание клеенчатой стерильной браслетки на ручку.

Ведение последового периода

В последовом периоде нельзя отлучаться от роженицы ни на одну минуту. Если все обстоит благополучно, т. е. отсутствует наружное и внутреннее кровотечение (последнее определяется по состоянию пульса: при внутреннем кровотечении он частый и слабого наполнения), и общее состояние роженицы хорошее, можно на несколько минут заняться туалетом ребенка (см. стр. 169).

В последовом периоде необходимо следить за состоянием роженицы, за появлением схваток, за изменением формы матки и высоты стояния ее дна (рис. 107). Ни в коем случае не следует трогать матку руками без особых показаний; всякое механическое раздражение матки нарушает нормальное течение последового периода и нередко ведет к последовым кровотечениям.

По частоте осложнений последовый период является чрезвычайно ответственным. Встречающиеся в этом периоде тяжелые

осложнения в виде кровотечения требуют немедленной помощи, без которой роженице иногда угрожает смерть. В то же время ряда тяжелых осложнений в послеродовом периоде можно избежать, если правильно проводить его.

Тотчас после рождения ребенка матка, освободившись от плода, значительно уменьшается в объеме и дно ее опускается до уровня пупка; по своей консистенции матка мягкая. Ни болей, ни кровотечения нет; женщина лежит спокойно, пульс ровный, медленный. Через 10—15 минут появляются боли внизу живота и женщина заявляет, что у нее снова начались схватки. Это схваткообразные сокращения матки, ведущие к отслойке детского места. Матка становится длиннее и уже, дно ее поднимается все выше вверх, достигая иногда подреберья (см. рис. 107). В этом периоде отмечается небольшое кровотечение, в норме не превышающее в среднем 250 мл.

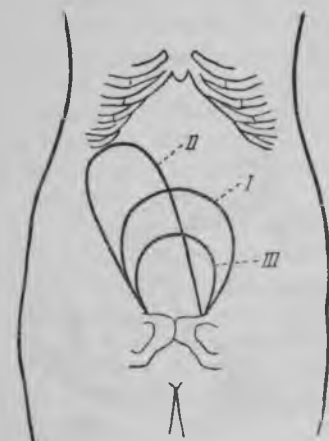


Рис. 107 Очертания контуров матки в послеродовом периоде.

I—после рождения плода; II — после отслойки плаценты и опущения ее во влагалище; III — после рождения последа.

Послеродовый период, если потеря крови не превышает указанной выше, необходимо проводить строго выжидательно. Если плацента еще в матке и кровотечения нет, оставляют женщину в покое и не вмешиваются, ожидая самостоятельной отслойки; если же плацента вышла из матки и лежит во влагалище, ее следует удалить.

В том, что плацента уже отслоилась и находится во влагалище, можно убедиться, надавливая ребром ладони над симфизом (рис. 108). Если плацента вышла из матки, пуповина при этом надавливании не втягивается во влагалище. Предлагают женщине потужиться; если при этом плацента не выходит, то руками, как указано на рис. 109, захватывают брюшную стенку в складку и снова предлагают женщине потужиться. Если же и это не приводит к цели, а плацента действительно находится во влагалище, применяется выжимание (рис. 110) по Креде-Лазаревичу. Это делает врач или акушерка.



Рис. 108. При надавливании ребром ладони над симфизом пуповина не втягивается во влагалище, если плацента выделилась из матки.

Вышедшее из влагалища детское место принимают чисто вымытыми руками, как показано на рис. 111, медленно вращая в

одну сторону детское место, ввернутое в оболочки (закручивают оболочки в канатик). Этот прием необходим для того, чтобы вывести оболочки полностью, постепенно отделяя их от стенок матки, иначе можно оборвать часть оболочек и они останутся в матке.

В ряде случаев можно выделить полностью оболочки, совершенно не касаясь их руками; для этого, как только детское



Рис. 109. Обе руки захватили брюшную стенку в складку, что способствует при одновременной потуге роженицы значительному повышению внутрибрюшного давления.



Рис. 110. Выжимание плаценты, отделившейся от стенки матки, методом Креде-Лазаревича.

место, ввернувшееся в оболочки, вышло из влагалища, предлагают женщине приподнять таз, и тогда детское место своей тяжестью отслаивает целиком оболочки (рис. 112).



Рис. 111. Плацента ввернута в оболочки; осторожными вращательными движениями оболочки закручивают в канатик.



Рис. 112. Опираясь на ступни, женщина высоко приподнимает таз, вследствие чего вышедшая плацента свисает и своей тяжестью отслаивает оболочки.

Осмотр плаценты и оболочек. После выхождения последа, т. е. детского места с пуповиной и оболочками, необходимо внимательно осмотреть и установить целость детского места и обо-

лочек (рис. 113 и 114). Если не хватает плацентарной дольки, то необходимо удалить ее из полости матки рукой (это делает врач или акушерка) либо инструментом (это может делать только врач).

После того как вышел послед, роженицу осторожно подмывают дезинфицирующим раствором (1 столовая ложка 1% раствора марганцовокислого калия на 1 л кипяченой воды). Затем осматривают вход во влагалище, нет ли разрыва промежности или слизистой оболочки входа во влагалище. Разрывы промеж-

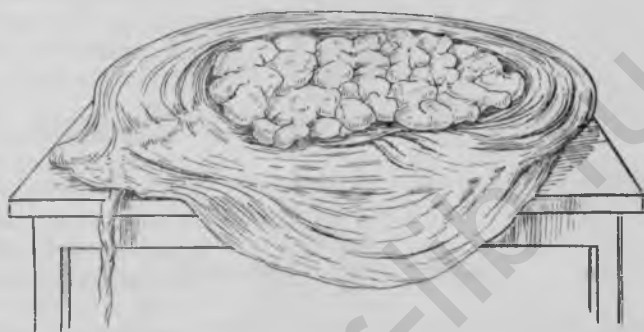


Рис. 113. Осмотр плаценты. Плаценту кладут плодовой стороной на стол, освобождают от оболочек и осматривают материнскую сторону.

ности обязательно зашивают. Это должен сделать врач, а в крайнем случае акушерка.

После родов женщина обычно остается в течение 2—3 часов в родильной палате. Делается это из тех соображений, что в первые часы после выхождения последа возможно кровотечение, а в родильной палате легче обеспечить наблюдение за роженицей. Роженице надевают чистую рубашку, меняют постельное белье, накрывают ее одеялом и оставляют спокойно лежать. При этом следят за пульсом, состоянием матки и выделениями. Обычно пульс после нормальных родов редкий, хорошего наполнения, матка плотная, хорошо сократившаяся, выделения кровяные, незначительные.

Хорошо в это время напоить роженицу горячим чаем или кофе. По истечении 2—3 часов, если все нормально, переводят женщину в послеродовую палату, куда передают историю родов. Палатная сестра, принимая историю родов, проверяет, есть ли в ней подпись врача. Это важно для того, чтобы убедиться, что врач осмотрел роженицу и считает, что у нее все в порядке, а вместе с тем проверил, как заполнена история родов.

Обезболивание родов.

Выше (стр. 90) отмечалось, что беременные женщины в женской консультации проходят психопрофилактическую подготовку к родам. В подавляющем большинстве случаев эта подготовка оказывается достаточной для почти безболезненного течения родов. К сожалению, не все беременные аккуратно посещают консультацию, и потому некоторые поступают в родильный дом без

указанной подготовки. В этих случаях для обезболивания родов часто приходится прибегать к медикаментозным средствам.

Медикаментозные обезболивающие средства применяются в виде ингаляции (закись азота) или путем введения внутрь, под кожу, в виде клизм. Некоторые обезболивающие средства вводят и внутривенно. Обычно к обезболиванию приступают в периоде раскрытия, когда наружный зев шейки матки уже раскрылся на 2—3 поперечных пальца, а воды еще не отошли.

В периоде изгнания, в момент прорезывания головки, применяется поверхностный эфирный наркоз, закись азота. Медикаментозное обезболивание проводит врач или акушерка, если она работает самостоятельно (колхозный родильный дом).



Рис. 114. Осмотр оболочек. Одной рукой держат пуповину, другую руку вводят в отверстие в оболочках и осматривают последние.

ГЛАВА IX

ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД. УХОД ЗА РОДИЛЬНИЦЕЙ

НОРМАЛЬНЫЙ ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД

Послеродовой период начинается тотчас же после рождения последа.

Обратное развитие матки

В послеродовом периоде происходит обратное развитие половых органов родильницы: постепенно они возвращаются к своему обычному состоянию (обратная инволюция.)

Полость матки после рождения последа представляет своего рода раневую поверхность, которая очень легко инфицируется бактериями, попадающими в нее из влагалища.

Основным условием предупреждения послеродовых заболеваний является оказание квалифицированной акушерской помощи с соблюдением строжайших мер асептики и антисептики.

Тотчас после родов дно матки стоит на уровне пупка; с каждым днем после родов матка уменьшается и опускается все ниже. Так, в 1-й день после родов дно матки находится на уровне пупка, на 2-й день — на том же уровне, на 3-й — на поперечный палец ниже пупка, на 4-й — на 2—3 поперечных пальца ниже пупка, на 5-й — на половине расстояния между пупком и лоном, на 6-й — еще на 1—2 поперечных пальца ниже, на 7-й — выше лона на 3 поперечных пальца, на 8-й — на 2 поперечных пальца. Постепенно, к 10—12-му дню после родов, дно матки скрывается за лоном.

Измерение в сантиметрах высоты стояния дна матки над лоном показало, что в каждый следующий после родов день длина матки уменьшается примерно на 1 см.

Измерять высоту стояния дна матки необходимо при опорожненном мочевом пузыре; наполненный мочевой пузырь отодвигает дно матки кверху, вследствие чего может создаться непра-

вильное впечатление о сокращении матки. Эта деталь чрезвычайно существенна, и ее не следует забывать; сестра должна позаботиться, чтобы к началу врачебного обхода все родильницы обязательно помочились. Уменьшаясь в длину, матка уменьшается постепенно и в поперечнике.

Лохии

Процесс заживления и восстановления слизистой оболочки матки сопровождается отделением большого количества «раневого» секрета, который носит название послеродовых очищений, или лохий.

Первые 4 дня после родов лохии имеют кровяной характер, затем они постепенно бледнеют вследствие уменьшения примеси крови и приобретают серозно-квянистый характер. С 10-го дня после родов примесь крови совершенно исчезает и лохии становятся бледными; к концу послеродового периода, т. е. на 5—6-й неделе, лохии совершенно исчезают. Таков характер лохий при нормальном течении послеродового периода.

Необходимо обращать внимание и на запах лохий. Если присоединяется какая-либо гнилостная инфекция, запах становится иногда зловонным («лохии с запахом»). Запах лохий может зависеть также от разложения остатков оболочек, задержавшихся в полости матки.

В течение первых нескольких дней после родов нередко отмечаются болезненные маточные сокращения. Послеродовые схватки могут быть разной интенсивности, достигая нередко чрезвычайной болезненности, чаще у повторнородящих. Сокращения матки особенно энергичны и нередко очень болезненны во время кормления ребенка. У кормящих грудью матерей процесс обратной инволюции протекает лучше, чем у не кормящих. При очень болезненных и часто повторяющихся послеродовых схватках можно назначать как болеутоляющее антипирин (по 0,5 г, 1—2 порошка в день); в некоторых случаях дают эффект свечи с опиумом или белладонной.

Матка в течение нормального послеродового периода имеет плотную консистенцию.

Мочепускание и стул

Обычно женщины после родов мочатся самостоятельно. Иногда самостоятельное мочеиспускание после родов затруднено вследствие того, что уретра была долго прижата проходящей головкой. Затрудненное мочеиспускание может быть объяснено и разможжением тканей, окружающих уретру, и резкой болезненностью глубоких трещин слизистой обо-

лочки входа во влагалище, которые раздражаются протекающей мочой.

В случаях длительной задержки самостоятельного мочеиспускания рекомендуется ввести под кожу 1 мл питуитрина; внутрь назначают уротропин по 0,5 г 3 раза в день. Если мочеиспускание остается и дальше затрудненным, рекомендуется отвар медвежьего ушка (*Decocti fol. Uvae ursi ex 6,0* на 200,0 по 1 столовой ложке через час).

Никогда не следует торопиться с катетеризацией мочевого пузыря, так как при этом можно занести инфекцию в пузырь. Прибегать к катетеризации нужно лишь при длительной задержке мочеиспускания, растяжении мочевого пузыря и болях. Следует пользоваться металлическим катетером (рис. 115), предварительно продезинфицировав наружные половые органы. Катетеризацию сестра может делать только по назначению врача.

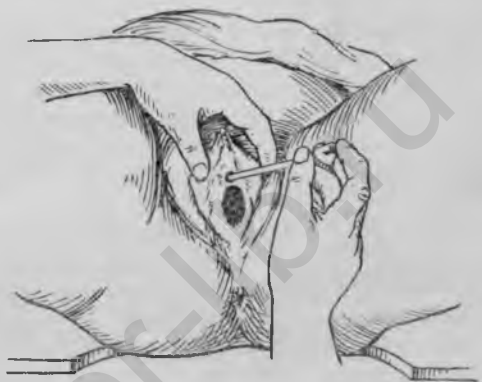


Рис. 115. Введение катетера в мочеиспускательный канал.

В послеродовом периоде затруднена также и самостоятельная функция кишечника; в лежачем положении родильницы самостоятельный стул бывает редко, особенно если не проводится послеродовая гимнастика. Обычно в этих случаях на 3-й день после родов или очищают кишечник слабительным (*Magnesiae sulfuricae, Natrii sulfurici*, по 15 г на прием), или ставят очистительную клизму.

Температура и пульс

Температура измеряется 2 раза в день в подмышечной впадине и в норме не должна превышать 37° . Нормальный пульс 72—80 ударов в минуту, хорошего наполнения. Температуру и пульс сестра заносит в температурную сетку, имеющуюся при истории родов. Температура и особенно пульс родильницы — это два основных показателя характера течения послеродового периода. Частый пульс до 100 ударов в 1 минуту, даже при нормальной или субфебрильной температуре ($37,3—37,5^{\circ}$) заставляет предполагать наличие послеродовой инфекции. Понятно, что при высокой температуре вопрос о послеродовой инфекции почти не подлежит сомнению.

Уход за родильницей

При уходе за родильницей, в чем бы он ни выражался, необходимо прежде всего оградить родильницу от занесения инфекции в половые органы и молочные железы руками ухаживающего персонала, руками самой родильницы, инструментами, бельем, судном и всем, с чем соприкасается родившая женщина, а также путем капельной инфекции (во время чихания, кашля, разговора).



Рис. 116. Подмывание родильницы. В левой руке сестра держит пинцетом запасные стерильные шарики. Няня поливает из кувшина кипяченую воду, кувшин не касается ни бедер, ни живота родильницы.

Все зависит от организации как работы в послеродовом отделении, так и ухода за каждой родильницей, от квалификации ухаживающего персонала (сестры и санитарки), от соблюдения им правил личной гигиены и от правильного режима работы отделения. К работе в послеродовом отделении необходимо относиться очень серьезно и помнить о возможности распространения инфекции. Даже простое подмывание родильницы, если оно сделано без строжайшего соблюдения правил асептики и антисептики, может стоить человеческой жизни.

Каждая мелочь в уходе за родильницей должна быть прежде всего проверена с точки зрения асептики и антисептики.

Если роды принимались на специальной кровати, то часа через два после их окончания сестра, тщательно вымыв руки, подмывает теплой кипяченой водой, держа корнцангом стерильную вату или, лучше, стерильную марлю, наружные половые органы родильницы (рис. 116), а затем обсушивает их сухой сте-

рильной ватой. Родильнице надевают чистую рубашку и чистую кофточку, осторожно перевозят ее на каталке (или переносят на руках) в послеродовое отделение и укладывают на заранее приготовленную кровать. Если родильница остается лежать в той же кровати, где она рожала (роды на дому), необходимо сменить как нательное, так и постельное белье.

В первые часы после родов нужно следить за сокращениями матки, за количеством выделяющейся крови и за общим состоянием родильницы. Если матка склонна к расслаблению, дают внутрь порошок спорыньи в дозе 0,5 г или вводят под кожу 1 мл 10% раствора эрготина; на низ живота кладут пузырь со льдом.

Хорошее сокращение матки в первые 2 дня после родов является необходимым условием нормального течения послеродового периода; об этом нужно помнить и этого необходимо добиваться. В хорошо сократившейся матке сокращается просвет сосудов, в результате чего прекращается кровотечение и прекращается доступ инфекции из полости матки в кровеносные сосуды.

Необходимо помнить, что в родильном доме несоблюдение медицинской сестрой и санитаркой правил личной гигиены, как и несоблюдение строжайшей асептики и антисептики при уходе за родильницами, угрожает распространением инфекции среди них. Подмывая женщину без должного соблюдения асептики, можно ее инфицировать; точно так же, если подмыть одну родильницу и, не вымыв тщательно рук, приступить к подмыванию другой, можно внести в ее половые органы инфекцию. Две женщины с совершенно нормально протекающим послеродовым периодом могут быть опасны друг для друга, если выделения одной попадут в половые органы другой. В лохиях всегда есть микробы; при попадании этих микробов в другой организм повышаются их заразные свойства. Этим и обуславливается важность чистоты предметов ухода в родильном доме, в первую очередь судна, которое должно быть отдельным для каждой родильницы. Судно надо тщательно мыть и притом каждое отдельно; после выписки родильницы судно необходимо прокипятить.

При уходе за родильницами второго (сомнительного) отделения сестра должна быть еще осторожнее. Во второе отделение, как указывалось выше, поступают женщины, представляющие опасность в смысле заражения. Однако это не значит, что родильницы второго отделения безопасны друг для друга. Наоборот, опасность переноса инфекции здесь больше, чем в нормальном отделении. В сомнительном отделении у одной женщины может быть ангина, у другой — грипп, у третьей — сифилис, у четвертой — фурункулез, у пятой — гнойные выделения и т. п. Понятно, что при отсутствии должного опыта в уходе и надлежащей изоляции больных все эти родильницы представляют большую опасность друг для друга.

Цикличность заполнения послеродовых палат имеет в виду помещение в одну палату родильниц одновременно (1—2 суток) после родов. Такое заполнение имеет большие преимущества: оно облегчает проведение туалета родильниц, позволяет выписать их почти одновременно и освободить палату. Таким образом, каждые 9—10 дней палата длительно проветривается и убирается и следующая группа родильниц поступает в свежуюбранную палату.

Два раза в день, в 6—7 часов утра и в 4—5 часов дня, производится туалет половых органов родильницы — так называемая у б о р к а.

Раннее начало туалета вызывается в большинстве случаев условиями работы стационара. Там, где можно, необходимо начинать утреннюю уборку позднее и предоставить родильницам больше времени для отдыха.

От техники и чистоты проведения уборки зависит нередко судьба родильницы. Чистые, вымытые, как для хирургической операции, руки (лучше в перчатках), стерильный материал, уборка не руками, а с помощью прокипяченных корнцангов или длинных пинцетов, кипяченая вода с примесью дезинфицирующего раствора, чистое белье — вот что необходимо для правильного проведения уборки.

Перед каждой уборкой определяют температуру и пульс родильницы, а затем подмывают ее. Предварительное измерение температуры и пульса необходимо для выявления заболевших родильниц с тем, чтобы производить их туалет после здоровых.

Каждая родильница во время пребывания в родильном доме имеет свое индивидуальное судно, на котором проводится и подмывание ее.

Перед уборкой сестра стерилизует необходимые инструменты — корнцанги и пинцеты — сразу для нескольких родильниц. Инструменты и барабан с материалом (стерильные ватные шарики-тампоны), медикаменты (йод, спирт и перекись водорода) размещают на покрытом стерильной пленкой столике на колесах, который передвигают от одной родильницы к другой в ходе уборки (см. рис. 93). Необходимо, чтобы родильница перед началом уборки помочилась и, если возможно, имела стул. Клизма всегда ставится до уборки, а уборка проводится уже после того, как женщину прослабит.

Подмывание производится следующим образом (см. рис. 116). Сестра берет в обе руки по стерилизованному корнцангу; одним корнцангом она достает из барабана несколько стерильных ватных шариков, а другим корнцангом, находящимся в правой руке, берет по шарiku из первого корнцанга и обмывает наружные половые органы. При этом движение следует делать исключительно спереди назад, но не обратно, не касаясь руками ни половых органов родильницы, ни ее бедер. Воду поливает

санитарка из специального кувшина или из кружки Эсмарха через стеклянный прокипяченный наконечник. Вода должна быть кипяченая, теплая. Чтобы убедиться в температуре воды, нужно предварительно полить воду из кувшина на собственную руку. Необходимо бороться с порочной привычкой пробовать воду в кувшине пальцем или ладонью; надо хорошо инструктировать санитарок и именно на это обратить их внимание.



Рис. 117. Няня помогает родильнице при мытье рук.

Обмыв половые органы, обсушивают их сухой стерильной ватой, захваченной прокипяченным корнцангом или пинцетом. При первой уборке слегка раздвигают двумя ватными тампонами половые губы и осматривают слизистую оболочку входа во влагалище, но не дальше. Если обнаруживают трещины, то один раз в день при утренней уборке поливают их перекисью водорода (по назначению врача).

Во время подмывания сестра обращает внимание на область заднего прохода, где после родов нередко появляются геморроидальные узлы (шишки). Если узлы болезненны, можно приложить к ним пузырь со льдом, завернутый в стерильную пленку, и вводить в прямую кишку 1 раз в день свечу с белладонной. Иногда приходится прибегать к вправлению узлов; это делает врач.

По окончании подмывания вынимают судно из-под родильницы и меняют подстилку. Необходимо следить, чтобы санитарка (или другая помощница), подкладывающая подстилку с клеенкой, не прикасалась ими ни к себе, ни к кровати, а подложила бы ее прямо под родильницу; сестра, стоящая по другую сторону кровати, захватывает край этой двойной подстилки и подтягивает ее под родильницу.

Затем оправляют постель. Родильница умывается над чистым тазиком (рис. 117), причесывается и надевает на голову косынку. При вечерней уборке продельвается то же самое. Грязное белье родильницы бросают в специальный металлический бачок, но ни в коем случае не на пол.

Никаких влажных спринцеваний в послеродовом периоде делать не надо.

Закончив уборку одной родильницы, сестра и санитарка моют руки и переходят к уборке следующей здоровой родильницы. После уборки родильниц санитарка проветривает и убирает палату.

Судно родильницы, как уже говорилось, должно быть индифферентным; его необходимо содержать в чистоте, каждый раз после пользования промывать проточной водой и раствором формалина или 2% раствором хлорамина. Нельзя ставить судно на пол: оно должно стоять или на специальной скамеечке у кровати, или на прикрепленной к кровати подставке.

Содержимое суден при уборке сливают тут же в палате в ведро — это значительно ускоряет работу. В другое время санитарки должны выносить судна к сливу по одному; если санитарка выносит сразу два судна, особенно нумерованные, она может их перепутать и судна попадут не по назначению.

Уход при швах на промежности.

При наличии швов на промежности подмывание надо проводить осторожно; нельзя тереть ватой область швов; после каждого мочеиспускания желателно облить наружные половые органы кипяченой водой и обсушивать стерильной ватой. При появлении налетов на швах их следует обмывать перекисью водорода и осторожно один раз в день прижигать йодом. Обычно швы снимают на 5-й день. При отеке наружных половых органов применяют стерильные марлевые прокладки, а поверх кладут пузырь со льдом. Но можно ограничиться обычными осторожно производимыми подмываниями и больше ничего не предпринимать — отек постепенно сам проходит.

Уход за молочными железами

Первые 2—3 дня после родов из молочных желез выделяется молозиво, и лишь с 3—4-го дня появляется молоко. Появление молока сопровождается покалыванием и болью в железах, напряжением, чувством жара и тяжести в них; иногда ощущается познабливание.

С 3—4-го дня, когда у родильницы появляется сильное и болезненное нагрубание молочных желез, следует надеть лиф-

чик, поднимающий и слегка сжимающий железы. Иногда врач рекомендует дать родильнице слабительное и ограничить на эти сутки потребление жидкости. Не всегда к 3—4-му дню после родов ребенок при сосании достаточно опорожняет грудь, поэтому в некоторых случаях приходится прибегать к сцеживанию молока рукой или молокоотсосом (см. рис. 119 и 120).

Секреторная деятельность молочных желез зависит от того, кормит ли родильница грудью своего ребенка. Во время кормления грудью отделение молока продолжается в среднем 9—10 месяцев. Если же родильница почему-либо не кормит грудью (смерть ребенка, активный туберкулез у матери и т. д.), то в первые дни молоко отделяется и железы сильно нагрубают, а затем отделение молока уменьшается и совсем прекращается. Молочные железы уменьшаются. Некоторое время отделяется молоко, а потом и оно перестает отделяться. Если родильница не кормит грудью ребенка, то со 2-го дня после родов во избежание резкого нагрубания желез рекомендуется наложить на них давящую круговую повязку с помощью бинта или полотенца или надеть туго застегивающийся лифчик.

Молочные железы должны быть приподняты. Для этого следует носить хорошо скроенный плотный лифчик. Можно использовать в этих целях полотенце; подводят его под молочные железы и туго завязывают спереди, чтобы узел не мешал родильнице лежать в кровати.

В послеродовом периоде большое внимание следует уделять состоянию сосков. Выше мы уже говорили, что чистота сосков тесно связана с чистотой всего тела и что соски во избежание образования трещин надо готовить к кормлению ребенка еще во время беременности. Трещины очень часто появляются в результате неправильного захватывания соска ребенком. Поэтому с первого же прикладывания ребенка к груди матери необходимо, чтобы он захватывал губами весь сосок. Уход за сосками в послеродовом периоде сводится обычно к следующим мероприятиям. Перед кормлением необходимо тщательно вымыть руки и обтереть соски стерильной салфеточкой, смоченной 2% раствором борной кислоты или $1/2\%$ раствором марганцовокислого калия. Лучше иметь для этого стерильную палочку длиной 10 см, на одном конце которой накручен стерильный ватный тампон; пользуясь такой палочкой, родильница при обтирании совершенно не касается руками соска и молочной железы. В промежутках между кормлениями для смягчения кожи соска применяется борный вазелин или стерильный рыбий жир.

При возникновении трещин сосок можно присыпать пудрой из белого стрептоцида; можно накладывать на него эмульсии из сульфаниламидных препаратов. Применяют также освещение сосков ультрафиолетовыми лучами.

Если трещины на сосках не заживают и мешают кормлению, прибегают к стеклянной накладке с резиновым соском (рис. 118);

каждый раз перед употреблением накладку необходимо прокипятить. Накладка эта удобна и потому, что предупреждает занесение инфекции в молочную железу из полости рта ребенка.



Рис. 118. Стекло-
накладка.



Рис. 119. Сцеживание молока самой
родильницей.

Трещины сосков не только вызывают боли при кормлении, но являются по существу открытыми входными воротами для инфекции, в результате чего может развиваться воспаление молочных желез (мастит) (стр. 168).

Для нормального функционирования молочных желез необходимо, чтобы каждая железа при кормлении опорожнялась полностью; если ребенок не в силах высосать все молоко, остаток следует сцеживать. Сцеживание производится самой матерью после кормления ребенка. Предварительно надо тщательно вымыть руки. Ногти на руках должны быть коротко острижены. Мытье рук и сцеживание молока производятся под наблюдением палатной сестры.

Молоко сцеживают в чистые, специально предназначенные для этого чашки, которые сестры детского отделения подают матерям. Сестры детского отделения собирают чашки, сливают молоко в чистые бутылки и пастеризуют его. Лучше сцеживать молоко сразу в чистую бутылочку (рис. 119).



Рис. 120. Сцеживание молока с по-
мощью прокипяченного молокоотсоса.

При очень тугих и напряженных молочных железах, что встречается преимущественно у первородящих, в первое время приходится иногда пользоваться для сцеживания прокипяченным молокоотсосом (рис. 120).

Пастеризация молока. Бутылочки, наполненные молоком (по 50—100 г), закупоривают стерильной ватой и ставят в кастрюлю с водой на огонь. Вода доводится до кипения; спустя 5—8 минут после начала кипения нагревание прекращают и осторожно, но быстро охлаждают бутылочки. После пастеризации молоко хранится на льду.

Следует отметить, что если у матери повышенная температура, если имеется туберкулез, сифилис и другие инфекционные болезни, а также острые желудочно-кишечные расстройства, их молоко ни в коем случае нельзя собирать и использовать для других детей. Кормить этим молоком мать может только собственного ребенка с разрешения врача.

Стол родильницы

Желательно, чтобы в первый день после родов родильница получала жидкую пищу, а затем можно перейти на обычный стол, избегая лишь трудно перевариваемых продуктов (колбаса, сыр и т. п.). Сестра должна присутствовать при раздаче пищи родильницам и наблюдать за правильным ее распределением. Категорически воспрещается употребление родильницами алкоголя в каком бы то ни было виде.

Палатная сестра обязана строжайшим образом контролировать продукты, передваемые родильницам их родственниками. Запрещается принимать не разрешенные к передаче продукты, так же как и разрешенные, но в большем, чем установлено, количестве. Передача должна быть завернута в чистую салфетку или в чистую бумагу. Надо всегда помнить, что не исключена возможность заноса инфекции и с передачей.

Для ходячих родильниц в родильных домах устроены уютные столовые; такая столовая одновременно является и комнатой отдыха для родильниц.

В послеродовых палатах, как и всюду в родильном доме, необходимо соблюдение строгого лечебно-охранительного режима.

Желательно для ходячих родильниц выделить палату, где они могут кормить новорожденных. В этой палате необходимо иметь рукомойник. По стенам расставляют стулья и скамеечки у каждого стула для ног родильницы. Выделение такой палаты — чрезвычайно существенное мероприятие: оно избавляет новорожденного от лежания на постели родильницы, где он часто инфицируется; позволяет матери тщательнее мыть руки перед кормлением грудью и кормить в удобном сидячем положении; дает возможность медицинской сестре одновременно наблюдать

за процессом грудного кормления и проводить беседу; санитарки могут более тщательно убрать освободившуюся на время кормления палату родильниц.

Если во время родов не было оперативного вмешательства и на промежность не наложены швы, то при нормально протекающем послеродовом периоде (нормальная температура и пульс, хорошее сокращение матки, нормальные лохии, хорошее самочувствие родильницы) матери можно разрешить вставать с 4-го дня после родов. Садиться в кровати позволяют на 3—4-й день. На 5-й день родильница уже может ходить. Такое вставание имеет все преимущества: оно ведет к обратной инволюции матки, отхождению лохий, предупреждает запрокидывание матки кзади и способствует лучшему обмену веществ у родильницы.

Еще лучший эффект достигается, если наряду со сравнительно ранним вставанием проводится послеродовая гимнастика. Рациональная гимнастика является фактором, улучшающим общее состояние родильницы и ускоряющим все процессы обратного развития в послеродовом периоде. Гимнастика в послеродовом периоде должна быть включена как обязательный момент в повседневный режим родильниц.

Послеродовая гимнастика

Занятия гимнастикой проводятся со всеми здоровыми родильницами, начиная с 1—2-го дня после родов. Не занимаются гимнастикой родильницы с повышенной температурой и страдающие общими заболеваниями, при которых гимнастика противопоказана. С родильницами, у которых имеются швы на промежности, следует проводить только дыхательные упражнения.

Гимнастикой занимаются ежедневно утром через час после завтрака; летом — при открытых окнах, зимой — после длительного проветривания палаты. Занятия можно проводить индивидуально с каждой женщиной, однако это требует очень много времени и совсем не обязательно. Лучше проводить занятия коллективно всей палатой, тогда они становятся более оживленными и интересными (см. рис. 129). Гимнастические упражнения имеют целью научить родильниц правильно и глубоко дышать, укрепить мышцы брюшного пресса и тазового дна, активизировать всю мышечную систему и вызвать более оживленное кровообращение. Гимнастику проводит сестра под наблюдением и контролем врача.

Упражнения делаются в медленном темпе, в ритм глубокому дыханию, от 4 до 8 раз каждое, в зависимости от общего состояния женщины, ее реакции на гимнастику и дня занятий. Продолжительность занятия гимнастикой колеблется от 5 до 15 минут.

Очень важно, чтобы каждая выписывающаяся родильница продолжала и дома систематически заниматься гимнастикой.

Гимнастика введена и в систему работы домов матери; здесь родильницы обычно проводят весь послеродовой период, что дает возможность правильно оценить роль гимнастики и выработать еще более рациональный комплекс упражнений.

Приводим комплекс гимнастических упражнений для родильниц.

Первый день занятий

Упражнение 1. Исходное положение лежа на спине, руки вытянуты вдоль туловища. Поднять руки в стороны и вверх (вдох). Соединить ладони вверху; согнув в локтях соединенные руки, опустить их вдоль туловища (выдох).

Упражнение 2. Исходное положение то же. Подтянуть ноги, сгибая их в коленях, ступнями к ягодицам (вдох), вытянуть ноги (выдох) (рис. 121).



Рис. 121. Первый день занятий.
Упражнение 2.

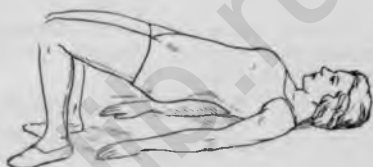


Рис. 122. Первый день занятий.
Упражнение 3.

Упражнение 3. «Полумост». Исходное положение лежа на спине, ноги согнуты в коленях, ступни приближены к ягодицам, руки вытянуты вдоль туловища. Приподнять таз над постелью, опираясь на ступни и плечевой пояс (вдох); опустить таз на постель (выдох). При входе втянуть задний проход, при выдохе — расслабить мышцы (рис. 122).

Упражнение 4. Повторение первого упражнения.

Второй день занятий

Упражнение 1. То же, что и в первый день занятий.

Упражнение 2. Исходное положение лежа на спине, руки вытянуты вдоль туловища. Сгибая ноги в коленях, подтянуть колени к груди (выдох), вытянуть ноги (вдох) (рис. 123).

Упражнение 3. «Полумост».

Упражнение 4. Исходное положение лежа на спине, руки вытянуты вдоль туловища. Повернуться на правый бок, левую ногу согнуть в колене, стараясь прижать его к груди (выдох); ногу вытянуть, не кладя ее на постель (вдох). Повернуться на другой бок и проделать то же с другой ногой.



Рис. 123. Второй день занятий
Упражнение 2.

Упражнение 5. Повторение первого упражнения.

Третий день занятий

Упражнение 1. То же, что и в первый день занятий.

Упражнение 2. Исходное положение лежа на спине, руки вытянуты вдоль туловища. Согнуть ноги в коленях, подтянуть колени к груди (выдох), вытянуть ноги вверх под углом 45° и вытянутыми опустить (вдох).

Упражнение 3. «Полумость».

Упражнение 4. Исходное положение лежа на спине, руки вытянуты вдоль туловища. Опираясь на локти (рис. 124), сесть (выдох); движение начинается с поднимания головы с последующим сгибанием спины; опираясь на локти, лечь (вдох).

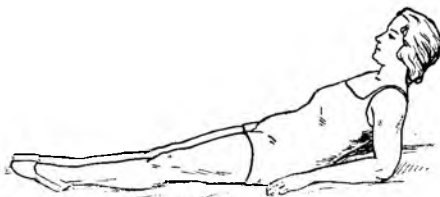


Рис. 124. Третий день занятий.
Упражнение 4.

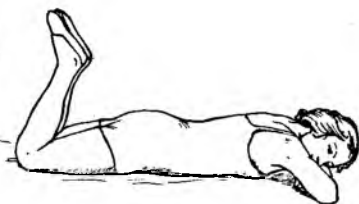


Рис. 125. Третий день занятий.
Упражнение 5.

Упражнение 5. Исходное положение лежа на животе, руки лежат под головой. Медленно согнуть ноги в коленях (вдох); вытянуть ноги (выдох) (рис. 125).

Упражнение 6. Повторение первого упражнения.

Четвертый день занятий

Упражнение 1. То же, что и в первый день занятий.

Упражнение 2. Исходное положение лежа на спине, руки лежат под головой. Согнуть ноги в коленях, подтянуть колени к груди (выдох), вытянуть ноги вверх перпендикулярно постели и вытянутыми опустить на постель (вдох).

Упражнение 3. «Полумость».

Упражнение 4. Исходное положение лежа на спине, руками держаться за бедра. Не опираясь на локти, сесть, наклониться вперед и руками коснуться носков ног (выдох), медленно лечь (вдох) (рис. 126).



Рис. 126. Четвертый день занятий.
Упражнение 4.

