

ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

МИНСК 1966

ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

Руководство для врачей и студентов

*Под редакцией члена-корреспондента АМН СССР,
заслуженного деятеля науки БССР
проф. Л. С. ПЕРСИАНИНОВА*

Второе исправленное
и дополненное издание

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО БССР
Редакция научно-технической литературы
МИНСК 1962

ПРЕДИСЛОВИЕ

Женская консультация является основным звеном в системе акушерско-гинекологического объединения. Врач женской консультации сталкивается с наиболее многочисленным контингентом женщин по сравнению с отделениями стационара.

В разносторонней деятельности женской консультации особенно ярко проявляется профилактический принцип советской медицины. При хорошо поставленной лечебно-профилактической работе как в консультации, так и на участке прикрепленного района обеспечивается высокое качество медицинского обслуживания женщин не только в консультации, но и в стационаре родильного и гинекологического отделений. Снижение недонашиваемости и мертворождаемости, родового травматизма, уменьшение числа токсикозов беременности, ликвидация материнской смертности теснейшим образом связаны с работой женской консультации и во многом зависят от ее качественных показателей.

Несмотря на большую роль, которую играет женская консультация в системе советского родовспоможения, в литературе этот вопрос освещен еще недостаточно. В 1939 г. было издано руководство для врачей и студентов «Женская консультация» под редакцией проф. И. Л. Брауде. С тех пор прошло более 20 лет, произошли большие изменения в организации работы женских консультаций, объединенных со стационарами, издан ряд Указов Президиума Верховного Совета СССР и новых законов по охране здоровья женщины, широко внедрены в практику профилактические осмотры женщин, психопрофилактическая подготовка беременных к родам, проводится диспансеризация и ряд других мероприятий.

За это время многие положения устарели, совершенствование и развитие акушерской науки и практики советского родовспоможения продвинулось вперед и по-новому поставило задачи перед врачами, акушерами-гинекологами, работающими в женской консультации.

Учитывая это и желая помочь практическому врачу, особенно работающему на селе, в его повседневной деятельности как в консультации, так и на участке прикрепленного района, коллектив сотрудников акушерско-гинекологической клиники Минского медицинского института подготовил настоя-

шее руководство, предназначенное для врачей и студентов старших курсов. Первое издание, вышедшее в 1958 г., быстро разошлось. Настоящее, второе издание исправлено и дополнено.

Мы стремились осветить основные вопросы, с которыми сталкивается врач женской консультации, отобразить достижения современного акушерства и гинекологии, а также опыт и наблюдения нашего акушерско-гинекологического объединения.

Значительное место в книге уделено вопросам социально-правовой помощи в женской консультации. Этот раздел (глава XXIII) написан сотрудником Белорусского научно-исследовательского института охраны материнства и детства А. В. Дулевич

Рисунки, приводимые в книге, заимствованы из отечественных и отчасти зарубежных руководств и учебников, часть рисунков — оригинальные.

Авторы с благодарностью примут критические замечания, которые помогут устранить имеющиеся недостатки в книге.

Глава I

ЖЕНСКИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ В СССР И ИХ ЗНАЧЕНИЕ

Своеобразные и сложнейшие реакции организма женщины при наступлении и развитии беременности приводят к перестройке всего организма беременной, к изменениям в обмене веществ и в деятельности различных органов и систем. В связи с этим беременная женщина должна находиться под неослабным наблюдением акушера-гинеколога, который может своевременно установить отклонения от нормы как в течение самой беременности, так и в реакциях всего организма. Своевременное предупреждение патологических состояний, выявление их начальных проявлений и проведение соответствующих мероприятий помогает сохранить здоровье беременной женщины и способствует рождению здорового ребенка.

Еще во второй половине XIX века русская акушерская наука достигла высокого уровня развития. Имена виднейших представителей русского акушерства А. Я. Крассовского, В. Ф. Снегирева, Н. Н. Феноменова, Д. О. Отта, В. С. Груздева, И. П. Лазаревича, В. В. Строганова, А. Н. Рахманова получили широкую известность не только на своей родине, но и за ее пределами.

Русские ученые и врачи ясно понимали необходимость улучшения акушерской помощи населению, проведения профилактических мероприятий и оказания квалифицированной лечебной помощи. Однако царское правительство России не было заинтересовано в сколько-нибудь серьезном улучшении медицинской помощи населению и в том числе женщинам и детям. До 1917 г. в России отсутствовала государственная система родовспоможения, медицинская помощь беременным женщинам почти не оказывалась, а акушерская помощь при родах проводилась, главным образом, бабками-повитухами и знахарками. На территории ряда нынешних союзных республик (Армянской, Таджикской, Киргизской, Молдавской, Туркменской) акушерских учреждений совсем не было. В 1913 г. на всей территории Рос-

сии было только 6 824 родильные койки, из которых 5 190 коек насчитывалось в городах. Ничтожное количество родильных коек было развернуто в сельской местности. Так, например, в сельских районах Белоруссии в 1913 г. было всего 11 родильных коек. 95% женщин в царской России рожали без медицинской помощи, и во время родов ежегодно умирало 30 тысяч женщин (О. К. Никончик и З. И. Скугаревская).

Профилактические мероприятия были в зачаточном состоянии и по существу отсутствовали, хотя передовая акушерская мысль выдвигала требования о необходимости широкого их проведения.

Все это вполне объясняет то, что до 1917 г. в России существовало всего 9 женских консультаций, которые учреждались при родильных домах на филантропических началах и обслуживали только беременных женщин. На территории Белоруссии до революции женских консультаций совершенно не было.

Тяжела и безрадостна была участь женщины-матери и ее новорожденного ребенка в царской России. Женщина страдала не только от классового угнетения, но и от бесправного положения в быту. «Два миллиона едва затеплившихся на земле младенческих жизней ежегодно гасли в России от темноты и неосознанности угнетенного народа, от косности и равнодушия классового государства. Два миллиона страдалиц-матерей обливали ежегодно горькими слезами русскую землю, засыпая мозолистыми руками ранние могилки бессмысленно погибших невинных жертв уродливого государственного строя» — было написано в первом декрете Советского правительства, изданном 19 декабря 1917 г.

Великая Октябрьская социалистическая революция смела царский строй, и Советский Союз прочно стал на путь социалистического развития. «Женщине в СССР предоставляются равные права с мужчиной во всех областях хозяйственной, государственной, культурной и общественно-политической жизни». (Статья 122 Конституции Союза Советских Социалистических Республик.)

Советское правительство и Коммунистическая партия открыли женщинам широкий доступ для участия в области промышленности, сельского хозяйства, науки, культуры и в управлении государством. Одновременно с предоставлением женщине равного с мужчиной права на труд, оплату труда, отдых, социальное страхование и образование специальным законодательством предусмотрены государственная охрана интересов матери и ребенка, государственная помощь многодетным и одиноким матерям, предоставление женщине при беременности и после родов отпуска с сохранением содержания, организация широкой сети родильных домов, детских яслей и садов.

Социалистическому общественному строю присуща глубокая любовь к матери, уважение к женщине, забота о будущем поколении. В СССР женщина-мать окружена всенародным почетом, ей созданы все условия для сохранения здоровья и воспитания детей.

Величайшим вниманием Партии и Правительства окружены женщины-матери в нашей стране. Почетное звание «Мать-героиня» присвоено свыше 62 тыс. женщин. Орденами «Материнская слава» и медалями «Медаль Материнства» награждено более 6,5 млн. женщин. Женщины, имеющие двух детей, при рождении третьего ребенка и каждого следующего получают от государства единовременное пособие, а многодетные матери, имеющие трех детей, при рождении четвертого и каждого следующего ребенка, кроме этого, получают ежемесячное государственное пособие.

В 1956 г. было выдано 734 тыс. единовременных пособий многодетным матерям, имеющим трех детей, кроме того, свыше 3 млн. многодетных матерей получали ежемесячное государственное пособие на четвертого ребенка и более. Только в 1956 г. выплачено пособий многодетным, а также одиноким матерям 5,1 млрд. рублей. (Цитировано по книге «Достижения Советской власти за 40 лет в цифрах», Госстатиздат, Москва, 1957, стр. 350—351.)

Медицинское обслуживание женщин и детей в нашей стране неуклонно улучшается из года в год. Акушерско-гинекологическая помощь занимает большое и ответственное место в системе советского здравоохранения и осуществляется сетью родильных домов, акушерско-гинекологических отделений больниц, женских консультаций, колхозных родильных домов и фельдшерско-акушерских пунктов.

По состоянию на 1959 г. в СССР число врачей акушеров-гинекологов составляло 27 362, фельдшерниц-акушеров и акушеров — 207 100. Кроме того, акушерско-гинекологическая помощь оказывается и врачами сельских участковых больниц и амбулаторий.

Вместо 9 консультаций, существовавших в России до 1917 г., в 1955 г. в СССР насчитывалось 7 113 консультаций, число же родильных коек вместо 7 500 увеличилось до 165 857; кроме того, в 1955 г. имелось 52 533 койки для гинекологических больных. Число коек для беременных женщин и рожениц в 1959 г. достигло 204 783.

Государственная система родовспоможения, рост сети акушерско-гинекологических учреждений, а также числа врачей акушеров-гинекологов и средних акушерских кадров, систематическое повышение их квалификации привели к тому, что качество акушерско-гинекологической помощи в нашей стране из года в год улучшается. Снижается материнская и детская

смертность, мертворождаемость, недонашиваемость, улучшаются и другие качественные показатели работы акушерско-гинекологических учреждений.

Профилактическое направление советского здравоохранения и отечественной медицинской науки находит яркое отображение в деятельности родовспомогательных учреждений и обеспечивает неуклонный рост качественных показателей их работы. Ведущее значение в осуществлении профилактических мероприятий принадлежит женским консультациям.

Первая консультация для беременных как самостоятельное учреждение была организована в г. Петрограде З. О. Минчик в 1917 г. В ней начал проводиться и санитарно-просветительный патронаж.

В первые годы после Великой Октябрьской социалистической революции женские консультации обслуживали женщин только во время беременности и послеродового периода.

Структура женских консультаций была разнообразна. Одни организовывались при детских консультациях под единым управлением, другие существовали при родильных домах; в сельской местности были смешанные консультации, где один и тот же врач принимал как женщин, так и детей.

В 1925 г. на III Всесоюзном съезде по охране материнства и младенчества А. Н. Рахманов в своем докладе «О консультации для женщин» поставил вопрос о том, что консультация должна обслуживать женщину на протяжении всей ее жизни, начиная с периода полового созревания и до старости.

В решениях съезда указывалось, что консультация для женщин должна, помимо работы по предупреждению патологии беременности и родов, профилактики послеродовых заболеваний, проводить борьбу с абортными, работу среди девушек по вопросу полового воспитания, по профилактике женских заболеваний и борьбу с венерическими болезнями.

Первая консультация для женщин была организована в Москве при Институте охраны материнства и младенчества в 1925 г. Практика ее работы подтвердила целесообразность организации таких консультаций для женщин. Это нашло свое отражение на IV Всесоюзном съезде по охране материнства и младенчества (1929) в докладах А. Ю. Лурье и М. Ф. Леви, которые дали развернутую программу деятельности консультаций для женщин и разработали методику проведения работы.

А. Ю. Лурье в своем докладе показал необходимость углубленного обследования и наблюдения за беременной женщиной с учетом состояния всех органов и систем организма.

М. Ф. Леви поднял вопрос о том, что в целях профилактики осложнений при беременности, родах и в послеродовом периоде необходимо проводить лечебные мероприятия при воспалительных заболеваниях половых органов женщины, сопровож-

дающихся гнойными выделениями, лечение зубов, венерических заболеваний и т. д.

Вскоре после IV Всесоюзного съезда на Украине при самостоятельно существующих консультациях были организованы приемы терапевтов, венерологов и зубных врачей. Вопрос о лечении в консультации гинекологических заболеваний у небеременных женщин не получил положительного решения как на III, так и IV Всесоюзных съездах. По-видимому, это диктовалось стремлением закрепить профилактический уклон работы в женских консультациях при обслуживании беременных.

Однако практика все настоятельнее выдвигала требования по обслуживанию в консультации женщин во все периоды их жизни и не только профилактическими мероприятиями, но и лечебными. В 1932 г. на акушерско-гинекологическом совещании при Наркомздраве РСФСР было решено включить в круг деятельности консультации лечебную работу и, в частности, организовать прием гинекологических больных. Это нашло свое отражение в «Положении о консультациях для женщин», утвержденном Наркомздравом РСФСР 15. III 1933 г. Наряду с другими задачами новое положение предусматривало «оказание лечебно-профилактической помощи в течение беременности и после родов, а также при гинекологических заболеваниях».

На основе нового положения о консультациях начинается реорганизация их работы. Женщины обслуживаются единым врачом акушером-гинекологом, соблюдается принцип участковости при приеме женщин и оказании помощи на дому.

Широкое участие женщин в развитии социалистической промышленности выдвинуло необходимость организации акушерско-гинекологического обслуживания непосредственно на здравпунктах предприятий. В результате и этот раздел работы вошел в сферу деятельности консультаций.

Работа женских консультаций с каждым годом улучшалась. Однако существование поликлинических учреждений (консультаций) в отрыве от стационаров, в частности, родильных домов или акушерско-гинекологических отделений больниц приводило к разрыву единой цепи на отдельные звенья. При такой структуре не было тесной связи и преемственности при наблюдении за беременной и больной женщиной, ее обслуживали врачи различных учреждений, что отрицательно сказывалось на качестве обслуживания. Специализация врачей шла лишь в одном направлении, их квалификация становилась односторонней. Врачи консультации, освоившие только амбулаторные методы работы, могли хорошо справляться со своими задачами в этой области, но не владели методами работы в стационаре родильного и гинекологического отделений. Врачи же родильного дома, лишаясь возможности наблюдать за женщиной в течение всей беременности, не могли получить достаточного опыта в

определении сроков родового отпуска, не были подготовлены для профилактической работы на участке и т. д. Все это снижало квалификацию врачей акушеров-гинекологов и в свою очередь отражалось на качестве медицинского обслуживания женщин.

В 1949 г. по приказу Министра здравоохранения СССР (№ 870) была определена единая номенклатура и типовые категории учреждений здравоохранения. По этому приказу основным типом объединенного акушерско-гинекологического учреждения в городах, рабочих поселках и сельских районных центрах является родильный дом, в состав которого входят: женская консультация и стационар с различными отделениями. При отсутствии родильного дома в состав объединения входит женская консультация и акушерско-гинекологическое отделение больницы.

Существуют еще и консультации, оставшиеся необъединенными из-за дальности расстояния или ввиду несоответствия мощности стационара и консультации. При этом женские консультации являются или самостоятельными учреждениями, или входят в состав поликлиник, медико-санитарных частей и амбулаторий.

В современных условиях женская консультация выполняет следующие задачи:

- 1) оказывает профилактическую и лечебную помощь женщинам во время беременности и послеродового периода;
- 2) проводит психопрофилактическую подготовку беременных к родам;
- 3) оказывает лечебную и профилактическую помощь при гинекологических заболеваниях;
- 4) организует и проводит санитарно-просветительную работу в консультации и на участках прикрепленного района с целью внедрения среди женщин санитарно-гигиенических навыков и повышения их санитарной грамотности;
- 5) проводит изучение условий труда женщин-работниц на промышленных предприятиях в целях охраны здоровья и труда беременных и предупреждения гинекологической заболеваемости;
- 6) оказывает женщинам социально-правовую помощь в целях защиты их прав;
- 7) осуществляет диспансеризацию длительно и часто болеющих женщин, больных с опухолями и предопухолевыми заболеваниями, а также беременных с отягощенным акушерским анамнезом и патологией беременности;
- 8) проводит профилактические осмотры женщин.

Задачи, поставленные перед женской консультацией, показывают, что данное лечебно-профилактическое учреждение при-

звано обслуживать женщин во все периоды их жизни, связанные с функцией и состоянием половой сферы.

В Советском Союзе непрерывно повышается материальный и культурный уровень жизни трудящихся. Забота Партии и Правительства об охране здоровья женщины-матери и ее ребенка позволяет советским женщинам быть активными участниками коммунистического строительства и обеспечивает все условия для рождения здоровых детей и счастливого материнства.

СТРУКТУРА И ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Женская консультация, являясь в большинстве случаев составной частью акушерско-гинекологического объединения, обслуживает широкие контингенты женщин в районе объединения профилактическими и лечебными мероприятиями.

Своеобразие работы женской консультации заключается в том, что она должна активно привлекать под свое наблюдение большие контингенты здоровых людей, так как беременные женщины, за небольшими исключениями, не нуждаются в каких-либо лечебных мероприятиях, а лишь в обследовании и наблюдении.

Женская консультация обслуживает женщин прикрепленно к ней района. При наличии 2 и более врачей акушеров-гинекологов район обслуживания разделяется на территориальные участки с количеством населения от 4 000 до 4 500 человек.

В объединенных лечебно-профилактических учреждениях по приказу Министра здравоохранения СССР № 870 от 30 ноября 1949 г. рекомендовалась трехзвеневая система работы врачей. При этом врач объединенного акушерско-гинекологического учреждения работал в стационаре, вел поликлинический прием в женской консультации и обеспечивал всю лечебно-профилактическую работу на участке (санитарно-просветительные мероприятия, обслуживание вызовов на дом, активные посещения и т. д.).

Однако в дальнейшем такая система организации работы врачей себя не оправдала. При этой системе врач вынужден был торопиться выполнить свою работу в различных звеньях акушерско-гинекологического объединения, что сказывалось на качестве обслуживания населения. Спешка, затрата времени на переезды и переходы не всегда позволяли врачу вести тщательное наблюдение за женщинами в стационаре и консультации, сосредоточить внимание на каком-либо одном участке работы, совершенствовать свои знания.

Трехзвеневая система обслуживания была отменена Министром здравоохранения СССР (приказ № 69-м от 17 апреля

1954 г.), и работа врачей объединенных акушерско-гинекологических учреждений стала перестраиваться по системе чередования. При этом врач в течение определенного периода (не менее 5—6 месяцев) работает только в женской консультации, обслуживая два территориальных участка с количеством населения от 8 000 до 9 000 человек, после чего переходит в стационар, и наоборот. Таким образом, за каждым укрупненным участком в районе объединения закрепляются два врача, которые сменяют друг друга в стационаре и консультации.

В акушерско-гинекологических учреждениях, где стационар и консультация расположены в одном здании или поблизости друг от друга, возможна организация работы по двухзвеньеовой системе, при которой один из врачей работает в стационаре и проводит прием в женской консультации, а другой работает также в стационаре и обслуживает участок.

Все врачи акушерско-гинекологического объединения несут дежурства в стационаре, причем врачи, работающие в консультации, дежурят 2 раза в месяц. Во время дежурства врач оказывает экстренную помощь, наблюдает за беременными, роженицами и больными в условиях стационара. В результате врач, работающий в консультации, не отрывается от стационара, а дежурства, являясь одной из основных форм усовершенствования для акушера-гинеколога, способствуют повышению его квалификации.

Женская консультация должна иметь в своем составе: кабинет для приема беременных и родильниц; кабинет для гинекологических больных; комнату, где проводятся акушеркой или сестрой амбулаторные лечебные процедуры.

Крупные учреждения устраивают несколько кабинетов для приема участковыми врачами беременных и больных. В консультациях, обслуживающих 8 и более участков, выделяются помещения для зубного врача, терапевта и венеролога. Кроме того, в таких консультациях организуется социально-правовой кабинет, лаборатория и физиотерапевтический кабинет.

В помещении консультации выделяется комната для проведения психопрофилактической подготовки беременных к родам; при невозможности выделить для этой цели отдельную комнату используется кабинет для приема беременных в специально выделенные, свободные от приема часы.

В консультациях, не располагающих достаточным количеством комнат, врач может проводить прием всех обращающихся к нему женщин в одном кабинете, но каждая категория принимается в определенные часы и в таком порядке, чтобы беременные принимались в первую очередь.

Проводя прием, врач использует исключительно стерилизованный материал и инструментарий, перед каждым исследованием и после него тщательно моет и дезинфицирует руки, упот-

ребляя перчатки, после каждой принятой женщины сменяется подкладная клеенка. Перед приемом и после него производится тщательная уборка кабинета.

При строительстве новых женских консультаций необходимо предусматривать наличие достаточного количества комнат, в которых будет проводиться прием беременных и гинекологических больных, психопрофилактическая подготовка к родам, консультация терапевта и венеролога, санация полости рта (кабинет зубного врача), амбулаторные лечебные процедуры. Кроме того, должны быть предусмотрены помещения для лаборатории, физиотерапевтического кабинета, регистратуры и для кабинета заведующего консультацией.

Зал для ожидания должен иметь, в зависимости от мощности учреждения, достаточную площадь, позволяющую создать благоприятные условия для беременных и женщин с гинекологическими заболеваниями, ожидающих приема в консультации. Кроме того, это же помещение обычно используется для санитарно-просветительной работы; в нем размещаются выставки по гигиене беременности и профилактике различных заболеваний, проводятся лекции, беседы и т. п.

При строительстве новых зданий в консультации должны выделяться помещения для гардеробной и весьма целесообразно предусмотреть отдельные туалетные комнаты для беременных женщин и гинекологических больных.

Часы приема в консультации назначаются в удобное для обслуживания населения время, чтобы женщины, занятые на заводах и в учреждениях, могли посещать консультацию тогда, когда они свободны от работы. Лучше всего с этой целью использовать скользящий график, в котором приемы в разные дни планируются поочередно — то в утренние, то в вечерние часы.

Для того чтобы женщины не затрачивали много времени на посещение врача или производство лечебно-диагностических процедур, следует широко практиковать предварительную запись на прием с точным указанием часов и минут приема женщины. Срок и время повторных посещений назначается врачом, регистрируется сразу же в журнал записи посещений, а женщина получает на руки талон с обозначением точного времени последующего приема.

Врач обслуживает женщин закрепленного за ним участка всеми видами акушерско-гинекологической помощи. В расчет рабочего времени врача входит прием женщин в консультации, обслуживание вызовов на дом, активные посещения на дому женщин во время беременности, после родов и при гинекологических заболеваниях, проведение психопрофилактической подготовки беременных к родам, санитарно-просветительная работа.

Обслуживание беременных женщин. Хорошей организацией работы на участке и в консультации врач

должен добиваться того, чтобы беременные женщины обращались при ранних сроках беременности (до 3 месяцев) и посетили консультацию в среднем 7—8 раз в течение беременности и 1—2 раза после родов. Во второй половине беременности женщина должна посещать консультацию не менее 1 раза в месяц, а в течение последних 1,5—2 месяцев беременности — не реже одного раза в две недели.

При первом посещении беременной женщиной консультации врач тщательно собирает и записывает в ее индивидуальной карте анамнестические данные. После этого определяется рост женщины, ее вес и производится общий осмотр по системам и органам, измеряется кровяное давление. Затем врач производит специальное акушерское обследование женщины, влагалищное исследование с измерением диагональной конъюгаты, определение емкости таза, осмотр шейки матки в зеркалах. Затем беременную при наличии показаний направляют на рентгеноскопию грудной клетки. При первом же посещении у беременной берут кровь для исследования на сифилис (на RW и др.), на резус-принадлежность, производят общие анализы мочи и крови. При отягощенном акушерском анамнезе проводят обследование на токсоплазмоз, а при наличии резус-отрицательной крови определяют титр антител.

Беременная женщина осматривается терапевтом и зубным врачом, а при необходимости направляется на консультацию к другим специалистам. При отсутствии терапевта в штате консультации акушер-гинеколог сам производит обследование внутренних органов и при наличии заболеваний направляет женщину на консультацию к терапевту в поликлинику.

При каждом новом посещении консультации беременной измеряют кровяное давление, определяют вес и производят акушерское обследование. В первую половину беременности анализы мочи производятся каждые 1,5—2 месяца, во вторую половину ежемесячно, а при наличии показаний чаще.

Если состояние здоровья женщины не позволяет продолжать беременность, женщина направляется на аборт.

При наличии социально-бытовых условий, требующих консультации юриста, беременная направляется в социально-правовой кабинет.

Каждую беременную берут на учет, назначают патронаж и с ней проводят санитарно-просветительную работу. Консультация ведет систематическое наблюдение за беременной женщиной, следит за ее повторными явками в консультацию и за выполнением назначений врача. Женщинам-работницам и служащим за 56 дней до срока родов в консультации выдается больничный лист по дородовому отпуску, беременная получает на руки обменную карту, в которую заносит результаты всех исследований и наблюдения за период беременности. Во время дородового от-

пуска с беременными проводятся систематические занятия по психопрофилактической подготовке к родам. Обменная карта передается женщиной в родильный дом, когда она поступает туда на роды. После родов в обменную карту вносят сведения о течении родового акта, послеродового периода, данные о новорожденном и возвращают ее в консультацию.

После выписки из родильного отделения наблюдение за родильницей и новорожденным проводят женская и детская консультации. За течением послеродового периода наблюдает женская консультация.

Женщины с патологией беременности и различными экстрагенитальными заболеваниями берутся на особый учет. За ними ведется тщательное наблюдение, проводятся консультации соответствующих специалистов; при отсутствии таковых в штате консультации беременная направляется в поликлинику. При появлении осложнений в течение беременности, требующих стационарного лечения, беременная направляется в отделение патологии беременных. При экстрагенитальных заболеваниях у беременной наблюдение и лечение проводится акушером-гинекологом и соответствующим специалистом (терапевтом, фтизиатром, венерологом и др.). Женская консультация не должна выпускать из-под своего наблюдения беременных и в тех случаях, когда они госпитализируются не в акушерско-гинекологических стационарах.

Обслуживание гинекологических больных. В консультации производится прием женщин с гинекологическими заболеваниями. При первом обращении женщины в консультацию врач производит тщательный гинекологический осмотр, включая обязательное обследование влагалища и шейки матки с помощью влагалищных зеркал. При выявлении заболевания женщина направляется, в зависимости от характера заболевания, на амбулаторное или стационарное лечение, а при необходимости — на консультацию к специалистам. У женщин с воспалительными заболеваниями половых органов производятся исследования на трихомонады и гонококки. Если клиническая картина заболевания или первично взятые мазки выделений дают основания подозревать гонорейную инфекцию, то у такой женщины необходимо провести многократные исследования выделений с применением провокации. При отсутствии гонококков во время повторных лабораторных исследований и при наличии анамнестических и клинических данных, позволяющих предполагать гонорейную инфекцию, следует проводить лечение, как у больных с гонореей.

Женщины с предопухолевыми заболеваниями, опухолями половых органов, а также длительно страдающие воспалительными процессами, берутся на особый учет и за ними проводится тщательное наблюдение во время лечения и после него. Длительно и

часто болеющие женщины нередко нуждаются в направлении на курортное лечение или в переводе на другую работу, с целью изменения условий труда, а некоторые из таких больных нуждаются даже в переводе на инвалидность.

Профилактические осмотры женского населения организуются консультацией в районе обслуживания и проводятся не реже одного раза в год. Их целью является активное выявление женщин, нуждающихся в лечении. Особо большое внимание уделяется выявлению женщин, страдающих предопухолевыми заболеваниями и опухолями половых органов. Все женщины с выявленными заболеваниями берутся на учет, направляются на лечение, и за ними ведется наблюдение до выздоровления. Практика работы показала, что профилактические осмотры имеют большое значение для своевременного выявления онкологических больных.

Патронаж. Женская консультация, имеющая в своем штате патронажных акушерок и сестер, обеспечивает плановый патронаж беременных женщин, родильниц и гинекологических больных. Назначение на патронажные посещения делает врач, который отбирает женщин для патронажа, контролирует его проведение и эффективность. Целью патронажа является: ознакомление с бытом беременной и родильницы, обучение ее правилам личной гигиены и уходу за новорожденным, привитие санитарно-гигиенических навыков и оказание помощи в улучшении гигиенической обстановки дома, исходя из конкретных бытовых условий; проверка выполнения назначенного режима; санитарно-просветительная работа.

Патронажные посещения проводятся и в тех случаях, когда беременная женщина по каким-либо причинам не посещает консультацию с целью проверки состояния ее здоровья и привлечения на прием к врачу.

Патронажные акушерки должны следить и за своевременным поступлением в стационар женщин, направленных в отделение патологии беременности, и за их состоянием после выписки из родильного дома.

Патронажные посещения проводятся и к гинекологическим больным с целью выяснения их состояния и жалоб, а также для проверки, как выполняется больной предписанный режим и назначения врача.

При первом посещении на дому патронажная акушерка или сестра заполняет патронажный лист, в который при последующих посещениях записывает данные о состоянии женщины и ее жалобах. Патронажный лист вкладывается в индивидуальную карту беременной.

Плановый патронаж, проводимый активно без всякого вызова, имеет большое значение в борьбе за здоровье женщины и ее новорожденного.

Санитарно-просветительная работа в женской консультации выполняется врачами, средним медицинским персоналом и работником социально-правового кабинета. Консультация проводит санитарно-просветительную работу в своем помещении, на промышленных предприятиях, в клубах, общежитиях, домоуправлениях и т. д. и направляет ее на решение задач, стоящих перед акушерско-гинекологическим объединением. Формы и методы санитарно-просветительной работы различны. Они заключаются в проведении индивидуальных и групповых бесед, лекций, вечеров вопросов и ответов, в организации передвижных выставок, кино, выступлений по радио, телевидению и в печати. Большое значение имеют так называемые «школы материнства», где по определенному плану проводятся занятия с беременными женщинами по вопросам гигиены, по уходу за новорожденным и по вопросам правовой защиты интересов матери и ребенка.

Санитарно-просветительная работа проводится по календарному плану, ее выполнение учитывается с указанием темы беседы, лекции и других мероприятий, даты, количества слушателей и фамилии исполнителя.

В тематику бесед и лекций необходимо прежде всего включать следующие вопросы: охрана труда беременной женщины; социально-правовая помощь матери и ребенку; гигиена беременности и послеродового периода; уход за новорожденными детьми; ранние признаки рака женских половых органов; профилактика гинекологических заболеваний; предсугубленные заболевания и их лечение; предупреждение и лечение гонореи.

Б о р ь б а с а б о р т а м и. Непрерывный рост материального уровня жизни и культуры нашего народа, возросшая сознательность женщин Советского Союза позволили отменить запрещение аборт. Женщине предоставлено право решать самой вопрос о материнстве. Если имеется необходимость прервать беременность, то женщина на основании Указа Президиума Верховного Совета СССР от 23 ноября 1955 г. «Об отмене запрещения абортов» имеет возможность при отсутствии противопоказаний произвести аборт в квалифицированном медицинском учреждении, где обеспечиваются наиболее благоприятные условия для выполнения этой операции.

Отмена запрещения абортов позволяет устранить тот большой вред, который причиняют здоровью женщины аборты, производимые вне лечебных учреждений и нередко к тому же невежественными лицами.

Учитывая, что аборт, произведенный даже опытными врачами в условиях лечебных учреждений, является небезразличным для здоровья женщины и что он может сопровождаться рядом осложнений, необходимо проводить работу, направленную к уменьшению числа абортов. Сюда относится: разъяснительная

работа среди населения, усиление социально-правовой помощи и рекомендация противозачаточных средств женщинам, для которых беременность в данное время является нежелательной.

Работа на производстве. На промышленных предприятиях, где работает много женщин, организуются консультации при медико-санитарных частях, которые и обслуживают женщин своего завода или фабрики. При отсутствии на предприятиях своих женских консультаций обслуживание женщин проводится районными консультациями. Женская консультация проводит наблюдение за соблюдением гигиенических условий труда, изучает особенности производства, которые могут оказывать в какой-то степени отрицательное влияние на состояние здоровья женщин-работниц и течение беременности. Только имея представление о рабочем месте женщины и выполняемой ею работе, врач совместно с администрацией может правильно решать вопросы о переводе женщины на другую, более легкую работу, в зависимости от состояния здоровья и срока беременности. Два раза в год проводятся профилактические осмотры.

Врач женской консультации должен помогать в осуществлении оздоровительных мероприятий, наблюдать за проведением мер по улучшению санитарно-гигиенических условий в цехе, за организацией и работой комнат личной гигиены женщин. Женская консультация проводит анализ гинекологической заболеваемости, на основе которого разрабатываются совместно с профсоюзной организацией и администрацией мероприятия по ее снижению.

Комнаты личной гигиены женщины организуются на предприятиях при наличии 300 и более работающих женщин. На крупных предприятиях устраивают несколько комнат личной гигиены, которые должны быть расположены поблизости от цехов. Обслуживает комнату средний медицинский персонал или специально выделенная работница, прошедшая соответствующую подготовку.

Комнаты личной гигиены имеют специально оборудованные приспособления для туалета женщины, нередко в этих комнатах устраиваются и душевые установки. Комнатой личной гигиены работницы пользуются особенно во время менструального периода, беременности, после родов и при гинекологических заболеваниях. Эти комнаты должны использоваться и для проведения санитарно-просветительной работы среди женщин-работниц.

Работа женской консультации разнообразная и многосторонняя. В своей деятельности женская консультация должна делать основной упор на профилактические мероприятия и осуществлять тесную связь с отделениями стационара акушерско-гинекологического объединения.

СЕЛЬСКИЕ (РАЙОННЫЕ) ЖЕНСКИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ

Районные женские консультации, обслуживающие преимущественно женщин, проживающих в сельской местности, руководствуются в основном теми же принципиальными установками, что и городские консультации.

В обязанность женских консультаций, как известно, входят:

1. Обслуживание лечебно-профилактической помощью женщин во время беременности; наблюдение за общим состоянием здоровья беременных; предупреждение, раннее выявление и лечение общих заболеваний и токсикозов беременности, своевременная госпитализация больных в случае необходимости; проведение психопрофилактической подготовки беременных к родам; патронажное наблюдение на дому за беременными и родильницами; оказание нуждающимся социально-правовой помощи.

2. Оказание лечебной помощи гинекологическим больным.

3. Проведение профилактических осмотров и санитарно-просветительной работы как среди организованного, так и неорганизованного населения.

Однако в работе сельских женских консультаций имеется и ряд особенностей, не свойственных деятельности городских консультаций. Это, прежде всего, распространение сферы деятельности сельской женской консультации на территорию всего сельского района в целом, а не только одного лишь районного центра, где находится консультация. Это объясняется рядом обстоятельств: отсутствием на периферии сельского района специалистов акушеров-гинекологов и наличием таковых (часто одного) только в районном центре; тем, что некоторые врачи сельских участковых больниц, считая себя врачами общего профиля и не имея достаточной квалификации в области практического акушерства, не уделяют необходимого внимания вопросам организации родовспоможения в пределах своего врачебного территориального участка, не проводят систематического контроля и руководства работой акушерок.

Все это приводит к тому, что сельская женская консультация не может в своей работе ограничиться выполнением лишь своих непосредственных обязанностей по оказанию лечебно-профилактической помощи беременным и гинекологическим больным в населенном пункте, по месту своего нахождения. Сельская консультация должна оказывать лечебную помощь всем женщинам сельского района — как непосредственно обращающимся по своей инициативе в консультацию, так и направленным врачом сельской участковой больницы или акушеркой фельдшерско-акушерского пункта — в случаях, требующих консультации специалиста акушера-гинеколога.

По характеру и объему своей работы сельская районная консультация является своеобразным «организационно-методическим центром» по родовспоможению в масштабе сельского района.

В связи с этим в обязанности сельской женской консультации входит: забота о повышении квалификации акушерок, что осуществляется проведением ежемесячных конференций (занятий семинарского типа по актуальным вопросам практического акушерства и гинекологии); организация оздоровительных мероприятий и оказание помощи сельским акушеркам путем инструктажа и материального обеспечения (инструментарием, дезинфицирующими средствами, популярной литературой) при проведении в жизнь этих мероприятий, профилактические осмотры акушерками женщин с целью выявления онкологических и гинекологических больных; санитарно-просветительная работа среди населения.

Женская консультация должна иметь на учете всех беременных по району с отягощенным акушерским анамнезом (кесарево сечение, плодоразрушающие операции и мертворождения при предыдущих родах), с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и т. п.

Консультация должна осуществлять руководство и контроль за проводимым акушерками патронажем беременных на дому, приемом родов в стационарах участковых больниц и в домашней обстановке. Это осуществляется путем периодического заслушивания отчетов акушерок о своей работе по приему родов, патронированию беременных, родильниц и детей в возрасте до 1 года и проведению санитарно-просветительной работы; выезда врача консультации на периферию для ознакомления с работой акушерки на месте; получения сведений о работе акушерки от врачей сельских врачебных участков. С участковыми врачами женская консультация должна находиться в тесном контакте, проводя с их помощью необходимые мероприятия лечебно-организационного характера по улучшению обслуживания сельского населения акушерской и гинекологической помощью.

Важность правильного, систематического и квалифицированного руководства работой сельских акушерок обусловлена той большой ролью, которую играет акушерка в системе сельского родовспоможения. Акушерка должна своевременно (в ранние сроки) взять на учет всех беременных и непрерывно наблюдать за ними. При обследовании беременных акушерка должна: учесть анамнестические данные, провести все необходимые исследования (измерение размеров таза, простейшее определение в пробирке наличия белка в моче, взятие крови на реакцию Вассермана и при каждом посещении беременной измерять кровяное давление); обеспечить обязательный осмотр врачом каждой беременной (однократный — при нормально протекающей бере-

менности, повторный — при различных отклонениях от нормы); создать соответствующие условия при приеме родов на дому. Акушерка, проявляя внимательное, участливое отношение к женщине, проводит и психопрофилактическую подготовку беременных к родам. От своевременного и правильного проведения всех перечисленных мероприятий зачастую зависит благополучный исход родов, жизнь и здоровье матери и ребенка.

Таковы в общих чертах сущность и особенности работы женской консультации в условиях сельской местности.

Глава III

ОБСЛЕДОВАНИЕ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ В КОНСУЛЬТАЦИИ

Во время физиологически протекающей беременности в организме женщины происходит ряд изменений в деятельности различных органов и систем. Со стороны обмена веществ наблюдается повышение ферментативных процессов и понижение окислительных. Характерным для беременных является преобладание процессов ассимиляции (накопления) при одновременном увеличении в организме количества продуктов диссимиляции: углекислоты, азотистых соединений и др.

Организм здоровой женщины обычно справляется с теми изменениями, которые возникают в связи с нормально протекающей беременностью. Но если беременность развивается патологически, то это сказывается в той или иной степени неблагоприятно на общем состоянии организма, отражаясь на функции его различных органов и систем. Кроме того, в организме женщины могли быть еще до беременности те или иные нарушения его функций, различные заболевания, на которые наступление беременности могло оказать неблагоприятное влияние.

В свою очередь разнообразные заболевания, особенно таких важнейших органов, как сердце, легкие, печень и почки, могут оказывать неблагоприятное влияние на развитие и течение беременности и последующие роды. Поэтому обследование беременной женщины должно быть полным и заключаться в детальном сборе анамнеза и тщательном объективном исследовании.

Анамнез позволяет составить ясное представление о всех обстоятельствах, которые могли оказать влияние на развитие организма женщины, начиная с момента ее рождения до наступления настоящей беременности, и выявить течение последней до дня осмотра.

Объективное исследование общего состояния женщины и последовательный осмотр органов и систем ее организма позволяет составить представление об общем здоровье беременной. Только после этого производится специальное акушерское исследование.

Обследование беременной женщины в консультации включает также ряд лабораторных, рентгенологических и других вспомогательных исследований.

Анамнез должен дать полное представление о развитии организма женщины, начиная от ее рождения до настоящей беременности, и охватывает следующие вопросы:

1. Фамилия, имя, отчество и адрес.
2. Выяснение места рождения, условий жизни в детстве и юных годах помогут разобраться во влиянии социально-бытовых, климатических и географических условий на развитие организма беременной.

3. Возраст. Наиболее благоприятный возраст для первых родов считается от 20 до 26 лет, первородящие старше 26 лет относятся к «пожилым», старше 30 лет к «старым» первородящим. Роды у «пожилых» и «старых» первородящих проходят менее благоприятно, чем у молодых, так как ткани родового канала менее податливы и эластичны. Поэтому в указанных группах женщин часто роды протекают трудно и бывают более длительными, чаще наблюдаются слабость родовой деятельности, разрывы промежности и шейки матки, а также другие осложнения по сравнению с женщинами, рожавшими первый раз в возрасте до 25 лет.

4. Профессия и неблагоприятные социально-бытовые условия иногда могут оказать отрицательное влияние на течение беременности и родов. Поэтому важно уточнить характер работы и продолжительность рабочего дня. Одновременно следует выяснить домашние условия, обратить внимание на условия отдыха, питания, сна.

5. Перенесенные заболевания. Для прогноза родов и выявления патологических изменений таза очень важно получить сведения о рахите, перенесенном в детстве, что может привести к формированию плоскоррахитического таза; о туберкулезе коленного, тазобедренного суставов и переломах нижних конечностей, особенно при укорочении одной из них, часто сопровождающихся образованием кососуженного таза. Из перенесенных инфекций в детстве или в периоде полового созревания большое значение имеют скарлатина, дифтерия, ангина, суставной ревматизм, тифы, пневмония, так как осложнения при этих заболеваниях могут сопровождаться поражениями сердца и почек. Нарушение же функции последних способствует развитию токсикозов беременности и ухудшает прогноз родов. Врачу консультации надо помнить, что такие заболевания, как туберкулез легких, гортани, часто обостряются во время беременности и требуют особого внимания. Не меньшего внимания заслуживают заболевания сердца. Перенесенные венерические заболевания (сифилис, гонорея) могут оказать влияние на развитие плода, течение беременности, родов и послеродового периода. Малярия может при-

вести к преждевременным родам, слабости схваток, атоническому кровотечению и субинволюции матки.

6. Перенесенные заболевания полового аппарата. Воспалительные процессы половых органов и тазовой брюшины, операции по поводу опухолей матки и придатков, зашитые разрывы промежности и свищи, фиксирующие матку операции, перфорации матки и другие могут иметь большое значение для течения беременности и последующих родов.

Особое внимание необходимо обратить на беременных женщин, перенесших кесарево сечение. Рубцы после операции кесарева сечения, приводя к неполноценности стенки матки, могут способствовать наступлению разрыва матки при последующей беременности и родах. По данным Л. С. Персианинова, из 262 разрывов матки 29 приходилось на разрыв по рубцу после кесарева сечения. Надо помнить, что мускуляризация рубца матки после кесарева сечения наблюдается примерно в половине случаев, а в остальных случаях происходит развитие фиброзной ткани. Разрыв матки по рубцу может наступить даже во время беременности, если рубец на матке неполноценный. Поэтому, выясняя анамнез беременной, необходимо уточнить: как протекал послеоперационный период при бывшей операции, не было ли нагноения послеоперационной раны, воспаления тазовых органов, длительного повышения температуры, так как при этом обычно образуется неполноценный рубец на маточной стенке. Имеет значение и вид разреза матки. При классическом кесаревом сечении с разрезом в области тела матки рубец скорее разрывается, чем при операции с рассечением нижнего сегмента матки.

Все беременные, перенесшие кесарево сечение, должны находиться под строгим наблюдением и за 2—3 недели до родов госпитализироваться в стационар. При наличии неполноценного рубца на матке госпитализировать беременную необходимо за 4—5 недель до родов и оперировать за 10—12 дней до срока ожидаемых родов (Л. С. Персианов).

Врач консультации должен помнить, что наступление следующей беременности после операции кесарева сечения желательно не ранее чем через 2—3 года. Если женщина забеременеет ранее указанного срока, вопрос о беременности в каждом отдельном случае решается индивидуально, и может быть произведено искусственное прерывание беременности.

7. Семейный анамнез выясняет наличие в семье туберкулеза, сифилиса, психических заболеваний, многоплодных беременностей и пр. Важно получить данные о здоровье мужа (гонорея, сифилис, алкоголизм, туберкулез).

8. Менструальная функция. Прежде всего следует выяснить, в каком возрасте появились и установились менструации; позднее наступление их может указывать на эндокринные наруше-

ния, общий и половой инфантилизм. Последние часто приводят к преждевременному прерыванию беременности, а в родах к слабости схваток или атонии матки. Затем устанавливается тип менструаций и точная дата последней менструации, характер ее. Иногда при наступлении беременности у женщин могут появиться незначительные кровянистые выделения, принимаемые беременной за месячные. Однако при тщательном опросе можно установить, что эти «месячные» отличаются по качеству и количеству теряемой крови от нормальных. Следует также выяснить, не изменился ли характер месячных после замужества, что может случиться, например, при заражении гонореей тотчас после брака. При наличии беременности необходимо выяснить время, когда женщина стала ощущать движение плода. Первобеременные обычно чувствуют шевеление плода около 20-й недели беременности, повторнобеременные на две недели раньше.

9. Половая жизнь до и во время настоящей беременности. Опасными являются половые сношения в первые 3 месяца беременности, так как они могут быть причиной выкидыша, особенно у женщин с явлениями инфантилизма и перенесших эндометрит. Следует осведомиться также о последнем половом сношении, потому что в последние два месяца беременности половая жизнь может сопровождаться занесением инфекции в родовые пути и вызвать преждевременные роды.

10. Указания беременной на выделения из влагалища, особенно если они являются гнойными (кольпиты, уретриты, цервициты), требуют тщательного исследования выделений на гонококки Нейсера и влагалищную трихомонаду. Если выделения сукровичные или кровь, необходим тщательный осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах для исключения опухолей, полипов, эрозий и других заболеваний.

11. Акушерский анамнез выясняет:

а) количество предыдущих беременностей, их течение и исходы (аборты, роды), а также, когда была последняя беременность.

Течение, продолжительность и исход прежних родов необходимо особенно тщательно выяснить. Не было ли неправильного положения плода, раннего отхождения вод, слабости родовой деятельности, предлежания плаценты, операций. Если были акушерские операции — щипцы, кесарево сечение и др., — необходимо уточнить, по какому поводу была предпринята операция и какая. Вес и судьба новорожденных. Не было ли мертворождений, а если ребенок умер после родов, то через какой промежуток времени. Сколько у женщины имеется живых детей в настоящее время;

б) течение послеродового и раннего послеродового периодов при прежних родах. Атоническое кровотечение нередко повторяется при последующих родах. Бывшие, особенно многократ-

ные, аборт могут явиться причиной различной патологии в течении родов и в послеродовом периоде;

в) течение настоящей беременности: были ли в начале беременности тошнота, рвота, отеки, время их появления и степень распространения. В конце беременности особое значение имеют указания на частые головные боли, появление болей в подложечной области, расстройство зрения, нарастание отеков ног и туловища, наличие белка в моче и повышение артериального давления — все это, чаще всего, указывает на поздний токсикоз беременности и может служить предвестником эклампсии.

Объективное исследование беременной производится по обычным правилам. Прежде всего выясняется вопрос об общем состоянии женщины. Необходимо помнить, что беременность вызывает серьезные сдвиги в организме женщины, иногда оказывает неблагоприятное влияние на течение имеющихся уже заболеваний важнейших органов: сердца, легких, печени, почек и др. в такой степени, что появляются показания к прекращению ее. Поэтому-то и следует производить тщательное обследование беременной по органам и системам. Производят осмотр кожных покровов, склер, проверяют, нет ли отеков на голенях и лице. Изучают пульс, измеряют кровяное давление, перкутируют и аускультуют органы грудной клетки, пальпируют печень, селезенку и другие органы брюшной полости.

Следует обратить внимание на функцию эндокринных желез, что может быть определено по клиническим признакам: зоб, пучеглазие, блеск глаз, тахикардия наблюдаются при заболевании щитовидной железы; при нарушении функции надпочечников — бронзовый цвет кожи и другие аномалии пигментации и оволосения, при расстройствах функции гипофиза — аномалии роста скелета и пр. Дополнительно следует осмотреть полость рта: нет ли кариозных зубов, тонзиллита, гингивита и др., что может явиться источником инфекции во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

Во время беременности, особенно во второй половине ее, количество кальция в крови женщины заметно снижается вследствие большого спроса со стороны организма матери и плода. Недостаток кальция может привести к кариозу зубов. Поэтому в случае обнаружения у беременной кариозных зубов женщине надо назначить такие питательные вещества, как молоко, сыр, зеленый горошек, морковь, и обязательно направить к зубному врачу для лечения.

Если же в результате объективного исследования общего состояния выяснится наличие заболеваний внутренних органов у беременной женщины, последняя должна быть консультирована терапевтом, совместно с которым акушер решает вопрос о дальнейшей судьбе беременности и лечении больной. При госпи-

тализации беременных с экстрагенитальными заболеваниями они должны быть под наблюдением как акушера, так и терапевта.

При первом посещении беременной консультации измеряют ее рост, что поможет, с одной стороны, характеризовать ее телосложение, а с другой — определить правильно срок беременности (важно при выдаче декретного отпуска).

В консультации беременную взвешивают систематически — при каждом посещении. Это особенно важно в последние месяцы беременности для своевременной диагностики позднего токсикоза и предотвращения его выраженных форм. В норме ежедневная прибавка в весе в последние месяцы беременности составляет в среднем 50 г. Наиболее ранним проявлением позднего токсикоза служит чрезмерная прибавка в весе, и если месячная прибавка превышает 1,5 кг, ее надо считать патологической. Чрезмерная прибавка в весе указывает на задержку воды в тканях и возникновение скрытого отека. Если происходит прогрессирование токсикоза, то задержка воды в организме достигает такой степени, что возникают явные отеки — наиболее частый симптом позднего токсикоза. Обычно отеки становятся заметными при суточном нарастании веса в 75 г и больше.

Беременная в консультации не будет полностью обследована, если ей не произвести следующие лабораторные исследования:

1) реакция Вассермана и осадочные пробы обязательно производятся при первом посещении беременной консультации; во второй половине беременности рекомендуется повторить исследование крови на RW;

2) общий анализ крови назначают при первом посещении и периодически повторяют по мере надобности, чтобы вовремя определить возможную анемию беременных и назначить соответствующее лечение. При подозрении на малярию, по данным анамнеза или объективного исследования, производится исследование крови на плазмодии малярии;

3) общий анализ мочи необходимо производить, начиная с первичной явки женщины в консультацию, и повторять его ежемесячно, а в последние 1,5—2 месяца — каждые две недели;

4) определение резус-принадлежности крови беременной следует назначать в случаях имеющих в анамнезе указаний на наличие выкидышей, мертворождений или ранней смерти детей от гемолитического заболевания (о значении резус-фактора крови в акушерской практике см. главу IX);

5) исследование влагалищных выделений на присутствие влагалищной трихомонады, отделяемого из уретры и канала шейки матки на гонококк Нейсера следует производить при наличии гнойных белей или других признаков, подозрительных на гоноорею или трихомониаз;

6) в отдельных случаях, где в анамнезе имеются указания

на уродства, мертворождения неясной этиологии, необходимо воспользоваться методами серологической и бактериологической диагностики листериоза и токсоплазмоза.

И, наконец, при наличии показаний беременная женщина в первое посещение консультации должна подвергнуться рентгеноскопии грудной клетки. Надо помнить, что беременность способствует обострению туберкулезного процесса в легких и своевременное рентгенологическое исследование облегчает распознавание, а примененное лечение дает возможность вовремя купировать патологический процесс в легких.

Специальное акушерское обследование слагается из наружного и внутреннего акушерского исследования и некоторых дополнительных методов.

Наружное акушерское обследование начинается с осмотра. При этом обращают внимание на рост, телосложение, смотрят, нет ли дефектов строения скелета, особенно позвоночника (кифозы, сколиозы, лордозы), деформаций черепа и грудной клетки, искривления нижних конечностей. Определяют характер крестцового ромба, состояние кожных покровов (наличие рубцов беременности, пигментации, отеков, кожных сыпей), наличие варикозных расширений вен, состояние молочных желез и сосков (нормальные, плоские, втянутые), увеличение монтгомеровских железок. При ощупывании молочных желез иногда появляется из них молозиво, что может говорить о наличии беременности и функциональной их пригодности. Обращают внимание на величину и форму живота: овоидная форма наблюдается при продольном положении плода, шаровидная — при многоводии, остроконечный или отвислый живот встречается при узком тазе, неправильной формы живот может быть при многоплодии. При осмотре отмечают форму и величину пупка (втянутый, сглаженный, выпяченный) свойства кожи (гладкая, морщинистая) и определяют расхождение прямых мышц живота.

Ощупывание (пальпация) является одним из основных методов наружного акушерского исследования. Исследуют женщину в лежащем положении, с согнутыми конечностями в коленных и тазобедренных суставах, после опорожнения мочевого пузыря. При переполнении каловыми массами кишечника последний также следует опорожнить с помощью клизмы. Пальпацию начинают с определения состояния эластичности брюшной стенки, состояния прямых мышц живота. Затем определяют величину матки, функциональное ее состояние (тонус, напряжение при исследовании), положение плода в полости матки. Во второй половине беременности ощупыванием можно определить отдельные части плода. Головка распознается по равномерно-шаровидной форме и твердой консистенции. Во время беременности лежащая головка подвижна, особенно у многорожавших женщин, при этом определяется наличие симптома баллотиро-

в а н и я, характерного для головки. Для определения симптома баллотирования кисти обеих рук плотно приставляют ладонными поверхностями к боковым отделам головки и правой рукой производят толчок в область головки. При этом головка отталкивается влево и передает толчок левой руке; иногда головка возвращается в исходное положение, сообщая толчок правой руке.

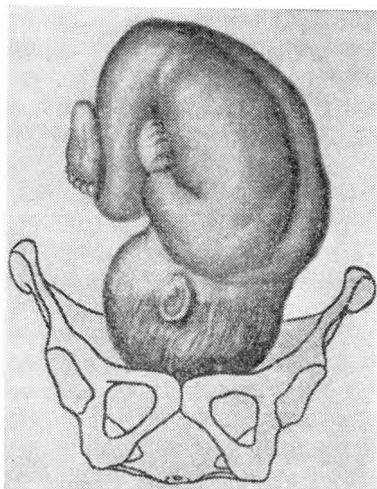


Рис. 1. Типичное членорасположение плода в конце беременности (первая позиция, затылочное предлежание, передний вид).

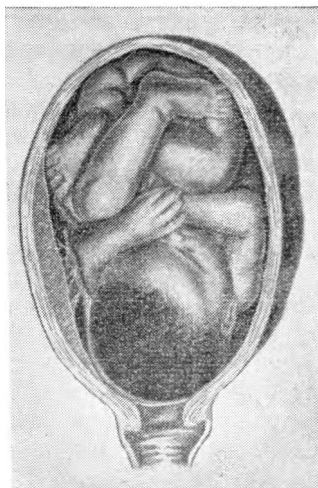


Рис. 2. Положение плода в матке (затылочное предлежание, задний вид).

У первобеременной головка в последние 2—3 недели беременности плотно вставляется во вход в малый таз и поэтому при исследовании определяется неподвижной. Наличие подвижной головки над входом в таз у первобеременной к началу родового акта чаще всего указывает на узкий таз.

Ягодицы характеризуются неравномерной консистенцией и определяются как тело неправильной формы, более мягкое и менее подвижное, чем головка.

Спинка пальпируется как широкая продолговатая площадка равномерной консистенции, расположенная между головкой и ягодицами.

Мелкие части определяются на стороне, противоположной расположению спинки плода, как множественные небольшие плотные бугры.

При пальпации матки пользуются 4 приемами наружного акушерского исследования, разработанными Леопольдом. Врач

сидит лицом к голове беременной справа от нее. Женщина лежит на твердой кушетке.

Первый прием. Ладонные поверхности обеих рук, обращенные ногтевыми фалангами друг к другу, плотно охватывают дно матки с прилегающими областями углов. Этот прием дает возможность определить высоту стояния дна матки, что имеет значение в установлении срока беременности. Первым приемом

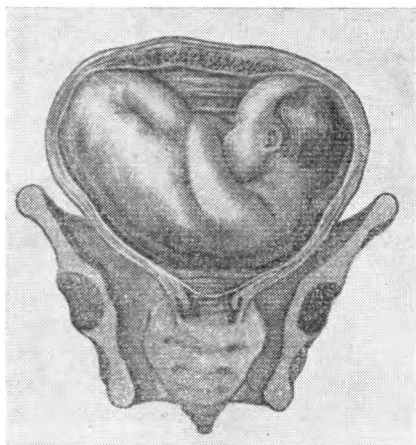


Рис. 3. Поперечное положение плода.

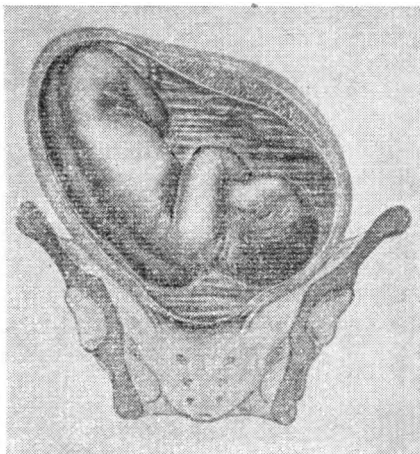


Рис. 4. Косое положение плода.

определяется форма матки, которая может быть овоидная, седловидная или растянутая в поперечном направлении. Последняя форма обычно встречается при поперечных положениях плода. Этот же прием позволяет определить, какая из крупных частей (головка или ягодицы) расположена у дна, что облегчает последующее распознавание предлежания плода.

Второй прием. Оставаясь в том же положении, врач передвигает обе ладони книзу по бокам живота, ощупывая боковые отделы матки и стараясь выяснить характер частей плода, прилежащих к ее стенкам. Спинка при этом распознается по ее широкой изогнутой поверхности. По тому, в какую сторону обращена спинка плода, распознается его позиция; при первой позиции спинка обращена влево, при второй — вправо. При поперечных и косых положениях плода позиция определяется не по расположению спинки, а головки; при первой позиции головка обращена влево, при второй — вправо. Мелкие части плода определяются с противоположной стороны в виде мелких подвижных бугров. Движение мелких частей позволяет судить о жизни плода. При дряблости брюшной стенки и мускулатуры матки

движения мелких частей плода видны на глаз. Вторым приемом можно определить не только положение плода (продольное, поперечное, косое), позицию, но и вид позиции. При переднем виде спинка определяется несколько кпереди, при заднем — кзади. Зыбление в матке при бочковидной форме живота, определяемое пальпацией при втором приеме наружного исследования, говорит за многоводие.

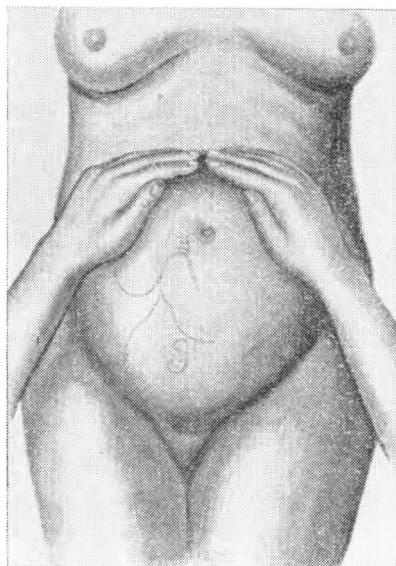


Рис. 5. Первый прием наружного акушерского исследования.

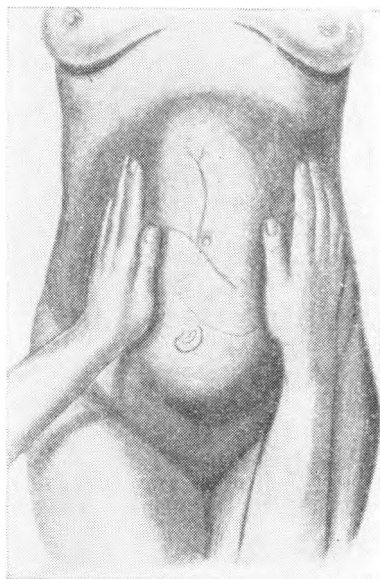


Рис. 6. Второй прием наружного акушерского исследования.

Второй прием позволяет определить также состояние круглых маточных связок (толщину, напряжение, симметричность их расположения) и функциональное состояние мышцы матки; об этом судят по силе сокращения мускулатуры матки на физическое раздражение, вызванное исследующими пальцами врача, различных отделов матки — правой и левой половины тела и нижнего сегмента.

Третий прием применяется для определения характера предлежащей части (головка или ягодицы), величины и подвижности ее. Этим же приемом определяется отношение предлежащей части ко входу в малый таз; если она подвижна, то находится над входом в таз, если же неподвижна, то во входе в малый таз или в более глубоких отделах его. Этот прием производится одной рукой, которая располагается над лоном, а

предлежащая часть захватывается концевыми фалангами большого и среднего пальцев, после чего осторожно производят движение этой рукой то вправо, то влево.

Четвертый прием служит для уточнения результатов, полученных при применении третьего. Для этого исследующий становится лицом к ногам беременной и старается, надавливая осторожными движениями на брюшную стенку, проникнуть

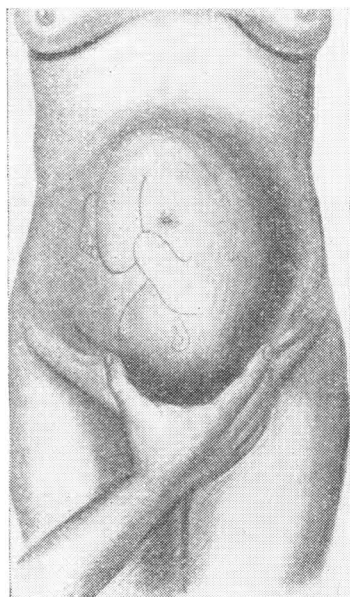


Рис. 7. Третий прием наружного акушерского исследования.

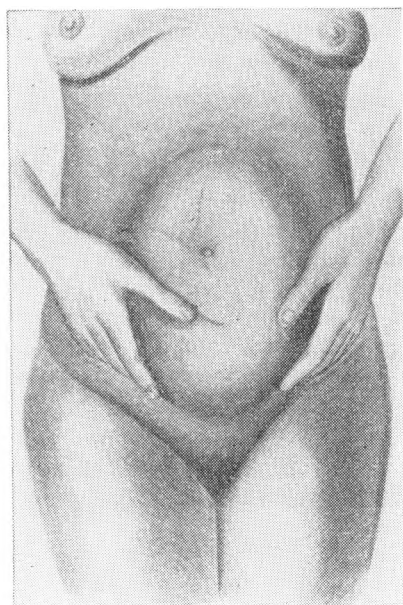


Рис. 8. Четвертый прием наружного акушерского исследования.

концами пальцев между верхним краем горизонтальных ветвей лонных костей и предлежащей частью. Четвертый прием акушерского исследования служит не только для определения предлежащей части, места ее нахождения, но и для уточнения, в каком положении находится предлежащая головка (в согнутом или разогнутом). Этим приемом можно определить угол между затылком и спинкой, который бывает ясно выражен при разгибательных предлежаниях и вставлениях головки во входе в таз, подбородок при этом расположен ниже. Наоборот, чем выше расположен подбородок при фиксированной во входе в малый таз головке, тем в большей степени сгибания вставлена головка и угол между спинкой и затылком сглажен. Кроме того, четвертым приемом можно определить, в какой плоскости таза находит-

ся головка большим своим сегментом, т. е. той наибольшей своей окружностью, которой она проходит через таз. При затылочном предлежании, например, большим сегментом головки является окружность, проходящая по плоскости ее малого косога размера. Для определения степени вставления головки в малый таз необходимо при четвертом приеме наружного исследования проникнуть пальцами возможно глубже в таз, надавливая ими на головку, и производить затем скользящие движения по головке в направлении к себе. Если при этом кисти рук сходятся — го-

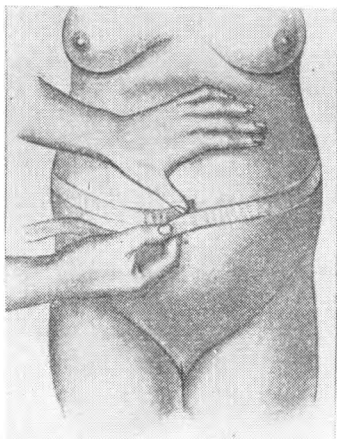


Рис. 9. Измерение окружности живота сантиметровой лентой.

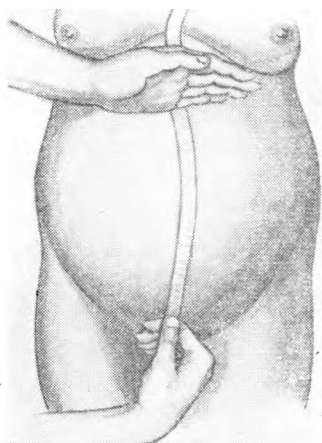


Рис. 10. Измерение высоты стояния дна матки сантиметровой лентой.

ловка находится большим сегментом во входе или же прошла через вход и опустилась в более глубокие отделы таза, если же пальцы рук расходятся — головка находится во входе в малый таз малым сегментом (И. Ф. Жордания).

Измерение живота производят сантиметровой лентой по наибольшей окружности его на уровне пупка; к концу беременности она равна 90—100 см. После этого измеряют расстояние от лона до дна матки, которое в конце беременности равно 34—36 см, а при измерении тазомером — 25—26 см. Тазомером же можно измерить через брюшные покровы и диаметр головки плода, позволяющий составить представление о ее величине, соотношениях головки с размерами таза и облегчающий установление срока беременности (см. главу о диагностике сроков беременности).

Наружное измерение таза является обязательным методом акушерского исследования. По величине наружных размеров

таза, являющихся «акушерским зеркалом» малого таза, с известной долей вероятности можно судить о величине его внутренних размеров. Наиболее удобно измерять размеры таза в положении женщины на спине. Акушер сидит сбоку, лицом к ней.

Определяются следующие размеры таза: *Distantia spinarum* — расстояние между наиболее отдаленными наружными точками передне-верхних остей, обычно в норме равное 25—26 см;

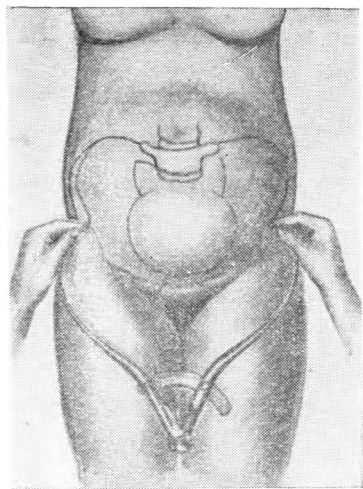


Рис. 11. Измерение *Distantia spinarum*.

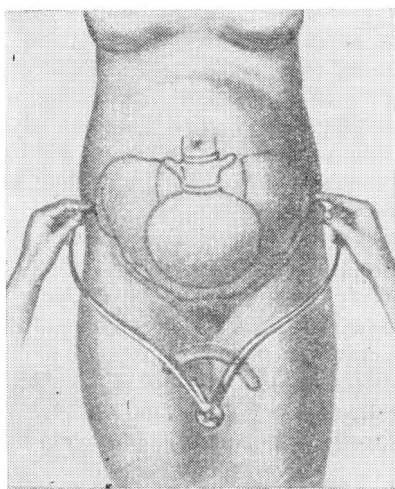


Рис. 12. Измерение *Distantia cristarum*.

Distantia cristarum — расстояние между наиболее отдаленными точками гребешков подвздошных костей, которое в нормальном тазу равно 28—29 см;

Distantia trochanterica — расстояние между наружными выступами больших вертелов бедренных костей при сведенных ногах, в норме равное 31—32 см;

Conjugata externa — расстояние между самой выдающейся точкой лобка и надкрестцовой ямкой, расположенной между остистыми отростками пятого поясничного и первого крестцового позвонков. Наружная конъюгата при нормальном развитии таза равна 20—21 см.

Это измерение лучше всего производить при боковом положении женщины на кровати или на кушетке. По размерам наружной конъюгаты судят о величине прямого размера входа в малый таз; вычитая из нее условную цифру 9, получают вели-

чину истинной конъюгаты, или прямого размера входа в малый таз, равную в норме 11 см. Однако эти соотношения далеко не всегда соответствуют истинным размерам.

Некоторые авторы рекомендуют измерять боковую конъюгату (*Conjugata lateralis*) — расстояние между передне-верхней и задне-верхней осями одной и той же стороны, равное в норме 14,5—15 см. При плоских тазах этот размер равен 13,5 см и меньше, при кососуженных — правый и левый боковые размеры не одинаковы.

При деформациях таза и позвоночника, а также у женщин с мужским типом телосложения измеряют размеры выхода таза. При этом женщину, лежащую на спине, заставляют возможно сильнее пригнуть ноги к животу бедрами. Измеряют расстояние между внутренними поверхностями седалищных бугров специальным тазомером с перекрещивающимися ножками или сантиметровой лентой. В норме указанное расстояние равно 9—9,5 см; прибавив к этой цифре 1,5—2 см (поправка на толщину мягких тканей), получают поперечный размер выхода таза, который равен 10,5—11 см. Для определения прямого размера выхода таза измеряют расстояние между нижним краем лонного сочленения и верхушкой копчика, при этом женщина находится в том же положении, как и при измерении поперечного размера. Из полученной цифры вычитают 1,5 см (на толщину мягких тканей) и узнают прямой размер выхода таза, который в норме равен 9,5 см. Во время родов при прохождении головки через выход таза копчик отклоняется назад, разогнувшись в крестцово-копчиковом со-

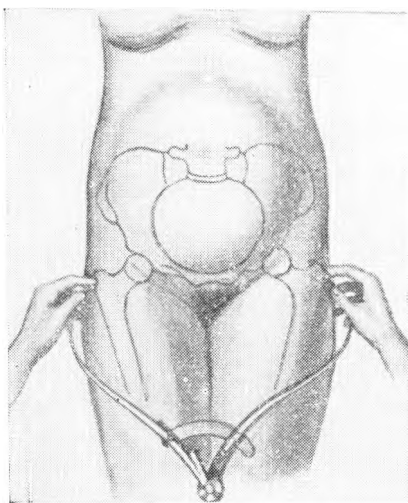


Рис. 13. Измерение *Distantia trochanterica*.

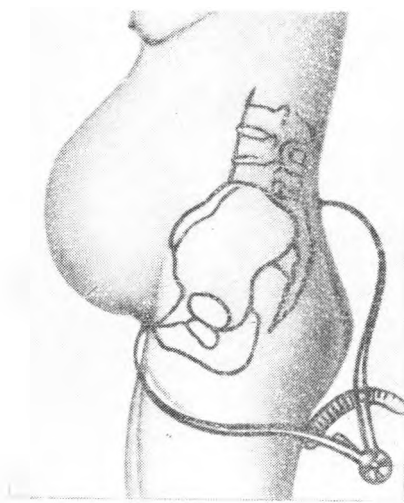


Рис. 14. Измерение *Conjugata externa*.

членении, и прямой размер выхода таза увеличивается на 2 см, достигая 11 см.

Известное значение при оценке данных тазоизмерения имеет индекс Соловьева, представляющий величину окружности в области лучезапястного сустава, измеренную сантиметровой лентой.