Упражнения 5 и 6. Исходное положение лежа на спине. Повернуться на правый бок, согнуть левую ногу, прижимая колено к груди. Не опуская на постель, вытянуть ногу. Повторить 4—6 раз. Повернуться на живот, согнуть ноги в коленях и медленно вытянуть. Повторить 4—6 раз. Повернуться на левый бок, согнуть правую ногу, прижимая колено к груди, вытянуть ногу, не опуская ее на постель. Повторить 4—6 раз и повернуться на спину.

Упражнение 7. Повторение первого упражнения.

Пятый день занятий

Упражнение 1. То же, что и в первый день занятий.

Упражнение 2. Исходное положение лежа на спине, руки вытянуты вдоль туловища. Вытянутые ноги поднять вверх перпендикулярно постели (выдох), медленно опустить на постель (вдох).



Рис. 127. Пятый день занятий. Упражнение 4.

Упражнение 3. «Полумост».

Упражнение 4. Исходное положение лежа на спине. Для рук исходное положение индивидуальное в зависимости от физического состояния женщины: руки могут быть пригнуты к плечам, заложены за голову (рис. 127). Медленно сесть, наклониться вперед, коснуться руками пальцев ног (выдох), медленно лечь (вдох).

Упражнение 5. «Велосипед». Исходное положение лежа на спине, руки лежат вдоль туловища, обе ноги, согнутые в коленях, подняты



Рис. 128. Пятый день занятий.
Упражнение 5.

в воздух. Ноги делают кругообразные движения, подобные движениям велосипедиста, вращающего ногами педали. Дозировка индивидуальная (рис. 128).

Упражнения 6 и 7. То же, что и на четвертый день занятий.

Шестой и седьмой день занятий

Упражнения те же, что и на пятый день занятий, только увеличивается нагрузка путем большего числа повторений. Так как при ряде упражнений, связанных с напряжением брюшного пресса, иногда трудно добиться правильного и глубокого дыхания и наблюдается задержка его, между такими упражнениями дается отдых, во время которого объясняют ошибки; женщина после задержки дыхания всегда делает несколько глубоких вдохов. Благодаря этому пульс после занятий гимнастикой остается таким же, каким он был до занятий.

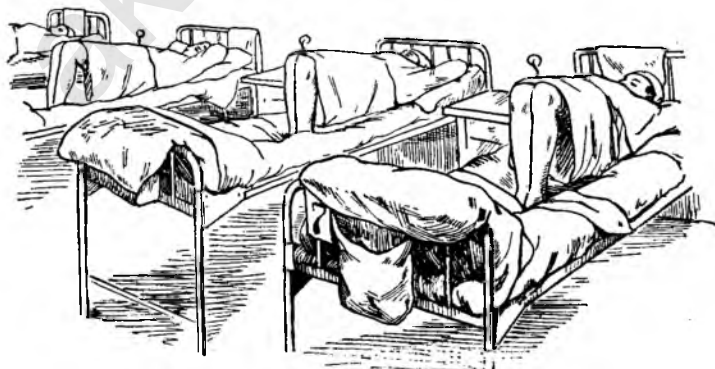


Рис. 129. Общий вид палаты во время занятий гимнастикой.
Родильницы прodelьвают упражнение «полумост».

На основе указанных упражнений составляется комплекс, который выдается женщине в печатном или рукописном виде в день ее выписки домой. Предварительно с выписывающимися проводится беседа, во время которой разъясняется роль гимнастики для женщин вообще и особенно для родильниц.

Изоляция родильниц

Сестра должна уделять особое внимание своевременной изоляции температурающих родильниц в отдельную палату или в наблюдательное отделение. Надо твердо помнить, что пребывание родильницы с повышенной температурой в общей палате угрожает остальным здоровым родильницам и новорожденным. Температурающих родильниц необходимо переводить из палаты вместе со всем постельным бельем. Необходимость изоляции родильницы может быть вызвана не только повышенной температурой. В ряде случаев (например, язвенное воспаление влагалища, зловонные лохии и т. д.) температура может не повышаться, и все же эти женщины представляют опасность для здоровых родильниц и новорожденных.

Если по условиям работы одна сестра обслуживает и здоровых, и изолированных родильниц, необходимо проводить у них уборку в последнюю очередь и в перчатках, а затем менять халат.

Смена белья

Во время пребывания родильницы на койке необходимо по мере загрязнения менять все белье. Подкладные простынки меняют обязательно при каждой уборке, т. е. не реже 2 раз в день; в первые дни после родов, когда выделения значительные, следует менять подкладные простынки 3—4 раза в день (без подмывания). Нательное и постельное белье меняют не реже одного раза в 3—4 дня, пододеяльник, если он не испачкан, каждые 8—9 дней.

После выписки родильницы ее кровать со всеми принадлежностями подвергается тщательной санитарной обработке. Все белье идет в стирку; матрац проветривается в течение суток, а если он с двойной наволочкой, то верхняя сменяется. Кровать и прикроватный столик тщательно протирают горячей водой с мылом, а затем сулемой или 2% раствором хлорамина.

Подкладную клеенку, на которой лежала родильница, тщательно моют горячей водой с мылом, обрабатывают дезинфицирующим раствором (лизоформ в концентрации 2 : 100 или 2% раствор хлорамина) и просушивают. Судно сначала моют, потом кипятят в баке.

Все это проводится при нормальном течении послеродового периода. Если же у родильницы была повышенная температура, то необходимо отдать в дезинфекцию тюфяк, подушки и одеяло.

Во время пребывания женщины в родильном доме врач и медицинская сестра проводят несколько санитарно-просветительных бесед, чтобы ознакомить родильницу с элементарными гигиеническими мероприятиями, необходимыми при уходе за собой и за ребенком. Прежде всего проводится беседа о режиме родильницы в родильном доме; родильницу знакомят с распорядком дня, объясняют целесообразность такого распорядка. Темами дальнейших бесед являются кормление ребенка, уход за ним и за собой после выписки из родильного дома (см. стр. 158).



Рис. 130. Сестра заготавливает материал для стерилизации. В большой барабан уложено белье, в маленький барабан укладывают ватные шарики, тампоны для обмывания сосков, маленькие салфетки.

Санитарную обработку и подготовку палаты для приема новых родильниц производят с 22 до 24 часов. В ночное время санитарки убирают подсобные помещения, моют и кипятят судна.

Сестра, помимо обходов, в течение ночи просматривает записи назначений в историях болезни, заготавливает материал для стерилизации в барабанах (рис. 130) и следит за работой санитарок.

Примерный распорядок дня в нормальном послеродовом отделении

6.00	Пробуждение родильниц
6.00— 6.30	Умывание родильниц. Измерение температуры
6.30— 7.00	Проветривание палат. Первое кормление новорожденных
7.00— 8.00	Первый туалет родильниц. Уборка и проветривание палат. Выполнение назначений

8.00— 8.30	Смена дежурств санитарок
8.30— 9.00	Завтрак
8.30— 9.00	Смена дежурств акушерок
9.00— 9.30	Подготовка к кормлению новорожденных
10.00—10.30	Второе кормление новорожденных
10.30—13.00	Обход врачей. Гимнастика. Выполнение лечебных процедур Санитарно-просветительная работа
12.30—13.00	Подготовка к кормлению новорожденных. Выполнение назначений
13.00—13.30	Третье кормление новорожденных
13.30—14.30	Обед
14.30—16.00	Сон. Проветривание палат
16.00—16.30	Подготовка к кормлению новорожденных
17.00—17.30	Четвертое кормление новорожденных
17.30—18.30	Измерение температуры тела. Второй туалет родильниц. Проветривание палат. Выполнение назначений
18.30—19.00	Ужин
19.00—20.00	Обход дежурного врача. Подготовка к кормлению новорожденных
20.00—20.30	Пятое кормление новорожденных
20.30—21.00	Смена дежурств персонала
21.00—21.30	Чай
21.30—23.00	Сон
23.00—23.30	Подготовка к кормлению новорожденных
23.30—24.00	Шестое кормление новорожденных
24.00	Сон

При таком распорядке дня родильница имеет 6 часов для непрерывного ночного сна и 3 часа для дневного сна, что достаточно для ее отдыха.

Посещение родильниц родственниками во избежание занесения инфекции категорически воспрещается.

Порядок выписки родильницы и новорожденного

При нормальном течении родов, послеродового периода и нормальном состоянии новорожденного родильницу с ребенком выписывают обычно на 9-й день.

Выписку оформляет врач (в колхозном родильном доме — акушерка) во время утреннего обхода. Накануне и в день выписки медицинская сестра беседует с родильницей и дает ей советы, как она должна вести себя дома.

Советы эти заключаются в следующем.

Советы женщине, возвратившейся домой после родов

1. Первый день по возвращении домой провести в постели.
2. Тщательно следить за чистотой тела:
 - а) 2 раза в день мыться до пояса водой комнатной температуры с мылом, обмывая при этом и молочные железы;
 - б) ежедневно мыться дома (под душем) теплой водой с мылом и мочалкой; посещать баню и пользоваться ванной разрешается не ранее 6—8 недель после родов;

в) тщательно мыть руки перед каждым кормлением ребенка и приемом пищи, после уборки помещения, пользования уборной и т. д.; стричь коротко ногти, не покрывать их лаком;

г) утром и вечером подмываться (чисто вымытыми руками) из кружки, чайника и др. теплой водой с мылом, а затем вытирать наружные половые органы специальным полотенцем.

3. Соблюдать гигиену белья и одежды:

а) носить платья из легко моющейся ткани и чаще стирать их;

б) менять нательное белье каждые 3—4 дня и постельное — каждую неделю;

в) на ночь надевать ночную сорочку;

г) носить бюстгальтер, хорошо поддерживающий, но не сдавливающий молочные железы, и менять его ежедневно.

д) носить бандаж в течение 2—3 месяцев после родов.

4. Чаще бывать на свежем воздухе, тщательно проветривать помещение и постельные принадлежности. Убирать помещение влажным способом. Не разрешать курить в комнате, где находится ребенок, не держать в ней собаку или кошку.

5. Соблюдать гигиену питания: употреблять в пищу свежие мясные, рыбные, молочные продукты и овощи. Особенно полезны гречневая и овсяная каша с молоком, кефир, простокваша, варенец, творог, мед, варенье, чай с молоком, фруктовые и овощные соки, ягоды, овощи и фрукты в вареном и сыром виде после обмывания их кипяченой водой. Не разрешается употребление спиртных напитков.

6. Следить за ежедневным опорожнением кишечника.

7. При нормальном протекающем послеродовом периоде возобновить половую жизнь не ранее чем через 8 недель после родов и с разрешения врача женской консультации.

8. Соблюдать дома правильный режим труда и отдыха:

а) в домашнюю работу включаться постепенно;

б) спать не менее 8 часов в сутки и обязательно отдыхать днем;

в) избегать поднимания тяжестей и работы, связанной с большой физической нагрузкой;

г) проводить физкультурные упражнения вначале по схеме, полученной в родильном доме, а затем по указаниям врача женской консультации.

9. Посетить участкового врача женской консультации примерно через неделю после выписки из родильного дома. В случае возникновения каких-либо осложнений (повышение температуры, кровотечение, чрезмерное нагрубание молочных желез, появление в них болей, трещин сосков и др.) немедленно обратиться к врачу женской консультации.

Своевременно заготавливают все необходимые документы — справку о рождении ребенка для загса, обменную карту для представления в детскую и женскую консультации.

Если в состоянии родильницы или ребенка в течение дня выписки обнаружатся какие-либо отклонения (температура тела выше 37°, учащенный пульс, плохое самочувствие), такую родильницу, хотя она назначена к выписке, вторично осматривает врач, а в отсутствие последнего ее задерживают в родильном доме до следующего дня.

Для выписки женщин в родильном доме есть специальная комната, расположенная близко к выходу. Там имеется пеленальный стол, зеркало, два стула, кресло, чтобы родильница могла отдохнуть после переодевания. На стенах комнаты висят таблицы и рисунки, относящиеся к вопросам гигиены родильницы и ухода за ребенком. Родильница в больничном халате

приходит в эту комнату в сопровождении сестры или санитарки; последняя помогает родильнице одеться. Одежду родильницы готовят заранее; ее приносят родственники через специальный вход.

С особым вниманием сверяют историю развития ребенка (его пол, имя, отчество и фамилия матери, номер истории развития) с историей родов матери. Затем сестра детского отделения приносит ребенка.

Сестра раскладывает на пеленальном столе в соответствующем порядке белье, принесенное для ребенка из дому. Сняв белье родильного дома, сестра показывает ребенка матери. С одной ручки сестра снимает браслетку и еще раз сверяет правильность записей в ней. После этого на виду у матери сестра пеленает ребенка и передает его пришедшим за матерью родственникам. В зимнее время ребенка необходимо потеплее завернуть во избежание охлаждения, а еще лучше обложить поверх одеяла двумя-тремя грелками.

Если за родильницей некому придти или она одинокая и об этом известно от сестры социально-правовой помощи, родильница отправляется по месту жительства или в дом матери и ребенка в сопровождении сестры или санитарки.

ПОСЛЕРОДОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И УХОД ПРИ НИХ

Вследствие значительного растяжения мягких тканей родового канала во время прохождения плода нередко возникают трещины слизистой оболочки, надрывы зева шейки матки, разрыв промежности. После отделения детского места от стенки матки в последней остается большая раневая поверхность. Все эти раны могут явиться входными воротами для инфекции.

Вот почему мы подробно останавливались (стр. 126) на значении правильного ведения родов. Строгое соблюдение правил акушерской асептики и антисептики, создание лечебно-охранительного режима являются основой, обеспечивающей нормальное течение послеродового периода. У громадного большинства женщин он проходит без повышения температуры, учащения пульса, озноба и болей.

Если инфекция проникает в разрывы слизистой оболочки влагалища и в матку, течение послеродового периода принимает неправильный характер. При этом наиболее часто наблюдается повышение температуры, сопровождающееся иногда ознобом, учащением пульса. Матка плохо сокращается; во время ощупывания она представляется не твердой, как обычно, а несколько тестоватой; родильница ощущает при этом боль. Лохии, более обильные, чем обычно дольше сохраняют кровянистый характер. Эти явления бывают выражены то более, то менее резко. Иногда имеются налицо все указанные явления, иногда некоторые из них отсутствуют.

В матку может попасть имевшаяся ранее во влагалище инфекция или ее заносят плохо вымытыми руками во время влагалищного исследования, ведения родов и туалета родильниц или инструментами (при оперативных вмешательствах, если инструменты плохо простерилизованы). Инфекция может быть занесена в половые органы также из дыхательных путей (нос и зев) ухаживающего персонала, особенно при наличии насморка, ангины и т. п. Нередко послеродовая инфекция возникает при наличии у женщин очага инфекции (кариозные зубы, гнойники, ангина, гонорея и др.). Поэтому необходимо всесторонне обследовать в консультации каждую беременную и, если при обследовании обнаруживаются какие-либо инфекционные очаги, немедленно приступить к лечению, чтобы своевременно их ликвидировать.

Не всегда инфекция, попавшая в матку в послеродовом периоде, вызывает заболевание. Если женщина не ослаблена, занималась физкультурой во время беременности, правильно использовала предродовой отпуск, вела нормальный образ жизни (прогулки, соблюдение диеты и т. д.), то ее организм в состоянии побороть инфекцию, и заболевание не возникает.

Надо отметить, что в послеродовом периоде повышение температуры даже в пределах $37,2-37,3^{\circ}$ нельзя считать нормальным. Обычно в этих случаях имеется слабо выраженный воспалительный процесс на внутренней поверхности матки, причем общее состояние больных особенно не страдает и пульс почти не учащается. Таких женщин необходимо дольше выдерживать в постели и выписывать лишь тогда, когда температура и пульс в течение 2—3 дней будут совершенно нормальными.

Попавшая в половые органы инфекция может локализоваться на слизистой оболочке влагалища или на внутренней поверхности матки и дальше не распространиться. При этом возможно воспаление влагалища (кольпит, вульва) или воспаление матки (метроэндометрит). В других же случаях инфекция распространяется по всему организму родильницы и вызывает тяжелые формы заболеваний: общее заражение — септицемию, иногда с образованием гнойников в подкожной клетчатке или внутренних органах — септикопиемию. При распространенном процессе в послеродовом периоде может возникнуть воспаление стенки вены; образуются тромбы, которые иногда нагнаиваются; такое заболевание носит название тромбофлебита. Бывает тромбофлебит поверхностных и глубоких вен.

Если инфекционный воспалительный процесс ограничивается влагалищем и маткой, больные обычно довольно быстро поправляются. Если же инфекция распространяется за пределы матки, а сопротивляемость организма понижена, болезнь тянется довольно долго, а в тяжелых случаях (септицемия, септикопиемия) иногда приводит к смерти.

Во всех случаях послеродовых заболеваний необходимо стационарное лечение.

При лечении послеродовых заболеваний основным и большей частью решающим является создание для родильницы благоприятных условий, помогающих ее организму справиться с инфекцией.

Исход при тяжелых послеродовых заболеваниях в основном зависит от ухода; терпеливый и внимательный уход за больной, граничащий иногда с самоотверженностью, ведет к тому, что в чрезвычайно тяжелых случаях наступает выздоровление.



Рис. 131. Смена кофточкн. Сестра снимает кофточку со спины через голову родильницы.



Рис. 132. Смена кофточкн. Сестра помогает надеть кофточку.

Из медикаментозных средств обычно назначают сульфаниламидные препараты и антибиотики.

В первую очередь должно быть обращено внимание на правильную уборку больных; уборка имеет целью гигиеническое содержание промежности и прилегающих частей.

Следует еще раз повторить, что уборка больных должна производиться при помощи инструментов, в перчатках, стерильным материалом.

Большое значение имеет содержание в чистоте палат, постели больной и самой больной. Воздух в палатах всегда должен быть чистым, что достигается многократным проветриванием; летом окна можно держать открытыми настежь круглые сутки, но необходимо вставлять в них сетки (чтобы в палаты не залетали мухи). Белье как нательное (рис. 131 и 132), так и постельное (рис. 133 и 134) надо менять не реже чем каждые 4—5 дней. Если больная сильно потеет, белье сле

дует менять еще чаще, особенно рубашки и простыни. Точно так же необходимо часто (4—5 раз в день) менять подстилку, особенно если у больной обильные выделения, независимо от их характера.



Рис. 133. Смена постельного белья. Сестра слегка приподнимает больную, обхватившую сестру за шею; тем временем из-под больной вытягивают в одну сторону простыню.



Рис. 134. Смена постельного белья. Скатанную простыню укладывают на матрасе по одну сторону больной. Больную осторожно передвигают на разложенную половину чистой простыни; после этого разворачивают остальную часть простыни и застилают весь матрас.

Большое значение имеет чистота суден, мытье их после каждого пользования дезинфицирующим раствором и кипячение каждые 5 дней.

Питанию больной, являющемуся частью лечения, необходимо уделять самое серьезное внимание. Пища должна строго соответствовать состоянию больной и содержать достаточное количество витаминов. Она должна быть свежей, вкусно приготовленной, подавать ее следует в горячем виде. Большое значение имеет внешний вид пищи. Грязная тарелка, холодное кушанье, слиш-

ком большая порция — все это сказывается на аппетите больной, как правило, очень плохом. Обычно больные получают пищу 3—4 раза в день. Тяжелобольных следует кормить возможно



Рис. 135. Сестра кормит больную родильницу.



Рис. 136. Накроватный столик для лежащих выздоравливающих родильниц, которые сами в состоянии принимать пищу.

чаще, каждые 3 часа, но давать очень небольшие порции — тогда они съедают больше (рис. 135 и 136).

На питье также следует обратить серьезное внимание. В зависимости от состояния больные могут получать большее или меньшее количество жидкости. Им можно давать чай, слабый кофе, минеральные воды, морс, кипяченую воду в холодном или,

наоборот, в горячем и теплом виде в зависимости от желания больной.

Уход за полостью рта имеет большое значение. При высокой температуре губы и язык сохнут, покрываются корками, налетом. Очищать рот следует после каждого приема пищи, а кроме того, при утреннем туалете больной и вечером, перед сном. Надо осторожно вытирать рот навернутой на палочку ватой, смоченной следующим раствором:

Rp. Boracis —
Glycerini aa 15,0
MDS Для протирания рта

Очень часто больным в послеродовом периоде кладут лед на низ живота. Ухаживающий персонал должен следить, чтобы в мешке (пузыре) был лед, а не вода, чтобы мешок лежал на указанном врачом месте и в течение назначенного времени с определенными перерывами.

Измерять температуру и одновременно подсчитывать пульс следует 2 раза в сутки (иногда чаще по назначению врача), в одно и то же время, лучше всего в 6 часов утра и в 6 часов вечера. Полученные данные заносят в температурный лист, на котором получают две кривые — температурная (черная) и пульсовая (проводится цветным карандашом). На температурном листе под соответствующим числом отмечают все внутривенные вливания, операции, прием сильнодействующих лекарств и т. д. При одном взгляде на такой температурный лист сразу можно получить представление о состоянии больной и методах ее лечения. После каждого приступа озноба немедленно измеряют температуру и полученные данные заносят в историю болезни, а также в температурный лист.

В послеродовом периоде больные длительное время лежат на спине. При этом на костных выступах (лопатки, крестец) вследствие постоянного давления вначале появляется покраснение, а в дальнейшем может наступить поверхностное омертвление кожи с образованием язвы — пролежни. Особенно легко возникают пролежни, если в постели скапливаются крошки хлеба и если простыня недостаточно разглажена и на ней образуются складки. Во избежание пролежней нужно тщательно следить за чистотой постели и тела больной (тщательное разглаживание складок рубашки и простыни, стряхивание крошек, обтирание тела камфарным спиртом, водкой пополам с водой, ароматическим уксусом, одеколоном и т. п.). Возникновение пролежней, если причина их не обусловлена характером заболевания (например, поражение головного или спинного мозга), является результатом плохого ухода за больной.

В тех случаях, когда, несмотря на все принятые меры, пролежни появились, следует смазывать их мазью Вишневского или камфарным спиртом, или крепким раствором марганцовокислого

калия (10%). Пораженный участок покрывают стерильной марлей, которую меняют не менее 5—6 раз в сутки, во всяком случае после каждого испражнения и мочеиспускания.

При тромбозах нижних конечностей необходимо придать больной ноге приподнятое положение. Достигается это двояким путем: в ножном конце кровати либо устанавливают под матрац специальную раму в виде треугольной подставки во всю ширину кровати, либо подкладывают сложенный вдвое матрац или подушку. Тогда ноги больной будут находиться в приподнятом и неподвижном состоянии. Лучше подкладывать матрац или подушку: при таком способе лежать менее утомительно, чем если ноги приподняты с помощью подставки. Кроме того, при подкладывании подушки или матраца сохраняются незаметные на глаз движения в суставах; это предупреждает анкилоз (неподвижность или тугоподвижность суставов).

Больной тромбозом следует чрезвычайно осторожно подкладывать судно, менять простыни и подстилки. Наилучшим способом считается следующий. Под таз больной подводят широкое полотенце либо подстилку; санитарки, стоя по бокам от больной, поднимают кверху концы полотенца или подстилки и таким образом несколько приподнимают таз; в это время под больную подставляют судно или меняют ей подстилку. После этого больную медленно и осторожно опускают на место. Вынимать судно можно, не поднимая больную. Больная должна лежать, несколько раздвинув ноги. Если требуется поднять ногу больной, лучше всего осторожно взять одной рукой пальцы, а другой — пятку и таким образом поднимать всю ногу.

Если такой больной надо поставить клизму, то следует всегда брать мало воды, а кружку поднимать не выше 1 м над уровнем кровати. Вода при этом входит в прямую кишку медленно и кишка не очень раздувается, вследствие чего давление на пораженные вены малого таза будет не слишком большим.

При тромбозе бедренных вен, как указывалось, накладывается повязка с мазью Вишневского. Ногу бинтуют не туго в направлении от пальцев к бедру. Широко применяются также пиявки.

Если в малом тазу имеется гной, прибегают к операции вскрытия заднего свода (задняя кольпотомия). В целях облегчения стока гноя после операции поднимают головной конец кровати; для этого используют низкую табуретку или специальные подставки под обе ножки кровати.

При воспалении легких или образовании в них абсцесса больная должна находиться в полусидячем или близком к нему положении. Достигают этого тем, что устанавливают под подушкой подставку (на всю ширину кровати) или кладут в изголовье 3—4 подушки. В таком положении больной гораздо легче дышать.

Следует подчеркнуть, что уход за больными с послеродовыми заболеваниями составляет часть лечебных мероприятий. Строгое

выполнение всех назначений врача, внимательное наблюдение за больной и выявление каждого, на первый взгляд незначительного, изменения в ее состоянии, тщательный, вдумчивый уход, создание обстановки, при которой больная не чувствовала



Рис. 137. Первая ванна больной, выздоравливающей после тяжелого и длительного послеродового заболевания. Первый момент. Сестра опускает ноги больной в ванну.



Рис. 138. Второй момент. Взяв больную подмышки, сестра помогает больной опуститься в ванну.



Рис. 139. Третий момент. Больная сидит в воде, погрузившись до половины грудной клетки. Сестра сзади поддерживает больную.

бы себя забытой, обеспечение психического покоя — все это исключительно важные условия, способствующие выздоровлению больной.

Когда болезненный процесс ликвидирован и больная находится на пути к выздоровлению, ей могут быть назначены различного рода лечебные ванны. На рис. 137, 138 и 139 показано, как сестра должна их проводить.

Уход при мастите

При появлении затвердений в молочной железе и особенно покраснения, сопровождающихся повышением температуры, необходимо немедленно туго забинтовать грудь, приподняв ее вверх и прижав к грудной клетке (рис. 140 и 141), а поверх такой повязки положить холод (пузырь со льдом). Кормление грудью прекращают не менее чем на 12 часов. По истечении этого срока разбинтовывают грудь, сцеживают молоко и снова накладывают



Рис. 140. Бинтование молочной железы при мастите.



Рис. 141. Забинтованная молочная железа.

повязку еще на 12 часов. Если после этого явления воспаления (боли, температура) стихают, прекращают применение холода и продолжают кормить ребенка этой грудью через накладку.

Если воспалительный процесс в молочной железе прогрессирует — усиливается болезненность, припухлость, покраснение, температура остается высокой, появляется припухлость и болезненность в подмышечных железах, — то развивается г р у д н и ц а (мастит), воспаление молочной железы. В таких случаях назначается масляно-бальзамический компресс (по Вишневскому). Он готовится, как обычный компресс, только вместо воды применяется мазь.

В компрессе делают против соска «окошко», чтобы можно было кормить ребенка. Окошко после кормления закрывают стерильной марлей, смоченной рыбьим жиром.

При наличии уже флюктуирующего (размягченного) очага прибегают к разрезу (его делает врач).

ГЛАВА X

УХОД ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ

УХОД ЗА ДОНОШЕННЫМ РЕБЕНКОМ

Первый туалет новорожденного проводится в родильной палате на пеленальном столе.

Туалет пуповины

Сестра тщательно моет руки, как для операции, и дезинфицирует их 95° спиртом. Под остаток пупочного канатика она подкладывает сухую стерильную марлю и на пуповину на рас-



Рис. 142а. Оставшуюся пупочную культю перевязывают стерильной тесемкой; после смазывания культя йодом покрывают ее снизу и сверху стерильной марлевой салфеточкой.

стоянии 1,5—2 см от пупочного кольца накладывает тесемчатую лигатуру или пупочный зажим. Взяв пинцетом стерильную вату, сестра смачивает ее 95° спиртом, протирает участок пуповины над лигатурой и отсекает стерильными ножницами пуповину над лигатурой так, чтобы осталась культя длиной 4—5 см. После этого следует смазать поверхность разреза 10% настойкой йода.

наложить сухую стерильную повязку из 2—3 марлевых салфеток без ваты (рис. 142 а и 142 б) и прибинтовать.

Если пользуются скобками Роговина, то отрезают пуповину почти по краю скобки.

Стерильная марля, вата, лигатура, бинт и помазок для йода заготавливаются заранее для каждого ребенка отдельно в индивидуальном пакете.

Туалет пуповины является ответственным моментом в работе сестры. Здесь все решает асептика и антисептика. Малей-



Рис. 142б. Прибинтовывание пуповинной культи стерильным бинтом.

шее упущение в этом отношении грозит внесением инфекции в сосуды пупочной культи; отсюда и начинается пупочный сепсис.

Дополнительно к браслеткам на руках надевают поверх одеяла медальон с номером истории болезни и кровати матери.

При первом туалете и в дальнейшем необходимо согреть новорожденного; для этого пользуются либо большой грелкой, на которой пеленают ребенка (при этом надо помнить о возможности ожога и не допускать его), либо согревательной лампой, либо производят пеленание на специальном обогреваемом столе.

Туалет кожи

Стерильной ватой, смоченной стерильным вазелиновым или растительным маслом, осторожно снимают с кожи ребенка первородную смазку в местах наибольшего ее скопления — в складках шеи, подмышками и в паховой области. Стерильное масло заготавливается в небольших флаконах, лучше с притертой пробкой.

Измерение роста и веса

После описанного туалета внимательно осматривают ребенка и измеряют его рост (рис. 143 а). Отмечают наличие и состояние родовой опухоли, недостатки развития и уродства (например,



Рис. 143а. Измерение длины новорожденного на специальном ростомере. Няня придерживает головку ребенка у неподвижного края ростомера, сестра одной рукой вытягивает нижние конечности, другой — приближает вплотную к ступням подвижной конец ростомера.



Рис. 143б. Измерение окружности головки новорожденного.

заячья губа, волчья пасть, отсутствие заднепроходного отверстия). Затем измеряют окружность головки (рис. 143 б) сантиметровой лентой, проведенной спереди через переносицу и сзади через затылочный бугор (34 см). После этого ребенка взвешивают (см. рис. 154), а затем пеленают.

Пеленание

В первые дни при пеленании покрывают пеленкой и головку, и руки; в дальнейшем при пеленании надевают распашонку, кофточку, подгузник и заворачивают ребенка в одеяло (рис



Рис. 144. Пеленание новорожденного.

Первый момент — новорожденный в распашонке, под ним лежит подгузник, два угла которого протянуты между ногами. Ниже подгузника лежит пеленка, а под ней — одеяло.



Рис. 145. Пеленание новорожденного. Второй момент — правый наружный угол подгузника туго завернут вокруг живота; то же проделывают и с левым углом.



Рис. 146. Пеленание новорожденного. Третий момент.

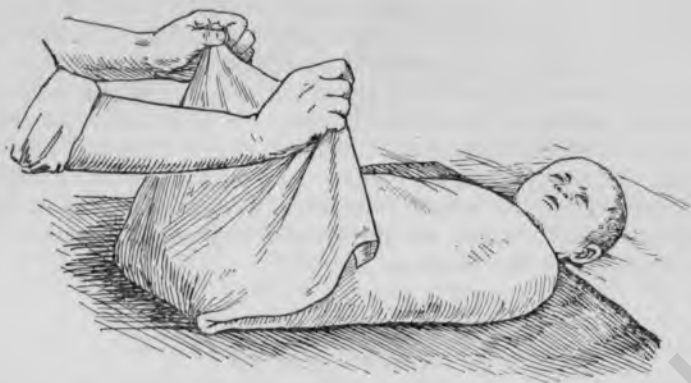


Рис. 147. Пеленание новорожденного. Четвертый момент.



Рис. 148. Пеленание новорожденного. Пятый момент — нижний конец пеленки накидывают сверху, а края подводят под спину.

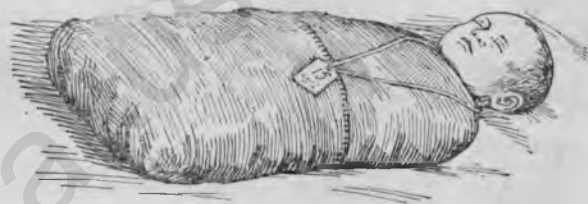


Рис. 149. Новорожденный, завернутый в одеяло.

144—149); руки остаются свободными. Ребенка укладывают на бок, чтобы при срыгивании он не захлебнулся; в первые сутки ребенок иногда срыгивает большое количество заглотанных им околоплодных вод. Подушку под головку ребенка не подкладывают. К ногам рекомендуется положить грелку (не слишком горячую), так как за время туалета ребенок несколько охлаждается.

После первого туалета ребенка оставляют в родильной комнате на 2—3 часа, а затем передают в детское отделение.

Принимая новорожденного, сестра детского отделения сверяет номер на медальоне ребенка и на обеих браслетках, имя, фамилию матери и пол новорожденного с данными записи в истории родов и истории развития ребенка, устанавливает, в каком состоянии находится ребенок (активный, хороший крик или наоборот). После этого сестра делает в истории родов запись: «Приняла мальчика (девочку), месяц, число, час поступления в детскую, в хорошем состоянии» и подписывается. Такая же проверка производится и в тех случаях, когда ребенка переводят в другое отделение и когда его выписывают домой.

Родовая опухоль и кефалогематома

Продвигающаяся по родовому каналу головка плода, преодолевая препятствия, несколько изменяет свой внешний вид. Так как кости черепа не сращены и поэтому относительно подвижны,



Рис. 150. Родовая опухоль, расположенная в области тазовых костей.



Рис. 151. Кефалогематома. Опухоль расположена на одной кости и не переходит за ее края.

то при сжатии головки одна кость несколько заходит на другую, вследствие чего изменяются форма и размеры головки (конфигурация головки). В результате длительного стояния головки в костном кольце входа таза и плотного обхватывания ее этим кольцом образуется подкожный отек на головке — родовая опухоль (рис. 150).

Кроме родовой опухоли, на головке родившегося плода может быть опухоль другого происхождения. При суженном тазе, например, когда головка с большим трудом и очень долго продвигается через костное кольцо таза, возможна отслойка надкост-

ницы с кровоизлиянием между костью черепа и отслоившейся надкостницей. Такое же кровоизлияние может быть при извлечении плода щипцами. Такая опухоль называется кровяной, или кефалогематомой (рис. 151). Кефалогематома в отличие от родовой опухоли не переходит за черепной шов, в то время как родовая опухоль может распространяться на две и даже три черепные кости.

Необходимо помнить, что нельзя трогать опухоль, мять ее, давить, массировать; она рассасывается сама. Обычно родовая опухоль проходит через несколько дней после родов; кефалогематома исчезает медленнее и иногда держится около месяца.

Постель ребенка

В родильном доме каждый ребенок имеет отдельную кровать под одним номером с кроватью матери. Дома у ребенка также обязательно должна быть отдельная кровать. Мать ни в коем случае не должна укладывать ребенка с собой; это негигиенично и опасно, так как заснувшая мать может придавить ребенка. В домашних условиях, если нет отдельной кровати, ее может заменить обычная чистая бельевая корзина, застеленная чистым холстом и поставленная на две связанные одна с другой табуретки. В корзину кладут чистый тюфяк в наволочке, поверх клеенку, простынку и небольшую подушечку. Необходимо уничтожить люльки, изжить качание ребенка, дать ему больше свежего воздуха. Нельзя свивать ребенка — это нарушает его нормальное развитие.

Уход за кожей

Кожа новорожденного очень нежна и чрезвычайно чувствительна ко всякому, даже легкому раздражению. Поэтому необходимо строго следить за чистотой кожи. Пеленать ребенка следует перед каждым кормлением, меняя при этом пеленку. Перед пеленанием сестра должна тщательно мыть руки.

При загрязнении пеленок необходимо не-



Рис. 152. Подмывание новорожденного. Сестра подмывает ребенка текущей из крана раковины водой в направлении спереди назад.

медленно подмыть ребенка и сменить пеленки. Подмывать ребенка следует проточной теплой водой (температуры 36°), предварительно тщательно вымыв руки. Движения руки должны быть направлены спереди назад, чтобы не занести в половые органы кал из заднего прохода (рис. 152). Обмытый участок осторожно обсушивают пеленкой.

Ягодицы и паховые складки рекомендуется смазывать не ме-

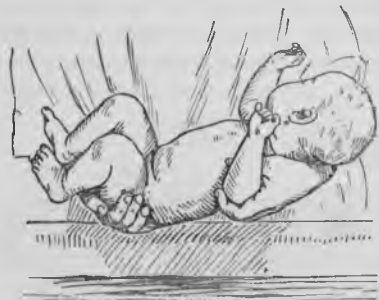


Рис. 153а. Ребенка опускают в ванну. Головка лежит на предплечье сестры.



Рис. 153б. Обмывание спереди.левой рукой сестра держит ребенка за плечо; головка лежит на предплечье.

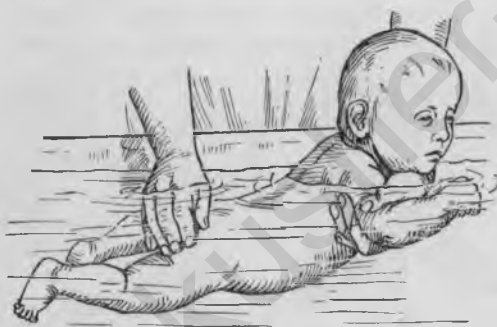


Рис. 153в. Обмывание со стороны спинки. Сестра держит ребенка на своем предплечье; головка опирается на предплечье.

нее 2—3 раз в день стерильным вазелиновым или подсолнечным маслом.

Уход при опрелости.

Прежде всего следует устранить раздражение мочой и калом. Для этого необходимо чаще пеленать ребенка, но не туго, и вместо клеенки употреблять лишнюю пеленку, сложенную в несколько раз. Место опрелости нужно смазывать стерильным вазелиновым

или подсолнечным маслом, или 5% раствором марганцовокислого калия. При появлении на коже гнойничков ребенка немедленно изолируют.

Опрелость — это результат плохого ухода за ребенком. При надлежащем уходе опрелости всегда можно избежать.

Ванны. Как правило, новорожденных в родильном доме не купают, но иногда, при наличии соответствующих показаний, врач назначает ванну. Если пуповина еще не отпала, такую лечебную ванну делают обязательно из кипяченой воды температуры $36—37^{\circ}$, иногда с очень слабым раствором марган-

двоксилого калия, не снимая повязки (рис. 153а — 153в). После ванны разбинтовывают пуповину, заворачивают ее отрезок в смоченную спиртом марлевую салфеточку и снова забинтовывают.

Если пуповина уже отпала, что обычно происходит к 7-му дню после родов, то, выкупав ребенка, пупочную ранку смазывают йодом.

Каждый раз до и после пользования ванну тщательно моют стерильной мочалкой, горячей водой с мылом и протирают раствором лизола.

Измерение температуры и взвешивание ребенка

Температура и изменения в весе являются основными показателями, по которым судят о состоянии новорожденного. Поэтому температуру измеряют ежедневно утром и вечером. Тер-

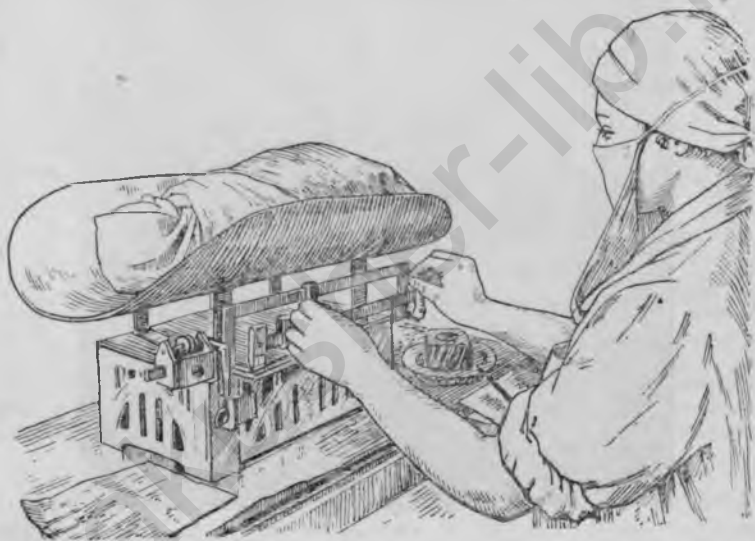


Рис. 154. Взвешивание новорожденного до и после кормления.

мометр вводят в подмышечную впадину на 10 минут; при этом ребенок лежит на боку и его руку придерживают. После употребления термометр тщательно обмывают и хранят в спирту. Перед использованием термометр обтирают стерильной ватой.

Температура у здорового ребенка должна быть не выше 37° .

Взвешивают новорожденного ежедневно во время утреннего туалета (рис. 154). В первые 3—4 дня обычно отмечается падение в весе примерно на 150—200 г (5—6% первоначального веса) — это так называемое физиологическое падение веса. После указанного срока вес начинает нарастать. Если же вес продолжает падать, значит ребенок болен или го-

лоден и за ним необходимо установить особое наблюдение. Для проверки количества молока, высасываемого при кормлении грудью, надо взвешивать ребенка до и после кормления. В родильном доме врач детской комнаты ежедневно осматривает каждого ребенка.



Рис. 155. Заболевшие дети в боксах.

Изоляция заболевших детей

В детской комнате своевременная изоляция заболевшего ребенка нередко решает судьбу остальных. При появлении насморка, кожных сыпей, гнойничков, повышения температуры ребенка необходимо изолировать немедленно, так как в условиях работы в детской комнате каждый час играет огромную роль.

Для изоляции заболевших детей в крупных родильных домах имеется специальная палата с боксами. В небольших родильных домах заболевших детей изолируют в боксы (рис. 155).

Надо помнить, что инфекция может быть перенесена не только от ребенка к ребенку капельным путем, но и ухаживающим персоналом. Поэтому в каждом боксе должен быть отдельный халат, который сестра надевает, входя туда. Выходя из бокса, сестра оставляет в нем халат и, прежде чем войти в другой бокс, тщательно моет руки.

Если все дети обслуживаются одной сестрой, то, как правило, раньше проводят туалет всем здоровым детям, а потом уже идут к больным.



Рис. 156, 157. Здоровых новорожденных на специальной каталке развозят для кормления; дети лежат валетом. Больных детей разносят на руках поодиночке. Для кормления детей подают завернутыми с руками. При пеленании руки освобождают.

Детей, находящихся в боксе, сестры подают матерям для кормления совершенно отдельно от других детей, причем не развозят в специальной каталке, как здоровых (рис. 156), а разносят на руках поодиночке (рис. 157). Очень опасна для ребенка и больная мать (грипп, туберкулез). Если родильница больна гриппом, если у нее покраснение в зеве, кашель, она обязана кормить ребенка в маске. Эта маска ничем не отличается от масок, которые носит персонал акушерского отделения и родильной палаты, и меняется при каждом кормлении.

Кормление ребенка

Первое кормление доношенного новорожденного грудью производится через 6 часов после родов; за этот срок родильница успевает несколько отдохнуть. С первого же кормления надо

научить мать правильно прикладывать ребенка к груди; необходимо, чтобы он захватывал ртом весь сосок, а также часть околососкового кружка. Правильное захватывание ребенком соска предупреждает образование трещин (рис. 158). Во время кормления необходимо следить, чтобы грудь не закрывала нос ребенка и не мешала ему дышать.

Кормление проводится каждые 3—3½ часа (приблизительно за этот срок желудок новорожденного успевает опорожниться)



Рис. 158. Сестра обучает родильницу, как надо прикладывать ребенка к груди.

с обязательным 6-часовым ночным перерывом; слабых детей следует кормить каждые 2½ часа (по назначению врача) и тоже с ночным перерывом в 6 часов.

Кормящая мать должна с первого же кормления придерживаться этого режима; ребенок скоро привыкает к нему и после кормления спит до приближения часа следующего кормления; ночью он спит до утреннего кормления, что обеспечивает ночной отдых и матери.

Перед каждым кормлением мать должна тщательно вымыть руки и обмыть соски стерильным ватным тампоном, захватив его пинцетом, или тампоном на палочке, смоченными 2% раствором борной кислоты или 1% раствором марганцовокислого

калия. Немытыми руками нельзя прикасаться ни к груди, ни к ребенку.

Нельзя класть ребенка на постель матери, не подложив под него чистую пеленку.

Первые 2—3 дня после родов мать кормит ребенка полулежа, затем сидя в кровати. Когда родильнице разрешают ходить, она кормит, сидя на стуле (рис. 159). В дальнейшем она так же кормит дома.

При плоских сосках или при наличии трещин на них, когда кормление чрезвычайно затруднено и болезненно, особенно при втянутых сосках (см. рис. 63), приходится пользоваться стеклянной накладкой с резиновой соской (см. рис. 118). Перед каждым кормлением эту накладку необходимо кипятить.

Во время кормления следует прикладывать ребенка только к одной груди и держать до тех пор, пока он полностью ее опорожнит. Если же ребенок недостаточно энергично сосет и в молочной железе после кормления остается много молока, необходимо сцеживать его руками (см. рис. 119) или в крайнем случае прокипяченным молокоотсосом (см. рис. 120). Чем лучше опорожнена грудь, тем лучше она функционирует. Выяснить, сколько молока высасывает за кормление ребенок, можно путем взвешивания его до и после кормления.

Продолжительность каждого кормления в первую неделю равна 20—25 минутам; позднее при хорошем состоянии ребенка кормление продолжается 15—20 минут.

Нормально развивающийся ребенок высасывает в первые 7 дней от 80 мл до 0,5 л в сутки из такого расчета: в 1-й день — 80 мл, на 2-й день — $80 \times (2-1)$, на 3-й день — $80 \times (3-1)$ и т. д., т. е. 80, умноженное на число дней после рождения минус 1. Таким образом, к 7-му дню ребенок получает $80 \times (7-1)$, т. е. 480 мл. Этот расчет имеет в виду только первые 7 дней. Со 2-й недели суточная потребность ребенка в молоке увеличивается



Рис. 159. Родильница кормит ребенка грудью, сидя на стуле; под ногами обязательно должна быть скамеечка

каждую последующую неделю на 50 мл; так, на 2-й неделе суточная потребность равна 550 мл, на 3-й — 600 мл, на 8-й — 850 мл в сутки.

Суточную норму делят на число кормлений и определяют, сколько молока должен получить ребенок за одно кормление.

Уход за глазами, ушами, носом и ртом

Ребенка умывают каждое утро кипяченой водой.

Глаза ребенку промывают кипяченой водой или 2% раствором борной кислоты. При этом каждый глаз промывают обязательно отдельно и отдельной ватой. Если замечено появление в глазу гнойного отделяемого, необходимо немедленно сообщить врачу; этот глаз промывают во вторую очередь. Промывая глаз, движения надо производить в направлении снаружи внутрь (рис. 160).



Рис. 160. Промывание глаз новорожденному.

Уши (имеется в виду наружный слуховой проход) нужно содержать в чистоте. Наружный слуховой проход у ребенка очень узок, а слизистая оболочка, выстилающая слуховой проход, очень нежна. Поэтому туалет ушей необходимо производить крайне осторожно, только мягкими ватными жгутиками. Если пользоваться каким-либо твердым предметом (спичкой, шпилькой), можно вызвать прободение барабанной перепонки или поранить стенку слухового прохода.

При гноетечении из уха необходимо прежде всего сообщить об этом врачу и тщательно следить, чтобы гной не скопился в наружной слуховой раковине. Это достигается более частым протиранием наружного слухового прохода ватным жгутиком.

Нос грудного ребенка также необходимо содержать в чистоте. Даже небольшие корочки в носу могут затруднять дыхание, вызывая сильное сопение.

Слизистая оболочка носа еще нежнее, чем в наружном слуховом проходе, поэтому все манипуляции в носу следует проводить крайне бережно. Для протирания отверстий носа поль-



Рис. 161. Протирание носа ватным жгутиком, слегка смоченным вазелиновым маслом.

зуются ватными жгутиками, слегка пропитанными вазелиновым маслом. Такое протирание (рис. 161) несколько раздражает слизистую оболочку и вызывает чихание, во время которого отделяются корки.

При сильном насморке необходимо смазывать вазелином кожу под носом, чтобы предохранить ее от раздражения.

Рот протирать не надо — такая манипуляция приносит вред (раздражение слизистой оболочки, занесение инфекции). Молочница, развивающаяся иногда у ребенка во рту, указывает на неправильное вскармливание и плохой уход. При наличии молочницы рекомендуется не протирать рот, а лишь слегка смазывать пораженные места ватным тампоном, смоченным 10% раствором буры с глицерином.

В случае какого-либо заболевания новорожденного сестра детской комнаты прежде всего изолирует его и вызывает детского врача, а если он отсутствует, то дежурного врача. Врач принимает соответствующие меры, а при неблагоприятном исходе устанавливает факт смерти и делает соответствующую запись в истории родов и в истории развития новорожденного с указанием дня и часа смерти и ее причины. В колхозном родильном доме это делает акушерка.

Выписка новорожденного

Перед выпиской из родильного дома ребенок должен быть показан матери развернутым. В истории развития новорожденного делается отметка об отклонениях (если таковые имеются) от нормального состояния (опрелости, выделения из пупочной ранки). Мать при этом должна получить все необходимые указания по уходу за ребенком. Обычно такой осмотр проводится в виде беседы в присутствии группы выписывающихся родильниц. Сестра объясняет родильницам, в какую консультацию им обращаться за советами в дальнейшем. Если ребенок по тем или иным причинам нуждается в медицинском наблюдении с первых же дней по прибытии домой, родильный дом заранее сообщает о нем в детскую консультацию, которая и устанавливает специальный патронаж.

При выписке матери даются следующие советы по уходу за новорожденным и его вскармливанию.

1. Не трогать повязку на пупочной ранке — перевязку сделает патронажная сестра.
2. Не купать ребенка до разрешения врача детской консультации.
3. Проводить туалет ребенка перед каждым кормлением: подмыть его теплой водой, осторожно вытереть насухо и смазать складки кожи и ягодицы растительным или вазелиновым маслом.
4. Кормить ребенка в те же часы, что и в родильном доме. в дальнейшем руководствоваться указаниями врача детской консультации.
5. При кашле, насморке закрывать свой нос и рот марлевой повязкой во время кормления ребенка и ухода за ним.

6. Не целовать ребенка в губы и лицо.
7. Содержать кровать, белье и все предметы ухода за ребенком в чистоте и порядке. Пеленки и белье после стирки и кипячения проглаживать горячим утюгом.
8. Организовать дома уголок ребенка — кровать, столик для пеленания, шкафчик для белья и предметов ухода.
9. Проветривать чаще комнату и постельные принадлежности ребенка.
10. В случае заболевания ребенка вызвать врача из детской консультации.

Все сведения о дальнейшем режиме, уходе за собой и ребенком родильница получает у врача в женской и детской консультации.

В последнее время практикуется выписка ребенка только после осмотра его участковым педиатром. Такой порядок создает преемственность в наблюдении за ребенком после его выписки домой.

Доношенный ребенок выписывается из родильного дома с матерью не ранее 9-го дня и лишь при нормальной температуре, нормальном весе и общем состоянии. Недоношенные дети остаются дольше (см. стр. 186).

На истории развития новорожденного при выписке его расписывается дежурная сестра и мать ребенка.

Примерный распорядок дня отделения (палаты) новорожденных

5.30— 6.30	Измерение температуры тела. Подготовка детей к первому кормлению
6.30— 7.00	Первое кормление детей. Первая уборка палат, проветривание
8.30— 9.30	Подготовка детей ко второму кормлению
10.00—10.30	Второе кормление детей
10.30—12.30	Осмотр детей врачом. Выполнение назначений
12.30—13.00	Подготовка детей к третьему кормлению
12.30—13.30	Посещение врачом матерей
13.00—13.30	Третье кормление детей. Вторая уборка палат, проветривание
15.30—16.30	Подготовка детей к четвертому кормлению. Выполнение назначений. Измерение температуры тела
17.00—17.30	Четвертое кормление детей
19.00—20.00	Подготовка детей к пятому кормлению
20.00—20.30	Пятое кормление детей. Третья уборка палат. Проветривание
22.30—23.30	Подготовка детей к шестому кормлению. Выполнение назначений
23.30—24.00	Шестое кормление детей

Примечания. 1. Кормление новорожденных грудью матери через $3\frac{1}{2}$ часа, т. е. 6 раз в сутки, рекомендуется только в отношении здоровых доношенных детей, хорошо сосущих, при достаточном количестве молока у матери. Недоношенным, травмированным и слабым детям врач в соответствии с их состоянием назначает индивидуальный режим питания.

2. Педиатр обязан информировать матерей о состоянии здоровья новорожденных. Беседы врача имеют разъяснительный характер; они не должны нарушать покоя матери. Особенно чутко и внимательно следует относиться к матерям заболевших детей и детей с аномалиями развития.

Режим детских палат и личная гигиена ухаживающего персонала

В детских палатах всегда должна поддерживаться температура в пределах 20—22° без резких колебаний. В летнюю жару нужно слегка затемнять окна и проветривать палаты в более прохладные часы суток.

Перегревание, как и охлаждение, вредно отражается на здоровье детей и понижает сопротивляемость инфекции.

Детские палаты должны хорошо вентилироваться. Зимой, когда детей увозят кормить, необходимо открывать форточки и фрамуги. В летнее время следует держать открытыми окна.

Кровати и особенно матрацы подлежат обязательной дезинфекции после выписки каждого ребенка. При отсутствии дезинфекционных камер матрацы развешивают на открытом воздухе: они должны проветриваться не менее 8 часов.

Уборку детских палат проводят регулярно в то время, когда детей увозят кормить. Полы моют горячей водой, мебель протирают влажным способом. Грязные пеленки складывают в баки из оцинкованного железа; баки выносят после каждого пеленания (6—7 раз в сутки) и промывают их дезинфицирующим раствором. Помимо каждодневной уборки, в отделении новорожденных устанавливается твердый план циклической уборки палат; после выписки всех детей палату тщательно моют и проветривают не менее суток. Желательно после проветривания проводить облучение детской палаты, мебели и стен на высоте 1,5—2 м над уровнем пола переносной ртутно-кварцевой лампой (расстояние горелки от облучаемой поверхности 60—80 см).

Ежегодно в детских помещениях, как и в прочих помещениях родильного дома, обязательно производится побелка стен.

Детское белье, особенно пеленки и распашонки, должно быть безупречной чистоты. При стирке белье необходимо кипятить, хорошо прополаскивать и тщательно проглаживать с обеих сторон горячим утюгом или же стерилизовать в автоклаве. Пеленки, употребляемые для первого туалета, должны быть стерильными; если такой возможности нет, их проглаживают с обеих сторон очень горячим утюгом. Нельзя сдавать пеленки и детское белье в общую прачечную, где стирается белье других лечебных учреждений, особенно из отделений для больных с гнойными и инфекционными заболеваниями.

Посуду (бутылки, чашки, кружки, стаканы и ложки), соски, шпатели и пр. тщательно моют после каждого употребления и обязательно кипятят. Вода и различные растворы, которые иногда дают ребенку, должны быть только свежеприготовленными, давностью не более суток, и хорошо прокипяченными.

Способ хранения растворов и пользования ими должен исключать возможность их загрязнения, а тем более инфицирования.

Источником инфекции новорожденных может быть также женское молоко, если сцеживание его производится без соблюдения тщательной асептики или если молоко не хранится в надлежащих условиях.

Персонал отделения новорожденных периодически проходит медицинское обследование в соответствии с существующими законоположениями, подвергаясь обязательному осмотру венеролога и фтизиатра (с рентгенологическим обследованием). При повышении температуры, наличии острого катара носоглотки или каких-либо гнойных поражений кожи, глаз персонал не допускается к уходу за новорожденными. Не допускаются к обслуживанию новорожденных и лица, имеющие контакт с инфекционными больными, а также бациллоносители.

Перед вступлением на дежурство акушерки и сестры принимают душ, после чего надевают чистое платье из хлопчатобумажной ткани и свежий халат, чистят и обрезают ногти, тщательно моют руки до локтей щеткой с мылом. Волосы должны быть аккуратно подобраны и закрыты косынкой.

Уход за недоношенным ребенком

Смертность новорожденных в первую неделю их жизни в основном обусловлена смертностью преждевременно родившихся детей, т. е. недоношенных, почему этой группе новорожденных необходимо уделять особое внимание.

Недоношенный ребенок отличается от доношенного рядом внешних признаков. Эти признаки выражены тем резче, чем меньше вес и длина недоношенного ребенка. Недоношенными считаются дети, вес которых при рождении ниже 2500 г (до 1000 г), а длина меньше 46 см (до 36 см).

Обычно отложение подкожного жира у плода происходит в последние месяцы беременности, поэтому недоношенные дети отличаются худобой. Кожа недоношенного ребенка тонкая, местами сморщена (складки); на лице морщины, что придает ребенку старческий вид. Вся кожа обильно покрыта пушковыми волосами. Голова большая, с высоким лбом, грудь узкая, конечности короткие, пупок расположен низко. Ушные раковины свисают вследствие недоразвития хрящей. Мошонка пустая, яички еще не спустились и находятся либо в брюшной полости, либо в паховом канале. У девочек половая щель открыта и малые половые губы выдаются из-за больших губ.

Недоношенные дети очень вялы, неподвижны и большей частью спят; дыхание у них поверхностное, голос тонкий, пискливый.

Помимо отмеченных внешних признаков, у недоношенного ребенка отмечаются расстройства со стороны внутренних орга-

нов. Особые трудности в уходе связаны с пониженной температурой тела (35° и ниже), обусловленной недостаточной выработкой тепла и усиленной его отдачей (отсутствие жирового слоя), что объясняется недостаточной регуляцией, связанной с недоразвитием мозговых центров. Инфекция, являющаяся наиболее частой причиной повышения температуры у доношенных детей, у недоношенных протекает, наоборот, при низкой температуре. Причиной повышения температуры у недоношенных новорожденных часто бывает перегревание (грелками), если ухаживающая сестра недостаточно внимательна.

У недоношенных детей вследствие недоразвития дыхательной системы часто наблюдаются приступы асфиксии — ребенок вдруг начинает очень поверхностно дышать, кожа его синее, дыхание становится судорожным, с длительными паузами. В таких случаях необходима немедленная помощь — горячая ванна (температуры $40-41^{\circ}$), осторожное искусственное дыхание, впрыскивание цититона и вдыхание кислорода.

Как видно из всего сказанного, недоношенный ребенок нуждается в чрезвычайно бережном уходе и наблюдении.

Смертность недоношенных детей может быть снижена еще больше при своевременном проведении надлежащих мер и правильном уходе. В этой ответственной работе решающую роль играет медицинская сестра.

В тех случаях, когда преждевременные роды еще только начинаются, необходимо заранее приготовить две теплые стерильные пеленки и два теплых одеяла. Родившегося ребенка кладут в теплую стерильную пеленку и такой же пеленкой накрывают. Пуповину перевязывают и перерезают только по прекращении в ней пульсации.

Отправляясь в родильный зал за ребенком, сестра должна положить в его кровать грелку.

Туалет недоношенного ребенка

Необходимо проводить эту процедуру осторожно и быстро, избегая охлаждения ребенка. Очень хорошо пользоваться при этом согревательной лампой или подкладывать под ребенка теплые грелки. Во избежание ожога грелки заворачивают в стерильную пеленку, сложенную втрое или вчетверо.

Сестра быстро накладывает бинт на пуповину, осматривает и взвешивает ребенка и измеряет его длину.

Затем она одевает ребенка, пеленает его в нагретое белье и теплое одеяло и укладывает в кувезу — ванну с двойными стенками, между которыми наливается горячая вода температуры $65-70^{\circ}$ (рис. 162), или в электрокувезу (рис. 163). Если специальной кувезы нет, завернутого ребенка необходимо обложить в кровати грелками (рис. 164), а если и грелок нет, то бутылками

с горячей водой, хорошо закупоренными. Постель недоношенного ребенка должна быть заблаговременно согрета.

В крупных родильных домах для недоношенных детей выделяются специальные палаты, соответствующим образом оборудованные.



Рис. 162. Недоношенный ребенок лежит в кювезе.

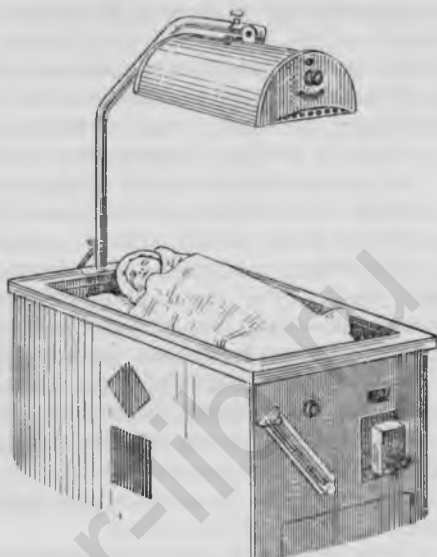


Рис. 163. Электрокювеза.

дованные, а в небольших родильных домах часть палаты, отгороженная застекленной перегородкой. Температура в палате для недоношенных детей должна быть не ниже 22° и не выше 24° при условии хорошей вентиляции. Для поддержания достаточной влажности воздуха в палате ставят несколько открытых сосудов с водой.

Палата должна быть хорошо освещена, чтобы можно было своевременно заметить появляющийся у ребенка цианоз, необходимо иметь наготове кислородные подушки в чистых чехлах.

Если ребенка согревают при помощи грелок или бутылок, сестра обязана следить, чтобы они не подтекали и не вызывали ожо-



Рис. 164. Недоношенный ребенок лежит в кровати, обложенный грелками.

га у ребенка. Надо помнить, что недоношенный ребенок не кричит даже при ожоге. Обычно температура в кровати контролируется при помощи комнатного термометра, положенного за одеяло на грудь ребенка. Белье недоношенного ребенка ввиду особой нежности его кожи должно быть мягким. Надо пользоваться фланелевыми пеленками, фланелевыми кофточками, мягкими шерстяными одеялами. Белье следует нагревать с помощью грелки. Пеленание и врачебный осмотр во избежание охлаждения необходимо проводить при согревательной лампе или на грелке (осторожно!).

Кормление

Кормление недоношенного ребенка следует начинать через 4 часа после рождения; в течение суток его кормят 8—10 раз. В первые дни жизни недоношенный ребенок получает за сутки 200 мл молока на 1 кг веса. Детей, которые хорошо сосут, прикладывают к груди, а не умеющих сосать грудь кормят сцеженным грудным молоком из бутылочки с резиновой соской (рис. 165) или с ложечки. Если же ребенок не умеет сосать, его кормят либо через нос при помощи пипетки, либо через зонд (рис. 166 и 167).

Резиновую соску прокалывают раскаленной иглой; ды-



Рис. 165. Кормление недоношенного ребенка через соску.



Рис. 166. Кормление недоношенного ребенка из пипетки через нос.

рочка должна быть такой величины, чтобы молоко вытекало крупными каплями; молоко должно быть теплое (как парное молоко).

При кормлении с ложечки пользуются маленькой чайной, слегка удлиненной ложечкой. Бутылочку с грудным молоком ставят в посуду с теплой водой; таким образом, молоко во время кормления остается теплым. До и после кормления ребенку дают вдыхать кислород.

Пипетку предварительно следует прокипятить. Набрав в пипетку молоко, пускают его отдельными каплями на верхнюю губу ребенка ближе то к левой, то к правой ноздре, не вводя пипетки в нос.

Для кормления с помощью зонда пользуются мягким резиновым катетером № 13—15; он соединен короткой (4—5 см) стеклянной трубкой с другим катетером, который в свою очередь соединяется со стеклянной воронкой. Можно пользоваться длинным зондом, соединенным с воронкой. Зонд должен быть мягким. Смазав вазелином конец зонда, вводят его через рот (см. рис. 167) в пищевод на глубину 12—13 см без всяких усилий; лучше это сделать

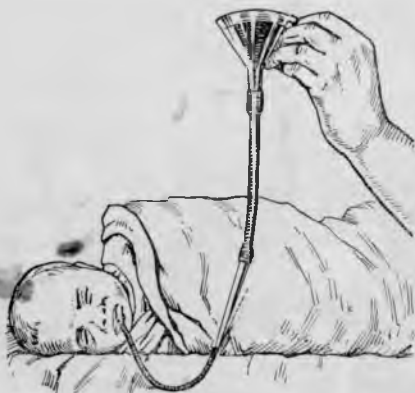


Рис. 167. Кормление недоношенного ребенка при помощи зонда. Зонд вводят в положении ребенка на боку.

во время сна ребенка. Подогретое молоко вливают через воронку непрерывно, чтобы избежать одновременного введения большого количества воздуха. По окончании кормления зонд быстро вынимают. Кормление продолжается 3—4 минуты.

Перед введением зонда и по окончании кормления, когда зонд вынут, ребенку дают вдыхать кислород в течение 10—15 секунд. Особенно важно об этом помнить при кормлении детей, у которых наблюдаются признаки цианоза.

Ребенка, вскармливаемого грудью, необходимо тщательно взвешивать каждый раз до и после кормления.

Недоношенных детей выписывают из родильного дома не ранее 14-го дня. Ослабленных детей, не умеющих сосать, оставляют в родильном доме вместе с матерями и дольше этого срока.

При выписке недоношенного ребенка следует тщательно обучить мать уходу за ним в домашних условиях. Мать должна поддерживать необходимую температуру в помещении, где находится ребенок, должна уметь его кормить. Дома для такого ребенка заблаговременно должно быть заготовлено все необходимое (белье, грелки, термометр, ванночка).

Отправляя ребенка домой, надо принять все меры к тому, чтобы ребенок дорогой не охладился, и потеплее завернуть его.

О каждом недоношенном ребенке за 3—4 дня до его выписки родильный дом извещает детскую консультацию, чтобы патронажная сестра консультации могла заблаговременно создать на дому у ребенка соответствующую обстановку и чтобы установить тщательное наблюдение (врача и сестры) за ребенком с первого же дня его прибытия домой.

УХОД ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ С ВНУТРИЧЕРЕПНЫМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ

Внутричерепные кровоизлияния являются частой причиной внутриутробной смерти плода в родах и одной из наиболее частых причин смертности детей в первые часы и дни после рождения. В большинстве случаев внутричерепные кровоизлияния встречаются у недоношенных детей, а также у детей, матери которых во время беременности болели нефропатией, гриппом и другими острыми инфекционными заболеваниями.

Внутричерепные кровоизлияния, как и кровоизлияния в другие органы плода, связаны с недостаточным развитием сосудистой стенки, с недоразвитием в ней эластических волокон. Подобные кровоизлияния возникают у новорожденных преимущественно при очень затяжных (свыше суток) или, наоборот, чрезмерно быстро протекающих (6—8 часов) родах, при родах с оперативными вмешательствами (наложение щипцов, поворот и др.).

Мелкие множественные кровоизлияния легко возникают при затяжных родах вследствие венозного застоя в сосудах полости черепа; они могут иметь место и во время быстрых родов, когда головка, не успев конфигурироваться, быстро продвигается при энергичных схватках.

В зависимости от места разрыва сосуда и степени кровоизлияния клиническая картина его бывает различной.

При обширных кровоизлияниях, особенно в области жизненно важных центров, смерть ребенка наступает в первые часы или сутки после рождения. Если же кровоизлияния мелкие, то при рождении и даже в первые 2 суток после рождения иногда может и не быть ясно выраженных симптомов, указывающих на кровоизлияние. Они появляются только на 2—3-и сутки. Обычно этому способствуют движения при переносе и пеленании ребенка, при кормлении грудью, в результате чего, возможно, кровоизлияние увеличивается.

Симптомы кровоизлияния. В связи с повреждением центральной нервной системы при внутричерепной родовой травме отмечаются нарушения функций различных органов и систем. Одним из основных симптомов внутричерепной

травмы является расстройство частоты, ритма и глубины дыхания. Частота дыхания иногда доходит до 100 в минуту, оно может быть поверхностным, а в ряде случаев становится неровным или судорожным.

При внутричерепной травме у большинства детей уже с первого дня после рождения отмечается бледность и синюшность кожных покровов.

У доношенного ребенка в первые сутки отмечается резко выраженное возбуждение. Он кричит, не спит, глаза у него открыты, он не сосет. Появляются судороги в виде подергивания отдельных мышц лица, верхних и нижних конечностей; отмечается нистагм, косоглазие. Между приступами судорог ребенок как будто успокаивается, а при появлении следующего приступа вновь начинает кричать, дыхание становится поверхностным, учащенным, возникает приступ асфиксии — посинение лица, а затем и всего тела. Описанные симптомы возбуждения наблюдаются в течение первых 3 суток после рождения, а затем наступает резко противоположное состояние. Ребенок перестает кричать, падает в угнетенное сонливое состояние, перестает глотать; судороги прекращаются, дыхание делается неравномерным, поверхностным, чаще повторяются приступы асфиксии, кожа становится бледной, с синюшным оттенком; ребенок не реагирует на раздражения, конечности все время находятся в состоянии сгибания, их с трудом удается разогнуть; температура тела падает до $35,6^{\circ}$, а в некоторых случаях, наоборот, повышается до $39-40^{\circ}$. Если все описанные симптомы продолжаются более 5 дней, то часто наступает неблагоприятный исход.

У недоношенных детей симптомы кровоизлияния в полость черепа носят несколько иной характер. Периода возбуждения (беспокойство, судороги и т. д.) обычно не бывает; появляется иногда дрожание верхних и нижних конечностей, усиливающееся при дотрагивании до них. С первого же дня жизни ребенок очень вял, не сосет, не глотает, не кричит и все время спит, плохо дышит, часто синеет, тоны сердца у него глухие; он плохо согревается, хотя и обложен грелками, ноги холодные, температура не доходит даже до 36° . Уже в первые сутки появляется склерема (уплотнение кожи на конечностях, лице, спине) и склередема (твёрдый отек кожи).

Однако чаще приходится встречаться с незначительными вначале кровоизлияниями, не дающими при рождении симптомов родовой травмы. Только спустя 2—3 дня и к тому же большей частью вследствие неправильного ухода возникают вторичные кровоизлияния, ухудшающие состояние ребенка. Задача врача и акушерки не только своевременно распознать хотя бы малейшие признаки кровоизлияния, но и предвидеть возможность травм в связи с характером течения родов. Так, например, при родах с наложением щипцов, при родах в ягодичном, лицевом и других неправильных предлежаниях плода, после поворота

при поперечном положении плода, при асфиксии надо предполагать возможность указанной родовой травмы, хотя бы в первый день у ребенка и не обнаруживалось признаков ее. Таких детей необходимо сразу же направлять в специальную палату или бокс. Эта палата должна быть светлой, с хорошей вентиляцией; температуру в ней следует поддерживать не ниже 20° . В палате должно быть наготове все, что может потребоваться при уходе за таким ребенком: кислород в подушках, зонды и пипетки для искусственного вскармливания, стерильный шприц с иглами, кофеин, цититон и лобелин.

При наличии родовой травмы или при подозрении на возможность таковой ребенку с первых минут после рождения создают условия, обеспечивающие покой и нормальное дыхание. Изголовье ребенка должно быть слегка приподнято; не следует туго стягивать его пеленками; руки не должны быть прижаты к грудной клетке.

Туалет ребенка надо проводить в кровати и притом крайне бережно, не делая лишних движений.

Если у ребенка отмечаются судороги, в изголовье кровати подвешивают пузырь со льдом так, чтобы он только слегка касался головы ребенка (рис. 168), к ногам кладут грелку (температура воды не выше 60°). Каждый час ребенку дают вдыхать кислород из подушки через воронку; в это время ребенок должен быть распеленут, чтобы он мог глубже дышать.

Таких новорожденных в течение первых 3—4 дней не прикладывают к груди. Кормление производится в кровати сцеженным грудным молоком, в зависимости от состояния ребенка, через соску, пипетку или через зонд (по назначению врача).

В результате кровоизлияний у новорожденного возможен парез лицевого (отвисание угла рта) или плечевого (свисание руки) нерва, а иногда паралич конечностей. В таких случаях необходимо обеспечить ребенку полный покой и сугубо бережный уход.

При появлении асфиксии необходимо (до прибытия врача) ввести подкожно цититон и давать ребенку вдыхать кислород.



Рис. 168. Подвешивание пузыря со льдом.

Из лекарственных средств при кровоизлияниях применяют: витамин К в виде раствора от 3 до 8 капель 2 раза в день в течение 3—5 дней после рождения. 10% раствор хлористого кальция по 1 чайной ложке 6—8 раз в день до 10-го дня после рождения; витамин С (аскорбиновая кислота) по 0,05 г 2 раза в день, витамин В₁ по 0,0025 г 2 раза в день с глюкозой или грудным молоком (с ложечки).

При общем возбуждении и судорогах рекомендуется давать внутрь люминал по 0,008 г 2 раза в день, при частых судорогах вводят внутримышечно 1 мл 20% раствора сернокислой магнезии.

С целью профилактики пневмонии рекомендуется внутримышечное введение пенициллина по 50 000—60 000 ЕД в сутки на протяжении 3—4 дней.

Самое главное — это бережное, внимательное и умелое обращение с ребенком в первые часы и дни после рождения; в большинстве случаев это предупреждает печальный исход.

АСФИКСИЯ. ОЖИВЛЕНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО

На почве нарушения плацентарного кровообращения, что бывает при длительных родах, прижатии пуповины, преждевременной отслойке детского места, высокой температуре родильницы и некоторых других заболеваниях, у внутриутробного плода вследствие недостаточного снабжения кислородом могут возникнуть явления угрожающей асфиксии. Если это состояние длится сравнительно долго, наступает асфиксия и плод погибает. Начинающаяся внутриутробная асфиксия сказывается прежде всего изменением сердцебиения плода. Вместо нормальных ритмичных 120—130 ударов сердца в минуту прослушиваются глухие тоны, вначале учащенные, а затем, наоборот, замедленные, с нарушением ритма. При угрожающей и начинающейся асфиксии применяются мероприятия по профилактике асфиксии и при надлежащих условиях роды заканчиваются тем или иным оперативным вмешательством (наложение щипцов, разрез промежности и др.).