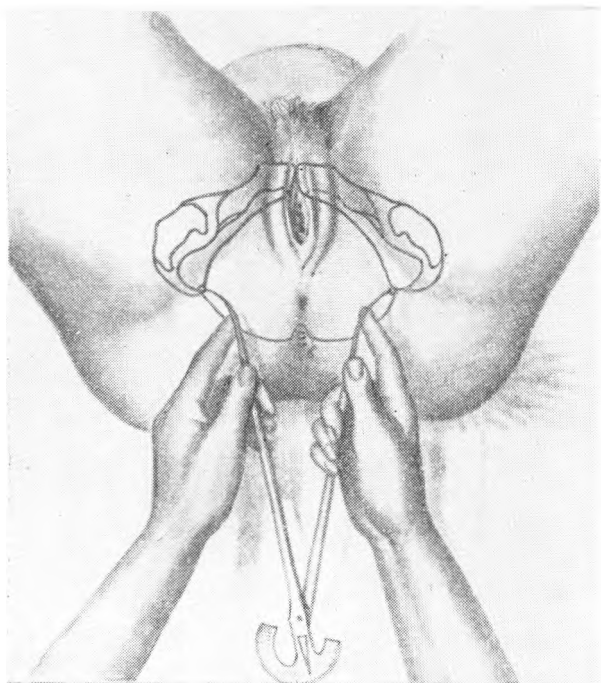


Рис. 15. Измерение поперечного размера выхода таза.

Индекс Соловьева дает представление о толщине костей беременной, а чем тоньше кости ее, тем меньше индекс. В среднем он равен 14 см. При одинаковых размерах наружной конъюгаты истинная конъюгата будет у той женщины больше, у которой меньше индекс Соловьева.

При измерении нормального таза имеется определенная разница между *Distantia spinarum* и *Distantia cristarum*, равная 3 см. Если разница между данными размерами меньше 3 см, это указывает на наличие рахитического таза. Иногда *Distantia spinarum* и *Distantia cristarum* оказываются равными или даже расстояние между гребешками бывает меньше, чем расстояние между передне-верхними осями подвздошных костей. Этот при-

знак имеет большое значение при диагностике плоско-рахитического таза.

И, наконец, для определения формы таза следует осмотреть и измерить поясничный ромб. Продольный размер его в норме приблизительно соответствует размеру истинной конъюгаты — 11 см (Г. Г. Гентер), и ромб имеет форму квадрата. При равномерно суженных тазах поперечник ромба уменьшен, верхний и

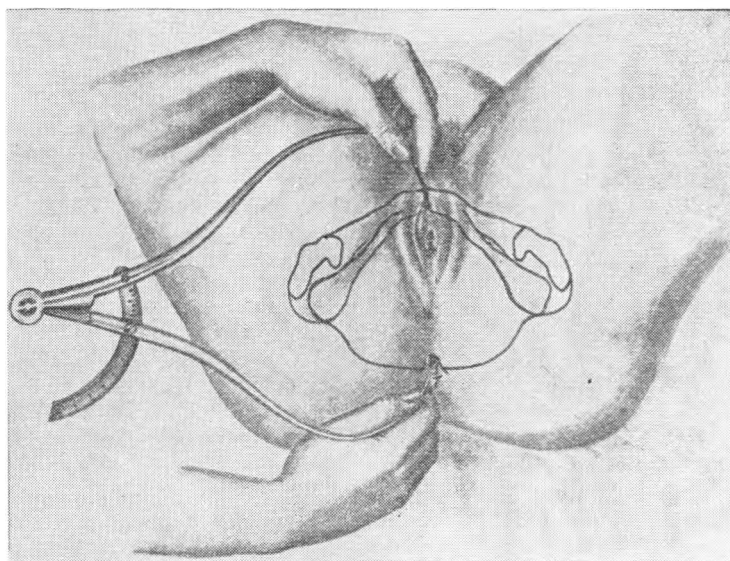


Рис. 16. Измерение прямого размера выхода таза.

нижний углы его острые; при плоских тазах уменьшен продольный размер. При значительном уплощении таза вместо фигуры ромба обнаруживается форма треугольника. При резких деформациях таза ромб имеет неправильные очертания.

В ы с л у ш и в а н и е сердечных тонов плода имеет практическое значение только во второй половине беременности и производится с целью определения жизни и состояния плода. Выслушивание сердечных тонов плода помогает выяснить вопрос о положении, позиции, виде и предлежании плода, распознать многоплодную беременность. Выслушивание производится специальным акушерским стетоскопом с широкой воронкой; можно слушать непосредственно ухом, что является менее ценным методом, так как при этом не изолируются посторонние слуховые впечатления.

Сердечные тоны плода обычно можно выслушать на 18—20-й и лишь иногда на 15—16-й неделе внутриутробной жизни, причем

сердечные тоны имеют двойной удар и частоту 130—140 ударов в минуту; они не совпадают с пульсом матери. Необходимо помнить, что уже в конце первой и особенно во второй половине беременности в области живота мы можем прослушать дующие шумы материнских кровеносных сосудов, зависящие от движения крови в изгибах маточной артерии, известные под названием плацентарных шумов, так как сильнее всего они слышны около места прикрепления плаценты. Иногда при аускультации живота можно прослушать дующий и свистящий шум, совпадающий с сердцебиением плода, который возникает вследствие сдавления пуповины.

Тоны сердца плода не нужно смешивать с пульсацией аорты, для этого необходимо сравнивать частоту прослушиваемых тонов с частотой пульса матери, которая обычно в два раза меньше чем сердцебиение плода. Необходимо помнить, что некоторые врачебные назначения могут рефлекторно вызвать изменения частоты сердцебиения плода. Экспериментальные исследования Н. Л. Гармашевой показали, что введение в организм матери хлористого кальция и питуитрина, горячие и холодные влагалищные души вызывают временное замедление сердцебиения плода; внутривенное введение бромистого натрия приводит к учащению сердцебиения плода.

На четвертом — пятом месяце можно прослушать толчок плода, сопровождаемый шумом, отражающим движение плода, которое еще не может быть определено путем ощупывания. Иногда прослушиваются неритмичные звуки — кишечные шумы, зависящие от передвижения газов при перистальтике кишечника.

Сердечные тоны наиболее отчетливо выслушиваются со стороны спинки: при передних видах — на передней стенке живота ближе к средней линии; при задних — более латерально в боковых отделах матки, при этом следует несколько вдавить стетоскоп. При разгибательных предлежаниях, особенно лицевых, ближе к передней брюшной стенке располагается грудка, и сердцебиение поэтому лучше всего выслушивается со стороны грудки плода. При головных предлежаниях наиболее ясное сердцебиение плода выслушивается ниже пупка, при тазовых — выше пупка, при поперечных положениях — по уровню пупка и ниже его. При многоплодной беременности часто удается найти в различных отделах матки два фокуса отчетливого выслушивания сердечных тонов плодов с «зоной молчания» между фокусами. Характерно для двойни наличие различной частоты (не меньше 10 ударов в минуту) при выслушивании сердечных тонов, что отчетливо выявляется при громком сосчитывании сердцебиения плодов, производимом одновременно двумя лицами.

Внутреннее акушерское исследование применяется для уточнения данных наружного исследования с соблюдением всех правил асептики и антисептики в отношении обработки рук акушера и подготовки наружных половых частей беременной. Влагалищное исследование производится в положении беременной на спине с согнутыми в тазобедренном и коленном суставах и отведенными в сторону ногами. Предварительно необходимо опорожнить мочевой пузырь. Исследование начинается с осмотра половой щели, преддверия, клитора и уретры, задней спайки, ануса и влагалищных стенок в области входа. Раздвигая пальцами левой руки малые половые губы и надавливая средним пальцем на заднюю стенку влагалища, указательный и средний пальцы вводят во влагалище, располагая большой палец сбоку от клитора. Пальцами, введенными во влагалище, определяют ширину входа, просвета и растяжимость стенок влагалища, сопротивление промежности, наполнение прямой кишки и мочевого пузыря, глубину сводов, а также проверяют, нет ли рубцов, воспалительных изменений и опухолей. Затем определяют положение влагалищной части шейки матки, ее форму, величину и консистенцию, наличие на ней рубцов и разрывов, проходимость шейного канала. При исследовании в первые 3—4 месяца беременности, путем уже двуручного исследования, определяют положение, величину, форму, консистенцию матки, учитывая ее подвижность и болезненность при пальпации, наличие признаков беременности. После этого пальпируется область придатков матки, которые в норме обычно не прощупываются.

В конце беременности внутреннее исследование позволяет уточнить подлежащую часть, установить ее отношение к плоскости входа малого таза. Исследование при этом производится очень осторожно и бережно. Переместив пальцы в своды, ощупывают все доступные костные поверхности крестца, копчика, мыса и боковых стенок таза, области седалищных бугров, задних отделов безымянной линии. Если мыс, задний отдел безымянной линии, середина вогнутости крестца недостижимы для указательного пальца и если не отмечается заметного сближения остей и бугров седалищных костей между собой, то можно считать размеры таза нормальными. Если мыс достижим для среднего пальца, то следует всегда определить диагональную конъюгату — расстояние между самой выдающейся точкой мыса и нижним краем лона, которое в нормальных тазах равняется 12,5—13 см.

Измерение диагональной конъюгаты производится следующим образом: исследующие пальцы вводят в задний свод влагалища и концом среднего пальца достигают до наиболее выступающей точки мыса; указательный палец этой руки прижимают к нижнему краю симфиза. Эту точку отмечают

пальцем наружной руки, и, не отнимая его, выводят внутреннюю руку из влагалища и измеряют расстояние между отмеченной точкой и кончиком вытянутого среднего пальца. Вычитая из полученной длины 1,5—2 см, определяют размер истинной конъюгаты. Измерение диагональной конъюгаты следует производить у всех беременных при внутреннем исследовании. Если врач осматривает беременную женщину, которой предстоят первые роды, на измерение диагональной конъюгаты и обследование емкости таза следует обратить особое внимание.

Измерение диагональной конъюгаты необходимо производить и у повторнородящих женщин, если наружное измерение таза указывает на его сужение или же предыдущие роды протекали патологически (операции, мертворождения).

Обязательным является осмотр влагалища и шейки матки при помощи зеркал у всех женщин в первые месяцы беременности и независимо от срока беременности при кровотечении из влагалища. При этом определяют окраску слизистой влагалища и шейки, наличие или отсутствие изъязвлений, полипов, влагалищных кист и пр., обратив внимание на характер содержимого влагалища (слизь, гной, кровь).

Рентгенологический метод исследования применяется в акушерской практике в неясных случаях для диагностики беременности, многоплодия, патологических положений плода, гидроцефалии, а также для определения формы и внутренних размеров таза. Этот метод исследования обычно применяется в конце беременности. Воздействие лучами Рентгена на

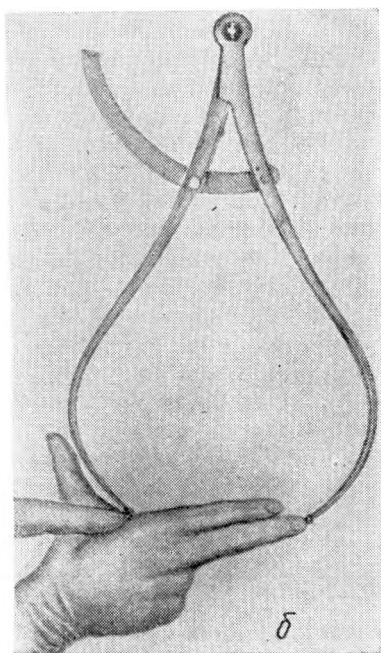
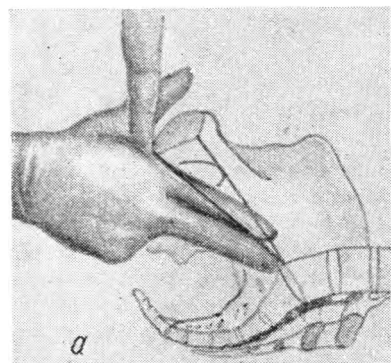


Рис. 17. Измерение диагональной конъюгаты:
а — первый момент; б — второй момент.

область живота и таза в первую половину беременности не рекомендуется из-за боязни оказать неблагоприятное влияние на развитие зародыша. На рентгеновском снимке виден бывает скелет плода, позволяющий уточнить внутриутробное положение плода, предлежание, а также наличие одно- или многоплодной беременности.

Специальный метод рентгеновского исследования с наполнением мочевого пузыря контрастной жидкостью применяется для диагностики предлежания плаценты. Наличие на рентгеновском снимке промежутка между тенью головки и тенью мочевого пузыря в 2 см и больше говорит за предлежание плаценты.

Беременная женщина должна посещать женскую консультацию ежемесячно, а в последние два месяца беременности — каждые две недели. При каждом посещении женской консультации у беременной женщины измеряется кровяное давление. Анализы мочи следует производить не реже одного раза в месяц, в конце беременности моча исследуется каждые две недели. При явлениях анемии производятся повторные анализы крови.

Тщательное обследование беременной женщины в консультации и систематическое наблюдение за ее здоровьем являются залогом своевременного выявления различной патологии и предупреждения тяжелых осложнений как во время беременности, так и в родах.

ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКА ДОРОДОВОГО ОТПУСКА

Установить наличие беременности, начиная с 5—6-недельного ее срока, у большинства женщин бывает нетрудно. Затруднения могут возникать в первые 5—8 недель, когда признаки беременности еще недостаточно ясно выражены. По мере же увеличения срока беременности диагноз значительно облегчается и ошибки в диагностике наблюдаются при невнимательном проведении обследования или при наличии патологических состояний со стороны половых органов (опухоли и др.) или плодного яйца (многоводия).

Не всегда врач может сразу, при первом обследовании женщины в консультации, дать ответ. Если вопрос о том, есть беременность или нет, не решен окончательно, то наиболее правильно поступает тот врач, который прямо скажет обратившейся к нему женщине, что не может пока поставить диагноз и откладывает свое суждение по этому вопросу на некоторое время, чтобы использовать метод наблюдения или дополнительные исследования. Тот же врач, который на основании только некоторых подозрений на беременность при неясных ее признаках торопится с окончательным ответом, совершает ошибку и нередко попадает в затруднительное положение, когда диагноз беременности не подтверждается.

Большое значение в определении беременности и ее сроков уделяется анамнестическим данным. Из анамнеза выясняется возраст женщины. Беременность может наступить в период с момента полового созревания и до периода менопаузы. Менее вероятными сроками наступления беременности являются первые годы после появления менструальной функции и особенно период ее угасания — климактерий.

Если в начальный период менструальной функции вопрос о возможности наступления беременности возникает при неясных ее признаках (задержка месячных, извращение вкуса, тошнота и т. д.), нередко из-за боязни последней, то в период климактерия с подобным вопросом к врачу обращается иногда

женщина, имеющая огромное желание стать матерью. Как в том, так и в другом случае врач особенно внимательно должен отнестись к обследованию женщины, уделяя наибольшее внимание объективным методам.

Имеет значение для диагностики беременности время замужества, какой брак — первый или повторный, какие заболевания перенесли женщина и ее муж. У нормально развитой, здоровой женщины беременность наступает чаще всего в первый год половой жизни. Если же после 2—3 лет супружеской жизни беременность не наступает, это обычно указывает на бесплодный брак. Указания в анамнезе на воспалительные заболевания половых органов, особенно возникающие вскоре после замужества, а также наблюдавшиеся после аборта или родов при первой беременности, должны вызвать сомнения в возможности наступления беременности, так как при этом часто наблюдается бесплодие у женщины.

Перенесенная мужем гонорея может быть причиной бесплодия у самого мужчины или же приводит к бесплодию у жены, если она страдает также этим заболеванием.

При бесплодии выясняется вопрос о том, была ли установлена причина, лечилась ли женщина, не применялись ли противозачаточные средства.

Время наступления первых месячных, периодичность их и течение позволяют составить представление о развитии женского организма и функции половой системы. Указание на позднее появление первой менструации, наступающей большей частью в возрасте 14—15 лет, нарушение цикличности менструальной функции с наличием перерывов без ясных причин, болезненные месячные свидетельствуют о недоразвитии или заболеваниях половой системы и заставляют с осторожностью подходить к решению вопроса о наличии беременности. Наоборот, своевременное появление первой менструации, правильное ее чередование и течение указывают, в большинстве случаев, на нормальное развитие половой системы, и при этих условиях наступление беременности является более вероятным.

Общеизвестным является факт прекращения менструаций с началом беременности. Лишь в редких случаях наблюдаются кровотечения, появляющиеся при беременности, которые, однако, бывают кратковременными (от нескольких часов до 1—2 суток) и скудными; кровь при этом бывает более светлой окраски. Однако известны случаи, когда и аменорея вызывается не беременностью, а зависит от ряда других причин: недоразвития полового аппарата, наступления раннего климакса, перенесенных тяжелых заболеваний, сопровождающихся истощением организма, и т. д. Следует всегда иметь в виду и аменорею у кормящих женщин, которая наблюдается у 50%¹ женщин, и они в это время не беременеют.

Если имеется задержка месячных, устанавливается точная дата последней менструации, что имеет большое значение при сопоставлении с данными объективного исследования для установления диагноза и срока беременности. Подробно выясняются сведения о предшествующих беременностях и их исходах, о течении родов и послеродового периода, наличии детей и их количестве. Тщательно собираются сведения о течении настоящей беременности. Если беременная чувствует движения плода, то уточняется дата, когда женщина впервые их почувствовала, какова интенсивность движений и где они больше ощущаются.

Признаки беременности разделяются на сомнительные, вероятные и достоверные, или несомненные.

Сомнительные признаки беременности большей частью являются субъективными. К наиболее частым субъективным признакам относятся тошнота и рвота, слюнотечение, изменение аппетита, вкусовые прихоти, изменение обонятельных ощущений. К этим же признакам относятся: пигментация кожных покровов лица, белой линии живота, сосков грудных желез и околососковых кружков; отложение подкожно-жирового слоя и увеличение живота; наличие так называемых рубцов беременности; различные функциональные расстройства нервной системы и психики. Из нервных расстройств часто наблюдаются головные боли, головокружение, бессонница. Часто изменяется настроение, наступает раздражительность, наблюдается возбужденное состояние или, наоборот, депрессия.

Указанные сомнительные признаки беременности наблюдаются далеко не при всякой беременности, но все же если они наблюдаются, то имеют некоторую ценность, тем более, что некоторые из них появляются раньше объективных признаков беременности. Однако сомнительные признаки могут наблюдаться и при отсутствии беременности. Так, например, увеличение живота наблюдается при опухолях, асците, отложениях жира; при этом же могут быть и «рубцы беременности».

Вероятные признаки беременности — это ряд объективно определяемых изменений в половом аппарате женщины: прекращение менструаций, рост и нагрубание молочных желез, появление молозива. При осмотре влагалищных стенок и слизистой шейки матки в зеркалах обнаруживается симптом Скробанского: влагалищные складки выражены сильнее, слизистая влагалища бархатистая и мягче, чем вне беременности, слизистая преддверия, стенок влагалища и шейки матки разрыхлена и имеет синюшный оттенок.

Большое диагностическое значение при беременности имеют изменения самой матки. Увеличение матки становится отчетливо заметно на 5—6-й неделе беременности. Причем матка увеличивается в передне-заднем размере, начинает принимать шаро-

видную форму вместо бывшей до этого уплощенно-грушевидной.

Характерным для беременности является не столько увеличение матки, сколько изменение ее формы и консистенции, на чем и основаны важнейшие признаки беременности в первые ее месяцы.

Со второго и до конца третьего месяца беременности в одном из углов матки появляется куполообразное выпячивание, соот-

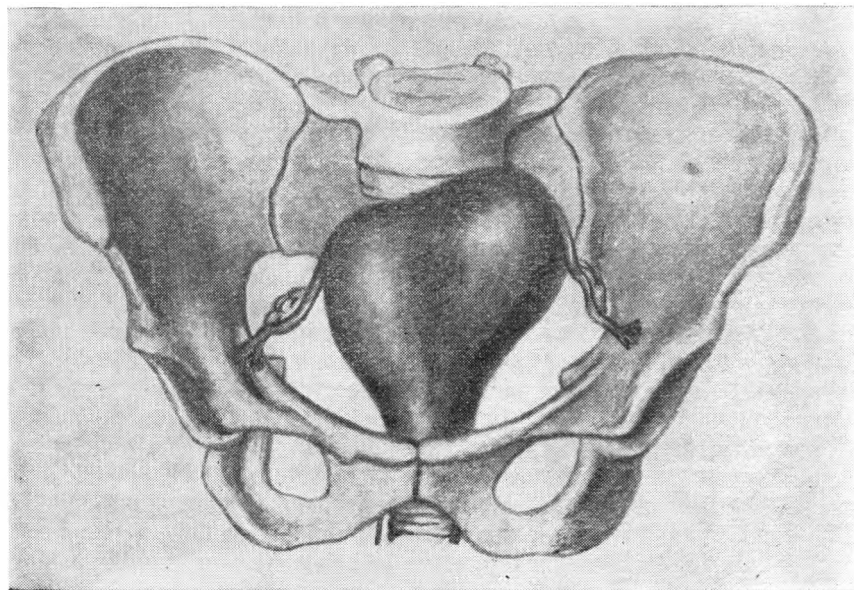


Рис. 18. Признак беременности Пискачека.

ветствующее месту имплантации плодного яйца — признак Пискачека. Это выпячивание придает матке несимметричную форму и иногда может симулировать внематочную беременность или кисту яичника.

Признак Снегирева заключается в том, что матка сокращается под руками при бимануальном исследовании или массаже и становится более плотной.

Признак Горвица-Гегара при ранних сроках беременности основан на том, что имеется наличие размягчения в области перешейка. Это размягчение позволяет сблизить в указанном месте кончики пальцев обеих рук при бимануальном исследовании. При этом шейка определяется как более плотное тело и как бы отделена от шарообразно увеличенного и размягченного тела матки. Выраженная антефлексия матки при

беременности, по мнению Гентера, также основана на размягчении перешейка.

Признак Гентера заключается в том, что при влагалищном исследовании в ранних стадиях беременности на передней поверхности матки, строго по средней линии ее, находят гребневидный выступ, не распространяющийся ни на дно, ни на заднюю поверхность матки, ни на шейку. По консистенции гребень ничем не отличается от остального тела матки.

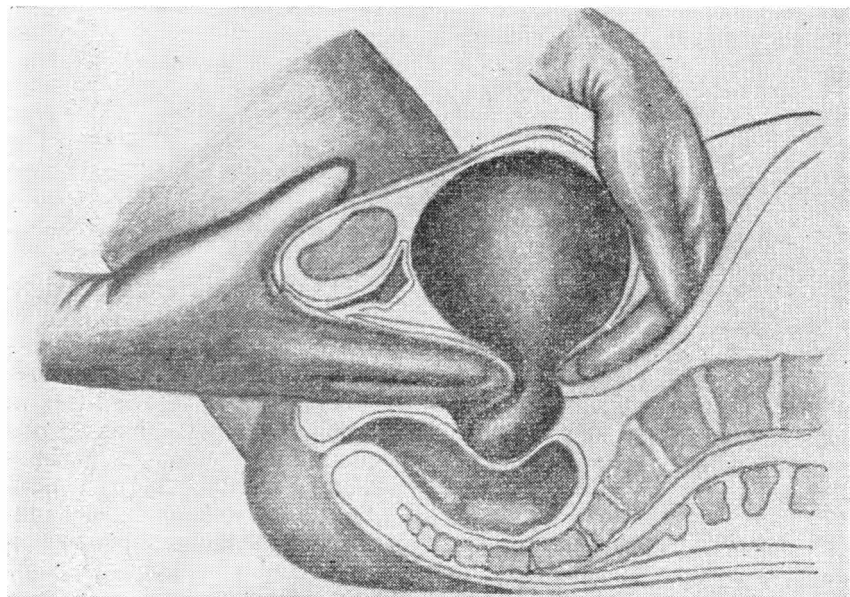


Рис. 19. Признак беременности Горвица-Гегара.

В половине случаев при сроке беременности около шести недель удается рядом с маткой прощупать увеличенный яичник (истинное желтое тело).

Некоторые из вероятных признаков беременности могут наблюдаться и при отсутствии беременности. Так, увеличение матки встречается при хроническом метрите, но в подобных случаях имеются признаки воспаления, консистенция матки равномерно плотная, не изменяется при исследовании, перешеек не размягчен, задержка месячных обычно отсутствует или имеют место нарушения цикличности.

При увеличении матки за счет фибромиомы тело матки плотной консистенции и часто имеет неправильную бугристую форму, перешеек не размягчен; вместо задержки месячных часто наблюдаются менорагии.

Отсутствие месячных может быть вызвано целым рядом причин, не имеющих связи с беременностью, и этот симптом можно учитывать лишь в сочетании с другими. То же самое можно сказать и о прочих вероятных признаках беременности, которые следует учитывать в их совокупности. Наиболее ценными при диагностике беременности в ранних сроках являются признаки: Снегирева, Горвица-Гегара, Пискачака, Гентера.

Для диагностики ранних сроков беременности нужно пользоваться совокупностью указанных вероятных и сомнительных признаков, учитывая данные анамнеза (менструации) и увели-

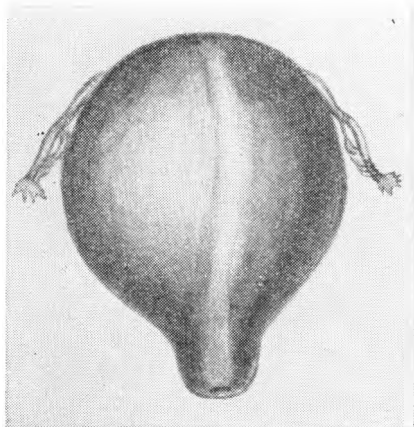


Рис. 20. Признак беременности Гентера.

чение матки, соответствующее сроку задержки месячных. В сомнительных случаях, с целью диагностики ранних сроков беременности, можно пользоваться гормональными методами исследования.

В 1928 г. Ашгейм и Цондек предложили биологический метод диагностики ранних сроков беременности, основанный на появлении в моче беременной женщины пролана. В организме беременной женщины был найден половой гормон, названный первоначально фолликулином, и, кроме того, обнаружен другой гормон,

сходный с гонадотропным гормоном передней доли гипофиза и названный Цондеком и Ашгеймом проланом.

Пролан и фолликулин выделяются при беременности с мочой у беременных женщин в больших количествах; но при этом количество фолликулина возрастает лишь к концу третьего месяца беременности, в то время как количество пролана весьма значительно уже в первые недели беременности. Фолликулин выделяется с мочой не только при беременности, но и при amenoree, в климактерическом периоде и при некоторых расстройствах менструального цикла. Поэтому определение беременности более удобно производить путем реакции на пролан, а не на фолликулин.

Из двух выделенных в настоящее время проланов А и Б для диагностики беременности выгоднее пользоваться определением пролана Б (лютенизирующий гормон), а не пролана А (гормон, вызывающий созревание фолликулов), который встречается и при отсутствии беременности.

Реакция Ашгейма — Цондека основана на том, что при введении инфантильным белым мышам мочи беременной женщины, содержащей большое количество пролана, в половых органах животного наступают характерные изменения, зависящие от действия пролана. Наиболее распространенный вариант постановки указанной реакции заключается в том, что мочу, взятую катетером у женщины, у которой предполагается беременность, вводят под кожу трем инфантильным мышам (самкам) весом 6—8 г: в первый день — один раз 0,3 мл; во второй и третий

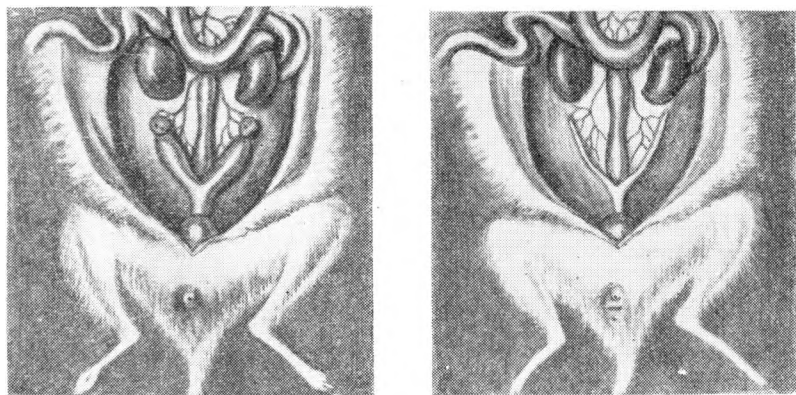


Рис. 21. Распознавание беременности по Ашгейму — Цондеку:

1 — состояние матки и яичников белой мыши после введения ей мочи небеременной женщины; 2 — то же после введения мочи беременной женщины.

день — по 0,3 мл два раза в день. Через 72 часа мышей убивают и осматривают их половые органы. Если моча содержит пролан, то в яичниках находят явления, связанные с созреванием графовых фолликулов и кровоизлияниями в их полости, которые определяются как «кровяные точки». Во влагалище находят ороговевший поверхностный эпителий, рога матки бывают отечны, увеличены и гиперемированы. Реакция дает правильный ответ в 98—99%. Первый раз она была поставлена в СССР в 1928 г. К. М. Фигурновым и получила широкое распространение при диагностике беременности.

Однако постановка реакции Ашгейма — Цондека возможна лишь при наличии определенных условий и животных. Поэтому в последние годы стала получать распространение более доступная для акушеров-гинекологов так называемая сперматозоидная реакция на беременность, проводимая на самцах-лягушках.

Указанная реакция основана на появлении сперматозоидов у самцов лягушек после введения им мочи беременных женщин и дает ответ через 2—3 часа. Техника реакции состоит в сле-

дующем: берут самцов-лягушек весом от 55 до 75 г (по 2 лягушки на каждую пробу) и исследуемую мочу женщины в количестве 5 мл вводят в лимфатический мешок, расположенный на спине, или под кожу. Предварительно проверяют под микроскопом жидкость из клоаки самцов на отсутствие сперматозоидов. Через час после впрыскивания мочи глазной пипеткой берут жидкость из клоаки самца, наносят ее на предметное стекло и рассматривают под микроскопом при малом увеличении. В случаях положительной реакции обнаруживается большое количество сперматозоидов, имеющих вид удлинённых подвижных палочек. Если сперматозоиды отсутствуют, то пробу повторяют еще через 1—3 часа, так как реакция может наступить позже. Правильные ответы эта реакция дает примерно в 85% случаев, а по данным некоторых авторов, реакция является и еще более точной.

В тех случаях, когда при наличии неясных признаков трудно все же установить беременность раннего срока, необходимо выжидание и наблюдение за женщиной с последующим осмотром через 10—15 дней.

Д о с т о в е р н ы м и о б ъ е к т и в н ы м и п р и з н а к а м и б е р е м е н н о с т и можно руководствоваться, начиная с 4-го месяца беременности. К достоверным, или несомненным, признакам беременности относятся: движение плода, определяемое рукой или при аускультации, выслушивание сердечных тонов плода, прощупывание частей плода, скелет плода, обнаруживаемый рентгенологически. Из этих признаков сердечные тоны плода можно прослушать с 18—20-й недели беременности.

И. А. Аршавским обнаружено, что ритм сердца человеческого плода в условиях нормальной беременности, начиная с 5-го месяца и до конца ее, характеризуется исключительным постоянством и колеблется в пределах 125—135 ударов в 1 минуту; он является весьма важным диагностическим признаком нормального развития плода. Заметные отклонения от указанной частоты свидетельствуют о реакции плода на ненормальные воздействия со стороны организма матери.

Весьма важным механизмом, определяющим скорость кровообращения плода, помимо функции сердечно-сосудистой системы, являются ритмические дыхательные движения. Экспериментальными исследованиями на плодах различных животных установлено, что дыхательные движения являются обязательной функцией развивающегося плода. Было показано, что при каждом дыхательном движении в грудной полости плода образуется отрицательное давление, еще недостаточное, чтобы вызвать расправление находящихся в состоянии ателектаза легких, но вполне достаточное для осуществления присасывающего действия и увеличения скорости кровообращения плода. Внутритрубные дыхательные движения регулируются изменением газового со-

става, главным образом, изменением содержания кислорода в крови плода. Вследствие ателектаза легких и спазма голосовой щели околоплодные воды не попадают в бронхи и легкие.

Как показали экспериментальные данные, плод способен в известных пределах адаптироваться к гипоксическим состояниям у матери, отвечая изменением ритма и амплитуды дыхательных движений, увеличивающих количество крови, протекающей через капилляры плаценты в единицу времени. Тем самым увеличивается возможность поступления кислорода из материнской крови в кровь плода. Благодаря реакциям со стороны дыхательной системы, рост и развитие плода могут и не испытать задержки, невзирая на различные гипоксические состояния матери.

Существенная роль в качестве фактора, определяющего скорость кровообращения во внутриутробном периоде, принадлежит обобщенным двигательным реакциям плода, известным в акушерстве под названием шевелений. Движение плода воспринимается ухом акушера обычно с 20-й недели беременности, повторнорожавшие начинают ощущать движение плода на 1—2 недели раньше первородящих. Двигательная активность плода способствует увеличению скорости кровообращения в его организме, что при некоторых состояниях плода необходимо.

Экспериментальные исследования на плодах животных позволили установить, что обобщенная двигательная реакция сопровождается подъемом кровяного давления в артериальной системе плода, повышающим скорость кровообращения у него. Как показали исследования, частота этих обобщенных двигательных реакций находится в зависимости от степени обогащения или обеднения материнской крови питательными веществами (И. А. Аршавский).

Иногда можно наблюдать довольно высокую частоту шевелений и в тех случаях, когда мать питается весьма достаточно как в отношении количества, так и качества принимаемой пищи. Усиление двигательных реакций наблюдается, если плод испытывает голодание при недоедании матери, или когда при достаточном насыщении организма матери питательными веществами последние не поступают в кровь плода вследствие ограниченных возможностей со стороны плаценты.

Приспособительные реакции сердечно-сосудистой, дыхательной и скелетно-мышечной системы плода во внутриутробном периоде реализуются через нервную систему. Принимая во внимание ограниченные приспособительные возможности развивающегося зародыша не только в гистотрофном, но и в гемотрофном периоде, можно понять, почему при более или менее значительных отклонениях от оптимальных условий среды, создаваемых матерью развивающемуся зародышу, последний к моменту рождения обнаруживает признаки большей или меньшей функцио-

нальной незрелости, которыми может характеризоваться новорожденный организм.

Таким образом, объективное определение наружными приемами акушерского исследования частей плода (головки, ягодич, плечиков и мелких частей) также является бесспорным доказательством наличия беременности, как и выслушивание сердечных тонов плода и определяемые рукой или при аускультации движения плода. Субъективно ощущаемые самой беременной женщиной движения плода не являются достоверным признаком. Иногда за движение плода могут быть приняты перистальтика кишечника и другие явления, не связанные с беременностью.

В неясных случаях (опухоли, многоводие и др.) при диагностике беременности во второй ее половине может быть использован рентгенологический метод исследования. На рентгеновском снимке обнаруживается скелет плода, что также является одним из достоверных признаков беременности.

В отличие от вероятных признаков достоверные признаки настолько убедительны, что достаточно даже одного из них, чтобы можно было с полным правом поставить диагноз беременности. Это и объясняет то обстоятельство, что чем больше срок беременности, тем легче становится ее распознавание.

Вероятные и тем более сомнительные признаки, особенно взятые в отдельности, могут встречаться у женщин и при отсутствии беременности.

В литературе описываются случаи мнимой (воображаемой) беременности, когда женщина, обычно жаждущая ребенка, начинает не только испытывать субъективные ощущения, свойственные беременной женщине, но указывает на ощущения движений плода. Одновременно наблюдается прекращение месячных, увеличение живота, появление пигментации на коже. В срок ожидаемых родов мнимобеременные начинают ощущать «родовые боли» и поступают в родильный дом, где при обследовании выясняется отсутствие беременности.

Распознавание жизни и смерти плода. До 5-го месяца беременности решается вопрос, жив ли плод, на основании наблюдения за ростом матки. Такой вопрос возникает, когда беременная перестает ощущать шевеления плода, а врач не выслушивает его сердцебиения. При явной гибели плода происходит исчезновение движений, сердцебиение его не выслушивается и прекращается рост матки. Объем матки из-за рассасывания околоплодных вод уменьшается, консистенция ее становится более плотной.

Беременная при гибели плодного яйца жалуется на чувство тяжести в животе, познабливание, молочные железы становятся дряблыми и из сосков выдавливается молоко, а не молозиво. При рентгенографии матки на снимке отмечается зияние швов

костей черепа и ряд других признаков. Биологические реакции на беременность спустя 2—3 недели после гибели плодного яйца дают отрицательный ответ. Обычно убедительным доказательством гибели плода является подтвержденное при повторных исследованиях беременной прекращение роста матки и последующее ее уменьшение, отсутствие движений плода и его сердцебиения.

Определение срока беременности. При установлении срока беременности пользуются объективными методами. Увеличение матки в своих размерах служит основным объективным признаком, по которому можно установить срок беременности. Чем раньше обращается женщина в консультацию при наступлении беременности, тем точнее можно установить ее срок. При явке женщины в консультацию во вторую половину беременности ошибки в определении срока беременности являются более частыми.

Величина матки в первые три месяца беременности определяется при бимануальном исследовании.

Матка в 5—6 недель беременности увеличена до размеров куриного яйца.

В 8 недель матка имеет выраженную шарообразную форму и увеличена с женский кулак; в 10 недель — со средний мужской кулак.

В 12 недель беременности матка бывает величиной с большой мужской кулак или головку новорожденного и выполняет весь малый таз. Начиная с 4-го месяца беременности дно матки возвышается над лоном и легко пальпируется через переднюю брюшную стенку.

В 16 недель беременности высота стояния дна матки над лоном, измеренная сантиметровой лентой, равна 8 см. Заметным становится выпячивание брюшной стенки. При двуручном исследовании у рожавших женщин отмечается, что шейка матки поднимается вверх и наружный зев поэтому располагается несколько выше интерспинальной линии.

В 20 недель дно матки расположено на 16 см выше лона. При исследовании определяются движения плода и выслушивается его сердцебиение.

В 24 недели беременности дно матки находится на 22—24 см выше лона (чаще всего на уровне пупка); в 28 недель на 26—28 см; в 32 недели на 30—32 см выше лона, пупок сглаживается. В 36 недель беременности дно матки стоит на 36 см над лоном, достигает мечевидного отростка, пупок сглажен.

В 40 недель беременности дно матки опускается и стоит на том же уровне, как в 32 недели (30—32 см над лоном), но матка при этом увеличивается в объеме, ширина ее становится больше, и окружность живота достигает 95—100 см. При 40-недельной беременности пупок выпячен, диаметр головки, измеренный

тазомером, 12 см, а в 32 недели пупок сглажен и диаметр головки 9—10 см. Кроме того, при беременности свыше 36 недель, вследствие того, что дно матки становится ниже и не подпирает диафрагму, беременная испытывает чувство облегчения. Головка плода при первых родах плотно прижата ко входу в малый таз.

Неточность объективных данных зависит от неодинаковой величины плода (2 500—4 000 г), многоводия, многоплодия, узкого таза, тазовых предлежаний и поперечных положений плода. При многоводии, многоплодии и крупном плоде объем матки больше средних размеров, и если это не учитывается, то срок беременности определяется больше, чем имеется. При узком тазе и тазовых предлежаниях плода, вследствие высокого стояния предлежащей части, дно матки также расположено выше. При поперечных положениях, наоборот, дно матки стоит ниже, чем при продольных положениях плода.

Объективное исследование беременной начинается с ознакомления с ее общим состоянием. Изучают пульс, измеряют кровяное давление, перкутируют и аускультуют органы грудной клетки.

Необходимо уделить внимание психике беременной, ее отношению к предстоящим родам. Как положительные признаки следует учитывать хорошее развитие костной и мышечной систем, правильную (в виде прямой) линию смыкания бедер. Обращают внимание на щитовидную железу, грыжи, волосистость лобка (по женскому или мужскому типу), на наличие отеков, кожных сыпей и варикозного расширения вен. Определяют величину и форму живота (шаровидный, овоидный, отвислый, острокопечный).

Определение срока дородового отпуска. Претворяя в жизнь исторические решения XX съезда КПСС в области здравоохранения, Советское правительство значительно увеличило продолжительность отпусков по беременности и родам.

В Указе Президиума Верховного Совета СССР от 26.III 1956 г. сказано: «Увеличить с 1 апреля 1956 г. отпуск по беременности и родам с 77 до 112 дней, установив продолжительность отпуска 56 дней до родов и 56 дней после родов».

Для того чтобы дать женщине правильно дородовой отпуск, врач должен стремиться правильно определить срок беременности и срок предстоящего дородового отпуска, дата которого за 56 дней до родов соответствует 32 неделям беременности.

Однако точно установить срок беременности и день ожидаемых родов и до настоящего времени является довольно трудной задачей. Это происходит от того, что нам не известны как момент оплодотворения (слияние сперматозоида с яйцевой клеткой), так и время имплантации (нидации) яйца в слизистую матки. Продолжительность беременности не только у различных

женщин, но даже у одной и той же женщины также колеблется в значительных пределах. В литературе имеются указания о длительности беременности от 210 до 364 дней. Средняя продолжительность человеческой беременности исчисляется в 280 дней, т. е. в 40 недель, или 10 акушерских месяцев. Чаще всего наблюдаются колебания от средней продолжительности беременности в 14 дней в сторону уменьшения или увеличения срока.

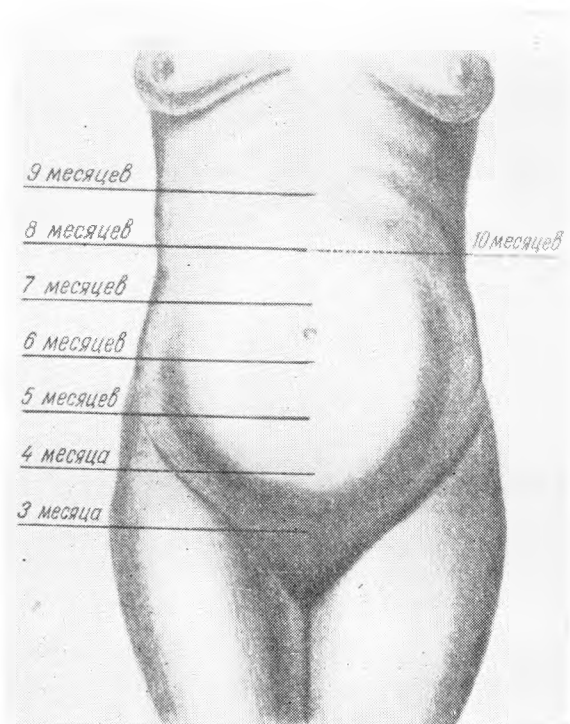


Рис. 22. Высота стояния дна матки при различных сроках беременности.

Все указанные моменты, конечно, затрудняют в каждом отдельном случае точное определение как срока беременности, так и срока предстоящих родов.

Известны случаи краткосрочной беременности, когда вполне зрелый плод родился через 210 дней, и случаи переносимой беременности, когда роды зрелым плодом произошли через 364 дня после начала беременности.

Возникновение беременности возможно у женщин лишь в сроки, близкие к овуляции, которая у женщин, как правило,

в течение менструального периода бывает только раз, обычно на 6—11-й, а по некоторым авторам на 14—16-й день после менструации. Выделившаяся при овуляции зрелая женская половая клетка сохраняется вне фолликула от нескольких часов (И. В. Макаров) до 5 дней и больше (М. С. Малиновский, Р. Шредер и др.). Если яйцевая клетка остается неоплодотворенной, то она гибнет. Сперматозоиды, попавшие в половые пути женщины, сохраняют способность к оплодотворению до 5 дней.

Следовательно, овуляция у различных женщин наступает также в разные сроки до начала новой менструации; кроме того, и эти сроки колеблются в зависимости от продолжительности менструального цикла.

Встреча сперматозоида с женским яйцом происходит после овуляции, когда яйцо может быть оплодотворено. Момент действительного оплодотворяющего coitus'a удаётся выявить чрезвычайно редко, и лишь в тех отдельных случаях, когда предшествующий беременности coitus был однократным; при этом продолжительность беременности исчисляется в 273 дня, считая со времени оплодотворяющего coitus'a.

Большое значение в определении срока беременности имеет ранняя явка женщины в консультацию (в первые 12 недель беременности). При этом точно удаётся установить дату последних месячных, и при раннем сроке беременности меньше бывает ошибок в определении величины матки при бимануальном исследовании. Особенно ценным для установления срока беременности является осмотр женщины спустя 2—3 недели после задержки месячных. Осмотр женщины при ранних сроках беременности позволяет избежать ошибок в определении даты начала родового отпуска.

Давно предложен способ определения предположительного срока родов по первому дню последней менструации. С этой целью, выяснив из анамнеза указанную дату, отсчитывают от нее 3 месяца назад и добавляют 7 дней. Полученное число и есть приблизительная дата родов; например, первый день последней менструации 20 октября; отсчитав 3 месяца назад (сентябрь, август, июль), получаем 20 июля; прибавляем 7 дней и получаем 27 июля — это и будет предполагаемый срок родов. Как видно, при этом исчисляется не истинная, а «постменструальная» продолжительность беременности, колеблющаяся в больших пределах. Кроме того, не всегда женщина может указать точно дату последних месячных. Определение срока родов по последней менструации дает правильный ответ лишь в 5%, и поэтому данный метод применяется лишь в сочетании с другими.

Известное значение при установлении срока беременности имеет указание на дату, когда женщина заметила первое движение плода, что у повторнобеременных наблюдается в 18 не-

дель беременности, а у первобеременных в 20 недель. Здесь, однако, возможны индивидуальные отклонения в зависимости от чувствительных нервных окончаний. Ощущение движений плода при одной и той же силе их у различных женщин воспринимается неодинаково. Кроме того, за движения плода может быть принята перистальтика кишечника, поэтому необходимо подкрепить субъективные ощущения женщины определением шевелений плода рукой или при выслушивании их стетоскопом. Следует рекомендовать женщине вскоре после того, как она стала чувствовать движения плода, явиться в консультацию. В эти же сроки (18—20 недель) обычно удается выслушать и сердцебиение плода, что подтверждает срок беременности. К сроку декретного отпуска сердцебиение плода становится четким, звучным и частота его бывает 120—140 ударов в 1 минуту.

Для определения срока беременности приходится пользоваться такими объективными исследованиями, которые определяют размеры матки и плода. Необходимо иметь в виду, что величина матки при беременности зависит не только от величины плодного яйца, развивающегося внутри нее. При грубом и длительном ощупывании беременная матка сокращается, ее объем несколько уменьшается и создается неправильное впечатление о ее размерах. При беременности в недоразвитой матке также создается ложное впечатление о сроке в сторону его уменьшения, так как в недоразвитой матке во время беременности недостаточно гипертрофируется мышечная стенка. Наличие в стенках матки опухоли изменяет впечатление о сроке беременности в сторону его увеличения. На величину матки при беременности особенно влияет величина плода, а также развитие в плодном мешке большего или меньшего количества вод. При многоводии, многоплодии размеры матки будут больше обычной величины, соответствующей сроку беременности.

Для суждения о величине матки во вторую половину беременности обычно производится измерение высоты стояния дна матки по отношению к лону, пупку и мечевидному отростку. Эта высота стояния дна матки в различные сроки беременности может быть принята в расчет только в тех случаях, когда физическое развитие женщины соответствует среднему нормальному типу. Неточность определения срока беременности путем измерения высоты стояния дна матки пальцем по отношению к пупку зависит от того, что при надавливании на дно матки сдвигается кожа живота, а вместе с ней и область, соответствующая пупку, поскольку пупок является подвижной, непостоянной точкой. Расположение пупка по отношению к лону колеблется в пределах от 17—23 см, и пупок не должен быть ориентиром при установлении высоты стояния дна матки.

Большинство акушеров считает, что высоту стояния дна матки следует определять по отношению к лону, измеряя ее санти-

метровой лентой или тазомером. При этом необходимо пользоваться определением не только высоты стояния дна матки, но учитывать и все факторы, которые могут изменять ее, независимо от срока беременности. Следует учитывать, что высота стояния дна матки находится в зависимости от величины плода, от емкости таза, от состояния брюшной стенки и стояния предлежащей части по отношению к тазу. При крупном плоде дно матки будет, естественно, стоять выше, чем при небольшой его величине. При головке, вставленной во вход в таз, дно матки будет ниже, нежели при головке, стоящей высоко над входом. При растянутой брюшной стенке дно матки будет стоять ниже, нежели при упругой, при наличии широкого таза оно будет ниже, чем при узком, при тазовых предлежаниях дно матки стоит выше, чем при головных.

По данным К. М. Фигурнова, больше половины беременных относится к группе женщин с животом «средних» размеров, рост таких женщин бывает от 155 до 165 см.

Около трети беременных относится к группе с «маленьким» животом и ростом до 155 см, 10% женщин относится к группе с «большим» животом, рост таких женщин выше 165 см. Поэтому для выдачи декретного дородового отпуска приходится считаться и с конституциональными особенностями.

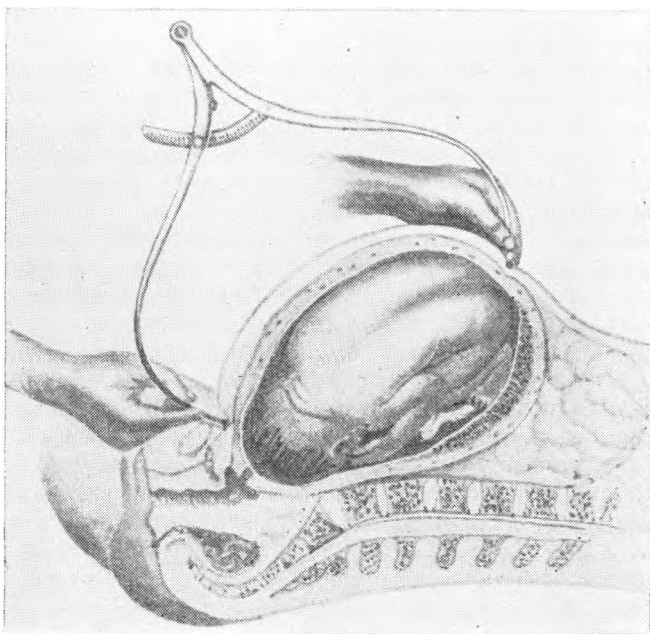


Рис. 23. Измерение длины плода через брюшную стенку.

Тип беременной	Особенности строения женщины	Рост в см	Окружность живота в см		Высота стояния дна матки, измеренная сантиметровой лентой		Размер головки в см		Стояние головки		Влагалищная часть шейки матки
			32 н	35 н	32 н	35 н	32 н	35 н	32 н	35 н	
Первый	Низкого роста, худая, с маленьким животом	ниже 155	80	85	23—25	29—30	9—10	около 10	в полости малого таза	резко укорочена	
Второй	Нормально развитая, с животом средних размеров	155—165	88—90	95	27—28	30—32	10—10,5	10,5—11	плотно во входе в таз	немного укорочена	
Третий	Крупная, полная женщина, с большим животом	выше 165	95—100	100	30—32	33—34	10,5—11	11—11,5	подвижная над входом в таз	удлинена (до 3 см)	

Одним из наиболее постоянных признаков, определяющих зрелость плода, являются размеры головки и длины плода.

Размеры головки могут быть определены путем ощупывания ее лобно-затылочного размера третьим приемом наружного акушерского исследования. Этим приемом определяется и плотность костей головки плода, которая к сроку декретного отпуска бывает хорошо выражена. Для объективной оценки величины головки измеряется тазомером через брюшные покровы ее диаметр. Для этого фиксируется головка в лобно-затылочном размере двумя пальцами левой руки ко входу в таз и ставятся ножки циркуля на один и на второй полюс головки. Размеры головки будут зависеть от срока беременности и от величины плода. Различают маленькую головку, головку средних размеров и большую головку.

Для определения срока беременности К. М. Фигурнов делит всех беременных женщин на три типа, в зависимости от размеров окружности живота, высоты стояния дна матки, размеров головки плода и отношения ее к тазу. К. М. Фигурнов дает характеристику совокупности признаков для 32-недельной беременности, приведенную в вышеуказанной таблице. Там же даны признаки 35-недельной беременности, по данным А. А. Лебедева и М. А. Даниахий.

И. Ф. Жордания предлагает вычислять срок 35-недельной беременности на основании следующих данных: 1) окружность живота 85—95 см; 2) высота стояния дна матки при измерении сантиметровой лентой равна 31—33 см, при измерении тазомером

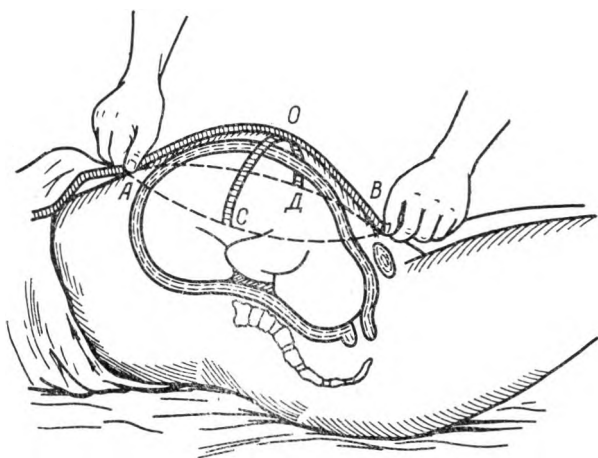


Рис. 24. Определение индекса объема плода по А. В. Рудакову:

АОВ — передняя полуокружность длины; СОД — передняя полуокружность ширины матки.

ром — 24—25 см; 3) длина плода, измеренная тазомером (пугови- ки тазомера плотно прижимают к наиболее отдаленным участ- кам противоположных полюсов плодного яйца, т. е. головки и ягодиц), 23,5—24 см; 4) лобно-затылочный размер головки, из- меренный тазомером, 10,5—11,5 см. Решающее значение имеют данные длины плода и размеры его головки. Исходя из этого, И. Ф. Жордания предложил пользоваться для определения срока беременности следующей формулой: $x = L + C$, где x — иско- мый срок беременности, L — длина плода в матке, измеренная тазомером, C — лобно-затылочный размер головки в сантимет- рах, измеренный тазомером. Например, при $L = 24$ см и $C = 11$ см $x = 24 + 11 = 35$, т. е. искомый срок беременности — 35 недель.

Метод А. В. Рудакова основан на определении наружными приемами величины внутриутробного плода и заключается в умножении цифр, получаемых при измерении длины и ширины плода. При умножении цифр длины и ширины плода получае- тся величина, выраженная в условных единицах и определяемая А. В. Рудаковым как индекс объема или величины плода.

Метод заключается в измерении сантиметровой лентой двух дуг по передней полуокружности матки перпендикулярно одна к другой. Величину, полученную от переумножения длины двух дуг, принято называть индексом объема. В результате по- лучается число, выраженное в квадратных сантиметрах (ин- декс), для которого в таблице можно найти адекватное значение в виде того или другого срока беременности и соответствующе- го ему веса внутриутробного плода.

В приводимой таблице указывается, помимо нормы (Н), также низшая и высшая граница колебаний индекса в период от 28 до 40 недель беременности в соответствии с развитием мелкообъемных (М) и крупнообъемных (Б) плодов.

Для более точного определения срока беременности необхо- димо установить вариант развития плода. Это удастся сделать при повторном обследовании беременной путем величины при- роста индекса в 1 неделю. Типичный темп среднего прироста индекса составляет за 1 неделю 37,5 единицы, для варианта М — 30 единиц и для варианта Б — 45 единиц.

Темп прироста индекса получается от деления разницы в величинах индекса между последним и предыдущим измере- нием на число недель, прошедших между обоими измерениями. Например: в результате измерения получен индекс, равный 735, что по таблице (вариант Н) соответствует 32 неделям бе- ременности; через 4 недели величина индекса равна 885, при- рост 150 единиц, а в 1 неделю значит 37,5 единицы, что соот- ветствует нормальному увеличению индекса объема плода. В данном случае индекс объема плода, равный 885, соответст- вует 36-недельной беременности.

Таблица А. В. Рудакова по определению срока беременности
от 28 до 40 недель

Срок беременности в неделях	Индекс объема плода			Вес плода в г
	Варианты			
	Н	М	Б	
28	590	570	610	1 100
29	630	600	655	1 250
30	665	635	700	1 400
31	700	660	740	1 550
32	735	690	785	1 700
33	770	720	825	1 885
34	810	755	870	2 075
35	850	785	910	2 260
36	885	815	955	2 450
37	925	850	1 000	2 660
38	960	880	1 040	2 875
39	1 000	915	1 085	3 085
40	1 040	950	1 125	3 300

Для определения ориентировочного срока беременности, особенно в последние месяцы беременности, можно пользоваться формулой, предложенной Скульским.

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

где X — искомый срок беременности;

L — длина плода в матке, измеренная тазомером;

2 — коэффициент удвоения для определения длины плода;

5 — в числителе, это примерная толщина стенок матки;

5 — в знаменателе, цифра, на которую по формуле Гаазе умножают число месяцев для получения длины плода.

Н а п р и м е р: при длине плода в матке (L) 25 см искомый срок беременности

$$X = \frac{(25 \times 2) - 5}{5} = \frac{45}{5} = 9;$$

X=9 акушерским месяцам беременности.

При определении срока беременности, а также срока предстоящих родов можно пользоваться формулами, но только с учетом всех данных обследования беременной. К данным объективного исследования относятся: вес и рост женщины (ее мужа), размеры матки, окружность живота, высота стояния дна матки, размеры головки плода, положение плода, размеры таза женщины. Из анамнеза выясняется возраст женщины, число предшествующих родов и вес родившихся детей, дата первого дня последней менструации, первый день движения плода и др. При определении срока беременности в первую очередь необходимо пользоваться объективными методами исследования, а анамнестические данные (дата первого дня последней менструации, дата первого движения плода) являются чаще всего лишь вспомогательными.

Средняя продолжительность беременности, считая до начала родов, равна 280 дням, и при этом роды называются срочными, а родившийся плод доношенным. Роды, наступившие раньше этого срока (196—280 дней), между 29-й и 40-й неделями беременности, называются преждевременными, а родившийся плод недоношенным; вес такого плода от 1 000 до 2 500 г, длина от 35 см до 47 см. Прерывание беременности раньше 196 дней (до 28 недель) называется абортom, и родившийся плод обычно является нежизнеспособным.

Правильное решение вопроса о выдаче декретного дородового отпуска требует применения комплексного обследования и динамического наблюдения за беременной. Лучшие результаты дает определение срока беременности при первичной явке женщины в консультацию в первые три месяца, поэтому нужно добиваться хорошей постановкой профилактической работы повышения процента ранней явки. Вдумчивый подход, тщательное наблюдение за течением беременности и установление срока беременности по совокупности данных позволяют врачу женской консультации значительно снизить процент ошибок при определении срока дородового отпуска.

ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННЫХ К РОДАМ В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Благородная идея избавления женщины от боли при родах издавна занимала умы передовых русских ученых. Еще с середины прошлого столетия некоторые русские врачи занимались этой проблемой, что и привело в то время к возникновению первых методов научного обезболивания родов.

В условиях царской России организация медицинской помощи населению отставала от теоретического уровня развития медицинской науки. Несмотря на то, что передовые деятели отечественного здравоохранения (Г. А. Захарьин, А. Я. Остроумов, В. В. Пашутин, Ф. Ф. Эрисман, А. Я. Крассовский, В. Ф. Снегирев, К. Ф. Славянский и др.) ясно показывали целесообразность акушерской помощи населению и боролись за организацию родовспоможения, оно оставалось на чрезвычайно низком уровне, медицинскую помощь при родах в сельской местности получали 5% рожаящих женщин. При таких условиях применение массового обезболивания родов было недоступно. Однако даже в таких неблагоприятных условиях работы русские акушеры успешно распространяли и усовершенствовали передовые идеи обезболивания. Пионером обезболивания родов в России был доктор Н. Н. Сочава, который на протяжении ряда лет (1865—1869) применял поверхностный эфирный и хлороформный наркоз в родах, им разработанный, а также морфийную анестезию. Н. Н. Сочава горячо пропагандировал обезболивание родов. Его работы не утратили клинического интереса и в настоящее время.

В последующие годы и другие выдающиеся русские ученые и врачи-акушеры прилагали немало усилий к разработке и пропаганде идеи массового обезболивания родов (В. М. Флоринский, А. Я. Крассовский, Ф. Букоемский, И. П. Лазаревич, П. О. Гагарин, В. А. Добронравов, П. К. Кубасов, С. И. Халафов, А. Н. Рахманов, В. П. Федоров, Ф. Н. Ильин и многие другие).

Понятно, что такая задача, как массовое обезболивание родов, не могла быть разрешена в царской России с ее отсталой системой родильной помощи. Русские врачи, пионеры обезболивания родов, работавшие в те времена, могли только мечтать о более широком изучении и использовании методов и средств избавления женщины от родовых мук.

Система государственного родовспоможения стала развиваться только после Великой Октябрьской социалистической революции. С первых дней своего существования Советское правительство провозгласило охрану материнства и младенчества одной из первоочередных государственных задач. В. И. Ленин считал одной из важнейших задач новой, социалистической семьи — воспитание здоровой смены, достойной нашей Великой Родины, что нашло яркое отражение в первом декрете Советского правительства об охране материнства и младенчества. Советское правительство и Коммунистическая партия окружили женщину-мать всенародным почетом и создают все необходимые условия для воспитания детей.

Обезболивание родов в нашей стране является мероприятием, неотделимым от задач квалифицированного обслуживания роженицы, которое проводится во всех родовспомогательных учреждениях на основе современных требований акушерской помощи.

Обезболивание родов в СССР превратилось из теоретической акушерской проблемы в огромное практическое мероприятие, имеющее государственное значение. Массовое обезболивание родов является одним из ярких показателей человеколюбивых принципов и профилактического направления советского здравоохранения. На протяжении десятков лет, особенно после 9-го Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов в 1935 г., было применено и изучено очень много методов и средств для обезболивания нормальных и патологических родов. Широкое внедрение учения И. П. Павлова в различные отрасли практической медицины помогло по-новому подойти к разрешению вопроса о генезе родовой боли. В результате в сравнительно короткий срок произошла огромная эволюция в представлениях о сущности родовой боли. Вопрос о ее сущности и причинах возникновения продолжает оставаться одним из весьма сложных вопросов науки. Между тем, чтобы успешно бороться с родовой болью, необходимо знать ее природу, а также морфологию и механизм действия аппаратов, воспринимающих, проводящих и формирующих болевые ощущения. В этой области существуют еще ошибочные узколокалистические воззрения.

Среди зарубежных ученых и сейчас еще господствует устаревшая теория Хэда и Холмса, согласно которой высшим аппаратом восприятия боли является зрительный бугор. Гринкер пишет: «Боль — примитивный механизм, и нет достаточных ос-

нований для представительства ее в коре». Леньель-Лавастин указывает, что проводники болевой чувствительности вовсе не проходят в кору мозга, так как заканчиваются в зрительном бугре. Боль считалась во всех случаях врожденной реакцией, а коре головного мозга приписывалась возможность лишь затормозить таламическую боль (М. И. Аствацатуров).

Только исследования И. П. Павлова разбили эти теории. И. П. Павлов доказал, что в коре больших полушарий головного мозга воспринимаются, анализируются и синтезируются болевые ощущения.

Каким же образом возникают болевые импульсы и как они проводятся в кору?

До последнего времени считалось, что внутренние органы не имеют болевых рецепторов и что боль возникает лишь тогда, когда в патологический процесс вовлекается париетальная брюшина. Такой взгляд высказали по преимуществу хирурги (Биша, Ленандер, Вебер и др.).

Русские ученые во главе с И. М. Сеченовым и И. П. Павловым раскрыли истинный патогенез висцеральных болей. В последующие годы благодаря исследованиям К. Х. Кекчеева и Ф. А. Сыроватко, Э. Ш. Айрапетьянца и Е. Ф. Крыжановской, Н. Л. Гармашевой, С. К. Гамбашидзе, В. М. Лотис, Б. А. Долго-Сабурова, П. П. Баккал и других установлено, что в матке имеются все виды рецепторов: баро-, механо-, хемо- и терморекцепторы. Происхождение болевых ощущений при спазматическом сокращении мускулатуры матки связывают с раздражением специфических рецепторных зон на внутренних органах, в частности на матке. Кроме того, большое значение в возникновении болевых ощущений играют болевые рецепторы стенок кровеносных сосудов (ангиорецепторы).

Рецепторы являются лишь частью того сложнейшего механизма восприятия, который назван И. П. Павловым анализатором. В составе анализатора Павлов различает три части: периферическую (рецепторы), проводящую (нервные проводники) и центральную (мозговой конец анализатора) — участок коры головного мозга, где производится анализ и синтез поступающих с периферии раздражений. В обычных условиях раздражения, идущие от рецепторов тела матки, клетчатки, брюшины и т. д., слабы, находятся под порогом ощущения и не воспринимаются нашим сознанием. В родах возникают условия, когда эти раздражения становятся сверхсильными, надпороговыми и могут восприниматься центральной нервной системой как болевые ощущения.

И. П. Павлов показал, что только в мозговом конце анализатора, т. е. в коре, возбуждение приобретает новые качества, превращаясь в ощущение. Следовательно, только тогда, когда нервные импульсы, возникающие на периферии при нанесении

болевого раздражения, достигают коры, болевое раздражение превращается в ощущение боли. Этот вывод был сделан на основании того факта, что на боль можно выработать условный рефлекс. Еще в 1912 г. М. П. Ерофеевой в лаборатории И. П. Павлова удалось выработать у собаки условные пищевые рефлексы на болевое раздражение кожи фарадическим током. У такой собаки болевое раздражение кожи током вместо бурной оборонительной реакции вызывало пищевой слюнный рефлекс. В новейшее время появление стойких условных рефлексов на боль было отмечено А. Т. Пшоником как в эксперименте на животных, так и у людей. А. Т. Пшоник установил, что при наличии действующего безусловного болевого раздражения образованный условный рефлекс снимает действие безусловного болевого раздражителя. И, наоборот, индифферентный условный раздражитель, даже при отсутствии специального болевого раздражителя, может обусловить болевое ощущение.

Таким образом, методом условных рефлексов, а также путем клинических наблюдений было доказано, что высшим аппаратом восприятия боли является кора головного мозга, а зрительный бугор — лишь промежуточное звено, через которое болевые раздражения проходят в кору головного мозга.

Исследования К. Х. Кекчеева, а позднее А. Т. Пшоника показали также, что для изменения чувствительности органов чувств и соответствующих реакций организма можно пользоваться не непосредственно физическими и химическими раздражителями, а только представлением о них, которое находит выражение в слове.

Исходя из вышеизложенного, постепенно происходила эволюция обезболивания родов. Достижения советской науки в деле обезболивания родов велики: от простейших методов, какими, например, являются болеутоляющие свечи из пантопона, белладонны и эфирно-масляная клизма, пришли к такому методу, как психопрофилактическая подготовка беременных к родам, который в настоящее время приобрел в нашей стране широкое распространение. Этот метод стал основным, ведущим методом в практике советского родовспоможения и получил широкое признание не только в нашей стране, но и за ее пределами. В настоящее время он успешно применяется в Народном Китае, Чехословакии, Польше, Болгарии, Франции, Португалии, Канаде, Северной Африке. К нему проявляют интерес в Италии, Голландии, Индии, Пакистане, Японии и в других странах.

Профилактическое направление в обезболивании родов является ярким примером плодотворного применения физиологического учения И. П. Павлова в акушерской науке и практике. Многолетний опыт акушерской науки и практики показывает, что родовая боль, болевые ощущения в родах вовсе не являются необходимым фактором для обеспечения нормальной функ-

ции рожаящей матки и брюшного пресса (Е. М. Курдиновский, К. К. Скробанский). По данным многих авторов, около семи — четырнадцати процентов рожениц вовсе не испытывают родовых болей (А. П. Николаев, П. А. Белошапко, А. М. Фой и др.). А раз это так, то родовая боль должна быть устранена.

Болеутоление в родах может быть достигнуто применением фармакологических средств. Этой же цели можно достичь путем использования гипнотического внушения (К. И. Платонов, А. П. Николаев, В. И. Здравомыслов, И. З. Вельвовский и др.). При изучении этого метода советские специалисты — И. З. Вельвовский, В. А. Плотицер и Э. А. Шугом — создали новый метод обезболивания родов, основанный на физиологическом учении И. П. Павлова — метод психопрофилактической подготовки беременных к родам.

Авторы метода использовали положение И. П. Павлова о второй сигнальной системе, о значении слова как мощного условного раздражителя. Вторую сигнальную систему Павлов называл специально человеческой сигнальной системой действительности. В воздействии на кору головного мозга огромное значение Павлов придавал слову. Он писал: «...слово для человека есть такой же реальный условный раздражитель, как и все остальные общие у него с животными, но вместе с тем и такой многообъемлющий, как никакие другие, не идущие в этом отношении ни в какое количественное и качественное сравнение с условными раздражителями животных. Слово, благодаря всей предшествующей жизни человека, связано со всеми внешними и внутренними раздражениями, приходящими в большие полушария, все их сигнализирует, все их заменяет и потому может вызывать все те действия, реакции организма, которые обуславливают те раздражения».

Слово для человека является таким прочным и сильным раздражителем, что при известных условиях может играть роль безусловного, основного раздражителя, с помощью которого образуется новый условный рефлекс. Слово действует на кору и через кору головного мозга. Словом можно воздействовать на все функции организма человека. Это является основной предпосылкой психопрофилактической подготовки беременной к родам. Основным принципом этого метода является принцип выведения коры из тормозных состояний с одновременным устранением чрезмерной возбудимости подкорки, принцип мобилизации корковых функций и активного участия бодрой деятельной коры в осуществлении родового акта. Лишь при соблюдении этого принципа осуществляются следующие необходимые условия (А. П. Николаев):

1. Восстановление нормальных взаимоотношений между корой и подкоркой, когда кора направляет и координирует деятельность всех нижележащих отделов мозга.

2. Создание в коре сильной концентрации раздражительно-го процесса в определенном пункте, тотчас окружаемом зоной отрицательной индукции. Такая концентрация раздражительно-го процесса в одном пункте весьма способствует затушевыванию, смягчению и даже полному угнетению болевых ощущений, формирующихся в коре. Активность коры как бы отвлечена на другую деятельность, и боль в значительной степени умеряется или даже вовсе снимается по тому же принципу отрицательной индукции.

3. Снятие отрицательных эмоций, и особенно страха, снижающих порог болевой чувствительности, и воспитание новых положительных эмоций, связываемых с радостным ожиданием ребенка.

4. Угашение старых, бесполезных и вредных для безболезненного проведения родов и выработка новых, целесообразных, полезных временных связей и условных рефлексов, которые необходимы для предупреждения или снижения болевых ощущений в родах.

Для обеспечения деятельного состояния коры в родах авторы метода предлагают определенную систему речевых воздействий на беременную, а также обучение беременной специальным приемам, применяемым в родах и рассчитанным на активизацию поведения роженицы.

Самая существенная особенность психопрофилактической подготовки беременной к родам заключается в том, что нужно разбить представления беременных о неизбежности болевых ощущений в родах. Устранение отрицательных эмоций, повышая порог возбудимости подкорки, не только затрудняет «прорыв» интерорецептивных импульсов в кору, но и способствует выведению коры из тормозных состояний. Связываемые с радостным ожиданием материнства положительные эмоции приводят к еще большему повышению тонуса коры и в то же время порога возбудимости в подкорке, благоприятствуя безболезненному или малоблезненному течению родов (А. П. Николаев, В. М. Чернов, З. А. Виньери). Клинические наблюдения показывают, что уверенность беременной в благополучном исходе родов, отсутствие у нее страха болей, страха за себя и за ребенка, внимательное отношение и авторитетность медицинского персонала в значительной мере определяют нормальное течение родов и спокойное поведение роженицы.

Однако цели и задачи психопрофилактической подготовки беременной к родам выходят далеко за рамки индивидуального обезболивания. Эта система, по идее ее авторов, представляет собой массовую организационную систему. Авторы этого метода полагают, что представление о неизбежности родовой боли исчезнет из явления общественной жизни не только благодаря

усилиям врачей, но и благодаря изгнанию его из круга идей общества силами педагогов и писателей.

В последнее время в иностранной литературе появляются работы, авторы которых отождествляют психопрофилактическую подготовку беременных к родам с методом обезболивания родов, разработанным Грентли Дик Ридом в Англии, и даже приписывают ему приоритет метода.

В своих работах, вышедших в 1933 и в 1942 гг., Рид предложил свой метод подготовки беременных к родам, совершенно отличный от психопрофилактического. Рид правильно подчеркивает отрицательное значение страха для родов, значение общения врача с беременной. Но он и его сторонники (Кук, Уолсер и др.) метафизически объясняют этиологию и механизм родовой боли. Рид различает роды естественные (до воздействия на человека цивилизации) и роды, лишенные этой естественности. По мнению Рида, естественные роды проходят без страха и потому без резко выраженного защитного физического и психического напряжения, т. е. без боли и страдания. Цивилизация влияет на женщину так, что порождает страх перед родами. Душевное состояние женщины, страх перед родами вызывают защитный рефлекс в форме душевного напряжения и даже мышечных сокращений, и это физическое и интеллектуальное напряжение и вызывает боль. Достаточно устранить страх и уменьшить напряжение, чтобы исчезла боль. Метод обезболивания Рида и сводится к созданию психического и мышечного расслабления (релаксации) в родах. Рид считает, что «расслабление должно быть признано за естественный феномен родоразрешения и должно сопровождаться устранением ума». В этом — коренное отличие метода Рида от метода психопрофилактической подготовки беременных к родам, разработанной и применяемой в СССР. Метод Рида — типичный гипно-суггестивный метод.

Психопрофилактическая подготовка беременной к родам с самого начала представляет единую систему: часть мероприятий проводится в консультации, часть — в родильном стационаре. Основой этой системы является дородовая подготовка и правильное поведение женщины во время родов.

Предварительная подготовка беременных в консультации проводится индивидуально и групповым способом. Первое занятие проводится обязательно индивидуально, так как на первом занятии необходимо выявить эмоциональный профиль беременной, ее интеллектуальное развитие, выяснить ряд интимных вопросов. В дальнейшем занятия проводятся групповым способом, по 5—6 человек в группе, причем группы нужно создавать не механически, а стремиться к однотипной группе. Желательно для занятий выделить специальный кабинет, соответствующим образом оборудованный.

Особенно показана психопрофилактическая подготовка при сочетании беременности с экстрагенитальными заболеваниями, при наличии токсикозов беременности. В этих случаях занятия проводятся в индивидуальном порядке и приобретают оттенок психотерапии.

Противопоказанием для использования психопрофилактической подготовки является тяжелое психическое состояние беременной женщины. При наличии тяжелых психических заболеваний у беременной мы часто не имеем с ней контакта, следовательно, отсутствует форма общения с ней путем слова.

Психопрофилактическая подготовка в женской консультации строится на следующих методических основах (В. А. Плотицер):

1. Создание у беременной женщины нового отношения к родам, как к акту физиологическому и поэтому не содержащему обязательно повреждающих организм факторов.

2. Ознакомление беременной с актом родов под углом зрения ее личных ощущений.

3. Обучение беременной выполнению так называемых «приемов обезболивания» («приемов управления родами»).

4. Применение средств педагогического воздействия, т. е. обучения.

5. Как временный этап — закрепление действенности «приемов обезболивания» в состоянии отдыха.

Предварительная подготовка беременных в консультации должна проводиться с первого обращения, но тематические занятия проводят с 32—33 недель беременности. Цикл подготовки предусматривает 5—6 занятий. Занятия проводятся не ежедневно, а каждые 4—5 дней, причем последнее занятие должно состояться не позже, чем за 6—7 дней до родов. Это обусловлено тем, что в процессе занятий создаются условнорефлекторные связи, и если они не будут поддерживаться, то могут быть легко разрушены под влиянием среды, в которой вращается беременная. Поэтому, если наступление родов задерживается после последнего занятия на 6—7 дней, необходимо проводить дополнительные, подкрепляющие занятия.

Первое занятие проводится отдельно с каждой беременной. При этом врач уточняет общесоматический, акушерский, неврологический статус беременной, выявляет отношение ее к беременности, к предстоящим родам и будущему ребенку. Особое внимание уделяется выявлению страхов и опасений в связи с ожидаемыми родами и выясняется их источник. Врач должен опровергнуть их методом доказательной аргументации после тщательного обследования беременной. При каждом посещении консультации у беременной воспитывают представление о возможности безболезненного или малоболезненного течения родового акта, уверенность в благоприятном исходе родов.

Необходимо познакомить женщину с мероприятиями Советского правительства и Коммунистической партии по охране здоровья матери и ребенка, рассказать о почетной роли женщины-матери в СССР. Беременной разъясняется сущность данного метода обезболивания, его особенности, программа последующих занятий и роль активности самой женщины в психопрофилактической подготовке к родам. Уже на первом занятии подкрепляется контакт между врачом и беременной, установившийся с первого посещения консультации.

Второе занятие, как и все последующие, групповое. На этом занятии женщинам в доступной форме нужно показать, что предстоящий им родовой акт является актом физиологическим. Врач сообщает беременным основные сведения о строении матки, влагалища и наружных половых органов, о мышцах тазового дна и строении костного таза. Во время занятий врач должен широко пользоваться специально подобранными наглядными пособиями. Рассказывая о строении половых органов, обращают внимание на большую эластичность и легкую растяжимость тканей, что благоприятно сказывается на течении родового акта. Беременным рассказывают о строении костного таза, сопоставляют размеры таза и головки плода и убеждают беременных в том, что при правильном вставлении головки таз не препятствует свободному и безболезненному родоразрешению. Затем рассказывают о менструальной функции, о процессе оплодотворения и развитии беременности, о происходящих при этом изменениях во всем организме женщины. Подчеркивают, что все эти изменения не вызывают у женщины никаких болезненных ощущений, так как они физиологичны, обеспечивают нормальное течение родов, способствуя наиболее щадящему и бережному родоразрешению. Беременным сообщают краткие сведения о развитии и питании внутриутробного плода, о его членорасположении, о строении плаценты, о значении околоплодных вод. Подчеркивая, что через плаценту плод получает кислород и необходимые питательные вещества из крови матери, останавливаются на значении режима и питания самой беременной женщины. Коротко рассказывают о периодах родов. Следует многократно убедительно подчеркивать, что роды — физическая работа, требующая затраты сил, а потому женщина должна научиться экономно расходовать свои силы, чтобы сохранить их к завершающему периоду родового акта — к периоду изгнания. Таким образом, у беременной создается представление о родах, как о процессе физиологическом, который может протекать безболезненно или малоболезненно. Безболезненное течение наблюдается в 7—14% случаев родов, малоболезненное — в 40%. Врач рассказывает о том, что в тех случаях, когда в родах возникают болевые ощущения, интенсивность их различна и зависит от особенности нервной системы

роженницы и от состояния высших отделов центральной нервной системы в момент родов. В популярной форме рассказывают о роли коры головного мозга в формировании болевого ощущения. Необходимо подчеркнуть, что в результате правильно проведенной подготовки к родам в коре головного мозга беременной создается особенно сильный очаг возбуждения, не допускающий или подавляющий проявления каких-либо других раздражений, в том числе и болевых.

На третьем занятии беременных знакомят с первым периодом родов — с механизмом раскрытия шейки матки. Женщины подробно рассказывают о предвестниках родов, разъясняют, что раскрытие шейки матки совершается при помощи регулярных, ритмичных сокращений тела матки и одновременно происходящего растягивания, открытия шейки матки (схватки). Беременные получают представление о схватках истинных и ложных, о механизме раскрытия шейки матки у перво- и повторнородящих. На рисунках демонстрируется ход мышечных волокон в шейке и теле матки и основные этапы раскрытия шейки матки. Рассказывают о роли плодного пузыря в раскрытии шейки матки. Женщин знакомят с частотой и длительностью схваток на различных этапах периода раскрытия, с локализацией ощущений, возникающих во время схваток. В конце занятия еще раз подчеркивают важность правильного поведения роженицы, строгого выполнения указаний врача или акушерки, использования приемов обезболивания для предупреждения возникновения болей.

На четвертом занятии беременных подробно знакомят с физиологической сущностью и техникой исполнения приемов обезболивания.

Первый прием — глубокое, ритмичное дыхание на протяжении всей схватки. Объясняют беременной, что во время схватки мышцы матки сокращаются, сдавливаются сосуды, идущие к плаценте, и поступление кислорода к плоду уменьшается, и это отражается на его состоянии. Во время глубокого дыхания кровь материнского организма больше насыщена кислородом, следовательно, увеличивается поступление кислорода к плоду.

Второй прием — сочетание глубокого дыхания с поглаживанием кожи нижней половины живота или поясничной области. Необходимо в доступной форме дать понятие о зонах Снегирева — Захарьина как о кожных метамерах внутренних органов, указать, что наличие нервных связей между этими зонами и соответствующими внутренними органами позволяет умерять болевые раздражения, исходящие из внутренних органов, путем воздействия на нервные окончания кожи этих зон (поглаживание, надавливание).

Третий и четвертый приемы — сочетание глубокого дыхания с прижатием так называемых «точек обезболивания», а именно:

- а) спереди у передне-верхних остей подвздошных костей;
 б) сзади у наружных углов поясничного ромба.

Роженицы могут пользоваться приемами обезболивания в указанной последовательности, однако пользоваться ими нужно не обязательно всеми, а лишь теми, которые, по их мнению, более эффективны.

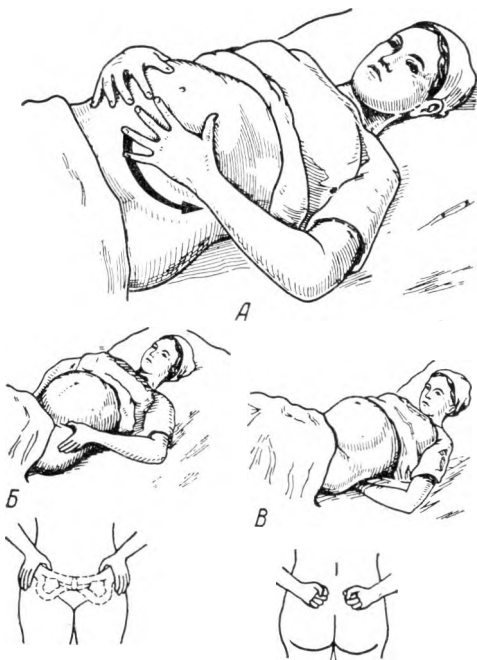


Рис. 25. Приемы обезболивания в первом периоде родов:

А — поглаживание нижней половины живота в сочетании с дыханием; Б — прижатие «точек обезболивания» у передне-верхних остей подвздошных костей и у наружных углов поясничного ромба (В).

На пятом занятии беременных знакомят с физиологией второго и третьего периодов родов и обучают поведению в течение этой заключительной части родового акта. Врач рассказывает беременным о течении второго периода родов — периода изгнания. После полного раскрытия шейки матки и отхождения околоплодных вод начинается продвижение плода и изгнание его из родовых путей. В это время в родовую деятельность, помимо сокращений матки, включаются мышцы почти всей произвольной мускулатуры (брюшного пресса, диафрагмы, мышц конечностей, спины и других).

Одновременное сокращение матки и произвольной мускулатуры, с помощью которых совершается изгнание плода, называется потугой.

Беременные обучаются рациональной позе и правильному выполнению потуги; они должны научиться задерживать дыхание на 20—30 секунд, сохранять потужное напряжение на период схватки, т. е. в продолжение 60—70 секунд. Необходимо научить беременную не только «вырабатывать» потугу, но и уметь ослабить ее, прекратить потужное напряжение в момент выведения головки, несмотря на большое к тому желание. На этом же занятии беременную знакомят с течением последового периода. Разъясняют, что после выделения последа наблюда-

ется небольшая кровопотеря, не приносящая роженице никакого вреда. По своей продолжительности этот период самый короткий. Беременной рассказывают о том, что после рождения последа врач осматривает родовые пути, при обнаружении трещин или разрывов необходимо их зашивание. Однако эта операция проводится под местным обезболиванием и безболезненна.

На шестом занятии беременных знакомят с правилами поступления в родильный дом. Еще раз напоминают о признаках наступления родовой деятельности, рассказывают о манипуляциях, проводимых в родильном доме (санобработка в приемном покое, влажные исследования, дача кислорода, внутривенные и подкожные введения лекарственных веществ), дают наставление о поведении в родильном стационаре. В заключение снова подчеркивают, что правильное поведение роженицы, внимательное и умелое выполнение ею всех приемов способствует нормальному течению родового акта. На этом же занятии в беседе врач проверяет, как женщина усвоила приемы обезболивания и сущность данного метода.

Обязательным условием успеха метода является и правильная организация работы родильного стационара. Психопрофилактика болей в родах в родильном стационаре осуществляется на основе следующих методических принципов (Э. А. Шугом):

1. Правильная своевременная акушерская помощь в родах на основе активного управления родами.
2. Стимулирование активного поведения роженицы с целью поддержания бодрого состояния коры и устранения излишней тормозности ее.
3. Создание психогигиенической обстановки внутри родильного отделения.

С момента поступления роженицы в отделение и до окончания родов она должна находиться под неусыпным наблюдением врача, акушерки, младшего персонала. Поэтому весь персонал родильного стационара должен быть ознакомлен с основными положениями учения И. П. Павлова, с принципиальными установками психопрофилактической подготовки.

С каждым годом психопрофилактическая подготовка беременных к родам все шире внедряется в практику акушерской работы, все большее число женщин подготавливается к родам по этой методике. Так, в 4-й женской консультации 1-й клинической объединенной больницы города Минска в 1954 г. из 2 202 родивших женщин прошли подготовку 577 (26%), в 1955 г. было подготовлено уже 50,7% беременных, в 1956 г. процент подготовленных составил 73,4.

В нашей женской консультации занятия с беременными женщинами проводят все участковые врачи по определенному графику. В акушерских стационарах Украины впервые начала проводиться подготовка беременных к родам специально

выделенными и подготовленными акушерками-инструкторами. Как показала практика, эта работа полностью себя оправдала. Особенно велика роль акушерки в проведении психопрофилактической подготовки в условиях районной больницы, колхозного родильного дома. В родильных стационарах городского типа, на наш взгляд, эта работа должна проводиться участковым врачом, который наблюдает беременную на протяжении всей беременности и за это время может легко завоевать ее доверие, что очень важно для успеха метода.

Такова суть нового советского метода обезболивания родов — метода психопрофилактической подготовки беременной к родам. Этот метод принципиально отличается от всех ранее предлагавшихся тем, что роженица, активно участвуя в процессе родов, своей целеустремленной, сознательной деятельностью способствует их нормальному и безболезненному течению.

ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННОСТИ

Для громадного большинства женщин беременность является физиологическим процессом, способствующим развитию функциональных отправления многих органов и систем. С наступлением беременности организм женщины претерпевает сложную и многообразную перестройку и приходит в новое состояние, которое наилучшим образом отвечает интересам как беременной, так и развивающегося плода. Это новое состояние при известных неблагоприятных условиях (заболевания или неполноценность тех или иных органов и систем, несостоятельность компенсаторных механизмов организма, неблагоприятные условия внешней среды, отсутствие своевременного лечения и др.) может приобрести патологические черты, характер, степень выраженности и продолжительность которых находятся в зависимости от типа нервной деятельности женщины, от функционального состояния ее нервной системы. Женщины, относящиеся к возбудимому, неуравновешенному типу, и женщины, относящиеся к спокойному, уравновешенному типу, по-разному реагируют на беременность.

Заболевания, возникающие в связи с развитием всего плодного яйца или отдельных его элементов и проходящие с окончанием беременности или в раннем послеродовом периоде, объединяются обычно общим понятием: токсикозы, или гестозы, беременности. С. А. Селицкий называет токсикозы беременности «дисфункцией всего организма». Это определение правильно, так как при токсикозах происходит нарушение функций значительного числа органов и систем.

Одним из выдающихся достижений советского родовспоможения является значительное снижение заболеваемости беременных женщин токсикозом и, в частности, эклампсией. Если, по данным женской консультации Центрального научно-исследовательского института охраны материнства и младенчества Наркомздрава СССР за 1934—1935 гг., токсикозы в различных формах наблюдались у 27,6% беременных женщин (А. А. Лебедев), то, по данным 4-й женской консультации 1-го клинического

объединения г. Минска за 1956 г., на 4 956 беременных токсикозы в различных формах были у 128 беременных, что составляет 2,5%. Несмотря на такое снижение, перед работниками родовспоможения в настоящее время стоит очередная задача — добиться еще большего снижения заболеваемости токсикозом беременности. Для этого необходимо совершенствовать методы раннего распознавания и рационального лечения больных токсикозами беременности и усилить профилактические мероприятия, заключающиеся прежде всего в соблюдении всех гигиенических, диетических, трудовых и других правил, предусмотренных для беременных. Особое внимание должно быть обращено на беременную в первые и последние 3 месяца беременности, когда чаще всего появляются признаки токсикозов беременности. Ведущая роль в этом отношении принадлежит врачам женских консультаций и сельских участковых больниц, а также акушеркам фельдшерско-акушерских пунктов и колхозных родильных домов.

Этиология и патогенез токсикозов беременности. Теории, пытавшиеся объяснить происхождение токсикозов поступлением в организм каких-то ядов из плодного яйца или плаценты, накоплением в крови матери продуктов межутробного обмена — аминокислот, молочной кислоты, других органических кислот, сенсibilизацией организма беременной к «чужеродным белкам» (аллергия), нарушением витаминного обмена (гиповитаминозы С и В), избыточным накоплением или дефицитом фолликулина, пролана А, гормона задней доли гипофиза, надпочечников, щитовидной железы, парашитовидных желез и др., оказались несостоятельными. Ни одна из приведенных теорий не может полностью объяснить этиологию всех клинических форм токсикозов беременности.

В настоящее время наиболее признанной теорией является кортикальная, основанная на физиологическом учении И. П. Павлова. Согласно этой теории, ведущую роль в возникновении и развитии токсикозов беременности играют нарушения функции нервной системы, в первую очередь — механизмов кортиковисцеральной регуляции. Экспериментальными исследованиями Ф. А. Сыроватко и К. Х. Кекчеева установлено наличие рефлекторной связи органов половой сферы с корой головного мозга, подкорковыми центрами, продолговатым мозгом и, в частности, с рвотным центром. Н. В. Кобозева на основании исследования слюнной секреции по методу Н. И. Красногорского установила, что при ранних токсикозах нарушается соотношение возбудимости коры и нижележащих отделов мозга в сторону понижения возбудимости коры и повышения возбудимости стволовых образований, в частности, рвотного и слюноотделительных центров. Дальнейшее развитие патологического процесса идет по линии вторичного вовлечения в болезненный про-

цесс разных органов и систем, как печень, почки, эндокринный аппарат и др. При токсикозах второй половины беременности Н. Е. Логинова установила обратное: повышение возбудимости корковых центров и понижение возбудимости подкорковых.

Приведенные данные свидетельствуют о кортикальной природе токсикозов, заключающейся в нарушении нормальных функциональных взаимоотношений между корой и подкоркой. Причин, которые вызывают нарушение функции нервной системы (коры, проводящих путей, рецепторного аппарата периферического органа), очень много. В числе прочих к ним могут быть отнесены нервно-психические переживания, физическое или умственное переутомление, перенесенные тяжелые заболевания, эндокринные расстройства, функциональная недостаточность рецепторного аппарата периферического органа на почве недоразвития или поражения его тем или иным патологическим процессом и др.

Развитие токсикозов представляет собой сложный нервный и нервно-гуморальный процесс, складывающийся из цепных сигналов и ответных реакций, которые при благоприятных условиях ведут к регуляции функций организма и ликвидации явления токсикоза, а при неблагоприятных — к стойким функциональным и анатомическим изменениям почти во всех органах, и в первую очередь в печени, почках и головном мозгу.

При всех формах токсикозов патологоанатомические изменения носят не воспалительный, а дегенеративный характер. Наиболее характерными изменениями являются кровоизлияния (от точечных до обширных) в интерстициальную ткань печени, почек, сердца, головного мозга и других органов, отек головного мозга, некроз клеток паренхиматозных органов с обилием тромбов в их сосудах.

В зависимости от того, какой орган или система органов подвергается в случае токсикоза преимущественному поражению, говорят о нефропатии, гепатопатии, гематопатии, дерматопатии, психопатии и др.

Все известные формы токсикозов условно принято делить на токсикозы первой половины (ранние токсикозы) и токсикозы второй половины беременности (поздние токсикозы). Ранние токсикозы появляются в первые 1—4 месяца, поздние — обычно в последние 2—3 месяца беременности.

Ранние токсикозы беременности

Из ранних токсикозов наиболее часто наблюдаются рвота и слюнотечение у беременных. В развитии рвоты беременных различают три стадии — легкую, умеренную и тяжелую, или чрезмерную рвоту (А. А. Лебедев, И. Ф. Жордания).

Легкая рвота, являясь начальной формой токсикоза, харак-

теризуется повторяющейся после приема пищи рвотой, но большая часть съеденного удерживается. Сопутствующим симптомом является тошнота. Аппетит сохранен, иногда ослаблен, однако выраженного отвращения к пище не наблюдается. Пульс несколько учащен, температура тела в большинстве случаев остается нормальной. Беременная жалуется на слабость, раздражительность и запоры. Артериальное давление, кровь и моча отклонений от нормы не обнаруживают. Несмотря на выраженную рвоту, общее состояние остается удовлетворительным, обменные процессы не нарушаются. В огромном большинстве случаев (80—90%) рвота легко поддается лечению или даже прекращается без лечения.

Умеренная рвота представляет собой уже выраженный токсикоз. Рвота появляется независимо от приема пищи, большая часть съеденного не удерживается. Пульс учащается до 100 ударов в минуту, артериальное давление несколько снижается, температура повышается до 37,3—37,5°. Кожа становится сухой, подкожный жировой слой уменьшается. Суточное количество мочи понижается до 500—700 мл, удельный вес мочи повышается. Количество гемоглобина и эритроцитов в крови падает, больная теряет в весе, слабеет.

Чрезмерная рвота представляет собой тяжелое страдание, ведущее к истощению организма и тяжелой дистрофии, а в некоторых, далеко зашедших случаях даже к смерти. Приступы рвоты доходят до 20—30 раз в сутки. Рвотные массы состоят из скудного количества мутной слизи, иногда с примесью желчи и крови. Никакая пища не удерживается. Количество рвотных масс и слюны в среднем составляет 400 г за сутки, а в некоторых случаях доходит до 1 л. Температура достигает 38° и выше, пульс 120 ударов в минуту и больше. Кожа становится сухой, дряблой, подкожный жировой слой исчезает, язык и губы сухие, глаза впалые. Из рта появляется дурной запах, иногда запах ацетона. Склеры, а затем кожа приобретают желтушную окраску. Вначале отмечается общая возбудимость нервной системы, повышение сухожильных и коленных рефлексов. В тяжелых случаях возбуждение сменяется апатией и общей адинамией. В моче появляется ацетон, ацетоуксусная кислота, белок, цилиндры и уробилин. Количество ацетона может доходить до 150 мг% и больше. В крови довольно часто отмечается повышение билирубина, а иногда и остаточного азота. Весьма плохими прогностическими симптомами являются желтуха, высокая температура (выше 38°), стойкая тахикардия (выше 120 ударов в минуту), коматозное и бредовое состояние.

Слюнотечение беременных. Это осложнение встречается как самостоятельная форма токсикоза или же в сочетании с рвотой. Количество выделяемой слюны может доходить до 1 л и больше в день. Большая часть ее выплевывается, за-

глатываемая слюна вызывает тошноту и рвоту. Вследствие потери жидкости больные худеют, слабеют и часто вынуждены лежать в постели.

Профилактика и лечение ранних токсикозов беременности. Профилактика всех видов токсикоза беременности в широком понимании заключается в общих оздоровительных мероприятиях, проводимых в Советском Союзе, системе диспансеризации населения, охране здоровья детей и подростков. Все это ведет к своевременному выявлению и ликвидации хронических заболеваний и интоксикации, что способствует повышению сопротивляемости организма женщины. Женская консультация и колхозный родильный дом должны активно участвовать в организации и проведении всех оздоровительных мероприятий в отношении взрослых женщин и девочек как подростков, так и раннего детского возраста. В узком понимании профилактика токсикозов состоит в том, что участковый врач женской консультации, врач и акушерка сельской участковой больницы и колхозного родильного дома, наблюдая женщину с первых недель беременности, тщательно ее обследуют на предмет выявления хронически протекающих инфекций и интоксикаций (туберкулез, малярия, тонзиллит, глистная инвазия и проч.). Ликвидация путем своевременного лечения обнаруживаемых «уязвимых мест» ведет к оздоровлению организма женщины, и она легче справляется с требованиями, которые предъявляет к ее организму беременность.

В особенном внимании нуждаются беременные с повышенной эмоциональной возбудимостью и раздражительностью, а также у которых в анамнезе имеются перенесенные ранее токсикозы беременности. Установление правильного режима дня у этих беременных, физической и умственной нагрузки, диеты и соответствующего лечения может предупредить наступление токсикоза. Большое значение имеет назначение с начала беременности витаминов и предоставление возможно лучших бытовых и гигиенических условий. Профилактика токсикозов состоит также в выявлении и активном лечении начальных форм токсикозов. Нужно иметь в виду, что легкие степени токсикозов при отсутствии соответствующего лечения довольно скоро проявляются более тяжелым течением.

Наш опыт показывает, что беременные с легкой формой рвоты или слюнотечения могут лечиться амбулаторно в условиях женской консультации. При тяжелой и средней тяжести формах заболевания лечение должно проводиться в отделении или палате патологии беременности родильного дома или родильного отделения больницы. Госпитализация также обязательна при безуспешном амбулаторном лечении в течение 1—2 недель, так как эти больные нередко быстро выздоравливают после помещения в стационар. В условиях стационара некоторые

больные выздоравливают даже без всякого специального лечения.

Одним из главнейших факторов успешного лечения беременных, страдающих ранними токсикозами, является хорошо организованный лечебно-охранительный режим. Эти больные очень раздражительны, не выносят шума, громкого разговора, яркого света и часто находятся в угнетенном состоянии. При уходе за ними как при амбулаторном, так и стационарном лечении нужно проявлять максимум внимания, чуткости и терпения. Громадное значение имеет психотерапия, тишина, хороший сон, тщательное выполнение назначений врача и устранение всех факторов, могущих раздражать нервную систему. Следует избегать помещения в одну палату двух больных с рвотой или слюнотечением беременных.

Питание должно быть по выбору больной. Рекомендуется кормить ее малыми порциями через каждые 2—3 часа. Пища должна быть легкой и хорошо усваиваемой, состоящей преимущественно из углеводов и насыщенной витаминами. Утренний прием пищи больная должна проводить, лежа в постели, и принимать ее в охлажденном виде. В тяжелых случаях, когда никакая пища не удерживается, необходимо в течение 2—3 дней совсем не давать ничего через рот, а питательные вещества (бульон, молоко, глюкозу, яичный желток и др.) вводить с помощью капельной клизмы. С целью борьбы с обезвоживанием организма рекомендуется ежедневно вводить ректально, подкожно или внутривенно 1—2 л физиологического раствора вместе с глюкозой (100 г глюкозы в 1 л физиологического раствора). По наблюдениям нашей клиники, очень полезны повторные трансфузии плацентарной или донорской крови по 100—150 мл через 2—3 дня, как уменьшающие ацидоз и восстанавливающие силы больной.

Из медикаментозных средств эффективными являются бромиды и некоторые барбитураты (бромистый натрий, люминал, мединал или амитал-натрий). При тяжелой рвоте их следует применять через клизмы или внутривенно. С целью нормализации нарушенной кортикальной регуляции в настоящее время применяют предложенную Н. В. Кобозевой следующую схему. Ежедневно, в течение 10—15 дней, больной вводят внутривенно 10 мл 10% стерильного раствора бромистого натрия и подкожно 2 раза в день по 1 мл 10% раствора бензойнонатриевой соли кофеина (или внутрь 2—3 раза в день по 0,1). Кроме того, во всех случаях следует вводить в организм ежедневно по 200—400 мг аскорбиновой кислоты.

В нашей клинике по предложению проф. Л. С. Персианинова в тяжелых случаях рвоты и слюнотечения беременных с успехом применяется 2,5% раствор аминазина по 1—2 мл, вводимый в 250—500 мл 5% глюкозы или физиологического рас-

творя внутривенно капельным методом, а также внутримышечно (по 1 мл 2,5% аминазина в сочетании с 5 мл 0,5% раствора новокаина).

Аминазин обладает многосторонним влиянием на организм, но наиболее ценным при лечении рвоты беременных является его противорвотное и седативное действие. При введении аминазина прекращается рвота, больная может принимать пищу. Во время введения аминазина у беременной появляется дремотное состояние, а затем наступает сон, который напоминает физиологический и продолжается 8—12 часов. Повторные введения аминазина до 50 мг (2 мл 2,5% раствора) в сутки в течение 7—8 дней и более хорошо переносились больными, побочных явлений не наблюдалось. После пробуждения больные указывали на хорошее самочувствие, становились более бодрыми, спокойными; явления токсикоза быстро уменьшались и затем исчезали. При более легком течении токсикоза аминазин назначается внутрь в виде драже по 25 мг 2—3 раза в сутки.

В случаях с вялым и длительным течением процесса с целью стимуляции можно применять и различного рода протеинотерапию (гемо-аутогемотерапия, молоко). По нашим наблюдениям, эффективными оказались внутримышечные инъекции консервированной плацентарной крови по 5—10 мл через 1—2 дня, всего 3—5 раз. Не исключена возможность, что эффективность этих инъекций в той или иной степени связана с введением в организм так называемых биогенных стимуляторов, которые, по В. П. Филатову, активизируют в нем жизненные процессы, усиливают обмен и тем самым повышают физиологические функции организма. В ряде случаев, кроме всего изложенного, оказывается целесообразным применение диатермии или гальванизации области солнечного и подчревного сплетения, шейных симпатических узлов.

Большое значение для течения и исхода ранних токсикозов имеет отношение женщины к своей беременности. При положительном отношении беременность часто удается сохранить даже при тяжелых формах токсикоза и, наоборот, очень трудно, иногда просто невозможно, ликвидировать даже легкую форму токсикоза, если беременность почему-либо нежелательна для женщины.

В заключение необходимо отметить, что при лечении ранних токсикозов следует подходить строго индивидуально, комбинируя методы лечения в соответствии с особенностями каждого отдельного случая.

Поздние токсикозы беременности

К поздним токсикозам, согласно общепринятой классификации, относятся: водянка беременных, нефропатия, преэклампсия и эклампсия. Каждая из этих клинических форм представляет

собой одно из звеньев в общей цепи токсикозов второй половины беременности. Переход одной формы в другую встречается часто, но он вовсе не обязателен. Патологический процесс может от начала до конца протекать только как «водянка» или только как «нефропатия». В других случаях на первый план выступает эклампсия, которая развивается внезапно после скрытого течения токсикоза или присоединяется к выраженным и нарастающим признакам нефропатии.

Водянка беременных, являясь самой легкой формой позднего токсикоза, характеризуется выраженными отеками на голенях, бедрах, наружных половых органах, брюшной стенке и др. Обычно отеки развиваются постепенно, в отдельных случаях они в течение очень короткого времени достигают весьма больших размеров. Характерным для водянки беременных является задержка воды только в подкожной клетчатке, в то время как в серозных полостях скопление свободной жидкости не наблюдается. Ведущим моментом в механизме развития отеков являются нервно-гуморальные расстройства, влекущие за собой изменения водно-солевого обмена. Развитию отеков благоприятствует увеличение проницаемости капилляров.

Самочувствие и общее состояние беременных при легкой и средней степени отека обычно не нарушается. При больших отеках отмечается одышка, чувство тяжести, усталость. При прогрессировании отеков значительно увеличивается вес больной. Принято считать, что нормально в последние месяцы беременности вес тела повышается еженедельно в среднем на 300—350 г. При водянке беременных вес нарастает в неделю на 500—750 г и даже на 1 кг. Отсутствие видимых отеков не всегда исключает их. Вначале могут быть скрытые отеки, обнаруживаемые систематическим взвешиванием беременной в консультации. При суточном нарастании веса в 75 г и более можно предполагать наличие скрытых отеков. Усиление отеков сопровождается олигурией, уменьшение — полиурией. В моче нет ни белка, ни патологических элементов в осадке. Состав крови не изменяется, за исключением некоторого уменьшения белков плазмы (до 5% по Г. М. Салганику). Артериальное давление остается в пределах нормы.

Водянку беременных необходимо дифференцировать от водянки при заболеваниях почек и сердца. Некоторым пособием в дифференциальной диагностике могут служить следующие признаки, приводимые Г. М. Салгаником (табл. 1).

Исходы водянки беременных различны. В 20—25% случаев водянка переходит в нефропатию и преэклампсию. После нормальных родов или внутриутробной гибели плода отеки обычно быстро уменьшаются и исчезают.

Нефропатия беременных представляет собой следующую степень позднего токсикоза и характеризуется извест-

	Локализация отеков	Поражение серозных полостей	Гипертрофия левого желудочка	Кровяное давление	Белок в моче	Сердечная декомпенсация	Данные анамнеза
Водянка беременных	вначале на нижних конечностях (голенях)	бывает редко	отсутствует	нормальное	отсутствует или имеются незначительные следы	отсутствует	ни почечных, ни сердечных заболеваний не отмечается
Отеки при нефритах	вначале на лице	бывает часто	имеется в той или иной степени	повышенное	имеется в большем или меньшем количестве	обычно не наблюдается	отмечается острый нефрит, а также частые инфекционные заболевания
Отеки сердечные	вначале на ногах (лодыжках)	бывает часто	в зависимости от формы и стадии заболевания или выражена, или отсутствует	большой частью не повышенное	отсутствует или имеются незначительные следы	имеется	отмечаются сердечные заболевания

ным сочетанием трех симптомов (триадой): гипертонией, альбуминурией и отеками. По степени значимости этих симптомов на первом месте стоит повышение артериального давления, которое является почти постоянным признаком этой формы токсикоза второй половины беременности. Кровяное давление может колебаться от 135/85 до 200/140 и выше. Количество белка в моче может достигать высоких цифр (по нашим наблюдениям до 149 ‰), но в большинстве случаев колеблется в пределах от 0,1 до 6—12 ‰. Помимо белка, в моче часто встречаются единичные гиалиновые и зернистые цилиндры, почечный эпителий и в скудном количестве — эритроциты. Суточное количество мочи снижается до 500—200 мл. Мочевина крови остается нормальной, за исключением тех случаев, когда имеет место анурия или значительная олигурия. Гипопротеинемия и сдвиг белковых фракций в сторону глобулинов выражен более резко, чем при нормальной беременности. Отчетливо выражена задержка воды и хлоридов в организме. Отеки могут варьировать от незначительной пастозности до выраженных больших отеков всего тела. В отдельных случаях отмечаются скрытые отеки.

Нефропатией чаще заболевают первобеременные, особенно пожилые, а также беременные двойней и страдающие многоводием. Перенесенный ранее острый гломерулонефрит или вяло протекающий нефрит предрасполагают к возникновению нефропатии; неправильный режим труда и питания ухудшают состояние. Беременная становится вялой, апатичной, жалуется на головную боль, тошноту и плохой сон. Клинически нефропатия может развиваться медленно и постепенно, но может также наступить довольно внезапно и перейти затем в более тяжелую форму токсикоза — в преэклампсию и эклампсию.

Тяжелые формы нефропатии чреваты различными осложнениями как во время беременности, так и в родах и послеродовом периоде. Во время беременности может наступить преждевременная отслойка плаценты и связанные с этим кровотечения и внутриутробная смерть плода. Во время и после родов наблюдаются атонические кровотечения, кровоизлияния в мозг, психозы. Довольно часто имеют место такие изменения в глазном дне, как расширение венозных и спазм артериальных сосудов, отек сетчатки, мелкие кровоизлияния.

Распознавание нефропатии обычно не представляет затруднений. При дифференциальной диагностике необходимо отличать от гипертонической болезни и органических заболеваний почек (нефрита, нефроза). При гипертонической болезни в отличие от позднего токсикоза беременных повышение артериального давления выявляется уже в начальные сроки беременности. В анамнезе больных гипертонической болезнью имеются повышение артериального давления до беременности, головная боль, плохая переносимость жары, носовые кровотечения,

мелькание мушек перед глазами. Кроме указанных признаков, характерными для гипертонической болезни являются отсутствие альбуминурии и отеков, наличие гипертрофии левого сердца, неэффективность лечения сернокислой магнезией. Для дифференциальной диагностики нефропатии от нефрита Г. М. Салганик рекомендует пользоваться следующей таблицей (табл. 2).

В большинстве случаев при соблюдении соответствующего режима питания и лечения нефропатия беременных поддается излечению. Неблагоприятными признаками являются: раннее появление нефропатии, длительное течение, большие отеки, высокое артериальное давление и значительные цифры белка в моче.

Таблица 2

	Заболевания почек	Гипертрофия сердца	Ретинит	Артериальное давление в мм	Моча	Остаточный азот крови
Хронический нефрит	в анамнезе имеются	имеется	часто отмечает-ся альбуминурический ретинит	часто достигает 200	количество ее нормальное или несколько увеличено. Отмечается альбуминурия	часто количество его бывает более 50 мг%
Нефропатия	в анамнезе отсутствуют	отсутствует	отсутствует	редко бывает более 180	количество ее уменьшено. Отмечается альбуминурия	редко количество бывает более 40 мг%

Преэклампсия, или эклампсизм, представляет собой промежуточное состояние между нефропатией и эклампсией и характеризуется сочетанием явлений нефропатии с такими мозговыми симптомами, как упорная головная боль, головокружение, боли в подложечной области, «пелена» или «туман» перед глазами, рвота, бессонница и др. К преэклампсии относят также и тяжелые формы нефропатии, так как они переходят иногда в эклампсию без указанных мозговых явлений.

Состояние преэклампсии обычно бывает кратковременным, но может продолжаться 3—4 дня и больше. Распознавание преэклампсии не представляет трудности. Особенно важно для диагностики сочетание головных болей с болями под ложечкой на фоне выраженной картины нефропатии и нарушения зрения, что обычно предвещает близкое наступление припадка эклампсии. Лечение может привести к ослаблению или устранению нарушенных функций головного мозга, однако при недостаточно внимательном наблюдении преэкламптическое состояние через некоторое время может вновь повториться.

Э к л а м п с и я, являясь конечной и самой тяжелой стадией позднего токсикоза, характеризуется сложным комплексом клинических, морфологических и патофизиологических явлений, из которых наиболее заметными являются судорожные припадки. В редких случаях наблюдается эклампсия без судорог. Последняя характеризуется тем, что больная впадает в длительное коматозное состояние. Это наиболее тяжелая и опасная форма эклампсии.

Экламптические судороги являются следствием резкого раздражения коры головного мозга. Типичный судорожный припадок продолжается в среднем 1—2 минуты и складывается из четырех последовательно сменяющихся периодов. Первый — вступительный период — характеризуется мелкими фибриллярными подергиваниями мышц лица, быстро распространяющимися на верхние конечности и туловище. Этот период продолжается от полминуты до минуты. Второй — период тонических судорог — характеризуется тетаническим сокращением мышц всего тела, диафрагмы, гортани, грудных мышц и прекращением дыхания. Взгляд в этот период застывший, неподвижный, зрачки расширенные. Лицо багрово-синее, руки сжаты в кулаки. Плотно стиснутые зубы могут ущемить и поранить язык. Этот период самый короткий (10—20 секунд), но опасный, вследствие наступления частичной асфиксии. Третий период — клонических судорог. В начале этого периода часто происходит глубокий вдох, после чего начинаются клонические судороги всех мышечных групп лица, конечностей и туловища. Постепенно судороги становятся более редкими и слабыми и, наконец, прекращаются. Больная с хрипом вздыхает, изо рта появляется пена, иногда кровавая. Продолжительность этого периода от 30 секунд до 1,5 минуты, а иногда и больше. Четвертый — коматозный период, во время которого больная находится в бессознательном состоянии. Дыхание у нее громкое, хриплое. Длительность этого периода различна. В одних случаях больная быстро приходит в сознание, не помня ничего о происшедшем, в других — остается длительно в бессознательном состоянии. В тяжелых случаях за первым припадком следует второй, причем настолько быстро, что больная не успевает выйти из коматозного состоя-

ния. Количество припадков может быть очень большим. М. В. Смурова описала случай со 189 припадками. В последние 5—7 лет благодаря профилактической работе широкой сети женских консультаций, своевременной госпитализации и рациональной терапии наблюдается не только уменьшение частоты эклампсии, но и уменьшение частоты припадков. Так, из 59 женщин с эклампсией, находившихся в акушерско-гинекологической клинике Минского медицинского института в последние годы, в 37 случаях было по одному припадку эклампсии, в 16 — по два и в 6 случаях — по три и пять припадков. По данным Н. Л. Стоцик и Т. И. Орловой, число припадков у женщин, своевременно госпитализированных, не превышало в последние годы одного — трех.

У больных эклампсией отмечается нарушение функции большинства органов и систем. Со стороны органов чувств наблюдается повышенная рефлекторная возбудимость. Резкий свет, шум, болевые и другие раздражители могут провоцировать наступление экламптического припадка.

По времени наступления различают эклампсию беременных, рожениц и родильниц. Чаще всего наблюдается эклампсия в родах — около 60%, реже — во время беременности — около 20% и еще реже — после родов — 15—20%. Эклампсия, начавшись во время беременности, может продолжаться и в родах, равно как и эклампсия рожениц может продолжаться в послеродовом периоде.

Диагноз эклампсии устанавливается на основании характерных симптомов припадка на фоне преэклампсии, тяжелой нефропатии или других тяжелых форм токсикозов беременности. Исход эклампсии во многом зависит от тяжести заболевания, своевременности и правильности проводившегося лечения. Признаками благоприятного течения эклампсии являются: прекращение припадков, хороший пульс, ровное дыхание после припадка, нормальный диурез и уменьшающиеся гипертония и альбинурия.

Профилактика и лечение поздних токсикозов

Профилактика и лечение поздних токсикозов являются благодарной задачей. Можно утверждать, что в связи с широкой постановкой в Советском Союзе профилактической работы и рациональным лечением резко уменьшилось и число тяжелых форм токсикозов (эклампсий) и летальность от них. Достижению этих результатов весьма способствовало объединение женских консультаций с родильными стационарами. Это организационное мероприятие обеспечило последовательное поликлиническое и стационарное обслуживание всеми видами профилактической и лечебной помощи. Благодаря принципу

участковости беременная постоянно находится под наблюдением одного и того же врача, который в случае необходимости посещает ее на дому, а при возникновении каких-либо осложнений в течении беременности госпитализирует ее в стационар объединенного родовспомогательного учреждения.

Частота случаев эклампсии находится в тесной связи с качеством работы объединенного акушерско-гинекологического учреждения и колхозного родильного дома. Анализ данных о 986 больных, лечившихся в 1954—1956 гг. в отделении патологии беременных 1-й клинической больницы гор. Минска по поводу нефропатии и преэклампсии, показывает, что среди женщин, находившихся с первых месяцев беременности под наблюдением консультации и своевременно госпитализированных при явлениях токсикоза, эклампсия возникла лишь у 3 больных (0,3%) и протекала в легкой форме (по 1 припадку). Несмотря на тяжелое состояние многих беременных, находившихся под непосредственной угрозой дальнейшего развития эклампсии, последняя была предупреждена благодаря своевременно принятым мероприятиям. Среди больных, не посещавших консультацию и поздно госпитализированных, эклампсия была в 5—8 раз чаще и течение ее было значительно тяжелее (3—5 припадков), и две из них умерли. Значительно тяжелее протекала эклампсия у беременных, поступивших в стационар с припадками эклампсии.

Из этих данных видно, что решающая роль в предупреждении развития поздних токсикозов принадлежит женской консультации. Уже при первом посещении консультации беременной должно быть уделено большое внимание. Она должна быть тщательно обследована акушером и терапевтом, а при необходимости — и другими специалистами. Выявленные заболевания должны устраняться тщательным уходом и лечением. Раннее установление артериального давления и состояния почек дает возможность своевременно выявить нефрит и гипертоническую болезнь, что в дальнейшем облегчает правильное распознавание начинающейся нефропатии. На особый учет должны быть взяты все первородящие, и прежде всего пожилые, беременные, перенесшие заболевания почек, печени и сердечно-сосудистой системы, а также имевшие при предыдущих родах тяжелую форму нефропатии и эклампсии, многоплодную беременность, многоводие и др. Осуществить правильный контроль за течением беременности можно только в том случае, если женщина обращается в ранние сроки беременности. Это обязательное условие может быть выполнено систематическим проведением санитарно-просветительной работы, в результате которой повышается санитарная грамотность населения и сознание необходимости медицинского контроля за течением беременности. Хорошо налаженная, правильная и систематически проводимая санитарно-просветительная работа повышает раннюю обращаемость беременных

женщин. Особого внимания требуют последние 8—10 недель беременности, так как некоторые женщины после получения родового отпуска перестают посещать консультацию, вследствие чего появившиеся в это время признаки токсикоза остаются незамеченными. Непосещение консультации в последние месяцы беременности обязывает участкового врача консультации и сельскую акушерку немедленно произвести патронаж, т. е. посетить и обследовать беременную на дому. В случае выявления начальных форм токсикоза беременную надлежит немедленно направить в отделение или палату патологии беременности родильного дома (или родильного отделения больницы), предупредив ее об опасности заболевания. В стационаре профилактическая работа по предупреждению токсикозов сводится к правильному, систематическому лечению начальных форм токсикоза, так как легкие формы токсикоза при отсутствии лечения переходят в тяжелые.

Во время беременности женщина должна посещать консультацию не менее одного раза в месяц, а в последние два месяца беременности — не менее одного раза в две недели. Измерение артериального давления, взвешивание и анализ мочи обязательны при каждом посещении консультации беременной. В условиях сельской местности акушерка производит качественную реакцию на белок путем кипячения мочи в пробирке с добавлением к ней нескольких капель уксусной кислоты. В случае выявления гипертонии женщина должна посещать консультацию один раз в 7—10 дней. Кроме тщательного наблюдения за динамикой артериального давления и состоянием мочи, необходимо в консультации также следить за весом беременной женщины. Прибавление в весе после 20 недель беременности более чем 350 г в неделю указывает на развивающиеся отеки (видимые или скрытые). Повышение максимального артериального давления до 140 мм и выше, особенно при наличии белка в моче, является показанием для немедленной госпитализации беременной.

Собственные профилактические мероприятия заключаются в установлении для каждой беременной женщины рационального режима труда, отдыха и питания. Участковый врач консультации и сельская акушерка должны принимать меры, чтобы беременная женщина не выполняла работ, которые могут вредно отразиться на состоянии ее здоровья или состоянии здоровья ребенка. При обнаружении неправильностей в организации труда они обязаны перед профсоюзными организациями и администрацией завода, учреждения ставить вопрос об улучшении условий труда для беременных путем перевода их на другую работу. Наряду с улучшением условий труда, чрезвычайно важно разъяснить необходимость соблюдения всех гигиенических мероприятий, предусмотренных для беременных, начиная с ранних

месяцев беременности, и особенно со второй половины, и в последние месяцы беременности. Сюда относятся: рациональное и богатое витаминами питание, воздержание от обильного употребления жидкостей и пищи, ограничение соли, сон не менее 8 часов в сутки, достаточное пребывание на свежем воздухе, умеренный физический и умственный труд. Ни одно из этих указаний нельзя считать второстепенным.

В практической деятельности консультаций нередко встречаются случаи, когда больная поздним токсикозом, ссылаясь на хорошее самочувствие, отказывается от госпитализации или, получив направление в стационар, недооценивая свое состояние, остается дома, продолжая нерациональный режим труда и питания, и поступает или доставляется в больницу лишь тогда, когда токсикоз приобретает тяжелую форму с явлениями преэклампсии или даже эклампсии. Врач консультации, акушерка колхозного роддома или фельдшерско-акушерского пункта обязаны своевременно осведомляться, поступила ли такая больная в стационар, а если нет, то необходимо немедленным патронажным посещением выяснить причины отказа больной от госпитализации. Терпеливое и убедительное разъяснение больной и ее родственникам, а иногда руководителям учреждения, где она служит или работает, о возможных последствиях и угрожающей опасности обычно достигает цели, и «упрямая» больная, наконец, «сдается» и ложится в стационар.

Тяжелые последствия, необратимые изменения во многих органах, а иногда и смертельный исход являются часто следствием неудовлетворительного наблюдения за женщиной в течение беременности, формального и халатного отношения к ней со стороны участкового врача консультации, врача участковой больницы или акушерки колхозного роддома.

Анализ подобных случаев нередко показывает, что участковый врач консультации отнесся невнимательно, формально к больной с нефропатией. Направив ее в стационар, он в дальнейшем не интересовался ее судьбой. Больная продолжала оставаться дома и была доставлена в родильное отделение в тяжелейшем состоянии, с припадками эклампсии, начавшимися дома или во время транспортировки в стационар. В других случаях акушерка, работающая в сельской местности и обязанная патронировать беременных, халатно отнеслась к своим обязанностям, не сделав ни одного патронажного посещения в течение 2—3 месяцев. При срочном вызове к беременной с припадками эклампсии акушерка, вместо того чтобы начать лечение — ввести сернокислую магнезию, обеспечить полный покой в домашних условиях, вызвать врача для экстренной помощи, — транспортирует ее в клинику. Это, безусловно, только усугубляет тяжесть состояния при эклампсии и может вызвать кровоизлияние в мозг.

В профилактике поздних токсикозов беременности важное место принадлежит патронажной работе, главной целью которой является своевременное выявление могущих возникнуть при беременности осложнений. В городских условиях акушерка при патронаже выясняет самочувствие беременной и правильность выполнения ею рекомендованного режима, при этом она работает под руководством врача консультации, получая от него соответствующие указания и советы. В отличие от акушерки, работающей в городских условиях, акушерка фельдшерско-акушерского пункта или колхозного родильного дома в значительном количестве случаев самостоятельно оказывает медицинскую помощь беременным, роженицам и родильницам. Осуществляя патронажные посещения, она не только выясняет состояние здоровья беременных, их условия труда и быта, выполняемые ими гигиенические мероприятия, но и проводит самостоятельно целый ряд обследований, как пальпацию, аускультацию, измерение таза, определение кровяного давления, анализ мочи на белок кипячением и т. д. В обязанности сельской акушерки входит не только обследование лиц, взятых на учет, но и выявление беременных, которые еще ни разу не посетили ее. В целях их своевременного выявления она обязана проводить подворные обходы населения и санитарно-просветительную работу, разъясняя важность обращения в женскую консультацию в ранние сроки беременности. Акушерка должна вести систематическое наблюдение за течением беременности с самого начала ее у каждой женщины с тем, чтобы не пропустить ранних признаков токсикоза. Из сказанного следует, что патронажные посещения, особенно сельских акушерок, являются одним из важнейших условий в борьбе женской консультации, фельдшерско-акушерского пункта и колхозного родильного дома за снижение заболеваемости беременных токсикозами, за раннее выявление беременных с начальными формами токсикоза и своевременную госпитализацию их в стационар.

Частоту патронажных посещений устанавливает участковый врач женской консультации или сама акушерка фельдшерско-акушерского пункта или колхозного родильного дома, сообразуясь с санитарно-гигиенической обстановкой беременной и состоянием ее здоровья. При определении частоты патронажных посещений нужно исходить из того, что каждая беременная должна быть осмотрена в течение беременности врачом или акушеркой не менее 6—8 раз, а в последние два месяца беременности каждые две недели.

Строгим, систематическим патронажем должны быть охвачены все родильницы, перенесшие во время беременности ту или иную форму позднего токсикоза, так как установлено, что у большинства из них наблюдаются изменения со стороны сосудисто-почечной системы и после родов в виде отдаленных по-

следствий. У некоторых из них спустя месяцы и даже годы после родов развивается гипертоническая болезнь, которая носит название послезекламптической гипертонии. Учитывая это, необходимо, чтобы каждая женщина, перенесшая поздний токсикоз, по выписке из родильного дома находилась под наблюдением женской консультации от 6 месяцев до года. По отношению к ним консультации необходимо осуществлять постоянный контроль всеми существующими способами исследований и проводить соответствующий режим и диететику. Повторная беременность после перенесенного токсикоза ранее чем через 2 года противопоказана. Акушерка колхозного родильного дома и фельдшерско-акушерского пункта должна проводить систематический послеродовой патронаж на протяжении длительного времени, производя повторные измерения кровяного давления, исследование мочи на белок, привлекая женщину в консультацию для осмотра ее врачом. Все эти мероприятия, способствуя выявлению и раннему лечению остаточных явлений токсикоза, ведут к предупреждению дальнейшего развития заболеваний и сохранению здоровья женщины.

Терапия поздних токсикозов беременности основана на принципах метода, разработанного В. В. Строгановым, и сводится в первую очередь к организации целесообразного лечебно-охранительного режима, могущего обеспечить беременной полный физический и душевный покой. Достигается это устранением всяких раздражителей, соблюдением часов питания, дневного отдыха и ночного сна, поддержанием уверенности у больной в полном выздоровлении, в благоприятном исходе родов и доброжелательным, внимательным и ласковым обращением всего обслуживающего персонала как консультации, так и стационара.

При всех клинических формах поздних токсикозов (за исключением легких форм водянки беременных) рекомендуется постельный режим, длительность которого определяется течением заболевания. Сразу следует регламентировать диету: полностью исключить из пищи повареную соль (бессолевого стола) и ограничивать количество жидкости (не более 500 мл в сутки) вплоть до полного исчезновения отеков и нормализации диуреза. Пища должна состоять преимущественно из овощей, молочных продуктов, фруктов и содержать не менее 90—100 г белков (творог или нежирное мясо в отварном или паровом виде, или отварная рыба), 50 г сливочного и растительного масла в день, достаточного количества сахара и витаминов. В зимние месяцы следует давать лимоны, клюкву и синтетические витамины, в первую очередь витамин С (по 0,2 г аскорбиновой кислоты 3—4 раза в день).

Каждые 5—7 дней рекомендуется применять разгрузочные дни. В эти дни лучше всего давать фрукты с добавлением саха-

ра (1—1,5 кг или 2 кг винограда плюс 100 г сахара). Целесообразно применять сахаро-творожные дни (200 г сахара плюс 0,5 кг свежеприготовленного творога). При улучшении состояния больных, ликвидации отеков, уменьшении альбуминурии необходимо увеличивать в пище содержание хлористого натрия и разрешать большее употребление жидкости. Голодание допускается не свыше одних суток, так как при длительном голодании снижаются окислительные процессы в организме и усиливается тканевый ацидоз. Очень целесообразно сохранять «зигзаги» в питании, применяя отдельные бессолевые дни, фруктовые разгрузочные дни, молочно-творожные дни и т. д. (Н. А. Стоцик и Т. И. Орлова).

Во время эclamптических приступов больной не дают никакой пищи, а ограничиваются лишь внутривенным введением 40—50 мл 40% раствора глюкозы с 1% раствором аскорбиновой кислоты 3—4 раза в сутки. Глюкоза, увеличивая диурез, уменьшает отечность, улучшает мозговое кровообращение и является одновременно прекрасным питательным материалом для сердечной мышцы. После прекращения приступов, обычно на вторые сутки, при полном сознании больную следует кормить жидкой молочно-растительной пищей с большим содержанием сахара и витаминов.

Из медикаментозных средств, применяемых в настоящее время при поздних токсикозах, первое место занимает сернокислая магнезия, предложенная в свое время Д. П. Бровкиным. В качестве средства, купирующего судорожный приступ при эclamпсии, она вытеснила другие методы лечения. Внутривенное или внутримышечное введение гипертонического раствора сернокислой магнезии понижает возбудимость центральной нервной системы, расширяет периферические сосуды и снижает артериальное давление. Кроме того, гипертонический раствор сернокислой магнезии является и диуретическим средством. При нефропатии и преэclamпсии рекомендуется вводить внутримышечно 25% раствор этого препарата в количестве 20 мл через каждые 4—6 часов, в зависимости от тяжести токсикоза (4—6 инъекций). При улучшении состояния количество внутримышечных вливаний можно ограничить до 2 раз в сутки. Одновременно следует применять, особенно на ночь, небольшие дозы барбитуратов — люминал (0,1), амитал-натрий (0,1—0,2) или мединал (0,3). Улучшая сон, эти вещества уменьшают возбудимость центральной нервной системы. Показаны препараты брома, валерианы, бехтерева микстура. При легких формах токсикоза сернокислую магнезию можно назначать внутрь (по столовой ложке 25% раствор — 2—3 раза в день). Действуя и как слабительное средство, она содействует выведению из организма увеличенного количества жидкости. Как побочное действие сернокислой маг-

незии надо отметить отрицательное ее действие на сократительную функцию матки.

Очень эффективным средством в системе лечения тяжелых форм нефропатий, преэклампсий и эклампсий является аминазин (Л. С. Персианинов). По предварительным данным нашей клиники, он быстро и надежно снижает артериальное кровяное давление, возбудимость центральной нервной системы, улучшает общее состояние и повышает диурез. Применяется аминазин внутривенно в количестве 1—2 мл 2,5% раствора (25—50 мг) совместно с 50 мл 40% раствора глюкозы. В тяжелых случаях эклампсии с припадками мы вводим в вену сразу 2 мл 2,5% раствора аминазина. При более легком течении позднего токсикоза внутривенно вводится по 1 мл этого же раствора, повторные введения в том же количестве препарата производятся с учетом состояния больной (артериальное давление, симптомы преэклампсии) до 3—4 раз в сутки. При отсутствии должного лечебного эффекта при введении 1 мл 2,5% раствора аминазина вводится такая же доза повторно, независимо от времени первой инъекции. Может быть использовано назначение аминазина для приема внутрь (в таблетках по 25 мг), но при этом действие препарата менее выражено.

После внутривенного введения 25—50 мг аминазина обычно наступает сон или дремотное состояние, припадки эклампсии прекращаются, артериальное давление снижается до нормального уровня. Родовая деятельность при введениях аминазина в указанных выше дозировках не нарушается, вредных влияний на организм матери и плода мы не наблюдали. Аминазин, по мнению Л. С. Персианинова, должен применяться в сочетании с комплексом лечебных мероприятий, получивших всеобщее признание при терапии поздних токсикозов беременности (лечебно-охранительный режим, применение кислорода, брома, глюкозы, дибазола и бережное родоразрешение).

В настоящее время, наряду с сернокислой магнезией, с успехом применяется также резерпин, действие которого может быть усилено комбинацией с другими препаратами гипотензивного действия.

При тяжелых формах нефропатии, состояниях преэклампсии и эклампсии в порядке исключения применяют кровопускание. Показанием к кровопусканию служит нарастающее повышение кровяного давления, несмотря на соответствующий режим, диетическое питание, применение магнезиальной терапии или аминазина и пр. Польза от кровопускания сводится в основном к снижению кровяного давления, к мобилизации жидкости из тканей и увеличению диуреза. Наша клиника не является сторонником кровопусканий и ограничивается при необходимости выпусканьем 250—400 мл крови, в зависимости от снижения артериального давления в процессе кровопускания, веса больной, ее упи-

танности, процента гемоглобина и близости родового акта. Если окончание родов предвидится в ближайшие 1,5—2 часа, кровопускание без особой в этом необходимости не должно производиться. Кровопускание, как правило, производится под легким эфирным наркозом и под контролем тонометра, так как снижение артериального давления не должно превышать 30—40 мм ртутного столба.

При лечении поздних токсикозов и ведении родового акта у женщин с нефропатией и эклампсией необходимо учитывать, что у них сосудистый тонус, как показала Р. Г. Бакиева, подвергается резким изменениям, становится лабильным, неустойчивым. Поэтому кровопотери во время беременности, родов и послеродового периода при такой выраженной лабильности сосудистого тонуса могут сопровождаться более тяжелыми последствиями, чем у женщин с нормальным сосудистым тонусом, и представлять опасность для жизни.

При менее тяжелых формах токсикоза, но сопровождающихся упорной головной болью, можно рекомендовать пиявки на область сосцевидных отростков (6—8 пиявок).

В случаях, когда припадки эклампсии, несмотря на проводимую терапию, повторяются и становятся все более тяжелыми и длительными, показана пункция спинномозгового канала, при которой медленно выпускается до 15—20 мл спинномозговой жидкости.

Учитывая состояние гипоксии тканей, связанное с нарушением капиллярного кровообращения, а также явления ацидоза, необходимо периодически применять кислород как путем ингаляции, так и подкожно.

Каково должно быть ведение родов при эклампсии? Наиболее рациональным является возможно быстрое, но бережное родоразрешение. При наличии родовой деятельности и открытии зева на 2 пальца рекомендуется вскрыть плодный пузырь. Этим достигается уменьшение внутриматочного напряжения, объема матки и связанное с этим улучшение внутрибрюшного кровообращения, а также ускорение родов. Если головка опустилась в полость малого таза, то при учете состояния роженицы можно закончить роды наложением щипцов; при тазовом предлежании с целью родоразрешения при наличии показаний к окончанию родов производится извлечение плода; при поперечном положении — поворот плода на ножку и его извлечение, при мертвом плоде — перфорация головки с краниоклазией и последующим извлечением плода. К оперативному родоразрешению прибегают при безуспешности консервативных методов лечения, учитывая состояние роженицы и динамику родового акта.

Если, несмотря на правильно применяемое лечение, состояние больной прогрессивно ухудшается и наступают такие грозные осложнения, как анурия, отслойка сетчатки, слепота (амавроз),

непрекращающиеся припадки эклампсии, особенно увеличение длительности их и укорочение интервалов между ними, или же эклампсия сочетается с какой-либо другой патологией, требующей абдоминального родоразрешения (отслойка нормально расположенной или предлежащей плаценты, узкий таз и т. д.), показано немедленное родоразрешение любым способом, в том числе и кесаревым сечением.

В отдельных случаях позднего токсикоза приходится ставить вопрос о прерывании беременности (досрочном родоразрешении). Последнее должно предприниматься при следующих обстоятельствах:

1) если при выраженных формах преэклампсии клинические явления не прекращаются в течение 3—4 дней, несмотря на применение всех мер, в том числе и повторных кровопусканий, а иногда и люмбальной пункции;

2) при тяжелых формах нефропатии, сопровождающихся кровоизлияниями в глазное дно и альбуминурическим ретинитом;

3) при менее тяжелых формах нефропатии, если, несмотря на лечение, состояние больной в течение трех недель не улучшается, а, наоборот, ухудшается и появляется угроза стойкого поражения почек, печени и других важнейших органов.

Широко развернутая сеть учреждений по охране материнства и детства, объединение женских консультаций с родильными стационарами, обеспечивающие непрерывное наблюдение за женщиной в течение всего периода беременности, начиная с ее возникновения, в процессе родового акта и в послеродовом периоде, создают все возможности для дальнейшего значительного снижения заболеваний беременных токсикозами и ликвидации самой тяжелой формы токсикоза — эклампсии.

РОЛЬ КОНСУЛЬТАЦИИ ПРИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У БЕРЕМЕННЫХ

Нормальное течение беременности, а также родов и послеродового периода сравнительно часто осложняется заболеваниями внутренних органов, непосредственно не связанными с нарушениями функций полового аппарата или с какими-либо структурными его изменениями. Это так называемые экстрагенитальные заболевания беременных и родильниц.

Круг заболеваний, именуемых экстрагенитальными, так или иначе сказывающихся на состоянии здоровья беременной, родильницы и плода (ребенка), широк. Сюда относится целый ряд терапевтических, хирургических и прочих заболеваний, сопутствующих беременности и представляющих в той или иной степени угрозу для женщины и плода.

Экстрагенитальные заболевания имеют большое значение, сказываясь на жизненном благополучии, здоровье женщины и ее ребенка. Достаточно сослаться на тот факт, что в Белорусской ССР в последние годы одной из главных причин материнской смертности явились экстрагенитальные заболевания.

Большой практический интерес как для врачей акушеров-гинекологов, так и для врачей других специальностей — терапевтов, физиотерапевтов, хирургов — представляют вопросы о взаимодействии, взаимоотношении между беременностью и родами, с одной стороны, и заболеваниями внутренних органов, с другой стороны; иными словами — о влиянии беременности и родов на течение экстрагенитальных заболеваний и о влиянии последних на развитие беременности, благополучное завершение родов, на общее состояние беременной и родильницы.

Перед врачом акушером-гинекологом, работающим в женской консультации, нередко возникает дилемма — необходимо ли немедленное прерывание беременности, осложненной экстрагенитальным заболеванием, или же возможно оставление беременности. В последнем случае решается вопрос о том, каковы должны быть методы лечения, характер наблюдения, режим больной.

Задача врача женской консультации по своевременному (раннему) выявлению экстрагенитального заболевания у беременных женщин, проведению необходимых рациональных мероприятий, вытекающих из наличия заболевания, облегчается возможностью широкой консультации с врачами других специальностей, возможностью использования таких дополнительных методов исследования, как рентгеноскопия-графия внутренних органов, лабораторные исследования и др.

Значение раннего выявления того или иного заболевания у беременных обусловлено как общеизвестными факторами, так и тем обстоятельством, что прерывание беременности в ранние сроки (до 12 недель беременности) обычно не встречает затруднений, в то время как прерывание ее при больших сроках является сложным вмешательством, чреватым нередко значительными осложнениями. В ряде случаев, например при тяжелых формах туберкулеза легких, прерывание беременности больших сроков противопоказано, как резко ухудшающее общее состояние больных и ускоряющее неблагоприятный исход.

При решении ряда вопросов, вытекающих из общей проблемы — беременность и заболевания внутренних органов, — практическому врачу следует всегда помнить об основном принципе нашей советской медицины — лечить не болезнь, а больного, т. е. об индивидуальном подходе к каждому больному, к каждой беременной женщине, с учетом особенностей реактивности организма, условий внутренней и внешней среды и пр.

Врачу женской консультации следует учесть, что в ряде случаев ему придется столкнуться с упорным нежеланием беременной, несмотря на имеющиеся показания, прервать свою беременность. В таких случаях требуется со стороны врача проявление большей настойчивости, такта, в сочетании с умелым подходом, чтобы убедить женщину о вреде для нее настоящей беременности и необходимости ее прерывания. В ряде случаев следует привлекать ближайших родственников беременной и общественность учреждения, где работает беременная, для усиления воздействия на нее.

В работе женской консультации не должно иметь места безразличное, формальное отношение к больному человеку, выражающееся в выдаче лишь направления на стационарное лечение, без того, чтобы была произведена проверка выполнения указаний врача о госпитализации больной. Такая проверка особенно необходима в отношении больных женщин — жительниц сельской местности, направленных на больничное лечение.

Врачами женских консультаций иногда допускаются ошибки в выявлении экстрагенитальных заболеваний у беременных женщин, наблюдении и лечении их в домашней или амбулаторной обстановке. Эти ошибки следующие:

1. Запоздалое выявление в женской консультации экстраге-

нитального заболевания у беременных вследствие недооценки жалоб больной, плохо собранного анамнеза и невнимательного обследования.

2. Формальное отношение врача к отказу женщины от прерывания беременности при наличии строгих противопоказаний к продолжению таковой.

3. Несвоевременное направление в стационар больной, нуждающейся в госпитализации.

4. Недостаточный контроль со стороны женской консультации за фактическим поступлением больной в стационар.

5. Отсутствие периодического, на протяжении всей беременности, совместно с терапевтом, хирургом или фтизиатром наблюдения и контроля за общим состоянием женщины, рационального лечения ее в тех случаях, когда беременность сохраняется при наличии экстрагенитального заболевания.

6. Отсутствие активного врачебного патронажа на дому женщины, не госпитализированной по той или другой причине в стационар.

Мы остановимся на тех из экстрагенитальных заболеваний у беременных, которые наиболее часто встречаются и оказывают, с одной стороны, отрицательное влияние на течение беременности, родов и послеродового периода, а, с другой стороны, беременность и родовой процесс сказываются неблагоприятно на развитии и исходе этих заболеваний.

Беременность и заболевания сердечно-сосудистой системы являются весьма неблагоприятным сочетанием для здоровья женщины. По литературным данным, смертность среди беременных с пороком сердца колеблется от 2 до 6% (В. В. Сайкова) и даже до 10% (Г. М. Салганик и Р. М. Бронштейн).

Это объясняется тем, что и нормально протекающая беременность предъявляет к деятельности ряда органов и систем, а особенно к сердечно-сосудистой системе, значительные требования в связи с общим увеличением веса беременной, наличием плацентарного кровообращения, высоким стоянием диафрагмы в последние месяцы беременности, увеличением минутного объема крови. Обычно здоровое сердце хорошо справляется с физиологической нагрузкой во время беременности, больное же нередко сдает, не будучи в состоянии справиться с новыми условиями и требованиями, предъявляемыми к организму женщины во время беременности.

При собирании анамнеза у беременной следует учитывать, что частой причиной пороков сердца является перенесенное в прошлом ревматическое заболевание.

В прогностическом отношении наиболее благоприятной формой сердечного порока является недостаточность двустворчатого клапана — при ней декомпенсация наступает сравнительно ред-

ко; наиболее же неблагоприятным является сужение атриовентрикулярного отверстия двустворчатого клапана, так как при этой форме порока сердца легко наступают явления сердечно-сосудистой недостаточности; сюда же следует отнести эндокардит, острый миокардит после ангины, дифтерии, сыпного тифа и др.

А. П. Николаев рекомендует при решении вопроса о возможности разрешения беременности или необходимости прерывания таковой руководствоваться положениями, приведенными ниже.

I. Беременность не противопоказана:

1. При наличии только недостаточности двухстворчатого клапана или же в случаях преобладания недостаточности при митральной болезни, при непрременном условии отсутствия каких бы то ни было явлений декомпенсации.

2. У больных с аортальными пороками — в случае отсутствия в прошлом и настоящем явлений декомпенсации.

II. Беременность противопоказана:

1. При наличии сужения левого атриовентрикулярного отверстия (митральный стеноз), даже при условии компенсации.

2. При наличии сифилитического мезаортита.

3. Во всех случаях начальной, а тем более выраженной неполноценности миокарда; в случаях, если имелись рецидивы или обострения эндокардита, миокардита.

4. При любой форме анатомического поражения клапанов сердца, если в настоящее время имеются признаки неустойчивой субкомпенсации или начальные явления недостаточности кровообращения, или если больная перенесла декомпенсацию в прошлом.

5. При наличии у беременной одновременно с сердечно-сосудистым заболеванием серьезных заболеваний других органов и систем, а также при наличии узкого таза или другой акушерской патологии.