В целях профилактики внутриутробной асфиксии плода применяется так называемая триада: каждые 5 минут роженице дают вдыхать кислород из подушки; одновременно вводят внутривенно 50 мл 40% стерильного раствора глюкозы или дают выпить горячую воду, в которой растворено 50 г порошка глюкозы или 5 кусков сахара; внутривенно вводят также 1 мл 10% раствора кардиазола. Помимо того, рекомендуется дать роженице внутрь 0,3 г аскорбиновой кислоты. Через 1 час триаду повторяют. Если первое применение триады не дало никакого эффекта, ее повторяют через 10—15 минут и пытаются закончить роды тем или иным оперативным вмешательством.

Различают две степени асфиксии соответственно внешнему виду родившегося ребенка. При асфиксии первой степени, называемой с и н е й а с ф и к с и е й, кожа ребенка синеватого цвета, мышцы расслаблены. Внимательно всматриваясь в левую половину грудной клетки, можно заметить сердечные толчки; приложив пальцы к левой сосковой области ребенка, ощущают сердечные удары.

При асфиксии второй степени, или бледной асфиксии, ребенок рождается бледным, и только губы его слегка синюшны. Головка и конечности свисают, как плети, рефлексов нет, сердечная деятельность резко ослаблена. Бледная асфиксия является наиболее тяжелой.

О ж и в л е н и е н о в о р о ж д е н н о г о. При оживлении новорожденного, родившегося в асфиксии, необходимо строго придерживаться описываемого ниже порядка. Прежде всего нельзя охлаждать ребенка и торопиться с отделением его от матери, так как он продолжает еще некоторое время получать кислород от матери через плаценту. Поэтому роженице дают вдыхать кислород. Ребенка помещают в ванночку с водой температуры 38—39°, установленную на кровати между ногами роженицы (метод Легенченко). Очищают от слизи верхние дыхательные пути, затем легким массажем грудной клетки вызывают дыхательные движения и, наконец, для усиления сердечной деятельности, если отмечается ослабление ее, вводят подкожно 0,3 мл 10% раствора кардиазола.

Д ы х а т е л ь н ы е п у т и о ч и щ а ю т следующим образом: ребенка держат на руках в ванночке лицом вниз, вследствие чего слизь частично вытекает сама; затем в рот ребенка неглубоко вводят сжатый стерильный резиновый баллон и, разжимая его, осторожно отсасывают слизь. Если этого оказывается недостаточно, то слизь отсасывают при помощи баллона через эластический катетер, введенный в трахею. Наружный конец катетера надевают на сжатый резиновый баллон, который, расправляясь, всасывает содержимое верхних дыхательных путей. Если слизи много, то отсасывание приходится производить повторно; для этого вынимают баллон, удаляют из него слизь и на сжатый баллон снова надевают катетер.

При отсасывании слизи из носа баллон в сжатом виде только подносят к ноздрям, не вводя в нос наконечник.

Если у ребенка появляются дыхательные движения, обычно этим и ограничиваются. Никаких поколачиваний делать не следует.

При синей асфиксии этого вполне достаточно, и после удаления слизи в теплой ванне ребенок начинает даже кричать. После этого перевязывают и перерезают пуповину и отделяют ребенка от матери.

При бледной асфиксии описанных мероприятий оказывается недостаточно. Роженица вдыхает кислород. Не отделяя ребенка от матери, очистив, как указано, верхние дыхательные пути от слизи, врач сейчас же вводит в вену пуповины в одном шприце 10 мл 40% раствора глюкозы с 2 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты и 0,3 мл 1% раствора лобелина (В. Н. Хмелевский). Одновременно 18—20 раз в минуту ритмично сжимают грудную клетку ребенка, не вынимая его из теплой ванночки. Подкожно вводят 0,5 мл 10% раствора коразола или кардиазола, 0,5 мл

10% раствора кофеина и 0,3 мл 1% раствора адреналина. Если этого недостаточно, отделяют ребенка от матери и как к крайней мере прибегают к искусственному дыханию.

В последние несколько лет для оживления ребенка в тех случаях, когда описанные выше методы не помогают, применяют внутриартериальное нагнетание (в пуповинную артерию) 40—50 мл крови 0 (I) группы, 10 мл 40% раствора глюкозы, 2 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты и 2—3 мл 10% раствора хлористого кальция.



Рис. 169. Оживление новорожденного по методу Сильвестра. Первый момент — вдох.

Искусственное дыхание по Сильвестру. Из существующих способов искусственного дыхания для оживления новорожденных обычно применяется метод Сильвестра (рис. 169 и 170). Ребенка кладут спиной на стол, покрытый стерильной салфеткой, причем головка его слегка опущена и лежит

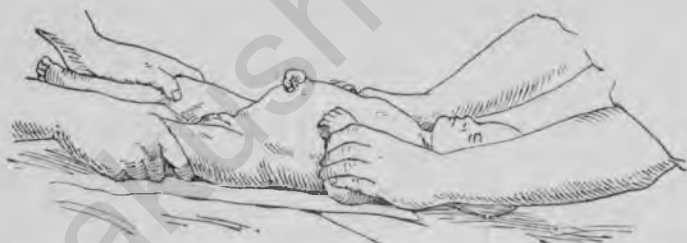


Рис. 170. Оживление новорожденного по методу Сильвестра. Второй момент — выдох.

на мягкой подкладке; обе руки за предплечья поднимают вверх по обе стороны головки и держат их в таком положении несколько секунд (вдох). Затем руки опускают, сгибая их в локтях и слегка прижимая к боковым стенкам грудной клетки (выдох). Эти движения следует делать не слишком часто (не более 18—20 движений в минуту). Помощник в это время держит ребенка за ноги. После 18—20 движений ребенка бережно опускают в теплую ванночку. Спустя 1—2 минуты, если ребенок еще не дышит, снова приступают к искусственному дыханию по Сильвестру. При появлении дыхания ребенку дают кислород.

Нельзя подбрасывать ребенка — это грозит кровоизлиянием в мозг или увеличением нередко уже имеющегося в этих случаях кровоизлияния.

Попытки оживления необходимо продолжать до тех пор, пока прослушивается хотя бы слабое сердцебиение плода. Нередко ребенка удается оживить спустя 1—1½ часа после рождения.

После соответствующего туалета ребенка необходимо уложить в кровать и обложить теплыми, но не горячими, грелками; надо внимательно следить, чтобы не возникло ожогов.

В родильной или в соседней палате всегда должно быть наготове все необходимое для оживления ребенка: чистая специальная ванночка для воды температуры 38—39°; прокипяченный эластический катетер и резиновый баллон для отсасывания слизи из верхних дыхательных путей, завернутые в стерильные марлевые салфетки и хранящиеся в чистой, сухой закрытой посуде; лобелин, цититон, кислород, сердечные средства (камфара, кофеин); прокипяченный шприц с двумя проверенными иглами; грелка; стол, покрытый чистой простыней или пеленкой, на случай необходимости применить искусственное дыхание.

ОТНЯТИЕ РЕБЕНКА ОТ ГРУДИ

Обычно ребенка кормят грудью до года. К этому сроку он получает грудное молоко 2 раза в день. Отнимают ребенка от груди постепенно. Если ребенок получает грудное молоко 2 раза в день, то один раз (обычно утром) его заменяют коровьим молоком с сахаром (полная чайная ложка сахара на стакан цельного коровьего молока). Через неделю переходят полностью на кормление коровьим молоком.

Слишком продолжительное кормление грудью не нужно ребенку и вредно отражается на здоровье матери. Иногда матери затягивают кормление с целью предупредить беременность, однако это не приводит к желаемым результатам.

Нельзя отнимать ребенка от груди в жаркое время года и когда ребенок нездоров. Если ребенок недавно отнят от груди и заболел, нужно снова кормить его грудью. Это вполне возможно, даже если матери кажется, что у нее нет молока. Прикладыванием ребенка к груди, а если ребенок не сосет, то настойчивым сцеживанием обычно удается вызвать и усилить лактацию. Надо помнить, что даже небольшое количество грудного молока является для больного ребенка важным лечебным средством.

Когда мать кончает кормить ребенка грудью, то для прекращения лактации нужно туго забинтовать молочные железы. В первые 2—3 дня после отнятия ребенка от груди мать должна меньше пить. Если все же отмечается сильное нагрубание молочных желез, рекомендуется принять слабительное (*Magnesiae sulfuricae*, *Natrii sulfurici* \bar{z} а 15,0 на прием).

АКУШЕРСКАЯ ПАТОЛОГИЯ

Медицинской сестре может встретиться больная, которой надо оказать экстренную акушерскую помощь до прихода врача или акушерки или до направления в больницу. Если даже не каждой сестре приходится самой оказывать такую помощь, она все же должна уметь по возможности распознавать акушерскую патологию и понимать ее тяжесть; только при этом условии она будет понимать действия врача и сможет быть сознательной и полезной помощницей в его работе.

ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННОСТИ

Все перечисленные выше неприятные явления, наблюдающиеся во время беременности (тошнота, рвота, сонливость, зуд, отеки), объясняются, как уже указывалось, изменениями обмена веществ в организме беременной женщины. У здоровой женщины все эти явления обычно скоро проходят и беременность благополучно донашивается до конца. Иногда же организм женщины не справляется полностью с требованиями, предъявляемыми к нему беременностью. Перечисленные выше явления не только не стихают, но, наоборот, прогрессируют с развитием беременности и требуют уже соответствующей медицинской помощи. Эти болезненные явления объединяются под общим названием **токсикозов беременности**.

Возникновение у беременной токсикоза зависит от ряда условий, из которых главными являются общее состояние организма, состояние его нервной системы, эндокринного аппарата и всех органов, в своей совокупности определяющих большую или меньшую устойчивость организма. Наряду со всем этим большую роль в появлении токсикоза беременности играют и условия труда, быта, окружающая обстановка и др.

Токсикозы беременности делят на **ранние** (первой половины беременности) и **поздние** (второй половины беременности).

К ранним токсикозам относится сильное и длительное слюноотечение, частая рвота, переходящая иногда в чрезмерную, ряд кожных проявлений и т. д.; к поздним токсикозам — отек беременных, нефропатия (почка беременных), эклампсизм, эклампсия.

Все эти больные нуждаются в очень раннем стационарном лечении.

Слюноотечение (ptyalismus). Слюноотечение может довести беременную до очень тяжелого состояния. Иногда такие женщины выделяют в течение дня по несколько стаканов слюны; они теряют аппетит, резко худеют и настолько слабеют, что вынуждены лежать в постели. Таких женщин при появлении первых же признаков заболевания следует направлять к врачу.

Рвота (emesis). У женщин с первых же недель беременности нередко бывает тошнота и рвота. Частая рвота, особенно чрезмерная (*hyperemesis gravidarum*), встречается редко и представляет тяжелое заболевание, связанное с беременностью, при котором все явления истощения нарастают быстрее. Конечно, такие больные еще больше нуждаются в своевременном лечении.

С появлением тошноты и рвоты необходимо уложить беременных в постель. Важно добиться, чтобы они ели, стараясь всячески удовлетворять их вкусам. Как правило их следует стационаризовать (в больницу или родильный дом).

Нередко такие больные ничего не могут есть; после каждого приема пищи у них появляется рвота. В таких случаях приходится вводить посредством капельных клизм питательные вещества, легко всасывающиеся слизистой оболочкой прямой кишки (глюкоза, яичные желтки и пр.), либо прибегать к подкожному и внутривенному введению глюкозы с аскорбиновой кислотой. Все это можно делать лишь по назначению врача. Если же, несмотря на лечение, рвота не проходит, беременная продолжает худеть и ее общее состояние ухудшается, может возникнуть вопрос о прерывании беременности.

Отек беременных (hydrops gravidarum). Этот токсикоз наблюдается в последние месяцы беременности в виде отека подкожной клетчатки. Отечность может быть различной и достигает иногда очень больших размеров. Чаще отечность встречается на нижних конечностях, наружных половых органах и брюшной стенке. Бывает и так называемый скрытый отек. Механизм его возникновения следующий. Во время беременности, как указывалось выше, повышается проницаемость стенок кровеносных сосудов и способность клеток соединительной ткани задерживать воду и соли, в результате чего легче наступает отечность тканей. Вначале жидкость нередко задерживается только во внутренних органах и тканях. Такой скрытый отек при систематическом взвешивании беременной может быть обнаружен еще до появления отеков в подкожной клетчатке.

Если имеются только отеки, обычно бывает достаточно нескольких дней пребывания беременной в постели и ограничения жидкости, чтобы отеки прошли. Нередко, когда беременная начинает ходить, отеки появляются вновь, и тогда снова назначают описанный режим.

Нефропатия беременных (nephropathia gravidarum). Это заболевание обусловлено изменениями в эпителии почечных канальцев. Нефропатия чаще встречается при первой беременности. При этом токсикозе в моче появляется белок, причем содержание его может резко увеличиваться, в осадке обнаруживаются гиалиновые цилиндры, количество которых нарастает; иногда появляются зернистые цилиндры. В организме происходит задержка хлоридов и воды, что ведет к увеличению отеков и к значительному нарастанию веса беременной. Повышается артериальное давление. Обычно после родов все описанные явления быстро исчезают.

Развитие своевременно распознанной нефропатии может быть приостановлено соответствующим режимом и диетой; тем самым предотвращается переход нефропатии в более тяжелую форму токсикоза беременности.

Диагноз нефропатии устанавливается обычно при обследовании в женской консультации, куда каждая беременная должна аккуратно являться в назначенный срок и тем более при появлении первых признаков токсикоза беременности. При обнаружении в моче белка, при значительном увеличении веса, появлении отеков, повышении артериального давления беременную необходимо направить в палату для беременных в родильном доме или в больницу.

Лечение нефропатии сводится прежде всего к постельному режиму и ограничению хлористого натрия и воды; назначается бессолевая молочно-растительная диета, а в некоторых случаях однодневное голодание. Из лекарственных средств применяется подкожно раствор сернокислого магния.

Необходимо самое внимательное наблюдение за общим состоянием больной, чтобы не пропустить нарастания симптомов нефропатии (белок в моче, повышение артериального давления, спазм сосудов глазного дна); от этого зависят дальнейшие лечебные мероприятия и возможность сохранения беременности.

Эклампсизм, или преэклампсия. Иногда, несмотря на лечение, симптомы нефропатии нарастают и к ним присоединяются субъективные признаки — головная боль, боль в подложечной области, расстройство зрения и сна. Это говорит о переходе нефропатии в следующую, более тяжелую форму токсикоза беременности, которая носит название эклампсизма, или преэклампсии. Эта форма в ряде случаев является как бы предшественницей эклампсии.

Эклампсия (eclampsia). Это — наиболее тяжелая форма токсикоза беременности. Эклампсия встречается преимущественно у

первородящих, обычно молодых, на вид здоровых женщин. Эклампсия может наступить как во время беременности, так и в родах и в послеродовом периоде.

При внимательном наблюдении в консультации за женщиной в течение всей беременности и тщательном обследовании можно заблаговременно обнаружить ряд признаков, являющихся предвестниками эклампсии. Эти признаки — белок в моче, отечность конечностей и даже всего тела, повышение артериального давления, большое нарастание веса — часто особенно не беспокоят беременную, в связи с чем она обычно ни на что и не жалуется. Иногда бывают боли в подложечной области, головная боль. Наличие этих признаков говорит об эклампсизме, который может перейти в эклампсию. Во избежание этого такую беременную необходимо немедленно уложить в постель, обеспечить полную тишину и покой и тут же вызвать врача или акушерку, оставаясь неотлучно при больной.

Чтобы своевременно выявлять подобные случаи и тем самым по возможности предупреждать эклампсию, необходимо у каждой беременной, даже не внушающей никаких опасений, в последние месяцы беременности исследовать мочу на белок не реже чем каждые 2 недели; в эти же сроки обязательно следует измерять артериальное давление и взвешивать беременную. При появлении белка в моче надо тотчас же принять соответствующие меры (вызвать врача, акушерку) — уменьшить или вовсе запретить потребление мяса, заменить его растительной пищей, ограничить белки и жиры, увеличить количество углеводов в рационе. Ограничивают потребление соли, назначая бессолевую диету, а иногда прибегают к однодневному голоданию. Очень часто при помощи такой диеты в сочетании с общим лечебно-охранительным режимом удается избежать наступления эклампсии. Понятно, что эти меры назначаются врачом, сестра же выполняет все назначения под постоянным наблюдением врача.

К сожалению, не всегда удается указанными выше мерами предупредить эклампсию. Чаще это объясняется тем, что беременная не находится под наблюдением врача и акушерки и слишком поздно обращается за помощью.

Эклампсия начинается тяжелым припадком судорог с потерей сознания, резкой синюшностью лица и верхних конечностей вследствие расстройства дыхания. Судороги начинаются с лица: сначала появляется мигание век, потом подергивание мышц лица; затем судороги распространяются на всю мышечную систему; шея напрягается, шейные вены расширяются, изо рта выделяется пена, нередко окрашенная кровью вследствие прикусывания языка, если своевременно не были приняты соответствующие меры. Зрачки расширены и плохо реагируют на свет, температура нередко поднимается до 39—40°. В моче резко повышается количество белка, вследствие чего в ряде случаев при кипячении вся моча в пробирке свертывается. Судорожное со-

стояние, когда больная все более и более синеет вследствие крайне затрудненного дыхания, длится от $\frac{1}{2}$ до 1 минуты; затем судороги постепенно прекращаются, больная делает глубокий и продолжительный выдох, дыхание начинает улучшаться, синюшность исчезает. При благоприятном течении спустя некоторое время возвращается сознание. Нередко же припадки повторяются, больная не приходит в сознание и может погибнуть при явлениях нарастающего отека легких.

В огромном большинстве случаев припадки эклампсии прекращаются после рождения ребенка и отделения последа, поэтому при эклампсии стремятся ускорить родоразрешение.

Любое раздражение (шум, боль, свет и т. п.) ввиду резкой возбудимости у больной центральной нервной системы может вызвать повторный припадок эклампсии. Поэтому больную эклампсией прежде всего изолируют в отдельную, несколько затемненную комнату и стараются соблюдать полную тишину (разговаривать шепотом, ходить на носках, не скрипеть и не стучать дверью и т. п.).

В родильных домах имеется специальная палата для больных эклампсией.

Устранение всяких внешних раздражителей значительно уменьшает число припадков. В момент припадков, чтобы предупредить прикусывание языка, необходимо, если нет специального роторасширителя, вставить сбоку между зубами черенок столовой ложки, обернутый марлей, и держать его, пока припадок не закончится. Сестра должна быть неотлучно возле больной.

Во время припадков эклампсии больная очень беспокойна и удержать ее в кровати одному человеку иногда бывает не под силу; поэтому если нет достаточного количества ухаживающего персонала необходимо в 2—3 местах поверх одеяла привязать больную к кровати свернутыми простынями или длинными полотенцами.

Если на месте нет акушерки или врача, надо их срочно вызвать. Медицинская сестра в порядке скорой помощи вводит больной внутримышечно 25% раствор сернокислой магнезии в количестве 20 мл (можно повторять каждые 4 часа, но не более 4 раз в сутки). В тех случаях, когда сернокислой магнезии нет, надо до прибытия врача ввести больной под кожу 1 мл 1% раствора солянокислого морфина, чтобы прекратить припадки.

ОТКЛОНЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С НЕНОРМАЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ПЛОДА

Тазовое предлежание плода

Нормальным положением плода при родах считается продольное с головным предлежанием (головка несколько согнута). Если же при продольном положении плода у входа таза распо-

лагается не головка, а ягодицы, то это называется ягодичным предлежанием (см. рис. 47). Роды в ягодичном предлежании плода по сравнению с родами в головном предлежании дают

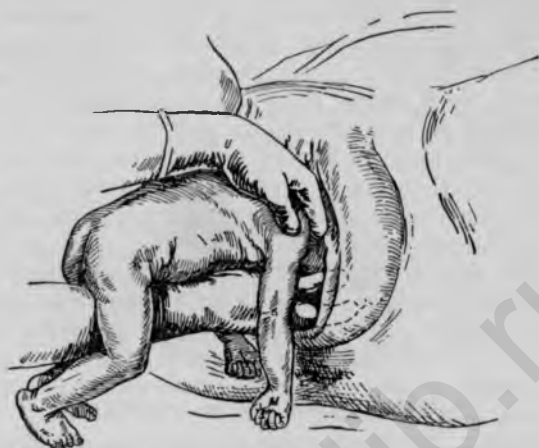


Рис. 171а. Извлечение головки при родах в ягодичном предлежании плода. Первый момент.



Рис. 171б. Извлечение головки при родах в ягодичном предлежании плода. Второй момент.

относительно высокий процент смертности детей, высокий процент асфиксий у новорожденных, кровоизлияний, послеродовых заболеваний и сопровождаются большей травмой родовых путей матери. Очень часто при ягодичных предлежаниях в интересах плода, а иногда и матери, приходится ускорять роды и прибегать к различным видам акушерской помощи.

При ягодичном предлежании головка плода рождается самостоятельно очень редко; нередко она задерживается и, чтобы освободить ее, врач или акушерка прибегают к ручному пособию. Ручное пособие при извлечении головки оказывается следующим образом. Женщину кладут поперек кровати, ноги ее упираются в две табуретки или два стула; родившееся туловище плода принимающий роды «сажает» (как указано на рис. 171, а) верхом на предплечье своей левой руки; указательным пальцем той же руки, введенным во влагалище, достигают рта ребенка и вводят туда палец; осторожно нажимая на нижнюю челюсть, притягивают ее к грудной клетке младенца, тем самым сгибая головку. Вилообразно согнутыми указательным и средним пальцами правой руки, положенными на плечи ребенка, как указано на рис. 171, б, подтягивают головку сначала несколько вниз (подведя этим затылок под симфиз), затем на себя в горизонтальном слегка кверху направлении. Когда затылок уже подведен под лонное сочленение и рот показался из половой щели, туловище плода поднимают вверх и над промежностью выкатывается подбородок, лицо, лоб и темя.

Как правило, беременная или роженица, у которой установлено ягодичное предлежание, должна быть заблаговременно направлена в родильный дом или в больницу.

Поперечное положение плода

Поперечным или косым называется такое положение, когда плод располагается своей продольной осью не по длиннику матки, а поперек или вкось его (см. рис. 48). При ощупывании живота над лоном рука свободно уходит в глубину; у лона предлежащей части нет. В дне матки также не прощупывается крупной части плода.

Необходимо заблаговременно направлять в больницу, родильный дом всех беременных с косым или поперечным положением плода или же своевременно вызывать к ним врача.

Однако может случиться, что беременную с поперечным положением плода почему-либо невозможно отправить в родильный дом или больницу, и тогда медицинской сестре необходимо добиваться немедленного приезда врача или в крайнем случае акушерки.

С наступлением родовой деятельности, если поперечное положение сохраняется, в соответствующий момент прибегают к исправлению поперечного положения на продольное ягодичное, производя внутренний поворот, который в акушерстве известен под названием **п о в о р о т а н а н о ж к у**. Поворот этот может делать только врач и лишь в крайнем случае акушерка.

Бывают и такие тяжелые случаи, когда воды уже давно отошли, матка, сокращаясь, плотно обхватила поперечно лежа-

ший плод, плечико вколотилось во вход таза, а из влагалища иногда торчит выпавшая отечная ручка. В этих случаях после длительных сокращений матки нижняя часть ее чрезмерно растянулась, истончилась; нижний сегмент матки очень болезнен при дотрагивании. Это так называемое запущенное поперечное положение. При продолжающихся схватках в любую минуту может наступить разрыв матки.

В подобных случаях необходимо прежде всего приостановить или по крайней мере ослабить дальнейшие схватки, для чего роженице вводят под кожу 1 мл 1% раствора солянокислого морфина. Одновременно срочно вызывают врача или акушерку. Если по указанию врача роженицу отправляют в больницу или в родильный дом, медицинская сестра сопровождает женщину до больницы, захватив с собой прокипяченный шприц с тем, чтобы дорогой ввести еще раз морфин. В больнице производится эмбриотомия — удаление плода по частям. (стр. 219).

Выпадение мелких частей плода

Если при головном или тазовом предлежании имеется выпадение какой-либо мелкой части (ручка, ножка, пуповина), необходимо немедленно отправить роженицу в больницу или в родильный дом. Выпавшую часть надо оставить, как она есть, покрыв ее стерильной марлей или пеленкой.

КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕ РОДОВ

Эти кровотечения наиболее опасны как по характеру, так и по частоте осложнений и угрожают жизни беременной, роженицы, родильницы и ребенка.

Когда говорят о скорой помощи в акушерстве, всегда имеют в виду в первую очередь случаи маточных кровотечений. Отсутствие своевременной квалифицированной медицинской помощи во многих таких случаях обрекает женщину на смерть.

Кровотечения в ранние месяцы беременности

Кровотечения в ранние месяцы беременности зависят в большинстве случаев от наступившего выкидыша. Выкидыш обычно характеризуется двумя симптомами, кровотечением и схваткообразными болями внизу живота. В зависимости от степени отслойки плодного яйца различают угрожающий, начинающийся, неполный и полный выкидыш.

Угрожающий выкидыш. Беременная жалуется на незначительные схваткообразные боли внизу живота. Обычно никаких кровянистых выделений еще нет. Необходимо немедленно направить женщину к врачу.

Н а ч и н а ю щ и й с я в ы к и д ы ш. Наряду со схваткообразными болями внизу живота появляются сукровичные выделения из влагалища. При этой форме выкидыша имеется частичная отслойка плодного яйца. Женщину необходимо немедленно отправить в больницу.

Н е п о л н ы й в ы к и д ы ш. Выделяется обильное количество жидкой крови и сгустков. Больную необходимо немедленно отправить в больницу для удаления из матки остатков плодного яйца, которые препятствуют матке сократиться и тем поддерживают кровотечение. Если поблизости есть врач, необходимо немедленно его вызвать, предупредив о характере заболевания.

П о л н ы й в ы к и д ы ш. Плодное яйцо вышло целиком, в матке ничего не осталось и кровотечение прекратилось; имеются лишь небольшие сукровичные выделения. Нередко женщины даже приносят с собой вышедшее плодное яйцо. Всегда надо иметь в виду, что в полости матки могли остаться части плодного яйца. Поэтому таких женщин необходимо немедленно направить в больницу, где в надлежащих условиях будет произведено проверочное выскабливание стенок полости матки.

Кровотечения в поздние месяцы беременности

Кровотечения в поздние месяцы беременности чаще бывают вызваны частичной отслойкой детского места вследствие неправильного его расположения. В этих случаях детское место находится внизу у внутреннего зева — так называемое **п р е д л е ж а н и е** детского места (рис. 172).

При первых сокращениях матки и малейшем растяжении внутреннего зева сейчас же отслаивается прикрепленная в этом месте часть плаценты и начинается кровотечение. Так, нередко в конце беременности при вполне хорошем до того самочувствии женщины, иногда даже ночью во время сна, вдруг начинается кровотечение, выраженное в той или иной степени. Женщина может даже не ощущать боли, так как для указанной отслойки достаточно небольших сокращений матки, которые во время беременности совершенно безболезненны. Кровотечение приостанавливается, а при вторичном сокращении матки появляется вновь.



Рис. 172. Предлежание детского места.

В подобных случаях при первом появлении кровотечения необходимо немедленно отправить беременную или роженицу в родильный дом или больницу.

Сестра должна помнить, что предлежание детского места является наиболее тяжелым и опасным для жизни матери и плода осложнением родов. Без надлежащей и своевременной акушерской помощи в таких случаях наступает смерть.

Кровотечения во время родов

Иногда кровотечения могут быть вызваны отслойкой плаценты даже при нормальном расположении детского места у дна матки — это преждевременная отслойка нормально расположенного детского места (рис. 173). Обычно она наблюдается при наступивших родах и продолжающихся схватках. Внезапно возникают явления острого малокровия (бледность кожных покровов, частый пульс слабого наполнения), исчезает сердцебиение плода. Иногда появляется незначительное кровотечение из влагалища. Необходимо немедленно вызвать врача, не трогая роженицу с места. Если плодный пузырь цел, следует его прорвать: это может предупредить дальнейшую отслойку плаценты.



Кровотечения в последовом периоде

Кровотечения в последовом периоде обусловлены преимущественно тем, что часть плаценты ущемляется в сократившемся участке матки, другая же часть, отслоившаяся, свисает, и из сосудов плохо сократившейся в этом участке стенки матки продолжается кровотечение. Такое ущемление чаще всего бывает в результате ненужных преждевременных раздражений матки всевозможными надавливаниями на нее.

Другая причина кровотечений в последовом периоде — это частичное плотное прикрепление детского места. В подобных случаях часть детского места отслаивается, а плотно прикрепленная часть остается соединенной с маткой;

Рис. 173. Преждевременная отслойка детского места.

матка не сокращается, сосуды освобожденной части плацентарной площадки зияют и кровоточат.

Как в первом, так и во втором случае наблюдается обильное непрекращающееся кровотечение (потеря крови превышает 250—300 мл), являющееся показанием к немедленному удалению детского места. Для быстрого удаления отделившейся плаценты при сильном кровотечении применяется метод выжимания по Креде-Лазаревичу (см. рис. 110). Прежде всего выпускают мочу катетером, а затем устанавливают матку по средней линии живота; правой рукой массируют матку и этой же рукой захватывают сократившуюся матку так, чтобы большой палец лежал на ее передней стенке, ладонь — на дне, а все остальные пальцы — на задней стенке; матку сжимают и одновременно оттесняют ее книзу, в сторону половой щели. Если этим приемом удалить послед не удастся или он отделился от матки не полностью, следует приступить к ручному отделению



Рис. 174. Ручное отделение детского места.

п о с л е д а. Эта операция, при которой рука вводится

в полость матки, связана с риском занесения инфекции, поэтому предварительно необходимо тщательно вымыть руки до локтей, как для любой полостной операции.

Техника ручного отделения детского места. Наружные половые органы обмывают и смазывают йодом. Пальцами левой руки широко раздвигают половую щель, а правую руку, сложив конусообразно концы пальцев, быстро вводят во влагалище, а затем в шейку и в полость матки; нащупывают отслоившийся, свисающий край плаценты и осторожными пилообразными движениями лучевым краем кисти стараются проникнуть между стенкой матки и отслоившейся частью плаценты (рис. 174). Левая рука в это время фиксирует дно матки снаружи, помогая тем самым правой руке, находящейся в полости матки. Отделив таким образом всю плаценту и не вынимая еще руки, проверяют стенки полости матки; если нигде нет плацентарных долек, выводят руку из полости матки, захватив и отделенную плаценту с оболочками.

Ручное отделение детского места, с одной стороны, представляет большой риск ввиду возможности занесения инфекции из влагалища в полость матки, а с другой — требует достаточного опыта для своего выполнения, поэтому, как правило, операцию эту должен производить врач или в крайнем случае акушерка.

Кровотечения после родов

После рождения ребенка и выхождения детского места с оболочками мускулатура матки сокращается, просветы зияющих сосудов плацентарной площадки закрываются. В тех же случаях, когда мускулатура матки оказывается слабой, матка плохо сокращается и кровотечение продолжается; это так называемое **атоническое кровотечение**.

Кровотечение после родов все же чаще бывает вследствие того, что в полости матки задерживаются части плаценты, не выявленные в результате недостаточно внимательного осмотра и не удаленные своевременно.

Независимо от того, является ли кровотечение чисто атоническим или оно вызвано задержкой частей плодного яйца (плаценты, оболочек), необходимо немедленно вызвать врача или акушерку, а до их прибытия применять массаж матки. Массаж матки через брюшную стенку производится следующим образом. Правой рукой через брюшную стенку захватывают в ладонь дно матки; при этом ладонь ложится на дно, большой палец — на переднюю поверхность матки, а все остальные пальцы — на заднюю поверхность; в таком положении вращательными движениями руки растирают матку. Прибывший врач (или акушерка) немедленно проверяет рукой полость матки и удаляет из нее (в случае задержки) оставшиеся части плодного яйца.

Если кровотечение вызвано задержкой частей плодного яйца, то оно прекращается после удаления их, так как матка хорошо сокращается. Уже одно обследование рукой полости матки часто приводит к остановке кровотечения.

Иногда хорошее сокращение матки вызывает массаж ее. Одновременно с массажем применяют способствующие сокращению матки медикаментозные средства — эрготин, питуитрин. Спорыню в виде эрготина вводят подкожно в дозе 1—2 мл, питуитрин — также подкожно в количестве 1 мл. На низ живота кладут пузырь со льдом.



Рис. 175. Прижатие брюшной аорты кулаком.

Не следует вводить при кровотечении камфару; она повышает кровяное давление, вследствие чего кровотечение усиливается.

Если кровотечение продолжается, применяют до прихода врача прижатие брюшной аорты. Аорту прижи-



Рис. 176. Прижатие брюшной аорты валиком.

мают к позвоночнику кулаком (рис. 175) до тех пор, пока кровотечение совершенно не прекратится. Так как рука при этом очень скоро устает, рекомендуется менять руки или проделывать эту



Рис. 177. Тугое прибинтовывание прижатого к аорте валика. Для этого пользуются специальным бинтом или сделанным из плотного материала бинтом шириной 15 см.

манипуляцию вдвоем. Для прижатия брюшной аорты к позвоночнику можно пользоваться валиком, туго скатанным из полотенца или пеленки (рис. 176). Валик прибинтовывают очень туго, чтобы он крепко прижимал брюшную аорту к позвоночнику (рис. 177). Прижатием аорты значительно уменьшают приток крови к матке, и мускулатура ее, испытывая кислородное голодание, сокращается.

Кровотечение из разрывов шейки матки и влагалища. Кровотечение после родов может быть вызвано разрывом шейки матки. При этом матка обычно хорошо сократилась, а при попытках массировать ее или при надавливании на нее кровотечение усиливается в виде струи (а иногда и нескольких) алой крови. Это говорит о том, что при кровотечениях из разрыва шейки матки не следует прибегать к массажу матки, так как подобные манипуляции лишь препятствуют закрытию кровоточащих сосудов. Необходимо немедленно вызвать врача и акушерку. До прихода врача следует прижать брюшную аорту. Если врач не может прибыть очень скоро, акушерка производит тугую тампонаду влагалища, как указано на стр. 215 и 216, и одновременно прибинтовывает сверху валик, прижимающий брюшную аорту.

Поздние послеродовые кровотечения. Иногда у роженицы появляется кровотечение спустя более или менее длительный срок после родов. Обычно такому кровотечению предшествуют длительные кровянисто-серозные выделения, которые иногда переходят в более сильное кровотечение. Поздние послеродовые кровотечения в ряде случаев обуславливаются задержкой в полости матки кусочков плаценты и требуют немедленной помощи. К такой больной необходимо срочно вызвать врача или акушерку.

Кровотечение при прервавшейся внематочной беременности

При внематочной беременности оплодотворенное яйцо оседает вне матки — в трубе, яичнике и даже в брюшной полости.

Развиваясь в трубе, плодное яйцо растягивает ее стенки и они истончаются, в том же месте, где начинает развиваться плацента, стенка трубы глубоко пронизывается ворсинками и в конце концов разрывается. При разрыве беременной трубы наступает внутреннее кровотечение; разрыв сопровождается обморочным состоянием беременной (шок). Внутреннее кровотечение характеризуется явлениями острого малокровия, значительным учащением и резким ослаблением пульса. Температура при этом остается нормальной, а иногда понижается ниже нормы. Живот в нижней половине слегка вздут и болезнен при пальпации (острый живот).

Наружное кровотечение при прервавшейся трубной беременности бывает незначительным. Больную немедленно со всеми предосторожностями перевозят в больницу, где ей тотчас же делают соответствующую операцию с одновременным переливанием крови.

Прерывание внематочной (трубной) беременности может происходить и другим путем. Плодное яйцо в этих случаях расположено обычно ближе к ампулярному концу трубы; при отслойке плодного яйца в брюшную полость поступает кровь, что сопро-

вождается приступообразными болями; плодное яйцо может постепенно вытолкнуться в брюшную полость. Это так называемый трубный аборт. Обычно он начинается с приступообразных болей внизу живота; при пальпации живота женщина ощущает болезненность, особенно на стороне беременной трубы, вследствие раздражения брюшины; при этом появляются темные кровянистые выделения из половых органов.

При внематочной беременности единственным методом лечения является операция путем чревосечения.