Особенно недопустимо продолжение беременности у тех больных женщин с митральной болезнью, у которых имеется преобладание митрального стеноза. Также неблагоприятно протекает беременность при наличии у женщины эндокардита. Нельзя также разрешать беременность при остром миокардите после таких острых инфекционных процессов, каковыми являются скарлатина, сыпной тиф, дифтерия и др.

Всех таких больных необходимо немедленно направлять в стационары, где, после соответствующего обследования и наблюдения, проведения всех необходимых мероприятий, может быть решен вопрос о возможности продолжения беременности или же — о необходимости прерывания беременности независимо от ее срока. Не рекомендуется затягивать вопрос о прерывании беременности в тех случаях, когда соответствующая тера-

пия не дает эффекта, так как при ранних сроках беременности прерывание ее наименее опасно для здоровья женщины, страдающей экстрагенитальным заболеванием.

Гипертоническая болезнь в ряде случаев серьезно осложняет состояние беременной женщины, причем течение и исход беременности зависят от той или иной стадии болезни. Как известно, различают 3 стадии болезни: I — неврогенная (по Г. Ф. Лангу), или функциональная (по Н. Д. Стражеско), II — соответственно переходная, или органическая, III — нефрогенная, или дистрофическая.

В группу беременных с гипертонической болезнью включают женщин, страдавших гипертонической болезнью еще до беременности, а также тех, у кого повышение артериального давления (выше 135/80) отмечается уже с первых недель беременности.

Такие беременные должны быть направлены в стационар, где в зависимости от ряда условий — стадии болезни, особенностей клинического течения данного конкретного случая заболевания, должен быть решен вопрос о дальнейшей судьбе беременности.

Производство аборта во II и III стадиях гипертонической болезни обосновано; больная с первой стадией гипертонической болезни нуждается в тщательном обследовании и лечении в условиях стационара. Весьма неблагоприятным является осложнение гипертонической болезни поздним токсикозом беременности.

Диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы у беременных в ряде случаев представляет для практических врачей большие затруднения, поэтому так необходим теснейший контакт, дружественная работа врача акушера-гинеколога и терапевта.

С целью предупреждения материнской смертности при заболеваниях сердечно-сосудистой системы каждый врач акушер-гинеколог, обслуживающий приемы беременных в женской консультации, должен в своей повседневной работе руководствоваться следующими положениями: всех беременных при первом посещении консультации необходимо подвергать обследованию совместно с врачом-терапевтом для выявления возможных сопутствующих заболеваний, в том числе заболеваний сердечно-сосудистой системы; при обследовании применять рентгеноскопию-графию органов грудной клетки, электрокардиографию (по возможности);

при выявлении у беременной заболевания сердечно-сосудистой системы необходимо разрешить вопрос о возможности продолжения беременности; такая беременная должна находиться на специальном учете и под постоянным наблюдением женской консультации;

в случае неясного диагноза или при малейших признаках недостаточности кровообращения направлять беременную для обследования в стационар;

необходимо проводить систематическое активное врачебное наблюдение (акушеру-гинекологу и терапевту) за теми беременными с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, которым разрешено сохранение беременности или которые были выписаны из стационара после проведенного лечения;

изучать условия труда и быта беременных с заболеванием сердца, принимать необходимые меры к переводу таких беременных на более легкую работу;

рекомендовать беременным достаточное пребывание на свежем воздухе, при наличии показаний назначать введение глюкозы, аскорбиновой кислоты и др.;

после выписки родильницы из роддома установить за больной наблюдение совместно с врачом-терапевтом.

Заболевания крови и кроветворных органов. Из заболеваний крови, связанных с беременностью, прежде всего следует помнить о возможности развития у беременной женщины малокровия, которое может быстро прогрессировать. Такой вид анемии может быть вызван в результате резус-несовместимости крови матери и плода. При появлении признаков малокровия у беременной необходимы повторные общие анализы крови и определение резус-принадлежности беременной путем исследования крови на резус-фактор.

Во второй половине беременности нередко наблюдается гипохромная анемия, возникновению которой способствует повышенный расход железа материнским организмом во время беременности. Во всех случаях малокровия у беременных обследование и лечение проводятся совместно с терапевтом. Если не наблюдается прогрессирующего падения процента гемоглобина, беременность может быть доношена, но при обязательном тщательном наблюдении за беременной и ее лечением.

При беременности, осложненной злокачественным малокровием (пернициозной анемией), часто наступает смерть; случаи выздоровления, как указывает А. И. Петченко, наблюдаются редко. В крови у больных определяется падение числа эритроцитов и появление мегалобластов. Следует немедленно прервать беременность и лучше всего в ранние сроки.

При беременности иногда встречается миелоидная лейкемия, выздоровление при которой редко. Обычно лейкемия вызывает аборт или преждевременные роды; если этого не случилось, то заболевание кончается в большинстве случаев смертью.

При выявлении миелоидной лейкемии или других заболеваний крови и кроветворных органов, требующих специального обследования, беременные направляются в стационар.

Беременность и туберкулез легких. Несомнен-

но неблагоприятное влияние беременности на туберкулез и туберкулеза на течение беременности, родов и послеродового периода. Известно, что активный туберкулез зачастую приводит к выкидышу или к преждевременным родам, течение же туберкулезного процесса нередко ухудшается под влиянием беременности. Однако большие достижения науки в области диагностики и лечения туберкулеза — применение хирургического лечения, антибиотиков, химиотерапевтических препаратов, санаторного лечения — обусловили возможность пересмотра представлений старых авторов по этому вопросу, в частности, о показаниях и противопоказаниях к продолжению беременности у женщин, страдающих туберкулезом легких.

Выявлению туберкулеза у беременной, взятой на учет женской консультацией, способствуют исследование крови и совместное с врачом-терапевтом первичное обследование беременной, а в дальнейшем, при необходимости, — консультация фтизиатра. Вопрос о прерывании беременности решается в конечном счете туберкулезным диспансером. На врача акушера-гинеколога женской консультации ложится большая ответственность по возможно раннему выявлению (или хотя бы заподозрению) туберкулезного процесса у беременной женщины.

Согласно перечню медицинских показаний к производству искусственного прерывания беременности (приказ Министерства здравоохранения СССР № 941 от 31. X 1951 г.), аборт при наличии туберкулезного поражения легких разрешался в случаях открытых форм туберкулеза, а также при закрытом активном туберкулезе легких и плевры (кроме того, при туберкулезе мочеполовых путей, брюшины, кишечника, гортани, костей, глаз).

А. И. Лазаревич приводит следующий перечень показаний к сохранению и прерыванию беременности.

I. Беременность может быть сохранена:

- 1) при стойко затихшем фиброзноочаговом туберкулезе легких;
- 2) при наличии эффективного искусственного пневмоторакса без проявления функциональных нарушений;
- 3) при всех сроках беременности, во всех случаях, когда показано лечение антибиотиками и химиопрепаратами и лечение оказывается успешным.

II. Беременность следует прервать до 3 месяцев:

- 1) в тех случаях, когда предпринятое лечение туберкулеза оказалось безуспешным;
- 2) при тяжелом прогрессирующем и распространенном туберкулезе легких и гортани.

III. Прерывание беременности после 3 месяцев:

1) во всех случаях беременности, когда лечение туберкулеза, предпринятое до или во время беременности, оказалось не эффективным и беременность не достигла 7 месяцев.

Не следует прерывать беременность при тяжелом распространенном туберкулезе легких, гортани, так как операция прерывания беременности, а также искусственные роды могут вызвать резкое ухудшение в состоянии больных и ускорить летальный исход.

А. И. Петченко указывает, что искусственное прерывание беременности имеет смысл в первые 10—12 недель беременности, в поздние сроки оно не достигает цели, так как, жертвуя ребенком, мы не всегда можем спасти мать, к тяжелому состоянию которой добавляется опасность оперативной травмы.

При решении вопроса как о сохранении беременности, так и о прерывании ее в каждом отдельном случае следует подходить индивидуально, с учетом подробного анамнеза и морально-бытовых и трудовых условий.

Раннее выявление туберкулеза у беременных женщин дает возможность предупредить развитие запущенных форм болезни. Рекомендуется работникам женской консультации договариваться с туберкулезным диспансером о проведении последним обследования на туберкулез беременных женщин, поступивших под наблюдение женской консультации.

Заболевания мочевых путей. В диагностике этой группы заболеваний (цистит, пиелит, нефрит) играют особую роль лабораторные исследования мочи. При пиелите в моче обнаруживают обильное количество лейкоцитов, белок, много бактерий и клеток эпителия почечных лоханок. В случае пиелонефрита белок в моче определяется в количестве, превышающем нередко 10—15 ‰, а иногда и того больше.

Острый нефрит обычно возникает во время беременности в связи с различными инфекционными заболеваниями или отравлениями фосфором, ртутью и др. В таких случаях обычно приходится прибегать к прерыванию беременности.

За хронический нефрит говорит воспаление почек еще до беременности и признаки болезни, особенно выраженные при обострении его: расширение границ сердца, акцент второго тона аорты, появление повышенного кровяного давления, свежих эритроцитов в моче. Хронический нефрит при нарастании явлений обычно требует прерывания беременности независимо от ее срока.

Всех беременных с заболеванием почек следует направлять для обследования в отделение (палату) патологии беременности родильного дома или родильного отделения больницы.

Заболевания печени. Печень, по выражению И. П. Павлова, является центральной лабораторией организма; это орган, играющий исключительную роль в обмене веществ, и различные расстройства деятельности ее, особенно во время беременности, могут повлечь за собой серьезные последствия для здоровья и жизни беременной женщины, роженицы-родильницы (возможность кровотечения в родах и в раннем послеродовом периоде) и для плода (выкидыши, преждевременные роды).

Заболевания печени у беременной чаще всего проявляются в виде токсикоза — желтухи беременной (гепатопатия) или в виде случайно присоединившегося к беременности самостоятельного заболевания — болезни Боткина (эпидемический гепатит). В редких случаях как одно, так и другое заболевание может перейти в самое тяжелое, с неблагоприятным исходом заболевание, каковым является острая дистрофия печени.

Раннее выявление у беременной женщины заболевания печени является обязанностью врача женской консультации. Жалобы беременной на общую слабость, зуд кожи, отсутствие аппетита, тошноту, обнаружение при обследовании больной желтушного окрашивания склер, увеличение печени — все это говорит о каком-то поражении печени и обязывает врача консультации госпитализировать больную. Вообще, «всех беременных с явлениями желтухи следует помещать в родильный дом для установления причин желтухи и проведения соответствующего лечения» (И. Ф. Жордания).

Показаниями для прерывания беременности являются: хронические паренхиматозные поражения печени, болезнь Боткина при наличии печеночной недостаточности, при переходе острого гепатита в хронический, если проводимое в стационаре лечение не дает положительного эффекта. Желчно-каменная болезнь и холецистит с частыми обострениями также могут послужить показаниями к прерыванию беременности.

Аппендицит и беременность. Аппендицит представляет собою заболевание, несовместимое с беременностью, поскольку это заболевание может явиться серьезным осложнением беременности, особенно в более поздние сроки, и, кроме того, в процессе родов.

Врач женской консультации, заподозрив это заболевание на основании анамнестических данных, жалоб и объективного исследования, должен срочно организовать консультацию хирурга, памятуя, что наличие острого аппендицита или обострения хронического требует немедленной госпитализации больной в хирургическое отделение для производства аппендэктомии.

Беременная женщина, больная хроническим аппендицитом, должна быть также оперирована, причем операция, произведенная в ранние сроки беременности, обычно не приводит к прерыванию последней.

Непроходимость кишечника. При беременности наблюдается иногда непроходимость кишечника. Она может наступить вследствие выхождения беременной матки в большой таз (на 4-ом месяце беременности), во время родов, при уменьшении матки в послеродовом периоде, а также иногда бывает при наличии фибромиомы матки, воспалительных сращений, грыж.

Симптомы наступившего илеуса: резкие боли в животе, усиленная перистальтика, метеоризм, задержка стула, рвота вначале с пищей, а затем -- с калом. В начале заболевания общее состояние остается удовлетворительным. Петченко указывает на необходимость исключения при дифференциальной диагностике кишечной непроходимости родовых схваток, аппендицита, печеночной колики, пиелита, перекручивания кисты, внематочной беременности. Диагностика кишечной непроходимости при беременности представляет значительные, а иногда и большие трудности. Поэтому при малейшем подозрении на кишечную непроходимость беременную необходимо немедленно проконсультировать с хирургом или, лучше всего, направить в стационар родильного отделения прямо из консультации. Несвоевременная госпитализация при кишечной непроходимости чревата тяжелейшими последствиями для здоровья и жизни женщины.

Запоры у беременных наблюдаются довольно часто, и если они бывают длительное время, то могут сказываться в появлении общего недомогания, тошноты, отсутствия аппетита, геморроя, осложняя течение беременности. Лучше всего с ними бороться назначением рационального питания. Следует рекомендовать беременной выпивать утром натощак стакан холодной воды, употреблять в пищу больше фруктов (яблоки, сливы) и овощей, способствующих усилению кишечной перистальтики. Благоприятное воздействие оказывает на функцию кишечника прием с пищей черного хлеба и простокваши. В случаях необходимости применяются клизмы. Назначения слабительных следует избегать из-за опасения вызвать сокращения матки, особенно у женщин, склонных к преждевременному прерыванию беременности.

Острые и хронические инфекционные заболевания у беременных (тифы, скарлатина, грипп, дифтерия) иногда принимают более тяжелое течение, чем у небеременных женщин. Вследствие инфицирования плодного яйца обычно наступают выкидыши или преждевременные роды. При заболевании гриппом, скарлатиной, дифтерией нередко наблюдаются послеродовые заболевания матери, последовый и послеродовой периоды могут осложниться кровотечением.

При установлении острозаразных заболеваний у беременных необходимо немедленное сообщение на санитарно-эпидемиологическую станцию об обнаружении больной, изоляция ее и проведение таких необходимых мероприятий, как санобработка, дезинфекция белья, одежды и проч. Госпитализация беременных

осуществляется в инфекционных отделениях больницы или, в зависимости от характера инфекции, в родильном отделении при условии полной ее изоляции и проведения всех надлежащих мероприятий по предупреждению распространения инфекции.

Диагноз брюшного тифа при беременности устанавливается на основании высокой температуры, брадикардии, общей разбитости, головных болей, увеличения селезенки, наличия розеол, положительной реакции Видала.

Грипп нередко вызывает прерывание беременности, особенно в поздние сроки. Гриппозная инфекция бывает опасна для матери и плода, поэтому профилактика гриппа во время беременности является особенно важной задачей врача. При выяснении заболеваний необходима изоляция беременной женщины или родильницы и лечение (дача антибиотиков, уротропина, применение противогриппозной сыворотки). Беременная с несложненной гриппозной инфекцией может оставаться в домашних условиях, но должна находиться под наблюдением врача, который и проводит лечение.

Дифтерия зева и половых органов наблюдается у беременных редко. Применение сыворотки в целях профилактики и лечения у беременных показано, если женщина больна или находилась в контакте с больными дифтерией.

Малярия при беременности часто приводит к прерыванию ее, вызывая выкидыш или преждевременные роды. Подобное влияние на течение беременности чаще всего наблюдается при тропической малярии.

Беременность, в результате изменения реактивности организма, провоцирует малярию, которая протекала до этого бессимптомно. Если женщина недостаточно или плохо лечилась, то во время беременности возобновляются приступы малярии, которые могут быть истолкованы за начинающийся сепсис или другое инфекционное заболевание. У всех лихорадящих беременных, у которых заболевание напоминает малярию, необходимо исследовать кровь на малярийные плазмодии (мазок и толстая капля) и женщину проконсультировать с терапевтом. При выявлении малярии показано лечение хинином, акрихином, своевременное применение которых позволяет прекратить приступы малярии и довести беременность до благополучного конца. Отказ от противомаларийного лечения из-за боязни вызвать выкидыш или преждевременные роды приводит к более частому прерыванию беременности, чем проводимое лечение.

Сифилис в результате широких оздоровительных мероприятий в нашей стране встречается редко. Однако необходимо тщательно следить за выявлением сифилиса у беременных, так как сифилитическая инфекция передается от матери к плоду и может являться причиной самопроизвольного выкидыша и преждевременных родов. При срочных родах у женщин, больных

сифилисом, дети часто рождаются мертвыми или живыми, пораженными этим же заболеванием.

При своевременном выявлении заболевания и лечении беременной она выздоравливает и роды происходят в срок здоровым ребенком. Поэтому необходимо уделять самое серьезное внимание при собирании анамнеза на указания о подобном заболевании у самой беременной, ее мужа и их родственников, рождение мертвых и особенно мацерированных плодов, а также на частые самопроизвольные выкидыши. Исследование крови на сифилис (реакция Вассермана и др.) и клиническое обследование женщины позволяют выявить имеющееся заболевание. При подозрении на сифилис беременная должна быть направлена на консультацию к венерологу и взята под особое наблюдение консультанта.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ НЕДОНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Борьба с преждевременным прерыванием беременности является одной из основных задач современного акушерства и имеет большое государственное значение. Ведущую роль в профилактике самопроизвольного прерывания беременности (аборты, преждевременные роды) или недонашивания играют женские консультации.

Вполне понятно, что профилактические мероприятия немыслимы без понимания сущности причинных факторов, обуславливающих наступление выкидыша или преждевременных родов.

В основе самопроизвольного преждевременного прерывания беременности лежат изменения в состоянии возбудимости и сократительной способности матки. Матка обладает известным автоматизмом сократительной деятельности, но эта деятельность возникает в результате нервных импульсов, являющихся ответной реакцией на раздражение интерорецепторов матки. Неоспорима теснейшая связь периферического нервного аппарата матки с центральной нервной системой, и она осуществляется как по нервным путям, так и при помощи гуморальных веществ. Гуморальное звено является неотделимой частью нервных процессов.

В настоящее время хорошо известно, что при действии химических, термических и механических раздражителей с рецепторов матки идут нервные импульсы, оказывающие влияние на состояние центральной нервной системы. Неоспоримо наличие и теснейших связей между состоянием коры головного мозга и функциями матки и других половых органов женщины.

Рефлекторная деятельность матки находится в известной степени в зависимости от гормональных соотношений. Для включения в действие весьма сложных нервных рефлекторных механизмов, вызывающих систематические сокращения матки, изгоняющие плодное яйцо, большое значение имеет наличие и развитие физико-химического фона как в самих нервных аппаратах, так и в окружающей их среде.

Во время нормально протекающей беременности с помощью нервных и нервно-гуморальных механизмов снижается возбуди-

мость маточной мускулатуры, которая поддерживается в состоянии определенного тонуса без заметных признаков сокращения. Это, в свою очередь, обеспечивает возможность нормального развития беременной матки и донашивания беременности до полной зрелости внутриутробного плода.

В наступлении родовой деятельности имеет большое значение изменение функционального состояния коры головного мозга. Исследования П. П. Лазарева, И. И. Яковлева и В. А. Петрова и др. показали, что в течение беременности имеется повышение возбудимости коры головного мозга, в то время как возбудимость спинного мозга и рефлекторная возбудимость матки обычно понижена, а это приводит к поддержанию «охранительного» состояния беременной матки (И. И. Яковлев).

Влияние ряда гуморальных веществ (эстрогенные гормоны и др.) повышает рефлекторную возбудимость маточной мускулатуры. А. И. Петченко, В. Н. Хмелевский, А. П. Николаев, Брейтман, Данфос и Айви и др. придают весьма большое значение также кальцию как веществу, тонизирующему матку и сильно увеличивающему ее чувствительность к окситоическим (сокращающим матку) веществам.

В механизме осуществления рефлекторных влияний на матку, точнее в механизме передачи импульсов с нервных окончаний на мышцу матки, большую роль играет химический посредник — ацетилхолин. Освобождение химического агента — ацетилхолина происходит в конце рефлекторной дуги, т. е. в нервных окончаниях холинэргических волокон.

Адреналиноподобные вещества симпатической нервной системы подготавливают и непрерывно повышают тонус мускулатуры матки по мере приближения срока родов, а действие ацетилхолина на этом фоне вызывает сокращения матки. Ацетилхолин обладает могучим возбуждающим действием на сократительную деятельность матки, превышая по силе во много раз все другие сильнейшие контрактильные вещества (А. П. Николаев, Л. С. Персианинов, А. И. Петченко и др.). Представляет большой интерес вопрос о взаимоотношениях холинэргических механизмов с гормональными факторами в регуляции сократительной деятельности матки.

Эстрогенные гормоны способны увеличить синтез ацетилхолина и sensibilizировать матку к действию ацетилхолина. Наши экспериментальные исследования (1952) показали, что ацетилхолин, являясь одним из важнейших факторов в регуляции родовой деятельности, оказывает на мышцу матки наиболее выраженное действие при наличии в организме фолликулярного гормона. Нашими же исследованиями (1948) было установлено взаимное усиление действия питуитрина и ацетилхолина на сократительную деятельность матки. И. Я. Беккерман, подтвердивший это положение, показал, что питуитрин угнетает холинэстеразу — фермент, разрушающий ацетилхолин, следовательно, предохраняет ацетилхолин от разрушения, усиливая этим его действие на матку. Из работ И. Я. Беккермана и др. известно также, что фолликулин угнетает питоциназу — фермент, разрушающий питоцин (питуитрин). Все это указывает на сложнейшую связь и взаимодействие таких факторов, как фолликулин, питуитрин и ацетилхолин, в их влиянии на сократительную деятельность матки.

Обратное влияние на матку оказывает гормон желтого тела — прогестерон, который понижает возбудимость мышцы матки, резко снижая чувствительность ее к ацетилхолину и питуитрину. Исходя из этого, можно полагать, что если почему-либо задняя доля гипофиза выделяет увеличенные количества питуитрина, то наряду с увеличением этого важнейшего окситоического вещества уменьшается активность холинэстеразы, а при этом уменьшается разрушение ацетилхолина — второго сильнейшего окситоического вещества. Отсюда возникает возможность усиления сократительной способности матки.

Если к тому же имеется увеличение в организме фолликулярного гормона, то уменьшается активность питоциназы, а это приводит к замедлению и ослаб-

лению физиологического ритма разрушения питуцина (питуитрина). Как увеличение питуитрина, так и уменьшение, благодаря этому, активности холинэстеразы также может привести к повышению сократительной способности матки.

Развитию сокращений матки способствует также уменьшение в организме количества гормона желтого тела, обладающего угнетающим действием на ацетилхолин и питуитрин.

Образование, разрушение, выделение и действие всех этих гуморальных факторов, регулирующих сократительную деятельность матки, тесно связаны с функцией центральной нервной системы и ее вегетативного отдела.

Ацетилхолин выделяется окончаниями холинергических нервов, к которым относятся не только парасимпатические нервные волокна и преганглионарные волокна симпатических нервов, но также постганглионарные волокна многих симпатических нервов. Иннервация задней доли гипофиза также холинергична, и выделение питуцина связано с раздражением этих нервов, которые также выделяют ацетилхолин (А. А. Белоус). В норме все эти процессы совершаются под регулирующим влиянием коры головного мозга в ее постоянном и тесном взаимодействии с подкоркой. Нарушение этих регулирующих влияний в результате перенапряжения нервной системы, «полома», по Павлову, нормальных функций высших отделов центральной нервной системы, может привести к разладу указанных сложных взаимоотношений нейрогуморальных факторов. В свою очередь, нарушение взаимоотношений между нейрогуморальными факторами, участвующими в качестве промежуточного звена в осуществлении процесса возникновения и регуляции сократительной (родовой) деятельности матки, может привести к выкидышу или преждевременным родам.

З. А. Дроздова показала, что концентрация ацетилхолина в трофобласте при самопроизвольном выкидыше значительно увеличивается. Исследования же А. П. Преображенского, Г. В. Ордынец, С. М. Рафалович и др. указывают на значительное уменьшение количества прогестерона при выкидыше по сравнению с нормально развивающейся беременностью.

Хотя наступление угрозы выкидыша не может быть объяснено только понижением количества прогестерона, но последнее приводит к тому, что чувствительность матки возрастает, а это, при соответствующих условиях, приводит к ее сокращению.

На фоне измененной реактивности матки воздействие различных раздражителей может вызвать сокращение маточной мускулатуры. В это время обычно отмечается понижение возбудимости коры головного мозга. В результате этого наступает ослабление влияний коры на нижележащие отделы мозга, что в свою очередь сопровождается повышением как рефлекторной возбудимости спинного мозга, так и рефлексов со стороны внутренних органов. Повышается возбудимость нервно-мышечного аппарата матки, которая начинает особенно живо реагировать на всякое раздражение, исходящее из внешней и внутренней среды.

Клинические наблюдения показывают, что самопроизвольное прерывание беременности (выкидыш, преждевременные роды) зависит от различных нарушений в организме беременных женщин.

Трудности установления причин, ведущих к наступлению выкидыша, состоят в том, что акушеры имеют дело не с одним этиологическим фактором, а с комплексом факторов, среди которых одни являются предрасполагающими, а другие разрешающими, на что впервые указал В. С. Груздев, который отметил сочетание причин, вызывающих преждевременное прерывание беременности.

Одни причины ведут к прерыванию беременности, вызывая

изменения со стороны плодного яйца или его гибель, другие причины вначале вызывают рефлекторные сокращения матки, гибель же плодного яйца наступает в результате нарушения связи последнего с материнским организмом вследствие отслойки плаценты от своего ложа. Сокращения матки и гибель плодного яйца могут наблюдаться и одновременно. При гибели плодного яйца в организме беременной женщины быстро наступают реактивные изменения, вызывающие сокращения матки с последующим изгнанием погибшего плодного яйца. Первичная гибель плодного яйца может наступить при токсикозах беременности, нефритах, при острых и хронических инфекциях (грипп, тифы, пневмония, малярия, сифилис, бруцеллез и др.), при пороках развития плода, токсоплазмозе, аномалиях оболочек, плаценты и пуповины (неполноценное развитие хориона, инфаркты в плаценте, обширные перерождения последней, пузырьный занос и др.).

Исследования Н. Л. Гармашевой показали тесную связь во взаимоотношениях между матерью и плодом. Импульсы, идущие от плода, оказывают, в частности, влияние и на сокращения матки. Можно полагать, что раздражения, идущие из патологически измененного плодного яйца, имеют большое значение в возникновении сокращений матки.

Не только выраженные токсикозы, но и незначительные их проявления — стертые формы — могут привести к абортam. По данным нашей клиники (З. Ф. Дробня, 1955), поздние токсикозы в 26,1% приводили к преждевременному прерыванию беременности. При этом в плаценте, как правило, обнаруживались выраженные патоморфологические изменения: некроз и фиброзные изменения в ворсинах, кровоизлияния и отек в их стромах, гиалиноз ворсин и стенок кровеносных сосудов.

Выраженные патоморфологические изменения в плаценте с глубоким расстройством плацентарного кровообращения и обуславливают, обычно, прерывание беременности при поздних токсикозах беременности.

Непосредственными причинами выкидыша при острых инфекционных заболеваниях являются высокая температура тела, интоксикация организма, а в некоторых случаях и заражение плода (тиф, ангина и др.). Крупозная пневмония, особенно во второй половине беременности, приводит в 50% случаев к преждевременному прерыванию беременности в результате гипоксии, гипертермии и токсического воздействия. У больных малярией прерывание беременности отмечается в 55,3%, причем аборт наступает в 40,3% и преждевременные роды в 15% (М. Л. Ренигер-Арешева).

При малярии и гриппозной инфекции причиной выкидыша является интоксикация и резкое обеднение организма беременной витамином С (М. Л. Ренигер-Арешева, А. П. Николаев).

Полагают, что витамин С играет большую роль в обеспечении нормальной функции желтого тела, вырабатывающего прогестерон. Недостаточное количество указанного гормона способствует слабому развитию децидуальной ткани и повышению возбудимости маточной мышцы.

Причиной выкидыша может служить одностороннее и недостаточное питание, особенно в отношении витаминов. Между витаминами А, В, С, D и Е и женскими половыми гормонами существует тесная связь. На почве недостатка указанных витаминов развиваются расстройства функций эндокринных органов, регулирующих деятельность полового аппарата, нарушаются процессы зачатия и течения беременности.

По данным зарубежных авторов, сифилис играет значительную роль в самопроизвольном прерывании беременности. В Советском Союзе благодаря широким оздоровительным мероприятиям сифилис является крайне редкой причиной прерывания беременности (Э. М. Кравец, Е. А. Ивенская и др.).

Острые кишечные заболевания и аппендицит, сопровождающиеся усиленной перистальтикой кишечника под влиянием ацетилхолина, приводят к повышению возбудимости и сократительной деятельности матки, нередко сопровождаются выкидышем.

Декомпенсированные пороки сердца, вызывающие застойные явления в слизистой оболочке матки, кровоизлияния в децидуальную оболочку и послед, избыточное накопление углекислоты в крови беременной, являются также одной из причин преждевременного прерывания беременности.

Острые и хронические отравления свинцом, фосфором, ртутью, углекислотой могут быть причиной выкидыша. Но эти причины встречаются редко.

Заболевания крови и кроветворной системы предрасполагают к прерыванию беременности. Новейшие литературные данные показывают, что преждевременное прерывание беременности может быть в результате несовместимости крови матери и плода по резус-фактору (А. Ф. Тур, Ф. В. Виноград-Финкель и С. Б. Скопина, И. И. Канаев, Л. Г. Богомоллова, Т. Г. Соловьева, И. Г. Андрианова и Н. С. Дробышева, А. И. Кривицкий).

Наличие резус-фактора в эритроцитах наблюдается у 85% людей, а у 15% людей указанный фактор отсутствует и их кровь является резус-отрицательной. При резус-несовместимости крови матери и плода в организме беременной происходит образование иммунных антирезус-тел, что и сказывается на течении последующих беременностей. То же самое наблюдается при повторных переливаниях резус-положительной крови людям, имеющим резус-отрицательную кровь. Кровь женщины, содержащая антирезус-тела, проявляет способность к разрушению резус-положительной крови. Резус-несовместимость крови матери и плода, если женщина уже сенсибилизирована к резус-

фактору, приводит к гибели плода и прерыванию беременности, вызывая выкидыш или преждевременные роды. При высокой активности резус-антител самопроизвольные выкидыши могут наступить в ранние сроки беременности (И. А. Штерн и А. М. Королёва, Бернхем — Burnham и Кэтцин — Kätzin, Маклин — Maclin и др.).

По наблюдениям акушерско-гинекологической клиники Минского медицинского института (А. А. Черняк), у 60 женщин, имевших резус-отрицательную кровь, из 179 беременностей 59 (33%) прервались преждевременно и из них 44 беременности закончились самопроизвольными выкидышами.

Воспалительные заболевания, связанные непосредственно с половыми органами (эндометрит и др.), пороки развития матки обуславливают недостаточную децидуальную реакцию со стороны измененного эндометрия, в результате чего создаются неблагоприятные условия для внедрения и последующего развития плодного яйца. Понижение при эндометритах антитриптических свойств децидуальной ткани может привести к кровотечениям в оболочке и выкидышу.

Рубцовые изменения в связочном аппарате, периметриты, ущемление ретрофлексированной матки, фиброматозные узлы в матке, ущемившиеся в тазу опухоли препятствуют росту беременной матки, сопровождаются застоем крови в матке, кровоизлияниями в оболочку и могут привести к выкидышу.

Глубокие разрывы шейки матки, произведенная ранее ампутация шейки оставляют после себя незамкнутым нижний сегмент, что создает предпосылки для прерывания беременности.

Роль психической травмы в прерывании беременности хорошо известна. Испуг, тяжелые нервные потрясения могут вызвать наступление выкидыша или преждевременные роды. В результате психической травмы изменяется возбудимость подкорковых центров, повышается чувствительность рецепторов матки и, кроме того, происходит расстройство функции вазомоторов, следствием чего является нарушение гемодинамики и возникновение кровоизлияний в децидуальной оболочке с отслойкой плодного яйца. Все это вместе взятое и приводит при определенных условиях к изгнанию плодного яйца, сопровождаясь недонашиванием беременности.

Значение физической травмы (падение, ушиб, поднятие тяжестей, бурный coitus, грубо произведенное гинекологическое исследование и др.) в возникновении выкидыша следует оценивать всегда с большой осторожностью.

В литературе имеются описания тяжчайших травм беременных (В. С. Груздев, А. И. Петченко и др.), сопровождающихся переломами костей и т. п., при которых беременность сохранялась и донашивалась до срока. В противоположность этому повседневно встречаются случаи самопроизвольного выкидыша

при незначительных травмах. Чаще всего при этом можно установить наличие других предрасполагающих к аборту факторов (токсикозы, инфекционные заболевания, пороки развития матки). Особенно неблагоприятные условия создаются при сочетании незначительной травмы с гипоплазией матки и эндометри-том в первые 2—3 месяца беременности. Недостаточно выраженная децидуальная реакция недоразвитого или измененного при воспалении эндометрия, неполноценная васкуляризация матки при небольших, но внезапных повышениях внутриматочного давления может сопровождаться отрывом слаборазвитых прикрепляющихся ворсин с последующим кровотечением и «вымыванием» яйца из плодного ложа.

Заболевания органов внутренней секреции (гипо- и гипертиреозы, диабет и др.) могут быть причиной выкидыша. Хорошо известно значение прогестерона для нормального развития беременности. Особенно важна роль гормона желтого тела в создании условий, необходимых для nidаций и имплантации оплодотворенного яйца. При недостаточности желтого тела нарушается процесс имплантации, беременность прерывается в очень ранние сроки и женщина часто не знает, что она была беременна. Значение прогестерона для последующего развития беременности несколько преувеличено. Известно, что после имплантации плодного яйца оперативное удаление желтого тела или обих яичников часто не нарушает развития беременности. В то же время несомненно, что прогестерон необходим при повышенной реактивности матки, инфантилизме половых органов и функциональной недостаточности яичников. Обладая выраженным свойством расслаблять маточную мускулатуру и подавлять действие факторов, вызывающих ее сокращение, прогестерон понижает возбудимость матки и позволяет в «экстренных» случаях приостановить угрозу преждевременного прерывания беременности. Определение выделяемого с мочой продукта метаболизма прогестерона — прегнандиола имеет известное значение для прогноза и контроля за эффективностью лечения при угрожающем выкидыше. По данным Е. И. Кватера, у женщин, страдающих привычными выкидышами, нарушение гормонального баланса в $\frac{2}{3}$ случаев выражается в недостаточном выделении прегнандиола.

Метаболизм эстрогенов осуществляется благодаря окислению их в печени при наличии прогестерона. Окисленные эстрогены являются неактивными в смысле эстрогенного действия. При отсутствии прогестерона не происходит окисления эстрогенов, что сопровождается уменьшением образования стероидных гормонов и увеличением количества хориального гонадотропина. Понижение количества стероидных гормонов сопровождается отслойкой децидуальной оболочки.

В настоящее время показано большое значение эстрогенов для нормального развития беременности. Ряд авторов (П. Г. Шу-

шания, Г. Смес и О. Смес — G. Smith, O. Smith, Сегю — Z. Seguy, Карнаки — K. Karнаky, X. де Ваттевиль — H. de Watteville и др.) с успехом использует при лечении угрожающих выкидышей синтетические эстрогены, учитывая, что последние регулируют гормональный обмен. Применяемый в этих случаях диэтилстилбэстрол используется не в силу его эстрогенных свойств, а потому, что он обладает свойством улучшать утилизацию хорионического гормона плацентой, вследствие чего в дальнейшем повышается продукция плацентой стероидных гормонов-эстрогенов и прогестерона (Е. И. Кватер). Введение эстрогенов целесообразно также при недостаточной функции яичников и половом инфантилизме. При нормальной или повышенной экскреции эстрогенов последние при угрозе прерывания беременности противопоказаны. Также противопоказано введение прогестерона при нормальной экскреции прегнандиола. Динамика выведения прегнандиола в ответ на введение диэтилстилбэстрола является более важным прогностическим свойством, чем абсолютные цифры выделения прегнандиола. При этом повышение кривой выделения прегнандиола указывает на благоприятный прогноз. Если же после введения диэтилстилбэстрола количество прегнандиола остается на одном уровне или уменьшается, то прогноз становится неблагоприятным (Е. И. Кватер).

И. Ф. Жордания (1955) весь комплекс причин, вызывающих преждевременное прерывание беременности, разделяет на две группы: первая группа — причины предрасполагающие (общие заболевания женского организма и заболевания половых органов) и вторая группа — причины, непосредственно воздействующие (физическая и психическая травма).

Таким образом, прерывание беременности может наступить от самых различных причин, встречающихся обычно в разнообразных сочетаниях. Но степень реакции организма беременной женщины на внутренние или внешние вредные воздействия зависит от состояния центральной нервной системы, от реактивности организма вообще и нервно-мышечного аппарата матки в частности.

Исходя из сказанного, вполне понятно, что для предупреждения самопроизвольного выкидыша или преждевременных родов необходимо стремиться к устранению причин, способствующих или вызывающих преждевременное прерывание беременности.

Наиболее частыми этиологическими факторами, обуславливающими недонашивание беременности, являются недоразвитие матки и эндометрит.

Забота о правильном развитии женского организма, начиная с детского возраста, профилактика общих инфекционных заболеваний, а также воспалительных процессов половых органов, своевременное и правильное их лечение имеют большое значение

в борьбе с недонашиваемостью. Указанные мероприятия проводятся объединенными усилиями женских и детских консультаций. Врач должен помнить, что лечение недоразвития половых органов, особенно матки, и эндометрита должно проводиться еще до наступления беременности.

Большую роль в профилактике недонашивания беременности играют женские консультации при обслуживании беременных женщин. Ранняя явка в консультацию и тщательное обследование беременных помогают выявить наличие факторов, способствующих преждевременному прерыванию беременности.

Все беременные женщины, работающие на промышленных предприятиях, должны быть освобождены от ночных и сверхурочных работ, работы в горячих цехах и связанной с подъемом тяжестей. Женские консультации обязаны следить за строгим выполнением законов по охране труда беременных женщин.

Женщины с гипоплазией половых органов, пороками развития матки и инфантилизмом, с хроническим эндометритом при наступлении беременности, так же как и женщины, имеющие в анамнезе повторные выкидыши невыясненной этиологии, берутся на особый учет. Этим женщин необходимо оберегать от всех видов травмы. Работу, связанную с подъемом и переноской тяжестей, а также с сотрясением тела (работа на транспорте, на вибрирующем полу в цехе и др.), запрещают, переводя их на более легкую и в спокойных условиях. Прыжки, работа на швейных машинах и станках с ножным приводом, так же как и половая жизнь в первые 3 месяца и в конце беременности, должны быть запрещены.

Беременные женщины с токсикозом, инфекционными заболеваниями, гиповитаминозами, болезнями крови и сердечно-сосудистой системы берутся на учет и им проводится соответствующее лечение в условиях стационара или амбулаторно.

Большое значение имеет правильный режим труда и отдыха, рациональное, богатое витаминами питание беременных.

При наличии признаков угрозы выкидыша или преждевременных родов необходимо приостановить дальнейшее развитие угрожающего прерывания беременности, способствуя ее сохранению и донашиванию до срока нормальных родов.

Первым условием является создание полного физического и психического покоя. Больная должна соблюдать строгий постельный режим, что лучше всего обеспечивается в больничной обстановке. При хороших квартирных условиях и наличии лица, обеспечивающего надлежащий уход за больной, последняя может быть оставлена и дома.

Весьма целесообразным является применение психотерапии с целью укрепления уверенности в сохранении беременности.

М. Я. Милославский, наблюдая 208 беременных с признаками угрожающего прерывания беременности, показал, что у таких

беременных имеются функциональные нарушения в высших отделах центральной нервной системы, которые выражаются в понижении возбудимости головного мозга. При дальнейших своих исследованиях М. Я. Милославский, используя метод плетизмографии, показал, что при угрожающем прерывании беременности отмечается значительное снижение и нередко полное отсутствие сосудистых реакций на различные безусловные раздражители. После лечения словесным воздействием сосудистые реакции становились живыми и более выраженными.

Под влиянием лечения методом словесного воздействия как в состоянии бодрствования больных, так и в состоянии условно-рефлекторного сна, М. Я. Милославский наблюдал снятие указанных нарушений. Из 208 беременных женщин у 199 сохранилась беременность, у 6 произошел выкидыш, у 3 — преждевременные роды.

Из 95 беременных, находившихся длительное время под наблюдением, 83 родили в срок, у 9 — преждевременные роды (все дети живы) и только у 3 наступил самопроизвольный выкидыш.

С целью снижения повышенной возбудимости матки и прекращения сокращений мускулатуры и начавшейся отслойки плодного яйца, обычно назначают внутрь настойку опия по 8 капель на прием 2—3 раза в день в течение 2—3 дней.

Многие врачи увлекаются назначением прогестерона при угрожающем прерывании беременности и применяют его длительное время. В литературе есть указания, что прогестерон обладает малой эффективностью при лечении женщин с угрожающим невынашиванием беременности (Л. А. Решетова); кроме того, длительное применение прогестерона без учета его содержания в организме может оказать неблагоприятное влияние на течение беременности, на жизнеспособность плода, что может привести к наступлению выкидыша или рассасыванию плодного яйца. Однако, учитывая, что прогестерон быстро воздействует на мускулатуру матки, понижая ее возбудимость, его целесообразно назначать при угрожающем или начавшемся выкидыше в виде внутримышечных инъекций по 5 мг в течение 6—8 дней. Вместо прогестерона можно назначить прегнин, выпускаемый в таблетках (по 5 мг 2—3 раза в день). При отсутствии препаратов желтого тела можно применять свежую плацентарную кровь, полученную от здоровых женщин. Кровь вводят внутримышечно по 10 мл каждые 7—10 дней до 4-го месяца беременности (И. И. Яковлев).

При гормональной терапии угрожающего выкидыша большое значение имеет определение экскреции прегнандиола и эстрогенов, позволяющее проводить более рациональное лечение. При пониженном количестве прегнандиола целесообразно назначение прогестерона, если же экскреция прегнандиола в пределах нормы — прогестерон противопоказан, так как при этом опасность

наступления выкидыша увеличивается. При низком уровне экскреции прегнандиола и эстрогенов ряд авторов указывает на хорошие результаты от применения диэтилстилбэстрола. Е. И. Кватер рекомендует назначать диэтилстилбэстрол по 10—15 мг в сутки до прекращения угрожающих симптомов. Если после его применения уменьшается экскреция прегнандиола, назначается прогестерон ежедневно или через день по 10—20 мг внутримышечно.

При пониженном выделении эстрогенов, особенно при инфантильной матке, применяют диэтилстилбэстрол (10 000—20 000 ЕД) в сочетании с прогестероном (10 ЕД) в течение 12—14 дней, учитывая, что эстрогены стимулируют рост матки.

Женщинам с повышенной возбудимостью целесообразно назначать микстуру из 1—2% раствора бромистого натрия с добавлением валерианы. При привычных выкидышах И. И. Яковлев рекомендует применять бром и кофеин; 5—10 мл 10% раствора бромистого натрия вводится внутривенно через день, а 1 мл 10% раствора бензойно-натриевой соли кофеина вводят подкожно 2 раза в день. Лечение проводится в течение 2—3 недель. В промежутках между введениями брома назначаются внутривенные инъекции 20 мл 40% раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой.

Весьма целесообразным является применение витаминов А, В, С, D, Е у женщин с угрожающим выкидышем. Витамин С, активирующий ферментативные и гормональные процессы у матери и плода, назначается или в виде аскорбиновой кислоты (0,05 г три раза в день), или в виде продуктов, которые содержат этот витамин (сироп, настой из шиповника, фрукты и свежие ягоды, овощи). Рекомендуется назначение пивных дрожжей, рыбьего жира и других продуктов, содержащих упомянутые витамины.

Витамин Е усиливает продукцию гормона желтого тела или потенцирует его активность. Имеются также данные о том, что витамин Е активизирует процессы клеточного деления, чем способствует правильному развитию зародыша.

В методическом письме Министерства здравоохранения СССР от 28. VII 1955 г. витамин Е рекомендуется назначать при лечении угрожающего выкидыша. Витамин Е применяется в виде витаминизированного масла, его назначают внутрь по 10—40 мг 1—2 раза в день. На курс лечения дают от 200 до 2 000 мг витамина, в зависимости от выраженности симптомов.

Одновременно с витамином Е назначают внутримышечные инъекции прогестерона по 5 мг один раз в день в течение 6—8 суток. Лечение проводится в стационаре.

Женщинам, имевшим повторные привычные выкидыши, витамин Е назначается также в сочетании с прогестероном профи-

лактически еще до наступления признаков прерывания беременности, и лечение проводится амбулаторно.

При угрожающем преждевременном прерывании беременности рекомендуют назначать 2% содовый раствор в клизмах (Я. Г. Буханов) или питьевую соду внутрь по 0,5 чайной ложки два раза в день (И. С. Легенченко). Наши наблюдения показывают, что назначение соды при угрожающих выкидышах и преждевременных родах является целесообразным и должно применяться в комплексе с другими лечебными мероприятиями.

По данным Л. А. Решетовой, предложенный ею метод (диатермия солнечного сплетения и окологпочечной области) дает очень хорошие результаты и способствует вынашиванию беременности до нормального срока у 83,5% женщин, имевших признаки угрожающего прерывания беременности. Решетова установила рефлекторное влияние диатермии на тонус сосудов и сократительную деятельность матки. При диатермии солнечного сплетения и окологпочечной области отмечается расширение сосудистого русла матки, обычно сопровождающееся учащением сердцебиения плода, ослаблением сокращений матки и снижением тонуса мышцы.

Применение метода Решетовой и в нашей клинике неоднократно сопровождалось хорошими результатами при лечении угрожающих выкидышей. Решетова рекомендует диатермию солнечного сплетения при сроке беременности до 16 недель, а позднее — диатермию окологпочечной области. Назначается чаще всего 6—10 сеансов по 20—30 минут ежедневно. Сила тока от 0,3 до 0,5 А при диатермии солнечного сплетения и от 0,5 до 1 А при диатермии окологпочечной области.

При угрожающем прерывании беременности, наряду с применением лечебных мероприятий, снижающих повышенную возбудимость матки и повышающих жизнеспособность плодного яйца, необходимо проводить терапию с учетом выявленных этиологических факторов (заболеваний). При наличии инфекции назначают пенициллин (по 50 000 МЕ через каждые 3 часа) и другие препараты. При токсикозах проводится лечение основного заболевания и принимаются меры к сохранению беременности.

Назначение кровоостанавливающих средств (спорынья, эргин, питуитрин, стиптицин и т. п.), применение холода на живот при угрожающем и начавшемся прерывании беременности противопоказано и является грубой ошибкой. Указанные средства и ряд других усиливают сокращения матки и способствуют дальнейшей отслойке плодного яйца. Нельзя назначать также спринцевания и грелки на живот. Повторное влагалищное исследование без настоятельных показаний производить не следует.

Привычный выкидыш

Привычный выкидыш — самопроизвольный выкидыш, повторяющийся при следующих одна за другой беременностях. Наиболее частыми причинами привычного выкидыша являются заболевания материнского организма: хронические инфекции (сифилис, туберкулез, бруцеллез, малярия, токсоплазмоз и др.), заболевания половых органов (аномалии развития, воспалительные заболевания и последствия искусственных абортов).

В настоящее время в литературе имеются сообщения о том, что в возникновении привычного недонашивания беременности имеют большое значение латентные инфекции, при которых женщина может оставаться практически здоровой. Классическим примером является группа антропозоонозов (бруцеллез, токсоплазмоз, листериоз, орнитоз, риккетсиоз и др.).

Женщина, будучи бациллоносителем, при наступлении беременности становится источником заражения плода в силу положительного тропизма токсоплазм, листерелл и др. к беременной матке. Кроме того, причиной привычного выкидыша могут быть нарушения функции желез внутренней секреции (яичников, щитовидной, поджелудочной, надпочечника и др.), нарушения обмена и недостаточное или неполноценное питание, особенно в отношении витаминов, токсикозы беременности, заболевания сердца, почек, печени и др.

Заболевания системы крови и особенно изоантигенная несовместимость крови матери и плода нередко сопровождаются привычными выкидышами. При этом наибольшее значение имеет несовместимость крови по резус-фактору и групповая несовместимость крови супругов.

Одной из причин привычных выкидышей является анатомическое нарушение шейки матки при ее глубоких разрывах и ампутациях, а также несостоятельность нижнего сегмента и шейки матки. В результате этого растущее плодное яйцо начинает растягивать стенки нижнего сегмента и шейки матки, выпячиваясь в шеечный канал, а при наличии глубоких разрывов шейки или ее укорочении после ампутации — выступает из наружного зева. При несостоятельности нижнего сегмента и шейки матки выкидыш наступает на 4—7-й месяц беременности. Несостоятельность шейки матки может быть врожденной, в результате аномалии развития и иннервации, или чаще приобретенной, вследствие травматических воздействий при операциях, родах и абортах.

В возникновении привычного выкидыша определенное значение имеет психическая травма и эмоциональные факторы. Е. Ф. Попова рассматривает привычный выкидыш в ряде случаев как патологический условный рефлекс. Она полагает, что определенный срок прерывания предшествующей беременности и

определенные условия среды в этот момент могут приобретать свойства условного комплексного раздражителя, играющего роль патогенного фактора при самопроизвольном прерывании последующей беременности. При привычном прерывании беременности имеют значение следовые реакции, боязнь за сохранение беременности, страх перед возможностью повторного выкидыша. В литературе имеются сообщения о возникновении выкидышей вследствие патологического состояния самого плодного яйца в результате неполноценности яйцеклетки или сперматозоида, зависящей от заболевания у супругов (Тилак — Н. Tilak, 1955, Иштван — В. Istvan, 1956, и др.).

Диагностика происходящего привычного выкидыша сама по себе несложна. Анамнестические данные о повторном прерывании следующих одна за другой беременностей и клиническая картина самопроизвольного аборта позволяют легко поставить диагноз. Однако распознавание причины привычного выкидыша и установление ранних симптомов угрозы его до клинических проявлений является трудной задачей. Помимо тщательно собранного анамнеза и всестороннего клинического обследования, необходимо исследовать кровь на плазмодий малярии, определить реакцию Вассермана, Кана, Закс-Витебского, резус-принадлежность и групповую совместимость крови супругов. При подозрении на токсоплазмоз и листериоз производят серологические реакции и внутрикожные пробы, с целью выявления бруцеллеза ставят реакцию Райта и Хеддельсона. Гормональные нарушения выявляются при определении гормонального зеркала, и в частности, — содержания прегнандиола в суточной моче, общих эстрогенов и 17-кетостероидов. Помимо этого, определяют цитологическую картину влагалищных мазков, симптом арборизации слизи цервикального канала, симптом «зрачка» и базальную температуру на протяжении 1—2 менструальных циклов. С целью выявления недостаточности желтого тела, помимо названных тестов функциональной диагностики, производят гистологическое исследование соскобов эндометрия, взятых у женщин до наступления беременности. А. М. Барнаган-Гадзиева из 50 женщин, страдающих привычными выкидышами и обследованных вне беременности, у 33 обнаружила отклонения от нормы в уровне половых гормонов в моче, в цитологической картине влагалищных мазков и морфологии эндометрия. Во время беременности нарушения уровня гормонов в моче наблюдались еще чаще и из 39 женщин были выявлены у 30: у 18 женщин наблюдался дефицит прегнандиола, у 12 недостаточность прегнандиола и общих эстрогенов, а у 3 из последних отсутствовали 17-кетостероиды. При цитологическом исследовании вагинального мазка во время нормальной беременности никогда не обнаруживаются клетки, свидетельствующие о преобладающем влиянии эстрогенов на слизистую оболочку влагалища. Ядра этих клеток ацидо-

фильны, имеют продолговатую форму и расположены на периферии клеток. При угрожающем выкидыше, вследствие изменения гормонального баланса, появляются поверхностные клетки, ороговевающие (ацидофильные с большим ядром) или уже ороговевшие (эозинофильные с пикнотическим ядром). Изменение цитологической картины в обратном направлении указывает на благоприятный результат терапии. Е. И. Кватер, Хожштедт и Лангер (В. Hochstaedt, G. Langer) из 158 женщин с привычными выкидышами в 81% отметили нарушения гормональных соотношений, установленные по цитологии влагалищных мазков. Ботелла-Ллузиа (j. Botella-Llusia) недостаточность желтого тела как причину раннего аборта отмечает у 1,5% всех женщин, страдающих бесплодием. Наличие опухоли и неправильных положений половых органов, равно как и воспалительные процессы с явными анатомическими изменениями, устанавливаются легко гинекологическими методами исследования. Пороки развития матки, особенно гипоплазия или инфантилизм последней, более точно распознаются в небеременном состоянии, т. е. по окончании послеабортной инволюции.

Несостоятельность шейки матки и внутреннего маточного зева можно заподозрить при поздних выкидышах неясной этиологии и наличии глубоких разрывов шейки, ампутации шейки матки, зиянии цервикального канала, незаживших разрезах после гистеротомии. При несостоятельности внутреннего маточного зева и беременности 4—5 месяцев может наблюдаться выпячивание оболочек плодного яйца в шейечный канал. По окончании послеабортной инволюции через внутренний зев без сопротивления входит 8-й номер расширителя Гегара (Пальмер). Для уточнения несостоятельности шейки матки и маточного зева применяется гистерография. Однако обычная гистерография определяет лишь контуры шейки и истмуса, но не дает ясного представления о степени их расширения. В последнее время получают большое распространение исследования с помощью резинового баллона, вводимого в полость матки и наполняемого контрастным веществом. Серийные снимки после наполнения баллона и при его извлечении через истмус и шейку показывают наличие и степень расширения их.

Если не удается выявить причины повторных поздних выкидышей, то этим беременным следует провести лечение бийохинолом по 3 мл внутримышечно 6—10 инъекций через каждые 3 дня с последующим введением пенициллина до 4—6 миллионов МЕ. Подобная терапия, по данным В. С. Дорохиной и А. С. Чирковой, позволяет получить более благоприятные результаты по сравнению с предыдущими беременностями.

При несостоятельности шейки и внутреннего маточного зева применяются пластические операции с целью устранения деформации, разрывов и т. п. При несостоятельности шейки функцио-

нального характера за рубежом широко используются операции, сущность которых заключается в суживании области внутреннего зева с помощью швов из нейлоновой тесьмы (Лаш — Lash, Широкар — Shirodkar и др.). Швы удаляют на 36—38-й неделе беременности, наступившей после наложения швов. В последние годы Широкар, Мак-Дональд (Mc Donald) применяют с успехом подобную операцию и во время беременности при угрожающем аборте.

У женщин, страдающих привычными выкидышами на почве инфантилизма, недостаточности функции яичников, воспалительных заболеваний половых органов, следует проводить лечение до наступления беременности. Е. И. Кватер рекомендует в подобных случаях курс лечения эстрогенами и прогестероном в соответствии с индивидуальным менструальным циклом (не менее 3 циклов) в сочетании с влагалищно-крестцовой диатермией и воротником по Щербак по 15 процедур, чередуя их через день.

Лечение во время беременности женщин, страдающих привычными выкидышами, должно носить выраженный профилактический характер (режим питания, труда и отдыха, пребывание на свежем воздухе, психотерапия и проч.). При наступлении беременности Е. И. Кватер рекомендует назначать прогестерон внутримышечно по 5 мг 2 раза в день в течение 10 дней в начале II, IV, VII месяцев беременности.

При угрозе прерывания беременности — немедленная госпитализация и лечение, как и при первичном самопроизвольном аборте. После исчезновения симптомов угрожающего выкидыша беременная должна оставаться в стационаре еще 10—15 дней и затем выписывается для амбулаторного наблюдения.

При гормональной терапии угрожающего выкидыша большое значение имеет определение экскреции прегнандиола и эстрогенов, позволяющее проводить более рациональное лечение. При пониженном количестве прегнандиола целесообразно назначение прогестерона; если же экскреция прегнандиола в пределах нормы — прогестерон противопоказан, так как при этом опасность наступления выкидыша увеличивается. При низком уровне экскреции прегнандиола и эстрогенов ряд авторов указывает на хорошие результаты от применения диэтилstilбэстрола. Е. И. Кватер рекомендует назначать диэтилstilбэстрол по 10—15 мг в сутки до прекращения угрожающих симптомов. Если после его применения уменьшается экскреция прегнандиола, назначается прогестерон ежедневно или через день по 10—20 мг внутримышечно.

При пониженном выделении эстрогенов, особенно при инфантильной матке, применяют диэтилstilбэстрол (10 000—20 000 ед.) в сочетании с прогестероном (10 мг) в течение 12—14 дней, учитывая, что эстрогены стимулируют рост матки.

РЕЗУС-ФАКТОР КРОВИ И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

Обнаруженный в 1937 г. новый, дополнительный агглютиноген в человеческой крови — резус-фактор — вызвал большой интерес среди иммунологов и гематологов. В отличие от других, ранее открытых дополнительных факторов крови — М, N, P и др., резус-фактор привлек к себе внимание клиницистов, так как оказалось, что он имеет большое значение в клинической практике. Особенно велико его значение в акушерстве и гинекологии, поскольку исследованиями отечественных и иностранных авторов установлено, что несовместимость крови матери и плода по резус-фактору может обусловить патологические исходы беременности и является самой частой причиной развития гемолитической болезни плода и новорожденного. Кроме того, доказано, что при повторных переливаниях совместимой в групповом отношении крови возможно возникновение у реципиента (особенно у женщин с отягощенным акушерским анамнезом) тяжелой посттрансфузионной реакции или осложнения даже со смертельным исходом, обусловленных несовместимостью крови по резус-фактору. За последние годы достигнуты заметные успехи в диагностике, лечении гемолитической болезни и в профилактике шоковых посттрансфузионных реакций и осложнений, связанных с резус-несовместимостью. Однако до сих пор во многих родовспомогательных учреждениях наблюдаются случаи, когда о резус-отрицательном факторе крови у женщин становится известно только после родов, когда у ребенка появляются симптомы тяжелой гемолитической болезни. Также наблюдаются еще случаи серьезных осложнений, связанных с переливаниями несовместимой по резус-фактору крови роженицам, родильницам и гинекологическим больным. Это объясняется тем, что не все родовспомогательные учреждения уделяют внимание изучению вопросов, связанных с резус-несовместимостью, и не проводят исследования на резус-фактор беременных женщин уже при первом посещении консультации. А между тем угрожающее прерывание беременности, спонтанный выкидыш, преждевременные роды,

внутриутробная смерть плода, мертворождение, смерть новорожденного в ближайшие дни после родов являются в части случаев результатом неустановленной или поздно диагностированной изосенсибилизации матери к резус-антигену, несвоевременной госпитализации такой беременной, неправильного лечения и отсутствия должного наблюдения после родов.

Необходимо, чтобы каждый врач-гинеколог (особенно участковый врач женской консультации), врач сельской участковой больницы, акушерка фельдшерско-акушерского пункта и колхозного роддома были знакомы с особенностями и свойствами резус-фактора, методикой его определения, диагностикой, профилактикой и лечением гемолитической болезни новорожденных, профилактикой и лечением посттрансфузионных реакций и осложнений от резус-несовместимой крови и методами своевременного оказания квалифицированной помощи.

Открытие резус-фактора, его свойства и особенности. Резус-фактор открыт Ландштейнером и Винером в 1937 г. при иммунизации кроликов кровью обезьян типа *macacus rhesus*. Полученная ими иммунная сыворотка кроликов обнаружила способность агглютинировать эритроциты обезьян резус. Следовательно, в эритроцитах обезьян резус содержится особый агглютиноген (фактор-субстанция), введение которого в другой организм вызвало образование специфических антител против них — антирезус-агглютининов. Эта же сыворотка оказалась способной агглютинировать и эритроциты большинства людей. Следовательно, в их крови имеется такой же антиген (фактор), как и в крови обезьян.

Этот вновь открытый агглютиноген был назван авторами резус-фактором (сокращенно Rh). Дальнейшими исследованиями при помощи стандартных сывороток «антирезус» было установлено наличие резус-фактора в эритроцитах около 83—88% людей. Люди, имеющие этот фактор, названы резус-положительными (Rh+), не имеющие его — резус-отрицательными (Rh—).

Резус-фактор локализуется в строме эритроцитов, в ее липопротеиновой части, названной эленином. Кроме эритроцитов, он выявлен также в печени, поджелудочной железе, селезенке, почках и надпочечниках. Из жидкостей человеческого организма резус-фактор обнаружен в амниотической жидкости, желудочном соке и в незначительном количестве в слюне. Н. И. Косяков обнаружил резус-антиген в клетках желудка, пищевода, а также в клетках раковых опухолей.

Резус-фактор одинаково распределяется среди мужского и женского населения, среди взрослых и новорожденных и не связан с принадлежностью по системе АВО и MN. Он так же постоянен, как и прочие изосерологические факторы. Резус-фактор — индивидуальное свойство эритроцитов человека, которое передается по наследству от одного или обоих родителей. При от-

сутствии его у родителей он не встречается у детей. Резус-отрицательная кровь у детей может быть при всех комбинациях Rh у родителей, т. е. независимо от того, является ли их кровь резус-положительной или резус-отрицательной. Резус-фактор может исчезнуть у потомства, если он был у одного или даже у обоих родителей (Т. А. Ичаловская).

Человеческие антирезус-сыворотки, при помощи которых определяется резус-фактор, имеют различные агглютинационные свойства. Одни из них дают 95% положительных реакций, другие — 60—75%, третьи — 25—30%. Различные агглютинационные свойства антирезус-сывороток привели к выводу о существовании разновидностей резус-фактора, из которых основными являются следующие три типа: Rh₀, Rh₁ и Rh₂. Особенность каждого типа заключается в том, что в ответ на введение в организм крови с определенным резус-типом в сыворотке вырабатываются соответствующие агглютинины. Так, Rh₀ вызывает образование анти-Rh₀-агглютининов, тип Rh₁ — анти-Rh₁-агглютининов, тип Rh₂ — анти-Rh₂-агглютининов. Сыворотка анти-Rh₀ агглютинирует эритроциты у 85% образцов крови, сыворотка анти-Rh₁ — у 70%, сыворотка анти-Rh₂ агглютинирует эритроциты у 30% образцов крови.

Разновидности резус-фактора встречаются по отдельности и в сочетании между собой. Виннер выделил 8 разновидностей резус-фактора, распределение которых довольно различно. Наиболее распространенной разновидностью являются типы Rh₀, Rh₁ и Rh₂, к которым принадлежит до 70% населения. Существование разновидностей указывает на то, что резус-фактор не представляет собой единого вещества, как, например, факторы M и N, а состоит из нескольких веществ, имеющих, возможно, качественные различия.

Наличием разновидностей можно объяснить наблюдающиеся случаи гемолитической болезни у детей, матери которых имеют резус-положительную кровь. В литературе описаны случаи, когда при резус-положительной крови у родителей рождались дети с гемолитической болезнью. Кровь отца и ребенка в этих случаях имела другую разновидность резус-фактора по сравнению с кровью матери.

В повседневной работе практически достаточно различать только резус-положительные и резус-отрицательные свойства крови. В случаях наступления резус-иммунизации у лиц с резус-положительной кровью необходимо исследовать тип резус-фактора.

Дифференциация резус-фактора в организме человека начинается уже с 3—4 месяцев внутриутробного развития, поэтому резус-принадлежность плода может быть точно установлена, начиная с этих сроков. Исследования В. А. Струкова показали, что появление резус-фактора у плода совпадает с началом кровото-

рения в печени и поступлением в периферическую кровь безъядерных форм эритроцитов.

Главной отличительной особенностью резус-фактора является его хорошо выраженная способность к изоиммунизации, т. е. введение этого антигена (внутривенно, внутримышечно, подкожно, через рот и через прямую кишку) вызывает образование в организме реципиента иммунных антирезус-тел типа агглютининов. Обычно резус-фактор, находясь в эритроцитах человека, наряду с факторами А и В, не имеет в сыворотке соответствующих агглютининов «антирезус», подобных α и β , но они могут образоваться при следующих двух условиях: 1) при повторных введениях резус-положительной крови реципиентам обоего пола с резус-отрицательной кровью, 2) при беременности женщины с резус-отрицательной кровью плодом с резус-положительной кровью, унаследованной от отца. В последнем случае резус-фактор плода, проникая через плацентарный барьер в кровь матери, становится источником образования у нее иммунных антител против резус-фактора.

Способность резус-фактора к агглютинации неодинакова у различных людей. Так, например, одни и те же сыворотки антирезус агглютинируют эритроциты одних людей к 4—5 минутам, а других — к 10 минутам. Характер агглютинации также бывает различный: крупнозернистая агглютинация и мелкопесочная.

Методика определения резус-фактора в эритроцитах. Для определения резус-фактора в крови обследуемого необходимо иметь стандартные антирезус-сыворотки различных групп крови и при проведении реакции пользоваться только совместимыми в групповом отношении сыворотками. Так, для определения резус-фактора в крови А, В, АВ группы надо строго применять сыворотки антирезус одноименной группы или группы АВ. Только в эритроцитах 0 группы определение резус-фактора может осуществляться антирезус-сывороткой любой группы. Перед определением резус-фактора должна быть тщательно определена групповая принадлежность обследуемой крови. Несоблюдение этого правила может привести к ложным выводам, так как агглютинация может осуществляться за счет α - и β -агглютининов.

При наличии антирезус-сыворотки одной группы ее целесообразно превратить в универсальную, нейтрализовав агглютинины α и β . Для этой цели Н. И. Блинов предложил прибавлять к антирезус-сыворотке слюну человека групп А и В, поскольку в слюне человека-выделителя содержится тот же агглютиноген, который имеется в эритроцитах.

Антирезус-сыворотки можно получить из человеческой крови и крови иммунизированных животных. Человеческие антирезус-сыворотки возможно получить: 1) от беременных женщин с резус-отрицательной кровью и выраженными резус-антителами, в анамнезе которых имеются выкидыши, мертворождения, гемолитические заболевания новорожденных на почве иммунизации матери резус-положительным плодом во время беременности; 2) из ретроплацентарной крови тех же женщин и 3) из крови реципиента с резус-отрицательной кровью, перенесшего посттрансфузионную реакцию от резус-положительной крови.

Определение резус-фактора проводится двумя методами:

1) при помощи пробирок (пробирочная методика), 2) при помощи чашек Петри (методика Ленинградского института переливания крови).

Пробирочная методика: из пальца или вены, а у новорожденных — из пуповины берут 2—3 мл крови в пробирки, содержащие 0,55% раствор лимоннокислого натрия. После центрифугирования плазма удаляется, и эритроциты двукратно отмываются физиологическим раствором. Затем из центрифугата переносят в пробирку, в которую предварительно наливается 49 капель физиологического раствора, одну каплю отмытых эритроцитов. Это и будет 2% взвесь эритроцитов. Реакцию ставят следующим образом: в маленькие пробирки (высотой 2—2,5 см и диаметром 0,5—0,6 см, со сферическим гладким дном), установленные в штатив, вводится по 2 капли сыворотки-

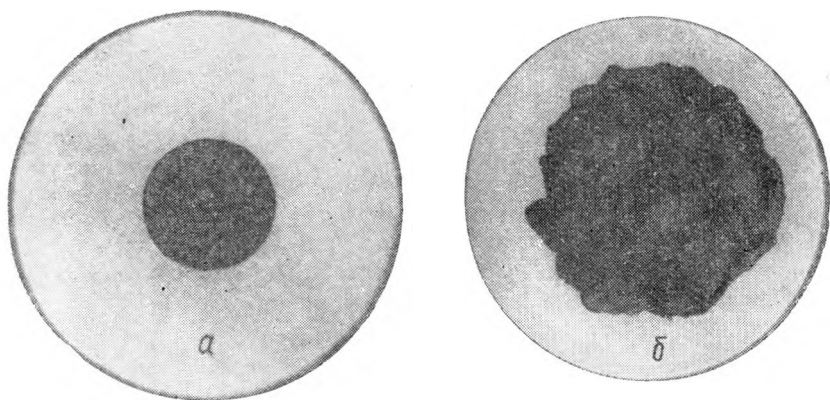


Рис. 26. Результаты определения резус-фактора:
а — реакция отрицательная; б — реакция положительная.

антирезус и по одной капле 2% взвеси испытуемых эритроцитов. Пробирки тщательно встряхивают и оставляют в термостате на 1 час при температуре 37° или при комнатной температуре не ниже 20°. Через час осадок рассматривают через лупу сверху по продольной оси пробирки над электрической лампочкой, закрытой матовым стеклом. В случае резус-отрицательной крови агглютинации не происходит и осадок эритроцитов на дне пробирки представляет собой гладкий, правильно очерченный маленький кружок без шероховатостей и неровностей. В случае резус-положительной крови осадок расположен неравномерным слоем, видна шероховатость, губчатость его структуры, края осадка неровны, зазубрены и диаметр его больше диаметра осадка при резус-отрицательной крови.

Контроль ставится с заведомо известными резус-положительными и резус-отрицательными эритроцитами.

Методика определения при помощи чашек Петри. Испытуемая кровь берется в сухую пробирку без стабилизатора в количестве 3—5 мл. Через 10 минут пробирка встряхивается для отделения сгустка от стенок пробирки. После того как отстоится сыворотка, кровь готова для исследования.

На чашку Петри наносится два ряда по три капли стандартной антирезус-сыворотки двух серий. В первые капли каждой серии добавляется по одной капле 10% взвеси испытуемых эритроцитов, во вторые капли — по одной капле 10% взвеси стандартных резус-положительных эритроцитов и в третьи капли — по одной капле стандартных резус-отрицательных эритроцитов. Вторые и третьи капли являются контролем. Капли перемешиваются отдельными стеклянными палочками, и чашку помещают в водяную баню при тем-

пературе 42—48°. По истечении 7—10 минут чашку извлекают и макроскопически (над белым фоном) учитывают результаты.

Если агглютинация имеется в каплях с испытуемыми и резус-положительными эритроцитами и отсутствует в каплях с резус-отрицательными эритроцитами,—испытуемая кровь резус-положительная. При отсутствии агглютинации в каплях с испытуемыми и резус-отрицательными эритроцитами и наличии ее в каплях с резус-положительными эритроцитами —испытуемая кровь резус-отрицательная (рис. 27).

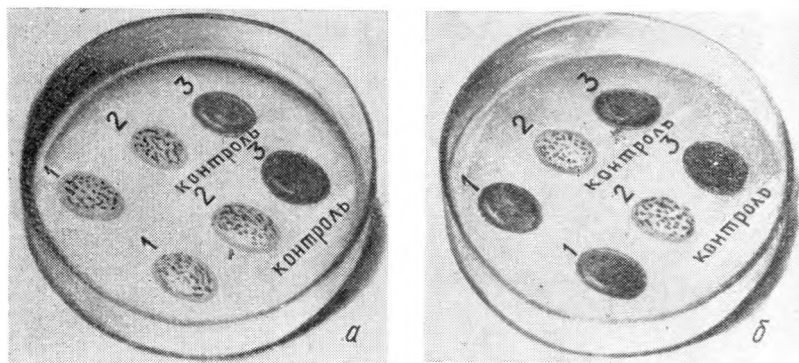


Рис. 27. Результаты определения резус-фактора при помощи чашек Петри:
а — испытуемая кровь резус-положительная; б — испытуемая кровь резус-отрицательная.

Серологические свойства резус-фактора отличаются от свойств А и В. Если обычная реакция агглютинации проводится при комнатной температуре, то резус-фактор в этих условиях не выявляется или же дает крайне слабую реакцию. Наилучшей температурой для его определения является 35—45° С (Н. С. Дробышева).

Исследование резус-фактора должно проводиться только в свежей крови, так как бактериально загрязненная кровь приобретает свойства неспецифической агглютинации. При хранении крови в стерильных условиях резус-фактор начинает ослабевать приблизительно с 15-го дня.

При некоторых заболеваниях (нефриты, гепатиты и др.) резус-фактор ослабевает и титр его резко снижается, а по выздоровлении снова усиливается (Т. Г. Соловьева).

Высушивание крови в термостате при температуре 32—34° в течение суток губительно действует на резус-фактор. При замораживании крови с последующим оттаиванием резус-фактор разрушается и стандартными антирезус-сыворотками определить его не удастся (Т. Г. Уточкина).

Значение резус-фактора в возникновении гемолитической болезни новорожденных. Гемолитическая болезнь новорожденных является одним из тяжелых заболеваний периода новорожденности и характеризуется, главным образом, тяжелой желтухой и анемией. Буль в 1861 г. впервые описал характерные патологические изменения при тяжелых формах желтухи. Таковы увеличенная печень, богатая кровью, с неизмененными печеночными клетками, но наполненными жи-

ровыми капельками, увеличенная мягкая селезенка, небольшие геморрагии, экхимозы, местами серозное пропитывание ткани в остальных органах. В 1879 г. Винкель описал желтуху новорожденных под названием цианотичной безлихорадочной пернициозной желтухи с гемоглобинурией (cyanosis afebrilis icterus perniciosus cum haemoglobinuria). Из 24 собранных им случаев в 23 наступила смерть. Все дети родились здоровыми, с большим весом, но были беспокойны, с цианотичной окраской кожи, которая вскоре становилась желтушной. В дальнейшем развивались судороги, рвота, и заболевание заканчивалось смертью.

Во Франции острая желтуха новорожденных была долго известна под названием бронзовой гемолитической болезни.

В 1912 г. Раутман ввел термин «патологический эритробластоз» для обозначения изменений в органах и крови при тяжелой форме желтухи и во многих случаях общей врожденной водянки плода и новорожденного.

А. И. Абрикосов в своей работе «К патологической анатомии общей водянки», напечатанной в 1916 г., впервые в русской литературе дал исчерпывающее изложение макро- и микроскопической картины этого заболевания.

В 1932 г. Даймонд, Блеклен и Бати присоединили к тяжелой желтухе и общей врожденной водянке третью форму заболевания — врожденную анемию новорожденных и обозначили все эти три формы заболевания под общим названием «фетальный эритробластоз», рассматривая их как проявления одного патологического процесса.

Название «фетальный эритробластоз» в настоящее время употребляется все реже, так как установлено, что появление в периферической крови большого количества молодых ядерных форм эритроцитов — эритробластов — не столь закономерный признак даже тяжелых форм заболевания, как это считали раньше.

Несмотря на то, что клиническая картина гемолитической болезни новорожденных, ее течение, патологическая анатомия и изменения крови были хорошо известны, истинная причина возникновения этой болезни долгое время оставалась невыясненной. Лишь с открытием резус-фактора крови стало ясно, что гемолитическая болезнь новорожденных возникает в результате взаимодействия антигенов крови и соответствующих им антител. По данным Левина и его сотрудников, чаще всего (в 93%) врожденная гемолитическая болезнь связана с несоответствием резус-фактора крови матери и плода; значительно реже она обуславливается другими антигенами крови, в частности, групповыми антигенами А и В. В свете учения о резус-факторе механизм развития гемолитической болезни плода и новорожденного представляется в следующем виде: у женщины с резус-отрицательной кровью в период беременности резус-положительным плодом (унаследовав-

шим резус-фактор от резус-положительного отца) образуются специфические резус-антитела в ответ на проникновение через плацентарный барьер резус-фактора своего плода. Эти резус-антитела, проникая через плаценту в кровь плода, вызывают внутрисосудистую агглютинацию и разрушение его резус-положительных эритроцитов.

В результате возникает та или другая форма гемолитической болезни, ведущая нередко к гибели плода или младенца.

Схема резус-несовместимости по Р. Фидельскому (рис. 28) такова:

Резус-свойство (Rh+) от отца передается плоду, т. е. эритроциты отца (обозначены черными кружками) содержат резус-агглютиноген. У резус-отрицательной матери, эритроциты которой не содержат резус-агглютиногена (обозначены белыми кружками), при соприкосновении с кровью плода через плацентарное кровообращение образуются резус-антитела, resp гемолизины (Н). Последние, поступая в организм резус-положительного плода, вызывают внутриутробный гемолиз. Гемолитическая болезнь новорожденных проявляется в форме тяжелой желтухи новорожденных (Ж). Другие формы резус-несовместимости матери и плода: вну-

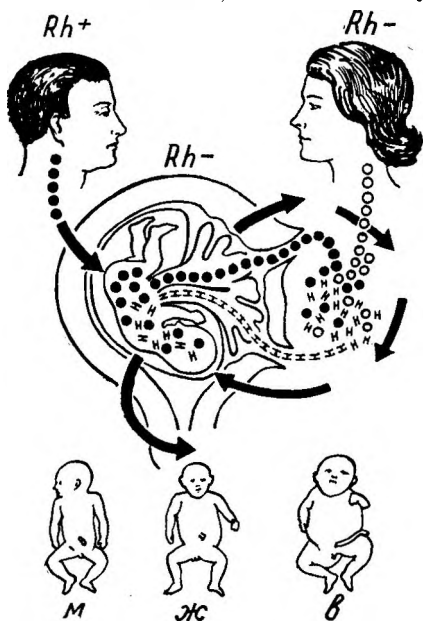


Рис. 28. Схема резус-несовместимости крови по Р. Фидельскому.

труская болезнь новорожденных проявляется в форме тяжелой желтухи новорожденных (Ж). Другие формы резус-несовместимости матери и плода: вну-

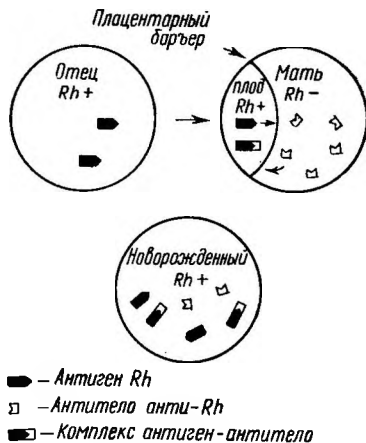


Рис. 29. Схема внутриутробной иммунизации матери резус-фактором крови плода по Антонову — Соловьевой.

триутробная смерть плода с его мацерацией (М) и водянка новорожденных (В).

В свою очередь мать становится очень чувствительной к введению в организм резус-положительной крови. Если титр антирезус-агглютининов в ее крови достаточно высок, то первое же переливание совместимой (по системе АВО) резус-положительной крови может повести к тяжелой гемолитической реакции. Кровь плода отделена от крови матери плацентарным барьером, состоящим из клеток синцития, Ланганса, слоя эмбриональной соединительной ткани и эндотелия капилляров ворсинок. Каким же образом эритроциты плода попадают в кровь матери? С. А. Фрайман полагает, что это происходит при отрыве ворсин, что имеет место при кровоизлиянии и какой-либо травме на отдельных участках огромной поверхности ворсинок. Мелкие инфаркты плаценты и гепатизированные ее участки, по-видимому, и являются результатом травмы плаценты.

Возможность проникновения материнских антител в кровь плода через плаценту экспериментально доказана М. А. Умновой. Иммунизированная ею морская свинка, получившая четыре введения эритроцитов обезьяны семейства резус, родила детенышей, и в крови одного из них были обнаружены резус-антитела так же, как и в крови матери. Связь гемолитической болезни новорожденных с различием крови матери и плода по резус-фактору в настоящее время признается как отечественными, так и зарубежными авторами. Следует, однако, указать, что резус-несовместимость крови матери и плода является лишь самой частой причиной возникновения этого патологического состояния, но не единственной. По-видимому, существуют еще и другие, пока неизвестные причины.

Г. А. Бакшт, Г. П. Полякова полагают, что в этиологии врожденной гемолитической болезни большое значение имеет функциональная недостаточность печени. С резус-несовместимостью крови матери и плода связывают также развитие цирроза печени, сопровождающееся смертью и мацерацией плода на V—VI месяце внутриутробной жизни.

Иммунизация может произойти у беременной женщины при поступлении в ее кровь очень незначительного количества антигенного вещества, т. е. эритроцитов плода, содержащих резус-фактор. При этом большое значение имеет продолжительное и повторное поступление антигена. При первой беременности иммунизация женщины только начинается, и поэтому первый, а иногда и второй ребенок рождаются здоровыми. Каждая последующая беременность усиливает состояние сенсбилизации к резус-фактору, что сопровождается повышением титра резус-антител во время беременности. В связи с этим возрастает опасность развития гемолитической болезни. Однако у женщины с резус-отрицательной кровью еще задолго до первой беременности даже при однократном введении резус-положительной крови (гемотрансфузия, внутримышечная или подкожная инъекция,

гемоклизма) может наступить сенсибилизация и у первого ребенка разовьется гемолитическая болезнь. Исключение представляют отдельные случаи, где при отсутствии в анамнезе матери какой-либо гемотерапии все же гемолитическое заболевание развивается у первого ребенка.

По мнению Полячека, значительная часть тяжелых форм гемолитической болезни новорожденных является поздним осложнением переливания крови, которые получили резус-отрицательные женщины в прошлые годы.

По нашим наблюдениям, из 13 женщин с резус-отрицательной кровью, получивших в прошлом переливания крови без учета резус-фактора, у четырех после переливания имели место неразвивающиеся беременности и рождение мертвых недоношенных детей с универсальной водянкой; у семи родилось 10 детей, перенесших тяжелую форму желтухи, и 5 из них умерли; у двух женщин две беременности закончились рождением детей с явлениями гемолитической анемии.

Для иллюстрации влияния переливания крови резус-отрицательным женщинам на судьбу их будущих детей приводим следующие два наблюдения.

Беременная П., 27 лет. В 1945 г. перенесла травматическую ампутацию обеих нижних конечностей. Во время операции трижды произведено переливание крови без учета резус-фактора. Первая беременность в 1954 г. развивалась до 5 месяцев, а на 7-м месяце произошел выкидыш. Вторая беременность в 1955 г. также развивалась до 5 месяцев, после чего произошел выкидыш. Третья беременность в 1956 г. закончилась выкидышем на 12-й неделе. Четвертая беременность развивалась до 20 недель и закончилась выкидышем на 25-й неделе. Беременная с резус-отрицательной кровью, 0 (1) группы, титр резус-антител при последней беременности 1 : 32, 1 : 64. Муж с резус-положительной кровью, 0 (1) группы.

Беременная Х., 29 лет. Первая беременность в 1952 г. закончилась искусственным прерыванием беременности на 20-й неделе по поводу тяжелого токсикоза. В послеоперационном периоде дважды произведено переливание крови по поводу шока и острой кровопотери. Вторая беременность — срочные роды в 1953 г., ребенок умер на 2-е сутки от гемолитической болезни. Третья беременность в 1954 г. — родился ребенок с общей водянкой, умер через 15—20 минут после рождения. Четвертая беременность — срочные роды в 1955 г. мертвым плодом с явлениями универсальной водянки. Пятая беременность в 1956 г. — выкидыш на 27—28-й неделе. Плод с явлениями общей водянки умер через 20 минут. Беременная с резус-отрицательной кровью, 0 (1) группы, титр резус-антител 1 : 128. Муж с резус-положительной кровью, 0 (1) группы. Плод при последней беременности резус-положительный.

Приведенные наблюдения показывают, что в развитии гемолитической болезни новорожденных большую роль играет переливание крови без учета резус-фактора, которое их матери получили в прошлом.

При иммунизации резус-фактором в сыворотке могут вырабатываться различные резус-антитела. В настоящее время различают три типа резус-антител: агглютинирующие, блокирующие

и скрытые. Агглютинирующие резус-антитела наиболее часто встречаются в крови и выявляются методикой агглютинации резус-положительных эритроцитов. Их обычно исследуют в первую очередь. Блокирующие антитела (иначе неполные, связывающие, поздние, тормозящие, одновалентные, глютинины, гипериммунные) характеризуются тем, что, вступая в реакцию с резус-положительными эритроцитами, не вызывают их склеивания. Блокирующие антитела обнаруживаются в сыворотке беременных женщин, у которых отсутствуют агглютинирующие. Иногда оба эти вида антител могут встречаться одновременно. Блокирующие антитела образуются в крови беременной раньше, чем агглютинирующие, и легко проходят через неповрежденную плаценту благодаря малой величине своей молекулы (Винер). Скрытые резус-антитела (выделенные в Ленинградском институте Н. С. Дробышевой) находятся в сыворотке в очень высокой концентрации, из-за чего неразведенная сыворотка не агглютинирует резус-положительные эритроциты. Агглютинация наступает только после определенного разведения. Скрытые антитела обнаруживаются примерно у 3% резус-отрицательных людей, сенсibilизированных к резус-фактору, главным образом, у реципиентов, перенесших гемотрансфузионный шок от резус-несовместимой крови.

Все резус-антитела по своим биохимическим свойствам относятся к глобулинам и могут, по-видимому, менять свою конфигурацию, принимая иногда форму, для которой плацентарный барьер становится непроницаемым. Этим свойством Левин объясняет, что иногда у сенсibilизированной женщины с резус-отрицательной кровью рождается здоровый ребенок (с резус-положительной кровью) после рождения нескольких детей с гемолитическими заболеваниями.

Следует иметь в виду, что отсутствие резус-антител в сыворотке матери не является показателем отсутствия сенсibilизации, так как есть предположение, что в этих случаях антитела фиксированы клетками ретикуло-эндотелиальной системы. Следует также отметить, что образование антител является лишь частным случаем в проявлении сложной реакции организма в ответ на поступление антигена.

Акушерская практика показывает, что, по данным Т. Г. Соловьевой, из 12—15 женщин, по Г. П. Поляковой, из 20—25 женщин лишь одна с резус-отрицательной кровью способна во время беременности иммунизироваться эритроцитами своего плода и вырабатывать резус-антитела. Неодинаковую чувствительность женщин с резус-отрицательной кровью к резус-фактору некоторые авторы объясняют генотипическими и структурными особенностями самого резус-фактора. Другие считают, что женщины с резус-отрицательной кровью, рожденные от резус-положительных матерей, обладают большей устойчивостью к резус-антигену, чем женщины с резус-отрицательной кровью,

рожденные от резус-отрицательных матерей. Резус-устойчивость крови женщин первой группы авторы объясняют тем, что они, подвергшись во внутриутробном периоде воздействию резус-антигена (резус-положительных эритроцитов материнского организма), приобрели активную устойчивость к указанному антиге-



Рис. 30. Новорожденные с общей водянкой при резус-несовместимости крови матери и плода.

ну. По мнению всех авторов, введение резус-положительной крови переводит резус-устойчивых женщин в резус-неустойчивых.

Клинические формы гемолитической болезни новорожденных. Клиническая картина гемолитической болезни новорожденных проявляется в трех формах: 1) общая (универсальная) водянка, 2) гемолитическая желтуха, 3) гемолитическая анемия. А. Н. Антонов, положивший в основу разделения «эритробластозов» главный симптом заболевания — анемию, предложил следующую более полную классификацию: 1) анемию с водянкой, 2) анемию с желтухой и 3) анемию без водянки и желтухи. Эта классификация позволяет охватить не только тяжелые, но и более легкие случаи болезни.

Гемолитическая болезнь типа анемии с общей водянкой заканчивается обычно смертью плода еще до рождения. Дети, родившиеся живыми, погибают в ближайшие часы, дни. Характерной особенностью для этой формы гемолитической болезни является резкий отек подкожной клетчатки всего тела и головы. В серозных полостях, особенно в брюшной,— скопление прозрач-

ной жидкости. Кожные покровы бледные или слегка желтоватого оттенка. Живот значительно увеличен, «лягушечьей» формы.

Печень и селезенка резко увеличены. В некоторых случаях печень занимает $\frac{2}{3}$ брюшной полости, достигая нижним краем подвздошной области. Исследование крови обнаруживает анемию: гемоглобина до 20—25%, эритроцитов 1 000 000—1 500 000, значительное количество ядерных элементов — эритробластов, ретикулоцитов, анизопойкилоцитоз, полихромазию. В белой крови отмечается увеличение общего количества лейкоцитов и наличие юных форм нейтрофилов. Плацента имеет резко дольчатое строение, значительно увеличена; вес ее достигает 1 000—2 000 г.

Анемия с желтухой — наиболее частая форма гемолитического заболевания новорожденных. По литературным данным, она встречается в одном случае на 250—500 родов. Характерным признаком этого заболевания является резкая желтуха, которая проявляется либо в первые часы жизни ребенка, либо ребенок уже рождается желтушным. Наиболее часто ребенок рождается внешне здоровым, с хорошим весом и по своему поведению ничем не отличается от других детей. Однако уже в первые часы жизни появляется и быстро нарастает желтуха, принимая лимонный или апельсиновый оттенок. Ребенок становится вялым, адинамичным, плохо сосет или вовсе не берет грудь. При неблагоприятном течении заболевания обычно на 2—3-й день жизни, иногда и раньше, появляются симптомы так называемой ядерной желтухи: возникают беспокойство, гипертония мышц, судороги, повышается температура, появляется расстройство дыхания с отеком легких и пневмонией. Без интенсивного и рано начатого лечения такие дети очень часто гибнут в первые 2—3 дня жизни. На секции находят желтушно окрашенными подкорковые ядра мозга и мозжечка. Если ребенок не умирает, то у него нередко остаются тяжелые остаточные явления со стороны центральной нервной системы.

Развитие ядерной желтухи связывают с возникновением

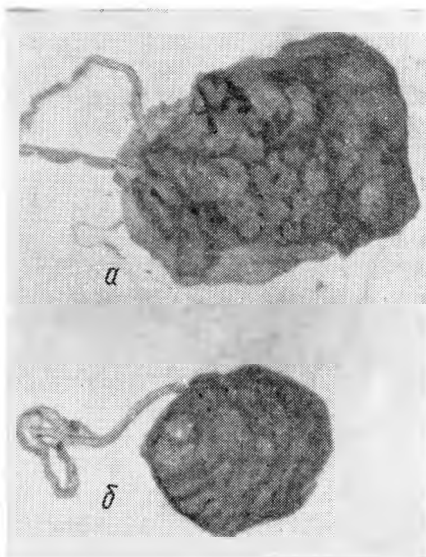


Рис. 31. Плацента при резус-несовместимости крови матери и плода (а); нормальная плацента (б).

ишемических инфарктов в мозгу на почве закупорки просветов мелких артериальных сосудов мозга тромбами, образующимися в результате массивной агглютинации эритроцитов новорожденного.

Исследования крови всегда указывают на выраженную в той или иной степени анемию (гемоглобина до 50% и ниже, эритроцитов до 2 000 000 и ниже). Число эритробластов может колебаться от нескольких десятков до нескольких сотен на 100 лейкоцитов. Повышенный гемолиз подтверждается высоким содержанием билирубина в сыворотке и уробилина в моче. Моча интенсивно окрашена, стул не обесцвечен.

По нашим данным, эритробластоз (значительное увеличение в периферической крови эритробластов) не всегда является характерным и обязательным симптомом гемолитической болезни новорожденных. Мы нередко наблюдаем случаи тяжелой гемолитической желтухи без выраженного эритробластоза (6—12 на 100 лейкоцитов). Такие же наблюдения имеются и у других авторов (А. Ф. Тур, Г. П. Полякова, Л. В. Тимошенко).

В группу «анемии с желтухой» входят и более легкие формы, которые протекают благоприятно, без симптомов поражения центральной нервной системы. У детей, перенесших такую форму заболевания, часто в первые месяцы жизни развивается анемия.

Гемолитическая болезнь типа анемии без желтухи и водянки в подавляющем большинстве случаев протекает благоприятно. Обычно новорожденные рождаются доношенными, с нормальным первоначальным весом и на протяжении первых дней жизни ничем не отличаются от здоровых. Анемия чаще всего выявляется к 3—7-му дню жизни и значительно реже в первые дни жизни ребенка. В крови находят снижение процента гемоглобина (до 35—50%), уменьшение числа эритроцитов (до 3 000 000), анизопойкилоцитоз, полихроматофилию и ретикулоцитоз. В некоторых случаях отмечается незначительный эритробластоз, который уже в первые дни жизни уменьшается. Иногда анемия протекает с геморрагическими явлениями, в частности, с меленой. В отдельных случаях анемизация развивается постепенно, при этом гемоглобин падает до 20—30%, а число эритроцитов снижается до 1 500 000—2 000 000.

Причины, обуславливающие развитие различных форм гемолитической болезни, остаются невыясненными. Винер видит их в особенностях действия на эритроциты плода и новорожденного различных резус-антител.

Причина быстрого развития гемолитической болезни после рождения недостаточно выяснена. По мнению Левина, Рашке и других, бурное развитие болезни у большинства детей только после рождения связано с наводнением организма новорожденного резус-антителами, поступающими из крови матери в основном в последние дни беременности и особенно во время родов,

в момент разрыва ворсин плаценты. Т. А. Ичаловская считает, что попадание резус-фактора в момент разрыва ворсинок имеет только дополнительное значение. Полячек объясняет быстрое развитие болезни после рождения устранением защитного действия матки и плаценты, которое выражается в частичной нейтрализации резус-антител и устранении продуктов гемолиза эритроцитов плода.

Тяжесть гемолитического заболевания новорожденного не всегда соответствует высоте титра резус-антител в сыворотке матери (титром сыворотки антирезус называется то максимальное разведение, при котором данная сыворотка еще способна агглютинировать резус-положительные эритроциты). Иногда при низком титре резус-антител в крови матери (1:2—1:4) у ребенка наблюдается тяжелое заболевание и, наоборот, при высоком титре (1:128) может наблюдаться легкая форма заболевания.

Диагноз гемолитической болезни ставится на основании анамнестических, серологических и клинических данных. Важное диагностическое значение имеет наличие в анамнезе матери мертворождений, неразвивающихся беременностей, выкидышей, гемолитической болезни у предыдущих детей, значительных гемотрансфузионных осложнений или посттрансфузионных реакций. Кровь матери чаще всего относится к резус-отрицательному типу, а кровь отца и ребенка — к резус-положительному. В крови у матери иногда находят резус-антитела, что при наличии клинических признаков у ребенка является веским доказательством в пользу этого диагноза. К числу показателей, имеющих значение для ранней диагностики гемолитической болезни, относятся показатели пуповинной крови (количество билирубина, гемоглобина, число эритроцитов и эритробластов). По данным Института акушерства и гинекологии АМН СССР, наибольшее значение для диагноза и прогноза имеет билирубин пуповинной крови, содержание которого при гемолитической болезни превышает 3,8—4 мг% (в крови здоровых новорожденных билирубина от 0,7 до 2,8 мг%) по ван ден Бергу или 18 мг% по Бокальчуку.

Сходную картину с гемолитической болезнью может вначале дать врожденный сифилис. Важным для дифференциальной диагностики являются реакции Вассермана, наличие специфических сифилитических высыпаний на коже, характерные изменения глазного дна, типичная картина в виде остеохондритов при рентгенологическом исследовании.

В отличие от так называемой физиологической желтухи, которая, как правило, на 5—7-й день исчезает бесследно, гемолитическая желтуха с первого дня прогрессирует и часто заканчивается гибелью младенца. В тех случаях, когда новорожденный выздоравливает, желтушная окраска кожи, склер и видимых слизистых постепенно уменьшается, однако держится еще очень

долго — до 1—1,5 месяца. При физиологической желтухе, в отличие от гемолитической, общее состояние не нарушено, печень и селезенка не увеличены, моча окрашена нормально, кровь — в пределах возрастной нормы.

Профилактика гемолитических заболеваний новорожденных. Как известно, сенсибилизация женщин с резус-отрицательной кровью может наступить или при беременности резус-положительным плодом, или после повторных переливаний резус-положительной крови. Профилактика гемолитических заболеваний заключается, с одной стороны, в исключении возможности сенсибилизации к резус-фактору, с другой — в своевременном выявлении сенсибилизированных к резус-фактору женщин.

Для исключения возможности сенсибилизации к резус-фактору необходимо женщинам, а также девочкам с резус-отрицательной кровью при назначении гемотерапии пользоваться только резус-отрицательной кровью. Там, где показано экстренное переливание крови, можно перелить либо резус-отрицательную кровь, либо плазму или сыворотку.

Своевременное выявление сенсибилизированных беременных женщин преследует две цели: 1) снижение степени сенсибилизации и 2) уменьшение поступления резус-антител в кровь плода и повышение устойчивости плода к их действию.

В своевременном выявлении женщин, сенсибилизированных к резус-фактору, ведущая роль принадлежит акушерско-гинекологическим учреждениям (женской консультации, роддому, гинекологическому отделению больницы, фельдшерско-акушерским пунктам и колхозным родильным домам). Целесообразно у каждой беременной уже при первом посещении исследовать кровь на резус-принадлежность. Если поголовное обследование беременных невозможно, то необходимо выявить и брать под особое наблюдение беременных, в анамнезе которых имеются указания на мертворождения, самопроизвольные выкидыши, неразвивающиеся беременности, гибель детей от тяжелой желтухи, анемии или водянки, а также и тех женщин, у которых были ранее переливания крови, сопровождающиеся сильными реакциями и осложнениями. При обнаружении у беременной резус-отрицательной крови необходимо ежемесячно исследовать кровь на резус-антитела и их титр. Наличие резус-антител и нарастание их титра во время беременности дает право предвидеть возможность развития гемолитической болезни у новорожденного и принять своевременные меры к его лечению. Врачи женских консультаций, акушерки фельдшерско-акушерских пунктов и колхозных родильных домов должны быть связаны с институтами или станциями переливания крови в целях возможно более раннего и систематического исследования крови при подозрении на несовместимость крови матери и плода по резус-фактору.

Для исследования берутся две порции крови: а) 2—3 мл крови в пробирку с 0,5 мл 5% раствора цитрата натрия для определения резус-фактора и б) 5 мл крови в пробирку без всяких примесей для определения резус-антител. Кровь набирается из вены или из пальца. Можно также пользоваться кровью, набранной для реакции Вассермана. Кровь посылается с направлением, в котором, помимо указания имени, фамилии, пола и возраста, должны быть данные о гемолитических заболеваниях детей (тяжелая желтуха, врожденный универсальный отек, анемия и др.), мертворождениях, повторных выкидышах и переливаниях крови (даты и как они протекали). Пробы крови на исследование направляются не позднее первых суток после взятия в пробирках, закупоренных резиновой или корковой пробками. Перевозка этих проб на длительные расстояния должна производиться в термосе или изотермическом ящике для предохранения крови от перегрева или охлаждения.

Для повышения сопротивляемости внутриутробного плода к вредному воздействию резус-антител необходимо, начиная с 1, 2 и не позднее 3-го месяца беременности, проводить общие профилактические мероприятия, направленные к укреплению организма беременной. При этом имеется основание думать, что происходит также уменьшение проницаемости плаценты для антител, а в некоторых случаях торможение образования резус-антител.

Заслуживают большого внимания и внедрения в практику следующие практические мероприятия, проводимые в начале беременности, в середине и за 5—6 недель до срока родов в течение 10—12 дней:

1. Внутривенное введение 40% раствора глюкозы по 20 мл и 300 мг аскорбиновой кислоты.
2. Назначение витаминов Е (по 0,5—2 чайные ложки в день), К (викасол по 0,015 г 2—3 раза в день), В₁ (по 10 мг в день).
3. Вдыхание кислорода по 2—3 подушки ежедневно.
4. Облучение кварцем всего тела через день по 3—5 минут.
5. Включение в диету сырой, слегка обжаренной печени или назначение печеночных экстрактов.

При наличии в анамнезе недонашивания беременности, а также при угрозе преждевременного ее прерывания или ухудшения признаков жизнедеятельности внутриутробного плода (изменение сердцебиения, слабые движения) применяется диатермия окологречной области (6 сеансов по 20—30 минут ежедневно, сила тока от 0,5 до 1 А). В этих же случаях назначается прогестерон внутримышечно по 5 мг в течение 6—8 дней. Большое значение в настоящее время придается быстрой перевязке пуповины, в связи с существующим мнением, что в случае замедления с перевязкой пуповины происходит максимальный переход

резус-антител матери в кровотоке плода. Само собой разумеется, что в общей системе профилактических мероприятий очень важное значение имеют установление рационального режима труда, отдыха, питания, достаточное пребывание на свежем воздухе, умеренный физический и умственный труд. Опыт ряда учреждений показал, что применение вышеуказанных профилактических мероприятий дало обнадеживающие результаты, снизив частоту преждевременного прерывания беременности, мертворождений и тяжелых форм гемолитической болезни.

Наиболее важным профилактическим мероприятием является десенсибилизация организма матери, т. е. нейтрализация ее резус-антител, снижение их титра и торможение их выработки. К сожалению, активных, вполне надежных десенсибилизирующих средств пока еще нет. С целью десенсибилизации организма матери к резус-фактору плода Гиршфельд и Рашке предложили препарат из человеческого резус-антигена, названный «гаптен», который, по их данным, препятствует развитию резус-антител. Имеются указания (А. Е. Киселев и Т. Г. Соловьева) на снижение резус-антител под влиянием антигистаминного препарата «антистина», который назначается в таблетках или в ампулах для внутривенного введения. Винер рекомендует применять тифозную или коклюшную вакцину, как более сильные антигены, чем резус-фактор.

Р. Попиванов рекомендует применять микротрансфузии свежечитратной группнесовместимой резус-отрицательной крови в количестве от 0,5 до 4,5 мл через 5—30 дней, начиная с первых месяцев беременности. По его данным, пять из десенсибилизированных матерей родили живых доношенных детей, из них у четырех не было никаких клинических или гематологических признаков гемолитического заболевания. У одного новорожденного развилась типичная гемолитическая желтуха, которая прошла после переливания резус-отрицательной крови. Одна мать родила мертвого ребенка, несмотря на десенсибилизацию, которая была начата с пятого месяца беременности. По Попиванову, механизм десенсибилизационного воздействия группнесовместимой крови основан на «конкуренции» между резус-антигеном и обладающими большей антигенной силой групповыми антигенами А и В, в результате чего групповые агглютинины (α и β) тормозят выработку в крови матери резус-антител.

В нашей клинике метод резус-десенсибилизации, по Попиванову, был применен у 11 резус-отрицательных и резус-иммунизированных беременных женщин, мужа которых были резус-положительными. У четырех женщин беременность закончилась срочными родами живыми детьми, из которых двое перенесли легкое гемолитическое заболевание типа анемии, закончившееся выздоровлением; у одной — преждевременными родами на 30-й неделе, ребенок весом 1 700 г родился без клинических и гемато-

логических признаков гемолитического заболевания и в дальнейшем они не развивались; у одной было произведено кесарево сечение на 36—37-й неделе (ввиду нарастания титра резус-антител). Ребенок перенес гемолитическое заболевание типа анемии, закончившееся выздоровлением. У двух беременность закончилась преждевременными родами, дети родились с универсальной водянкой и умерли через 15—20 минут после рождения, и у трех — выкидышами в сроки 2,5—5 месяцев.

При наличии явного резус-конфликта для уменьшения поступления резус-антител в кровь ребенка целесообразно проводить кесарево сечение или вызывать преждевременные роды за 4—5 недель до срока ожидаемых родов. По нашим наблюдениям, преждевременное родоразрешение путем кесарева сечения должно проводиться по строгим показаниям, учитывая, что эта операция является большой травмой, не вполне безопасна для матери и не всегда целесообразна для плода.

Какова же роль женской консультации по снижению патологических исходов беременности и ранней детской смертности на почве резус-несовместимости крови матери и ребенка?

Врачи женских консультаций обязаны хорошо изучить основы учения о резус-факторе, клинические проявления изосенсибилизации у беременных и со стороны плода и рекомендуемые профилактические мероприятия. К клиническим проявлениям изосенсибилизации у беременных относится общая слабость, сонливость, ощущение недостатка воздуха, а иногда и кровянистые выделения из половых путей. Нередко наблюдается артериальная гипотония, снижение тонуса маточной мускулатуры, падение гемоглобина и числа эритроцитов. К клиническим проявлениям изосенсибилизации со стороны плода относится двигательное беспокойство, иногда и слабое его движение, глухое или чрезмерно звонкое сердцебиение плода (Р. С. Мирсагатава). При наличии у беременных вышеперечисленных симптомов и отягощенного анамнеза необходимо производить исследование крови женщины на резус-фактор и на выявление резус-антител. При отсутствии условий для обследования и проведения необходимых профилактических мероприятий в амбулаторных условиях целесообразно, как показал опыт нашей клиники, периодически госпитализировать всех беременных с подозрением на резус-несовместимость (3—5 раз в течение беременности, сроком на 10—15 дней) для полного клинического и серологического обследования и проведения рекомендуемых профилактических мероприятий, как кварцевание, вдыхание кислорода и др.

Акушерки фельдшерско-акушерских пунктов и колхозных родильных домов должны при собирании анамнеза уточнять наличие в прошлом двух моментов: 1) патологических исходов беременностей и 2) переливания крови, сопровождавшегося реакцией. При утвердительном ответе на один из вопросов следует

беременную направить в клинику или роддом для серологического и клинического обследования.

Лечение гемолитических заболеваний новорожденных. С выяснением изоммунизационной этиологии гемолитической болезни новорожденных появилась возможность организации правильного и эффективного ее лечения. В настоящее время почти все авторы считают, что основой для лечения гемолитической болезни является применение гемотерапии в сочетании с медикаментозным лечением.

Несмотря на то, что у новорожденных, страдающих гемолитической болезнью, чаще всего кровь бывает резус-положительной, им нельзя переливать резус-положительную кровь, в связи с возможностью гемолиза этой крови, вследствие наличия в детской крови резус-антител, перешедших от матери во время внутриутробного развития. По той же причине абсолютно противопоказаны переливания и крови отца. Не может быть использована для трансфузии ребенку и резус-отрицательная кровь матери, в сыворотке которой имеются резус-антитела.

Лечение гемотерапией проводится методом повторных вливаний дробных доз крови и методом обменных переливаний массивных доз крови. При обоих методах обязательно применение только резус-отрицательной крови. Отсюда следует, что в родильных домах и родильных отделениях должен находиться запас «дежурной» резус-отрицательной крови 0(I) группы, годной для введения новорожденным. Эта кровь должна заготавливаться на лимоннокислом натрии, так как обычная консервированная кровь содержит антисептики в повышенном для ребенка количестве и может оказать токсическое действие.

Вопрос о применении того или иного метода гемотерапии решается в зависимости от тяжести гемолитического заболевания, степени сенсибилизации, титра антител в крови матери и ее акушерского анамнеза. При легких формах гемолитической болезни целесообразно применять метод повторных дробных переливаний, сущность которого заключается в том, что сразу после рождения в пупочную вену вводится 50—100 мл совместимой резус-отрицательной крови. В дальнейшем вводится внутривенно или внутрикостно 10—30 мл крови с интервалами в 2—3 дня до момента наступления улучшения состояния ребенка, нарастания количества гемоглобина и эритроцитов, исчезновения эритробластемии и нормобластемии и других патологических явлений.

Опыт нашей клиники показал, что вместо внутривенных и внутрикостных переливаний можно с успехом применять внутримышечные инъекции резус-отрицательной крови по 10—20 мл ежедневно или через день.

При тяжелых формах гемолитической болезни более эффективным является обменное переливание массивных доз крови. Винер в 1952 г. предложил четыре методики обменного переливания: 1) введение 500 мл цельной свежечитратной резус-отрицательной крови с кровопусканием в таком же объеме, чем достигнется замена 86,5% объема крови ребенка; 2) введение 1 000 мл цельной свежечитратной крови донора с одновременным кровопусканием, при этом заменяется 96% крови ребенка; 3) введение 125—150 мл эритроцитной массы с выведением такого же количества крови ребенка; 4) переливание 350—400 мл концентрированной крови, в единице объема которой содержится двойное количество эритроцитов.

По наблюдениям нашей клиники, при обменных переливаниях можно ограничиться введением 400—450 мл крови с выведением 350—400 мл. Цель обменного переливания — освободить организм ребенка от материнских резус-антител и вредных продуктов распада эритроцитов и заменить его кровь свежей совместимой резус-отрицательной кровью донора.

По мнению Диамсида, предпочтительнее переливать резус-отрицательную кровь от доноров-женщин, чем от доноров-мужчин. По его данным, на 150 переливаний «мужской» крови летальность среди новорожденных достигла 19,7%, тогда как примерно на 50 переливаний «женской» крови не наблюдалось ни одного летального исхода. Этот факт заставляет предполагать суще-

ствование в женской крови какого-то особого фактора, возможно, гормональной природы, тормозящего развитие гемолиза от резус-несовместимости.

В техническом отношении самым простым и удобным является «пуповинный» метод обменного переливания крови, который может быть применен только в первые сутки после рождения, пока пупочная вена еще не спалась. В пупочную вену вводится мочеточниковый катетер (нами для этой цели приспособлен наконечник от шприца Брауна) на глубину 7—10 см по направлению к араницеву протоку. Когда из катетера появляется кровь, присоединяют шприц с тройником или без него и постепенно отсасывают кровь ребенка. Вместо отсосанной крови ребенку вливают такое же количество резус-отрицательной донорской крови. Эта операция обменной трансфузии производится медленно и совершается приблизительно за 1,5—2 часа. На каждые 100 мл вводимой крови рекомендуется добавить по 1 мл 10% раствора хлористого кальция и 1 мл 20% раствора глюкозы.

На следующие сутки и позднее обменное переливание крови производится путем введения крови в любые подкожные вены — височную, лобную, локтевую, лодыжечную и др. — а выведение крови от ребенка — из обнаженной лучевой артерии (рис. 32).

По литературным данным, с введением в практику лечения гемотерапии резус-отрицательной кровью смертность при гемолитических заболеваниях новорожденных снизилась с 40—70% до 20—10%, по данным нашей клиники — с 64 до 15,7—10%.

Кроме гемотерапии, дети с гемолитическими заболеваниями нуждаются в весьма тщательном наблюдении и рациональном уходе. В числе прочих лечебных мероприятий им назначают камполон внутримышечно по 1 мл вместе с 3 мл 5% раствора глюкозы, витамин К по 8—10 мг в сутки, витамин С до 100 мг в сутки, витамин В₁ до 10 мг в сутки. В тяжелых случаях рекомендуется ежедневное подкожное введение 40—50 мл 5% раствора глюкозы. Кислородная терапия применяется в течение длительного времени.

Большое значение в лечении гемолитической болезни имеет кормление ребенка. Поскольку в молоке матери также могут находиться резус-антитела, то не следует с первых дней заболевания кормить ребенка грудью матери. Обычно антитела в молоке спустя 2—3 недели после родов ослабевают и их обнаружить не удается. Кормить материнским молоком надо начинать постепенно: один раз в день, затем два раза в день, чередуя с кормлением молоком, полученным от другой родильницы (Т. Г. Соловьева), и только под контролем клинического исследования крови новорожденного. Некоторые авторы рекомендуют давать прокипяченное материнское молоко.

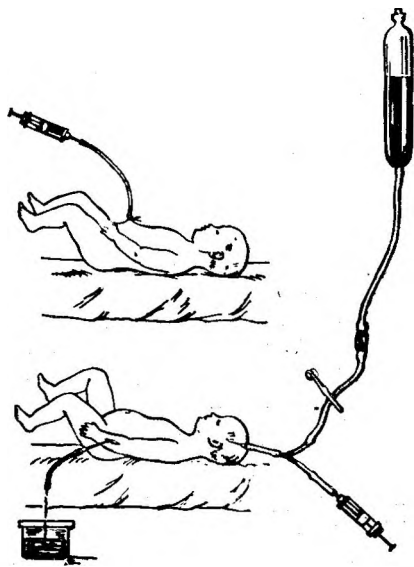


Рис. 32. Методы обменного переливания крови новорожденным с гемолитической болезнью.

Значение резус-фактора при переливании крови. Сенсибилизация к резус-фактору, как уже указывалось выше, может быть вызвана не только беременностью женщины с резус-отрицательной кровью плодом с резус-положительной кровью, но и переливаниями резус-положительной крови резус-отрицательному реципиенту. В таком случае при последующих переливаниях резус-несовместимой крови могут наблюдаться тяжелые посттрансфузионные реакции и осложнения со смертельным исходом.

В зарубежной и отечественной литературе имеется ряд сообщений о тяжелых осложнениях и смертельных исходах, возникших от переливания резус-несовместимой крови. Так, М. А. Умнова, В. И. Сапожников, Н. М. Неменова и Р. Р. Розенштейн описали случай смерти женщины после переливания крови, произведенного по поводу атонического кровотечения после преждевременных родов мацерированным плодом. В течение нескольких часов больной было перелито 1915 мл крови без учета резус-фактора. В крови этой больной были обнаружены резус-антитела с титром 1:16 000. Больная погибла на 13-й день от уремии.

Ф. Р. Виноград-Финкель и С. В. Скопина сообщили о следующем случае. Роженице по поводу профузного маточного кровотечения было перелито в течение 7 часов 1 л крови без учета резус-фактора. Оказалось, что она была сенсибилизирована к резус-фактору повторными беременностями (рождение мертвых детей) с последующими переливаниями крови. Восьмая беременность закончилась рождением мацерированного плода. Несмотря на прекращение кровотечения, состояние больной оставалось тяжелым. Развилась желтуха и почечная недостаточность. В сыворотке крови были обнаружены резус-антитела с титром 1:8. Больная погибла на 9-й день после начавшегося осложнения.

Даймонд наблюдал 31 случай посттрансфузионных реакций, связанных с резус-несоответствием крови у женщин, иммунизированных во время беременности: пять из них погибли. И. Р. Зак сообщил о 19 больных с подобными осложнениями при трансфузии резус-несовместимой крови.

Проф. Беленький сообщил на заседании Московского общества акушеров-гинекологов о 5 случаях тяжелых посттрансфузионных реакций при резус-несовместимости донора и реципиента, из которых 2 реципиента погибли.

Случай тяжелой посттрансфузионной реакции на почве переливания резус-несовместимой крови наблюдался и в нашей клинике.

Больная К. (история болезни № 6546), 23 лет, фельдшерница. Беременность вторая, срок — 34—35 недель. Первая беременность окончилась нормальными срочными родами год назад, но ребенок 6 месяцев умер от диспепсии. Через 13 часов после поступления в клинику родился плод с напряжен-

ной и отечной кожей и резко выраженной водянякой живота в асфиксии, не оживлен. Через 30 минут послед выжат по Лазаревичу — Креде. Кровопотеря до 1 000 мл. Срочно больной с группой крови А(II) перелито 450 мл крови 0 (I) группы 4-дневного хранения. Во время переливания — никакой реакции. Состояние улучшилось. Через два часа после переливания больная стала беспокойной: жалуется на сильные боли в пояснице, головную боль. Температура 38,8°, пульс нитевидный, резкий цианоз лица и конечностей. Сыворотка после центрифугирования частично гемолизирована. В ближайшие 20 часов состояние тяжелое: пульс нитевидный, аритмичный, резко глухие тоны сердца, затемненное сознание, резкое понижение слуха и зрения, желтуха, анурия (катетером спущено 10 мл темной мочи), дыхание поверхностное, артериальное давление 80/30. Кровь: гемоглобина 30%, эритроцитов 1 750 000, лейкоцитов 23 000, РОЭ 55 мм в час; сег. 73%, п. 5%, лимф. 22%. В моче уробилин, билирубин, зернистые и гиалиновые цилиндры. Терапия: повторные внутривенные вливания глюкозы, новокаиновая блокада окологпочечной клетчатки по Вишневскому, камфара, кофеин, кислород и др. без эффекта. Через 30 часов после первого переливания с терапевтической целью повторно перелито 225 мл одноименной А (II) группы крови. В последующие 48 часов никакого улучшения. Все явления гемолитического шока (аритмичный нитевидный пульс, резкая желтуха, анурия, затемненное сознание) продолжались. На четвертые сутки наступило улучшение. Больная изо дня в день сталаправляться и через три недели выписалась в удовлетворительном состоянии. При выяснении причины тяжелой гемолитической реакции обнаружено, что больная К. резус-отрицательная, с титром антител в сыворотке ее крови 1 : 128. Перелитая же кровь (при первом и втором переливаниях) была резус-положительной.

Практика показывает, что не все резус-отрицательные реципиенты (мужчины и женщины) обладают способностью к выработке резус-антител после переливания резус-положительной крови. По данным Центрального института гематологии и переливания крови (Ф. В. Виноград-Финкель, С. Б. Скопина), лишь у 6 из 90 резус-отрицательных реципиентов обоего пола, т. е. у одного из 15 реципиентов, многократно получавших трансфузии резус-положительной крови, были обнаружены резус-антитела. Если учесть, что резус-отрицательные реципиенты составляют 15% общего числа больных, получающих переливание крови, то частота изоиммунизации больных к резус-фактору будет равна приблизительно отношению 1:100. Среди женщин изоиммунизация встречается чаще, так как многие из них сенсибилизированы беременностью.

По данным Виноград-Финкель и Скопиной, сенсибилизация чаще возникает у реципиентов при многочисленных повторных трансфузиях в течение длительного времени и с большими интервалами между каждыми двумя трансфузиями.

Главное значение в возникновении посттрансфузионной реакции имеет определенная реактивность организма, степень и исход реакции зависят в большинстве случаев от дозы переливаемой крови: от большой дозы реакция тяжелее, от небольшой дозы — слабее. В единичных случаях при особенно повышенной реактивности организма реципиентов достаточно вливания 2 мл крови, чтобы развилась довольно сильная реакция. Степень

реакции и прогноз зависят и от ряда других условий: от состояния нервной регуляции гемодинамических функций сердечно-сосудистой системы, активности иммунных тел, исходного состояния нервной регуляции гемодинамических функций сердечно-сосудистой системы, активности иммунных тел, исходного состояния реципиента и др.

В отличие от реакций, наступающих при переливании несовместимой в групповом отношении крови, реакции от переливания резус-несовместимой крови проявляются позднее, развиваются медленнее и бывают более стертыми. Обычно реакция начинает развиваться через 2—3 часа, но и может наступить через 12 часов после переливания. По мнению многих авторов, резус-несовместимость иногда выражается в слабой реакции, которая может быть незамеченной. Они считают, что гладкому течению подобных трансфузий способствует медленное или капельное введение крови. При таком способе введения крови перелитые резус-несовместимые эритроциты могут разрушаться, постепенно, не вызывая каких-либо тяжелых клинических симптомов.

Лечение больных с осложнениями после переливания резус-несовместимой крови состоит в назначении горячего питья, инъекций пантопона или морфия под кожу, глюкозы или хлористого кальция внутривенно, согревании грелками. Реакции легкой или средней тяжести при этом обычно быстро проходят. При тяжелых реакциях, сопровождающихся осложнением со стороны функции почек, показано немедленное применение «заменного» переливания крови, при котором делается кровопускание 400—500 мл и переливание 500—600 мл свежей резус-отрицательной крови одноименной группы.

Наиболее действенной мерой для предупреждения осложнений от резус-несовместимости является своевременное выявление чувствительных к резус-фактору больных и переливание им только резус-отрицательной крови. Этому способствует тщательное соби́рание гемотрансфузионных и акушерских анамнестических данных, характеризующих сенсibilизацию к резус-фактору. При наличии в анамнезе патологических исходов беременностей, гемолитических заболеваний новорожденных и реакций после переливания крови необходимо таким больным исследовать кровь на резус-принадлежность и, если кровь окажется резус-отрицательной, для переливания применять только резус-отрицательную кровь. В случаях, подозрительных на резус-несовместимость и невозможность по тем или иным условиям определить резус-принадлежность крови реципиента и донора, целесообразно перед переливанием крови производить пробу на индивидуальную совместимость по методике, рекомендуемой Ленинградским научно-исследовательским институтом переливания крови, которая одновременно указывает на совместимость крови по группе и по резус-фактору (Т. Г. Соловьева).

В чашку Петри наносится две капли сыворотки реципиента и полкапли предназначенной для переливания крови. Капли перемешиваются, и чашка ставится в водяную баню (45°) на 10 минут, затем просматриваются результаты по наличию агглютинации. Если агглютинация есть — значит кровь несовместимая и ее переливать нельзя, если агглютинации нет — значит реакция отрицательная, кровь совместимая.

Врачи женских консультаций при назначении акушерско-гинекологическим больным гемотерапии (повторные внутривенные трансфузии, внутримышечные, подкожные инъекции донорской или плацентарной крови, гемоклизмы) обязаны предварительно исследовать таким больным кровь на резус-принадлежность, и если кровь окажется резус-отрицательной, то для гемотерапии применять только резус-отрицательную кровь.

ПРОФИЛАКТИКА МЕРТВороЖДАЕМОСТИ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Одной из актуальных проблем акушерства является снижение мертворождаемости. В разрешении этой задачи большое место принадлежит профилактике мертворождаемости в женской консультации.

Мертворожденным называется плод, родившийся при сроке беременности не менее 28 недель, имеющий вес выше 1 000 г и длину 35 см и более, если его смерть наступила до, во время и после родов, но до появления дыхания. Смерть плода до наступления родов называется антенатальной, во время родов — интранатальной и после родов — постнатальной.

Смерть плода в антенатальном периоде встречается довольно часто, поэтому женские консультации должны уделять этому максимальное внимание и проводить все мероприятия, необходимые для снижения смертности в этом периоде. Эти мероприятия так же многочисленны, как многочисленны причины антенатальной смерти плода.

Как известно, антенатальная смерть плода обуславливается разнообразными патологическими причинами, исходящими не только со стороны самого плода или последа, но и со стороны организма матери. С. Л. Кейлин (1940), М. А. Петров-Маслаков, В. А. Кузнецов, А. Б. Сигалов (1957) и др., указывая на большой процент антенатальной смерти плода среди общего числа мертворождений, считают, что она обусловлена чаще всего состоянием матери.

А. П. Николаев (1952) на основании анализа патологоанатомических и клинических данных указывает, что причиной мертворождаемости является внутриутробная асфиксия плода, зависящая в основном от состояния матери, плода или от патологии последа. В значительной части случаев причины возникновения внутриутробной асфиксии бывает трудно отделить друг от друга, так как они нередко патогенетически связаны между собою и вытекают иногда одна из другой.

Приведенная ниже классификация причин мертворождений,

предложенная Министерством здравоохранения СССР в 1947 г., не полностью отвечает современным воззрениям на взаимоотношения организма матери и плода и не может в настоящее время нас удовлетворить.

Причины антенатальной смерти плода

1. Со стороны матери:
 - а) общие острые инфекции в конце беременности, в том числе грипп, тифы, пневмония и проч.,
 - б) хронические инфекции, особенно малярия в течение беременности и сифилис,
 - в) токсикозы второй половины беременности, особенно отечно-нефротического ряда,
 - г) острая желтая атрофия печени,
 - д) острые и хронические воспаления почек,
 - е) пороки сердца с расстройствами кровообращения,
 - ж) травмы матери в конце беременности,
 - з) острые отравления матери.
2. Со стороны плода:
 - а) многоплодие, сопровождающееся нарушением плацентарного кровообращения,
 - б) уродства,
 - в) эритробластоз,
 - г) перенашивание плода.
3. Со стороны плодного яйца:
 - а) предлежание детского места,
 - б) отслойка нормально расположенного детского места,
 - в) обвитие пуповины,
 - г) истинный узел пуповины,
 - д) многоводие и маловодие,
 - е) аномалии плаценты (инфаркт и пр.).

По данным М. А. Петрова-Маслакова, А. И. Кротова и наблюдениям нашей клиники, основными причинами антенатальной смерти плода являются недонашиваемость, токсикозы беременности, инфекционные и лихорадочные заболевания, неправильные положения и тазовые предлежания плода, длительный безводный период, патология плаценты и пуповины, перенашивание. Причем главная причина смерти плода до наступления родов теснейшим образом связана с недонашиванием. В этой связи является весьма целесообразной диспансеризация хотя бы определенных контингентов женщин, имевших выкидыши и выполнявших тяжелую физическую работу, болевших гинекологическими заболеваниями, беременных с ягодичным предлежанием и поперечными положениями плода, узким тазом, многоплодием, токсикозами беременности и другой акушерской патологией, а также беременных с экстрагенитальными заболеваниями. Диспансеризация является наиболее эффективным спо-

собом предупреждения причин мертворождаемости и недонашивания. При этом врач консультации работает в тесном контакте с участковым врачом-терапевтом.

Высокий процент антенатальной смерти плода требует усиления работы консультации по выявлению и лечению патологических состояний беременной, приводящих к гибели плода еще до наступления родов.

Большое внимание следует уделять токсикозам беременности. Многие авторы (С. Л. Кейлин, М. А. Петров-Маслаков и др.) рассматривают токсикозы беременности как наиболее часто встречающуюся причину мертворождений. Особую угрозу для развивающегося плода представляют токсикозы отечно-нефротического ряда, из которых эклампсия стоит на первом месте. С. Л. Кейлин наблюдал 10,7% мертворождений у больных эклампсией. Угроза для плода при эклампсии тем больше, чем раньше по отношению к родовому акту возникает эклампсия. Патологоанатомическое вскрытие мертворожденных при токсикозах отечно-нефротического ряда показывает наличие кровоизлияния в мозг, что может быть следствием асфиктического состояния плода и интоксикации его организма, причем интоксикация, как полагает Кейлин, и без асфиксии может явиться причиной кровоизлияния в мозг.

Раннее выявление токсикозов беременности, своевременное лечение их начальных проявлений — надежный путь профилактики тяжелых токсикозов второй половины беременности и снижения мертворождаемости.

Большое внимание необходимо уделять инфекционным и лихорадочным состояниям беременных, являющимся причиной антенатальной смерти плода вероятно более часто, чем принято думать.

Следует отметить, что влияние острой и хронической инфекции и других вредоносных факторов внешней среды на материнский организм особенно тяжело сказывается на развитии плода в период имплантации и плацентации. Так, по данным Института акушерства и гинекологии АМН СССР (А. А. Додор), при острых инфекционных заболеваниях у матери в первые 12 недель беременности мертворождения наблюдались в 9,5% и недонашивание беременности — в 19%. Особенно чувствителен плод в первые два месяца к вирусным инфекциям (Flamm).

Острые инфекции весьма часто вызывают прерывание беременности и гибель плода. Установленными являются факты инфицирования плодного яйца теми же микробами, которые вызвали заболевание у матери. Плод внутриутробно может погибнуть от инфекции, которой страдает мать, от сильного перегревания и отравления токсинами матери, переходящими через плацентарный барьер.

И. А. Аршавский указывает на возможность внутриутробной

асфиксии в антенатальном периоде в связи с интоксикацией плода. В эксперименте на животных, хроническая интоксикация матери снижает возбудимость центральной нервной системы и, в частности, дыхательного центра у развивающегося плода, что ведет к его гибели.

Гриппозная инфекция имеет особое значение, вызывая почти в 30—40% прерывание беременности, особенно в поздних сроках ее. Грипп способствует повышению мертворождаемости и смертности среди детей, родившихся с признаками гриппа, последнее указывает на возможность прохождения вируса через плаценту. Лечение и профилактика гриппа у беременных женщин проводится по обычным для этой болезни методам и является профилактикой антенатальной смерти плода.

Брюшной тиф, по данным С. Каминского, часто вызывает прерывание беременности, причем обычно в ранние сроки. Возбудитель брюшного тифа может переходить через плацентарный барьер к плоду, вследствие глубоких изменений в плаценте. При сыпном тифе беременность прерывается несколько в меньшем проценте, чем при брюшном. При возвратном тифе беременность прерывается уже во время первого приступа, если не применялось лечение с первых дней. Спирохета возвратного тифа переходит через плацентарный барьер, вызывая нередко внутритрубочную смерть плода.

Бруцеллез в период острого течения почти в половине случаев вызывает прерывание беременности, особенно в первые месяцы ее. На второй и последующие годы наступают нормальные роды.

Хорошо известно неблагоприятное влияние малярии на жизнеспособность плода. Мертворождаемость и смертность доношенных новорожденных при нелеченной малярии матерей достигает 18,1%, недоношенных — 56% (В. А. Лосицкая). При диагностике малярии надо помнить, что у беременных селезенка почти не увеличивается и ее трудно прощупать, с другой стороны — у беременных чаще малярия протекает с тяжелыми поражениями печени. Своевременная диагностика и лечение малярии у беременной являются факторами, снижающими мертворождаемость. Лечение надо начинать как можно раньше, помня о том, что противомаларийные препараты, в том числе и хинин, в обычных терапевтических дозах не приводят к прерыванию беременности.

Сифилитическая инфекция передается от матери к плоду, вызывая большие изменения в плаценте, часто ведет к антенатальной гибели плода. Инфицирование плода происходит к 5—6 месяцам беременности, поэтому для сифилиса являются характерными поздние выкидыши и преждевременные роды мацерированным плодом. В литературе имеются указания, что у женщин, больных сифилисом, рождаются в 45—50% слу-

чаев мертвые плоды. Раннее выявление сифилиса и своевременное лечение способствуют снижению мертворождаемости. Женщине, больной сифилисом, во время беременности необходимо проделать 2—3 курса противосифилитического лечения. При своевременно и правильно проведенном лечении беременная выздоравливает и ребенок рождается здоровым.

Целый ряд соматических заболеваний может повести к внутриутробной гибели плода. Поэтому своевременное выявление экстрагенитальных заболеваний и их лечение помогает снизить мертворождаемость.

При остром нефрите плод часто погибает от интоксикации или от асфиксии, вследствие образования так называемых «белых инфарктов» в плаценте. Литературные данные (Г. Г. Гентер, С. Л. Кейлин и др.) показывают, что заболевания почек (нефрит) и токсикозы беременности отечно-нефротического ряда могут являться этиологическим моментом в возникновении такой грозной патологии, как преждевременная отслойка плаценты. Профилактика этой патологии состоит прежде всего в своевременном выявлении и лечении нефрита и токсикозов беременности (нефропатии, преэклампсии, эклампсии) в условиях стационара, ограждении беременной от внешней травмы. Несвоевременная диагностика преждевременного отделения плаценты и поздняя госпитализация беременных приводят часто к мертворождаемости.

Особого внимания заслуживает гипертоническая болезнь у беременных, при стойкой и длительной форме которой нередко происходит нарушение кровообращения в маточно-плацентарных сосудах с мелкими кровоизлияниями в ткань плаценты. Указанные изменения могут привести к гибели внутриутробного плода. В целях предупреждения сказанного, а также и других осложнений, связанных с гипертонической болезнью у беременных, в женских консультациях необходимо проводить систематическое измерение артериального давления, начиная с первой явки. Планомерное проведение лечебно-профилактических мероприятий — физический и нервно-психический покой, диета, богатая белками и витаминами, с ограничением жиров и поваренной соли, введение больших доз глюкозы и аскорбиновой кислоты парентерально имеют большое значение в сохранении здоровья беременной и в профилактике мертворождаемости.

Весьма неблагоприятным является сочетание гипертонической болезни с нефропатией, и поэтому беременные с этой патологией должны своевременно направляться в стационар для обследования и лечения.

Причиной антенатальной гибели плода могут быть некоторые эндокринные заболевания. Так, диабет, несмотря даже на благоприятное его течение у беременных, к восьмому и

девятому месяцу оказывает вредное влияние на плод, вызывая иногда гибель его. В консультации необходимо беременную с наличием сахара в крови тщательно обследовать для проведения необходимого лечения.

Известно, что организм беременной испытывает большую потребность в витаминах С, D, В и др. В Советском Союзе при высоком материальном уровне жизни трудящихся в настоящее время авитаминозы почти не встречаются. Однако надо помнить, что гиповитаминоз (авитаминоз) С, В, Е, А угрожает беременной прерыванием беременности, а гиповитаминоз D играет известную роль в этиологии рахита новорожденных. Учитывая, что при беременности почти всегда имеется некоторый общий гиповитаминоз, необходима профилактическая витаминизация таких женщин в консультации витаминами А, В, С, D, Е.

Заболевания крови и кроветворных органов опасны не только для матери, но и для плода. Мертворождаемость у беременных с выраженным малокровием повышена по сравнению со здоровыми женщинами. Вот почему очень важно при первом же посещении консультации произвести у беременной анализ крови и затем его периодически повторять.

Говоря о причинах мертворождаемости и профилактических мероприятиях, связанных с состоянием матери, необходимо остановиться на диагностике патологического состояния скелета беременной (таз, позвоночник, нижние конечности). Обследуя таз, врач консультации должен получить ясное представление о его форме, размерах (обязательное измерение внутренней конъюгаты). Женщину с узким тазом необходимо держать на особом учете и, помня возможность внутриутробной смерти плода в родах, направить ее заблаговременно в стационар.

Предварительная госпитализация необходима и в тех случаях, когда в анамнезе имеются указания на стремительные роды. Надо помнить, что в процессе их плод может получить травму, несовместимую с жизнью.

В общей системе профилактики мертворождений (лечение у беременных острых и хронических инфекций, воспалительных заболеваний женских половых органов, нарушений сердечно-сосудистой, нервной системы и эндокринных желез и др.) большое значение имеет проведение лечебной физкультуры с первых месяцев беременности. Систематические физкультурные упражнения укрепляют всю мышечную систему женщины и создают более благоприятные условия для развития плода.

Резус-фактор в этиологии мертворождаемости. В настоящее время хорошо известно, что несоответствие по резус-фактору крови матери и плода может привести к преждевременному прерыванию беременности, внутриутробной гибели плода или тяжелым формам гемолитической болезни, дающим высокие цифры ранней детской смертности (см. главу IX).

Сенсибилизация женщин к резус-фактору может наступить или при беременности резус-положительным плодом или после переливания резус-положительной крови. Вопрос об устранении сенсибилизации женщины к резус-фактору во время беременности в настоящее время пока еще не разрешен. Но предупреждение сенсибилизации к резус-фактору от переливания крови — задача полностью осуществимая. Вообще необходимо бережное отношение к переливанию крови женщинам. В случаях применения переливания крови с терапевтической целью женщинам, особенно у которых в анамнезе имеются указания на частые мертворождения, гибель детей от врожденной тяжелой желтухи, анемии или общей водянки, необходимо производить исследование крови на резус-фактор и, во избежание тяжелых осложнений, переливать резус-отрицательную кровь. Там, где показано экстренное переливание (роженицам, родильницам с отягощенным акушерским анамнезом), надо перелить резус-отрицательную кровь или только плазму.

Литературные данные показывают, что не все женщины с резус-отрицательной кровью чувствительны к резус-фактору. Примерно у 90% женщин с резус-отрицательной кровью не развивается состояние сенсибилизации даже после нескольких беременностей резус-положительным плодом. Но даже однократное переливание резус-положительной крови женщине с резус-отрицательной кровью превращает кровь в резус-неустойчивую, и такие женщины приобретают большую чувствительность к резус-фактору. Этим объясняется и тот факт, что у женщины, имевшей здоровых детей, после переливания крови рождается ребенок с гемолитической болезнью. А если переливание резус-положительной крови женщине с резус-отрицательной кровью предшествовало наступлению первой беременности, то уже у первого ребенка может развиваться тяжелая форма заболевания.

Какова же роль врача консультации по снижению мертворождаемости и ранней детской смертности на почве резус-несовместимости крови матери и ребенка?

Целесообразно у каждой беременной женщины проверять кровь на резус-фактор. Если поголовное обследование беременных невозможно, то надо выявлять и брать под особое наблюдение беременных, в анамнезе которых имеются указания на мертворождения, самопроизвольные аборт поздних сроков, гибель детей от тяжелой желтухи, анемии или водянки, а также и тех женщин, у которых были ранее переливания крови, сопровождавшиеся посттрансфузионными реакциями.

Все женщины с резус-отрицательной кровью берутся на учет, и таким беременным следует ежемесячно производить исследование крови и следить за нарастанием антител. В случае быстрого нарастания титра антител в крови беременной ее необхо-

димо госпитализировать в родильный дом (о лечебных и профилактических мероприятиях см. в IX главе).

Учитывая причины мертворождаемости, связанные с состоянием плода, необходимо отметить большое значение тазовых предлежаний и поперечных положений плода. Так, С. Л. Кейлин наблюдал поперечные положения плода и тазовые предлежания плодов в 24,2% всех случаев мертворождений, М. А. Петров-Маслаков — в 23%, И. А. Давыденков — в 32,7%. С. Л. Кейлин, признавая большое влияние поперечного положения и тазового предлежания на мертворождаемость, обращает особое внимание в этом отношении на тазовые предлежания, которые встречаются значительно чаще поперечных положений.

Неправильное положение и ягодичное предлежание плода вызывают при известных условиях раннее отхождение вод, нарушение плацентарного кровообращения и последующую антенатальную смерть плода. А если учесть, что указанные особенности расположения плода в матке часто сочетаются с предлежанием плаценты, выпадением пуповины, ручек и оперативными вмешательствами, то становится очевидным, почему необходимо тщательное наблюдение за такими беременными в консультации с учетом опасности тех осложнений, которые могут возникнуть. Все беременные с тазовым предлежанием или неправильным положением плода, начиная со второй половины беременности, должны быть взяты на особый учет с немедленным переводом беременных, занятых тяжелым физическим трудом, на облегченную работу. Следует позаботиться о заблаговременной госпитализации этих беременных в стационар для родоразрешения.

Б. А. Архангельский в случаях поперечных, косых и тазовых предлежаний рекомендует профилактический наружный поворот на голову. Он указывает, что наружный поворот, произведенный технически правильно, с соблюдением необходимых условий и учетом показаний, обеспечивает в дальнейшем не менее чем в 90% случаев стойкое головное предлежание. Б. А. Архангельский рекомендует производить наружный профилактический поворот в условиях женской консультации. Однако ряд авторов (А. П. Николаев и др.) рекомендует производить его в условиях стационара. Наружный профилактический поворот производится при соблюдении следующих условий:

- 1) срок беременности в 35—36 недель;
- 2) точная ориентировка в позиции плода, виде позиции и предлежании. В сомнительных случаях необходима рентгенография;
- 3) состояние полного покоя и расслабления мускулатуры матки и брюшного пресса;
- 4) полная подвижность плода при достаточном (но не чрезмерном) количестве околоплодных вод;
- 5) согласие беременной.

Абсолютным противопоказанием к производству наружного профилактического поворота являются:

1) отсутствие хорошей подвижности плода (легкая возбудимость матки, напряжение брюшного пресса, маловодие, опущение ягодиц во вход таза);

2) кровотечение, даже самое незначительное, установленное наблюдением или по анамнезу;

3) самопроизвольные выкидыши или преждевременные роды в анамнезе;

4) многоводие;

5) двойня;

6) резкое сужение таза.

А. П. Николаев рекомендует перед производством профилактического поворота ввести беременной в вену 40 мл 40% раствора глюкозы и 1 мл 10% раствора кордиазола и до окончания операции давать дышать кислородом.

О целесообразности применения профилактического поворота плода при тазовых предлежаниях существуют различные мнения. Однако, по нашему мнению, его следует производить в тех случаях, когда это мероприятие осуществимо без особых трудностей и особенно у беременных при небольшом уменьшении размеров таза и крупном плоде. Наружный поворот при поперечных и косых положениях плода является бесспорно целесообразным мероприятием, если его удается осуществить.

Переношенная беременность довольно часто является причиной мертворождаемости. По данным Е. Я. Ставской (1944), при перенашивании процент асфиксии вдвое, а мертворождений в полтора раза выше обычных цифр. Если плод погибает и долгое время остается в матке, он подвергается мацерации (безгнилостному влажному омертвлению), а в дальнейшем и частичному рассасыванию. При этом у беременной наблюдаются явления интоксикации от всасывания продуктов распада тканей плода, которая усиливается, когда через поврежденные оболочки плода проникают гнилостные бактерии.

Особое внимание необходимо уделить в консультации старым первородящим с переношенной беременностью. В таких случаях часто имеет место затяжное течение родов, слабость родовой деятельности, маловодие и, конечно, в процессе родового акта создаются условия для развития внутриутробной асфиксии плода. А так как при переношенной беременности кора головного мозга и мозговые центры, в силу большей зрелости нервной системы у плода, гораздо чувствительнее к кислородному голоданию, то он реагирует сильнее на различные раздражения, возникающие в течение беременности и родов. Кроме того, переношенный плод часто достигает большего веса, объем его головки увеличивается, а кости черепа становятся массивнее и плотнее, плохо конфигурируясь при прохождении через таз. В родах часто

наблюдается раннее отхождение вод и слабость родовой деятельности.

Поэтому женщин с переносимой беременностью следует как можно раньше направлять в стационар для искусственного вызывания родов. Необходимо помнить, что каждая лишняя неделя переносимости ухудшает прогноз родов для матери (удлинение родового акта, оперативные вмешательства, осложнения в послеродовом и послеродовом периодах и пр.) и для плода (асфиксия, ранняя внутриутробная смерть на почве регрессивных изменений в плаценте, родовая травма в результате пространственного несоответствия между большой, плохо конфигурирующейся головкой и тазом и пр.).

А. П. Николаев рекомендует при переносимой беременности, еще до наступления родов, повторное, многократное введение беременной глюкозы и кордиазола (не менее трех раз в сутки), снабжение ее кислородом и обильное насыщение организма аскорбиновой кислотой (до 1 г в сутки). При переносимости, особенно у старых первородящих, и при наличии недостаточной функции «маточного мотора» допустимо в отдельных случаях в интересах плода родоразрешение путем кесарева сечения.

В общей системе профилактики мертворождаемости имеет значение своевременная диагностика многоплодной беременности в женской консультации. Известно, что диагностика многоплодной беременности представляет иногда большие затруднения. Однако врач консультации в процессе систематического наблюдения обязан правильно поставить диагноз с тем, чтобы своевременно беременную госпитализировать для родоразрешения и правильными данными в обменной карте ориентировать врача в родильном доме. В неясных случаях при подозрении на многоплодие необходимо использовать рентгенографию (после 7 месяцев).

Предлежание плаценты и связанные с ним кровотечения у беременных женщин могут быть причиной антенатальной смерти плода. По данным нашей клиники (Л. И. Канторович), мертворождаемость в таких случаях составляет 20,63% и имеет место главным образом при недоношенной беременности. Л. И. Канторович отмечает изменение ритма сердцебиения плода при кровопотере у беременной, которое выравнивается после переливания крови беременной.

Еще до настоящего времени можно встретить позднюю госпитализацию беременных с предлежанием плаценты. Часть из них доставляют со значительной анемией и мертвым плодом, гибнущим от нарушения кровообращения в связи с отслойкой плаценты. В условиях консультации необходимо тщательное наблюдение за беременной и немедленная госпитализация при выявлении признаков предлежания плаценты. Это необходимо во избежание сохранения жизни матери и ребенка.

В определенном проценте случаев антенатальная смерть обусловлена различными аномалиями пуповины, многоводием или маловодием, уродствами плода. Профилактика антенатальной смерти плода, связанной с аномалией пуповины (истинный узел, короткая, длинная пуповина, обвитие ее, перекручивание вокруг своей продольной оси), естественно, весьма затруднительна. Беременных с многоводием или маловодием необходимо госпитализировать заранее в родильный дом, так как при этом правильное ведение родов с самого начала их имеет большое значение в профилактике мертворождаемости.