Мероприятия после остановки кровотечения

Если кровопотеря значительная, то, остановив кровотечение, нельзя на этом успокоиться, ибо жизнь обескровленной женщины с явлениями острого малокровия еще в опасности. Такую

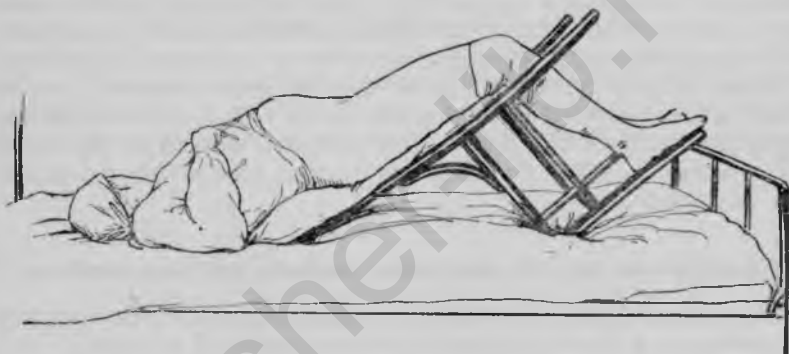


Рис. 178. Положение с приподнятыми нижними конечностями и тазом, достигнутое с помощью стула. Женщина должна быть тепло укрыта и обложена грелками.

больную необходимо уложить в теплую постель и согреть грелками, прикладывая их прежде всего к ногам и к голове. Необходимо заворачивать грелки в полотенце и внимательно следить, чтобы у больной не возникло ожогов, так как чувствительность кожи у нее понижена.

Женщине придать положение с приподнятыми ногами, для чего кладут под колени и бедра подушки или же приподнимают ножной конец кровати, или, наконец, приспособляют стул, как показано на рис. 178. При таком положении происходит как бы «самопереливание» крови к верхней половине тела, главным образом к головному мозгу, и предупреждается его малокровие, а кроме того, облегчается работа сердца.

Под кожу вводят 1000 мл теплого физиологического раствора поваренной соли и 300—500 мл 5% раствора глюкозы. Если нет аппарата для вливания физиологического раствора (аппарат Боброва), рекомендуется прибегнуть к капельной клизме: вводят

500 мл физиологического раствора и 400—500 мл 5% раствора глюкозы или то и другое вместе. В минуту следует вводить не более 50—60 капель, что можно отрегулировать зажимом. Такая клизма быстро всасывается, и через некоторое время ее можно повторить. В больнице или в родильном доме в таких случаях производится в обязательном порядке переливание крови.

Больную необходимо все время поить, давая ей чайными ложечками теплый чай или кофе. Нельзя вводить сразу много жидкости, так как это вызывает рвоту. Для поддержания сердечной деятельности после остановки кровотечения применяют кордиамин, кофеин, камфару.

После проведения описанных мероприятий необходимо обеспечить родильнице внимательный уход и продолжать наблюдение за ней вплоть до выздоровления.

akusher-lib.ru

ГЛАВА XII

ПОДГОТОВКА БОЛЬНОЙ И ИНСТРУМЕНТАРИЯ К АКУШЕРСКИМ ОПЕРАЦИЯМ

Работая в акушерском стационаре, медицинская сестра помогает врачу и при оказании оперативной помощи: готовит больную, приготавливает инструменты и помогает врачу во время операции.

ПОДГОТОВКА БОЛЬНОЙ

Большинство акушерских операций, как влагалищных, так и брюшностеночных, носит экстренный характер, поэтому при них не всегда возможно провести заблаговременно тщательную подготовку больной. Однако в тех случаях, когда есть хоть малейшая возможность, необходимо очистить кишечник посредством клизмы, опорожнить мочевой пузырь путем самостоятельного мочеиспускания больной, а при необходимости с помощью катетера, продезинфицировать наружные половые органы, внутренние поверхности бедер и нижнюю половину живота; наружные половые органы должны быть побриты еще при поступлении женщины в родильный дом. Если операцию предполагают делать под общим наркозом, необходимо выяснить, есть ли у больной вставные зубы, и снять те из них, которые вынимаются.

Одновременно необходимо подготовить операционный стол со всеми необходимыми инструментами и все то, что требуется для наркоза или местного обезболивания.

ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ ЗАШИВАНИЯ РАЗРЫВОВ ПРОМЕЖНОСТИ

Различают три степени разрыва промежности: первая степень — когда разрывается задняя спайка влагалища и кожа промежности; вторая степень — когда разрываются мышцы тазового дна, третья степень — когда разрыв захватывает и сфинктер прямой кишки. Разрыв промежности обязательно должен быть зашит; в противном случае это

угрожает заболеваниями после родов, а в дальнейшем опущением и выпадением стенок влагалища и даже матки.

Для зашивания разрыва промежности необходимы 2 корнцанга, верхнее зеркало, нижнее зеркало, 2 боковых зеркала, длинный пинцет, 2 коротких хирургических пинцета, 2 анатомических пинцета, 6 зажимов Пеана или Кохера, 2 иглодержателя, несколько игл разных размеров и толщины, ножницы изогнутые, ножницы прямые, катетер металлический, шовный материал — кетгут для глубоких швов и шелк для швов на кожу.

ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ ОСМОТРА ШЕЙКИ МАТКИ И ЗАШИВАНИЯ РАЗРЫВОВ ЕЕ

Зашивание разрывов шейки матки часто является экстренной операцией, почему в родильном доме весь набор необходимых для нее инструментов всегда находится в специальном стерилизаторе в готовом к употреблению виде.

Для этой операции необходимы следующие инструменты: 4 влагалищных зеркала (нижнее, подъемник и 2 боковых), 6 пулевых щипцов, 4 корнцанга, 2 длинных пинцета, 6 зажимов Кохера, 6 зажимов Пеана, 2 длинных иглодержателя, несколько круто изогнутых игл, пригодных для зашивания в глубине, шовный материал — кетгут. Помимо этого в одном из барабанов должны быть 2 стерильных длинных тампона для тампонады влагалища.

ИНСТРУМЕНТЫ И МАТЕРИАЛ ДЛЯ ТАМПОНАДЫ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА

К тампонаде матки и влагалища приходится прибегать в крайних случаях, обычно чтобы до радикальной операции приостановить кровотечение.

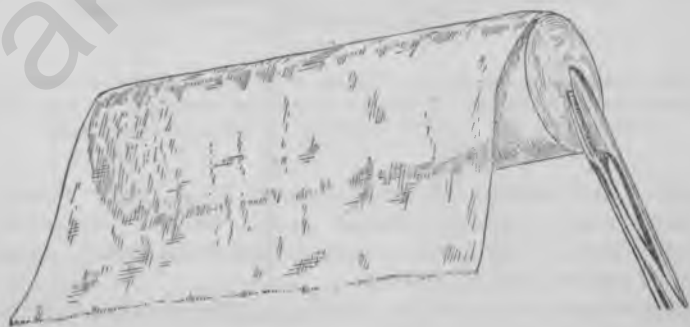


Рис. 179. Тампонада матки и влагалища. Широкий трехслойный бинт захвачен корнцангом так, что при вращении корнцанга в одну сторону бинт постепенно разматывается.

Для этого вмешательства необходимы все те инструменты, которые употребляются при зашивании разрыва шейки матки, а также длинный изогнутый корнцанг и два стерильных, с загнутыми краями, широких (10—12 см) марлевых трехслойных бинта длиной не менее 8—10 м. Такие бинты лучше хранить сложенными в виде гармошки в специальном маленьком барабане. В некоторых случаях тампонаду приходится производить рукой (рис. 179, 180, 181 и 182), закладывая указанный бинт послойно, плотно заполняя им полость матки, а затем и влагалище.



ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ШИПЦОВ

Рис. 180. Тампонада влагалища. Применяемый для тампонады бинт сложен гармошкой.

Наложение щипцов применяется в тех случаях, когда нужно быстро закончить роды извлечением плода (начинающаяся внутриутробная асфиксия плода, слабые схватки при затянувшихся родах и др.).

При этом необходимо, чтобы налицо были все условия для наложения щипцов, т. е. полное раскрытие наружного зева шейки матки и низкое стояние головки (в полости или выходе таза).



Рис. 181. Тампонада влагалища. После того как влагалище затампонировано, накладывают давящую повязку с помощью завязанного вокруг талии полотенца, под которое подложена скатанная простыня.

Существуют щипцы разных моделей (рис. 183). Различают выходные щипцы, накладываемые, когда головка находится уже в выходе таза, и полостные щипцы, накладываемые, когда головка находится в полости таза.

Подготавливая инструменты, сестра должна спросить, какие щипцы нужны врачу для операции. Укладывая щипцы в стерилизатор, сестра обязана убедиться, что обе ложки (правая и левая) от одних и тех же щипцов. для чего она должна сомкнуть



Рис. 182. Тампонада матки рукой при атоническом кровотечении после родов.



Рис. 183. Акушерские щипцы.



Рис. 184, 185. Перфораторы. Слева — Феноменова, справа — Бло.

ложки перед стерилизацией. Вместе со щипцами сестра кипятит 2 корнцанга, 2 зажима для пуповины, пупочные ножницы и ножницы для рассечения промежности. Одновременно должны быть приготовлены инструменты, необходимые для осмотра и зашивания разрывов шейки матки.

ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ КРАНИОТОМИИ (ПЕРФОРАЦИЯ ГОЛОВКИ ПЛОДА И КРАНИОКЛАЗИЯ)

Эта операция производится обычно на мертвом плоде и в очень редких случаях на живом (при невозможности самостоя-



Рис. 186. Копьевидный перфоратор вводится в череп мертвого плода.

тельного родоразрешения). Во время операции производится прободение черепа и через сделанное отверстие удаляется его содержимое.

Для перфорации головки употребляется специальный перфоратор (рис. 184 и 185); через сделанное отверстие (рис 186)

удаляют мозг особой ложечкой, или кюреткой. После этого при помощи краниокласта (рис. 187) производится вторая операция — краниоклазия (сдавление головки) и извлечение плода. Иногда для уменьшения размеров плечевого пояса применяется одновременно операция рассечения ключиц (клейдотомия), которая производится специальными ножницами

или особым крючком. Удобнее делать перфорацию под контролем зрения, для чего необходимо иметь наготове четыре прокипяченных влагалищных зеркала: верхнее, нижнее и два боковых.



Рис. 187. Краниокласт, наложенный на перфорированную головку плода.



Рис. 188. Перелом позвоночника поворотом декапитационного крючка Брауна.

ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ ЭМБРИОТОМИИ

Эмбриотомией называется операция удаления плода по частям, к чему приходится прибегать, например, при запущенном поперечном положении. Помимо инструментов, применяемых для перфорации головки и краниоклазии, необходимы еще 2 корнцанга, 2 пинцета, 2 зажима для пуповины, серповидный нож для обезглавливания плода и декапитационный крючок (рис. 188).



Рис. 189. Влагалищные зеркала.
а — желобчатое; б — плоское, подъемник.

Рис. 190. Пулевые щипцы для захватывания губы шейки матки.

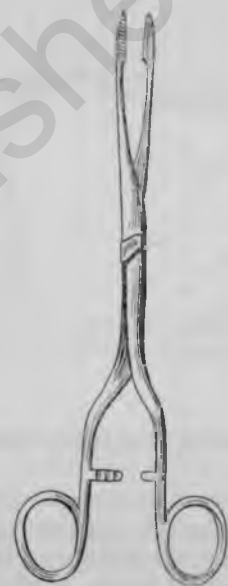


Рис. 191. Щипцы Мюзю (двузубцы).

Рис. 192. Корнцанг.



Рис. 193. Маточный зонд с сантиметровыми делениями.

ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ ВЫСКАБЛИВАНИЯ СТенок ПОЛОСТИ МАТКИ

Выскабливание стенок полости матки производится при удалении остатков плодного яйца, при неполном выкидыше или при искусственном прерывании беременности. Для этой операции необходимы следующие инструменты: два влагалищных зеркала, нижнее и верхнее (рис. 189, а и б), две пары пулевых щипцов (рис. 190) или щипцов Мюзю (рис. 191), два корнцанга (рис. 192), маточный зонд (рис. 193), набор расширителей Гегара от № 4 до № 12 в зависимости от срока беременности (рис. 194), кюретки (рис. 195) разных размеров, плейфер для протирания полости матки и окончатый абортанг.

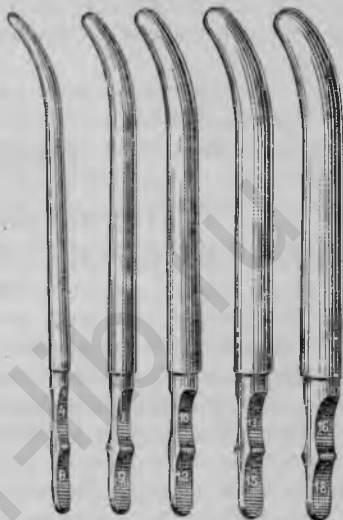


Рис. 194. Расширители Гегара.

ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Классическое кесарево сечение — это операция извлечения плода через раз-



Рис. 195. Маточная кюретка.

рез брюшной стенки и стенки матки. Для кесарева сечения необходим такой же инструментарий, как и для всякой гинекологической лапаротомии, о чем будет сказано на стр. 254.

Влагалищное кесарево сечение. Операция производится при беременности в сроки свыше 12—14 недель и до 26—28 недель. Она заключается в отслойке мочевого пузыря от передней стенки шейки матки и рассечении верхней губы шейки по ее длине за внутренний зев; таким образом создается доступ к матке для извлечения плода через влагалище. Через сделанное отверстие рукой извлекают плод и плаценту. После этого зашивают разрез шейки и пришивают на прежнее место отсепарованный лоскут влагалища с мочевым пузырем. Для этой операции нужен тот же инструментарий, что и для обычных влагалищных операций в гинекологии (стр. 254), например влагалищного удаления матки, а также инструментарий, необходимый для перфорации головки плода.

ГЛАВА XIII

ГИНЕКОЛОГИЯ

ПЕРВИЧНАЯ РЕГИСТРАЦИЯ, ОСМОТР И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНОЙ

Правильно поставленное родовспоможение, охватывающее всех беременных и рожениц, является в то же время одним из основных профилактических моментов в борьбе с женскими болезнями. Проводимые в Советском Союзе мероприятия по охране материнства и детства — улучшение материально-бытовых условий работниц и колхозниц, широкое жилищно-коммунальное строительство, развертывание широкой сети родильных домов, колхозных родильных домов и фельдшерско-акушерских пунктов — привели к резкому снижению числа гинекологических заболеваний.

В профилактике гинекологических заболеваний наряду с перечисленными факторами огромное значение имеют мероприятия по охране женского труда и внедрение физкультуры среди женского населения. Для борьбы с гинекологическими заболеваниями очень важно раннее лечение больных, своевременное выявление их путем массовых профилактических осмотров женского населения.

Функции половой сферы женщины теснейшим образом связаны с общим ее состоянием. Таким образом, широкие оздоровительные мероприятия, проводимые в нашей стране, способствуют снижению заболеваемости вообще и в том числе гинекологической.

Заполнение истории болезни

В стационаре, женской консультации или поликлинике на каждую гинекологическую больную заполняется специальная история болезни. Собираются примерно те же сведения, что и при заполнении истории родов, кроме того, проводится специальный опрос, касающийся данного заболевания. Подробный и правильный опрос больной в значительной степени облегчает

установление диагноза; поэтому медицинская сестра при заполнении истории болезни должна добиваться точных и подробных ответов на все вопросы.

Основные жалобы

Наиболее частыми являются жалобы на маточные кровотечения, бели, боли, нередко женщины жалуются на бесплодие.

Кровотечения могут быть разделены на две группы:

1) кровотечения, совпадающие по сроку с менструациями и выражающиеся в увеличении количества теряемой крови, с изменением ее свойств (кровотечения со сгустками) или в удлинении против обычной нормы срока менструаций; такие кровотечения носят название **меноррагий**;

2) кровотечения, не совпадающие со сроком менструации, беспорядочные кровотечения или кровотечения, вновь появившиеся у женщин, у которых уже прекратились менструации; такие кровотечения называют **метроррагиями**.

При всякой жалобе на кровотечение прежде всего необходимо выяснить, не беременна ли женщина, и лишь в том случае, если беременность исключена, искать причину в каком-либо гинекологическом заболевании.

На кровотечения характера меноррагий нередко жалуются девушки, у которых недавно начались менструации. Иногда матери не обращают на это внимания, считая, что менструации еще не установились. Действительно, в ряде случаев менструации бывают вначале неправильными и лишь спустя некоторое время приобретают нормальный характер. Если менструации продолжают оставаться обильными, длительными или болезненными, необходимо обратиться к врачу, который примет соответствующие меры. Большинство таких обильных менструаций в дальнейшем становятся нормальными. Встречаются, однако, и так называемые неустойчивые маточные кровотечения, связанные с неправильной деятельностью яичников, — функциональные маточные кровотечения, при которых требуется лечение гормонами, а иногда и оперативное вмешательство.

Иногда во время менструации выделяется кровь со сгустками и бывают резкие боли, которые обычно носят схваткообразный характер. Схваткообразные боли объясняются задержкой в матке менструальной крови вследствие затрудненного оттока, например при резком перегибе тела матки кпереди или (что бывает реже) кзади, при очень узкой, так называемой конической, удлинненной шейке матки.

Кровь в матке в таких случаях задерживается, свертывается, и образуются сгустки; эти сгустки удаляются из матки при сокращениях ее, почему боли и носят схваткообразный характер. Такое состояние носит название **дисменореи**. Обычно после

первых же родов дисменорея исчезает. Дисменорея может зависеть и от других причин, например от воспаления матки и яичников.

В некоторых случаях, наоборот, отмечаются очень скудные менструации (о л и г о м е н о р е я) или же временное или постоянное отсутствие менструаций (а м е н о р е я).

Маточные кровотечения могут быть вызваны либо воспалительным заболеванием матки, яичников или окружающей клетчатки, либо наличием новообразования (опухоли) половых органов, либо неправильной деятельностью яичников. У молодых женщин, в возрасте 20—35 лет, кровотечения обычно обуславливаются воспалительными изменениями половых органов; у женщин более старшего возраста, от 36 лет и старше, причиной кровотечений чаще бывает наличие опухолей.

При воспалениях в половых органах кровотечения большей частью носят характер меноррагии; очень часто более или менее обильные кровотечения совпадают с обострением воспалительного процесса, сопровождающимся появлением болей внизу живота, в пояснице, повышением температуры до 38—39°.

Незначительные кровянистые выделения, не связанные с менструацией, кровотечения после половых сношений, а также кровянистые выделения, появляющиеся у женщин, у которых уже прекратились менструации (в периоде менопаузы), могут быть вызваны наличием так называемых полипов в шейки или о п у х о л и (доброкачественной или злокачественной).

Поэтому необходимо серьезно относиться даже к небольшим кровотечениям. Между тем нередко фельдшер или медицинская сестра в подобных случаях, не осмотрев внимательно больную, по шаблону ограничиваются прописыванием кровоостанавливающих средств, в первую очередь горячих спринцеваний, и, таким образом, просматривают злокачественные опухоли. Прежде чем назначать то или иное кровоостанавливающее средство, необходимо выяснить истинную причину кровотечений, для чего каждую такую больную, как правило, следует прежде всего направить к врачу.

Бели — это выделение из влагалища наружу секрета, оставляющего пятна на белье. Иногда выделения из влагалища усиливаются у совершенно здоровой женщины, например во время беременности, перед началом менструации, при половом возбуждении. Однако эти выделения всегда бывают светлые, скоро исчезают и ничем не беспокоят женщину. Значительно чаще женщины жалуются на обильные, желтовато-гнойные, разъедающие, грязные, зловонные бели. С такими белями и приходится встречаться у гинекологических больных. При этом в выделениях всегда отмечается обилие лейкоцитов и бактерий — III и IV степень чистоты влагалища (стр. 14).

Бели всегда указывают на наличие болезненных изменений в половых органах и нередко являются одним из признаков за-

болевания. Так, зеленовато-гнильные, разъедающие бели встречаются чаще всего при гонорее, при воспалении, вызванном паразитом, называемым влагалищной трихомонадой (*Trichomonas vaginalis*) (см. стр. 234); обильные, густые, тянущиеся, как слизь, бели бывают обычно при воспалении шеечного канала (*endocervicitis*), жидкие бели характера сливок — при воспалениях в полости матки (*endometritis*); грязные, разлагающиеся, зловонные бели цвета мясных помоев, к тому же при пожилом возрасте больной, дают основание предполагать наличие ракового заболевания.

Конечно, только по характеру белей нельзя установить точный диагноз заболевания. Характер белей позволяет лишь предполагать то или иное заболевание, а подтвердить его могут подробное обследование больной врачом и данные лабораторных исследований.

Боли являются симптомом, сопутствующим почти всем гинекологическим заболеваниям. Однако не все заболевания сопровождаются одинаковыми болями. Например, схваткообразные боли характерны для выкидыша, для задержавшихся в полости матки сгустков крови; постоянные ноющие боли вызваны длительным давлением на нервные волокна, например при воспалительных отеках, больших фибромиомах; упорные боли в крестце наблюдаются при фиксированном запрокидывании матки; грызущего характера боли, которые продолжают иногда и ночью, изнуряющую, бывают при запущенных злокачественных новообразованиях и т. д. При внимательном опросе больной и учете всех имеющихся налицо признаков, а также состояния и возраста женщины можно предположить характер заболевания. Ни один из этих признаков, взятый сам по себе, равно как и отсутствие какого-либо из них, еще не дает права делать какие-либо категорические выводы. Больную должен подробно обследовать врач.

Бесплодие см. стр. 240.

Подготовка больной к гинекологическому исследованию

Во избежание ошибок при исследовании, а также для облегчения его необходимо предварительно подготовить женщину. Перед исследованием женщина прежде всего должна помочиться; если стула не было, надо очистить кишечник клизмой. В тех случаях, когда женщина не может самостоятельно помочиться, по назначению врача производят катетеризацию мочевого пузыря с соблюдением всех правил асептики и антисептики. Если наружные половые органы загрязнены, покрыты кровяными корками, медицинская сестра (только с разрешения врача) перед исследованием должна подмыть больную. Исследование производится на специальном гинекологическом кресле.

Техника двуручного исследования и осмотра при помощи зеркал

Исследование производится чисто вымытыми руками, лучше в перчатках. Прежде всего осматривают н а р у ж н ы е п о л о в ы е о р г а н ы, устанавливая их состояние и степень развития, затем волосистые части (при выявлении лобковых вшей сбривают волосы на наружных половых органах и тщательно обмывают их раствором сулемы или настойкой сабадиллы). Для осмотра отверстия мочеиспускательного канала и входа во влагалище раздвигают пальцами левой руки (см. рис. 39) половые губы и внимательно осматривают наружное отверстие мочеиспускательного канала, обращая внимание на цвет его слизистой оболочки, наличие или отсутствие красноты в отверстиях желез канала (красные точки по бокам канала). Осматривают отверстия выводных протоков бартолиновых желез и в случае наличия в них инфекции отмечают красные точки в этих местах. Осматривают промежность (разрыв после бывших родов), отверстие заднего прохода, выявляя наличие геморроидальных узлов, кондилом, глистов (острицы).

Затем приступают к **влагалищному**, так называемому **двуручному** исследованию; один или два пальца (указательный и средний) правой руки вводят во влагалище, а ладонь левой руки кладут на живот над лобком и таким образом определяют состояние влагалищных стенок, глубину сводов, наличие или отсутствие в них выпячиваний, форму, величину и состояние шейки матки (коническая, цилиндрическая, разрывы, гладкая или шероховатая поверхность) положение, форму и величину матки.

В норме м а т к а занимает срединное положение в малом тазу и тело ее образует с шейкой тупой угол, открытый кпереди; такое положение называется антефлексией (anteflexio), а перегиб матки кзади — ретрофлексией (retroflexio).

Далее определяется состояние м а т о ч н ы х т р у б, я и ч н и к о в (болезненны, утолщены, увеличены) и о к о л о м а т о ч н ы х п р о с т р а н с т в (наличие инфильтратов в околоматочной клетчатке, опухолей в малом тазу).

Помимо пальцевого влагалищного исследования, обязательно производится еще исследование при помощи специальных зеркал. Введя во влагалище зеркала, можно увидеть и слизистую оболочку влагалища, и влагалищную часть матки и обнаружить, таким образом, воспалительные изменения в слизистой оболочке влагалища, язвы, полипы, эрозии на шейке матки и другие изменения.

В гинекологической практике употребляются следующие зеркала.

З е р к а л о К у с к о — створчатое двухлопастное зеркало (рис. 196). Зеркала Куско (или типа Куско) бывают сплошные и решетчатые.

банку наклеивают записку, в которой указан номер истории болезни, фамилия, имя, отчество и возраст больной, время ожидаемой менструации, предполагаемый диагноз и дата выскабливания. Материал отправляют для исследования в гистологическую лабораторию.

Биопсия

Иногда, особенно при подозрении на рак, из подозрительного места на шейке матки (эрозия) врач вырезает кусочек ткани для исследования его под микроскопом. Эта операция называется б и о п с и е й.

Для биопсии необходимы два зеркала Симса, две пары пулевых щипцов, два корнцанга, два длинных хирургических пинцета, маленькая острая ложечка на случай, если понадобится выскабливать шеечный канал, ножницы и скальпель, которые должны лежать в спирте не менее 15 минут. Применяется для биопсии и специальный инструмент — конхотом, которым высекается кусочек ткани. Под руками должен быть также барабанчик со стерильной марлей и ватой и 1—2 стерильных бинта шириной 8—10 см на тот случай, если потребуются тампонада. Необходимо иметь наготове инструменты (иглодержатель, иглы) и шовный материал (кетгут), так как после биопсии может потребоваться наложение швов.

Кусочек ткани, вырезанный из подозрительного участка шейки и соседнего участка видимо здоровой ткани, кладут в стерильную марлевую салфетку и в таком виде немедленно передают в лабораторию для микроскопического исследования с запиской, в которой указывается фамилия, имя, отчество, возраст больной, номер истории болезни, время биопсии, место, откуда взят кусочек, и предполагаемый диагноз. Если лаборатория находится далеко или, например, биопсия делается на сельском участке, а лаборатория находится в городе, то полученный кусочек необходимо положить в стеклянную баночку с притертой пробкой, наполненную спиртом или 10% раствором формалина. На баночку наклеивают записку с указанием перечисленных выше данных.

После биопсии края ранки прижигают йодом. Если биопсия производилась амбулаторно, больная должна лежать не менее 2 часов; только после этого, если нет кровотечения, ее можно отпустить домой. Необходимо предупредить больную, чтобы она во избежание кровотечений первые 2 дня после биопсии меньше двигалась и в течение 2 недель не жила половой жизнью. Лучше вообще биопсию делать в стационаре, где больную оставляют на 1—2 дня.

Дополнительные и специальные методы исследования, которыми иногда пользуются в гинекологической практике, будут указаны в дальнейшем изложении.

ГЛАВА XIV

ФОРМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Недоразвитие матки и влагалища. Иногда у взрослых женщин бывает маленькая матка и узкое влагалище, соответствующие таковым у девочки (инфантильная матка), или же очень маленькая матка с удлинённой шейкой (гипоплазия матки). Встречается и недоразвитие наружных половых органов — большие и малые половые губы развиты недостаточно, промежность низкая, половая щель узкая и малая, волосистость на лобке скудная, вторичные половые признаки слабо выражены. У таких женщин нередко отмечается недоразвитие и других систем организма.

При недоразвитии внутренних половых органов наблюдаются нарушения овариально-менструального цикла (позднее наступление менструаций, скудные менструации вплоть до аменореи, бесплодие). Эти нарушения можно предупредить путем проведения оздоровительных мероприятий с первых лет жизни девочки (стр. 25).

НЕПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Под неправильным положением половых органов понимают стойкое отклонение матки от ее обычного положения; при этом у женщины возникают более или менее неприятные ощущения, а иногда и боли.

Неправильное положение матки — запрокидывание ее кзади, смещение в сторону — в громадном большинстве случаев является результатом воспалительных заболеваний внутренних половых органов. Образующиеся после воспаления спайки и рубцовые сморщивания изменяют и положение матки. Неправильное положение матки бывает также при расслаблении ее связочного аппарата, при нарушении целостности мышц тазового дна в результате оставшегося незащитым разрыва промежности.

Опущение и выпадение половых органов особенно наглядно обнаруживаются при гинекологическом исследовании, если пред-

ложить женщине потужиться. В случае опущения стенок влагалища они как бы начинают выворачиваться из половой щели, а при выпадении матки она во время натуживания выходит из влагалищной щели наружу.

При выпячивании передней стенки влагалища одновременно отмечается и выпячивание задней стенки мочевого пузыря — цистоцеле, при выпячивании задней стенки влагалища



Рис. 200. Полное выпадение матки.

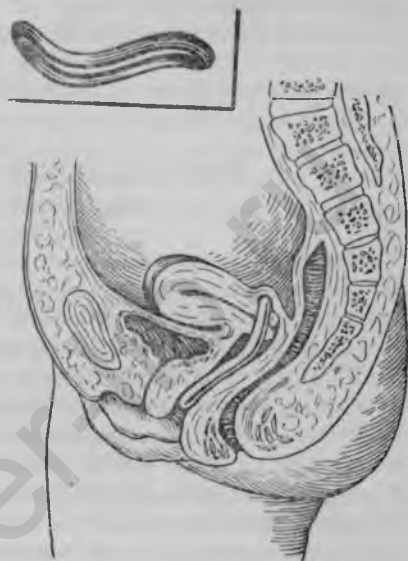


Рис. 201. Матка удерживается пессарием.

одновременно выпячивается под ней и стенка прямой кишки — ректоцеле. Выпавшая матка с вышедшей наружу шейкой иногда остается в таком положении (рис. 200), мешая при ходьбе; раздражается кожа бедер, наблюдаются изъязвления ее. В этих случаях шейка матки отечна, увеличена, отмечается нарушение целостности покрывающего ее эпителия, гноящиеся изъязвления в этих участках, резкое покраснение и мацерация кожи бедер. Если выпавшая матка длительно остается в таком положении, то при значительном отеке шейки матка может ущемиться.

Наиболее частой причиной опущения и выпадения стенок влагалища и матки, как говорилось выше, являются разрывы промежности и тазового дна, которые не были своевременно зашиты.

Поэтому основой профилактики указанной патологии является правильно организованное родовспоможение.

Лечение при неправильных положениях матки зависит от особенностей каждого случая. При выпадении матки во влагалище вводят различные кольца, поддерживающие матку в нормальном положении (рис. 201). Следует отметить,

что пользование такими кольцами имеет ряд неудобств; оставлять кольцо во влагалище надолго нельзя, так как оно механически раздражает стенки влагалища, вызывает появление обильных белей и может вести к образованию пролежня. Поэтому кольцо следует часто вынимать и снова вставлять. Кроме того, кольца не приводят к выздоровлению и могут служить лишь временной мерой. Радикальным лечением при выпадении матки является лишь операция.

Если неправильное положение матки, невзирая на применяемое лечение, продолжает очень беспокоить женщину, то в некоторых случаях также показано хирургическое лечение.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Среди всех гинекологических заболеваний воспаление половых органов по частоте занимает первое место. Причиной воспалительных заболеваний является внедрение инфекции, т. е. болезнетворных микробов, в половые органы женщины.

Микробы могут проникать в половые органы различными путями и вызывать воспалительные процессы в любом отделе половых органов: в наружных половых органах, во влагалище, в матке, в трубах, в яичниках и окружающих тканях.

Болезнетворные микроорганизмы могут попасть в половые органы женщины при половых сношениях, а также при небрежном влагалищном исследовании, проводимом без соблюдения асептики и антисептики.

Очень часто заносятся или продвигаются выше уже имеющиеся во влагалище микроорганизмы во время аборта, особенно если он производится во внебольничной обстановке. Иногда микроорганизмы проникают из влагалища в верхние отделы половых органов при родах и в послеродовом периоде, а также во время менструации.

Следует отметить, что микроорганизмы, находящиеся во влагалище, не всегда вызывают заболевание; здоровый эпителий влагалища и его нормальная слабокислая среда являются хорошим барьером (защитой) против многих бактерий; если же бактерии все-таки попадают в полость матки или в трубы, то они часто вызывают там воспалительные заболевания.

Инфекция может проникать в половые органы из соседних органов, например из прямой кишки, мочевого пузыря, червеобразного отростка и т. д. Возможен занос бактерий в половые органы из отдаленных органов с током крови или лимфы, например из легких при туберкулезе (метастатический путь).

Нередко при воспалительных заболеваниях одновременно поражается несколько отделов половых органов, а в острых слу-

чаях, если инфекция проникает в трубы и дальше, в полость брюшины, возникает иногда и воспаление брюшины вплоть до общего перитонита.

Вульвит (vulvitis)

Вульвит — воспаление наружных половых органов и входа во влагалище — характеризуется покраснением и отеком больших и малых половых губ, жжением, зудом и резкой болезненностью при дотрагивании.

Воспаление может быть вызвано занесением микробов или извне при нечистоплотном содержании половых органов и нарушении целостности покровного эпителия, или из внутренних половых органов вместе со стекающими сюда выделениями. Отсюда понятно, что лечение должно быть направлено на устранение причины, вызывающей данное заболевание.

Бартолинит (bartolinitis)

Бартолинит — воспаление бартолиновой железы. Обычно поражается не вся железа, а лишь часть ее. Чаще всего причиной воспаления бартолиновой железы является попадание в нее гонококков; реже воспаление вызывается другими микробами. Для воспаления железы характерно покраснение отверстия выводного протока, покраснение кожных покровов большой губы в соответствующем участке, припухлость и болезненность.

В остром периоде лечение заключается в назначении покоя и холода (лед), антибиотиков и сульфаниламидных препаратов; в дальнейшем применяется тепло. В некоторых случаях приходится позднее прибегать и к оперативному вмешательству.

Кольпит, или вагинит (colpitis, vaginitis)

Кольпит, или вагинит, — воспаление влагалища, слизистая оболочка влагалища при этом заболевании красная, отечная, иногда представляется как бы шагренево́й (так называемый гранулезный кольпит), при дотрагивании иногда кровоточит; налицо отделяемое, чаще гнойного характера. В острой стадии больные жалуются на жжение, разъедание кожи бедер стекающими выделениями, болезненность при мочеиспускании, резкую болезненность при половых сношениях и во время исследования.

Откуда бы ни проникала инфекция, при кольпите часто нарушена целостность влагалищного эпителия. Такое нарушение может иметь место в родах, при длительном воспалении внутренних половых органов, когда отделяемое разрушает эпителий влагалища, при бурном половом сношении и т. д. В остром периоде это заболевание требует покоя; позднее, когда острые явления стихают, приступают к соответствующему лечению (осторожная

дезинфекция влагалища и наружных половых органов). Следует отметить, что кольпиты нередко встречаются и у девочек, и в старческом возрасте — так называемый старческий кольпит.

Трихомонадный кольпит

Трихомонадный кольпит развивается при попадании во влагалище паразита, называемого трихомонадой. Это заболевание встречается довольно часто и проявляется в виде обильных пенистых выделений зеленого цвета, вызывающих зуд в наружных половых органах и во влагалище.

Диагноз указанного заболевания ставится при обнаружении трихомонад (рис. 202) во время микроскопического исследования капли выделений, взятых из влагалища (стр. 280).

Заражение трихомониазом возможно как половым, так и внеполовым путем. Медицинские работники должны уделять профилактике трихомониаза исключительное внимание. Необходимо строгое соблюдение правил асептики и антисептики в работе женской консультации, чтобы не подвергать заражению здоровых женщин. В быту нельзя пользоваться общей мочалкой и полотенцем, спать в одной постели с женщиной, больной трихомониазом.

Каждая женщина должна знать о возможности заболевания трихомониазом при попадании грязной воды на половые органы (купание в непроточных водоемах и пр.).

В женской консультации трихомониаз выявляется у обращающихся туда больных. Однако одного лишь выявления заболевания недостаточно: необходимо выявлять источники инфекции и обеззараживать их. Часто заражение женщины происходит при половом сношении с мужчиной, в мочеиспускательном канале которого имеются трихомонады, поэтому одновременно надлежит лечить и мужа. Если трихомониаз обнаружен у беременной, необходимо сообщить об этом в родильный дом, чтобы там приняли меры, предупреждающие заражение новорожденной девочки.

В родильном доме в отделении для новорожденных, в яслях, в детских садах необходимо проводить санитарный осмотр персонала для выявления трихомониаза и своевременного лечения.

При обнаружении трихомониаза у девочек необходимо обследовать на это заболевание членов семьи.

О путях заражения трихомониазом должны быть осведомлены широкие массы населения. Особое значение приобретает личная гигиена.



Рис. 202.
Влагалищная
трихомонада.