Что касается уродств плода, то хотя вопрос о причинах их и по настоящее время является во многом не ясным, однако некоторые общие профилактические мероприятия по охране здоровья матери и ребенка, снижающие мертворождаемость вообще, способствуют борьбе с развитием аномалий плода и, следовательно, борьбе с мертворождаемостью. Сюда относится профилактика и рациональная терапия хронических инфекций и различных воспалительных заболеваний матери (малярия, сифилис, гонорея, нефрит, грипп, пневмония, пиелит и др.); своевременная госпитализация и терапия при угрожающем и начинающемся выкидыше; предупреждение травматических моментов, благоприятствующих возникновению амниотических нитей и, следовательно, уродств (Л. С. Кейлин).

В последнее время в возникновении ряда уродств плода (гидроцефалия, микроцефалия, микрофтальмия и др.) придается большое значение токсоплазмозу. Полагают, что инфицирование плода токсоплазмами происходит из материнского организма во время беременности. Беременные же заражаются токсоплазмами от домашних животных и птиц, причем токсоплазмы могут проникать различными путями. Вопрос о токсоплазмозе находится еще только в стадии изучения. Если врач консультации из анамнеза беременной узнает о бывших, особенно повторных уродствах, должен направить женщину для обследования в акушерскую клинику.

Врачу женской консультации надо помнить и о листериозе, как причине патологии плода. Листерия вызывается бактерией *Listeria monocitogenes*, или листереллой. Нередко у женщин с отягощенным акушерским анамнезом обнаруживается листериоз. Так, Ярцевой Л. Д. за 1959/60 г. в институте акушерства и гинекологии листериоз был выявлен у 78 беременных и родильниц.

Таким образом, в целях антенатальной охраны детей и профилактики мертворождаемости в женской консультации необходимы следующие мероприятия:

- 1) полный и ранний охват наблюдением всех беременных женщин;
- 2) всестороннее обследование беременных, включая приме-

нение серологических реакций (RW, определение резус-фактора и пр.), и своевременное проведение лечебно-профилактических мероприятий, и в первую очередь диспансеризация беременных женщин с наличием отягощенного акушерского анамнеза, воспалительными процессами в прошлом, выкидышами и преждевременными родами;

3) выявление и своевременная госпитализация беременных женщин с отягощенным акушерским анамнезом;

4) своевременное распознавание, учет и госпитализация беременных с акушерской патологией (узкий таз, преждевременная отслойка плаценты, предлежание плаценты, поперечное положение плода, тазовые предлежания);

5) раннее выявление и соответствующее лечение всех беременных с токсокозами в условиях стационара;

6) своевременная госпитализация беременных женщин с наличием соматических заболеваний (болезни сердечно-сосудистой системы, легких, почек и др.);

7) госпитализация беременных с неправильным положением плода и тазовыми предлежаниями за 2 недели до родов;

8) заблаговременная госпитализация беременных женщин с резус-отрицательной кровью;

9) заблаговременное стационарирование женщин с многоплодием, маловодием, двойней, а также женщин с указанием в анамнезе на стремительные роды;

10) правильная борьба с недонашиваемостью (см. главу VIII);

11) профилактика инфекционных заболеваний, особенно гриппа. Выявление и лечение инфекционных заболеваний среди беременных;

12) госпитализация женщин с перенесенной беременностью по установлении диагноза для искусственного вызывания родов;

13) обязательная профилактическая витаминизация всех беременных комплексом витаминов А, В, С, D и Е;

14) своевременное предоставление дородового отпуска;

15) хорошо поставленная и четко проводимая в жизнь охрана труда беременных;

16) освобождение беременной от тяжелой физической работы, ограждение ее от травм (ударов, давлений, толчков, сотрясений) и работы в неподходящих условиях (в цехах с высокой температурой, вибрирующим полом и т. п.).

Проведение в жизнь перечисленных мероприятий и повышение ответственности врачей за каждый случай мертворождаемости позволяют не только снизить число мертворождений, но и создать нормальные условия для внутриутробного развития плода и рождения полноценного, здорового ребенка.

РОЛЬ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ В БОРЬБЕ С АБОРТАМИ

БОРЬБА С АБОРТАМИ

«Проводимые Советским государством мероприятия поощрению материнства и охране детства и непрерывный рост сознательности и культурности женщин, активно участвующих во всех областях народнохозяйственной жизни страны, позволяют в настоящее время отказаться от запрещения аборт в законодательном порядке.

Снижение числа аборт может быть впредь обеспечено путем дальнейшего расширения государственных мер воспитательного и разъяснительного характера» — сказано в Указе Президиума Верховного Совета СССР от 23 ноября 1955 г. «Об отмене запрещения аборт».

Женщине самой предоставлено право решать вопрос о материнстве. Если имеется необходимость прервать беременность, то женщина на основании приведенного выше Указа Президиума Верховного Совета СССР имеет возможность произвести аборт в квалифицированном медицинском учреждении, где обеспечиваются наиболее благоприятные условия для выполнения этой операции.

В инструкции о порядке проведения искусственного прерывания беременности (приложение к приказу Министерства здравоохранения СССР № 258-м от 29 ноября 1955 г.) сказано, что производство искусственного прерывания беременности (аборта) допускается всем женщинам, возбудившим просьбу о производстве этой операции и имеющим срок беременности не свыше 12 недель.

Наиболее благоприятными сроками для производства искусственного аборта являются 7—10 недель беременности, при которых и диагностика беременности наиболее легка, и кровотечение при операции бывает меньше, чем в 11—12 недель. При сроках беременности 7—10 недель плацента еще не сформировалась, связь плодного яйца с маткой не так прочна, стенки матки более упругие и хорошо сокращаются. При малых сроках беременности не только более возможны ошибки в постановке диагноза

физиологической — маточной беременности, но и производство аборта в ряде случаев может сопровождаться оставлением плодного яйца в матке. Из акушерской практики известно не мало случаев, когда у женщины, перенесшей искусственный «аборт» при 5—6-недельном сроке беременности, последняя продолжала развиваться и заканчивалась или нормальными родами, или искусственным абортом в более поздние сроки. Расширение шеечного канала при малых сроках беременности сопровождается более выраженной болезненностью.

Врач женской консультации должен учитывать, что производство операции аборта не допускается в тех случаях, когда у женщины имеются следующие противопоказания к операции:

- а) острая и подострая гонорея;
- б) острые и подострые воспалительные процессы половых органов;
- в) наличие гнойных очагов независимо от места их локализации;
- г) срок менее 6 месяцев после операции аборта;
- д) наличие острых инфекционных заболеваний.

Направление на производство операции искусственного прерывания беременности выдает участковый врач женской консультации по месту жительства. Там, где нет женской консультации, направление выдает акушер-гинеколог поликлиники (амбулатории), а в сельской местности врач акушер-гинеколог или врач участковой больницы.

Врач обследует обратившуюся к нему женщину на предмет выявления противопоказаний к производству аборта и при отсутствии таковых выдает ей направление в стационар для проведения вышеупомянутой операции, указывая срок беременности. При наличии противопоказаний к операции искусственного аборта беременная женщина направляется для лечения и в зависимости от его результатов после тщательного обследования специалистом акушером-гинекологом решается вопрос о возможности производства операции аборта.

При сроках более 12 недель вопрос об искусственном прерывании решается после тщательного обследования беременной женщины в условиях стационара. Операция аборта может быть произведена только в тех случаях, когда продолжение беременности и роды могут нанести ущерб здоровью женщины.

Отмена запрещения абортов позволяет устранить тот большой вред, который причиняют здоровью женщины аборты, производимые вне лечебных учреждений и нередко к тому же невежественными лицами. Производство операции искусственного прерывания беременности допускается только в стационарных лечебных учреждениях.

В Указе Президиума Верховного Совета СССР от 23.XI 1955 г. «Об отмене запрещения абортов» написано: «Сохранить установ-

ленную уголовную ответственность как врачей, так и лиц, не имеющих специального медицинского образования, производящих абортыв вне больниц или других лечебных учреждений».

Широкая разъяснительная работа среди женщин о вреде внебольничного аборта и его тяжелых последствиях для здоровья, а иногда и жизни, выявление и привлечение к уголовной ответственности лиц, производящих аборты вне лечебных учреждений, являются одной из важнейших задач женской консультации в борьбе с внебольничными абортами.

Учитывая, что аборт, произведенный даже опытными врачами в условиях лечебных учреждений, является небезразличным для здоровья женщины и что он может сопровождаться рядом осложнений, необходимо проводить мероприятия, направленные к уменьшению числа абортыв.

Прежде всего должна проводиться по плану широкая разъяснительная работа среди населения об аборте и его последствиях, что осуществляется путем лекций, бесед, организации выставок и т. п. (см. главу XXI). При этом медицинский персонал, осуществляющий проведение указанных мероприятий, не должен делать основной упор на самые тяжелые и редко встречающиеся такие осложнения искусственного аборта, как прободение матки и вытекающие из этого последствия. Наоборот, в первую очередь следует указать на такие осложнения, как кровотечения, воспалительные заболевания, нарушения нормальных функций половых органов, которые наблюдаются более часто и могут приводить к нарушению трудоспособности, бесплодию, самопроизвольному прерыванию последующих беременностей или патологическому течению беременности и родов (предлежание плаценты, слабость родовой деятельности, патология последового и послеродового периода и др.). После этого обычно указывают и на возможность редких, но тяжелых осложнений искусственного аборта.

Особенно следует подчеркнуть опасность последствий аборта при первой беременности.

Одновременно абортыв и его последствиям противопоставляются радости материнства, счастливая семейная жизнь, заботы Советского правительства об охране здоровья женщины-матери и ее ребенка, материальное обеспечение женщин и их детей, государственная помощь многосемейным и одиноким матерям.

Правильная организация и проведение социально-правовой помощи среди беременных женщин является важным условием в борьбе за снижение числа абортыв. Разъяснение беременной женщине ее прав, юридическая помощь в осуществлении их, привлечение общественных организаций и администрации учреждения, где работает беременная, для оказания ей необходимой материальной помощи, предоставление квартиры — во многих

случаях позволяет женщине отказаться от операции аборта и сохранить беременность.

Прежде чем направить беременную женщину по ее просьбе на аборт, врач должен детально выяснить причины, побуждающие женщину идти на эту операцию, и если они не обоснованы, необходимо в личной беседе с беременной доказать ей нецелесообразность производства искусственного аборта.

Если по состоянию здоровья женщины или каким-либо другим причинам в данное время беременность является нежелательной, то в таких случаях рекомендуется применение противозачаточных средств.

В борьбе за снижение числа абортов имеет большое значение лечение женщин при гипоплазии и воспалительных процессах половых органов, внимательное наблюдение за женщинами, перенесшими аборт, обеспечение населения противозачаточными средствами и другие мероприятия, указанные в главе VIII.

ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА

Указ, изданный Президиумом Верховного Совета СССР в ноябре 1955 г. «Об отмене запрещения абортов» предоставляет женщине возможность самой решать вопрос о материнстве. Отмена запрещения абортов не снимает вопрос об их предупреждении. Важными остаются санитарно-просветительные мероприятия, широкое распространение среди женщин сведений о возможности тяжелых последствий аборта. Аборт, произведенный в медицинском учреждении, не безразличен для женского организма, особенно при первой беременности. Женщина должна знать, что повторная беременность может наступить вскоре после выкабливания матки, а также, что всякого рода осложнения возникают при повторном прерывании беременности, если после предыдущего аборта прошло немного времени.

В тех случаях, когда женщина по каким-либо причинам решила воздержаться от рождения ребенка, ей лучше применить противозачаточные средства, чем прибегать к прерыванию беременности. Есть женщины, для здоровья и жизни которых продолжение беременности и роды представляют большую опасность (узкий таз, туберкулез, заболевание сердца, почек, заболевание эндокринных желез). Предупреждение абортов среди таких женщин сводится в основном к предупреждению самой беременности, т. е. к применению противозачаточных средств. Об этом должны знать не только женщины, но и мужчины. Врач в женской консультации не может ограничиться только указаниями женщине о применении противозачаточных средств, но должен научить женщину, как наиболее надежно и безвредно достичь этой цели. Важно, чтобы сам врач владел хорошо методикой контрацепции.

В методическом письме Министерства здравоохранения СССР по применению противозачаточных средств, выпущенном в свет в 1956 г., написано следующее:

«Участковым акушерам-гинекологам следует проводить прием женщин по предупреждению беременности и обучению их пользованию противозачаточными средствами в особо выделенные для этой цели часы приема, в зависимости от местных условий. Заведующим родильными домами и женскими консультациями необходимо снабжать каждого участкового врача набором всех противозачаточных средств для обеспечения индивидуального подбора последних. Целесообразно также иметь в консультации противозачаточные средства или соответствующие плакаты».

Давая совет по предупреждению беременности, врач должен подходить строго индивидуально к каждой женщине, считаясь с особенностями ее организма. Врач прежде всего обязан произвести тщательное обследование женщины, а именно: собрать анамнез, осмотреть влагалище и шейку при помощи зеркал, взять мазки для исследования флоры влагалища и шейного канала, произвести двуручное исследование половых органов. Произведенное обследование поможет врачу узнать анатомические особенности половых органов женщины, противопоказания к применению противозачаточных средств (воспалительные процессы), доступность и удобство пользования противозачаточными средствами, отношение женщины и ее мужа к применению определенного средства.

Женщина, пользующаяся противозачаточными средствами с целью временной стерилизации, должна быть под наблюдением врача женской консультации. Как бы ни было безвредно противозачаточное средство, постоянное и длительное его применение может вредно отразиться на здоровье женщины и привести к развитию воспалительных заболеваний внутренних половых органов.

Противозачаточные средства, или контрацептивы, имеют целью создать временный барьер между мужской и женской половыми клетками или химическими средствами уничтожить в половом канале женщины уже депонированные туда мужские клетки.

Для получения искусственного бесплодия у женщины следует соблюдать следующие принципы:

а) укрытие шейки матки;

б) пропитывание кристаллеровской пробки химическими веществами;

в) воздействие на сперму химическим веществом.

Противозачаточные средства подразделяются на химические и механические, последние могут применяться как мужчинами, так и женщинами. Химические противозачаточные средства при-

меняются только женщинами. При правильном назначении химические вещества укрывают механически своей растворяемой масой шейку матки, убивают сперматозоиды или делают их неподвижными.

Наиболее удобными, безвредными и эффективными являются механические противозачаточные средства, которые препятствуют проникновению сперматозоидов в шейечный канал.

Механические противозачаточные средства. К механическим противозачаточным средствам относятся средства, применяемые женщинами (влагалищные колпачки «КР» и колпачки Кафки, одеваемые на влагалищную часть шейки матки), и средства, применяемые мужчинами (презервативы).

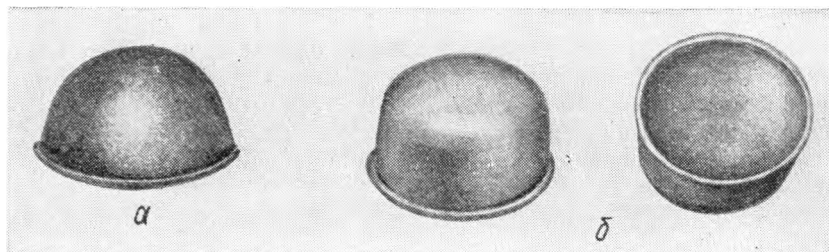


Рис. 33. Противозачаточные колпачки:
а — колпачок «КР»; б — колпачок Кафки.

Колпачки Кафки, надеваемые на влагалищную часть шейки матки, изготавливаются из алюминия, пластмассы, серебра и других материалов. Форма колпачка в виде наперстка. Колпачки имеют различные размеры по величине диаметра, причем каждый следующий номер разнится от предыдущего на 1 мм. Имея полный набор от 1 до 24 номера, можно легко подобрать соответствующий колпачок для данной шейки матки. Если колпачок правильно подобран, то шейка бывает плотно им охвачена со всех сторон, края ее не прощупываются, а если имеют место маленькие надрывы шейки, то они будут закрыты колпачком. Правильно подобранный колпачок Кафки является эффективным средством предохранения от беременности. Колпачки Кафки не могут быть рекомендованы всем женщинам, так как имеют противопоказания к пользованию.

Колпачки противопоказаны: при всех воспалительных процессах внутренних половых органов, после недавно перенесенного воспалительного процесса шейки матки, при воспалении слизистой влагалища, при значительных разрывах шейки, при гипоплазии шейки, при опущении стенок влагалища и матки. Колпачки не достигают цели при *anteversio uteri*. Не рекомендуется одевать колпачок ранее, чем через 3—4 месяца после родов и рань-

ше окончания первых месячных после аборта. Колпачок одевается через 2—3 суток после нормальных месячных. Подбор и надевание колпачка обязан производить, как правило, врач. Снимать колпачок может сама женщина, обученная этому в консультации. Колпачок можно носить не снимая в течение нескольких дней (до семи), после чего следует снять его на сутки и вновь одеть. Перед снятием и после снятия колпачка рекомендуется проспринцеваться каким-нибудь дезинфицирующим раствором. За 2—3 дня до предполагаемой менструации колпачок нужно обязательно удалить. Колпачок Кафки часто назначается в комбинации с пастой, которая вводится в колпачок, и края последнего смазываются противозачаточной пастой. Такое комбинированное применение механических и химических противозачаточных средств создает большую гарантию, причем анатомическое положение внутренних органов в таком случае не имеет большого значения. Колпачок может быть применен больших размеров (например, вместо № 9 одеть № 11—12), что для женщины более удобно, так как такой колпачок сравнительно легко снять.

Спринцевание после применения колпачка с пастой можно не производить.

Техника применения шеечного колпачка Кафки. После влагалищного исследования и осмотра шейки в зеркалах у врача складывается представление о размерах и форме шейки матки данной женщины. Следует прокипятить 3—4 номера колпачка, ближайших к предполагаемому. С помощью зеркал обнажают влагалищную часть шейки матки и протирают ее каким-нибудь дезинфицирующим раствором с последующим осушиванием стерильным шариком из ваты или марли. В наиболее подходящий колпачок вводят 0,5—1 мл противозачаточной пасты и, взяв колпачок длинным или специальным пинцетом, вводят его под контролем глаза в открытое зеркалами влагалище и надевают на влагалищную часть шейки матки. Потом пальцем проверяют, правильно ли надет колпачок, поворачивая его вокруг шейки. Если колпачок не подходит, таким же образом надевают второй.

Можно одеть колпачок Кафки без влагалищных зеркал — с помощью пальцев. При этом врач вводит указательным пальцем правой руки колпачок во влагалище и проталкивает его в глубину закрытой стороной. Когда край колпачка, одетого на палец, достигает шейки, колпачок поворачивается открытой стороной к шейке матки, после чего палец снимается от колпачка. Колпачок при этом сам присасывается к шейке, вследствие отрицательного давления между колпачком и шейкой. После этого следует проверить, правильно ли одет колпачок на шейке. При подборе колпачка руководствуются величиной и формой шейки матки. Если колпачок будет велик, то он плохо охватывает шейку и при половом сношении может сместиться, что откроет путь

для сперматозоидов в маточный зев. Колпачок, который несоразмерно шейке матки мал, приведет к сдавлению шейки и вызовет нарушение кровообращения в ней.

Влагалищный колпачок «КР» в отличие от колпачка шеечного не охватывает плотно шейку матки, а создает как бы перегородку во влагалище, препятствующую проникновению спермы к шейке матки. Влагалищные колпачки могут быть применены там, где противопоказаны шеечные колпачки. Противопоказанием к применению влагалищного колпачка является значительное опущение стенок влагалища и матки, обширные кровоточащие эрозии шейки матки, глубокие своды влагалища. Нерационально назначение влагалищного колпачка при очень длинной шейке, обращенной книзу или кверху, так как шейка может оказаться ниже или выше колпачка.

Влагалищные колпачки «КР» представляют собой выпуклую диафрагму из тонкой резины, края которой прикреплены к ободку, состоящему из упругой мельхиоровой спиральной пружины, заключенной в резиновый чехол. Колпачки изготавливаются различных размеров. Наиболее употребительные номера 70, 75, 80, 85. Для подбора колпачка нужно всегда иметь полный набор, и тогда можно подобрать требующийся номер, примеряя один номер за другим.

Перед применением колпачок «КР» обмывается водой с мылом и дезинфицирующим раствором, внутренняя поверхность колпачка и его края густо смазываются противозачаточной пастой. Вводится во влагалище колпачок следующим образом: левой рукой раздвигаются половые губы, 2—3-м пальцами правой руки сдавливают ободок колпачка так, чтобы он принял удлиненную форму, и в таком виде вводится колпачок выпуклостью, обращенной кзади, во влагалище, и продвигают в глубь его по задней влагалищной стенке, прижимая к последней. Считается, что колпачок только тогда правильно введен, если нижний край его упирается в задний свод влагалища, закрывая шейку матки, а верхний край — в переднюю стенку влагалища позади лонного сочленения. Колпачок должен закрывать шейку, прилегать плотно к боковым сводам и не смещаться при натуживании женщины. Колпачок вводится во влагалище незадолго до полового акта, удалять его можно через 8—12 часов.

К противозачаточным средствам, которыми пользуются мужчины, относятся мужские презервативы. Изготавливаются они из тонкой резины высокого качества и являются одним из самых эффективных и безвредных средств предохранения от беременности. Резиновый презерватив сохраняет прочность в течение определенного времени. Качество презерватива, длительность хранения обуславливают надежность этого метода. Дата выпуска презерватива и срок годности их обозначается на каждой коробке. Одевается презерватив в скатанном виде на голов-

ку полового члена. Слепой конец презерватива должен оставаться свободным для восприятия изливающегося семени. С целью предупреждения разрыва во время полового сношения рекомендуется смазывание уже надетого презерватива борным вазелином. Если же презерватив разорвался, женщина должна немедленно поспринцеваться слабым раствором столового уксуса (2 столовые ложки на 1 л кипяченой воды) или марганцовокислого калия 1 : 10 000.

Химические противозачаточные средства многочисленны. Они делятся на непосредственно спермоубивающие и средства, которые способны изменить бактериальную флору влагалища, повышая кислотность его содержимого; таким образом достигается спермоубивающее действие. К спермоубивающим химическим противозачаточным средствам относится целый ряд кислот (молочная, лимонная, уксусная, борная, соляная, салициловая и др.), солей (серноокислая медь, сулема, марганцовокислый калий, салициловый натрий, протаргол и др.), ряд органических антисептических веществ (карболовая кислота, формальдегид, креолин, лизол, лизоформ, спирты и такие вещества, как хинин, гидрохинин, хинозол, таннин и пр.).

С целью изменения бактериальной флоры влагалища и повышения кислотности во влагалище может применяться культура молочной и болгарской палочки — биолактин, который обладает спермоубивающей способностью (сохраняется в стеклянных трубочках).

Из химических противозачаточных средств должны употребляться только те, которые безвредны для общего состояния женщины и не раздражают слизистых оболочек половых органов. Желательно, чтобы они не вызывали неприятных ощущений, не обладали неприятным запахом, не пачкали белья, не понижали полового чувства. Химические противозачаточные вещества портативны, не требуют сложного навыка при обращении, не дают почти никаких субъективных жалоб и объективных изменений женской половой сферы. Они могут быть рекомендованы тем женщинам, у которых имеется небольшой задний свод и шейка направлена кзади. Химические средства непригодны там, где боковые и задний свод глубокие, а также при опущении стенок влагалища и матки. Медицинских противопоказаний при заболевании половой сферы местного характера химические вещества почти не имеют. Химические противозачаточные средства употребляются в виде паст, шариков, цилиндров, таблеток.

Из химических средств могут быть рекомендованы следующие:

Паста «Преконсоль» — противозачаточная мазь. Химическое вещество заключено в особый цилиндр. Весь набор состоит из цилиндра, наполненного мазью, стеклянного накопника и ключа. Перед половым сношением от цилиндра от-

винчивается крышка и вместо нее привинчивается наконечник. На противоположный конец надевается ключ. С поворотом ключа мазь начинает выдавливаться и проходить через наконечник. Паста, выделившись из наконечника, введенного во влагалище, и растворившись, закрывает шейку; сперматозоиды очень быстро прекращают движение под влиянием пасты. После употребления необходимо обернуть наконечник чистой ватой и надеть на него резиновую пробку, приложенную к набору. После применения пасты спринцевание влагалища не требуется. Можно применить «Преконсоль» в комбинации с механическими противозачаточными средствами. В таких случаях можно пользоваться набором без наконечника.

Влагалищные шарики «Контрацептин». Применение шариков не сложно. Во влагалище они растворяются в течение 3 минут при температуре в $36,5^{\circ}$, в течение 2 минут при температуре 37° . Шарики не вызывают раздражения наружных половых органов, мало изменяют флору влагалища и дают до 95% гарантии при правильном их назначении. Недостатком является необходимость последующего спринцевания влагалища, которое можно делать через несколько часов. Вода для спринцевания должна быть кипяченой, теплой. Еще лучше, если спринцевание будет произведено раствором марганцовокислого калия 1 : 10 000. Противозачаточное действие шариков объясняется тем, что масло шарика (масло какао) укрывает шейку, а химическое вещество, входящее в их состав, убивает сперматозоиды или делает их малоподвижными.

При назначении шариков следует рекомендовать женщине купить эсмарховскую кружку, необходимую для спринцевания влагалища.

Желатиновые цилиндры «Контрацептин» соединяют в себе достоинство противозачаточной мази и удобство шариков. Основную массу составляет желатин и глицерин. Желатиновые цилиндры не требуют последующего спринцевания, не загрязняют белья и по своему действию являются более сильными, чем шарики. Кроме механического препятствия для проникновения сперматозоидов в шейный канал, создаваемого массой цилиндра, последняя вредно действует на сперматозоиды или лишает их подвижности. Желатиновые цилиндры вводят во влагалище за 10—15 минут до полового акта. Порошкообразные таблетки «Контрацептин» имеют достаточную величину, чтобы, растворившись во влагалище, покрыть шейку матки. Растворяются они во влагалище при температуре $36,8^{\circ}$ в течение 3 минут, не требуют немедленного последующего спринцевания (необходимо спринцеваться каждые 2—3 дня). Женщины охотно пользуются этими средствами ввиду простоты их применения.

Свечи на полиэтиленоксидной основе (1,5 г) в сочетании с хинозолом (0,3 г). Растворяются во влагалище за 3—4 минуты с образованием умеренного количества жидкости. Грамицидиновая паста обладает сперматоцидным и антимикробным действием. Паста высокоэффективна как противозачаточное средство, а также применяется для лечения эндоцервицитов, эрозий, кольпитов. Выпускается паста в тюбиках по 30—50 г, в баночках по 20—30 г. Разовая доза пасты 5—6 г. В алюминиевой тубе паста сохраняет свои физико-химические свойства и спермацидную активность в течение полутора лет. Грамицидин в пасте содержится в концентрации 1 : 400. Паста вводится во влагалище тут же перед половым сношением при положении женщины сидя на корточках или лежа на спине. Из тюбика паста вводится непосредственно во влагалище при помощи специального наконечника или резиновой трубки, присоединяемой к тубе при помощи металлической канюли. Можно наносить пасту на тампон, который вводится во влагалище.

В последнее время широко вошли в практику противозачаточные средства местного применения на пенообразующей основе, которая повышает спермацидные свойства действующего начала, не вызывает неприятных ощущений, не грязнит белье. К ним относится никоцептин.

Никоцептин — таблетки весом 0,5 г, содержат 0,1 г витамина РР и 0,4 г пенообразующей основы. Две таблетки вводятся во влагалище за 10—20 минут до сношения. Перед употреблением необходимо смочить водой.

Галоцептин — таблетки, содержащие галаскорбин и пенообразующую основу. Применяются так же, как никоцептин. Недостатком галоцептина является образование на белье бурых, несмываемых пятен.

Помимо указанных средств, могут быть рекомендованы и индивидуальные прописи глобулей и таблеток.

В л а г а л и щ н ы е с п р и н ц е в а н и я. Влагалищные спринцевания производятся различными растворами из кружки Эсмарха, подвешенной на высоту не выше 0,5 м. Лучше производить женщине спринцевание, присев на корточки, вводя наконечник глубоко во влагалище. При помощи спринцевания механически удаляется сперма из влагалища, и химическое вещество, добавленное в кипяченую воду, оказывает спермаотоксическое действие. Из химических средств испытанными является молочная кислота (2 чайные ложки на 1 л воды), столовый уксус (2—3 столовые ложки на 1 л воды), раствор марганцовокислого калия 1 : 10 000 (приготавливается вначале 2% раствор, а перед употреблением берется чайная ложка 2% раствора на 1 л воды), галаскорбин (1 г на стакан воды). Женщина должна правильно выполнять спринцевание. После полового сношения она должна сейчас же

встать с кровати, излитая сперма стекает вниз; не торопясь приготавливает все для спринцевания, а затем производит его.

Тампоны приготавливаются самой женщиной из стерильной гигроскопической ваты, потом перевязываются крепкой ниткой крестообразно и оставляются длинные концы для удобства извлечения тампона из влагалища. Перед введением во влагалище тампон пропитывается спермаксической жидкостью, например: древесным уксусом (1 столовая ложка на стакан воды), 1—2% раствором хинина и др.

Тампон следует вводить во влагалище как можно глубже с тем, чтобы он смог закрыть шейку матки. Желательно сразу же после извлечения тампона или через непродолжительное время произвести дополнительно спринцевание влагалища.

Врач женской консультации при назначении того или иного противозачаточного средства должен учитывать индивидуальные особенности каждой женщины, отношение ее и мужа к тому или другому средству и условия быта. Важное значение имеет строение и расположение половых органов, особенно шейки матки. Кроме того, должны быть учтены и противопоказания к применению противозачаточных средств, особенно механических.

Назначая противозачаточные средства, врач должен разъяснить женщине необходимость очень аккуратного выполнения всех рекомендованных условий и регулярного применения назначенного средства. Длительное время применять одно и то же противозачаточное средство не следует, и с этой целью время от времени предохраняться должен муж, чтобы применением различных механических и химических средств не вызывать раздражения, а иногда и воспалительных явлений в половых органах женщины.

Врач женской консультации, учитывая наличие опасных для здоровья противозачаточных средств, должен проводить разъяснительную работу среди женщин по этому поводу.

К числу безусловно вредных противозачаточных средств относятся различного рода внутриматочные предохранители: штифтики, петли, проволоки, грибковидные пессарии. Эти средства вызывают хроническое воспаление внутренних половых органов, препятствующее впоследствии наступлению беременности. По той же причине безусловно вредными средствами считаются: смазывание настойкой йода слизистой шейки матки, введение йода и других прижигающих средств в полость матки. Совершенно недопустимым является рентгеновское облучение, применяемое с целью угнетения генеративной функции яичника.

Не может быть рекомендованным для предохранения от беременности прерванное половое сношение, ввиду вредного влияния его на здоровье как женщины, так и мужчины. У женщин в результате применения указанного метода нередко развивают-

ся невращения и нарушения менструального цикла, хронические воспаления шейки и тела матки.

Правильно применяемые и выбранные противозачаточные средства, употребляемые под контролем и по совету врача, в громадном большинстве случаев предохраняют женщину на определенное время от беременности, не нанося вреда ее здоровью.

ПОПЕРЕЧНЫЕ И КОСЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА

Беременные женщины часто обращаются в женскую консультацию за различными советами к врачу, не подозревая, что у них плод занимает неправильное положение. Иногда же сами беременные замечают необычное положение плода и, обеспокоенные этим, обращаются в консультацию с целью разрешения своих сомнений.

К неправильным положениям относятся косые и поперечные положения плода, между которыми трудно провести резкую границу, так как различие состоит только в степени отклонения длинника плода от продольной оси матки. Не всегда удается определить степень этого отклонения, а следовательно, часто нелегко решить и вопрос о том, в косом или поперечном положении находится плод. Принято считать, что до тех пор, пока нижележащая крупная часть плода располагается ниже гребня подвздошной кости — будет косое положение, при нахождении ее выше гребня — плод находится в поперечном положении.

Известно, что до 35—36 недель беременности положение плода у многих беременных остается неустойчивым. Под влиянием сокращений матки плод может из косого и поперечного положения переходить в продольное, и роды протекают без каких-либо осложнений. При поспешном сообщении беременной о неправильном положении плода можно нанести ей психическую травму. Подобные ошибки допускаются нередко, и в результате приходится наблюдать беременных, которые обеспокоены за исход родов только потому, что им рано сообщалось о неправильном положении плода, а последнее уже из поперечного перешло в продольное.

Установив косое положение плода, врач или акушерка поступит более правильно, если при первом посещении даст совет беременной о целесообразности подходящего положения беременной в постели. Рекомендуются ложиться на ту сторону, куда обращена нижележащая крупная часть плода (головка, ягоди-

цы). Часто этого оказывается достаточно для перехода плода в продольное положение.

Неправильные положения плода являются следствием многих причин: аномалий развития матки (двурогая матка), понижения тонуса мышцы матки после перенесенного воспаления, предлежания детского места, многоводия, несоответствия между родовыми путями матери и величиной плода, наличия опухолей матки и др.

Для решения вопроса о ведении беременности и прогноза родов, а также для выбора рационального пособия необходимо путем изучения анамнеза и объективного исследования по возможности выяснить причину неправильного положения плода.

Косое положение плода встречается у многих беременных, однако в большинстве случаев оно переходит в продольное и реже в поперечное. Переходу плода в продольное положение у женщин с растянутыми брюшными стенками способствует ношение бандажа как фабричного изготовления, так и сшитого вручную из плотного материала. Необходимо обучить беременную правильно одевать бандаж, что лучше всего выполняется в лежачем положении беременной. Правильно пригнанный бандаж не причиняет беспокойства беременной и не должен мешать ее движениям.

Бинтование живота с укладыванием ватно-марлевых валиков на брюшной стенке по бокам матки также способствует изменению косоугольного или поперечного положения плода в продольное, этому же способствует рациональное положение беременной в постели. Для устранения отрицательных эмоций у беременной врач и акушерка должны разъяснить ей изменчивость положения плода во время беременности и поддерживать веру в возможность установления в нормальное положение перед родами или в начале родов под влиянием сокращений матки. В это же время следует указать женщине основные гигиенические правила, способствующие укреплению мышц матки и брюшного пресса.

Поперечное положение плода (*situs transversus*) встречается в 0,5—0,8%, является тяжелой патологией беременности, особенно осложняющей роды.

При поперечных положениях, когда ось плода пересекает ось родового канала под прямым углом или близким к этому, позиция плода определяется в зависимости от расположения головки; при нахождении ее слева будет первая позиция, при нахождении справа — вторая позиция. По расположению спинки, как и при продольном положении, различается вид плода; если спинка обращена кпереди — имеет передний вид; если она обращена кзади — задний вид.

Распознавание поперечных положений плода при наличии выраженных признаков не представляет затруднений и основывается на следующем:

а) живот имеет шарообразную, поперечную или косоовальную форму, растянутую в поперечном диаметре;

б) наличие крупных частей плода — головки и ягодиц не в верхнем и нижнем полюсах матки, а сбоку от них;

в) низкое стояние дна матки по сравнению со сроком беременности;

г) отсутствие ясно определяемой крупной части плода над входом в малый таз, а также у дна матки;

д) наличие мелких частей плода, ясно определяемых в средней зоне матки при заднем виде;

е) невозможность достижения предлежащей части плода при пальцевом влагалищном исследовании до отхождения вод. После отхождения вод по мере продвижения предлежащей части достигаются плечико, грудная клетка, что устраняет сомнение в диагнозе.

Не следует забывать, что при неосторожном влагалищном исследовании может легко разорваться плодный пузырь и это осложняет дальнейшее течение родов. Поэтому исследование должно проводиться бережно, причем оно может ограничиваться определением состояния шейки матки, открытия зева, целости плодного пузыря, наличия или отсутствия предлежащей части. При отсутствии предлежащей части и целости плодного пузыря нельзя стремиться достигнуть предлежащую часть «во что бы то ни стало», так как это может привести к преждевременному разрыву плодного пузыря. Определение диагональной конъюгаты следует производить осторожно, остерегаясь разорвать плодный пузырь. Влагалищное исследование при поперечных положениях плода в последние месяцы беременности в консультации производить не следует, тем более, что при сформированной шейке оно ничего ценного в диагностическом отношении и не дает.

Распознавание поперечного положения плода затрудняется при многоводии, многоплодии, повышении тонуса матки после отхождения околоплодных вод. В таких случаях рентгенография облегчает установление диагноза.

При поперечных положениях плода роды без медицинской помощи почти всегда кончаются неблагоприятно. Более того, роды при поперечных положениях плода требуют применения квалифицированной медицинской помощи, так как при этом необходимы бывают оперативные пособия с целью исправления положения плода и родоразрешения.

У рожениц с поперечным положением плода рано создаются условия для внутриутробной асфиксии плода, что сопровождается кровоизлиянием в мозг, наступает внутриутробная смерть плода либо ребенок умирает в первые — вторые сутки после родов.

Внутриутробная асфиксия и смерть детей связаны часто со многими непредвиденными осложнениями, как преждевременное отхождение вод, выпадение пуповины, спазм зева шейки матки, поздняя госпитализация, погрешности в выборе и проведении акушерских пособий.

Поперечные положения плода, представляя сами по себе тяжелое осложнение, к тому нередко сочетаются с другими видами акушерской патологии: узкий таз, предлежание плаценты, слабость родовых сил, что еще больше осложняет ведение родов.

Мертворождаемость по разным авторам составляет от 20 до 36% (В. В. Строганов, Г. Г. Гентер, С. Л. Кейлин, М. Б. Трубкович). При несвоевременном оказании помощи при поперечном положении плода могут наблюдаться случаи акушерского травматизма (разрывы матки, пузырно-влагалищные свищи). Материнская смертность достигала 2—9% (К. К. Скробанский, Г. Г. Гентер), но с расширением сети родовспомогательных учреждений, при своевременном направлении беременных в стационар и правильном оказании акушерской помощи смертность матерей не должна иметь места.

Исход родов при поперечном положении без оказания акушерской помощи всегда неблагоприятный. Как редкое исключение, может наступить самоизворот, либо плод родится сдвоенным телом, что бывает чаще всего после наступления внутриутробной смерти плода, при обширном тазе и недоношенной беременности. Обычно же при отсутствии акушерской помощи у роженицы с поперечным положением плода после отхождения вод, которое происходит до наступления выраженных схваток или в начале родов, выпадают мелкие части (ручка, пуповина) и затем происходит вколачивание плечика в таз, плод теряет подвижность — возникает запущенное поперечное положение плода; последнее возникает и без выпадения ручки. В дальнейшем при наличии запущенного поперечного положения плода наступает разрыв матки или отрыв ее от сводов влагалища; иногда наступает остановка родов и быстро развивается сепсис.

Поэтому врач женской консультации должен очень внимательно отнестись к обследованию беременных с неясным положением плода, чтобы не просмотреть поперечное или косое положение; при установлении последнего беременная берется на особый учет. Основная задача должна сводиться к исправлению поперечного положения плода в продольное, что наиболее целесообразно произвести в 35—36 недель беременности. При хорошей подвижности плода не исключается возможность такого исправления в более поздние сроки, а по отдельным авторам и в первом периоде родов.

Впрочем вопросы о времени поворота, как и другие вопросы ведения беременности и родов при поперечном положении плода, оставались спорными. Они подвергались обсуждению в об-

щества акушеров-гинекологов, в печати, а также на четвертом пленуме Совета по родовспоможению и акушерской помощи Министерства здравоохранения СССР и РСФСР (1952).

Основные положения из решений четвертого пленума Совета по родовспоможению и акушерской помощи гласят:

1. Всех беременных с поперечным положением плода рекомендуется госпитализировать, начиная со срока 35 недель, и оставлять в стационаре до родоразрешения. Необходимость заблаговременной госпитализации обуславливается очень высоким процентом преждевременных родов и мертворождений при этой патологии.

2. Наружный поворот плода следует применять, начиная с 35 недель беременности, строго соблюдая показания, условия и противопоказания к этой операции.

3. Показания к операции наружного поворота:

а) поперечное положение плода,

б) косое положение плода.

4. Условия для операции:

а) беременность 35—40 недель,

б) точная диагностика положения плода; в сомнительных случаях целесообразна рентгенография,

в) податливость и отсутствие напряжения брюшной стенки и стенок матки,

г) подвижность плода,

д) согласие беременной, которой надо объяснить цель операции. Наружный поворот должен проводиться без какого бы то ни было насилия.

5. Противопоказания к операции:

а) осложнение беременности кровотечением, хотя бы и самым незначительным (данные анамнеза и осмотра),

б) указания на самопроизвольный выкидыш и преждевременные роды при предшествующих беременностях,

в) многоводие и маловодие,

г) многоплодие,

д) резкое сужение таза (второй и третьей степени) или наличие рубцов во влагалище, когда возможность самопроизвольного родоразрешения сомнительна,

е) осложнение беременности токсикозом (нефропатия, преэклампсия), нефритом, заболеваниями сердечно-сосудистой системы в стадии нарушенной компенсации,

ж) наличие в анамнезе абдоминального кесарева сечения или внутрибрюшных спаек после чревосечения,

з) наличие однорогой или двурогой матки или других аномалий ее развития, опухоли придатков, предшествующей операции удаления субсерозных узлов фибромиомы.

6. Операция наружного профилактического поворота при

поперечном и косом положении плода может быть произведена только в стационаре.

Беременной женщине с поперечным положением плода следует объяснить с соблюдением такта создавшуюся ситуацию, доказать ей необходимость быть под строгим наблюдением врача и указать, что своевременная акушерская помощь обеспечит наиболее хороший исход родов, а без оказания своевременной помощи возможны тяжелые последствия. Для устране-

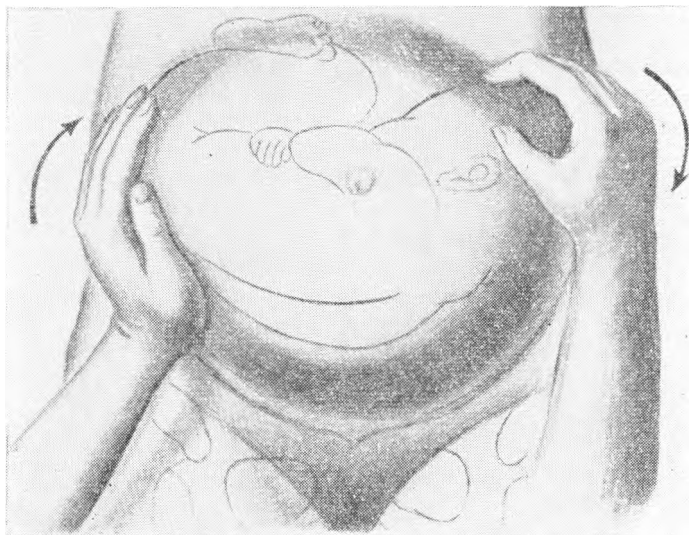


Рис. 34. Наружный поворот плода на головку при поперечном его положении.

ния психических переживаний необходимо возлагать надежды на возможность перехода плода из поперечного в продольное положение.

Техника наружного поворота. Для успешного выполнения наружного поворота необходимо, чтобы не было переполнения кишечника, что проще всего достигается беременной воздержанием от грубой пищи накануне поворота. Беременная укладывается на кушетку или в кровать, и для расслабления мышц брюшного пресса сгибает умеренно ноги в тазобедренных и коленных суставах.

Усевшись справа от беременной, акушер двумя руками, помещенными на живот по бокам матки, осторожно переводит плод в продольное положение, приближая постепенно головку к входу в малый таз. Если не удается перевести плод в про-

дольное положение с головным предлежанием, производят поворот на ягодицы.

После поворота необходимо удерживать плод в продольном положении в течение 3—5 минут, в которые могут наступать слабые сокращения матки, как реакция на перемещение плода. Затем выслушивается среднебиение плода и при отсутствии нарушения ритма по сторонам матки укладываются валики толщиной до 5—8 см, длиной 18—20 см, сшитые из ваты с марлей. Валики фиксируются наложением круговой повязки, закрепляющей плод в продольном положении. Для повязки необходимо иметь бинт 10—12 см шириной и 6—8 м длиной, что позволяет сделать до 6—7 оборотов бинта вокруг живота. Правильно наложенный бинт не должен причинять беспокойства беременной, которая через 2—4 часа может встать. При повороте в условиях поликлиники, что следует производить в порядке исключения, дается совет явиться повторно в консультацию через 5—6 дней. В случае же осложнений после поворота: появления схваток, кровотечения, отхождения вод — беременная немедленно должна быть помещена в стационар.

Если плод удерживается в продольном положении, при посещении консультации накладывается повторная повязка на неделю, после чего для удержания плода в продольном положении может применяться бандаж.

Если поворот не удается, либо после двукратного поворота плод вновь занимает поперечное положение, следует считать, что имеется стойкая неустранимая причина, и от дальнейшей попытки поворота необходимо отказаться. Такое состояние может встретиться у 8—10% беременных с поперечным положением плода.

Поворот плода наиболее целесообразно совершать в условиях стационара, где имеется возможность постоянно наблюдать за беременной, вовремя исправить ослабевшую повязку и раньше выявить осложнения. Учитывая суточные колебания функций организма и то, что возбудимость матки менее выражена в первой половине дня, поворот лучше производить в первой половине дня, когда менее вероятно развитие сокращений матки после поворота.

В связи с тем, что основная масса акушеров-гинекологов работает в объединенных учреждениях родовспоможения, врачам приходится наблюдать беременных в женской консультации и оказывать помощь в стационаре; каждый акушер-гинеколог должен уметь вести роды у беременных с поперечным положением плода. Кроме того, ясное представление об этой патологии способствует наилучшему проведению профилактических мероприятий, осуществляемых в женской консультации, помогает врачу в составлении прогноза родов, когда врач

встречается с диагнозом поперечного положения плода во время беременности.

Поэтому мы считаем, что необходимо остановиться на ведении родов при поперечном положении плода.

На исход родов при поперечном положении плода влияют многие факторы: характер родовой деятельности, состояние родовых путей, величина плода, своевременность оказания акушерской помощи. Кроме того, большое значение имеет время разрыва плодного пузыря.

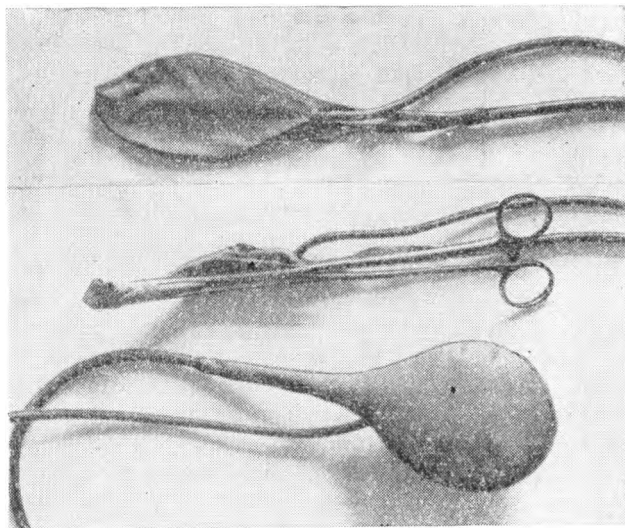


Рис. 35. Трубчатый метрейринтер И. М. Старовойтова.

Наиболее благоприятные исходы родов наблюдаются, когда плодный пузырь сохраняется до полного сглаживания шейки матки и раскрытия ее зева. В таких случаях поворот совершается без труда, не наносится травма матери и ребенку.

Следовательно, важнейшей задачей ведения родов при поперечном положении плода является сохранение плодного пузыря в первом периоде родов. С этой целью необходимо уложить роженицу в постель, создав приподнятое положение ножного конца кровати с помощью специальной подставки или табуретки.

По поводу ведения родов при целостности плодного пузыря у рожениц с поперечным положением плода среди акушеров нет разногласия. Принято вести выжидание до полного открытия зева, а затем вскрыть плодный пузырь и совершить внутренний поворот плода на ножку с последующим его извлечением за тазовый конец.

Для защиты плодного пузыря от чрезмерного растяжения и преждевременного разрыва многие акушеры рекомендуют вводить во влагалище роженицам резиновые баллоны, т. е. проводить кольпейриз (М. С. Малиновский, И. Ф. Жорданиа, И. И. Яковлев, Г. Мартнус).

Для этой цели, как известно, рекомендуются специальные резиновые баллоны, названные кольпейринтерами. По нашему мнению, для этой цели с успехом могут применяться метрейринтеры любых моделей и образцов. В акушерско-гинекологической клинике Минского мединститута применяется трубчатый метрейринтер И. М. Старовойтова с наполнением его через ампулы по типу сообщающихся сосудов.

Во время кольпейриза плодный пузырь дольше сохраняется, развиваются хорошие родовые схватки и в течение 6—10 часов наступает полное открытие зева шейки матки, на что указывает потужной характер схваток. В этих случаях баллон выталкивается из влагалища или он удаляется акушером. К этому времени часто начинают отходить околоплодные воды, а если плод-

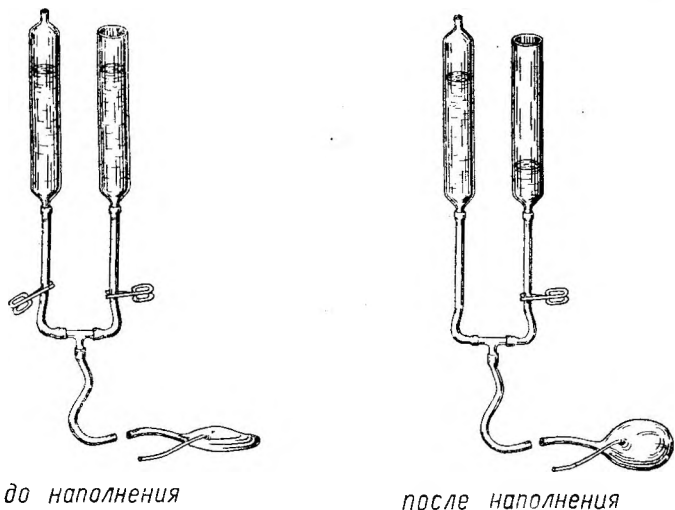


Рис. 36. Схема наполнения метрейринтера по методике Собестианского — Старовойтова.

ный пузырь не вскрывается — его разрывают и приступают к внутреннему повороту плода на ножку с извлечением последнего за тазовый конец. При операции роженице дается эфирный наркоз, и убедившись, что она хорошо уснула, приступают к акушерскому повороту плода на ножку, который состоит из трех моментов: введения руки в матку, отыскания и захватывания ножки и собственно поворота.

Для более легкого введения руки в полость матки она должна быть сложена в виде конуса (рука акушера). Рука вводится во влагалище и матку поперечным размером в поперечном или косом размере таза с повернутой ладонью кпереди и несколько в сторону (П. А. Белошанко, И. И. Яковлев). Затем захватывается ножка плода, причем лучше всего захватить нижележащую ножку при переднем виде, вышележащую — при заднем, тогда ножка будет передней и плод не окажется сидящим верхом на лоне.

Поворот совершается при участии двух рук: наружной рукой отодвигается головка к дну матки, внутренней — низводится ножка плода, захваченная пальцами за голень. Поворот считается окончанным, когда ножка выведена наружу до подколенной ямки.

В большинстве случаев после поворота при полном открытии зева шейки матки можно извлечь плод за ножку, однако необходимо учитывать, что при этом могут быть осложнения — запрокидывание ручек, и потому, где нет

показаний к срочному извлечению, можно от него воздержаться, тщательно наблюдая за сердцебиением плода. Особенно нельзя проявлять торопливости при сочетании поперечного положения с предлежанием плаценты, так как при этом шейка легко подвергается разрыву, а последний сопровождается сильным кровотечением и может перейти на тело матки. После извлечения плода необходимо тщательно осмотреть ребенка, так как без этого может часто оставаться незамеченным перелом бедра, плечевой кости и ключицы.

Поворот плода на ножку при полном открытии зева шейки матки у рожениц с поперечным положением плода обычно дает хорошие результаты. В акушерско-гинекологической клинике Минского мединститута поворот при таких условиях произведен у 72 рожениц, осложнений у матерей не было, живые дети родились у 70 рожениц. Гораздо сложнее вести роды после преждевременного отхождения околоплодных вод, когда отсутствуют условия для классического поворота. В этих случаях отсутствует действие плодного пузыря, играющего важную роль в процессе сглаживания шейки и раскрытия зева. По мере нарастания родовой деятельности матка охватывает плод, нарушается его подвижность, а предлежащая часть плода — ручка с плечиком вколочиваются в малый таз. Так, рано или поздно, без акушерской помощи создается запущенное поперечное положение плода, что может привести к разрыву матки, если не будет оказана своевременная и правильно квалифицированная акушерская помощь.

Иногда беременные с поперечным положением плода могут обратиться в женскую консультацию по поводу того, что без родовых схваток начинают отходить околоплодные воды задолго до срока родов. Такая беременная должна быть немедленно помещена в родильный дом или больницу, где ей будет оказана надлежащая помощь.

В случае разрыва плодных оболочек в верхнем полюсе родовая деятельность может не развиваться, при разрыве же плодного пузыря над зевом раньше или позже разовьются родовые схватки. При этом, в зависимости от акушерской ситуации, могут быть применены следующие мероприятия:

а) внутренний поворот по Брэкстон — Гиксу; б) метрейриз; в) кесарево сечение.

Каждый из приведенных методов имеет свои положительные и отрицательные стороны, для каждого из них должны быть условия и показания.

Поворот плода на ножку при неполном открытии зева часто осложняется глубоким разрывом шейки матки, сопровождающимся сильным, а иногда смертельным кровотечением. Это является одной из частых причин материнской смертности в родах при поперечном положении плода. Если учесть, что сам поворот при неполном открытии зева является технически трудно выполнимой операцией и его может сделать не всякий врач, и что в большинстве случаев при таком повороте рождаются мертвые дети, то станет понятным отрицательное отношение акушеров к повороту по Брэкстон — Гиксу.

Выжидание до полного открытия зева после отхождения вод является опасным и не должно иметь места. При выжидании после отхождения вод, по мере нарастания родовой деятельности, сокращения матки сопровождаются повышением ее тонуса, плод теряет подвижность и тем самым создаются противопоказания к внутреннему повороту. Нередко во время такого выжидательного ведения родов наступает разрыв матки. При нарушении тонуса матки рано нарушается плацентарное кровообращение и наступает внутриутробная асфиксия и смерть плода. Возможность указанных осложнений заставляет акушеров отказываться от выжидательного ведения родов после отхождения вод у рожениц с поперечным положением плода.

Поскольку наиболее хорошие результаты дает поворот плода на ножку при полном открытии зева, сама собой напрашивается мысль об ускорении

раскрытия зева введением в матку метрейринтера. Введенный метрейринтер способствует сохранению околоплодных вод, усилению родовых схваток и предупреждает вколачивание плечика в малый таз, что сохраняет возможность последующего внутреннего поворота при полном или почти полном открытии зева. Однако против метрейриза приводятся возражения, что метрейринтер, находясь в матке, закупоривает ее полость и тем создаются условия для развития эндометрита. При пользовании трубчатым метрейринтером Старовойтова жидкость из матки через дополнительную трубку может свободно оттекать и закупорки матки не создается.

Кроме того, через дополнительную трубку метрейринтера в полость матки можно вводить лекарственные жидкости, в частности антибиотики, которые препятствуют развитию микроорганизмов в полости матки, если они туда попадают. По нашим наблюдениям, введение пенициллина 100—150 ЕД в 10—20 мл физиологического раствора через каждые четыре часа оказывается достаточным для предупреждения эндометрита во время метрейриза.

Возражая против метрейриза, некоторые акушеры указывают на то, что во время нахождения метрейринтера в матке могут развиваться беспорядочные родовые схватки. По-видимому, постоянное давление метрейринтера, имеющего неизменяемый объем, на стенки матки приводит к непрерывному раздражению рецепторного аппарата матки и сопровождается появлением беспорядочных сокращений матки. Этого явления не наблюдается при наполнении и действии метрейринтера по типу сообщающихся сосудов. Во время сокращений матки жидкость из метрейринтера устремляется в сообщающиеся с ним ампулы и поступает обратно в метрейринтер после схватки. При таком как бы прерывистом действии метрейринтера раскрытие зева происходит не за счет механического растяжения, как это имеет место при постоянном натяжении метрейринтера, а за счет физиологических сокращений матки. Однако введение метрейринтера в матку не всегда ускоряет раскрытие зева шейки матки. Наилучшие результаты наблюдаются, если метрейринтер вводится при нормальном тоне матки. Если вводить метрейринтер через длительное время после отхождения вод, когда тонус матки повышается (гипертонус), сокращения матки хотя и бывают, однако раскрытия зева не происходит, и не создаются условия для поворота; при этом наступает внутриутробная асфиксия, а нередко и смерть плода. Следовательно, при гипертонусе матки метрейриз не должен применяться. Отсюда следует, что роженица с поперечным положением плода должны рано госпитализироваться и при преждевременном отхождении вод метрейриз должен проводиться без промедления.

Поперечные положения плода часто сочетаются с другими видами патологии: предлежанием плаценты, узким тазом, выпадением лоповины и др. При наличии сопутствующей патологии прогноз родов должен определяться с учетом ведущей патологии. Так, при центральном предлежании плаценты и жизнеспособном плоде необходимо отдавать предпочтение кесареву сечению, которое в подобных случаях явится самым бережным способом родоразрешения как для матери, так и для ребенка. То же самое можно сказать и о роженицах, у которых имеется сочетание поперечного положения плода и узкого таза.

Особенно осложняются роды, когда образуется запущенное поперечное положение плода, которое чаще всего бывает при длительном безводном промежутке родов. Однако при бурно протекающей родовой деятельности оно может возникнуть спустя два часа и менее после отхождения околоплодных вод.

Для запущенного поперечного положения характерны следующие симптомы: плотное охватывание плода стенками матки, вколачивание предлежащей части плода — плечика в малый таз, неподвижность плода, болезненность нижнего сегмента матки. Обычно при запущенном поперечном положении плода наступает угрожающий разрыв матки, который при отсутствии немедленной акушерской помощи (операции) приводит к совершившемуся разрыву матки.

При запущенном поперечном положении метрейриз и поворот плода на

ножку противопоказаны, так как во время поворота наступает очень часто разрыв матки. При живом жизнеспособном плоде в интересах ребенка и при отсутствии явных признаков инфекции может быть сделано кесарево сечение. После наступления внутриутробной смерти плода или при отмирающем плоде единственно оправданной операцией будет эмбриотомия, которая может быть произведена в виде декапитации, эквисцерации или спондилотомии.

Профилактика неправильных положений плода должна быть направлена на развитие здорового женского организма еще в раннем детском возрасте. Свежий воздух, полноценное питание ребенка, физические упражнения и умеренный труд в юношеском возрасте обеспечивают нормальное развитие организма, тем самым способствуют нормальному развитию матки и родовых путей. Длительные, тяжелые роды, сопровождающиеся инфекцией, приводят к нарушению тонуса матки, что способствует образованию неправильных положений при последующих беременностях. Отсюда своевременное и правильное оказание акушерской помощи, предупреждение септических осложнений в родах и после них является профилактикой неправильных положений. Не менее важное значение имеет наблюдение за беременными в женской консультации и проведение мероприятий, укрепляющих организм.

Одним из важных условий предупреждения тяжелых осложнений в родах является своевременное выявление беременных с поперечными положениями плода и ранняя госпитализация их в такие учреждения родовспоможения, где может быть оказан любой вид акушерской помощи, когда в этом возникнет необходимость.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРЕЩИН СОСКОВ И ЛАКТАЦИОННЫХ МАСТИТОВ

Из всех видов воспалительного процесса молочной железы наиболее часто встречаются послеродовые лактационные маститы.

Мастит — заболевание, которое редко угрожает жизни женщины, но имеет серьезные последствия как для матери, так и для ребенка. Для матери мастит является тяжелым осложнением послеродового периода. Мастит матери резко ухудшает питание ребенка и является угрозой для его развития и здоровья. Наличие трещин на сосках является одним из факторов, способствующих возникновению маститов. Кроме того, трещины на сосках очень болезненны и причиняют тяжелые страдания женщине при лактации.

В борьбе с послеродовыми маститами и трещинами сосков профилактические мероприятия играют, несомненно, большую роль, нежели лечебные.

Подготовка молочных желез и сосков во время беременности к их будущей функции начинается в женской консультации при первой явке беременной. Врач должен разъяснить беременной важность и необходимость рекомендуемых им мероприятий, могущих в будущем обеспечить безболезненное и нормальное кормление ребенка.

Соблюдение сугубой чистоты всего тела, частая смена нательного и постельного белья, короткая стрижка ногтей, бритье волос в подмышечной области являются обязательными гигиеническими мероприятиями.

Обязательны ежедневные (утром и вечером) обмывания молочных желез мылом и водой комнатной температуры с последующим вытиранием специально выделенным полотенцем. С 5—6 месяцев беременности рекомендуется проводить для молочных желез ежедневные воздушные ванны по вечерам, перед сном, лежа в течение 10—15 минут на кровати с обнаженными молочными железами. За 2 месяца до родов дополнительно рекомендуется ежедневное обтирание грудных желез и сосков

0,5% раствором нашатырного спирта. При плоских или втянутых сосках нужно осторожно периодически вытягивать их чисто вымытыми руками по 3—5 минут три раза в день.

Сохранение формы и упругости молочных желез достигается применением хорошо сшитого по мерке лифчика из тонкой и легкой материи. Он не должен стеснять молочные железы, а тем более сосок желез. По мере увеличения молочных желез с развитием беременности размеры лифчиков должны меняться. Покрой лифчиков должен обеспечивать приподнятое положение молочных желез, так как отвисание их предрасполагает к возникновению застойных явлений, последнее особенно важно и в послеродовом периоде.

Наряду с общими гигиеническими мероприятиями, среди которых видное место занимает использование солнца, воздуха, воды и движений (работа, прогулки), беременным рекомендуются и специальные гимнастические упражнения.

Подготовку к лактации нельзя сводить только к подготовке сосков и молочных желез: подготовка к лактации должна носить более широкий и глубокий характер, исходя из положения о целостности организма беременной. Здесь прежде всего надо иметь в виду весь общегигиенический режим беременной и соблюдение определенной диеты, обеспечивающей полноценное, богатое витаминами питание.

С целью повышения общего тонуса организма беременной и стойкости его к инфекции рекомендуется проводить, начиная с 7—8 месяцев беременности, общее облучение ультрафиолетовыми лучами.

Наибольшее внимание следует обращать на беременных, имеющих плоские и втянутые соски. Таким женщинам нужно рекомендовать вытягивание сосков чисто вымытыми руками. Вначале указанную процедуру выполняет акушерка консультации, а затем последняя обучает беременную производить вытягивание сосков самостоятельно.

При жирной коже соска молочную железу рекомендуется во время утреннего туалета обмывать детским мылом, а при выраженной сухости кожи соска — смазывать его стерильным вазелиновым маслом.

Маститы возникают чаще всего при наличии трещин, образующихся в первые дни послеродового периода. Большое значение в возникновении трещин сосков и маститов имеет: нарушение функции молочной железы, несоблюдение общегигиенических мероприятий, нерациональное питание с недостаточным введением витаминов, отсутствие надлежащего ухода за сосками во время беременности, неправильное прикладывание ребенка к груди, неправильное сцеживание молока и наличие послеродового заболевания у матери.

Наилучшим образом соблюдать условия, предупреждающие развитие маститов, удается в родильном отделении, но как только женщина попадает в условия домашней обстановки, нередко профилактические мероприятия не проводятся и у родильницы развивается мастит.

Поэтому все родильницы должны быть патронированы на дому акушеркой, которая проверяет, как проводятся соответствующие мероприятия и, при необходимости, обучает женщину и помогает ей в этом.

Следует обращать наибольшее внимание на соблюдение общегигиенических мероприятий (ежедневное обмывание молочных желез водой с детским мылом, частая смена белья, особенно лифчиков), правильное кормление и сцеживание молока.

Сцеживание остатков молока желательно производить с помощью специальных приборов или аппаратов типа водоструйных, электро-и вакуум-отсосов. Конечно, подобные аппараты обычно применяются в родильных отделениях, а в домашних условиях и при отсутствии аппаратов сцеживание молока производят руками.

С целью профилактики трещин сосков и маститов наиболее целесообразно до и после кормления ребенка сосок и околососковый кружок протирать стерильным ватным шариком, смоченным в растворе риванола 1 : 2 000 или в 0,5% растворе нашатырного спирта. Шарик захватывается пинцетом или зажимом. Оставшееся на соске небольшое количество раствора необходимо удалить сухим ватным (марлевым) шариком, ибо оставшаяся жидкость при последующем подсыхании может вести к шелушению кожи. Раствор нашатырного спирта нестойк и легко подвергается окислению, поэтому следует пользоваться свежеприготовленным раствором или не более чем с суточным хранением. Раствор нашатырного спирта устраняет загрязнение соска, предупреждает образование корочки (струпа), не повреждает клеточных элементов гранулирующей поверхности и тем самым вызывает более быстрое заживление появившихся трещин на сосках. После кормления ребенка и обработки сосков раствором нашатырного спирта мы рекомендуем применять воздушные ванны (аэрация) молочных желез, с этой целью последние держат открытыми по 10—15 минут. Описанную методику можно применять и при лечении трещин сосков.

В случае малой эффективности указанных мероприятий и образования трещин сосков дополнительно назначается облучение сосков кварцевой лампой.

Родильницы с незажившими трещинами сосков, как правило, из родильного дома не выписываются. По возможности следует продолжать кормление ребенка, используя накладку с широким основанием, или тщательно сцеживать молоко.

При трещинах сосков рекомендуется применять орошение

пенициллином, растворенным в 0,25% растворе новокаина или же на физиологическом растворе (10 000 ЕД на 1 мл раствора новокаина). С целью лечения трещин сосков может быть применено и смазывание сосков после каждого кормления 1% раствором метиленовой сини в 60° спирте; после этой процедуры женщина в течение 15—20 минут лежит с открытой грудью

(воздушная ванна). При трещинах сосков можно присыпать их тончайшим порошком стрептоцида (пудрой), производя это также после кормления.

Применяются и другие методы лечения трещин сосков (ванночки с раствором марганцовокислого калия, бальзам Шостаковского и многие другие), но эффективность любых методов зависит прежде всего от тщательности ухода за молочными железами и строжайшего соблюдения общегигиенических правил (мытьё рук, частая смена белья, ежедневное обмывание молочных желез и т. п.).

Техника кормления ребенка. Лучший способ — кормление в сидячем положении женщины, так как при этом соски меньше травмируются. Вначале после родов женщина

находится в положении с приподнятой на подушке верхней частью туловища и с горизонтально протянутыми ногами, а с 4-го дня послеродового периода мать кормит ребенка сидя на кровати с опущенными ногами. В дальнейшем при кормлении ребенка женщина сидит на стуле, поставив на скамеечку ногу, соответствующую стороне расположения молочной железы, из которой происходит кормление (рис. 37).

Женщина перед кормлением должна тщательно мыть руки водой с мылом и насухо их вытирать полотенцем. Прежде чем ввести сосок в ротик ребенка, надо сцедить несколько капель молока, особенно при сильном нагрубании железы, пока молоко не начнет выделяться струйкой. При сосании ребенок должен захватывать не только сосок, но и большую часть околососкового



Рис. 37. Кормление ребенка грудью, сидя на стуле.

кружка, одновременно мать поддерживает молочную железу.

При втянутом и малоподвижном соске следует первые дни кормить через накладку. Длительность кормления не должна превышать 20—25 минут.

В комплексе мероприятий по уходу за молочными железами должно быть включено сцеживание остатков молока после кормления.

Как известно, молочная железа состоит из 15—20 долек, направленных вершущкой к соску и разделенных между собой соединительной тканью. Долька оканчивается выводным протоком. Отдельные дольки, вследствие недостаточного отсасывания прибывшего молока либо в результате избыточного его образования, переполняются молоком и механически сдавливают протоки, иногда же последние закупориваются жировыми клетками, казеином и другими плотными веществами. В этих застойных участках легко развивается воспалительный процесс — мастит.

Правильное опорожнение молочных желез является очень важным мероприятием в профилактике трещин сосков и маститов.

В настоящее время еще нельзя отказаться от ручных методов сцеживания молока, особенно в домашних условиях. Мы рекомендуем метод ручного сцеживания молока у родильниц, разработанный в нашей клинике с учетом физиологии молочной железы, эффективность и целесообразность которого проверена у большого числа родильниц.

Сущность нашего метода заключается в сочетании трех приемов:

1) осторожное нежное расправление молочной железы двумя руками в горизонтальном и вертикальном направлении (рис. 38);

2) легкое приподнимание молочной железы правой рукой вверх. Удерживая молочную железу в таком положении, указательный и большой пальцы располагают приблизительно на границе околососкового кружка с тем, чтобы расстояние между пальцами было 4 см;

3) двумя указанными пальцами производят нажим на молочную железу в сторону грудной стенки и затем осторожно сдавливают между ними захваченный участок молочной железы (рис. 39), не производя при этом вытягивания соска вперед и вниз, как это рекомендовано другими авторами. Пальцы при этом должны оставаться в первоначальном положении, производя только ритмически указанные движения. Во время сцеживания молока остальные три пальца правой руки все время поддерживают снизу молочную железу. При выполнении третьего приема необходимо следить за тем, чтобы пальцы не смещались в сторону соска и не тянули его вперед и вниз, так как при этом

сдавливаются в окружности соска лимфатические сосуды и создаются застойные явления, возникает отечность. Сцеживание молока производится в сидячем положении роженицы, а при наличии у роженицы разрыва промежности, молоко сцеживают ей в лежачем положении с приподнятым по возможности туловищем. При этом женщина поворачивается на бок. Сцеживать правую молочную железу легче правой рукой при положе-

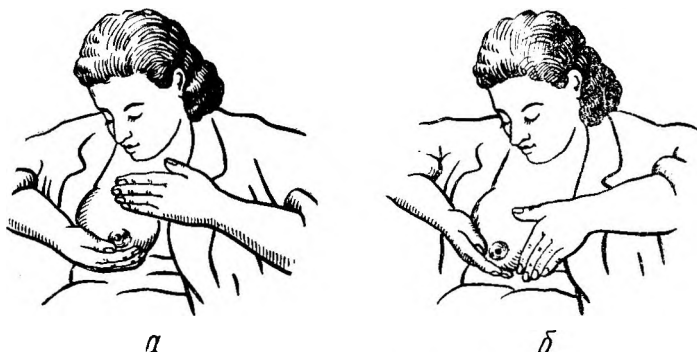


Рис. 38. Сцеживание молока по методу И. А. Макаренко (1-й прием).

нии роженицы на левом боку. То же самое повторяют с левой молочной железой, при этом роженица лежит на правом боку. Чтобы научить роженицу правильно сцеживать молоко, обычно врач или акушерка становятся сзади роженицы и обучают ее. Роженицы легко усваивают простую методику и тут же повторяют приемы сцеживания молока.