Кольпит может быть вызван попаданием во влагалище кишечного паразита — о с т р и ц ы, что чаще наблюдается у маленьких девочек. Самки остриц часто выползают из прямой кишки и откладывают у заднего прохода яйца; отсюда острицы могут попасть на наружные половые органы, затем во влагалище и далее в матку и трубы. Острицы вызывают раздражение кожи наружных половых органов, зуд во влагалище. Распознается это заболевание путем обнаружения во влагалище указанных глистов, или их яиц.

Эндоцервицит (endocervicitis)

Эндоцервицит — воспаление слизистой оболочки шейечного канала матки. Обычно больные жалуются на значительные бели. Моментами, благоприятствующими развитию данного заболевания, являются оставшиеся не зашитыми после родов разрывы шейки матки, вывороты шейки, надрывы ее во время аборта, рождение полипов из глубины шейечного канала.

Воспаление слизистой оболочки шейечного канала матки с постоянными выделениями приводит к образованию изъязвлений в области наружного зева — так называемой э р о з и и. Иногда на изолированном участке зева шейки матки встречаются мелкие пузырьковидные образования, закупорившие железы слизистой оболочки — это н а б о т и е в ы к и с т ы (ovula Nabothii).

Воспаление слизистой оболочки — эндометрит (endometritis), и стенок матки — метрит (metritis)

Это заболевание возникает в результате попадания инфекции в полость матки и отсюда в толщу ее стенок. Воспаление в остром периоде нередко сопровождается высокой температурой, кровотечениями, а в дальнейшем кровянистыми выделениями. При исследовании матка несколько увеличена (отечна) и болезненна. В остром периоде эндометрита необходим покой, лед на живот, антибиотики, сульфаниламидные препараты, а в дальнейшем в зависимости от течения соответствующие противовоспалительные мероприятия.

Воспаление придатков матки — аднексит (adnexitis)

Воспаление придатков матки, т. е. маточных труб и яичников, в остром периоде обычно сопровождается резкими болями, высокой температурой, иногда кровотечениями. Больную следует уложить в кровать. В остром периоде заболевания показан покой, антибиотики и сульфаниламидные препараты, болеутоляющие средства (свечи) и холод на низ живота. Когда острые явления стихают, проводится соответствующее противовоспалительное лечение — тепловые процедуры (стр. 261).

Параметрит (parametritis)

Параметрит— воспаление околоматочной клетчатки — чаще наступает в результате проникновения микробов через шейку матки при глубоких надрывах ее. Это заболевание начинается остро резкими болями внизу живота, затруднением мочеиспускания, вздутием живота и высокой температурой (39° и выше) по вечерам со значительным снижением ее утром. Если процесс прогрессирует, обычный отек может переходить в нагноение; скопившийся гной, расслаивая брюшинные листки широких связок, распространяется вверх и выходит из полости малого таза; при исследовании гной можно прощупать через брюшные покровы в правой или левой подвздошной области.

В остром периоде параметрита необходим покой, антибиотики, сульфаниламидные препараты, болеутоляющие средства и холод на область, где чувствуется боль. В дальнейшем, когда температура более или менее выравнивается, приступают к тепловому лечению (грелки, согревающие компрессы и другие тепловые процедуры). Обычно под влиянием этого лечения параметрит постепенно ликвидируется. Если же имеет место нагноение, иногда приходится прибегать к оперативным вмешательствам в виде разреза со стороны влагалища или через брюшную стенку, чтобы дать выход скопившемуся гною.

Воспаление тазовой брюшины

При попадании инфекции в тазовую брюшину развивается пельвеоперитонит (pelveoperitonitis). Он начинается резкой болезненностью внизу живота и вздутием живота, до которого нельзя дотронуться (нижний отдел живота не участвует в акте дыхания), высокой температурой; язык обложен, нередко бывает рвота. В этом периоде показан полный покой, сульфаниламидные препараты, антибиотики, болеутоляющие средства (стр. 277); на живот кладут пузырь со льдом так, чтобы он слегка касался брюшной стенки. Обычно в результате воспаления тазовой брюшины в дальнейшем образуются спайки между маткой, трубами, яичниками и кишечником, нередко и сальником — так называемые периметритические спайки.

Гонорея

По своей частоте и тяжелым последствиям гонорея до применения антибиотиков занимала одно из первых мест среди всех воспалительных заболеваний женских половых органов.

Обычно гонококк попадает в половые органы женщины в момент полового сношения с больным мужчиной. Гонореей может быть поражен или весь мочеполовой аппарат женщины, или какая-либо часть его; чаще всего половые органы поражаются последо-

ательно один за другим. По частоте поражений отдельных частей первое место занимает мочеиспускательный канал, затем шейка матки, слизистая оболочка полости матки, трубы, бартолиновы железы и влагалище.

Заражение женщины гонореей возможно и в н е п о л о в ы м у т е м, например, когда женщина подмывается из одного таза больной гонореей или пользуется ее мочалкой, полотенцем.

В ряде случаев матери, страдающие гонореей, заражают девочек, укладывая их спать вместе с собой, подмывая их мочалками или губками, загрязненными гонорейными выделениями. Подобным путем девочки могут заразиться и в яслях, детском саду, если среди обслуживающего персонала (сестры, няни) имеются больные гонореей.

Во время и после менструаций, послеродового периода, абортов гонорейная инфекция обычно распространяется на вышележащие части полового аппарата. С момента попадания гонококков в половые органы женщины до появления симптомов заболевания проходит в среднем от 3 до 8 дней. Частые позывы на мочеиспускание, жжение и резь при мочеиспускании, зуд и покраснение наружных половых органов, появление в ближайшие же дни желтых гнойных выделений, разъедающих кожу бедер, — вот характерные признаки острой гонорей нижних отделов половых органов. Позднее все эти явления стихают и остаются лишь желтые гнойные бели, разъедающие кожу бедер.

Во время осмотра отмечается покраснение слизистой оболочки входа во влагалище и резкая болезненность при дотрагивании. В выделениях, исследуемых под микроскопом, обнаруживаются гонококки. Иногда на коже наружных половых органов образуются легко кровоточащие разрастания — острые кондиломы (рис. 203). Острые кондиломы представляют собой сидящие на тонкой ножке кожные выросты, напоминающие петушиный гребень. Широкие кондиломы, встречающиеся при сифилисе, сидят на широком основании, несколько распластаны и мокнут. В мазках при широких кондиломах часто удается обнаружить бледную спирохету (возбудитель сифилиса).



Рис. 203. Острые кондиломы.

Часто гонококки, проникнув в глубину бартолиновых желез, вызывают воспаление их; вследствие закупорки выводного протока железы в ней скопляется отделяемое и иногда образуется абсцесс.

Попав в шейку матки, гонококки вызывают гонорейный эндцервицит, характеризующийся гнойными выделениями из шейки и образованием изъязвлений на поверхности наружного зева шейки (эрозии). Из шейки матки гонококки часто распространяются в полость матки и дальше, в маточные трубы, поражая их слизистую оболочку. Нередко гонококки проникают через трубы в брюшную полость и вызывают воспаление тазовой брюшины, а иногда, правда, очень редко, и общий гонококковый перитонит — воспаление брюшины.

Характерным признаком восходящей гонореи в отличие от других инфекций является двусторонность поражения; при гонорее наблюдается двусторонний сальпингит или сальпингофорит (одновременное воспаление трубы и яичника).

Женщины, болевшие восходящей гонореей, очень часто страдают бесплодием вследствие слипчивого воспаления просвета канала маточных труб.

Гонококки могут очень долго оставаться в половых органах; в наружных половых органах местами длительного пребывания гонококков являются железистые ходы у наружного отверстия мочеиспускательного канала и выводные протоки бартолиновых желез. Во время исследования женщин всегда обращают внимание на эти места, которые при наличии гонорейного воспаления имеют вид красных пятнышек (*macula gonorrhoeica*).

Гонококки, оставаясь в половых органах, очень долго сохраняют жизнеспособность, особенно если они попадают в полости, не доступные лечебному воздействию. Эта живучесть гонококков поддерживается и тем, что менструации, сопровождающиеся обильным приливом крови к половым органам, способствуют частым обострениям гонококкового воспаления у женщин.

В острых случаях гонореи самое главное — обеспечить женщине длительный покой. Половые сношения, ходьба благоприятствуют распространению инфекции вверх. В остром периоде необходим покой, болеутоляющие средства (свечи), холод на низ живота; когда процесс стихает, применяют различные терапевтические процедуры. При хронической гонорее применяются обычные противовоспалительные методы лечения.

Женщина, больная гонореей, должна очень тщательно оберегать своего ребенка от заражения, следить, чтобы гонорейные выделения не попали на половые органы ребенка. Профилактика гонореи в детских учреждениях проводится путем систематических осмотров обслуживающего персонала и детей с немедленной изоляцией заболевших.

В нашей стране достигнуты исключительные результаты в борьбе с гонореей. Значительно возрос санитарный и культур-

ный уровень населения. Создана широкая сеть венерологических диспансеров, проводящих большую санитарно-профилактическую и лечебную работу. Открыты пункты скорой противовенерической помощи, работающие круглые сутки; на этих пунктах лицам, обращающимся туда тотчас же после подозрительного сношения, производится промывание полового канала.

Наиболее эффективно лечение гонореи пенициллином и сульфаниламидными препаратами (стрептоцид, сульфидин, сульфазол). Лечение должно начинаться как можно раньше с момента заражения. Наряду с антибиотиками и сульфаниламидными препаратами применяется местное воздействие на воспалительный очаг.

Лечение гонореи проводится под контролем бактериологических и бактериоскопических исследований. Больную можно считать выздоровевшей, если с исчезновением всех клинических явлений при тщательном исследовании (с провокациями) гонококки не обнаруживаются на протяжении не менее чем трех менструальных циклов.

Сифилис

Сифилис женских половых органов характеризуется появлением сифилитической язвы — твердого шанкра — на наружных половых органах, во влагалище или на шейке матки. Местом первичного развития этой язвы часто являются наружные половые органы, особенно так называемая ладьевидная ямка. Нередко твердый шанкр располагается на губе наружного зева шейки матки. Твердый шанкр представляет собой округлую язву с глубоким дном, покрытым сероватым гнойным налетом; края язвы ровные, ярко-красного цвета. При сифилисе необходимо специфическое лечение.

Септические заболевания

Выше (стр. 160) мы говорили о септических заболеваниях в послеродовом периоде. Проникновение микробов в половые органы может и вне беременности вызывать септические воспалительные заболевания. Часто септическая инфекция заносится при внутриматочных манипуляциях — смазываниях, вливаниях, внебольничных абортах; если нарушена целостность ткани влагалища, возможно проникновение инфекции и через эти ворота. В отличие от распространенного процесса при гонорейной инфекции, которая в большинстве случаев поражает весь половой аппарат, септическое воспаление внутренних половых органов чаще ограничивается отдельными участками. В случае проникновения септической инфекции в верхние отделы половых органов обычно поражается одна сторона и отмечается либо правостороннее, либо левостороннее поражение придатков и околоматочной клетчатки.

В смысле непосредственной угрозы жизни больной септической инфекция опаснее, чем гонококковая, однако в дальнейшем своем течении септические заболевания лучше поддаются лечению и микроорганизмы сравнительно быстро погибают. Большинство выздоровевших женщин сохраняет способность беременеть. Правда, и в этих случаях в тех участках, где имело место септическое воспаление, могут оставаться значительные анатомические изменения — сращения, рубцовые сморщивания.

Туберкулез

Туберкулез внутренних женских половых органов чаще является вторичным заболеванием в результате проникновения в них с током крови туберкулезных бактерий из первичного очага, чаще из легких. Однако встречается и первичный туберкулез внутренних половых органов (полости матки и труб). Обычные жалобы больных — первичное бесплодие, иногда нарушения менструального цикла вплоть до аменореи. Распознать туберкулез внутренних половых органов очень трудно, но все же диагноз удается установить при помощи специального способа получения выделений из матки и микроскопического исследования их в сочетании с тщательным собиранием анамнеза.

Лечение туберкулеза женских половых органов стало более эффективным с тех пор, как таким больным стали назначать стрептомицин и другие средства, применяемые для лечения туберкулеза.

Другие заболевания

Встречается еще ряд воспалительных заболеваний женских половых органов, например дифтерия. На развитие воспалительных заболеваний женских половых органов могут влиять и общие острые заболевания, например острые инфекции (скарлатина, корь и др.), особенно в детском возрасте, оставляющие иногда различные изменения и в половых органах, например сращение стенок влагалища, сужение влагалищного просвета.

БЕСПЛОДИЕ, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЕГО

Различают бесплодие *первичное*, если с начала половой жизни женщина ни разу не была беременна (туберкулез, гипоплазия матки, другие аномалии развития), и *вторичное*, если у женщины были беременности или роды, но затем наступило бесплодие (после аборта, особенно при первой беременности, после воспаления внутренних половых органов).

Причины бесплодия женщины различны. Следует помнить, что бесплодие может зависеть и от мужа. Например, у мужа,

если он болел гонореей, осложнившейся воспалением придатков яичек (эпидидимит), может остаться в дальнейшем азооспермия (отсутствие сперматозоидов). Поэтому, прежде чем приступить к лечению женщины по поводу бесплодия, необходимо исследовать сперму мужа и исключить патологию с этой стороны. Сперму получают при половом сношении с презервативом; последний вместе со спермой тотчас же помещают в чистый теплый стакан; стакан согревают грелкой или ставят в термос и срочно доставляют в ближайшую лабораторию.

У женщины бесплодие часто является следствием воспаления внутренних половых органов, преимущественно в результате осложнений после аборта и гонореи. Инфекция, проникнув в канал трубы, вызывает слипчивое воспаление, вследствие чего наступает непроходимость маточных труб. Чтобы установить это, пользуются методом продувания или рентгенографией труб после заполнения полости матки и труб контрастным веществом (гистеросальпингография).

Причиной бесплодия может быть также недоразвитие матки и труб.

Профилактика женской гонореи, раннее и правильное лечение ее, борьба с абортами, своевременное лечение воспалительных заболеваний внутренних половых органов, правильное воспитание девочки, обеспечивающее нормальное физическое развитие ее, являются профилактикой женского бесплодия.

Лечение бесплодия у женщины представляет значительные трудности. В зависимости от установленной причины бесплодия применяется тот или иной метод (гормональная терапия, физиобальнеотерапия). В большинстве случаев лечение воспаления внутренних половых органов и остаточных явлений его — это одновременно и лечение бесплодия.

ТРАВМЫ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Здесь следует отнести наиболее часто встречающиеся разрывы промежности, разрывы шейки матки и свищи.

Оставшиеся не зашитыми после родов разрывы промежности при благоприятном течении послеродового периода вначале мало беспокоят женщину. Но в дальнейшем такой разрыв, как мы уже отмечали, ведет к опущению стенок влагалища, поэтому на разрыв промежности после родов необходимо накладывать швы.

Нередко в родах разрывается и шейка матки, эти разрывы не всегда дают послеродовые кровотечения, почему и остаются обнаруженными и, следовательно, своевременно не зашиваются. В дальнейшем канал шейки матки, оставаясь приоткрытым на большем или меньшем протяжении разрыва, инфицируется бактериями из влагалища; возникает воспалительное состояние слизистой оболочки шеечного канала, сопровождаю-

щеется обильными, иногда изнуряющими выделениями — белями. При таких разрывах показано зашивание шейки, а в некоторых случаях оперативное удаление части шейки — ампутация шейки матки.

В целях профилактики подобных осложнений в настоящее время в родильных домах введен осмотр шейки матки у всех женщин сейчас же после родов независимо от наличия кровотечения; обнаруженные разрывы зашивают.

СВИЩИ

Чрезвычайно тяжелое осложнение представляют собой свищи мочевого пузыря и прямой кишки. Наибольший процент свищей в молодом возрасте является результатом неправильного ведения родов или, вернее, отсутствия надлежащей акушерской помощи. Продолжительные роды при слишком долго стоящей, вколотившейся во вход таза головке, при несоответствии размеров головки и таза (узкий таз) могут вести к омертвлению окружающих тканей и органов малого таза. В первую очередь обычно страдает мочевой пузырь — образуется п у з ы р н о - в л а г а л и щ н ы й с в и щ; нередко страдает и прямая кишка — в этих случаях образуется к а л о в ы й с в и щ.

Длительное прижатие мочевого пузыря к стенкам таза во время родов ведет вначале к задержке мочеиспускания. Если лицо, ведущее роды, не обращает на это внимания, то в дальнейшем вследствие длительного прижатия пузыря в моче появляется кровь.

Нередко свищи встречаются при запущенных злокачественных новообразованиях, когда опухоль прорастает стенку мочевого пузыря или прямой кишки.

Основным симптомом мочевого свища является произвольное выделение мочи через влагалище. При каловом свище содержимое прямой кишки попадает во влагалище; отделяемое влагалища пахнет калом.

Небольшие свищи, если в окружающей их стенке мочевого пузыря отсутствует омертвление, могут самостоятельно затянуться, зарубцеваться. Для этого необходимо, чтобы стенки мочевого пузыря на период заживления свища не очень растягивались, что достигается введением на сравнительно длительный срок так называемого постоянного катетера. В этих целях используется длинный эластический катетер, который вводят в мочевой пузырь и прикрепляют липким пластырем к лобку и бедрам; свободный конец катетера опускают в сосуд (бутылочку), в который все время стекает моча.

Если свищ самостоятельно не закрывается, больную надо оперировать. Успех операции во многом зависит от предоперационной подготовки и от ухода за больной после операции (стр. 255).

Задача акушерки и медицинской сестры — предупреждать образование свищей. В этом отношении большую роль играет полный охват женщин родильной и гинекологической помощью, а также активная санитарно-просветительная работа среднего медицинского персонала среди женского населения (в первую очередь это относится к селу).

ОПУХОЛИ

Опухоли могут исходить из любого отдела половых органов женщины; чаще всего опухоли развиваются в матке и яичниках. В зависимости от своего строения и течения, а также от того, насколько опухоль непосредственно угрожает жизни больной, все опухоли делятся на доброкачественные и злокачественные.

Доброкачественные опухоли развиваются и растут медленно, не переносятся в другие органы (не дают метастазов), не приводят к быстрому истощению больной.

Злокачественные опухоли, наоборот, отличаются сравнительно быстрым ростом; они причиняют женщинам большие страдания и ведут к сильному похуданию, вплоть до резкого истощения (кахексия). Клетки злокачественной опухоли быстро прорастают соседние ткани и органы и переносятся током крови или лимфы, поэтому в любом месте организма могут образоваться новые злокачественные опухоли (метастазы).

Доброкачественные опухоли

Кистома (cystoma)

Кистомы чаще всего развивается в яичнике, достигая иногда колоссальных размеров.

По мере скопления содержимого полость кистомы увеличивается, стенки ее истончаются и получается нечто вроде пузыря, наполненного жидкостью. Поверхность кистомы обычно гладкая; иногда на поверхности (наружной и внутренней) стенок кистомы образуются выросты в виде сосочков — это сосочковая (папиллярная) кистома яичника.

Встречаются кисты, развивающиеся из желез (бартолиновой и др.). В этих случаях вследствие закупорки выводного протока железы, обычно на почве воспалительного процесса, рост кисты связан со скоплением в ней секрета.

Дермоидная кистома развивается преимущественно в яичнике. В удаленной опухоли находят густое салоподобное содержимое — отделяемое сальных желез; очень часто в нем встречаются волосы, зубы и некоторые другие образования.

Иногда стенки кистомы подвергаются злокачественному перерождению, и тогда все течение болезни резко меняется.

Небольшие кистомы очень часто остаются незамеченными, так как они не дают никаких болезненных ощущений. Кистомы боль-

ших размеров, оказывая давление на соседние органы, вызывают боли. Особенно резкая болезненность, наступающая внезапно, бывает при перекручивании ножки кистомы. Если ножка сравнительно длинная, опухоль может перекинуться через кишечную петлю и как бы перешнуровать ее; такое перекручивание может повлечь за собой непроходимость кишечника, вызывая характерные симптомы: вздутие соответствующей половины живота, болезненность, отсутствие стула даже после повторных клизм и, наконец, рвота цвета кофейной гущи.

При перекручивании ножки кистомы необходимо немедленное оперативное вмешательство. Больная, у которой предполагается данное заболевание, должна быть срочно со всеми предосторожностями перевезена в больницу.

Кистомы распознаются при влагалищном исследовании.

Все кистомы подлежат удалению хирургическим путем. Это важно помнить, так как кистомы часто перерождаются в злокачественные.

Ф и б р о м и о м а (f i b r o m y o m a)

Фибромиома обычно развивается в стенке матки; в состав опухоли входят мышечная и соединительная ткани. В фибромиоме отмечается сильно развитая сеть кровеносных и лимфатических сосудов. По месту расположения различают фибромиомы тела матки и фибромиомы шейки; последние встречаются значительно реже.

Встречаются три варианта фибромиом тела матки:

1) опухоль, растущая снаружки из толщи маточной стенки и располагающаяся под брюшинным покровом матки; это так называемая подбрюшинная, или субсерозная, фибромиома;

2) опухоль, растущая в толще маточной стенки и не выбухающая ни кнутри, ни кнаружи; это так называемая межуточная, или интерстициальная, фибромиома;

3) опухоль, которая растет из толщи маточной стенки, вдается в полость матки, выпячивает и истончает, а иногда и разрывает ее слизистую оболочку; это так называемая подслизистая, или субмукозная, фибромиома.

Фибромиомы матки встречаются довольно часто; они развиваются обычно у женщин 35—40 лет, но иногда наблюдаются и в более молодом возрасте. Чаше фибромиомы образуются у нерожавших или малорожавших женщин.

Симптомы, которыми характеризуются фибромиомы, зависят от характера опухоли, ее величины и места расположения. Меньше симптомов дают интерстициальные фибромиомы; часто они совсем не беспокоят женщину. Только в тех случаях, когда опухоль достигает больших размеров, она оказывает давление на соседние органы и причиняет боль. С этой жалобой женщины

и обращаются в консультацию. Иногда интерстициальная фибромиома может явиться причиной чрезмерно обильных и длительных менструаций, что и заставляет женщину обратиться к врачу.

Подбрюшинные фибромиомы, если они незначительны по величине, не вызывают болезненности. Если же опухоль достигает больших размеров, она растягивает покрывающий ее брюшинный покров и вызывает болевые ощущения.

Значительно тяжелее течение подслизистых фибромиом. Опухоль, вдаваясь в полость матки, выпячивает и истончает ее слизистую оболочку, что ведет к обильным кровотечениям не только во время менструации (меноррагия), но и вне ее (метроррагия). Женщина жалуется на беспорядочность менструаций. Такие же кровотечения может вызвать и имеющийся в матке полип, постоянно раздражающий слизистую оболочку и препятствующий сокращению матки.

Лечение. Небольшая фибромиома, случайно обнаруженная при исследовании, если она не беспокоит женщину, не требует лечения. Такая больная должна лишь время от времени показываться врачу, чтобы в случае ухудшения можно было принять соответствующие меры. Небольшие фибромиомы исчезают с наступлением менопаузы, когда у женщин прекращаются овуляции и менструации. Если же фибромиома достигает больших размеров и причиняет боль, ее необходимо удалить.

При интерстициальных фибромиомах, сопровождающихся обильными кровотечениями, необходимо соответствующее лечение. В возрасте до 40 лет при небольшом размере опухоли рекомендуется вначале применять кровоостанавливающие средства и эндокринные препараты. Если же, несмотря на более или менее длительное назначение их, кровотечение продолжается и даже усиливается, рекомендуется оперативное удаление опухоли. В более старшем возрасте в случае безуспешного применения кровоостанавливающих средств можно прибегнуть к лечению рентгеновыми лучами. Это ускоряет наступление менопаузы, что ведет к уменьшению и даже к исчезновению опухоли.

Подслизистые фибромиомы, являющиеся причиной длительных маточных кровотечений, подлежат удалению оперативным путем.

Злокачественные опухоли

Рак.

Среди злокачественных опухолей женских половых органов чаще всего встречается **рак матки**; при этом рак шейки матки встречается значительно чаще, чем рак тела матки. В среднем на 100 случаев рака матки приходится 94—95 случаев рака шейки матки. Рак поражает женщин преимущественно в пожилом возрасте. Однако нередко рак матки обнаруживается и у сравнительно молодых женщин.

Самое главное в борьбе с этим тяжелым заболеванием — возможно раннее распознавание его и раннее вмешательство. Распознать рак матки сравнительно легко, так как матка, в частности ее шейка, больше, чем другие органы, доступна обследо-

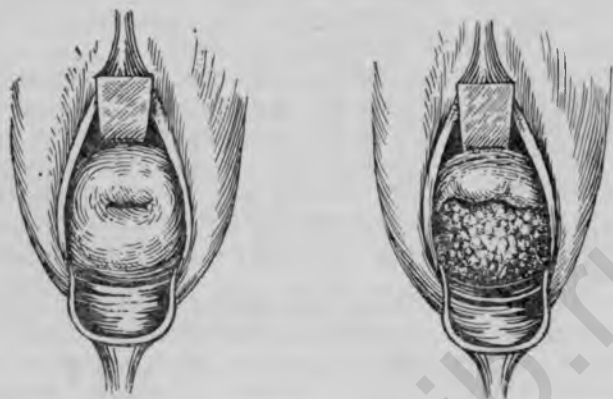


Рис. 204. Рак шейки матки. Слева — здоровая шейка матки; справа — рак задней губы шейки.

ванию (влагалищное исследование, осмотр с помощью влагалищных зеркал, биопсия, диагностическое выскабливание и другие методы).

Чем раньше применяются современные методы лечения рака, тем более возможно излечение.

Рак шейки матки (рис. 204). Симптомы начинающегося рака шейки матки вначале настолько ничтожны, что больные даже не обращают на них внимания. Болезненности нет никакой, лишь несколько усиливаются выделения; затем к белям, сначала отличающимся только количеством, примешивается кровь; иногда удлиняется срок менструации или спустя 1—2 дня после ее окончания снова появляются кровянистые выделения; наблюдается появление кровянистых выделений в промежутках между менструациями; нередко кровотечение возникает после половых сношений и при затруднении дефекации.

При влагалищном осмотре с зеркалами в случаях начинающегося рака шейки матки в области наружного зева шейки находят эрозию.

Раковая эрозия представляет собой язвенную поверхность на каком-либо участке наружного зева шейки матки, слегка бугристую, плотную; при всяком механическом повреждении этой язвы начинается кровотечение. Иногда, кроме такой язвы, ничего другого (воспаление в канале шейки, выделения) не обнаруживается.

Каждая язвочка или значительное покраснение в области наружного зева должны заставить сестру немедленно направить женщину к врачу. Для того чтобы обнаружить эрозию, необходимо во всех случаях независимо от наличия подозрения на рак производить осмотр с помощью зеркал. Точный диагноз устанавливается при гистологическом исследовании кусочка пораженной ткани (биопсия).

Женщины, особенно те, которые раньше страдали белями, в первое время обычно не придают большого значения их усилению, а многие и появлению кровянистых выделений. В дальнейшем процесс прогрессирует, выделения принимают желтоватую, буроватую или кровянистую окраску, а при появлении распада ткани выделения по цвету напоминают мясные помои. Такая картина указывает на далеко зашедшую раковую опухоль. Выделения вследствие наличия в них бактерий начинают издавать зловонный запах; иногда уже одного приближения больной достаточно, чтобы определить характер заболевания. При влагалищном исследовании в таких далеко зашедших случаях обнаруживается, что вся шейка увеличена, бугриста, опухоль переходит на близлежащие стенки влагалища и легко кровоточит при дотрагивании пальцем; отделяющиеся при этом кусочки омертвевшей ткани остаются на пальцах; при осмотре с зеркалами шейка напоминает цветную капусту. В дальнейшем процесс распространяется на околоматочную клетчатку, захватывая проходящие нервные стволы и вызывая поэтому мучительные боли. Раковая опухоль прорастает и в соседние органы — в мочевого пузырь и прямую кишку; появляются свищи, образуются метастазы в отдаленных органах. Вследствие отравления организма продуктами распада опухоли развивается тяжелая прогрессирующая к а х е к с и я — общее истощение. Без лечения смертельный исход при раке шейки матки наступает через 1—1½ года. Отсюда ясно, что женщина должна обращаться к врачу уже при возникновении первых признаков этого заболевания. Прежде всего это относится к пожилым женщинам, особенно тем, у которых после прекращения менструаций снова появились, хотя бы один раз, кровянистые выделения.

Рак тела матки. Рак тела матки протекает значительно медленнее и на протяжении длительного времени не распространяется за пределы матки. При этой локализации рака наблюдаются беспорядочные кровянистые выделения из матки либо они появляются в тот период, когда у женщины уже прекратились менструации (менопауза). Диагностируется рак тела матки путем гистологического исследования соскоба слизистой оболочки матки.

Лечение. Основным методом лечения при раке матки является оперативное удаление всей матки и окружающих ее тканей. Однако этот метод показан лишь в случаях начинающегося рака; в остальных стадиях рака операция уже не показана и проводится лечение рентгеновыми лучами и лучами радия.

Следует отметить, что при запущенном раке и это лечение часто уже не дает положительных результатов.

Ввиду способности ракового процесса распространяться на окружающие ткани и близлежащие лимфатические узлы не всегда можно удалить все подозрительные ткани оперативным путем; в организме остаются раковые клетки и нередко через некоторое время после операции наступает рецидив заболевания. Поэтому получило широкое применение так называемое *п о с л е д у ю щ е е л е ч е н и е* рентгеновыми лучами или, как его называют, профилактическое облучение: все больные после операции подвергаются облучению рентгеновыми лучами, уничтожающими оставшиеся раковые клетки. Операция с таким последующим облучением дает лучшие отдаленные результаты.

Рак яичника. Рак яичника встречается реже, чем рак матки, и распознать его значительно труднее. Он рано дает метастазы в отдаленные органы. Опухоль в этих случаях лучше всего выявляется при двуручном исследовании. Лечение таких больных преимущественно оперативное.

Рак влагалища и наружных половых органов. Эта локализация рака наблюдается еще реже, чем рак яичника.

С а р к о м а

Саркома матки встречается значительно реже, чем рак матки. Саркома отличается очень быстрым ростом и большой злокачественностью течения; она часто дает метастазы в отдаленные органы, распространяясь в отличие от рака не по лимфатическим путям, а преимущественно по кровеносным сосудам. Саркомой может быть поражен и яичник.

Саркома встречается в более молодом возрасте, чем рак. Так как эта опухоль быстро растет, надо возможно раньше прибегать к оперативному вмешательству. Если оперировать уже поздно или невозможно, больную подвергают рентгенотерапии; при саркоме этот метод дает сравнительно хорошие результаты.

Борьба со злокачественными опухолями

В лечении рака женских половых органов достигнуты большие успехи благодаря усовершенствованию хирургического и лучевого методов, однако этого все же недостаточно. Борьба против рака должна вестись не только путем улучшения лечения, что, конечно, необходимо; главную роль играет *с в о е в р е м е н н о е в ы я в л е н и е* ранних, только начинающих форм этого заболевания.

Профилактические гинекологические осмотры. Нельзя рассчитывать только на больную, на то, что она вовремя заметит любое отклонение в состоянии своих половых органов. Рак — слишком коварная болезнь и очень долго ничем не проявляется.

Вот почему необходимы периодические гинекологические осмотры всех женщин в возрасте от 30 лет и старше, а также женщин, у которых уже началась менопауза. Такие профилактические осмотры женщин широко проводятся в гинекологической практике не реже одного раза в год.

Медицинская сестра активно помогает врачу в организации и проведении этих осмотров как на производстве, так и в женской консультации (стр. 100). Во время осмотра женщин обследуются и молочные железы, в которых иногда наблюдается раковое новообразование. Если обнаруживаются участки затвердения в молочной железе, пусть даже безболезненные, а также увеличение подмышечных лимфатических узлов, необходимо немедленно направить женщину к врачу.

Осмотр половых органов проводится обязательно с помощью зеркал. Женщин, у которых выявлены эрозии на шейке или отмечаются беспорядочные кровянистые выделения из матки, немедленно направляют к врачу или в онкологический диспансер. Своевременное распознавание и своевременное лечение рака предупреждают смертельный исход заболевания.

От сестры не требуется, чтобы она поставила диагноз рака, но прощупать затвердение в молочной железе, заметить эрозию на шейке матки, внимательно опросить женщину сестра может и обязана. Если из большого числа женщин, направленных сестрой к врачу, хотя бы у одной обнаружится рак, задача сестры будет выполнена.

Не надо преждевременно высказывать больной свои подозрения: диагноз «рак» очень травмирует психику женщины, хотя бы в дальнейшем он и не подтвердился. Бережно относясь к больной, сестра должна вместе с тем настойчиво, но с большим тактом требовать, чтобы женщина показала врачу. Мало того, сестра обязана выяснить, обратились ли все направленные ею женщины к врачу и проявить особую заботу в отношении тех, которые не явились. Настойчивость сестры может спасти от смерти недостаточно сознательную женщину, которая не проявляет должной заботы о своем здоровье.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

В гинекологической практике приходится встречаться с больными, которые нуждаются в оказании первой помощи еще до радикального лечения, т. е. до направления в больницу. Сюда относятся прежде всего травматические повреждения половых органов, например кровотечения из разрыва девственной плевы, разрывы влагалища при бурном половом сношении или падении на острый предмет, разрывы клитора и др. Все эти повреждения сопровождаются более или менее обиль-

ным кровотечением или образованием больших гематом (крово-
ных опухолей), которые в любую минуту могут разорваться и
дать сильное кровотечение. В таких случаях необходимо прежде
всего расспросить больную, после чего у нее началось кровоте-
чение; в большинстве случаев удается выяснить его причину
таким путем.

Кровотечения из внутренних половых органов, не связан-
ные с прервавшейся или имеющейся беременностью, могут на-
блюдаться при нарушении функции яичников, воспалении внут-
ренних половых органов, фибромиомах и раке. Как правило, все
эти больные должны быть немедленно отправлены в больницу.

Сестра обязана остановить кровотечение до прибытия врача
или до госпитализации больной. Для этого применяется тугая
тампонада, давящая повязка из нескольких слоев марли, при-
жатая к наружным половым органам и прикрепленная к круго-
вой повязке — поясу (спереди и сзади).

В случае кровотечений из надрывов клитора туго прижимают
пальцами клитор к симфизу стерильными марлевыми салфетками.

При сильных кровотечениях из разрыва влагалища приме-
няется тампонада влагалища стерильными бинтами шириной
10—12 см из сложенной в три слоя марли (см. рис. 179).

Тампонаду, как правило, должен проводить врач, соблюдая
при этом строжайшую асептику и антисептику, ибо исход вме-
шательства в дальнейшем зависит и от того, инфицирована ли
рана. При попадании инфекции в кровоточащую рану возможны
тяжелые заболевания, иногда угрожающие жизни больной.

Антисептика достигается санитарной обработкой наружных
половых органов, чистотой рук, применением стерильного бинта
и стерильных зеркал, а правильность тампонады — равном-
ерным тугим послонным закладыванием марли в
своды влагалища вокруг шейки с фиксацией матки путем бинто-
вания вокруг талии (см. рис. 181). Эффект дает только тугая
тампонада всего влагалища; если же заложен марлей только вы-
ход из влагалища, то в глубине, позади тампона, продолжает
скопляться кровь.

После тугой тампонады влагалища ноги больной сближают
или перекрещивают (иногда можно их даже связать), больную
укладывают в постель, а на низ живота кладут тяжесть (мешок
с песком) или лед. В случае необходимости женщину можно
транспортировать в ближайшую больницу. Тампон может оста-
ваться не дольше 12 часов, а затем его необходимо осторожно
вынуть. Моча в этих случаях выпускается катетером.

ГЛАВА XV

ПОДГОТОВКА К ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ ОПЕРАЦИЯМ

Подготовка к операциям заключается в стерилизации материала, приготовлении материала для швов, подготовке инструментов (см. Курс хирургии) и подготовке больной.

Конечно, прежде всего медицинская сестра должна твердо усвоить правила личной гигиены и соблюдать их как у себя



Рис. 205. Больная в положении для влагалищной операции. Ноги удерживаются ногодержателем.

дома, так и на работе. Затем она должна уметь правильно мыть руки; без этого ее нельзя допускать в операционную.

Операции путем чревосечения делаются на операционном столе, позволяющем придавать больной положение с приподнятым тазом и опущенной верхней половиной туловища — положение Тренделенбурга.

Операции влагалищным путем производятся на гинекологическом кресле или на операционном столе: больная лежит на краю стола в положении с прижатыми к животу бедрами, а ноги с подколенной стороны удерживаются специальным ногодержателем (рис. 205). Если ногодержателя нет, можно сделать его из простыни, как указано на рис. 206, 207 и 208.