Наиболее важно и в то же время наиболее трудно своевременно отличить уплотнение, образующееся вследствие застоя молока, от воспалительной припухлости при серозном мастите. В отличие от воспалительной опухоли уплотнение при застое молока развивается постепенно в одном из участков железы при общем хорошем состоянии роженицы. У большинства рожениц молочная железа в области нагрубания имеет бугристую (зернистую) поверхность и продолговатую форму. Характерно то, что при застое молока контуры уплотнения определяются четко; его можно захватить пальцами и сместить в толще железы, чего нельзя сделать при воспалении из-за отека окружающей ткани. В картине крови при застое молока отклонений от нормы не наблюдается. Больные ощущают некоторое чувство напряжения, тяжести или покалывания в соответствующей молочной железе. Кожные покровы сохраняют обычный вид. Имеется иногда повышение температуры (37,5—37,7°). Обычно нагрубание молочных желез наблюдается на 3—4-й день послеродового пе-

риода, и в это время особенно тщательно следует наблюдать за роженицей, чтобы своевременно устранить застой молока. Помимо сцеживания молока при нагрубании молочных желез ограничивают прием жидкостей и назначают слабительную соль.

К лечению маститов следует приступать не тогда, когда появляются те или иные выраженные объективные признаки заболевания, а как только роженица впервые пожалуется на боли или неприятные ощущения в молочной железе. Обычно назначают антибиотики, облучение



Рис. 39. Сцеживание молока по методу И. А. Макаренко
(а — 2-й прием; б и в — 3-й прием).

ультрафиолетовыми лучами или малыми дозами рентгеновых лучей (25 r повторно 2—3 раза). Молочная железа фиксируется в приподнятом положении с помощью широкого бинта.

При двустороннем поражении каждая молочная железа подвязывается отдельно.

Все методы лечения маститов должны преследовать одну главную цель — сохранение и восстановление лактационной функции молочной железы.

Мастит серозный (начинающийся). Заболевание серозным маститом начинается с внезапного повышения температуры до 39° и выше, появления разбитости, головной боли. Иногда появляется озноб. Язык становится суховатым, обложенным. Пульс учащается. Затем возникает боль в одном из квадрантов или во всей молочной железе колющего или дергающего харак-

тера, имеющая тенденцию к усилению. Лактация нарушается вследствие закупорки молочных ходов. Кожные покровы железы сохраняют обычный вид, внешняя форма железы не изменяется. При пальпации определяется болезненное уплотнение с гладкой поверхностью без четких контуров (в отличие от застоя молока). Молоко из соска выделяется плохо. Реакция оседания эритроцитов ускоряется до 25—35 мм в час, число лейкоцитов увеличивается до 10 000. При неправильном лечении уже в первые сутки молочная железа увеличивается в объеме, кожа над инфильтратом слегка краснеет и уплотняется.



Рис. 40. Бинтование молочной железы.

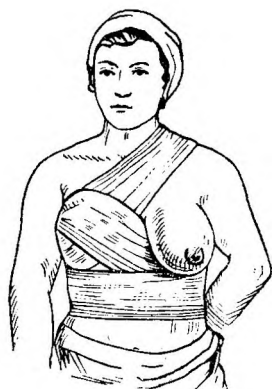


Рис. 41. Молочная железа забинтована.

При очередном кормлении следует дать ребенку пораженную молочную железу, чтобы он отсосал максимальное количество молока. Остаток молока сцеживают с помощью аппарата или ручным способом по вышеописанной методике. На пораженную железу накладывается согревающий компресс из камфарного спирта или же 76% спирта, наполовину разбавленного водой. В домашних условиях женщина может употреблять для компресса водку. Молочная железа фиксируется в приподнятом положении с помощью широкого бинта (рис. 40—41). Для этого желательно употреблять матерчатый бинт шириной 15—20 см. В условиях стационара можно применять аппликации озокерита или парафина на пораженную железу. Применение холода (мешок со льдом) по нашим наблюдениям при начинающемся мастите менее целесообразно. Женщине назначается слабительное (соль), ограничение приема жидкостей; кормление грудью продолжается. Пенициллин назначается внутримышечно до 500 000 МЕ в сутки. Если после применения вышеперечисленных

процедур молочная железа остается несколько напряженной, то рекомендуется новокаиновая блокада молочной железы по Вишневному, которая по надобности повторяется через 4—5 дней.

Техника новокаиновой блокады по Вишневному. Положив больную на спину, под лопатку больной подкладывают валик. В верхне-наружном квадранте молочной железы на уровне V—VI ребра по передней аксиллярной линии делают с помощью тонкой иглы кожный желвак, впрыскивая 0,25% раствор новокаина. После этого вводят длинную иглу, через которую вливают до 150—300 мл того же раствора новокаина с таким расчетом, чтобы раствор попал в рыхлую соединительную ткань между задним листком фасции молочной железы и передним листком фасции большой грудной мышцы. Блокаду молочной железы следует делать из одной точки, меняя направление иглы, выдвигая ее несколько назад и затем снова погружая под железу. При правильном направлении иглы раствор вводится очень легко, без всяких усилий, больная болей не ощущает, иногда лишь жалуется на чувство распирания в молочной железе.

В силу анатомических особенностей органа или его патологического состояния на практике иногда приходится прибегать к введению раствора не из одного укола, а из двух или трех, особенно когда молочная железа больших размеров или же отвислая, а также при так называемой куриной грудной клетке. При этом первый укол производится как указано выше, а второй укол иглы делается на уровне верхнего края II ребра, ближе к наружной трети ключицы, и третий укол — у внутреннего края грудины, отступив на ширину поперечного пальца. При каждом уколе вводится по 80—90 мл раствора новокаина.

Благоприятное действие оказывает одновременное вместе с новокаином введение под молочную железу до 300 000 МЕ пенициллина и 250 000 МЕ стрептомицина. После чего молочная железа с помощью повязки приподнимается вверх.

Образовавшийся воспалительный инфильтрат при своевременном проведении вышеуказанных мероприятий обычно рассасывается. Однако необходимо внимательно следить за состоянием молочных желез, так как воспаление может повториться на новом участке молочной железы, и тогда снова появляются все описанные выше признаки мастита.

При нагноении инфильтрата возникает гнойный мастит, из наиболее частых форм которого является абсцедирующий мастит. Температура при гнойном мастите достигает 39—40° и дает большие ремиссии; иногда наблюдаются ознобы. Общее состояние родильницы резко нарушается. Язык становится сухим, обложенным. Появляется резкое покраснение кожных покровов, расширение подкожных вен. Молочная железа заметно увеличивается в объеме, появляется болезненная припухлость в

области покраснения. В пораженном участке пальпируется хорошо отграниченная флюктуация. Нередко подмышечные лимфатические узлы увеличиваются и становятся болезненными. РОЭ ускоряется до 50 мм в час, нарастает лейкоцитоз и появляется сдвиг влево лейкоцитарной формулы.

Флегмонозный мастит образуется в результате слияния нескольких инфильтратов, подвергшихся нагноению. При флегмонозном мастите температура доходит до 40°, резко ухудшается общее состояние роженицы, наблюдаются повторные ознобы. Молочная железа сильно увеличивается, резко болезненна, пастозна. Инфильтрат захватывает большую часть железы. Кожа над инфильтратом отечная, блестящая, красная с синюшным оттенком. При надавливании на молочную железу пальцем появляется ямка с желтоватым оттенком окраски кожи. Нередко обнаруживается лимфангоит в виде красных полос на поверхности молочной железы. В участках нагноения определяется зыбление.

Иногда образуется ретромаммарный абсцесс, при котором гной скапливается между молочной железой и большой грудной мышцей. При ретромаммарном абсцессе появляется отек и зыбление у основания молочной железы, последняя увеличивается, принимает полушаровидную форму и как бы приподнимается. Иногда припухлость и зыбление появляются над верхним краем молочной железы в результате смещения гноя кверху под тяжестью увеличенной железы.

При гнойном мастите консервативная терапия (антибиотики, новокаиновая блокада и др.) целесообразна лишь в начале заболевания при отсутствии флегмонозной формы и наличии ограниченного инфильтрата (абсцесса). Если такой метод лечения не дает результатов в течение 2—3 дней или наблюдается ухудшение общего состояния женщины и местных явлений, показано оперативное лечение в условиях стационара. Разрез при мастите должен иметь радиальное направление и достаточный размер, обеспечивающий отток гноя и опорожнение всех гнойных полостей. После вскрытия абсцесса и удаления гноя полость тампонируют марлевым бинтом, пропитанным мазью Вишневского. перевязку делают при отсутствии высокой температуры или болей через 6—7 дней. При ретромаммарном абсцессе разрез производят по нижнему краю молочной железы.

В заключение надо сказать, что личная гигиена матери, ежедневное обмывание по утрам молочных желез водой (комнатной температуры) с мылом, обработка сосков, воздушные ванны для молочных желез, рациональная одежда и особенно правильное кормление ребенка и сцеживание излишков молока являются основными мероприятиями, которые надо проводить во все время кормления грудью.

Больше того, мы рекомендуем при каждом посещении матерью женской консультации по любому поводу в период естественного вскармливания ребенка грудью обязательно осматривать ее молочные железы и проверять методику кормления ребенка. То же самое должны делать и патронажные сестры, посещая родильницу на дому.

Профилактика трещин сосков и мастита должна проводиться врачами-акушерами как в женской консультации, так и в стационаре родильного отделения.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Женская консультация в современных условиях выполняет, помимо обслуживания беременных и родильниц, большую работу по оказанию лечебно-профилактической помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями.

Среди женщин, обращающихся в женскую консультацию по поводу заболеваний гениталий, примерно 60—65% страдают воспалительными процессами. Частота воспалительных заболеваний половых органов у женщин, длительность их течения с наклоном к частым обострениям приводят к тому, что у данной категории больных часто наблюдается нарушение детородной функции, ограничение трудоспособности и целый ряд других расстройств в организме.

Воспаление представляет сложную рефлекторную реакцию организма на воздействие экзогенных и эндогенных факторов и характеризуется тремя основными явлениями: тканевой дистрофией (альтерацией); расстройством кровообращения с экссудацией жидкости и эмиграцией лейкоцитов; размножением клеточных элементов — пролиферацией (Д. Е. Альперн). Все эти явления обычно протекают одновременно и тесно связаны между собой.

К экзогенным факторам, могущим вызвать воспаление, относятся: бактерии и токсины, механическая травма, термические и химические воздействия. Наиболее частой причиной воспалительных заболеваний является инфекция. Воспалительные процессы половых органов женщины вызываются гонококками, стрепто- и стафилококками, кишечной палочкой, бактериями туберкулеза и трихомонадами. Иногда причиной воспалительных заболеваний половых органов женщины являются эхинококк, лучистый грибок, палочка дифтерии, грибок молочницы и бледная спирохета.

Причиной воспаления половых органов могут быть и эндогенные факторы: некроз ткани, обширное кровоизлияние, застоящее от разных причин, и тромбоз кровеносных сосудов.

Воспалительные заболевания половых органов женщины чаще всего возникают в результате воздействия на организм ряда факторов; одни из них (кровопотеря, длительное охлаждение и т. п.) приводят к понижению сопротивляемости организма, повышают его восприимчивость к вредоносным воздействиям; другие причины (микροорганизмы) при наличии условий, способствующих возникновению заболевания, приводят к развитию патологического процесса. Большое значение в возникновении воспалительных заболеваний играет нервно-психическое состояние женщины, так как ответные защитные реакции организма на воздействие вредоносных причин во многом зависят от психических факторов.

Половая жизнь, менструальная функция, роды и послеродовой период могут способствовать проникновению патогенных микροорганизмов в половые органы женщины, и при наличии благоприятных условий для развития инфекции возникает воспалительный процесс.

Анатомо-топографические особенности половых органов женщины, обуславливающие тесное соприкосновение матки, маточных труб и яичников как между собой, так и с органами брюшной полости, способствуют распространению воспалительного процесса. Инфекция через маточную трубу может перейти на брюшину и органы брюшной полости. Распространение инфекции происходит не только вдоль полового канала, но по лимфатическим и кровеносным путям. Кроме того, воспалительные процессы в половых органах могут возникать при общих инфекционных заболеваниях (грипп, скарлатина, дифтерия, корь и пр.), а также в результате занесения микробов из отдаленных первичных очагов воспаления в других органах (холецистит, панкреатит и др.).

В нормальных физиологических условиях распространение инфекции вдоль полового канала женщины встречает ряд препятствий. Кислая реакция влагалищного содержимого, обусловленная наличием молочной кислоты, образующейся в результате превращения гликогена эпителия слизистой оболочки влагалища под влиянием молочнокислых бактерий — палочек Дедерлейна, препятствует развитию во влагалище чужеродной и патологической флоры. Биологические особенности влагалища тесно связаны с функцией яичников. Поэтому в период менструации, после лучевой терапии или удаления яичников при операции гликоген исчезает из эпителия влагалища, изменяется влагалищная флора: молочнокислые бактерии исчезают, появляются чужеродные микробы, что при других соответствующих условиях может привести к возникновению воспалительного процесса.

Нормальное строение шейки матки, естественная узость шеечного канала в области перешейка и наличие в шеечном канале

густой слизистой пробки, заполняющей его просвет, являются вторым биологическим препятствием для проникновения инфекции во внутренние половые органы. При разрывах шейки матки с выворотом слизистой оболочки шеечного канала, подвергающейся во влагалище различным вредным воздействиям, опасность распространения инфекции возрастает.

При физиологических условиях у здоровой женщины в полости тела матки микробов нет. Как уже упоминалось выше, во время менструации, аборт, родов и послеродового периода создаются благоприятные условия для распространения инфекции вдоль полового канала, так как при этом облегчается проникновение микроорганизмов в вышележащие отделы половой системы и микробы находят там весьма благоприятную среду для своего развития на раневых поверхностях слизистой оболочки матки. Нейтрализация, или ошелачивание, влагалищного содержимого отделяемым раневых поверхностей нарушает и защитные свойства влагалища против развития чужеродной флоры. Исходя из этого, при наличии воспалительного процесса в нижних отделах половых органов необходимо принимать все меры, препятствующие распространению инфекции на вышележащие отделы половой системы. Необходимо учесть, что и такие манипуляции, как зондирование и выскабливание матки, расширение шеечного канала и т. п., могут механически переносить микробов в вышележащие отделы полового канала и быть причиной более серьезного заболевания.

Проникновение в организм возбудителей инфекции или повышение их вирулентности вызывает ответные защитные реакции организма женщины, направленные на обезвреживание или уничтожение этих возбудителей. В процессе борьбы организма с внедрившимися микробами может возникнуть воспалительный процесс, выраженность которого будет находиться в зависимости от вирулентности инфекции и сопротивляемости организма.

Воспалительная реакция складывается из сочетания двух взаимосвязанных процессов: патологического (повреждение, дистрофия) и защитного (экссудация, фагоцитоз, разрастание тканей). В процессе воспаления часто преобладают экссудативные явления. От реактивности организма, состояния тканей, в которых развивается воспаление, и вирулентности инфекции зависит характер экссудата, который может быть фибринозным, серозным, гнойным, гнилостным и геморрагическим.

В развитии воспалительного процесса различают острую, подострую и хроническую стадии. Не всегда легко провести четкое различие между подострой и хронической стадиями; при сомнениях такого порядка, особенно при назначении лечения, лучше рассматривать неясную стадию заболевания как подострую.

Устанавливая гинекологический диагноз, важно не только распознать воспалительный процесс, но необходимо и определить фазу, в которой находится заболевание, а также реактивность организма. Последняя обычно определяется при длительном наблюдении и по особенностям ответных реакций организма на действие различных раздражителей.

Исход воспалительных заболеваний половых органов в зависимости от сочетания вышеуказанных факторов может быть следующим: 1) выздоровление с полным восстановлением анатомо-физиологических особенностей половых органов до их нормального состояния; 2) неполное восстановление за счет образования рубцов; 3) переход в хроническую стадию; 4) гибель ткани, а иногда и гибель больной.

В острой стадии заболевания при воспалительных процессах больная должна быть немедленно госпитализирована, и в условиях стационара женщине проводят все исследования и соответствующее лечение.

Правильное и своевременное лечение в условиях гинекологического стационара способствует быстрой ликвидации явлений острого воспалительного процесса любой этиологии, сокращает длительность нередко тяжелых страданий женщины и, что чрезвычайно важно, увеличивает шансы на полное выздоровление и резко снижает возможность рецидивов заболевания.

При подострой стадии воспалительного процесса или обострении хронического заболевания половых органов женщину также наиболее целесообразно поместить для обследования и лечения в стационар.

Весьма важно то обстоятельство, чтобы врач женской консультации не выпускал из-под своего наблюдения женщину, выписавшуюся из стационара после затихания воспалительного процесса. Только полноценное последующее лечение с применением физиотерапии может дать надлежащий результат. Если же лечение не доведено до конца, а больная сама нередко, почувствовав значительное облегчение, прекращает лечебные процедуры, то рецидивы заболевания наступают довольно быстро, встречаются часто и обычно трудно поддаются терапии. В результате врач и больная женщина затрачивают много больше времени и сил на лечение, чем на проведение такового в период острой стадии. Даже в тех случаях, когда у женщины наступило полное выздоровление после острого воспалительного процесса, ее следует взять под наблюдение и в последующем провести курс физиотерапевтического лечения.

При лечении воспалительных заболеваний в условиях женской консультации применяются антибиотики, сульфаниламиды, витамины, гормональные препараты и физиотерапия; последняя является одним из основных методов консервативного лече-

ния женских болезней и воспалительных процессов в частности.

Воздействие любого физического фактора (электричество, свет, вода, грязь, озокерит и др.) неизменно обеспечивает как местное, так и общее воздействие на организм, в основе которого лежит нервногуморальный механизм. Физиотерапия оказывает существенное влияние на течение обменных процессов организма, на все виды межклеточного обмена веществ — белкового, углеводного, липоидного и др. Это особенно важно потому, что патологический процесс обычно сопровождается нарушениями обмена веществ, вызванными интоксикацией организма продуктами жизнедеятельности микробов и распада клеточных элементов в очаге поражения.

Метод физиотерапии следует выбирать исходя из учета характера и стадии заболевания, возраста женщины и ее отношения к тому или иному виду лечения. Последовательное или одновременное применение различных видов физиотерапии повышает эффективность лечения. Кроме того, такой же эффект дает сочетание физиотерапии с другими видами консервативного лечения.

Перед назначением физиотерапевтических процедур (диатермия, грязелечение и др.) необходимо произвести анализ крови и тщательный осмотр больной. Чаще всего электро- и грязелечение применяются при хронических воспалительных процессах.

Применяя физиотерапию в подострой стадии или при склонности процесса к обострениям, следует одновременно назначать антибиотики, сульфаниламиды.

При подостром воспалении электролечение целесообразно начинать в условиях стационара и проводить его осторожно. Первые сеансы должны быть непродолжительными, электролечение начинают с малой силы тока, регулируя в зависимости от ответных реакций организма.

В процессе амбулаторного лечения больная должна находиться под постоянным наблюдением участкового врача женской консультации, который следит за состоянием женщины и изменениями в половых органах под влиянием терапии.

Помимо физиотерапевтических процедур, в условиях женской консультации могут быть применены аутогемотерапия (8—12 внутримышечных инъекций через день по 8—10 мл собственной крови больной) и внутривенное введение хлористого кальция (по 5—10 мл 10% раствора через день 5—10 инъекций). Можно сочетать аутогемотерапию и введение хлористого кальция.

Вторая большая группа больных, с которой встречается в повседневной своей деятельности врач женской консультации, — это женщины с маточными кровотечениями типа меноррагии или метроррагии, не связанными с беременностью.

Врач женской консультации прежде всего должен выяснить причину кровотечения, для чего тщательно проводится опрос и осмотр больной. Следует учитывать, что маточное кровотечение как симптом может быть при фибромиомах, раке тела и шейки матки, опухолях яичников, полипах цервикального канала, а также при воспалительных заболеваниях матки и придатков, аномалиях положения матки (ретродевиации, выпадения, выворот).

Маточные кровотечения могут наблюдаться при таких общих заболеваниях организма женщины, как: геморрагический диатез, особенно гемофилия и болезнь Верльгофа; лейкемия (особенно миелоидная), пернициозная анемия и хлороз; острые инфекционные заболевания (сепсис, грипп, тиф и др.); нервно-психические травмы и заболевания сердечно-сосудистой системы, приводящие к застою крови.

Весьма большую роль в происхождении маточных кровотечений играют так называемые оваригенные причины, имеющие в основе дисфункцию яичников. Основную группу больных с такими кровотечениями составляют женщины, страдающие геморрагической метропатией. В основе этого заболевания лежит патологическое развитие фолликулов, ведущее к их персистенции. В результате разрыв фолликула не происходит и образование желтого тела не наблюдается. Под влиянием персистирования фолликула истинная менструация выпадает и кровотечение наступает при геморрагической метропатии после более или менее длительной задержки менструации. Кровотечения могут быть очень обильными, вызывая тяжелую анемию; в других случаях кровотечения длятся долго и носят характер незначительных кровянистых выделений. Кровотечение при геморрагической метропатии появляется в результате омертвления чрезмерно гиперплазированной слизистой оболочки матки. Диагноз геморрагической метропатии основывается, главным образом, на данных гистологического исследования соскоба слизистой оболочки тела матки. Геморрагическая метропатия наблюдается в предклимактерическом возрасте, реже в период полового созревания и очень редко в чадородном возрасте. Таким образом, это заболевание встречается главным образом в те периоды жизни женщины, когда функция яичников еще окончательно не установилась или начинает угасать.

Выбор метода лечения при маточном кровотечении зависит от причины, его вызвавшей. Поэтому тщательное обследование больной в условиях женской консультации, а при надобности и в стационаре является первым и необходимым мероприятием. При наличии сильного кровотечения или тяжелого состояния больной в результате повторных кровопотерь женщину направляют в стационар. Вполне понятно, что лечение при маточных кровотечениях, вызванных общими заболеваниями, заключается

прежде всего в терапии последних и в применении средств, вызывающих сокращение матки, повышающих свертываемость крови и компенсирующих кровопотерю.

При наличии опухолей половых органов обследование проводится в условиях стационара и там же решается вопрос о лечении. При небольших по размерам фибромиомах матки, если нет подслизистого узла, может быть применена консервативная терапия в амбулаторных условиях. В подобных случаях ионофорез с йодистым калием (15—30 сеансов по 15—30 минут) оказывает часто выраженный лечебный эффект. Сеансы ионофореза можно назначать поочередно то на область правой молочной железы, то на брюшно-крестцово-поясничную область. При хронических воспалительных процессах, сопровождающихся маточными кровотечениями, обычно из физиотерапевтических процедур применяют ионофорез с хлористым кальцием или с йодистым калием (в возрасте, близком к климактерию). Можно рекомендовать начинать лечение ионофорезом с новокаином (5—10 сеансов), что улучшает трофику и устраняет боли.

Следует обращать большое внимание на общеукрепляющее лечение (питание, препараты железа, витамины, глюкоза). При кровотечениях на почве недостаточности и неполноценности маточной мускулатуры (фибромиомы, воспалительные процессы) целесообразно назначение кровоостанавливающих средств (витамины К, препараты спорыньи, стиптицин и стиптол); с целью быстрой остановки кровотечения — питуитрин, эрготин.

Можно рекомендовать при маточных кровотечениях повторные переливания крови дробными дозами, аутогемотерапию и применение хлористого кальция (внутрь и внутривенно). При переливаниях крови более эффективной, по наблюдениям нашей клиники, является плацентарная кровь, которую можно использовать с успехом и для внутримышечных инъекций вместо аутогемотерапии (Л. И. Канторович).

Из гормональных препаратов наибольшее применение имеют препараты гормона желтого тела: прогестерон внутримышечно по 5 мг в течение 6—8 дней повторными курсами с интервалами в 15—20 дней; прегнин, синтетический препарат, обладающий действием гормона желтого тела, по 10 мг 3 раза в день. Таблетку прегнина задерживают во рту под языком до полного ее растворения. В предклимактерическом периоде могут быть применены андрогенные гормоны (метилтестостерон и тестостерон-пропионат 15—20 мг ежедневно в течение 8—10 дней), хотя их действие еще мало изучено при маточных кровотечениях. Иногда применяют большие дозы («ударные») эстрогенных гормонов (20 000—30 000 ЕД ежедневно в течение 7—8 дней), при повышенной их выработке в организме с целью затормозить в гипофизе секрецию фолликулостимулирующего гормона и активировать выделение лютеинизирующего гормона. При геморра-

гической метропатии и пониженной продукции эстрогенных гормонов показано применение эстрогенных препаратов.

Перед назначением гормонотерапии весьма существенно выяснить гормональную функцию яичников. Для этой цели существуют различные методы (гистологическое исследование эндометрия при соскобах его, определение овариальных гормонов и продуктов их метаболизма в крови и моче и др.), но наиболее простыми и доступными являются цитологические исследования влагалищного секрета, определение симптома «зрачка» и температурный тест.

Влагалищное содержимое для цитологического исследования набирается стеклянной пипеткой из верхнего отдела влагалища и наносится на предметное стекло. После высушивания мазок окрашивают в течение 15 минут гематоксилином, затем 2—3 минуты 1% водным раствором эозина, обезвоживают, просветляют и заключают в канадский бальзам под покровное стекло. Окраска мазка может быть произведена и фуксином в течение одной минуты.

Принято различать следующие цитологические типы, или реакции:

1-я реакция. В мазке видны базальные (атрофические) клетки влагалищного эпителия, имеющие большое ядро при сравнительно небольшой величине самой клетки. Такая картина характерна для резкой недостаточности эстрогенов и встречается в менопаузе или при гипофункции яичника в более молодом возрасте (рис. 42).

2-я реакция. В мазке определяются базальные и промежуточные (ороговевающие) клетки и лейкоциты (рис. 43). Цитологическая картина характерна для умеренной недостаточности эстрогенов.

3-я реакция. В мазке преобладают промежуточные клетки, имеющие значительную величину и большое ядро, встречаются единичные базальные клетки (рис. 44). Такая цитологическая картина указывает на легкую эстрогенную недостаточность.

4-я реакция. В мазке обнаруживаются только ороговевающие клетки, имеющие большую величину, слабо окрашивающуюся протоплазму и пикнотическое ядро (рис. 45). Эта цитологическая картина указывает на фолликулиновую фазу яичникового цикла и характерна для достаточной эстрогенной функции яичника.

Симптом «зрачка», предложенный Пуше и подробно описанный О. А. Голубевой. В фолликулиновую фазу цикла железы шейного канала продуцируют прозрачный слизистый секрет, количество которого постепенно увеличивается и достигает наибольшей величины в период овуляции. По мере продукции и накопления секрета наружное отверстие шейного канала все

больше расширяется и достигает в диаметре 0,25—0,33 см, сохраняя форму, присущую данной шейке матки. При осмотре в зеркалах расширенное отверстие шейечного канала выглядит темным и напоминает «зрачок». В шейечном канале обнаруживается стекловидная прозрачная слизь. В лютеиновую фазу фе-

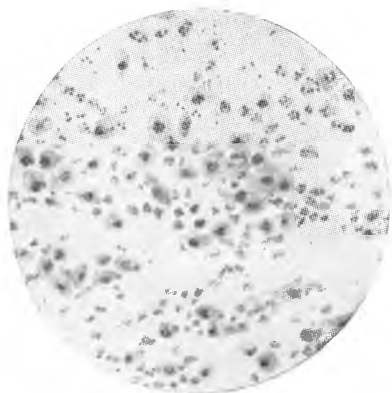


Рис. 42. Вагинальный мазок.
Первая реакция.

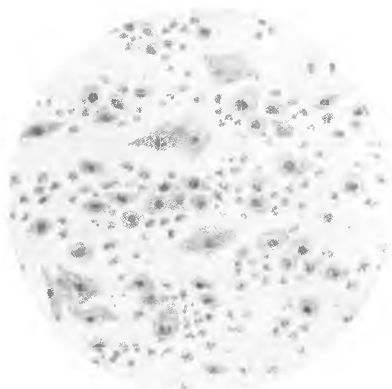


Рис. 43. Вагинальный мазок.
Вторая реакция.

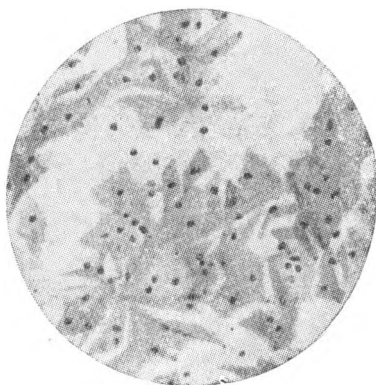


Рис. 44. Вагинальный мазок.
Третья реакция.

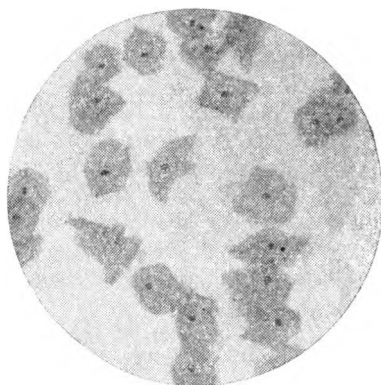


Рис. 45. Вагинальный мазок.
Четвертая реакция.

номен «зрачка» исчезает (наружное отверстие шейечного канала не расширено, обилия слизи нет, шейка «сухая»). При персистенции фолликула симптом «зрачка» ярко выражен и держится до наступления кровотечения.

Температурный тест основан на том, что утренняя температура тела (в прямой кишке) изменяется у женщин в зависимости от фазы менструального цикла. Температура, изме-

ренная по утрам натошак до вставания с постели (одним и тем же термометром), снижается под влиянием эстрогена и повышается под воздействием прогестерона. Принято считать, что в фолликулярной фазе менструального цикла температура ниже

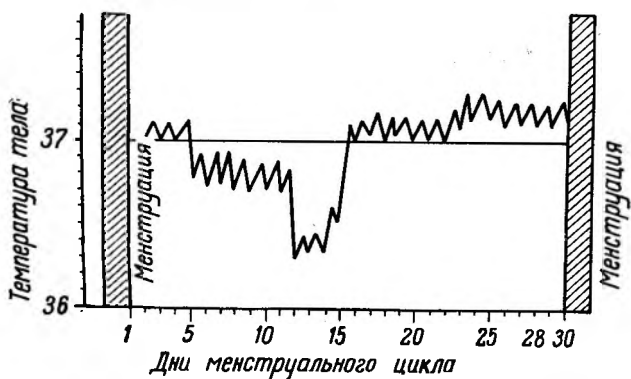


Рис. 46. Утренняя температура в прямой кишке при двухфазном менструальном цикле.

37°, затем в середине цикла она еще снижается, а в фазе образования желтого тела повышается на 0,6—0,8° и держится на таком уровне в течение всей второй фазы. Перед наступлением менструации за 1—2 дня температура опять снижается. Цикли-

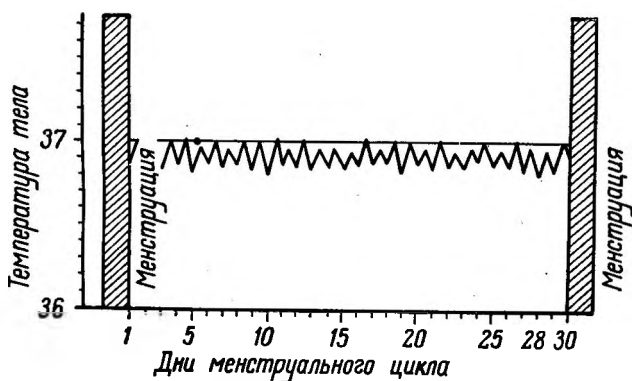


Рис. 47. Утренняя температура в прямой кишке при однофазном ановуляторном менструальном цикле.

ческие колебания — двухфазная температура — указывают на чередование фолликулиновой и прогестероновой фаз (рис. 46), однофазная температура показывает на то, что у данной женщины циклы ановуляторные или имеет место персистенция фолликула (рис. 47).

В последние годы для определения функционального состояния полового аппарата, установления наличия или отсутствия овуляции используется симптом арборизации слизи канала шейки матки. В 1945 г. Папаниколау описал кристаллизацию высушенного на воздухе цервикального секрета с характерным древовидным рисунком, напоминающим лист папоротника. Картина арборизации слизи, как полагает большинство авторов, обусловлена взаимодействием поваренной соли и муцина в секрете цервикального канала. Этот феномен связывают с характером секреции эстрогенов. Слизь канала шейки матки, нанесенная на предметное стекло и высушенная на воздухе, приобретает вид листа папоротника в фолликулиновую фазу, особенно ко времени овуляции. Обычно типичный симптом арборизации может быть обнаружен от 5—7-го до 20—22-го дня цикла (рис. 48, 49, 50). Перед, во время и вскоре после менструации, т. е. с 20—22-го до 5—7-го дня следующего менструального цикла, симптом арборизации отсутствует (рис. 51). В. Н. Фишер, сопоставляя ценность симптома арборизации и других методов функциональной диагностики, показал, что этот феномен является ценным дополнительным симптомом, облегчающим выявление недостаточной функции желтого тела.

При маточных кровотечениях и недостаточности эстрогенной функции яичников, преимущественно у молодых женщин, применение гормональной терапии начинают с эстрогенов, назначая их после окончания менструации в течение двух недель с последующим применением прогестерона или прегнина.

При климактерических кровотечениях, а также при неясной причине кровотечения лечение лучше всего начинать с выскабливания слизистой оболочки матки, если для него нет противопоказаний. Соскоб, полученный при выскабливании матки, обязательно посылается на гистологическое исследование. Выскабливание матки имеет не только диагностическое, но и лечебное значение.

При безуспешности вышеуказанных методов терапии и продолжающемся кровотечении, приводящем к обескровливанию организма, могут быть применены рентгенотерапия или оперативное лечение (удаление матки). Рентгенотерапия (рентгенострация) применяется лишь у женщин в предклимактерическом возрасте или когда уже период климактерия наступил.

Нередко в женскую консультацию обращаются женщины с жалобами, связанными с наступлением климактерия. Этот период в жизни женщины наступает в возрасте 46—47 лет, а иногда в возрасте 50 лет и более. Последнее характерно для женщин, имеющих фибромиому матки.

В первой, начальной фазе климактерия происходит усиленное выделение эстрогена (фолликулина), который наводит организм, и на этой почве наступает аменорея или кровотечение,

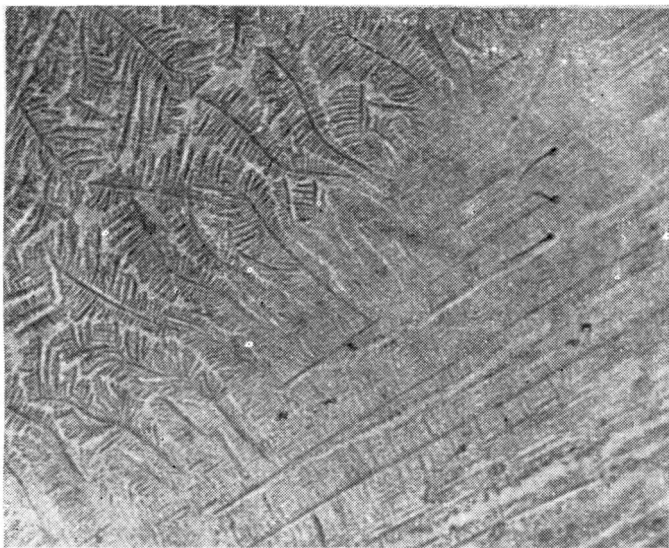


Рис. 48. Микрофотография.
Рисунок папоротника, 9—11-й день менструального цикла (по
И. С. Розовскому).



Рис. 49. Микрофотография.
Рисунок папоротника, 12—14-й день менструального цикла (по
Е. И. Кватуру).

сопровожаемые различными вегетативными нарушениями. Во второй фазе продукция эстрогена в организме незначительная и у женщины отчетливо проявляются «явления выпадения», имеющие характер общих расстройств. При этом наблюдаются вазомоторные явления — приливы, чувство разбитости и усталости, неустойчивость настроения, бессонница, чувство тревоги и безотчетной тоски, нарушение сердечной деятельности в виде ускорения или замедления пульса, боль в области сердца и по ходу сосудов, неустойчивость кровяного давления с склонностью к гипертонии, приступы затрудненного дыхания, нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта (запоры, метеоризм, потеря аппетита), боли в крестце и внизу живота. У многих женщин в периоде климактерия не бывает выраженных расстройств, и они хорошо переносят этот переходный период в их жизни. Некоторые женщины весьма чувствительны к изменениям, происходящим в организме, и приходится применять лечебные мероприятия. Третья фаза климактерия характеризуется угасанием функции яичников и повышением деятельности передней доли гипофиза с усиленным выделением пролана. Эстрогены не выделяются. «Явления выпадения» начинают затихать. В половых органах отмечаются атрофические процессы.

В период климактерия следует обращать внимание на диету, ограничивая мясные блюда и экстрактивные вещества. Наиболее подходящей является молочно-растительная диета, богатая витаминами. Мучные и жировые продукты полезно ограничивать, особенно при склонности к ожирению. При запорах рекомендуется однодневный кефир и простокваша, чернослив, яблоки. Кишечник должен хорошо и регулярно опорожняться (регулирование пищи, слабительные). При метеоризме назначают животный уголь.

Благотворное влияние на общее состояние женщины оказывают пребывание на свежем воздухе, физкультура, ежедневные обтирания водой комнатной температуры, теплые ванны (35—36°) в течение 15 минут.

При лечении больной с выраженными явлениями климактерия большое значение имеет психопрофилактическое воздействие, направленное на убеждение больной в том, что климактерические явления носят переходный, временный характер и не представляют симптомы какого-либо заболевания. При длительных или обильных кровотечениях производят выскабливание слизистой оболочки матки с обязательным исследованием соскоба и проводят последующее лечение, применяя кровоостанавливающие, гемотерапию, витамины К и С, прогестерон, ионофорез с йодистым калием или внутриматочные впрыскивания 5% настойки йода (от 0,5—2 мл 25—30 ежедневных инъекций). В тяжелых случаях, не поддающихся обычному лечению, назначает-

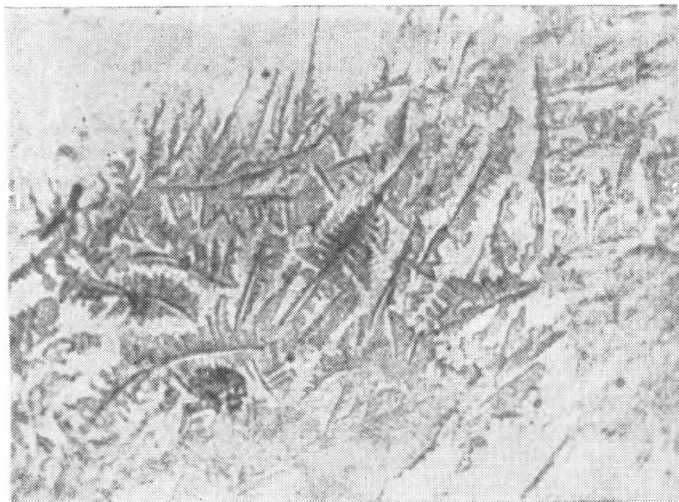


Рис. 50. Микрофотография.
Рисунок папоротника. 18—21-й день менструального цикла (по
Е. И. Кватеру).

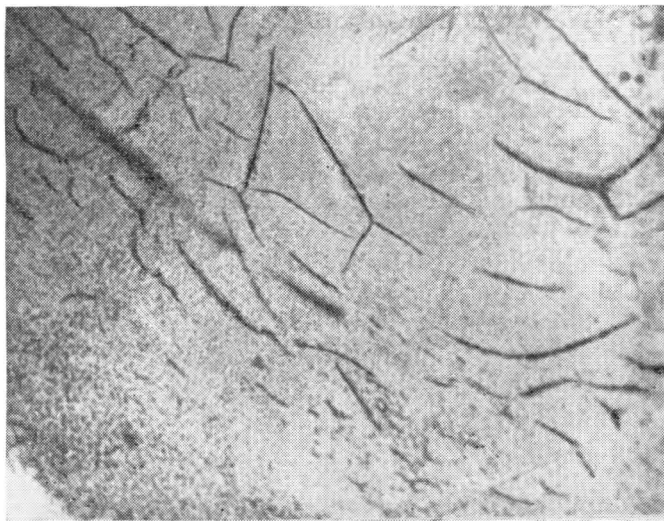
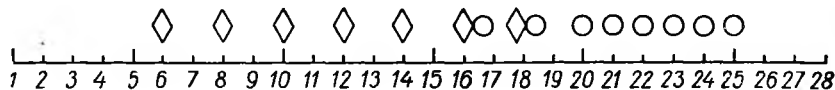
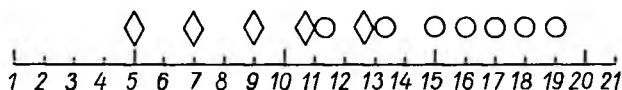


Рис. 51. Микрофотография.
Рисунок папоротника. 6—8-й день менструального цикла (по
Е. И. Кватеру).

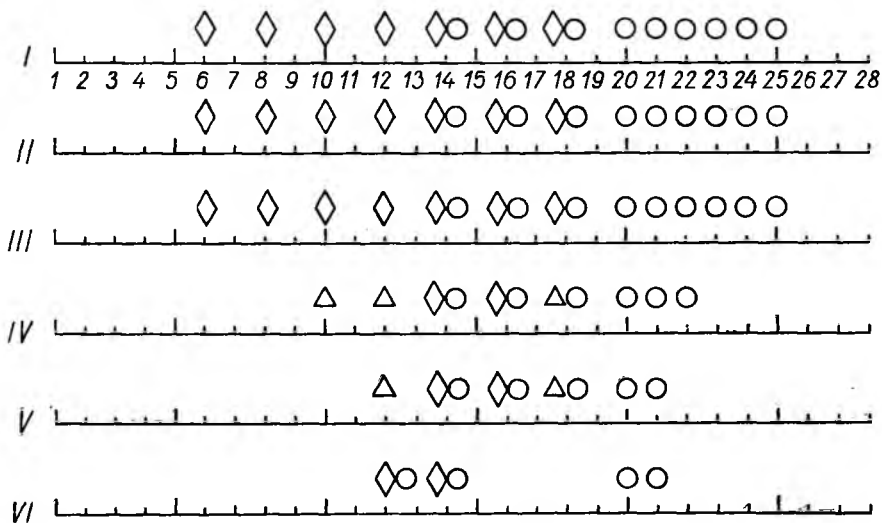
Введение гормонов женщинам с 28 дневным циклом



Введение гормонов женщинам с 21 дневным циклом



Введение гормонов в течение 6 месяцев



- Прогестерон 5 мг
- ◇ Эстрадиол дипропионат 10 000 единиц
- △ Эстрадиол дипропионат 5 000 единиц

Рис. 52. Варианты введения гормонов для восстановления и регулирования менструального цикла (по Е. И. Кватеру).

ся рентгенотерапия. Во второй фазе климактерия при тяжелых явлениях выпадения применяют эстрогены (фолликулин, синэстрол и др.). В первой фазе климактерия эстрогены применять нельзя. При обследовании женщины в периоде климактерия необходимо исключить другие заболевания половых органов (опухоли, метроэндометрит и т. п.), а потом только назначать лечение.

Врач женской консультации в повседневной своей работе нередко встречается с гипоплазией и инфантилизмом половых органов у женщин, обращающихся к нему по поводу нарушений менструального цикла, чаще всего — аменореи, или с жалобой на первичное бесплодие. Обычно при этом имеется гипофункция яичников и весьма целесообразно применение гормональной терапии с назначением больших доз эстрогенов (до 150 000—200 000 ЕД на курс лечения) и последующим применением в течение 6—8 дней 30—40 мг прогестерона. По наблюдениям нашей клиники, хороший лечебный эффект дают инъекции эстрадиолдипропионата, который вводится внутримышечно по 10 000 ЕД через 2 дня (до 5—7 инъекций), начиная после окончания менструации.

Одновременно с гормональной терапией женщинам с явлениями гипоплазии гениталий назначается пояснично-влагалищная диатермия; курс лечения 25—30 ежедневных сеансов с длительностью последних 20—30 минут и силой тока 0,8—1,5 А. Повторные курсы физиотерапии проводятся не ранее чем через 3 месяца. Гормонотерапия назначается в зависимости от состояния женщины и функции половых органов, чаще всего приходится при инфантилизме проводить повторные курсы лечения (2—3 и более) с перерывами лишь на время месячных кровотечений.

На рис. 52 приведены варианты введения гормонов для восстановления и регулирования менструального цикла, рекомендуемые Е. И. Кватером.

Врач женской консультации встречается в своей деятельности и с другими заболеваниями половых органов, из которых наиболее распространенные или имеющие большое значение с точки зрения сохранения здоровья женщины освещены в последующих главах.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГОНОРЕИ У ЖЕНЩИН

В женской консультации необходимо уделять большое внимание вопросам диагностики и лечению воспалительных заболеваний мочеполовой сферы, среди которых гонорея занимает одно из ведущих мест. Еще до сего времени процент выявления гонореи среди женщин с воспалительными заболеваниями мочеполовых органов в женских консультациях низкий и в большинстве случаев равен единице. Однако работа Е. К. Дахшлейгер и Е. Н. Турановой показала, что в гинекологических учреждениях, где диагностике гонореи уделено больше внимания, процент выявления больных составляет 4,9% в женских консультациях и 8,4% в гинекологических стационарах. Низкие показатели выявления заболеваемости объясняются сложностью диагностики хронических форм, отсутствием упрощенных тестов для выявления хронической гонореи, не всегда квалифицированной работой лаборантов, отсутствием четких знаний или недостатком внимания к этому заболеванию со стороны врачей-гинекологов.

Для того чтобы своевременно распознать гонорею, врачу необходимо: 1) тщательно собирать анамнез; 2) владеть методами обследования; 3) хорошо знать симптоматику и клинику заболевания; 4) пользоваться вспомогательными методами диагностики; 5) привлекать к обследованию контакты (в отдельных случаях направляя последних в венерологический диспансер).

Гонорея — инфекционное заболевание, известное с давних времен. Возбудитель ее — гонококк, открыт в 1879 г. А. Нейссером; чистая культура микроба выделена Буммом в 1885 г. Болеют гонореей люди, животным эта инфекция не прививается.

Гонорея, возникнув как местный процесс многих очагов мочеполовой системы, быстро переходит в заболевание всего организма, вызывая повышение температуры, головную боль, анемию, повышенную раздражимость, поражение суставов, сухожильных влагалищ и других органов. Инфекция передается в 99,5% половым путем. Внеполовое заражение гонореей возможно во время родов, при прохождении плода через инфицирован-

ные родовые пути матери, при этом чаще поражаются слизистая глаз и реже половые органы у девочек. Заражение возможно через предметы, загрязненные выделениями, содержащими гонококки,— мочалки, губки, клизменные наконечники, общие ночные горшки, общее с больным постельное и нательное белье и т. д. В организме человека инфекция распространяется чаще *per continuitatem*, реже — по лимфатическим и кровеносным путям.

Биология гонококка. Гонококки — это парные кокки — диплококки, имеют форму кофейных зерен или почек, обращенных вогнутыми поверхностями друг к другу, величиной от 1,25 до 1,6 мк. Они не соприкасаются друг с другом и отделены щелью, равной половине одного кокка.

Гонококки неподвижны, размножаются поперечным делением в направлении, перпендикулярном щели. В мазке они расположены в виде пчелиного роя. Отличительными свойствами гонококка являются: 1) внутриклеточное расположение; 2) хорошая окрашиваемость всеми основными анилиновыми красками, метил-виолетом, метиленовой синью, генциан-виолетом. Диагностическим методом окраски является метод Грама; 3) малая устойчивость к различным внешним воздействиям, при высыхании они погибают в течение одного — пяти часов; при температуре, равной 60°, гонококки гибнут в течение 30 минут.

Выращивается гонококк на питательных средах, содержащих человеческий белок, большое количество аминокислот, витаминов. Лучшей средой является асцит-агар Бейли, содержащий 25% асцитической жидкости при концентрации водородных ионов в 7,3. Гонококки хорошо растут на асцит-агаре, изготовленном на кроличьем мясе. Рост гонококков проявляется через 24—48 часов в виде голубоватых прозрачных, слегка выпуклых колоний, напоминающих росинки. Под микроскопом колонии имеют вид серебристого диска, окаймленного валиком, имеющим на поверхности дочерние колонии.

Под влиянием различных физических факторов, химических веществ, антибиотиков, сульфаниламидов изменяются тинкториальные морфологические свойства гонококков — появляются атипичные формы: микрококки, макрококки, шарообразные кокки, палочковидной формы, изменяется отношение их к окраске, они могут окрашиваться грамположительно. Гонококки образуют сильнодействующие токсины. Большинство авторов на основании экспериментальных работ считает, что токсины гонококков находятся в самой клетке и освобождаются после ее гибели. Последние, поступая в организм, вызывают общие и местные реакции в виде подъема температуры, анемии, развитие спаечных процессов при осложненных формах гонореи, артриты и др. Гонококковые токсины получены в сухом виде.

Гонококк может поражать все ткани организма, но наиболее

восприимчивыми к заражению являются ткани, выстланные цилиндрическим эпителием, а именно: выводные протоки бартолиновых желез, эпителий шейки и слизистой матки, трубы. Возбудитель инфекции, внедряясь в человеческий организм, вызывает большие обратимые и необратимые патологические изменения. Иммуитет при этом заболевании не возникает.

Классификация гонорей женщин. В зависимости от реактивности организма, локализации патологического

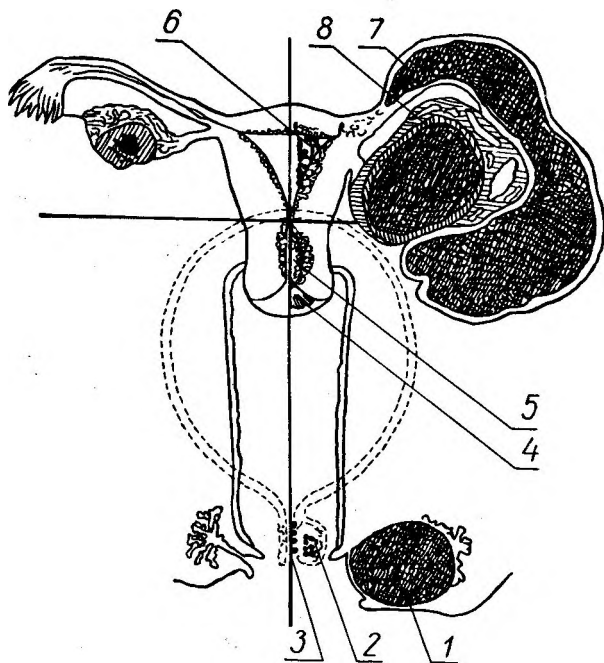


Рис. 53. Схема распространения гонорей женских половых органов.

Слева — нормальные половые органы, справа — изменения в органах под влиянием гонорейной инфекции: 1 — бартолинит; 2 — парауретральный абсцесс; 3 — уретрит; 4 — эрозия шейки матки; 5 — эндоцервицит; 6 — эндометрит; 7 — проктосальпинкс; 8 — проктарум.

процесса, давности заболевания, клинического течения, различают гонорею нижнего отдела мочеполовых путей, восходящую и метастазированную.

1. Гонорея нижнего отдела мочевого тракта поражает уретру, парауретральные ходы, бартолиновые железы, влагалище, шейку матки, прямую кишку.

2. При восходящей гонорее, т. е. при гонорее верхнего отдела мочеполового тракта, инфекция продвигается

из нижележащих отделов за внутренний зев в матку, придатки, яичник, брюшину, окружающую клетчатку.

3. При метастазированной форме гонореи, кроме мочеполовых органов, в процесс вовлекаются отдельные органы и ткани, наблюдаются артриты, миозиты, нефриты и др. За последние десятилетия эта форма встречается реже, что, по-видимому, объясняется эффективностью лечения антибиотиками.

По течению гонореи различают острую и хроническую формы. Процесс с давностью заболевания до одного месяца, с резко выраженными клиническими проявлениями заболевания, при наличии в отделяемом из очагов поражения гонококков носит название острого. Давность заболевания свыше 2 месяцев, наличие органических изменений (уплотнение стенок мочеиспускательного канала, гипертрофия шейки матки, наботных желез (ovulae Nabothii), наличие воспалительных опухолей по ходу придатков и других признаков) характерны для хронической гонореи. Острые и хронические формы гонореи могут протекать активно, торпидно — вяло и бессимптомно, что главным образом зависит от состояния макроорганизма. При активной форме воспалительные реакции ярко выражены: гиперемия, отечность слизистых, обильные гнойные выделения, в мазках легко обнаруживаются гонококки. При вяло протекающей форме у больных со сниженной реактивностью организма признаки воспаления слабее выражены, умеренные гнойные выделения содержат гонококки. При асимптомной форме или бациллоносительстве ни жалоб, ни клинических проявлений, указывающих на гонорею, нет, но в скудных выделениях обнаруживаются гонококки.

Диагностика гонореи женщин складывается из анализа данных анамнеза, клинической картины заболевания, лабораторных исследований, применения провокаций. Для больных с поражением мочеполовых путей при активных формах заболевания характерны: жалобы на расстройство мочеиспускания, гнойные выделения, боли, чувство жжения в области гениталий. Эти жалобы выражены у 50% больных с вялым, асимптомным течением процесса. При восходящих формах заболевания присоединяются перитонеальные явления: симптом Щеткина — Блюмберга, режущие боли в животе, высокая температура, рвота, тошнота. Из анамнеза устанавливается связь заболевания с половой жизнью, началом или изменениями ее, частое обострение воспалительных процессов во время менструации, вторичное бесплодие. Перечисленные данные имеют место у 50—60% больных с острыми или обострившимися формами гонореи; при хроническом течении заболевания они менее выражены и могут вовсе отсутствовать. Поэтому анамнез имеет только вспомогательное значение.

Гонорейный вульвит (Vulvitis gonorrhoeica) у взрослых женщин встречается редко. Покрывающийся вульву много-

слоистый плоский эпителий препятствует внедрению гонококка. Заболевание встречается в детском, старческом возрасте, у женщин с явлениями инфантилизма и беременных. В остром периоде слизистая вульвы диффузно-гиперемирована, отечна, покрыта гнойным налетом, болезненна. В мазках отделяемого обнаруживаются гонококки. В хронических случаях отмечается гиперемия вестибулярных желез.

Гонорейный вестибулит (Vestibulitis gonorrhoeica) встречается чаще у детей в комбинации с вульвитом. В остром периоде слизистая гиперемирована, отечна, кровотолива, местами изъязвлена, отделяемое обильное, гнойное, в мазках — гонококки. Жалобы на жжение, зуд, болезненность.

Гонорейный бартолинит (Bartholinitis gonorrhoeica) возникает при вовлечении бартолиниевых желез в гонорейный процесс и наблюдается обычно к концу 3-й недели заболевания, встречаясь у 29,6% больных гонореей. Инфекция поражает канал железы и очень редко ткань ее. По локализации и клиническому течению процесса различают шесть форм гонорейных бартолинитов:

1. *Muculae gonorrhoeica* — поверхностный каналикулит. Вокруг выводного отверстия железы появляется красное пятнышко; последнее может встречаться и при других заболеваниях.

2. Каналикулит — заболевание, при котором инфицирован выводной проток железы, устье протока гиперемировано, пальпаторно определяется болезненный тонкий тяж, при надавливании на который выделяется гнойная капля.

3. Ложный абсцесс — опухоль величиной от лесного ореха до куриного яйца, подвижная, болезненная. При этой форме заболевания происходит закупорка выводного протока железы, накапливающийся воспалительный экссудат растягивает стенки протока, образуя упомянутую выше опухоль.

4. Абсцесс железы представляет собой резко болезненную опухоль величиной от грецкого ореха до гусиного яйца, багрового цвета и сопровождается общими расстройствами, подъемом температуры, болезненностью. Вызывается смешанной инфекцией — гонококками и стрепто-стафилококками.

5. Хроническая индурация. Железа увеличена, уплотнена, при надавливании из выводного отверстия выделяется гнойная капля, в которой нередко обнаруживаются гонококки.

6. Ретенционная киста — опухоль мягковатой консистенции от лесного ореха до гусиного яйца, подвижная, безболезненная, образующаяся при закупорке выводного протока железы.

С целью обследования бартолиниевых желез во влагалище вводится указательный палец, большой палец остается снаружи, и этими двумя пальцами пальпируется область железы, в это время вторая рука оттягивает в сторону половую губу, обнажая устье выводного протока и делая его до-

ступным глазу. Если проток железы поражен, при надавливании выделяется гнойная капля, ее снимают желобоватым зондом и наносят на стекло для приготовления мазка. Железы пальпируются одноименной рукой: правая — правой, левая — левой.

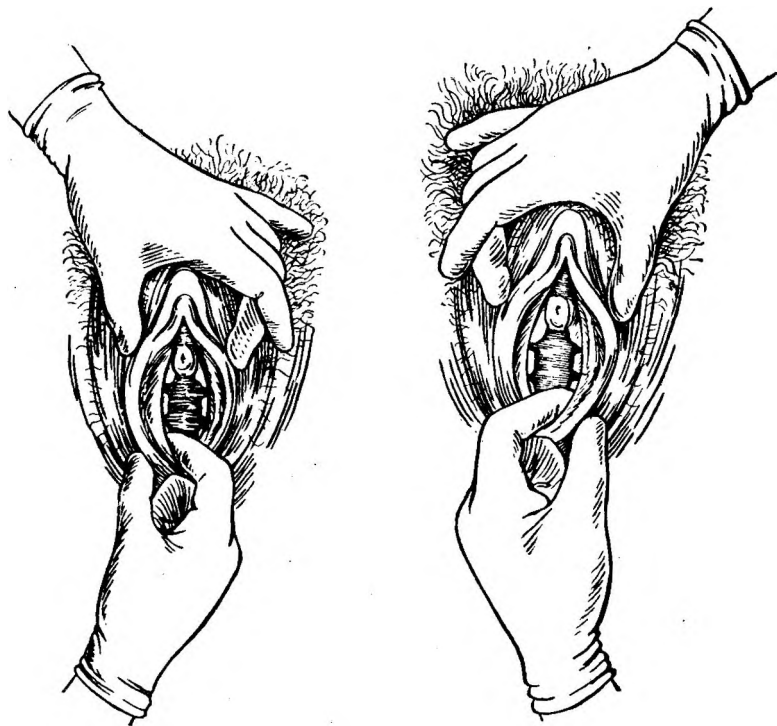


Рис. 54. Пальпация бартолиниевых желез.

Гонорейный уретрит (*Urethritis gonorrhoeica*) в острой форме встречается у 90—95% больных. Сопровождается жалобами на учащенные болезненные позывы к мочеиспусканию, рези и жжение. При осмотре слизистая наружного отверстия мочеиспускательного канала гиперемирована, отечна; в отдельных случаях эктропирована. Стенки уретры мягковаты, пастозны, выделения обильные, гнойные. При хроническом уретрите гонококк проникает в подслизистую ткань, в железы уретры, вызывая уплотнение ее стенок. Иногда появляется полипозное разрастание слизистой оболочки. При массаже нижней стенки уретры выделяется скудная гнойная капля.

Гонорейный парауретрит (*Paraurethritis gonorrhoeica*) встречается у 20% больных. У наружного отверстия уретры, на вершине губок, открываются парауретральные ходы, напоми-

нающие отверстия слезных канальцев, протяженностью от 0,5 до 1—2 см. На конце эти ходы гроздевидно разветвляются, просвет их выстлан цилиндрическим эпителием. В острых случаях выражены резкая гиперемия вокруг устья хода, при легком надавливании появляется гнойная капля.

Гонорейный эндоцервицит (Endocervicitis gonorrhoeica). При острых формах эндоцервицита шейка матки поражается у 85% больных, а при хронических формах у 95%. Острый эндоцервицит проявляется отеком, гиперемией слизистой оболочки шейки матки, наличием эрозии, обильными гнойными выделениями. Хронический эндоцервицит сопровождается увеличением размеров и синюшной окраской шейки матки, наличием множественных микроабсцессов в nabotovykh яичках, вялой эрозией на задней губе шейки матки и мутно-слизистыми выделениями. У нерожавших женщин эндоцервицит не вызывает больших клинических изменений. При осмотре шейки матки отмечается легкий гиперемированный венчик вокруг наружного зева; субъективные жалобы отсутствуют. У некоторых больных эндоцервицит вызывает чувство тяжести внизу живота и в области промежности.

Гонорейный проктит, по данным А. Д. Целищевой, обнаруживается у 32,3% больных и всегда развивается вторично. Острый процесс сопровождается отеком и гиперемией слизистой прямой кишки, резкими болями при акте дефекации, зудом, жжением в области прямой кишки и промежности. В хронических случаях на коже вокруг прямой кишки появляются трещины, резко выражена складчатость кожи и экзематизация. Выделения слизисто-гнойные.

Техника взятия мазков. Одновременно с осмотром гениталий больной берется мазки для бактериоскопического исследования со всех очагов поражения. Из уретры отделяемое берется желобоватым зондом или ложечкой Фолькмана. Ука-



Рис. 55. Ложечка для взятия секрета.

зательным и большим пальцами левой руки разводятся половые губы. Стерильным ватным шариком протирается наружное отверстие уретры, указательный палец вводится во влагалище, и, легко нажимая на заднюю стенку, а если надо, то массируя сзади наперед уретру, выдавливают содержимое ее. Затем в уретру на глубину 1—1,5 см вводится желобоватый зонд, легким покашливанием слизистой собирается содержимое, которое наносится на предметное стекло тонким слоем.

Выделения из бартолиновых желез берутся после их пальпации и легкого надавливания; появившееся отделяемое собирается ложечкой Фолькмана и наносится на стекло.

Для взятия мазка из шейки матки во влагалище вводится зеркало Куско и стерильным ватным шариком протирается поверхность шейки. Длинный анатомический пинцет или корнцанг вводится на 1 см в цервикальный канал, захватывается содержимое шеечного канала, наносится на стекло тонким слоем. Прямая кишка осматривается по методу Мажбиза. Женщина укладывается на гинекологическое кресло с приведенными к груди коленками, во влагалище вводится указательный палец правой руки, и, нажимая на заднюю стенку влагалища изнутри наружу, выворачивается слизистая прямой кишки; указательным и большим пальцем левой руки раздвигаются складки вокруг анального отверстия. Обязательным условием получения отделяемого является отсутствие стула в течение 3—4 часов. Лучше получить отделяемое из прямой кишки методом промывных вод, предложенным А. Г. Каном. В прямую кишку вводится катетер с двойным током — с двумя трубочками. К одной из них присоединяется баллончик с физиологическим раствором или кипяченой водой. Вводимая жидкость, омывая стенки прямой кишки, вытекает обратно через отверстие второй трубочки и собирается в подставленный стакан. При отсутствии такого катетера можно пользоваться обычным стеклянным клизмённым наконечником, который вводится в прямую кишку на 3—4 см. На него одевают резиновый баллончик емкостью 25—30 мл, наполненный физиологическим раствором или кипяченой водой 37°; раствор вводится в прямую кишку, затем баллончик снимается и жидкость вытекает через стеклянный наконечник обратно. При наличии в вытекающей жидкости гнойных слизистых нитей последние вылавливаются на стекло и приготавливается мазок.

У детей соскоб слизистой из прямой кишки берут с помощью зонда или тупой ложечки Фолькмана.

Окраска мазков. Приготовленные мазки высушивают на воздухе, фиксируются над пламенем горелки и затем окрашиваются. В практической работе пользуются двумя методами окраски.

1. Ориентировочный метод окрашивания 1% водным раствором метиленовой сини. Для этой цели на фиксированный мазок наливается 1% раствор сини на 20 секунд, затем препарат промывается водой, высушивается и рассматривается под микроскопом в иммерсионной системе.

2. Дифференциально-диагностический метод Грама. Фиксированный мазок покрывается фильтровальной бумагой и заливается 1% раствором генцианвиолета или кристаллвиолета на одну минуту, затем фильтровальную бумагу удаляют, на мазок

на одну минуту наливают раствор Люголя (йода 1,0, йодистого калия 2,0, воды 300,0), сливают его и мазок обесцвечивают 96° спиртом до отхождения голубоватых волн, промывают водой, докрашивают 1% раствором нейтральрота в течение 2 минут. Мазок промывается водой и высушивается. Протоплазма, слизь, клеточные элементы, грамположительные бактерии окрашиваются в лиловый цвет, гонококки — в ярко-розовый цвет. Препарат исследуется в иммерсионной системе.

Восходящая гонорея наблюдается у 25—30% больных гонореей. Инфекция проникает за внутренний зев в полость матки, поражает трубы, брюшину, вызывает как поверхностные, так и глубокие изменения в половых органах. Фактором, способствующим дальнейшему распространению инфекции во внутренние органы, является менструация, аборты, роды, езда на велосипеде и др.

Глубина поражения зависит от фазы менструального периода, в который произошло проникновение гонококка, от вирулентности штамма гонококка, от состояния макроорганизма. Наиболее глубокие поражения наступают в постменструальном периоде, когда сопротивляемость организма к инфекции снижена, базальный слой слизистой оболочки матки обнажен и последняя представляет собою большую раневую поверхность, богатую питательными веществами. При этом создаются благоприятные условия для развития гонококка. Проникнув в полость матки, гонококк поражает отдельные участки слизистой и распространяется иногда до мышечного слоя. Гонококковая инфекция вызывает метаплазию цилиндрического эпителия, и последний заменяется плоским многослойным эпителием. Гонококк вызывает резкую инфильтрацию подэпителиальной соединительной ткани гнойными клетками и как результат воспалительных изменений — гипертрофию и гиперплазию желез, залеженных в слизистой оболочке матки. Секрция желез увеличивается, появляются обильные гнойные выделения. При остром эндометрите происходит серозное пропитывание тканей и мышечной стенки матки, появляется мелкоклеточная инфильтрация по ходу сосудов с расширением последних.

При двуручном исследовании отмечается несколько увеличенная в размере, чувствительная, мягковатой консистенции матка. Больная жалуется на схваткообразные боли, обильные гнойные выделения, циклические кровотечения. Острые явления быстро проходят, и течение заболевания принимает хронический характер, ничем не отличаясь от эндометритов, вызванных другими микроорганизмами. В последних случаях матка уплотнена, увеличена в размере, болезненна, отмечается зияние внутреннего зева. Сокращение матки и антиперистальтические движения труб способствуют продвижению инфекции дальше в трубы, в яичник, вызывая как поверхностные, так и глубокие

поражения их. В этих случаях развивается активная гиперемия, отек тканей с последующим слущиванием эпителия, образованием гнойного экссудата, набуханием слизистой оболочки труб, метаплазией эпителия. Указанные явления ведут к склеиванию складок, частичному или полному закрытию просвета трубы, функциональному и анатомическому их изменению, к бесплодию.

В зависимости от глубины и тяжести течения процесса различают несколько форм гонорейных поражений труб и яичников. При острых воспалительных процессах эндосальпингит проявляется наличием гиперемии, отеком складок слизистой труб, скоплением лейкоцитов под эпителием, расширением сосудов стромы. При двуручном исследовании трубы не пальпируются, область их расположения болезненна.

При дальнейшем развитии процесс переходит в катаральный сальпингит, при котором воспалительная реакция резко выражена, фимбрии отечны, гиперемированы, местами склеиваются, отделяемое значительное, серозно-гнойное, оно поступает через ампулярный конец трубы в брюшную полость. Бимануально определяется уплотненная болезненная труба. При нарастании явлений воспаления гонококки проникают глубже в строму складок, вызывают резкую гиперплазию клеточных элементов; складки утолщаются, количество гнойного отделяемого увеличивается, развивается гнойный сальпингит. В местах слущивания эпителия появляется изъязвление, отдельные фимбрии склеиваются между собой, уменьшая просвет трубы. Воспалительный процесс чаще локализуется в ампулярной части труб. Гнойный экссудат может через оставшиеся просветы в ампулярной части попасть в брюшную полость, тогда развивается спаечный процесс. При бимануальном исследовании пальпируется увеличенная, уплотненная болезненная труба. Общее состояние больных тяжелое. Если на этом процессе не останавливается, то в дальнейшем увеличивается изъязвление и нагноение в слизистых оболочках труб, фимбрии лизируются и ампулярный конец трубы полностью замуровывается. Накапливающийся экссудат растягивает стенки трубы, маточный конец трубы облитерируется, развивается мешотчатая опухоль, наполненная гноем, — пиеосальпинкс. В хронических случаях при наличии спаечного процесса к измененной трубе прирастается яичник, образуя единую трубно-яичниковую опухоль. Размеры мешотчатых опухолей при гонорее значительно меньше, чем при стрепто-стафилококковых инфекциях.

Гидросальпинкс (Hydrosalpinx) — это мешотчатая опухоль, наполненная серозным содержимым. Причины ее образования не ясны. Л. Л. Окинчиц считает, что при быстрой гибели гонококков в трубе скапливается жидкость, которая растягивает стенки ее до тех пор, пока не наступит атрофия слизистой от

давления. Эпителий при этом атрофируется, исчезает складчатость трубы.

Нодозный сальпингит — узловатые утолщения по ходу трубы, состоящие из отдельных полостей величиной от крупной горошины до лесного ореха, наполненные серозной жидкостью, гноем или разросшейся соединительной тканью. При пальпации определяется увеличенная, четкообразная, малоболезненная труба. Через абдоминальный конец трубы гонококки могут попадать в брюшную полость, на брюшину, покрывающую тазовые органы, на яичник.

Воспалительный процесс в яичнике локализуется в его строме, сопровождается развитием соединительной ткани с последующим склерозом стромы. Созревшие фолликулы не могут своевременно достичь поверхности и вскрыться. Яйцевая клетка погибает, на ее месте образуется ретенционная киста. Постепенно количество кист увеличивается, наступает мелкокистозное перерождение яичников. Если гонококк проник в желтое тело или во вскрывшийся фолликул, то развивается гнойник — пиовариум (Pyovarium).

Поражение брюшины гонококком чаще наступает вторично. Гонококк попадает на брюшину при разрыве пиовариума, пиосальпинкса, по лимфатическим сосудам, а также при обострении имеющегося воспалительного процесса в матке и придатках, вызванного под влиянием менструации, родов, аборта. Попадая на брюшину, гонококк вызывает активную гиперемия на большой ее поверхности и отложение серозно-фибринозного экссудата, что способствует развитию обширных сращений между трубой и яичником, маткой и петлями кишечника, мочевым пузырем с образованием больших конгломератов опухолей. Развивается гонорейный тазовый перитонит (*Pelveoperitonitis gonorrhoeica*). Заболевание начинается остро и сопровождается высокой температурой, резкими болями в животе, частым, но ритмичным пульсом. Язык обычно сухой, обложен, живот вздут, болезненный, напряжен, симптом Блюмберга положительный. РОЭ высокая, лейкоцитоз повышен, нейтрофильный сдвиг влево. Двуручное исследование в эти дни почти невозможно из-за резкой болезненности и напряжения брюшных мышц. Заболевание отличается доброкачественным течением, со склонностью к ограничению процесса, и только в единичных случаях гонорейный перитонит носит разлитой характер. Благоприятное течение заболевания объясняется наличием пластического экссудата, который вызывает быстрое ограничение процесса. Спустя 2—3 дня, даже при отсутствии лечения, острые явления стихают, при влагалищном исследовании по ходу придатков или в дугласовом пространстве определяется конгломерат опухоли неоднородной консистенции, болезненный, ограниченный в подвижности, близко подходящий к стенкам таза, но не сливающийся с ними. В даль-

нейшем заболевание может принимать хроническое течение. При этой форме заболевание протекает аналогично воспалительным процессам, вызванным гноеродными микробами, — стафилококками, стрептококками, кишечной палочкой. Единственным отличием при хроническом гонорейном процессе являются частые обострения во время менструации.