Рис. 206. Сестра и няня, сложив простыню по диагонали, держат ее за противоположные концы, затем одновременно вращают в одну сторону.

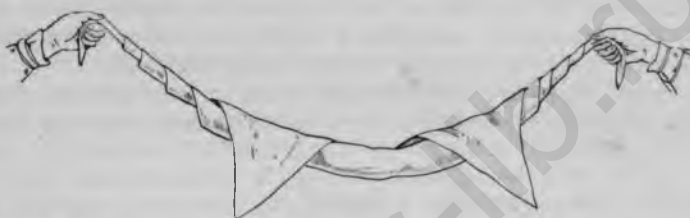


Рис. 207. В результате вращения простыни получается как бы канат.



Рис. 208. Скатанную простыню серединой кладут под шею больной, а концы завязывают под коленями.

ПОДГОТОВКА БОЛЬНОЙ К ОПЕРАЦИИ

Подготовка больной к гинекологической операции в сущности начинается с момента ее поступления в стационар, с момента ее регистрации. Санитарная обработка, бритье волос на наружных половых органах и животе, смена белья, наблюдение за по-

ведением и состоянием больной, проверка температуры и пульса в течение нескольких дней, исследование крови, мочи, врачебные осмотры — все это представляет собой подготовку больной к операции; сюда же следует отнести и внимательное отношение к больной медицинского персонала и сестры в первую очередь: больная должна проникнуться уважением и доверием к сестре. Обстановка, в которую впервые попадает женщина должна быть располагающей. Указанные моменты чрезвычайно существенны: спокойствие и уверенность больной до операции — залог благополучного исхода операции.

Накануне операции больная после обеда никакой пищи не получает; в день операции больная не ест, пить она может (чай).

В день накануне операции больная принимает гигиеническую ванну, если нет специальных к этому противопоказаний. Очень слабых больных обтирают в кровати разведенным с водой спиртом или одеколоном. С вечера больная получает слабительное (лакричный порошок или венское питье) по назначению врача.

Особенно внимательно следует измерять вечернюю температуру накануне дня операции, если она оказывается повышенной, то сестра, не прекращая подготовки больной к операции, доводит об этом до сведения дежурного врача.

На ночь рекомендуется дать больной внутрь бромурал, барбамил или люминал, чтобы она спала. Утром в день операции больной ставят клизму. Больной можно разрешить с утра выпить стакан крепкого чая.

Если операция будет происходить под общим наркозом, то за час до операции впрыскивают 1 мл 1% раствора морфина и 1 мл 0,1% раствора атропина. Перед операцией выпускают мочу катетером. На операционном столе в зависимости от операции приступают к подготовке брюшной стенки или влагалища, или того и другого вместе.

Брюшную стенку обрабатывают сначала спиртом, затем йодом. Существуют и другие методы подготовки брюшной стенки (с помощью тимола, аммиака и др.).

Влагалище спринцуют дезинфицирующим средством (марганцовокислый калий, лизоформ) и обрабатывают в зеркалах сначала тампоном, смоченным в спирте, на корнцанге, а затем тампоном с йодом также на корнцанге.

Особенно тщательно обрабатывают влагалище при подготовке к операции больной раком. Раковая опухоль изобилует патогенными микробами, в том числе стрептококками, поэтому обработка ракового очага должна быть особенно тщательной. В течение нескольких дней до операции влагалище спринцуют раствором сулемы. Перед операцией после описанной подготовки влагалища раковую язву дополнительно прижигают 10% раствором ляписа. Иногда при распадающейся раковой язве врач прибегает к прижиганию ее термокаутером. Ткани, соприкасаясь с термокаутером, обезвоживаются, белок свертывается, наступает

местное омертвление и образуется сухой струп белого или серого цвета.

Сестра подготавливает также все необходимое для наркоза — маску, эфир, языкодержатель, роторасширитель, фильтровальную бумагу для определения качества эфира, вазелин.

Надо приготовить тазик на случай рвоты у больной и 2—3 чистых полотенца.

Должно быть наготове как все необходимое для вливания физиологического раствора или глюкозы (аппарат Боброва, иглы, раствор) и для подкожного введения сердечных средств (камфара, кофеин, прокипяченный шприц с проверенными иглами), так и подушка с кислородом и система для переливания крови.

ПРИМЕРНЫЙ НАБОР ИНСТРУМЕНТОВ

Для лапаротомии

Для влагалищной операции

Наименование инструментов	Количество	Наименование инструментов	Количество
Зеркала брюшные разной величины.....	5	Зеркала Дуайена разной величины.....	3
Крючки	2	Зеркала Симса	4
Пинцеты длинные.....	4	Пинцеты длинные.....	4
„ „ короткие.....	6	„ „ короткие.....	4
„ „ „ анатомические.....	4	„ „ „ анатомические.....	4
„ „ „ хирургические.....	4	„ „ „ хирургические ..	10
Зажимы Кохера	20	Зажимы Кохера	15
„ „ Пеана	15	„ „ Пеана	20
Скобки Мишеля	40	Пинцеты для наложения скобок	2
Пинцеты для наложения скобок	2	Скальпели	3
Скальпели	3	Щипцы Мюзо.....	10
Щипцы Мюзо.....	3	Пулевые щипцы	10
Пулевые щипцы	3	Цапки	6
Цапки	6	Овариальные щипцы	3
Овариальные щипцы	3	Зонд маточный	1
Зонд маточный	1	„ „ желобоватый	1
„ „ желобоватый	1	Кюретка Бумма	1
Кюретка Бумма	1	Корнцанги	10
Корнцанги	10	Катетер мужской	1
Катетер мужской	1	„ „ женский	1
„ „ женский	1	Игла Дешампа	1
Депрессор ложкообразный... ..	1	Иглодержатели	3
Игла Дешампа	1	Иголки разные	20
Иглодержатели	3	Ножницы Купера.....	2
Иголки разные	20	„ „ Дуайена	1
Ножницы Купера.....	2	Ножницы прямые	3
„ „ Дуайена	1	Шпатель	1
„ „ прямые	3	Жом кишечный	1
Шпатель	1	Подъемники разной величины	3
Жом кишечный	1	Боковые зеркала сплошные	2
Маточные щипцы	4	Боковые зеркала окончатые	2
Штопор Дуайена	2		

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ УХОД

УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ ПОСЛЕ ЛАПАРОТОМИИ

Обязанностью медицинской сестры является уход за больной после операции.

Сестра должна: хорошо владеть техникой ухода; знать какая операция была произведена больной, а также типичную картину течения послеоперационного периода при различных операциях, своевременно замечать даже небольшие отклонения от нормального течения, сигнализировать об этом врачу и принимать экстренные меры.

В послеоперационной палате, так же как и в дооперационной, должен соблюдаться строжайший лечебно-охранительный режим (чистота, тишина, ласковое и внимательное обращение с больными, безболезненное выполнение назначения врача, исключение всего, что может травмировать психику больной).

Активное поведение больных после операции является одним из существенных моментов в профилактике различных осложнений; оно предупреждает осложнения со стороны легких, устраняет задержку мочеиспускания, а в сочетании с рациональным ранним питанием после операции путем чревосечения, предотвращает такие осложнения, как послеоперационный парез кишечника, задержка газов, тромбоз периферических вен.

Активный метод ведения послеоперационного периода складывается из комплекса мероприятий — ранних движений больной в постели, раннего вставания, раннего питания, лечебной физкультуры.

С операционного стола больную бережно перевозят на каталке в палату и осторожно перекалывают в постель. После того как больная хорошо отдохнет, т. е. спустя 4—5 часов после операции, она может лежать, как ей удобно, свободно двигаться в постели и в постели же проделывать дыхательные упражнения. Однако в каждом отдельном случае необходимо учитывать характер и течение операции, состояние и индивидуальные особенности больной. Лечащий врач дает сестре соответствующие указания в этом отношении.

Сестра прежде всего должна позаботиться, чтобы п о с т е л ь, на которую перекадывают больную с операционного стола, была теплая, для чего заранее приготовленную постель обогревают грелками; чтобы палата, в которую попадает больная после операции, была чистая, хорошо проветренная и достаточно теплая. Первые часы после операции надо неотлучно находиться при больной.

Необходимо следить, чтобы просыпающаяся после наркоза больная не упала с кровати. При рвоте нужно принять меры, чтобы больная не заглатывала рвотные массы; для этого голову следует уложить низко (без подушки) и повернуть ее в сторону.

На живот в области раны кладут по назначению врача либо тяжесть (мешок с песком), либо холод. Вечером того же дня больную можно повернуть на бок. Лучшая профилактика послеоперационного воспаления легких — поставить банки на грудь и спину, а под кожу ввести камфару.

В истории болезни сестра ежедневно отмечает, мочилась ли больная, ее температуру и пульс. Если больная сама не мочится, приходится прибегать к катетеризации по назначению врача (см. стр. 143).

На 2-й день после лапаротомии больные обычно чувствуют себя плохо, жалуются на боль в ране; начинается вздутие кишечника. Больную необходимо повертывать с боку на бок (с разрешения врача). При задержке газов ставят газоотводную трубку, а если это не помогает, то сифонную клизму (см. стр. 274) с гипертоническим раствором. Со 2-го дня больные обычно мочатся самостоятельно; в противном случае вводят подкожно питуитрин (1 мл), поливают теплой водой наружные половые органы, а если это не помогает, прибегают к катетеризации с соблюдением всех предосторожностей. При частом применении катетера рекомендуется после выпуска мочи тут же промывать мочевого пузырь стерильным 2% раствором борной кислоты в количестве 1 л (по назначению врача). Промывание производится из прокипяченной кружки Эсмарха через стерильный катетер, введенный в мочевого пузырь.

В первые 2—3 дня больная должна получать жидкую пищу (бульон, суп, кисель, морс), фрукты (апельсины, мандарины).

На 3-й день состояние больной заметно улучшается; она чувствует себя бодрее и отмечает лишь болезненность, связанную со вздутием кишечника; к вечеру ей ставят обычную клизму. Больной можно разрешить куриные котлеты, рубленое мясо, пюре, компот, фрукты.

На 3—4-й день при нормальном течении послеоперационного периода больная чувствует себя хорошо. В зависимости от тяжести операции врач разрешает ей садиться. Постепенно больную переводят на общий стол.

Если по каким-либо причинам запрещается раннее вставание, больная остается в постели до 6-го дня; с этого момента, если

все нормально, больной разрешают вставать, предварительно забинтовав ей живот. На 8—9-й день снимают скобки и швы.

В этот день утром сестра ставит больной клизму и готовит инструменты для снятия скобок (пинцеты, щипцы, ножницы). В день снятия скобок больной не разрешается сидеть, на другой же день она может сидеть с забинтованным животом, а в ряде случаев и ходить.

На 10—12-й день больную выписывают.

У больных, оперированных по поводу рака, послеоперационный период обычно протекает тяжелее. Вследствие большой операционной травмы околопузырной клетчатки больные часто сами не мочатся, и приходится прибегать к катетеризации с последующим промыванием мочевого пузыря нередко до тех пор, пока больная лежит в кровати. В таких случаях сестра должна особенно внимательно следить за мочеиспусканием, измерять суточное количество мочи и выпитой жидкости, сообщая о результатах врачу на утреннем обходе.

Больную в постели необходимо поворачивать, так как применение большого количества наркотического вещества в связи с длительностью операции по поводу рака предрасполагает к послеоперационному воспалению легких.

Очень важен тщательный уход за кожей (протирание камфарным спиртом, одеколоном) и полостью рта. Под больную подкладывают резиновый круг, что предупреждает образование пролежней.

Существовавшее раньше убеждение, что больная после лапаротомии должна лежать неподвижно и чем дольше, тем лучше, теперь отвергнуто. Необходимы ранние активные движения, глубокое дыхание, активная работа мышц — благодаря этому предупреждаются застойные явления в легких, улучшается кровообращение и общее состояние больной и быстрее наступает выздоровление.

Л е ч е б н а я г и м н а с т и к а. Если некоторые больные иногда противятся раннему вставанию, то лечебная гимнастика бесспорно всеми приемлема, и ее необходимо внедрять в практику всех гинекологических стационаров, здесь в послеоперационном периоде гимнастика должна стать обязательным элементом в режиме дня больной, как и после родов (см. стр. 152).

Гимнастические упражнения, их продолжительность должны соответствовать характеру операции и состоянию больной, что регулируется врачом.

УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ ПОСЛЕ ВЛАГАЛИЩНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Послеоперационный период при влагалищных операциях протекает, как правило, легче, чем при лапаротомии.

Уход за больными имеет свои особенности. Прежде всего почти у всех больных после операции во влагалище находятся тампоны,

которые следует извлечь либо к вечеру дня операции, либо на 2—3-й день по указанию хирурга. Сестра должна это знать и, не дожидаясь никаких напоминаний, обязана сама вызвать врача для удаления тампона.

После операций на промежности очень важна чистота швов, которая поддерживается сменой стерильных прокладок не реже, чем каждые 3—4 часа: загрязненная прокладка является очагом размножения бактерий.

Больная должна лежать со связанными в коленях ногами.

Во избежание расхождения швов больным не делают клизм и стараются задержать стул до 4—5-го дня после операции. В первые 4 дня больная получает по 3—5 капель *T-rae Opii simplicis*. Пища должна быть только жидкая. На 5-й день вечером больная получает легкое слабительное.

Швы на промежности снимают обычно на 6-й день после операции, причем больная остается в постели. С 10-го дня ей разрешают ходить ввиду того, что в сидячем положении создается большое напряжение тазового дна и возникает боль в промежности. Перед выпиской больной дают указания, как она должна себя вести дома.

Особый уход необходим после пластической операции на сфинктере прямой кишки. В этих случаях больная до 7-го дня после операции получает жидкую пищу; стул задерживают, давая внутрь опий. На 7-й день назначается слабительное и встречная масляная клизма (осторожно!) для облегчения дефекации.

Больные, оперированные по поводу пузырно-влагалищного свища, нуждаются в особенно внимательном специальном уходе медицинской сестры; нередко от него зависит исход операции. Медицинская сестра следит за правильным положением введенного катетера, а также за положением самой больной. Наиболее благоприятное положение больной после операции назначает врач в зависимости от локализации свища.

Наружный конец катетера должен находиться все время в мочеиспускательном канале. Каждые 2 часа сестра проверяет, поступает ли по катетеру моча. Если катетер выпал из мочеиспускательного канала или засорился скопившимися в его просвете сгустками крови или солями, необходимо немедленно сообщить об этом врачу для проверки или смены катетера. Некоторые гинекологи вместо постоянного катетера назначают обычную катетеризацию мочевого пузыря (мочу выпускают каждые 3 часа), чем предупреждается растяжение стенки мочевого пузыря.

НЕОПЕРАТИВНЫЕ (КОНСЕРВАТИВНЫЕ) МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

БИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

К биологическим методам лечения относятся применение вакцин, сывороток, протейнотерапия, переливание крови, аутогемотерапия, гормонотерапия, тканевая терапия и некоторые другие.

Вакцины в гинекологии применяются при различных воспалительных заболеваниях; при гонорейной инфекции чаще всего проводится вакцинация так называемой гонококковой вакциной.

Введение под кожу собственной крови больной, **аутогемотерапия**, назначается при различных воспалительных заболеваниях женских половых органов. Прокипяченным 10—15-граммовым шприцем набирают из локтевой вены больной 5—10 мл крови и этим же шприцем вводят ее под кожу передненаружной поверхности бедра или в ягодицу; предварительно эти участки кожи должны быть продезинфицированы спиртом и йодом. Обычно такие инъекции повторяют несколько раз с промежутками в 1—2 дня.

Большое распространение получило **переливание крови**, взятой от другого человека (донора). Обычно к этому методу прибегают при остром малокровии после большой кровопотери. Перед переливанием определяют группу крови больной, у донора с одноименной группой берут кровь в количестве 200 мл и больше и переливают ее в локтевую вену больной. Можно пользоваться консервированной донорской кровью соответствующей группы.

В каждом стационарном лечебном учреждении, в том числе и в родильных домах, всегда имеется наготове консервированная кровь всех групп, а также система для переливания крови, и последнее может быть произведено в любую минуту нуждающейся в этом больной. В результате введения крови быстро повышается процент гемоглобина и стимулируется кроветворение больной.

Протейнотерапия — это введение под кожу молока и сыворотки животных. Стерилизованное (прокипяченное в пробирке)

молоко вводят внутримышечно в количестве 5—10 мл с промежутками в 3—4 дня между инъекциями.

Из сывороток пользуются иногда нормальной лошадиной сывороткой, вводя ее внутримышечно в количестве от 5 до 30 мл с промежутком в 3 дня.

Гормонотерапия — введение препаратов желез внутренней секреции. В гинекологической практике чаще прибегают к применению препаратов яичника (фолликулин, прогестерон) или мужского яичка (тестостерон).

Фолликулин — препарат из фолликулярной жидкости яичника. Применяется как средство, стимулирующее функцию половых желез, при недоразвитии половой системы, при очень скудных менструациях, преждевременном увядании яичников (ранний климакс) и при некоторых других заболеваниях.

Выпускаются масляные растворы фолликулина (Folliculinum oleosum) активностью 1000 ЕД и более в 1 мл. Такой раствор вводится внутримышечно по 1000—10 000 ЕД. Изготавливаются и синтетические препараты этого гормона — синэстрол (Synaestrolum) и диэтилстильбэстрол (Diaethylstilbestrolum) в таблетках, содержащих по 10 000—20 000 ЕД. Применяют их внутрь по 1—2 таблетки в день.

Прогестерон (Progesteronum) — синтетический гормон желтого тела. Назначается в виде масляного раствора, содержащего в 1 мл 5—10 мг прогестерона, при функциональных маточных кровотечениях, угрожающем выкидыше. Вводится этот препарат внутримышечно по 5—10 мг ежедневно или через день.

Прегнин — другой синтетический препарат (Pregniptum) — применяется в таблетках по 5—10 мг 2—3 раза в день. Таблетку кладут под язык, где она растворяется и всасывается слизистой оболочкой рта.

Тестостерон (2,5% по 1 г в ампуле) обычно применяется при злокачественных опухолях.

Питуитрин (Pituitrinum) — препарат задней доли придатка головного мозга. В акушерской практике употребляется как средство, которое вызывает сокращение матки и ведет к остановке кровотечения. Как кровоостанавливающее средство питуитрин применяется и в гинекологии при маточных кровотечениях, особенно характера меноррагий. Назначается по 1 мл в виде подкожных инъекций.

Тканевая терапия — введение в организм с лечебной целью животной или растительной ткани, предварительно соответствующим образом обработанной. Этот метод предложен выдающимся русским ученым В. П. Филатовым. Такая ткань вызывает в организме образование веществ, которые стимулируют обменные процессы и повышают реактивность всего организма женщины.

Ввиду того что воспалительный процесс в женских половых органах является заболеванием всего организма женщины,

понятными становятся благоприятные результаты, получаемые при лечении подсадками тканей. В гинекологической практике этот метод применяется главным образом при воспалительных заболеваниях придатков матки в различных стадиях, при наличии спаек, инфильтратов. Для подсадки чаще всего пользуются плацентарной тканью.

МЕСТНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ХОЛОДА И ТЕПЛА

Х о л о д как лечебное средство применяется для местного охлаждения тканей; охлаждается не только кожа, но и глубже лежащие ткани и органы. Вызывая сокращение мелких сосудов, холод уменьшает тем самым кровенаполнение, всасывание и ограничивает воспаление; он оказывает болеутоляющее действие.

Холод в виде пузыря со льдом применяется при остром воспалении тазовых органов и брюшины. Для этого накалывают мелкими кусочками чистый лед и наполняют им пузырь до половины; воздух из пузыря выпускают и отверстие завинчивают крышкой. Во избежание чрезмерного охлаждения пузырь кладут не на голую кожу, а на полотенце. Пузырь можно держать не дольше одного часа подряд, до появления красноты на коже, а затем его надо снять на полчаса.

Если по характеру заболевания больная не может держать пузырь на животе, например при остром воспалении брюшины, пузырь надо подвесить так, чтобы он своей тяжестью не давил на живот.

Противопоказанием к применению холода является воспаление мочевых путей и кишечника (пиелит, цистит, колит).

Обычно холод применяют, пока держатся острые явления: высокая температура, резкие боли, отек и т. д. Как только острый период проходит, назначают лечение теплом, которое усиливает кровообращение и способствует рассасыванию, а нередко и ликвидации воспалительного процесса.

Т е п л о чаще применяется в виде грелки и согревающего компресса.

Г р е л к а — резиновый мешок с завинчивающейся пробкой, наполненный горячей водой (температуры 60—50°). Из наполненной грелки перед завинчиванием пробки следует выпустить воздух.

Под грелку во избежание ожога подкладывают полотенце. Когда на коже появляется краснота, грелку снимают и кладут ее вновь через час. Противопоказанием к применению грелки является маточное кровотечение, злокачественное новообразование.

С о г р е в а ю щ и й к о м п р е с с состоит из четырех слоев: 1) влажная, смоченная комнатной водой холщевая салфетка; 2) непроницаемый для воздуха слой — компрессная клеенка или

вошаная бумага; 3) слой ваты; 4) укрепляющая компресс повязка. Каждый вышележащий слой должен быть на 1 см длиннее и шире нижележащего слоя. Компресс кладут примерно на 10—12 часов и меняют не чаще 2 раз в сутки. Снимая компресс, кожу обтирают сухим полотенцем и накрывают чем-либо теплым, чтобы не дать ей охладиться.

Согревающий компресс оказывает рассасывающее и болеутоляющее действие.

ВОДО-ГРЯЗЕЛЕЧЕБНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ

Влагалищное спринцевание широко применяется в стационаре, поликлинике и на дому. Многие женщины делают себе спринцевания сами без совета врача. На первый взгляд это невинное средство, а между тем при неправильном и неуместном приме-



Рис. 209. Стеклонные наконечники для влагалищных спринцеваний.

нении спринцевание может принести вред. Поэтому гинекологическим больным никогда не следует делать спринцевания без назначения врача.

Для спринцевания надо пользоваться стеклянной кружкой Эсмарха вместимостью 6—8 стаканов с резиновой трубкой. Жестяные кружки негодны для этой цели. Жесть ржавеет от действия употребляемых при спринцевании дезинфицирующих средств, ржавчина дает химические соединения, не всегда безвредные для организма; кроме того, в жестяных кружках очень часто скопляется незаметная для глаза пыль и грязь. Стеклянную же кружку можно прокипятить, и ее легко содержать в чистоте.

Резиновая трубка имеет диаметр 1,5—2 см и длину 1,5 м; один конец трубки надевается на выпускное отверстие кружки, а другой — на наконечник.

Наконечник должен быть всегда абсолютно чистым. Этому требованию удовлетворяют только стеклянные наконечники, так как их можно кипятить. Каучуковые или какие-либо другие наконечники применять нельзя: в них скапливается грязь, а от кипячения они портятся. Стеклянный наконечник — прямая или изогнутая стеклянная трубка толщиной с палец, открытая с обоих концов (рис 209). Конец этой трубки, предназначенный для введения во влагалище, бывает различный: отверстие

может оканчиваться утолщением, по бокам которого находится несколько мелких отверстий. Лучше пользоваться наконечником с одним отверстием.

Давление жидкости при спринцевании не должно быть высоким; кружку следует помещать не выше 1 м над уровнем кровати. Во время спринцевания больная должна лежать на спине с несколько согнутыми и разведенными ногами; под таз больной подкладывают судно. При спринцевании в лежащем положении стенки влагалища лучше и дольше орошаются, а по окончании спринцевания часть жидкости остается во влагалище. Вводить наконечник, особенно при кровотечениях, нужно всегда по задней стенке влагалища, одновременно выпуская жидкость, и доводить его до заднего свода, не останавливаясь на полпути, чтобы струя жидкости не попала в наружный зев и матку. Употребляемая для спринцевания жидкость — кипяченая вода различной температуры (40—45°) — хорошо переносится стенками влагалища, но может обжигать кожу наружных половых органов и бедер, почему их перед горячим спринцеванием необходимо смазывать вазелином. После спринцевания больной надлежит оставаться в лежащем положении не менее получаса.

Лечебный эффект спринцевания зависит, с одной стороны, от температуры жидкости (сокращение матки, гиперемия половых органов), а с другой — от ее состава. Различают спринцевания кровоостанавливающие, способствующие лучшему рассасыванию (температурное воздействие), вяжущие, дезинфицирующие, нейтрализующие слишком кислую реакцию влагалищного секрета (воздействие лекарственных веществ). Для температурного воздействия употребляется горячая кипяченая вода, к которой можно прибавить 40 капель йодной настойки на 5—6 стаканов воды. В целях медикаментозного воздействия применяют раствор марганцовокислого калия светло-фиолетового оттенка, слабый раствор борной кислоты (2—3 чайные ложки на кружку).

В качестве вяжущих средств, например при катаральном воспалении влагалища и шейки матки, пользуются раствором танина в древесном уксусе (древесного уксуса 180 г и танина 10 г; одна столовая ложка этого раствора на 1 л воды), смесью сернокислого цинка и квасцов, взятых поровну (1 чайная ложка на 1 л воды).

Спринцевания назначаются 2 раза в день. Другие лекарственные вещества, употребляемые для спринцевания, приведены на стр. 276.

Влагалищные души или орошения оказывают более длительное воздействие на глубоко локализующиеся в малом тазу болезненные процессы. Для душа и орошения берут больше воды, чем для спринцевания; примерно 2—3 кружки Эсмарха. Продолжительность этих процедур 15—20 минут. Они проводятся также в лежащем положении больной. После душа необходим отдых не менее получаса. Действие душа основано на

сокращении матки в результате длительного термического раздражения, на снижении болевой чувствительности и рассасывании воспалительного инфильтрата.

Постоянное орошение проводится еще дольше, в течение 2 часов и более; для этой цели употребляются специальные наконечники с обратным током (Морозова).

Во время душа и постоянного орошения необходимо внимательно следить за состоянием больной. При появлении значительной слабости, слабого пульса и тем более при падении сердечной деятельности процедуру необходимо немедленно прекратить.

Вождение вызывает в первую очередь кожно-сосудистую, а затем и общую реакцию организма. Для лечения гинекологических заболеваний широко применяются ванны — общие и сидячие.

Общие ванны. Ванну наполняют так, чтобы больная в полулежачем положении была вся покрыта водой, за исключением передней стенки грудной клетки (область сердца). Общие ванны делаются из обычной воды температуры 35—37°; продол-



Рис. 210. Сидячая ванна. В воду погружаются ягодицы, нижняя часть живота и верхние части бедер. Все остальные части тела, находящиеся вне ванны, укрывают одеялом.

жительность их от 10 — до 15 минут. Эта как будто безобидная процедура требует от медицинской сестры сугубого внимания и наблюдения за больной, ибо иногда, особенно при первых ваннах после длительной тяжелой болезни, у больной могут возникнуть сердцебиение, явления малокровия мозга, вплоть до обморока.

Сидячая ванна. Больная сидит в специальной ванне (рис. 210); в воде находятся область таза, нижняя часть живота и верхние части бедер. Ноги больной помещают в таз с теплой водой или тепло укутывают. Не погруженные в воду части тела обертывают простыней и одеялом во избежание охлаждения и появления озноба. Температура воды в ванне 38—39°.

Минеральные ванны. Эти ванны, помимо обычного теплового воздействия, рассчитаны и на химическое влияние воды. Применяют минеральные ванны солевые, соляно-щелочные, сероводородные и др. Минеральные воды используются также в виде влажалищных спринцеваний, орошений и для тампонов. Бывают искусственные минеральные ванны (внекурортные) и натуральные, если они проводятся непосредственно в местах, где находятся минеральные источники (курорты).

Морские купания представляют особую форму водолечения. Перед речными купаниями они имеют то преимущество, что морская вода более постоянной температуры, содержит соли йода, железа и другие неорганические примеси; наряду с этим на больных оказывает общее влияние и морской воздух. Морские купания назначаются иногда после теплых ванн для закаливания организма.

Грязелечение. В гинекологической практике грязелечение получило широкое распространение уже давно. Грязелечение применяется в виде общих ванн и полуванн, поясных грязевых

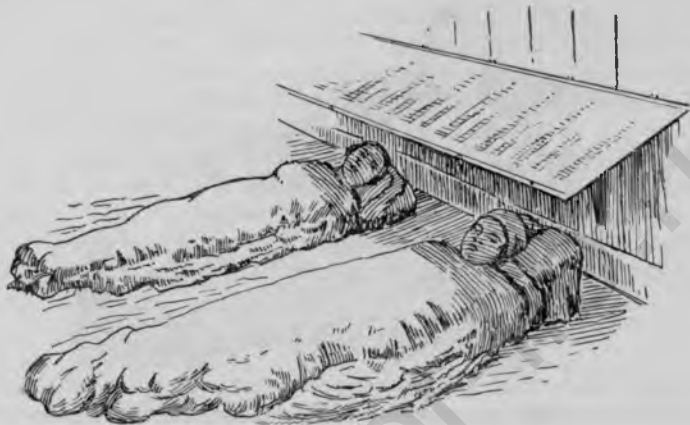


Рис. 211. Общие натуральные грязевые ванны солнечного нагрева.

ванн, трусов и грязевых тампонов, вкладываемых во влагалище. Лечебное действие оказывает как температура грязевых процедур, так и химические вещества, содержащиеся в грязи. Различают два вида грязей — торфяные и илестые, а также грязеподобные — озокерит, парафин. В Советском Союзе торфяные грязи имеются в Липецке, илестые — в Одессе, Саках и др. Грязелечебницы находятся в Евпатории, Тинаках, Ессентуках, Железноводске, Пятигорске, Старой Руссе, Краинке и в ряде других мест.

Температура натуральных грязевых ванн благодаря солнечному нагреву достигает обычно $47-50^{\circ}$; такой нагретой грязью больную обкладывают в зависимости от вида ванны (рис. 211). Натуральные грязевые ванны могут быть также искусственного нагрева (рис. 212).

Глинолечение в ряде случаев заменяет грязелечение; глина отличается большой теплоемкостью, малой теплопроводностью. Глина должна быть тщательно размельчена, освобождена от мелких камешков и нагрета в ведре с водой до 70° ; затем ее смешивают с небольшим количеством холодной очищенной глины и в виде лепешек накладывают на кожу.

После такой процедуры больная моется под теплым душем или в ванне.

Грязи и глина применяются также в виде тампонов, вводимых во влагалище. После извлечения тампонов производится спринцевание влагалища. Грязь вводят с лечебной целью и в прямую кишку — при задних параметритах, парапроктитах.

Применение грязей возможно и вне курорта, т. е. пользуются привозной грязью и перед употреблением нагревают ее; это так называемое внекурортное грязелечение.



Рис. 212. Поясная грязевая ванна искусственного нагрева.

Широко распространено в гинекологической практике парафинолечение. Парафин получается при обработке нефти; бывает парафин белый и желтый; для лечения пользуются белым парафином. Его обычно нагревают на водяной бане; при этом надо следить, чтобы вода не попадала в сосуд с парафином, а при непосредственном нагревании парафина — чтобы он не воспламенился. Парафин нагревают до $70-75^{\circ}$, а затем плоской малярной кистью наносят тонким слоем на живот и пояснично-крестцовую область, предварительно досуха вытертые. Парафин быстро засыхает и образует так называемый защитный слой, поверх которого накладывают несколько слоев марли, пропитанной парафином температуры $55-65^{\circ}$. После этого весь участок, покрытый парафином, закрывают вощаной бумагой или клеенкой и поверх теплым одеялом.

Влагалищные тампоны из парафина применяются следующим образом: марлевые салфетки пропитывают парафином температуры $55-65^{\circ}$ и вводят во влагалище на 1—2 часа, после чего их удаляют без последующего спринцевания.

Озокерит — горный воск — встречается в недрах земли в месторождениях нефти. Лечебное действие озокерита обусловлено его физическими, химическими и биологическими свой-

ствами и примерно соответствует таковому при грязе- и торфолечении.

Озокерит нагревают на водяной бане либо в алюминиевой или эмалированной кастрюле. Нагретый до 100° озокерит наливают в специальные кюветы различного размера, выстланные предварительно клеенками. Охлажденные до требуемой температуры ($50-60^{\circ}$) пластинки озокерита вынимают из кюветы и кладут на живот больной. После этого ее укутывают ватником и теплым одеялом. Продолжительность такой аппликации 30—60 минут. После процедуры больная отдыхает 30—40 минут. Курс лечения 20—30 аппликаций. Во время процедуры озокерит застывает, становится густым и легко снимается с влажной кожи. Снятый озокерит опускают в воду и нагревают ее до $100-120^{\circ}$ в течение 30 минут; после этого озокерит может быть вновь использован.

Для влагалищных тампонов применяют только свежий, не бывший в употреблении озокерит; его нагревают отдельно от озокерита, предназначенного для обычных аппликаций.

Парафин и озокерит показаны при подострых и хронических воспалительных заболеваниях женских половых органов.

СВЕТОЛЕЧЕНИЕ

При воздействии света на организм в последнем возникают сложные фотохимические и биологические процессы. Светолечение применяется в виде световой ванны, состоящей из ряда электрических лампочек, свет которых концентрируется на определенном участке тела (рис. 213). Обычно такую ванну ставят на нижнюю половину живота и верхнюю часть бедер; с боков ванну закрывают одеялами и зажигают лампочки; действующим агентом такой ванны является тепловая и световая энергия. Тем-

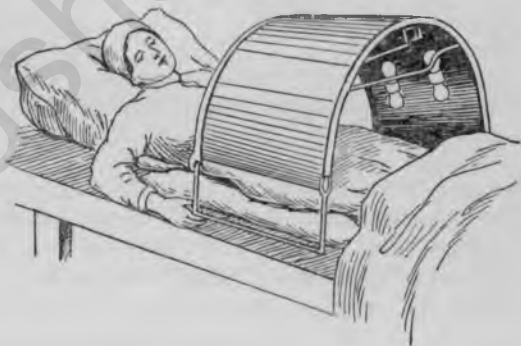


Рис. 213. Световая ванна.

пература в ванне доводится до $40-60^{\circ}$, причем следует начинать с невысоких температур и постепенно переходить к более высоким, что достигается включением большего количества лампочек. Обычно ванна продолжается 20—30 минут; затем живот больной обтирают водой комнатной температуры и обсушивают. После этого больная должна лежать не менее полчаса.

Светолечение можно проводить и с помощью одной сильной (до 1000 и больше свечей) лампы «о л л ю к с».

В гинекологической практике пользуются и ртутно-кварцевой лампой, которая излучает большое количество ультрафиолетовых лучей и тем оказывает общее укрепляю-

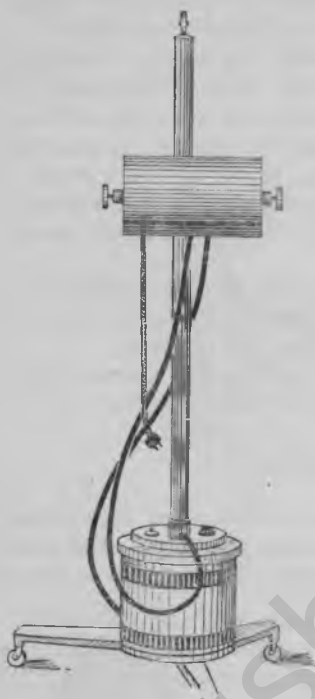


Рис. 214. Ртутно-кварцевая лампа стационарная.

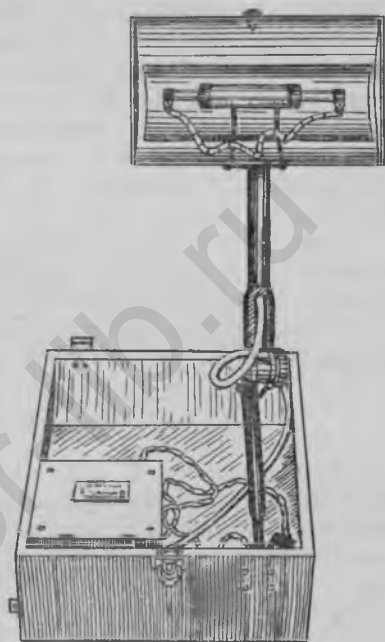


Рис. 215. Ртутно-кварцевая лампа переносная.

щее действие на организм больной. Ртутно-кварцевая лампа бывает стационарная (рис. 214) — для общего облучения больной и портативная переносная (рис. 215) — для местного ультрафиолетового облучения у постели больной в условиях стационара.

ЭЛЕКТРОЛЕЧЕНИЕ

Применяемые электротоки различают по величине напряжения (токи низкого и высокого напряжения), по направлению (постоянный и переменный токи), по частоте колебаний (ток низкой, высокой и ультравысокой частоты).

И о н о г а л ь в а н и з а ц и я (и о н т о ф о р е з) — метод введения ионов лекарственных веществ в глубину тканей и органов с помощью прямого постоянного электротока. При про-

хождении постоянного электрического тока через растворы йодистого калия, хлористого кальция и других лекарственных веществ образуются положительно и отрицательно заряженные ионы лекарственного вещества. Эти ионы, проникая в ткани, удерживаются в них дольше и тем оказывают больший лечебный эффект.

В гинекологической практике для лечения слипчивых воспалительных процессов со спайками и сращениями пользуются йод-ионтофорезом, ихтиол-ионтофорезом. При воспалительных процессах, сопровождающихся маточными кровотечениями, применяют кальций-ионтофорез.



Рис. 216. Брюшно-крестцовое расположение электродов.

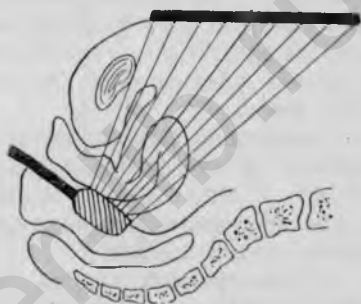


Рис. 217. Брюшно-вагинальное расположение электродов.

Диатермия — метод проведения через тело переменного электрического тока высокой частоты; при этом образуется тепло, достигающее в данном участке до температуры 40° и выше. Таким путем вызывается сильная гиперемия в глубоко расположенном участке, что усиливает жизнедеятельность клеток прогреваемых областей и способствует более быстрому рассасыванию инфильтратов, размягчению рубцов и уменьшению болей. Диатермия очень широко применяется при лечении хронических инфильтративных воспалительных процессов женских половых органов.

Для диатермии имеются специальные аппараты, дающие ток высокой частоты; к больному очагу ток подводится через два металлических электрода. Электроды могут быть пластинчатые или цилиндрические. Пластинчатые электроды из тонкого станиоля обычно кладут на поверхность кожи (рис. 216), а цилиндрические предназначены для введения в полости [вагина (рис. 217), прямая кишка]. Основное правило, которое необходимо соблюдать во время диатермии, заключается в том, что электроды непременно должны плотно прилегать к телу; если этим прави-

лом пренебречь и оставить между электродом и поверхностью тела свободное пространство, при включении тока в этих участках будут образовываться искры и больная будет жаловаться на чувство покалывания; если не выключить своевременно аппарат, может возникнуть ожог.

Один электрод кладут на живот, другой — на крестец; затем электроды плотно прижимают к телу посредством подушек с песком или специального пояса и соединяют с проводами аппарата. Включив ток высокого напряжения и доведя его силу до 1 А, сестра остается все время возле аппарата и больной, ни на секунду не отлучаясь; она следит за показаниями амперметра, за работой аппарата и состоянием больной. Чтобы не продержат больную под током дольше положенного срока, пользуются или специальными часами, которые по прошествии определенного времени начинают звонить, или песочными часами. При амбулаторном лечении после сеанса диатермии, так же как и после других физиотерапевтических процедур, больная должна отдыхать лежа не менее 30 минут; только после этого она может идти домой.

Диатермию применяют и для лечения длительно не заживающих эрозий шейки матки, если исключена раковая этиология их. В этих случаях применяют диатермокоагуляцию эрозированной поверхности шейки матки и слизистой оболочки канала шейки.

К диатермокоагуляции прибегают после того, как были испробованы различные консервативные способы лечения, не давшие благоприятного результата. При этом методе происходит поверхностная коагуляция измененной слизистой оболочки шейки матки и канала шейки. На месте бывшей эрозии образуется своего рода струп и начинается постепенная эпителизация. Этот процесс продолжается обычно 3—4 недели. В течение указанного времени отмечают усиленные выделения из влагалища, постепенное расплавление и отторжение омертвевшей ткани.

В первые сутки после диатермокоагуляции возможно кровотечение, поэтому необходимо наблюдать за больной. Больную, находящуюся дома, сестра должна навестить и сообщить врачу о ее состоянии.

Подозрение на раковую эрозию, наличие острого и подострого воспаления придатков являются противопоказаниями к диатермокоагуляции.

Электрическое поле ультравысокой частоты (УВЧ). Ток УВЧ не подводится непосредственно к телу больной; больная или отдельные участки ее тела помещаются между изолированными пластинками конденсатора, соединенного с генератором УВЧ. Ткани организма пронизываются при этом электрическим полем, поглощая то или иное количество энергии.

В гинекологии УВЧ применяется при воспалительных процессах внутренних половых органов. В основе противовоспалительного действия УВЧ лежит влияние на нервную и сосудистую системы, а также усиление общей реактивности организма.

ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

К этому виду терапии относится применение рентгеновых и радиевых лучей. Рентгеновы лучи образуются в специальной стеклянной безвоздушной трубке при прохождении через нее

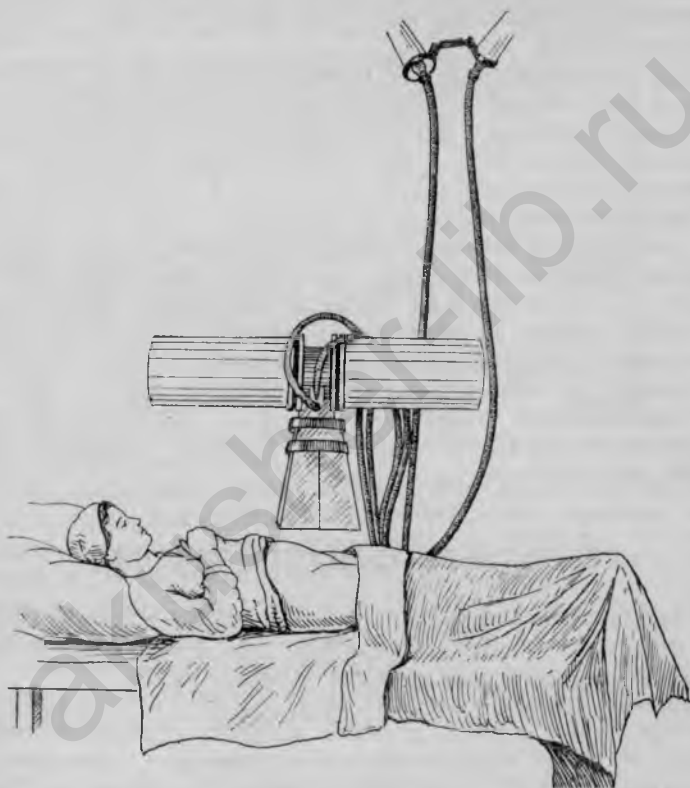


Рис. 218. Рентгенотерапия. Все тело больной, кроме участка, подлежащего облучению, укрывается просвинцованной резиной.

тока очень высокого напряжения (150 000—200 000 V). Как и лучи радия, рентгеновы лучи имеют свойство воздействовать на живую клетку. Различные клетки живого организма обладают различной чувствительностью к рентгеновым лучам и лучам радия. Так, например, раковые клетки очень чувствительны к этим лучам, клетки фолликула в яичнике также высокочувстви-

тельны к ним, а все другие клетки менее чувствительны. Этой неодинаковой чувствительностью клеток и пользуются, применяя рентгено-радиотерапию.

Лучи радия действуют почти непосредственно на том участке, где помещается источник излучения радия, рентгеновы же лучи действуют на большем расстоянии от источника возникновения лучей. Поэтому, например, при раке шейки матки — области, доступной непосредственному введению радия, лучше применять радий; если же приходится воздействовать на очаг, расположенный в глубине и непосредственно недоступный, или же если очаг представляет собой большой участок, то прибегают к рентгеновым лучам, проникающим в опухоль через всю толщу тканей с поверхности кожи.

Радий применяется в металлических трубочках, прикладываемых к тем местам, на которые надо воздействовать. За женщиной, которая лежит в постели с введенным радием, необходимо строжайшее наблюдение и надлежащий медицинский уход.

Рентгеновы лучи действуют на глубоко расположенные ткани через определенный участок на коже (рис. 218); все остальное тело укрывают специальной просвинцованной резиной, не пропускающей рентгеновых лучей. За показаниями измерительных приборов и за состоянием больной наблюдают через особое «свинцовое» стекло из комнаты управления. Больную следует предупредить, что облученные участки кожи нельзя подвергать химическому и термическому раздражению; нельзя мыть их очень горячей водой, класть на них грелку, смазывать их йодом или ставить на них горчичники — это приведет к ожогу с последующим изъязвлением.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

В гинекологической практике лекарственные вещества вводят не только *per os*, внутримышечно, внутривенно, но также в виде различных тампонов, клизм и спринцеваний.

Тампоны. Тампоны служат для введения и удержания во влагалище лекарственных веществ. Обычно применяют ватные тампоны — комок ваты величиной с мандарин, крест-накрест перевязанный ниткой с длинным концом. Заготовленные таким образом тампоны стерилизуют. Спустя час после спринцевания влагалища в задний свод последнего, обнаженный с помощью зеркал, перед шейкой вводят тампон, пропитанный рыбьим жиром, глицерином, эмульсией стрептоцида или другим веществом. Тампон оставляют во влагалище и вынимают зеркала. Во влагалище тампон остается в течение 8—10 часов, после чего женщина сама извлекает его за свисающую из влагалища нитку.

Лечебный эффект такого тампона рассчитан на действие вводимого лекарственного вещества.

Клизмы и вливания в прямую кишку. При воспалительных заболеваниях с инфильтрацией в прямокишечно-маточном углублении применяют горячие клизмочки (микроклизмы) температуры 45° (после очистительной клизмы). Небольшое количество жидкости (50—100 мл) вводят обычно из прокипяченного резинового баллона указанной вместимости в колено-локтевом положении больной.

Для указанных клизм можно пользоваться простой водой либо физиологическим раствором, либо настоем ромашки.

Применяются еще так называемые **капельные клизмы**. Для этого пользуются обыкновенной кружкой Эсмарха. По ходу резиновой трубки помещается небольшая стеклянная трубочка, иногда снабженная специальным краном; с помощью этого крана или же двух обычных педанов, которыми зажимают резиновую трубку с разных сторон, оставляя очень небольшую щель, регулируется поступление жидкости, вытекающей каплями. Вместо стеклянного наконечника надевают эластический катетер и, отрегулировав количество капель в минуту (40—50), вводят катетер в прямую кишку. Как и перед всякой лечебной клизмой, предварительно должна быть сделана очистительная клизма.

Для капельных клизм обычно применяют воду, физиологический раствор, раствор глюкозы температуры тела, а иногда и более высокой (до 40°). Продолжительность такой клизмы составляет 2—3 часа. Поэтому очень желательно обертывать кружку грелками, чтобы вода в ней не остывала. Удобнее пользоваться для этого специальным чехлом-утеплителем, надеваемым на кружку (рис. 219).

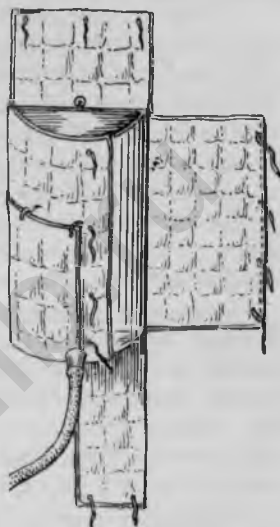


Рис. 219. Кружка Эсмарха в чехле для утепления. Тесемками связывают правую половину чехла с левой, а к ним подвязывают верхнюю и нижнюю части. Поверх такого чехла необходимо привязать грелки.

Очистительная клизма готовится из кипяченой воды температуры 26 — 28° . В кружку Эсмарха с резиновой трубкой длиной 1 м и стерильным стеклянным наконечником наливают 4—5 стаканов воды. Выпустив через наконечник небольшое количество воды (этим удаляется воздух), вводят наконечник в прямую кишку на глубину 10 см. Больная при этом должна лежать на левом боку близко у края кровати или кушетки, слегка согнув в коленях ноги. Кружка висит на штативе или ее держит рукой сестра на высоте не более 1 м над уровнем кровати.

Если сильная струя воды вызывает у больной неприятные ощущения или боли (что бывает иногда при наличии воспаления в малом тазу или при опухолях), надо опустить кружку пониже, тогда струя воды вытекает из кружки медленнее и не вызывает болевых ощущений. Вводя всю воду, наконечник извлекают; больная должна несколько минут удерживать воду.

Наконечник тщательно моют и кипятят; хранят его в банке с раствором сулемы 1 : 1000.

Мыльная клизма назначается при необходимости вызвать усиленную перистальтику кишечника (атония, запоры). В чистой посуде тщательно размешивают в кипяченой воде 1—2 столовые ложки жидкого мыла и выливают полученный мыльный раствор в кружку Эсмарха с 4—5 стаканами кипяченой воды. Клизму ставят как обычную очистительную клизму.

Сестра может сама приготовить жидкое мыло из хозяйственного (нетуалетного) мыла. Для этого берут кусок мыла весом 100 г на 1 л воды и кипятят в кастрюле, пока мыло не растворится. Это мыло стерильно и годно для мыльных клизм (1—2 столовые ложки на 1 л воды).

Клизма из гипертонического раствора поваренной соли вызывает обильный жидкий, нередко повторный стул. Для такой клизмы применяется раствор из 30 г поваренной соли или сернокислой магнезии на 100 г теплой воды. Вводят этот раствор с помощью резинового баллона.

Масляная клизма (без воды) применяется при спастическом запоре, при сужении просвета кишечника. Такая клизма делается из 100 мл льняного, подсолнечного либо вазелинового масла, вводимого с помощью шприца (типа Жане) через катетер. Масло проникает между кишечной стенкой и каловыми массами, что механически облегчает их выделение. После введения масла больная должна спокойно лежать.

Сифонная клизма применяется для возможно большего опорожнения толстого кишечника от продуктов брожения и гниения, токсинов и слизи, а также для возбуждения перистальтики при послеоперационной атонии кишечника (вздутие).

Для сифонной клизмы необходимо приготовить 8—10 л кипяченой воды температуры 32° и прокипяченную стеклянную воронку вместимостью 500 мл, на которую надевают желудочный зонд (рис. 220), смазав его конец вазелином. Сливают из кувшина воду в воронку и, выпустив воздух из зонда, вводят его в прямую кишку на глубину 40 см, а воронку поднимают вверх. Когда вода дойдет до узкой части воронки, ее быстро опускают вниз почти до уровня пола, где стоит ведро. При этом через воронку вытекает жидкость со слизью, калом, обильным количеством пузырьков газа. Не поднимая воронки, снова наливают в нее 500 мл воды и поднимают воронку вверх; как только уровень жидкости вновь опустится до узкой части воронки, быстрым движением опускают ее вниз.



Рис. 220. Воронка и резиновый зонд для сифонной клизмы.

Так продолжают до тех пор, пока из воронки не будет вытекать почти чистая вода.

Необходимо, чтобы в течение всего времени, пока производится сифонная клизма, вода не остывала ниже назначенной рабочей температуры. Для этого по мере необходимости в приготовленную воду прибавляют горячей воды. Чтобы не замочить постели, ее накрывают большой клеенкой.

Лекарственные клизмы рассчитаны на всасывание лекарственных веществ слизистой оболочкой прямой кишки.

Опийная клизма. В мензурку или стакан наливают 50 мл теплой воды и добавляют 15—20 капель настойки опия; набирают воду в баллон, смазывают наконечник вазелином и вводят воду в прямую кишку, предупредив больную, чтобы она не выпускала жидкость.

Клизма из ромашки. Берут столовую ложку аптечной ромашки на 200 мл воды и кипятят в кастрюльке, затем процеживают сквозь слой марли и, остудив отвар до температуры 38—40°, вводят из баллона в прямую кишку. Такая клизма рассчитана на тепловое, способствующее рассасыванию действие.

Чесночная клизма (глистогонная). Большую головку чеснока натирают на терке или толкут, затем размешивают в теплой воде, процеживают сквозь слой марли и вводят в прямую кишку из резинового баллона.

Клизму из крови ставят при больших кровопотерях в родах. Используется кровь, которую родильница потеряла в последовом периоде. Обычно кровь собирают в чистую прокипяченную посуду, процеживают сквозь стерильную пеленку или несколько слоев марли, затем разбавляют таким же количеством подогретого 10% раствора глюкозы или физиологического раствора. Вливают смесь в кружку Эсмарха и обертывают ее грелками. Клизму ставят капельным путем.

Питательная клизма рассчитана на введение в организм питательных веществ, которые обычным способом ввести не удастся или нельзя (при слюнотечении, неукротимой рвоте). Такая клизма ставится обычно капельным путем.

В качестве питательных веществ вводят бульон, яичные желтки, глюкозу, витамины. Для обычной наиболее часто употребляемой питательной клизмы берут 200 мл бульона, 2 растертых яичных желтка и 2 столовые ложки 4% раствора брома. Жидкость должна быть хорошо размешана и слегка подогрета.

Для спринцеваний в основном применяются дезинфицирующие средства, например, марганцовокислый калий, сулема, лизол, борная кислота и т. п., и вяжущие средства.

Дезинфицирующие средства

- Rp. *Kali hypermanganici* 2%, 200,0
DS. По 1 столовой ложке на кружку (5 стаканов)
- Rp. *Lysoli* 100,0
DS. По 1—2 чайные ложки на кружку
- Rp. *Acidi lactici* 200,0
DS. По 1—2 чайные ложки на кружку

Вяжущие средства

- Rp. *Acidi tannici* 150,0
DS. По 1—2 чайные ложки на кружку
- Rp. *Aluminis* 100,0
DS. По 1—2 чайные ложки на кружку
- Rp. *Aceti pirolignosi* 200,0
DS. По 1 столовой ложке на кружку
- Rp. *Zinci sulfurici*
Aluminis aa 100,0
DS. По 1 чайной ложке на кружку

Для лечения трихомониаза применяется преимущественно осарсол в виде порошка, распыляемого по стенкам влагалища; путем распыления в количестве не более 0,3 г осарсол вводят во все очаги, где могут гнездиться трихомонады (мочеиспускательный канал, шейка матки, задний проход). Применяют осарсол и в виде эмульсии.

Указанные процедуры проводит медицинская сестра под контролем врача; от сестры требуется особенное внимание и большая настойчивость.

При кровотечениях пользуются спорынью и ее препаратами. Необходимо помнить, что спорынью, как и ее препараты, назначают при кровотечениях лишь в том случае, если в полости матки нет задержавшихся остатков плодного яйца, плаценты.

Спорынья прописывается внутрь в порошках, в микстуре, в каплях, а также подкожно.

- Rp. *Pulv. Secalis cornuti* 0,5
D. t. d. N. 12
DS. По 1 порошку 3 раза в день
- Rp. *Extr. Secalis cornuti fluidi* 30,0
DS. По 25 капель 2 раза в день
- Rp. *Sol. Secalis cornuti ex* 6,0 200,0
DS. По 1 столовой ложке через 3 часа

Как кровоостанавливающие при гинекологических маточных кровотечениях применяются жидкая вытяжка водяного перца и питуитрин.

Rp. Extr. Polygoni hydropiperis fluidi 30,0
DS. По 30—40 капель 3 раза в день

Rp. Pituitrini 1,0
in amp.
D. t. d. N. 6
S. По 1 мл под кожу

В качестве болеутоляющих средств в гинекологии применяются: анальгин, белладонна в свечах, промедол.

Rp. Analgini 0,5
D. t. d. N. 10 in tabul.
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

Rp. Extr. Belladonnae 0,02
Butyri Cacao 1,5
M. f. suppos.
D. t. d. N. 6
S. По 1 свече 2 раза в день

Rp. Sol. Promedoli 2% 1,0
D. t. d. in amp. N. 6
S. По 1 мл 2 раза в день под кожу

Из спазмолитических средств применяется следующая пропись:

Rp. Papaverini hydrochlorici 0,03
Extr. Belladonnae 0,015
Butyri Cacao 1,5
M. f. suppos.
D. t. d. N. 6
S. По 1 свече в прямую кишку

При лечении тампонами употребляют 10% раствор ихтиола в глицерине.

Rp. Ichtyoli 10,0
Glycerini 90,0
MDS. Для тампонов

Ихтиол применяют и без тампонов — в виде шариков:

Rp. Ichtyoli 0,3
Butyri Cacao q. s.
M. ut fiat globuli vaginalis
D. t. d. N. 10
S. По 1 шарик на ночь

Удобство применения шариков заключается в том, что они меньше пачкают белье, чем тампоны, легче вводятся самой боль-

ной. При пользовании тампонами обязательно спринцевание влагалища после извлечения тампона, а при пользовании шариками — на другой день.

Применяется также синтомициновая эмульсия.

Rp. Emuls. Sintomycini 10% 50,0
D. S. Для тампонов

Перечисленные в настоящей главе мероприятия, конечно, не исчерпывают всех методов и средств лечения, какие применяются в консервативной гинекологии. Это — средства, наиболее часто используемые в условиях стационара и поликлиники.

Медицинская сестра должна уметь самостоятельно и правильно выполнять большинство описанных манипуляций, а некоторым из них обучить больную. Однако все манипуляции и лечебные процедуры сестра проводит только по назначению врача и под его наблюдением.

ПОЛУЧЕНИЕ МАТЕРИАЛА ДЛЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Взятие крови для исследования на реакцию Вассермана

Кровь берут из локтевой вены стерильной толстой иглой. У лежачих больных взятие крови производится в постели. Край кровати, на которой лежит больная, застилают клеенкой (чтобы не запачкать кровью постельного белья), а поверх клеенки кладут стерильную пеленку. Больную придвигают к краю кровати так, чтобы локтевой сгиб лежал на самом краю кровати. Область локтевого сгиба обмывают теплой водой, обсушивают и затем дезинфицируют спиртом. На плечо на 8—10 см выше локтевого сгиба накладывают резиновый жгут и туго перетягивают им руку, однако так, чтобы не пропал пульс на локтевой артерии. Если при разогнутом состоянии руки после ее перетяжки локтевая вена не выступает отчетливо, больной предлагают несколько раз сжать и разжать кулак. После таких движений локтевая вена выступает рельефнее. Чисто вымытыми руками берут из стерилизатора сухую иглу, вынимают из нее мандрен и вводят в вену иглу скошенным концом кверху. Как только по игле пойдет кровь, жгут снимают, подставляют под иглу стерильную пробирку и набирают в нее 10 мл крови. Затем пробирку закрывают ватой. Вынимают из вены иглу, а место укола туго прижимают стерильным комком ваты и забинтовывают. На пробирку наклеивают этикетку, где указано название учреждения, номер истории болезни, фамилия и имя больной, номер палаты, диагноз заболевания, дата взятия крови. В таком виде пробирку пересылают в лабораторию.

Шприц и иглу необходимо тотчас же промыть, так как кровь быстро свертывается и игла будет испорчена.

Взятие мазков из половых органов

Мазки берут на гинекологическом кресле специальной платиновой петлей, легко и быстро стерилизующейся на пламени, а если петли нет, то стерильным маленьким тампоном на длинной палочке или, наконец, специальной ложечкой (рис. 221), или длинным пинцетом. Количество



Рис. 221. Ложечка для взятия отделяемого.

инструментов должно соответствовать количеству мест, откуда берут материал для исследования (отдельные для каждого места).

Необходимо с вечера предупредить больную, чтобы утром до взятия мазков она не подмывалась и не мочилась: мочой могут быть смыты болезнетворные микробы из уретры.

Сначала берут мазок из уретры; для этого пальцами левой руки раздвигают половую щель и обнажают отверстие уретры. Прокаленную, но остывшую платиновую петлю вводят в отверстие уретры, берут оттуда слизь, выделения и наносят их на чистое предметное стекло.

Иногда следует слегка помассировать снизу уретру и выжать из нее отделяемое. В таком случае отделяемое берут непосредственно петлей, не вводя ее в уретру. Затем вводят во влагалище стерильное зеркало Куско, а если есть помощник, то два зеркала Симса, обнажают шейку матки и прокаленной снова петлей или свежим тампоном берут отделяемое из шейки и наносят его на предметное стекло, размазав тонким слоем. Далее берут выделения из заднего свода влагалища, которые обычно скопляются на нижнем зеркале, и наносят их на третье предметное стекло.

Мазки фиксируют одно-двукратным проведением над пламенем спиртовой лампочки, после чего с сопроводительной запиской отправляют в лабораторию для исследования. На каждом стекле необходимо поставить буквенные обозначения: U — уретра, С — шейка, V — влагалище

Взятие мазков для цитологического исследования

Изучение клеточной картины мазков из содержимого влагалища позволяет выяснить гормональную функцию яичников. Для этого из глубины сводов влагалища берут мазок длинной стеклянной пипеткой и размазывают на предметном стекле. Мазок высушивают и передают в лабораторию для специальной окраски и микроскопического исследования.

Взятие выделений для исследования на влагалищную трихомонаду

Исследование на влагалищную трихомонаду обычно производится в висячей капле. Для этого берут отделяемое влагалища и в виде капли наносят на предметное стекло; к ней прибавляют 2—3 капли физиологического раствора и немедленно исследуют под микроскопом. Если такое немедленное исследование не может быть произведено, взятую каплю выделений опускают в стерильную пробирку с небольшим количеством физиологического раствора. Пробирку закрывают пробиркой и, наклеив соответствующую этикетку, отправляют в лабораторию.

Взятие материала для исследования у новорожденного

Выделения из глаз. Предметное стекло предварительно протирают спиртом и высушивают. Взятый стерильным тампончиком гной или другие выделения из слизистой оболочки века наносят на предметное стекло и размазывают тонким слоем. После этого мазок фиксируют одно-двукратным проведением над пламенем спиртовой лампочки. Выделения из каждого глаза берут отдельными стерильными тампончиками и наносят на отдельные предметные стекла, отмечая на них: п. (правый), л. (левый). К мазкам прилагается записка, в которой указывается фамилия ребенка, отделение, номер койки, место, откуда взят мазок, и дата.

Исследование слизи из зева и носа. Слизь берут стерильным тампончиком на проволоке (как у взрослых) и в стерильной пробирке направляют в лабораторию.

Взятие отделяемого из пупочной ранки для посева. Стерильные петлей берут отделяемое, открывают специальную пробирку с бульоном, открытый конец пробирки обжигают, опускают петлю в бульон, затем аккуратно вынимают ее, открытый конец пробирки и пробку обжигают на пламени и закрывают. Снабжают пробирку соответствующей запиской и отправляют для исследования в лабораторию.

Измерение суточного количества выделенной слюны и рвотных масс

Для этого пользуются градуированной стеклянной кружкой с крышкой, в которую больная (при слюнотечении, рвоте у беременной) собирает слюну и рвотные массы (отдельно). По заполнении кружки записывают в историю болезни количество собранной слюны или рвотных масс, кружку опорожняют, прополаскивают и снова дают больной. По истечении суток подсчитывают общее количество выделенной слюны или рвотных масс.

СССР
Министерство
здравоохранения

Учетн. ф. № 113
Утверждена Министерством
здравоохранения СССР
10. III. 1956 г.

ОБМЕННАЯ КАРТА

родильного дома, родильного отделения больницы

Сведения женской консультации о беременной

(заполняется на каждую беременную и выдается на руки
беременной при последнем посещении)

1. Наименование консультации _____
 2. Адрес _____
 3. Фамилия, имя и отчество беременной _____
- Адрес _____
4. Возраст _____
 5. Перенесенные общие и гинекологические заболевания
и операции _____
 6. Особенности течения прежних беременностей, родов,
послеродового периода _____
 7. Последняя менструация _____
 8. Которая беременность _____ роды _____
 9. Первое посещение консультации при данной беремен-
ности _____
Всего посетила _____ раз
 10. Особенности течения данной беременности, состояния
беременной _____

СССР
Министерство
здравоохранения

Учетн. ф. № 113
Утверждена Министерством
здравоохранения СССР
10. III. 1956 г.

ОБМЕННАЯ КАРТА

родильного дома, родильного отделения больницы

Сведения родильного дома, родильного отделения больницы о родильнице

(направляется в женскую консультацию в первый день
по выписке женщины)

1. Наименование родильного дома (больницы) _____
- Адрес _____
2. Фамилия, имя и отчество родильницы _____
- Адрес _____
3. Дата поступления _____
4. Роды произошли _____
(число, месяц, год)
5. Особенности течения родов (продолжительность, ос-
ложнения у матери и плода и др.) _____
6. Оперативные пособия в родах _____
7. Обезболивание: применялось, нет (подчеркнуть), ка-
кое, эффективность _____

СССР
Министерство
здравоохранения

Учетн. ф. № 113
Утверждена Министерством
здравоохранения СССР
10. III. 1956 г.

ОБМЕННАЯ КАРТА

родильного дома, родильного отделения больницы

Сведения родильного дома, родильного отделения больницы о новорожденном

(направляется в детскую консультацию в первый день
по выписке женщины или передается на руки участко-
вому педиатру, принимающему ребенка из акушерского
стационара)

1. Наименование родильного дома (больницы) _____
- Адрес _____
2. Фамилия, имя и отчество родильницы _____
- Адрес _____
3. Роды произошли _____
(число, месяц, год)
4. Особенности течения родов (продолжительность, ос-
ложнения в родах у матери и плода и др.) _____
5. Обезболивание: применялось, нет (подчеркнуть), какое _____
6. Течение послеродового периода (заболевания) _____

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
Г л а в а I. Родовспоможение в СССР	5
Г л а в а II. Анатомия и физиология женских половых органов	10
Наружные половые органы	10
Внутренние половые органы	12
Кровеносная система	19
Лимфатическая система	20
Нервная система	20
Молочные железы	21
Овариально-менструальный цикл	21
Г л а в а III. Гигиена женщины в различные периоды ее жизни	25
Гигиена девочки в раннем детском возрасте	25
Гигиена девочки в школьном возрасте	28
Гигиена менструального периода	33
Гигиена брака	34
Гигиена климактерического периода	35
Г л а в а IV. Беременность	38
Зачатие	38
Развитие плода	40
Плацента	43
Пуповина	44
Оболочки плодного яйца	45
Околоплодные воды	45
Кровообращение внутриутробного плода	45
Изменения в организме женщины, связанные с беременностью	46
Влияние здоровья женщины на течение беременности	52
Г л а в а V. Распознавание беременности	55
Признаки беременности	55
Методика исследования беременной	56
Опрос	56
Двуручное исследование	57
Измерение таза	57
Положение плода	60
Сердцебиение плода	63
Распознавание многоплодной беременности	66
Определение срока беременности и предстоящих родов	67
Гигиена и диететика беременной	70
Г л а в а VI. Учреждения и формы организации акушерско-гинекологической помощи	82
Консультация для женщин	82
Лечебно-профилактическая работа	84
Отбор женщин с патологией беременности	85

Связь консультации с другими лечебно-профилактическими учреждениями	86
Патронажная работа	87
Связь консультации с производством	88
Охрана труда беременной и кормящей женщины	88
Психопрофилактическая подготовка беременной к родам	90
Борьба с абортми	91
Противозачаточные средства	93
Борьба с запущенными формами рака женских половых органов	100
Социально-правовые кабинеты	101
Санитарное просвещение	102
Картотека в женской консультации	103
Родильная помощь	104
Родильный дом	105
Колхозный родильный дом	106
Фельдшерско-акушерский пункт	107
Г л а в а VII. Асептика и антисептика в акушерстве	108
Мытье рук	110
Одежда сестры на работе	111
Стерилизация щеток и суден	112
Мытье клеенок	112
Лечебно-охранительный режим	113
Г л а в а VIII. Роды. Уход за роженицей	115
Прием и подготовка роженицы	115
Течение родов	117
Период раскрытия	118
Период изгнания	118
Последовый период	123
Уход за роженицей	123
Подготовка к родам	123
Подготовка помещения и постели	123
Ведение периода раскрытия	125
Введение периода изгнания	126
Введение последового периода	135
Обезболивание родов	140
Г л а в а IX. Послеродовой период. Уход за родильницей	141
Нормальный послеродовой период	141
Обратное развитие матки	141
Лохии	142
Моченспускание и стул	142
Температура и пульс	143
Уход за родильницей	144
Уход при швах на промежности	148
Уход за молочными железами	148
Стол родильницы	151
Послеродовая гимнастика	152
Изоляция родильницы	156
Смена белья	156
Примерный распорядок дня в нормальном послеродовом отделении	157
Порядок выписки родильницы и новорожденного	158
Советы женщине, возвратившейся после родов	158
Послеродовые заболевания и уход при них	160
Уход при мастите	168
Г л а в а X. Уход за новорожденным	169
Уход за доношенным ребенком	169
Туалет пуповины	169
Туалет кожи	170
Измерение роста и веса	170

Пеленание	171
Родовая опухоль и кефалогематома	174
Постель ребенка	175
Уход за кожей	175
Уход при опрелости	176
Измерение температуры и взвешивание ребенка	177
Изоляция заболевших детей	178
Кормление ребенка	179
Уход за глазами, ушами, носом и ртом	182
Выписка новорожденного	183
Примерный распорядок дня отделения (палаты) новорожденных	184
Режим детских палат и личная гигиена ухаживающего персонала	185
Уход за недоношенным ребенком	186
Туалет недоношенного ребенка	187
Кормление	189
Уход за новорожденным с внутрочерепным кровоизлиянием	191
Асфиксия. Оживление новорожденного	194
Отнятие ребенка от груди	197
Глава XI. Акушерская патология	198
Токсикозы беременности	198
Слюнотечение	199
Рвота	199
Отек беременных	199
Нефропатия беременных	200
Эклампсизм или преэклампсия	200
Эклампсия	200
Отклонения, связанные с ненормальным положением плода	202
Тазовое предлежание плода	202
Поперечное положение плода	204
Выпадение мелких частей плода	205
Кровотечения во время беременности, родов и после родов	205
Кровотечения в ранние месяцы беременности	205
Кровотечения в поздние месяцы беременности	206
Кровотечения во время родов	207
Кровотечения в послеродовом периоде	207
Кровотечения после родов	209
Кровотечения при прервавшейся внематочной беременности	211
Мероприятия после остановки кровотечения	212
Глава XII. Подготовка больной и инструментария к акушерским операциям	214
Подготовка больной	214
Инструменты для зашивания разрывов промежности	214
Инструменты для осмотра шейки матки и для зашивания разрывов ее	215
Инструменты и материал для тампонады матки и влагалища	215
Инструменты для наложения щипцов	216
Инструменты для краниотомии (перфорация головки плода и кранио-клазия)	218
Инструменты для эмбриотомии	219
Инструменты для выскабливания стенок полости матки	221
Инструменты для кесарева сечения	221
Глава XIII. Гинекология	222
Первичная регистрация, осмотр и методы исследования гинекологической больной	222
Заполнение истории болезни	222
Основные жалобы	223
Подготовка больной к гинекологическому исследованию	225

Техника двуручного исследования и осмотра при помощи зеркал	226
Диагностическое выскабливание слизистой оболочки полости матки	228
Биопсия	229
Г л а в а XIV. Формы заболевания женских половых органов	230
Пороки развития половых органов	230
Неправильное положение половых органов	230
Воспалительные заболевания половых органов	232
Вульвит	233
Бартолинит	233
Кольпит, или вагинит	233
Трихомонадный кольпит	234
Эндоцервицит	235
Воспаление слизистой оболочки — эндометрит, и стенок матки	
метрит	235
Воспаление придатков матки — аднексит	235
Параметрит	236
Воспаление газовой брюшины	236
Гонорея	236
Сифилис	239
Септические заболевания	239
Туберкулез	240
Другие заболевания	240
Бесплодие, профилактика и лечение его	240
Травмы половых органов	241
Свищи	242
Опухоли	243
Доброкачественные опухоли	243
Злокачественные опухоли	245
Борьба со злокачественными опухолями	248
Неотложная помощь при гинекологических кровотечениях	249
Г л а в а XV. Подготовка к гинекологическим операциям	251
Подготовка больной к операции	252
Примерный набор инструментов	254
Г л а в а XVI. Послеоперационный уход	255
Уход за больными после лапаротомии	255
Уход за больными после влагалищных операций	257
Г л а в а XVII. Неоперативные (консервативные) методы лечения гинекологических больных	259
Биологические методы лечения	259
Местное применение холода и тепла	261
Водо-грязелечебные процедуры	262
Светолечение	267
Электролечение	268
Лучевая терапия	271
Лекарственные методы лечения	272
П р и л о ж е н и е 1. Получение материала для лабораторных исследований	279
Взятие крови для исследования на реакцию Вассермана	279
Взятие мазков из половых органов	279
Взятие мазков для цитологического исследования	280
Взятие выделений для исследования на влагалищную трихомонаду	280
Взятие материала для исследования у новорожденного	280
Измерение суточного количества выделенной слюны и рвотных масс	280
П р и л о ж е н и е 2. Обменная карта	281