В диагностике восходящих форм заболевания важное значение имеют вспомогательные серологические реакции, как Бордэ — Жангу, Лисовской — Фейгеля, а также вакцинодиагностика и морфология крови.

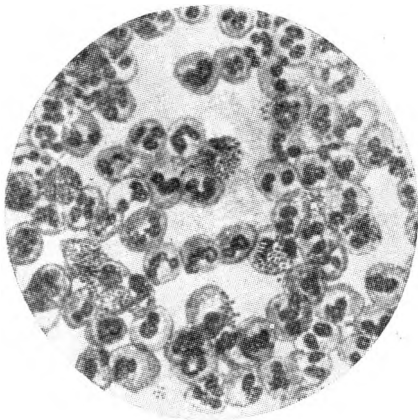


Рис. 56. Большое количество сегментированных лейкоцитов, гонококки расположены внутри- и внеклеточно (К₁ по Г. А. Бакшту и А. И. Петченко).

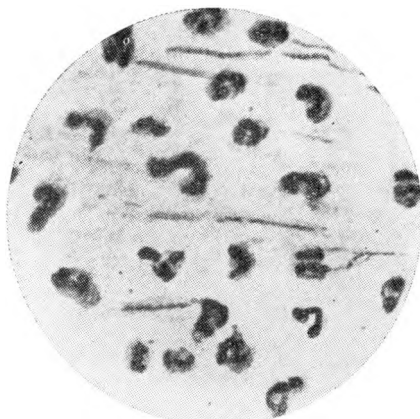


Рис. 57. Большое количество сегментированных лейкоцитов. Бактериальная флора отсутствует (К₂ по Г. А. Бакшту и А. И. Петченко).

Лабораторная диагностика гонореи. В диагностике гонорейных заболеваний решающим является бактериоскопический метод; если в мазке отделяемого из пораженного очага обнаружены гонококки, то диагноз не вызывает затруднений и необходимо приступить к лечению. При хронических формах заболевания гонококки обнаруживаются лишь при длительном обследовании. В этих случаях особое значение приобретает цитология мазка, наличие в нем эпителия, количество слизи, форма лейкоцитов, их вид, степень сохранности, характер имеющейся флоры. Для лучшей ориентировки в чтении мазков проф. Г. А. Бакшт предложил различать три картины мазков:

К₁ — картина первая — большое количество сегментированных лейкоцитов при отсутствии посторонней флоры, гонококки расположены внутри- и внеклеточно. Эта картина наблюдается при острой гонорее.

K_2 — картина вторая — большое количество сегментированных лейкоцитов, флора отсутствует, гонококки не обнаруживаются. Эта картина встречается при хронических формах гонореи. Необходимо применение комбинированных методов провокации.

K_3 — картина третья — большое количество бесструктурных лейкоцитов в состоянии некробиоза, обилие посторонней флоры, гонококки не обнаруживаются. Эта картина мазка не характерна для гонореи.

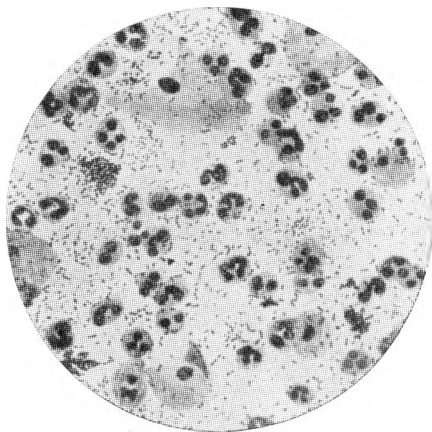


Рис. 58. Большое количество лейкоцитов и микробов (K_3 по Г. А. Бакшту и А. И. Петченко).

Рекомендуется мазки брать в первые три дня менструации. В сомнительных случаях, когда гонококки не обнаруживаются и имеется вторая картина мазков по Бакшту, неясная клиническая картина, при подозрительном анамнезе, необходимо применить методы провокации и произвести посев отделяемого из пораженных очагов на специальной питательной среде, а также использовать вспомогательные методы диагностики: реакции

Бордэ — Жангу, Лисовской — Фейгеля. В основу реакции Бордэ — Жангу положено свойство гонококка в инфицированном им организме вызывать выработку антител. Если взять сыворотку крови больной, страдающей осложненной формой гонореи, и воздействовать на нее антигенами, вызвавшими выработку антител в присутствии комплемента, то произойдет связывание этого комплемента, реакция будет положительной.

При острой форме гонореи со свободным оттоком гнойного отделяемого положительная реакция бывает у 5—20% больных. При осложненных формах гонореи с наличием инкапсулированных очагов, особенно в области матки и придатков, при метастазированной форме гонореи положительная реакция бывает у 85—90% больных. Реакция Бордэ — Жангу не может служить критерием излеченности гонореи, так как остается длительное время положительной и тогда, когда гонококков уже нет в организме. В. Е. Дембская считает эту реакцию показателем аллергических сдвигов в организме.

Реакция Лисовской — Фейгеля на гонококковый антиген — такая же серологическая реакция связывания комплемента, как и реакция Бордэ — Жангу. Только при этой реакции

антигенами являются выделения из материала цервикального канала, а антителами — сыворотка животных, иммунизированных гонококками. Для получения нужного количества отделяемого на шейку матки одевается колпачок Кафки на 12—24 часа, затем его снимают, содержимое из колпачка переливают в стерильную пробирку и направляют в лабораторию. По данным многих авторов, эта реакция дает больший процент положительных результатов как при острых, так и при хронических формах, по материалам Фейгеля — 80—91%.

В а к ц и н о д и а г н о с т и к а. В. Е. Дембская впервые в России применила гонококковую вакцину для диагностики гонорей. По данным автора, под влиянием указанной вакцины в организме наступает обострение аллергического состояния, что проявляется общей, местной и очаговой реакциями. Гоновакцину можно вводить: внутривожно, внутримышечно, регионарно в подслизистую уретры, влагалища, шейку матки. Лучше пользоваться вакциной с высоким титром, содержащим 2 млрд. микробных тел в 1 мл. В зависимости от метода применения вакцины реакция будет различной. Наиболее распространен метод внутривожного введения. При этом методе общая реакция организма выражается в легком ознобе, подъеме температуры до 37,5—38°, головной боли. Очаговая реакция проявляется гиперемией пораженных очагов, увеличением выделений.

М е т о д и к а в в е д е н и я. В кожу бедра, обработанную предварительно спиртом, вводится внутривожно 300 или 500 млн. микробных тел гоновакцины; если на месте введения через 48 часов образуется красное пятно величиною в диаметре 1 см с незначительной инфильтрацией, то реакция считается слабо положительной и ее отмечают одним крестом (+). Если пятно будет более 1 см в диаметре с заметной в центре инфильтрацией, то реакция считается положительной и отмечается двумя крестами (++)). Если же эта реакция держится 72 часа, она учитывается как резко положительная, отмечается тремя крестами (+++). По данным различных авторов, кожная реакция дает правильный ответ у 70—94% больных гонорей.

И. Г. Бурлаков предложил вводить гоновакцину в шейку матки, имея в виду воздействие на клетки ретикуло-эндотелиальной системы. Регионарное введение гоновакцины вызывает через 15—45 минут бурную реакцию организма: озноб, температуру до 40°, болезненность по ходу придатков, реакция длится от 2 до 16 часов. Положительные ответы имеются у 94,6% больных гонорей. В амбулаторных условиях этим методом пользоваться не рекомендуется. Противопоказаниями к применению гоновакцины являются все формы туберкулеза, заболевания сердечно-сосудистой системы, острые и хронические заболевания печени, почек, беременность после 28 недель.

Обследование женщин на гонорею следует производить в следующих случаях:

1. При наличии воспалительных изменений в уретре, парауретральных ходах, бартолиновых железах и в области прямой кишки.

2. При воспалительных изменениях шейки матки, независимо от наличия эрозии на шейке у рожавших и особенно у нерожавших женщин, т. е. при наличии цервицита, эндоцервицита, эрозии шейки матки.

3. У больных с подострыми или хронически протекающими, часто обостряющимися воспалительными процессами внутренних половых органов, тазовой брюшины, которые не беременели или страдают вторичным бесплодием после первой беременности.

4. У больных с односторонним воспалительным процессом придатков матки и тазовой брюшины, у которых не было беременности, и особенно, если имел место остро развивающийся воспалительный процесс придатков матки и тазовой брюшины.

5. У больных с частыми нарушениями овариально-менструального цикла, если эти нарушения совпали с началом половой жизни или с вступлением в новый брак, а также при заболевании внутренних половых органов, сопровождающемся повышением температуры, резкими болями и др.

6. При стойком бесплодии и отсутствии выраженного недоразвития полового аппарата.

Независимо от отсутствия гонококков в выделениях, обязательному антигонорейному лечению подлежат больные:

1. При наличии многоочагового поражения мочеполовых органов (уретрит, парауретрит, бартолинит, проктит, эндоцервицит, воспаление матки и придатков).

2. При подостро или хронически протекающих или часто обостряющихся воспалительных процессах придатков матки и тазовой брюшины в сочетании со вторичным бесплодием после первой беременности.

3. При воспалительных заболеваниях мочеполовых органов, которые сочетаются с двусторонним узловым бартолинитом.

4. При воспалительных изменениях шейки матки, независимо от наличия или отсутствия эрозий (эндоцервицит, цервицит) у нерожавших женщин, подвергавшихся абортам, внутриматочным впрыскиваниям йода с целью предупреждения беременности.

5. При наличии первичного бесплодия и одно- или двустороннего воспаления придатков матки и тазовой брюшины, если в анамнезе больной имеет место остро развивающийся воспалительный процесс придатков матки и тазовой брюшины.

6. При наличии нарушений овариально-менструального цик-

ла, если эти нарушения совпали с началом половой жизни или вступлением в новый брак.

7. У больных, явившихся источником заражения гонореей своих партнеров.

Методы провокации. Провокация применяется в тех случаях, когда анамнез или клиническая картина заболевания вызывают подозрение на гонорею или женщина является источником заражения, но в отделяемом из очагов поражения гонококки не обнаруживаются. Цель провокации — нарушение установившихся взаимоотношений между микробами и макроорганизмом. До провокации необходимо больную подвергнуть всестороннему клиническому и лабораторному обследованию, произвести анализы мочи, крови, рентгеноскопию легких и сердца. В зависимости от полученных данных о состоянии здоровья женщины, применяют комбинацию методов или отдельные виды провокации. Различают следующие виды провокаций:

алиментарная провокация, при которой больной рекомендуют принять раздражающую острую и соленую пищу, пиво в двойной к употребляемой дозе;

механическая провокация состоит из массажа уретры, наложения колпачка Кафки на шейку матки на 24 часа;

химическая провокация, при которой все доступные очаги поражения (уретра, парауретральные ходы, шейка матки, прямая кишка) смазываются раствором Люголя или 1—2% раствором азотнокислого серебра; с этой же целью можно применить 5—10% раствор протаргола или колларгола;

физиологической провокацией является менструация. В течение первых 3 дней менструации берутся мазки из всех очагов поражения;

биологическая провокация состоит в том, что вводится 300 или 500 млн. микробных тел гонококковой вакцины методом внутрикожного или внутримышечного введения. Можно вводить регионарно 30 или 50 млн. микробных тел гонококковой вакцины в подслизистую уретры, шейки матки. Реакция при внутрикожном введении учитывается через 48 часов. При отсутствии гоновакцины можно вводить внутримышечно цельное обезжиренное молоко по 2—3 мл после кипячения его в течение 15—20 минут. Используется также введение 2—3 мл аутокрови в шейку матки или внутрикожно в несколько точек;

термическая провокация — горячее спринцевание влагиалища 1,5—2 л воды с температурой последней в 39—40°;

физиотерапевтическая провокация заключается в применении 3 сеансов абдоминально-сакральной диатермии с удлиненными сроками сеансов: 1-й сеанс — 30 минут, 2-й — 45 минут, 3-й — 60 минут. Влагиалищные грязевые тампоны (А. Н. Мажбиц.).

Лучшие результаты получаются при применении комбинированной провокации. Методика последней заключается в следующем: больная получает 1-й сеанс в 30 минут абдоминально-сакральной диатермии, после которой в этот же день производится массаж уретры и смазывание раствором Люголя всех возможных очагов поражения, после этого на шейку матки накладывается колпачок Кафки на 24 часа и внутрикочно в нижнюю часть брюшной стенки вводится 300 или 500 млн. микробных тел гоновакцины. Если гоновакцины нет, то можно ввести 3 мл молока в наружно-верхний квадрант ягодицы. При применении провокации больной рекомендуется раздражающая пища и пиво. Последующие 2 дня женщина получает диатермию и у нее берутся мазки для бактериоскопического исследования в течение 3 дней. Анализ полученных результатов бактериоскопического исследования помогает подтвердить или опровергнуть предполагаемый нами диагноз. В выборе метода провокации необходим индивидуальный подход. Так, женщинам, страдающим туберкулезом, заболеванием печени, почек, сердечно-сосудистой системы, нельзя назначать инъекции молока, гоновакцины, диатермию. Этим больным можно провести алиментарную медикаментозную провокацию, одеть колпачок Кафки. Беременным женщинам независимо от срока беременности нельзя одевать колпачок Кафки, назначать диатермию, гоновакцина вводится в сниженных дозах и только в первой половине беременности.

Лечение гонорей. Приступая к лечению женщин, больных гонореей, врач прежде всего стремится восстановить нормальную функцию полового аппарата женщины. С этой целью необходимо в минимальные сроки удалить из организма гонококки и их токсины, разрушающие организм женщины. Современная медицина располагает такими средствами и методами, которые увеличивают сопротивляемость организма в борьбе с инфекцией и непосредственно ведут к гибели возбудителя заболевания. Умелое использование антибиотиков, химиопрепаратов, специфической и неспецифической терапии, физиотерапии, местного лечения обеспечивает успех выполнения задачи, стоящей перед врачом и больной.

Начиная лечение гонорей, нельзя забывать, что гонорея — общее многоочаговое заболевание с преимущественной локализацией патологического процесса в мочеполовой системе. Поэтому лечение должно применяться как общее, так и местное. Оно должно быть строго индивидуализированным, с учетом особенностей больного организма, формой и течением заболевания. Учитывая пышный рост гонококков во время менструального периода, лечение в этом периоде можно начинать, а начатое необходимо продолжать. Лечение беременных женщин проводится по общим правилам, с учетом особенностей этого периода, исключая активное лечение шейки матки, как аутогемотерапию

в шейку, введение пенициллина в шейку, протирание цервикального канала дезинфицирующими растворами. В процессе лечения рекомендуется чередовать лекарственные вещества. Длительное применение одного препарата вызывает привыкание к нему микробов. В лечении острых восходящих процессов не рекомендуется длительное применение льда, он способствует быстрому склерозированию тканей, развитию рубцовых процессов. Рекомендуется раннее применение тепловых процедур, вызывающих усиление кровоснабжения пораженных тканей и рассасывание инфильтратов. Исходя из этого, целесообразным является раннее применение физических методов лечения; обычно начинают с кварца, соллюкса, ионофореза с хлористым кальцием и заканчивают диатермией, грязелечением. При хронических формах заболевания обязательно применение местного лечения всех пораженных очагов.

Пенициллинотерапия. В лечении гонореи пенициллин занимает одно из первых мест. Этот препарат с 1945 г. используется для лечения всех форм гонореи, не имеет противопоказаний и дает мало побочных явлений. Применяется натриевая соль пенициллина. Пенициллин обладает бактериостатическим и бактерицидным действием. Наиболее чувствительны к этому антибиотику грамположительные бактерии, гонококки и менингококки. Бактерицидное свойство пенициллина в отношении гонококков доказано Е. А. Сельковым, который с помощью электронного микроскопа наблюдал распад указанных кокков под влиянием пенициллина. Пенициллин вызывает изменение морфологических и тинкториальных свойств гонококка, под влиянием препарата появляются атипичные формы гонококков, различные по величине, форме и отношению к окраске. Со времени применения пенициллина отмечается резкое снижение метастазированных форм гонореи. Пенициллин можно вводить внутримышечно, внутривенно и регионарно в очаги поражения. Успех лечения пенициллином зависит от терапевтической концентрации пенициллина в крови, которая должна быть не ниже 0,02 МЕ в 1 мл сыворотки, длительности контакта пенициллина с микробом и от состояния защитных сил организма.

Отмечено, что неполноценное питание, нарушение обменных процессов может оказать угнетающее влияние на защитные силы организма и повести к снижению эффективности антибиотиков.

Пенициллин действует на активно размножающиеся формы гонококков, следовательно его можно применять при острых активных формах заболевания. При хронических, вяло протекающих, латентных формах гонореи пенициллин целесообразно применять только после общеукрепляющего, иммунобиологического лечения, физиотерапии и местного лечения. Дозы пенициллина зависят от локализации и течения патологического

процесса. При острой гонорее нижних отделов мочеполовых путей суммарная доза составляет не менее 600 000 МЕ, при хронической гонорее нижних отделов мочеполовых путей доза пенициллина та же, но пенициллинотерапии должно предшествовать общеукрепляющее иммунобиологическое, физиотерапевтическое и местное лечение. При острой восходящей форме гонореи суммарная доза пенициллина от 900 000 МЕ до 1,5—2,0 млн. МЕ в зависимости от индивидуального течения процесса.

Работами В. Е. Дембской, Третьяковой, А. В. Частиковой установлено, что введенный в организм пенициллин обладает свойством быстро всасываться и быстро покидать его. При внутримышечном введении наибольшая концентрация пенициллина в крови отмечается через 15 минут, спустя 3—4 часа пенициллин в крови не обнаруживается. С целью сокращения количества инъекций И. М. Порудоминский в 1948 г. предложил вводить пенициллин в сочетании с аутокровью. Автор установил, что терапевтическая концентрация пенициллина при этом методе введения поддерживается в течение 10—12 часов. 200 тысяч МЕ растворяется в 1—1,5 мл 1/4% раствора новокаина, набирается в шприц, в тот же шприц набирается 5 мл крови из локтевой вены больной, перемешивается и вводится внутримышечно в наружный верхний квадрант ягодиц. Метод нашел широкое применение в практике.

Е. И. Кватер предложил вводить пенициллин в очаги поражения. Курсовая доза препарата 800 000 МЕ. При этом 400 000 МЕ пенициллина растворяется в 4 мл физиологического раствора или 1/4% новокаина; затем 2 мл раствора набирают в шприц и вводят в шейку матки четырьмя уколами, сделанными на равных расстояниях, отступя от наружного зева на 0,5 см. Оставшимся 2 мл того же раствора обкальвается с двух сторон уретра (100 000 МЕ) и область бартолиновых желез (по 50 000 МЕ). Через 4 часа введение пенициллина повторяется.

Для удлинения срока пребывания пенициллина в организме Н. Н. Бурденко предложил перед его инъекцией вводить внутривенно 10 мл 10% раствора поваренной соли.

В этих случаях терапевтическая концентрация пенициллина в крови сохранялась в течение 6 часов. С этой же целью В. В. Бабук предложил вводить глюконат кальция.

А. Б. Селисский, В. Я. Корзанов, М. Х. Бергольц предложили ряд дюрантных препаратов. Пенициллин в дюрантных препаратах находится во взвешенном состоянии, всасывается из очага инъекции значительно медленнее, концентрация его в крови сохраняется дольше. Дюрантные препараты были апробированы, применялись, но в практику работы они не вошли.

При лечении гонореи применяется и экмоновоциллин, представляющий водную суспензию новокаиновой соли пенициллина в растворе экмолина. Методика введения экмоновоциллина та-

кова: 300 000 МЕ новокаиновой соли растворяется в 2,5—3 мл экмолина, хорошо взбалтывается и моментально вводится внутримышечно; инъекции применяются один или два раза в сутки через 12—24 часа. Выздоровление, по данным З. Д. Старостиной, наступало у 96% больных. Неудачи в лечении при применении пенициллина, по Порудоминскому, наблюдались от 2 до 15%, по данным Е. И. Кватера — в 15%. Необходимо помнить, что пенициллин инактивируется йодом, спиртом, хлорамином, перекисью водорода и некоторыми другими веществами, поэтому названные средства не рекомендуются применять для туалета кожи перед инъекциями пенициллина.

С целью большей эффективности действия и предупреждения появления пенициллиноустойчивых форм гонореи в последние годы пенициллин применяется в комбинации с сульфаниламидными препаратами.

Сульфаниламиды применяются в количестве 20 г по следующей схеме: первый день — по 1 г 5 раз в день; второй — по 1 г 5 раз в день; третий и четвертый — по 1 г 4 раза в день; пятый — по 1 г 2 раза в день.

Для инъекций пенициллин растворяется в физиологическом растворе, бидистиллированной воде или в 1 мл 0,5—0,25% раствора новокаина в концентрации 50 000 МЕ. Препарат вводится внутримышечно каждые 3 часа по 50 000 МЕ круглосуточно. Такое частое введение препарата в организм обеспечивает необходимую терапевтическую концентрацию его в крови.

В медицинской практике применяется солянокислый и сернокислый стрептомицин, который широко используется и при лечении гонореи. Препарат хорошо растворим в воде, действует на грамположительные и грамотрицательные бактерии, на гонококки. Последние к стрептомицину быстро привыкают, поэтому дозировка препарата должна быть полноценной и достаточной с момента его назначения. Стрептомицином рекомендуется лечить пенициллинорезистентные формы, асимптомные формы гонореи или сочетание гонорейного и туберкулезного процессов. При острой гонорее нижних отделов мочеполовых путей суммарная доза стрептомицина равна 1 500 000—2 000 000 МЕ; при хронических формах — 3 000 000—5 000 000 МЕ. Раствор стрептомицина вводится из расчета 250 000 МЕ на инъекцию, повторяя ее через 12 часов. Стрептомицин можно вводить внутримышечно, внутривенно, регионарно. Обычно вводят внутримышечно. При упорных эндоцервицитах весьма эффективно обкалывание шейки матки стрептомицином в дозе 300 000—500 000 МЕ по вышеуказанной методике Е. И. Кватера. Применение больших доз стрептомицина может сопровождаться тошнотой, головокружением, головной болью, кожными высыпаниями, болями в суставах. Прием внутрь димедрола по

0,025 г два раза в сутки в течение нескольких дней значительно уменьшает эти явления.

Синтомицин действует на штаммы гонококков (устойчивые к стрептомицину и сульфаниламидам), на кишечную дифтерийную и дизентерийную палочки. Применяется синтомицин в порошках внутрь перед едой. Доза его на курс лечения при гонорее составляет 12—15 г. Детям вводится препарат из расчета 0,02 г на 1 кг веса.

Схема лечения синтомицином

Часы приема	Дозы синтомицина в г			
	1-й день	2-й день	3-й день	4-й день
8	1,0	1,0	1,0	1,0
12	1,0	0,5	0,5	0,5
16	1,0	0,5	0,5	0,5
20	0,5	0,5	0,5	0,5
24	0,5	0,5	0,5	0,5
Всего	4,0	3,0	3,0	3,0

Прием синтомицина может сопровождаться такими побочными явлениями, как: аллергические сыпи, тяжелые дерматиты, стоматиты, диспептические расстройства. При выраженных явлениях интоксикации рекомендуется вводить витамин В₁ и печеночный экстракт.

Биомицин-ауромицин представляет собой кристаллический порошок желтого цвета, горького вкуса; препарат легко разрушается щелочами и кислотами. Биомицин тормозит процессы окисления микробов и действует на их дыхание. Препарат очень активен, по своему действию превосходит все другие антибиотики. Применяется внутрь по 200 000 ЕД (2 таблетки) через 3—4 часа. При острой гонорее нижних мочеполовых путей курсовая доза препарата 3 г, при восходящей 5—6 г. По наблюдениям ряда авторов, побочные явления при назначении биомицина отмечаются в 15—20% и проявляются гиперемией, отечностью слизистых полости рта и прямой кишки, различными кожными высыпаниями. В некоторых случаях биомицин вызывает образование гонококкоустойчивых форм.

Последнее время с успехом пользуются при лечении гонорей у женщин комбинацией антибиотиков, как-то: пенициллин

и синтомицин; пенициллин и стрептомицин; пенициллин и биомицин. Имеются сообщения об успешном применении при лечении гонорей тетрациклина и бициллина III.

Успех лечения торпидных, латентных, хронических форм гонорей во многом зависит от мобилизации защитных сил организма. В лечении этих форм гонорей ведущее значение имеет и м у н о т е р а п и я, которая активизирует выработку антител в организме и повышает его защитные свойства. Различают активную и пассивную иммунотерапию. При активной иммунотерапии в организм вводится поливалентная гонококковая вакцина, приготовленная из 8—12 штаммов гонококков, полученных от различных больных гонореей. Как уже упоминалось выше, вакцину можно вводить внутримышечно, внутрикожно, регионарно, в подслизистую шейки матки, уретры и влагалища.

Наиболее широко пользуются внутрикожным методом введения. Спустя 2—3 часа после введения вакцины в организме отмечается отрицательная фаза, сопровождающаяся лейкопенией, понижением всех иммунобиологических процессов, через 3—4 часа отрицательная фаза сменяется положительной фазой, при которой в организме идет нарастание количества антител. Клинически отрицательная фаза проявляется общей, местной и очаговой реакцией. Для иммунотерапии начальная лечебная доза гоновакцины не превышает 200 млн. микробных тел, которые вводятся внутрикожно через каждые 2—3 дня, в зависимости от состояния больной; с каждой новой инъекцией доза увеличивается на 100—200 млн. микробных тел. Повышение температуры у больных при введении вакцины на 1—1,5° является нормальным. В зависимости от клинического течения процесса количество инъекций составляет от 3 до 8 на курс лечения. Противопоказанием к введению вакцины является активный туберкулез, острое заболевание почек и печени, декомпенсированный порок сердца, беременность при сроках в 26 недель и более.

Для пассивной иммунизации широко применяется протениотерапия — раздражающая терапия. С этой целью обезжиренное коровье молоко кипятят в течение 15—20 минут, охлаждают его и вводят внутримышечно в верхний наружный квадрант ягодицы. На курс лечения требуется 6—8 инъекций. Первоначальная доза не более 2—3 мл, затем она постепенно увеличивается до 5—6 мл. Впрыскивание повторяется через 2—3 дня, в зависимости от состояния больной.

Внутримышечное введение молока хорошо комбинировать с внутрикожным введением гоновакцины, в этих случаях доза молока с каждой инъекцией увеличивается и доводится при последней инъекции до 5—6 мл, доза гоновакцины доводится до 1 млн. микробных тел. Введение молока можно комбинировать с инъекциями аутокрови, причем с каждым впрыскиванием количество молока уменьшается, а количество аутокрови увели-

чивается. Противопоказания к лактотерапии те же, что и при гоновакцине.

Аутогемотерапия не имеет противопоказаний. Применяется при острых и хронических формах гонореи. Инъекции производятся внутримышечно или регионарно через день. Всего на курс лечения 6—8 инъекций по 2—5—10 мл.

Местное лечение при гонорее у женщин является разновидностью общей терапии и дополняет действие последней. При острых гонорейных вульвитах и вестибулитах назначаются примочки из буровской жидкости, сидячие ванночки из раствора марганцовокислого калия 1 : 8000, смазывание 1% синтомициновой эмульсией. В хронической стадии — смазывание 1% раствором азотнокислого серебра или 3—5% раствором протаргола. При раздражении кожи паховых складок выделениями применяют пудру: *Camphorae tritae* 0,5, *Zinci oxydati* 2,5, *Talci veneti* 50,0. При наличии остроконечных кондилом рекомендуется пудра из резорцина и талька в равных пропорциях, предварительно здоровая кожа вокруг кондилом смазывается вазелином.

Лечение бартолинитов зависит от формы поражения. При каналикулярном бартолините больной назначаются два раза в день сидячие ванночки из слабых растворов марганцовокислого калия, смазывание выводного отверстия бартолиновой железой 2—3% раствором протаргола, 5% раствором колларгола или 10% раствором танина в глицерине. В хронических случаях применяется регионарная аутогемотерапия. В окружающую ткань железы вводится по 2 мл аутокрови через 1—2 дня, всего 5—6 инъекций. В упорных случаях пользуются сочетанными инъекциями гоновакцины и аутокрови. В шприц набирается 30 млн. микробных тел гоновакцины, 2 мл аутокрови и все вместе вводится в ткань, окружающую железу. На курс лечения назначают 5—6 инъекций, которые повторяются через каждые 2—3 дня. По показаниям применяется и регионарное введение пенициллина. При наличии абсцесса железы последний вскрывается; если имеется киста — она удаляется оперативным путем.

Лечение уретрита в остром периоде заключается в назначении обильного питья, сидячих ванночек, уротропина и салола внутрь по 0,5 3 раза в день. В подостром и хроническом периодах заболевания производится промывание уретры раствором марганцовокислого калия 1 : 10 000 с последующей инстилляцией растворов солей серебра, 2% протаргол или колларгол в количестве 3—5 мл или 0,5—2 мл 1% раствора ляписа. При наличии уплотнения стенок уретры рекомендуется через день после промывания уретры смазать слизистую ее чистым ихтиолом, всего 8—10 смазываний. В отдельных случаях применяется регионарное введение гоновакцины по 50 млн. микробных тел через 2—3 дня.

Лечение эндоцервицитов в острых случаях состоит в применении ванночек из 2—3% раствора протаргола по 8—10 минут в течение 10 дней или 2% раствора ляписа по 2 минуты два раза в неделю. При глубоких поражениях желез шейки матки очень успешно применяется аутогемотерапия в шейку матки по 2—3 мл крови через день, на курс лечения 5—6 инъекций. При хронической гонорее рекомендуется цервикальный канал смазывать раствором Люголя, либо чистым ихтиолом, тройной анилиновой краской на 70° спирте. Рекомендуется лечение в течение 10 дней тампонами, содержащими 10% танин на глицерине, 10% ихтиол на глицерине, а также и применение тампонов с 10% эмульсией стрептоцида на рыбьем жиру или глицерине. При наличии микроабсцессов на шейке матки рекомендуется их прокалывать иглой, укрепленной на шприце, или вскрывать их кончиком остроконечного скальпеля с последующим смазыванием йодом.

Местное лечение гонорейных проктитов проводится микроклизмочками из 2—3% растворов протаргола, колларгола или 1/4% раствора азотнокислого серебра. С этой целью в прямую кишку вводится клизменный наконечник, соединенный с резиновым баллончиком, емкостью 15—20 мл, наполненный лечебным раствором. Женщина должна задержать введенное лекарство 1,5—2 часа. Можно вводить в прямую кишку свечи, содержащие 0,02 г протаргола. В упорных случаях пользуются введением гоновакцины в подслизистую прямой кишки. Начальная доза гоновакцины 50 млн. микробных тел, на курс лечения 3—4 инъекции, причем следует осторожно увеличивать дозу гоновакцины, доводя ее до 200 млн. микробных тел. Широко рекомендуется применять сидячие ванны.

Лечение восходящей гонореи при острой форме заболевания, а также в хроническом периоде при обострениях, диагностированных в женских консультациях, следует проводить в условиях стационара. В остром периоде назначается постельный режим, холод на низ живота на 30 минут с перерывами в 1—2 часа в течение первых 4—5 дней, до ликвидации острых перитонеальных явлений. Одновременно назначаются болеутоляющие средства (препараты опия, пантопон), обильное питье и антибиотики в сочетании с сульфаниламидами. При кровотечениях применяются: внутривенное вливание 10% раствора хлористого кальция по 10 мл, витамин К по 0,015 г 3 раза в день; при болях, высокой температуре рекомендуется аутогемотерапия в количестве 5 мл. Целесообразно проводить внутривенные вливания 40% раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой. Местное лечение не проводится. Спустя 6—7 дней, когда острые явления проходят, осторожно переходят к тепловым процедурам, предупреждая этим развитие спаек, рубцовых сращений. Начинают с согревающего компресса, который назначается

на 2—3 часа в течение 2—3 дней, при хорошем самочувствии больной назначается грелка, облучение кварцевой лампой, чередуя его с соллюксом. При нормальной температуре переводим больную на лечение ионофорезом с хлористым кальцием, назначая сеансы ежедневно в течение 10 дней. Одновременно применяется местное лечение уретры, шейки и прямой кишки. С этого времени присоединяем лечение гоновакциной. При первых инъекциях вводят 10 млн. микробных тел, постепенно увеличивая дозу с каждой последующей инъекцией на 100 млн., в зависимости от реакции организма на вводимую вакцину. На курс лечения 5—6 инъекций.

В хроническом периоде, если женщина длительно болеет, желательно больную также госпитализировать. Если это невозможно по каким-либо причинам, вышеуказанное лечение проводится в процедурном кабинете женской консультации. Обязательным является половой покой. Начинают лечение с введения гонококковой вакцины или лактотерапии, физиотерапевтических методов (абдоминально-сакральный или влагалищной диатермии), местного лечения пораженных очагов, затем проводят лечение антибиотиками и сульфаниламидами. При наличии старых спаечных процессов очень эффективны грязевые влагалищные тампоны, курортное лечение грязями в виде аппликаций, ректальных тампонов.

Закончив курс лечения, больной назначается отдых в течение 7 дней, за это время из организма полностью выводятся антибиотики и сульфаниламиды. На 8-й день после окончания лечения больной проводится комбинированная провокация с последующим трехкратным взятием мазков из всех доступных очагов. За женщиной, перенесшей гонорею, наблюдение необходимо продолжать в течение 3 месяцев. В первые 3 дня менструации берутся мазки для бактериоскопического исследования.

Показателями полного выздоровления больной являются: стойкое отсутствие в отделяемом гонококков, полное восстановление нормальной физиологической функции полового аппарата, хорошее самочувствие больной.

В нашей стране созданы все условия к ликвидации венерических заболеваний. Имеется большая сеть кожно-венерологических институтов, возглавляющих и проводящих эту работу, многочисленные венерологические диспансеры, венотделения, венкабинеты. К этой работе привлечена общемедицинская сеть в лице большой армии акушеров-гинекологов и в частности участковых врачей женских консультаций.

Ведущее значение в ликвидации гонореи занимает вопрос выявления источника инфекции, обследование контактов, своевременное привлечение их к лечению с последующим контролем проведенного лечения. Особое значение занимает создание крепкой здоровой семьи, препятствующей случайным половым

связям, санитарно-просветительная работа, лекции, беседы, плакаты, брошюры, кино. Большое значение имеет соблюдение гигиенических мероприятий. Личная профилактика при сомнениях в здоровье партнера заключается в следующем: перед половым сношением во влагалище вводится тампон, смоченный раствором сулемы 1 : 3 000. После сношения необходимо совершить мочеиспускание, обмыть с мылом наружные половые органы, спринцевание раствором марганцовокислого калия 1 : 5 000. Проф. И. М. Породоминский в подобных случаях рекомендует принимать внутрь сульфазол 4—6 г (2—3 приема по 2 г).

Гонорея девочек

Заражение гонореей девочек происходит преимущественно внеполовым путем. Источником заражения по В. Е. Дембской в 75% случаев, а по К. А. Карышевой в 90—95% является семья. Инфекция передается при пользовании общей с большим постелью, губкой, мочалкой, тазами, ванной. Половой путь заражения является редким исключением.

Инкубационный период заболевания от 2 до 5 дней. Течение гонореи у детей зависит от состояния здоровья ребенка и реактивной способности организма, от характера гонококкового вируса.

Клинические проявления заболевания, его течение у девочек резко отличается от таковых у женщин. Различие объясняется анатомо-физиологическими особенностями детского организма. Влагалище девочки выстлано нежным многослойным плоским эпителием, располагающимся в 3—5 слоев. В возрасте после года реакция влагалищного секрета слабощелочная, весьма благоприятная для роста и размножения гонококков. Отсутствие слизистой пробки в цервикальном канале делает более возможным продвижение инфекции в полость матки. Наиболее тяжело инфекция протекает у девочек в возрасте 3—8 лет и характеризуется длительностью течения, наличием рецидивов, устойчивостью к проводимому лечению. У новорожденных девочек в течение первого года жизни гонорея протекает благоприятно, выздоровление при соответствующем лечении наступает в течение 2—3 недель.

Гонорея у девочек носит многоочаговый характер. По данным К. А. Карышевой, вульва и влагалище поражаются в 98—100%, уретра — в острых случаях в 75% и в хронических — 65%, шейка матки — у 73% больных девочек, прямая кишка — в острых случаях в 55%, в хронических — в 43% случаев. В зависимости от реактивности организма ребенка, состояния его нервной системы течение гонореи может принимать различные формы.

Исходя из этого, К. А. Карышева предложила следующую классификацию гонорей:

- I. Активная, торпидная, бессимптомная;
- II. Свежая остропротекающая;
- III. Хроническая.

Острая гонорея может с первых дней заболевания протекать активно или торпидно, вяло. Хроническая гонорея чаще принимает затяжное течение с периодическими обострениями. Общее состояние ребенка нарушается, отмечается бледность кожных покровов, увеличивается раздражительность, плаксивость, нарушается нормальный сон, аппетит, ребенок худеет, нередко в первые дни заболевания бывает температура до 38°.

Активная гонорея проявляется резкой гиперемией и отечностью вульвы, обильными гнойными выделениями из влагалища. Малые и большие губы склеиваются, по свободному их краю имеются гнойные корочки. Резко выражена гиперемия вокруг отверстия мочеиспускательного канала, в области нимфогименальной бороздки и в ладьевидной ямке. Девственная плева отечна, утолщена, края гименального отверстия склеиваются слизисто-гнойными выделениями. На коже промежности от ладьевидной ямки до заднепроходного отверстия имеется резкое покраснение экскориации, в отдельных случаях встречается выворот слизистой прямой кишки. Девочки жалуются на частые, болезненные мочеиспускания, чувство жжения в области половых органов. У детей, страдающих экссудативным диатезом, ожирением, анемией, гонорея чаще протекает торпидно, симптомы заболевания выражены слабо, жалобы почти отсутствуют. Постоянным симптомом являются упорные выделения. При вагиноскопии определяются рассеянные точечные кровоизлияния, эрозии на влагалищной части шейки матки, воспаление в области наружного зева шейки матки с гнойными выделениями.

Распространение инфекции на матку, придатки и брюшину, по данным А. Г. Кана, встречается в 3,8% случаев и протекает подобно течению восходящей гонорей у женщин, только с менее выраженными симптомами. Ребенок жалуется на сильные боли внизу живота, отмечается резкое напряжение брюшных мышц, выражен метеоризм, температура обычно высокая, общее состояние тяжелое. Переход инфекции из цервикального канала на матку и придатки чаще совершается *per continuitatem*, а также лимфогенным или гематогенным путем. Метастатические заболевания встречаются редко и локализуются в области суставов, сухожильных влагалищ. Течение метастатических форм благоприятное, общее состояние мало нарушается, при полноценном лечении выздоровление наступает в течение 4—5 недель.

В диагностике гонореи девочек, кроме клинической картины заболевания, которая не всегда бывает типичной, большое значение имеет хорошо собранный анамнез. При этом необходимо выяснить, нет ли заболеваний мочеполовой сферы у матери или ухаживающей за ребенком женщины, расспросить о течении заболевания у ребенка, его жалобах и наличии рецидивов. Выясняются также бытовые условия ребенка: с кем он спит, имеет ли отдельную кроватку, ночной горшок. Решающим в постановке диагноза являются лабораторные данные — бактериоскопия и бактериология отделяемого из очагов поражения. Материал для бактериологического исследования берется из уретры, влагалища, шейки матки и прямой кишки. До взятия материала ребенка нельзя подмывать, он не должен мочиться в течение 2 часов. Отделяемое из уретры берется платиновой петлей или тонким желобоватым зондом; предварительно наружное отверстие уретры протирается стерильным ватным шариком. При хроническом течении заболевания желательнее перед взятием отделяемого произвести массаж уретры путем введения желобоватого зонда во влагалище и легкого надавливания на переднюю стенку последнего. Материал из влагалища берется желобоватым зондом или тупой ложечкой, последняя вводится по задней стенке влагалища до заднего свода. Отделяемое из прямой кишки можно получить путем соскоба со слизистой оболочки тупой ложечкой или методом промывных вод, который подробно описан в разделе о гонорее женщины. Полученное отделяемое из очага поражения наносится на предметное стекло тонким слоем, фиксируется и окрашивается по методу Грама.

Если в мазках отделяемого обнаружены гонококки, обследование прекращается, назначается лечение. Необходимо помнить, что для детей в возрасте 8—9 лет нормальной флорой является кокковая и диплококковая. Наличие в мазках нейтрофильных лейкоцитов, покрывающих все поле зрения, при отсутствии гонококков обязывает врача продолжить обследование. Желательно сделать посев отделяемого на асцит-агаре. В случае отсутствия роста на питательной среде необходимо применить комбинированную провокацию. С этой целью внутримышечно вводят 50—100 млн. микробных тел гоновакцины; уретру, влагалище, прямую кишку смазывают раствором Люголя и в последующие 3 дня берут мазки из всех очагов. Серологические реакции Бордэ — Жангу, Фейгель — Лисовской при детской гонорее дают меньше положительных результатов и чаще применяются при хронических формах заболевания.

Очень ценным методом диагностики хронических форм заболевания является вагиноскопия, с помощью которой можно диагностировать воспаление шейки матки, определить локализацию процесса, характер заболевания, обнаружить инородное тело. При хронической гонорее слизистая влагалища бледна,

в отдельных местах гиперемирована, местами эрозирована. В верхней трети влагалища слизистая интенсивно красного цвета, из цервикального канала при эндоцервиците выделяется гной. Для вагиноскопии можно пользоваться трубками женского уретроскопа.

Лечение острых активных форм гонореи нижних половых путей проводится пенициллином путем внутримышечных инъекций; на курс лечения вводится 500 000—600 000 МЕ по 20 000—25 000 МЕ каждые 3 часа в комбинации с сульфаниламидами — сульфатиазолом или сульфодимезином из расчета 0,2 г препарата на 1 кг веса ребенка через 3 часа 5 раз в день. Одновременно применяется общеукрепляющее лечение: поливитамины, богатая витаминами и белками, хорошо усваиваемая пища. Желателен постельный режим. Местное лечение ограничивается осторожным подмыванием наружных половых органов слабым раствором марганцовокислого калия и сидячие ванночки по 10—25 минут из шалфея или ромашки.

Лечение острых, но вяло протекающих форм, а также хронических форм гонореи начинают с введения гоновакцины в дозе 50—100 млн. микробных тел внутримышечно через 2 дня на третий, постепенно увеличивая дозу с каждой инъекцией на 50 млн. микробных тел, всего 6—8 инъекций. Одновременно ребенку назначается облучение кварцем — 10—15 сеансов, даются поливитамины.

Проводится местное лечение очагов поражения: при упорном уретрите — промывание уретры по Жане (струей, не вводя в мочевого пузырь) раствором марганцовокислого калия с последующей инстилляцией 0,5—1% раствора протаргола или 0,25% раствора азотнокислого серебра, или раствора саназина 1 : 500. Во влагалище вводится 1—2% раствор протаргола или колларгола и задерживается в нем 10 минут.

К. А. Карышева наблюдала хорошие результаты при лечении вагинитов 5—10% протарголовой мазью, а также мазью, содержащей 0,25% азотнокислого серебра. В прямую кишку инстиллируется 20—25 мл 1—2% раствора протаргола или 3% альбаргина. После проведенного лечения, которое продолжается около 12—15 дней, назначается курс лечения пенициллином или стрептомицином в комбинации с сульфаниламидами в тех же дозах, что и при острой форме гонореи.

Лечение восходящих форм гонореи требует строжайшего стационарного режима, общеукрепляющего лечения. Антибиотики назначаются сразу при поступлении. Пенициллин назначается в дозах 800 000—1 000 000 МЕ в комбинации со стрептомицином (2 000 000—2 500 000 МЕ), одновременно даются сульфаниламиды в дозе 0,2 на 1 кг веса ребенка.

Критерий излеченности. На 7—10-й день после проведенного лечения делается комбинированная провокация:

вводится внутримышечно 100 млн. микробных тел гоновакцины; уретра, влагалище и прямая кишка смазываются раствором Люголя, затем ставится реакция Бордэ — Жангу, производится вагиноскопия и в течение 3 дней берется материал из всех очагов поражения для исследования. Последующие два месяца повторяется комбинированная провокация со взятием отделяемого для бактериоскопии, а также для посева на питательной среде, содержащей асцитическую жидкость. При нормальной клинической и вагиноскопической картине, стойком отсутствии гонококков в отделяемом и общем хорошем состоянии лечение считается законченным. Ребенок допускается в детское учреждение.

Профилактика гонореи девочек. Поскольку главным источником заболевания детей гонореей является мать, реже ухаживающий за ребенком персонал, необходимо проводить борьбу с гонореей у женщин путем своевременного выявления и лечения больных.

Всем новорожденным девочкам обязательно надо вводить в половые органы по 2 капли 2% раствора азотнокислого серебра.

Предметы ухода для ребенка должны быть индивидуальными. Дети, принимаемые в детские учреждения, должны тщательно осматриваться; девочки, имеющие выделения, не должны приниматься в детские учреждения без соответствующего обследования.

ТРИХОМОНАДНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКОГО ОРГАНИЗМА

Трихомоноз — заболевание, вызываемое трихомонадой, является одним из самых распространенных заболеваний среди гинекологических больных. Оно характеризуется своей контагиозностью, многоочаговым поражением различных систем организма и трудностью в лечении. Возбудитель заболевания — трихомонада — открыт Доне в 1837 г. и относится к классу простейших жгутиковых — *Protozoa flagellata*. Выделена чистая культура простейшего. В зависимости от величины, формы, количества жгутиков различают свыше 50 разновидностей трихомонад. У человека паразитируют в основном 3 вида трихомонад: *Trichomonas vaginalis* — влагалищная трихомонада, *Trichomonas hominis, seu intestinalis*, — кишечная и *Trichomonas elongata, seu buccalis*, — полости рта.

Большинство авторов считает, что это один и тот же вид трихомонады, приспособившийся к новым условиям существования. Трихомонада из кишечника может эмигрировать во влагалище, оттуда в цервикальный канал, в полость матки, в уретру, мочевой пузырь. Трихомонады в природе очень распространены. Их находят у обезьян, кошек, собак, крупного рогатого скота, у птиц, рыб, морских свинок. У человека трихомонады обнаруживаются в носу, в мокроте, в эксудатах плевральных полостей, во рту (на деснах), в желудочном содержимом, в гнойном содержимом абсцесса печени, в уретре, мочевом пузыре, мочеточниках, почечных лоханках, в парауретральных ходах, бартолиновых железах, в складках вульвы, в матке, трубах и в прямой кишке. В. Е. Предтеченский обнаружил трихомонады и в крови больных.

Трихомонозом болеют мужчины, женщины и дети. Входными воротами трихомоноза являются влагалище, задний проход, мочеиспускательный канал, рот. Наиболее частое место пребывания трихомонад — влагалище. Трихомонады имеют различную форму: круглую, овальную, грушевидную, веретенообразную. Размеры их варьируют от 4 до 30 микрон в длину и от

6,2 до 30 микрон в ширину. Передняя часть тела округлая, а задняя заостренная. Тело простейшего состоит из оболочки — пелликулы, протоплазмы, ядра, осевой нити (аксостиля), движущего аппарата — ундулирующей мембраны и 3—5 жгутиков. Мембрана, начинаясь у переднего полюса, не доходит до хвостовой части и все время находится в непрерывном движении. Протоплазма по своему строению разделяется на плотный поверхностный слой — эктоплазму и внутреннюю часть — эндоплазму, содержащую в себе зернистость и пищевые вакуоли. Недалеко от переднего полюса располагается удлиненное ядро и ротовая щель — цистостома.

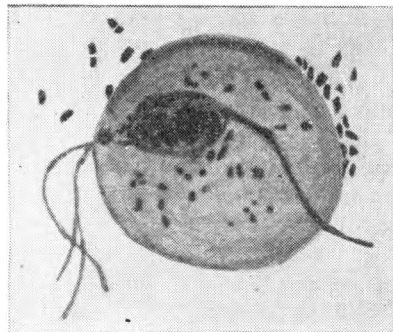


Рис. 59. Влагалищная трихомонада.

Основным свойством трихомонады, дающим возможность ее диагностировать в нативном препарате, является ее движение, которое может быть колебательным, толчкообразным, вращательным. Различные виды размножения трихомонад наблюдал И. П. Лазаревич. Он описал половое размножение путем сближения двух трихомонад, у одной из которых на заднем конце было углубление, у другой выступ. И. П. Лазаревич наблюдал живорождение трихомонад путем выталкивания маленькой трихомонады из тела большой. Внеполовой путь размножения происходит при делении клетки. Лучшими условиями размножения трихомонад является слабощелочная среда при $pH=5,5-7,6$.

Большинство авторов, опираясь на ряд экспериментальных работ и свои наблюдения, считает трихомонаду патогенной. Патогенность трихомонад зависит от состояния защитных сил макроорганизма и проявляется при нарушении общего состояния женщины (общая инфекция, анемия и т. д.). Ю. Х. Терис, изучая патогенное свойство трихомонад у 50 женщин, страдающих острым и хроническим трихомонозом, выделил 50 чистых культур трихомонад от этих больных, изучил полученные штаммы на белых мышах путем внутрибрюшного введения полученных культур животным. При изучении динамики патологического процесса после умерщвления животных на 1—2—3—4—5-й день после заражения автор наблюдал: в первый день — серозный перитонит, во второй день — серофибринозный перитонит с большим количеством экссудата, в третий и четвертый дни — ограниченный перитонит между тканями кишок, желуд-

ком, печени; на пятый день очаги поражения были обширными, органы брюшной полости представляли конгломерат. Во всех случаях наблюдалось проникновение трихомонад в печень, образование некрозов. Автор отметил, что все выделенные штаммы были патогенными, наиболее токсичными оказались штаммы, полученные от больных, страдающих острым и подострым процессом, и менее токсичны — штаммы, выделенные от больных хроническими воспалительными процессами.

Б. С. Пойзнер и А. А. Кулакова, Г. Р. Робачевский, Е. А. Рябова и ряд других авторов также считают трихомонаду патогенной; на это же указывают и Родекур, Вагнер, Гесс, которые находили трихомонады в кистах яичников, в воспалительных спайках придатков матки, в абсцессах брюшной стенки.

Питается трихомонада гликогеном эпителия слизистой влагалища, бактериями, лейкоцитами, эритроцитами. Трихомонады поглощают и живых сперматозоидов (А. П. Колесов). Пищевые вещества трихомонады заглатывают с помощью жгутиков, которые направляют эти частицы во внутрь организма простейшего. Переваривание пищи происходит в эндоплазме, шлаки выбрасываются наружу. Трихомонада хорошо приспосабливается к окружающим условиям, в неблагоприятных условиях она приобретает округлую форму, прекращает движение. Гибнут трихомонады при температуре ниже $+9^{\circ}\text{C}$ и выше $+46^{\circ}\text{C}$; они не выносят также высыхания.

Источником инфекции является больной человек или носитель трихомонад. Инфекция может передаваться прямым путем — непосредственно от больного к здоровому. При наличии трихомонад в уретре мужчины они передаются женщине половым путем во время *coitus'a*, а в процессе родов — ребенку от матери, больной трихомониазом. Непрямое заражение возможно при пользовании общим с больным бельем, ванной, постелью, а также во время влагалищного исследования при плохой обработке рук, перчаток и инструментария.

Длительное время считался наиболее распространенным водный путь заражения трихомонадами. Б. А. Теохаров в своих работах опровергает водный путь заражения, так как он наблюдал быструю гибель трихомонад в воде, однако другие авторы (Е. И. Кватер, Гесс, Шмидт) указывают, что заражение половой сферы женщины может происходить при купании в естественных и искусственных водоемах, в ваннах, при подмывании и спринцевании некипяченой водой, особенно полученной из стоячих водоемов. Пищевой путь заражения описал Эскинелль, который наблюдал эпидемическую вспышку острого кишечного заболевания среди населения в местечке Южной Америки, пользовавшегося из цистерн водой, загрязненной трихомонадами.

Инкубационный период заболевания от 3—10 дней, зависит от вирулентности трихомонады и состояния макроорганизма.

Воспалительные заболевания, вызванные трихомонадами, могут протекать остро и хронически, в последнем случае длительность заболевания может исчисляться месяцами и даже годами. При остром трихомониазе резко выражена воспалительная реакция со стороны пораженных тканей. Больные при этом жалуются на боли, жжение и зуд в пораженном органе, обильные гнойные, пенистые выделения с резким запахом; в отдельных случаях наблюдается болезненность при мочеиспускании, чувство тяжести внизу живота. Хроническая форма трихомониаза характеризуется теми же субъективными и объективными расстройствами, только менее выраженными, а также длительностью течения с периодическими обострениями до и после менструации.

Обособленно выделено бациллоносительство, которое составляет по данным Тимофеевой 24,4%, по данным С. М. Яковлевой 22%. При этой форме трихомониаза клиническая картина заболевания отсутствует, а трихомонады обнаруживаются в отделяемом из очагов поражения. Бациллоносительство, по-видимому, объясняется наличием хорошо выраженных защитных свойств организма, слабыми патогенными свойствами трихомонады. Женщины-бациллоносители не обращаются к врачу, трихомонады у них выявляются случайно при медицинских осмотрах. Однако при любом соматическом заболевании, при наличии предрасполагающих факторов, к которым относятся период менструации, беременность, роды, воспалительные заболевания влагалища, могут проявиться патогенные свойства трихомонады, развивается острый трихомониаз с клиническими проявлениями в очагах поражения.

Трихомонадные заболевания, поражая непосредственно различные системы организма, сказываются на общем состоянии больных. Еще И. П. Лазаревич указывал, что трихомоноз половой сферы не безразличен для организма в целом. Он наблюдал у ряда больных истерию, исчезающую после излечения трихомонадного кольпита. Ряд авторов указывает, что трихомониаз, начинаясь с кольпита, влияет на нервную систему, приводя к бессоннице, гипохондрическим состояниям и т. д.

Трихомонадные заболевания могут возникать во все периоды жизни женщины, начиная с младенчества и до глубокой старости, но чаще поражаются женщины в возрасте от 20 до 40 лет. При трихомониазе у женщин наиболее часто наблюдаются заболевания нижнего отдела мочеполовых органов, но в литературе имеются указания и на возможность восходящей инфекции.

Диагноз трихомонадных заболеваний у женщин устанавливается на основе анамнеза и полученных данных при исследовании. Следует учитывать, что жалобы при трихомонозе половых органов могут напоминать таковые при заболевании гонореей. У некоторых больных трихомоноз и гонорея встречаются одновременно. При осмотре половых органов обращают внима-

ние на окраску кожных покровов и слизистых оболочек, наличие гиперемии, отечности, эскориаций, особенно в области складок. Последовательно производят осмотр наружных половых частей, бартолиновых желез, уретры, парауретральных ходов; затем осматривают с помощью зеркал влагалище и шейку матки. При наличии белей — берется мазок для исследования на трихомонады. В заключение производится бимануальное исследование. При осмотре прямой кишки обнаруживается покраснение в окружности заднепроходного отверстия.

Трихомонады лучше всего обнаруживаются при исследовании секрета влагалища. С помощью желобоватого зонда или ложечки Фолькмана наносится капля влагалищного секрета (из заднего свода) на предметное стекло, покрывается покровным стеклом и немедленно рассматривается под микроскопом при большом увеличении. При густом влагалищном секрете добавляется капля теплого физиологического раствора (+37°). Таким же образом исследуется отделяемое из уретры, бартолиновых желез и парауретральных ходов. Живые трихомонады обнаруживаются легко благодаря их энергичному движению. Более редко с целью обнаружения трихомонад производится исследование влагалищного секрета в «висячей капле» или при помощи окрашенных мазков.

Диагноз трихомониаза устанавливается при одновременном наличии в секрете трихомонад и признаков заболевания у женщины. При обнаружении трихомонад и отсутствии клинических признаков воспаления нет оснований для диагноза трихомониаза, а женщин, у которых найдены простейшие, следует считать носительницами трихомонад.

Наиболее частым трихомонадным заболеванием является кольпит, но, кроме того, встречаются вульвит, уретрит, цервицит и, наиболее редко, проктит. При дифференциальном диагнозе следует исключить гонорею. Кольпиты могут быть вызваны острицами, грибом молочницы и другими причинами.

Трихомонадный вульвит. Различают три формы трихомонадного вульвита:

1. Простая форма, при которой воспалительные изменения выражены в виде легкой точечной или диффузной отечности.

2. Афтозный вульвит — слизистая отечна, гиперемирована, увеличены паховые и лимфатические узлы.

3. Язвенный вульвит — резко выражена отечность тканей, на внутренней поверхности малых и больших половых губ имеются язвочки с подрывными краями, мягким основанием, покрытые гнойным налетом. Трихомонадный вульвит почти всегда сопровождается вестибулитом, клинические проявления их аналогичны.

Трихомонадный уретрит. Различают по течению острый и хронический уретрит. В острых случаях слизистая

уретры гиперемирована, отечна, может быть несколько эктропирована, в воспалительный процесс могут вовлекаться стенки уретры. При хронических уретритах клинические явления слабо выражены, в выделениях обнаруживаются трихомонады. Трихомонадный парауретрит сопровождается отеком и гиперемией слизистой оболочки, гнойными выделениями. Поражение мочевого пузыря трихомонадами встречается редко и проявляется частым, болезненным мочеиспусканием, наличием гноя в моче, содержащего трихомонады.

Трихомонадный кольпит. Различают 5 форм трихомонадных кольпитов.

1. Простая форма — проявляется равномерной гиперемией слизистой влагалища, значительными пенстыми, слизисто-гнойными, зловонными выделениями.

2. Пятнистая форма — слизистая влагалища пестрая, пятнистая, что объясняется истончением эпителия, а местами разрастанием сосочкового слоя.

3. Зернистая форма — слизистая влагалища при этом напоминает малиновую ягоду, поверхность слизистой неровная, зернистая в результате разрастания сосочкового слоя, отделяемое зачатую бывает кровянистое.

4. Геморрагический кольпит — слизистая резко гиперемирована, набухшая, легко ранимая, сосочки резко выступают, выделения кровянистые.

5. Язвенная форма, при которой имеются поверхностные язвы на слизистой влагалища, резко выраженные боли, жжение.

Трихомонадный цервицит. Шейка при цервиците отечна, гиперемирована, местами могут быть эрозии, выделения значительные, пенстые, слизисто-гнойного характера.

Трихомонадный проктит. При поражении прямой кишки трихомонадами появляются жалобы на боли и жжение в области прямой кишки, поносы. При осмотре наблюдается резкая гиперемия слизистой кишки, местами — налеты, по снятии которых обнажается раневая поверхность. В окружности заднепроходного отверстия бывает небольшое покраснение, и больные жалуются на зуд в этой области.

Лечение. Трихомоноз — заболевание всего организма, при котором нарушается общее состояние больного с местными проявлениями в мочеполовой системе, поэтому лечение должно быть комплексным, направленным к укреплению организма, к повышению его сопротивляемости. Средства, применяемые для местного воздействия, должны обладать селективным действием на трихомонады и не повреждать окружающих тканей. Для лечения трихомоноза предложено около 150 различных методов, что само говорит об отсутствии единого радикального метода лечения. Наиболее оправдавшими себя препаратами в лечении трихомоноза являются осарсол, синтомицин, гипертонический раствор

нические растворы соли (15—20%), растворы сулемы 1 : 1000, фитонциды.

Все предложенные для лечения методы и препараты имеют тот или иной процент неудач. Поэтому проблема лечения трихомониаза на сегодня еще не разрешена. В выборе метода лечения необходимо исходить из индивидуальных особенностей организма, общего состояния больной, формы заболевания, локализации процесса. Целесообразно подвергать лечению и женщин — носительниц трихомонад, так как последние при неблагоприятных условиях для организма женщины могут стать патогенными. Диагностируя заболевание у женщины, необходимо направить мужа на обследование и лечение к урологу. Наиболее эффективным методом лечения является комбинированное лечение как общими средствами, так и местное лечение пораженных очагов с применением мер, предупреждающих новое заражение. С целью общего воздействия на организм рекомендуются внутривенные вливания 10% раствора брома и хлористого кальция, 40% глюкозы по 10 мл, назначение витаминов. При нарушении сна назначают снотворные: барбитал 0,3 г, веронал 0,25—0,5 г на прием. Рекомендуется пища, богатая белками и витаминами. Создается по возможности охранительный режим. На время лечения запрещается половая жизнь. Особое внимание надо уделять гормональному лечению, аномалии менструального цикла. Одновременно назначается местное лечение, имеющее своей целью уничтожение трихомонад, ликвидацию воспалительных изменений во всех очагах поражения. Приступая к лечению больной, последнюю необходимо всесторонне обследовать.

При остром трихомониазе местное лечение начинается с туалета: волосы на лобке и промежности сбиваются, производится осторожное обмывание вульвы и спринцевание влагалища раствором марганцовокислого калия 1 : 8 000, во влагалище резиновым катетером инстиллируется 4—5 мл 5% раствора осарсола или 3—4 мл 30% альбудида. Больной назначаются сидячие ванночки из шалфея или ромашки с температурой в 37—38° по 15—20 минут 2 раза в день. Приготовление раствора для ванночек таково: 25—30 г цвета ромашки заваривается двумя стаканами крутого кипятка и настаивается 2—3 часа, затем раствор процеживается через марлю, доливается до 1,5—2 л кипяченой водой и подогревается до температуры 37—38°.

По мере стихания острых воспалительных явлений (через 3—4 дня), когда станет возможным введение во влагалище зеркала, переходят к более активному лечению, выбирая то или иное средство. Отмечается хороший эффект при введении небольших тампонов во влагалище, пропитанных пастой следующего состава: Osarsoli, Streptocidi аа. 5,0, Amyli tritici 20,0, Zinci oxydati 10,0, Glycerini 60—80,0. Тампоны вводятся на 48 часов, на курс лечения 6—7 тампонов.

Одновременно при наличии трихомонадного уретрита большой назначаем *рег ос* синтомицин по 0,5 г 3 раза в день, обильное питье, промывание мочевого пузыря оксидианистой ртутью 1 : 3 000. Рекомендуются присыпки, состоящие из осарсола 0,25 г, борной кислоты 0,25 г, глюкозы 0,25 г, крахмала 0,25 г, стрептоцида 0,25 г. Одновременно этим порошком обрабатывается уретра, прямая кишка и промежность. Процедуры повторяются ежедневно в течение 10—12 дней. В случае индивидуальной непереносимости осарсола или при наличии противопоказаний к его назначению можно провести лечение уротропином: 1—1,5 г порошка уротропина втирается аналогично осарсолу во все очаги поражения. Беременным женщинам целесообразнее лечение проводить ванночками из 5% осарсола или 30% альбумида по 8—10 минут или осторожное смазывание стенок влагалища 10% раствором ихтиола на глицерине в течение 8—10 дней.

При хроническом трихомониозе местное лечение начинается первичной обработкой наружных половых органов: волосы на лобке и промежности сбриваются, вульва и влагалище механически обрабатываются мылом и 5% содовым раствором и освобождаются от слизи, гноя, слущившегося эпителия, нафаршированного простейшими, затем приступают к медикаментозному лечению. Ежедневно в течение 10—12 дней больной проводится спринцевание 15—20% раствором поваренной соли или тщательное протирание вульвы, стенок влагалища, кожи промежности и окружности заднепроходного отверстия тампонами (10—15), обильно пропитанными раствором сулемы 1 : 1 000, затем влагалище протирается насухо ватными шариками и обильно присыпается с последующим втиранием порошком, содержащим осарсол, по выше приведенной прописи. При локализации процесса только во влагалище можно назначать осарсол в шариках: Rp: Osarsoli 0,25, Acidi borici 1,0, But. cacao 1,5, m. f. globuli vaginal. Широкое применение получила йод-осарсоловая болтушка: Rp: Jodi puri 1,0, Kalii jodati 2,0, Osarsoli 5,0, Natrii bicarbonici 4,0, Glycerini 90,0. На зонд Пфейфера тонко наматывается стерильная вата, пропитывается болтушкой и затем тщательно протирается уретра, наружный отрезок прямой кишки; хорошо протираются стенки влагалища, в последнее вводится тампон, пропитанный болтушкой, и оставляется на 6—12 часов. Лечение проводится ежедневно в течение 10—12 дней.

Эффективны в лечении трихомониоза анилиновые краски, лучший результат наблюдается при комбинации красок: Rp: Methylenblau, Brilliantgrun aa. 0,2, Rivanoli 0,02, Spir. vini 5,0, Aq. destill. 15,0.

Все очаги возможного заражения протираются ежедневно на протяжении месяца следующим составом: Rp: Chinini muriatici 2,0, Methylenblau 3,0, Spir. vini rectificati ad 100,0.

В лечении трихомониоза применяются и фитонциды, которые

содержатся в луке, чесноке, хрене, редьке, черемухе, эвкалипте, хвое, ели, зимних почках березы и др. Действующим началом фитонцидов являются летучие вещества, соки, обладающие бактерицидным и протистоцидным свойством. В присутствии фитонцидов наступает гибель простейших.

Методика применения: корнеплод редьки, корень хрена, головка лука очищаются от кожуры и протираются на овощную терку; полученную кашицу в количестве 2 столовых ложек через зеркало Куско вводят во влагалище на 5—15 минут; наружные половые органы и кожу вокруг заднего прохода протирают тампоном, пропитанным соком фитонцида. Затем содержимое удаляется из влагалища и последнее протирается сухим шариком. В зимнее время полученную массу закладывают в марлевый мешочек и оставляют во влагалище на 10—12 часов. После удаления тампона производят спринцевание раствором поваренной соли (одна столовая ложка соли на 1 л воды). Курс лечения 10—12 сеансов.

А. С. Пшеничникова провела лечение трихомониаза по данной методике у 2 473 больных и получила рецидивы у 5% больных. Ею отмечено, что после 3—4 сеансов исчезали зуд, гиперемия слизистых, значительно уменьшалось количество выделений. Трихомонады исчезали после 4—10 сеансов лечения. Больные, страдавшие неосложненным трихомониазом, выздоровели все.

Среди существующих методов лечения заслуживает внимания также методика, предложенная И. Л. Брауде, Е. В. Свиричевской. И. Л. Брауде рекомендует применять раствор йода в глицерине по прописи: Jodi puri 1,0, Kalii jodati 20,0, Glycerini 200,0.

Во влагалище вводится цилиндрическое зеркало и в него наливают 5—10 мл йод-глицерина; затем с помощью тупфера энергично смазывают стенки влагалища и наружный маточный зев. После этого начинают осторожно выводить зеркало, а тупфером, пропитанным йод-глицерином, продолжают обрабатывать стенки влагалища. После извлечения зеркала свежим тупфером с йод-глицерином тщательно смазывают слизистую оболочку преддверия и все имеющиеся здесь отверстия протоков желез, слепых ходов и крипты. При поражении трихомониазом заднепроходного отверстия обрабатывают и его тем же раствором. Процедуру повторяют через 2—3 дня, курс лечения состоит из 6—8 процедур. В свободные от лечения дни больные спринцуются дома (в лежачем положении) теплой кипяченой водой, прибавляя на 1 л воды чайную ложку 5% йодной настойки и 2—3 чайные ложки глицерина.

Е. В. Свиричевская применила для лечения трихомонадных кольпитов смесь гипосульфита с борной кислотой по следующей методике: слизистая влагалища тщательно обтирается сухим ватным шариком, во влагалище вводится порошкообразная смесь

гипосульфита с борной кислотой, смешанных в равных количествах по 3—4 г на одну обработку. Лечение проводится ежедневно в течение 10 дней. После двух последующих менструаций обработка производится еще три раза, через день. Уретра и прямая кишка также обрабатываются 10% стерильным раствором гипосульфита и 4% раствором борной кислоты. Через резиновый катетер в мочевой пузырь вводится по 20 мл каждого из растворов. В прямую кишку раствор вводится в виде микроклизмочек в количестве 20 мл. Указанный метод дает большой процент выздоровления.

М. И. Медведева (1960) и Г. М. Ткаченко, используя бактериологические и противовоспалительные свойства желчи крупного рогатого скота, успешно применили ее для лечения трихомониаза у 505 больных и получили 100% выздоровления. Рецидивы отмечены у 8,5%.

Методика. В день лечения готовится 50% раствор желчи на стерильном физиологическом растворе. Ватным тампоном, обильно смоченным этим раствором, тщательно обрабатываются наружные половые органы (область лобка, промежности, преддверие влагалища, область анального отверстия). Во влагалище вводится зеркало Куско, сухим тампоном из него удаляются выделения, затем тампоном, пропитанным желчью, протираются стенки влагалища. Делается ванночка из желчи на 5—8 минут и повторно обрабатываются наружные половые органы этим же раствором. Во влагалище вставляется тампон, пропитанный желчью, который сама больная удаляет через 3 часа.

Лечение проводится в межменструальный период ежедневно, на курс 3—5 процедур. Из 505 больных, наблюдаемых автором, у 484 трихомонады исчезли после первой процедуры, у 20 больных — после второй. Во время лечения половая жизнь запрещается на 10 дней.

Лечение трихомонадных вульвовагинитов у девочек проводится по тем же принципам, что и у взрослых женщин. В остром периоде — постельный режим, сидячие ванночки из шалфея или ромашки. Внутрь назначается синтомицин по 0,2 г 3 раза в день, витамин С по 0,1 г 3—4 раза в день, осторожные спринцевания раствором марганцовокислого калия 1 : 8 000. Когда острые явления пройдут, показана инстиляция во влагалище 3% водного раствора метиленовой сини или смазывание слизистой влагалища 1% раствором ляписа. Детям можно вводить осарсол в виде порошка с борной кислотой и глюкозой:

Rp: Osarsoli 0,05—0,1, Ac. borici, Glucosi $\bar{a}\bar{a}$. 0,25.

Осарсол можно ввести в виде вагинальной палочки:

Rp: Osarsoli 0,1, Acidi borici, Glucosi $\bar{a}\bar{a}$. 0,2.

But. cacao q. s. ut fiat bacilli vaginalis longitudinalinae 4 см crassitudinae 0,3 см DS. Вводить во влагалище по одной палочке на ночь.

При хронических формах заболевания девочкам вводятся во влагалище турундочки с фитонцидами или с осарсоловой пастой в течение 8—10 дней.

Критерием излеченности трихомониаза является: отсутствие субъективных ощущений, полная нормализация тканей пораженных очагов, стойкое отсутствие трихомонад в отделяемом на протяжении 3 менструальных циклов.

Профилактика трихомониаза. В каждом случае выявления трихомонад у жены необходимо направлять на обследование мужа и проводить ему профилактическое лечение. При трихомониазе у женщины обследуют ее детей (девочек).

Необходимо строго соблюдать правила личной гигиены, особенно обращая внимание на чистоту рук и белья. Запрещается купание в непроточных водоемах, которыми пользуются животные, пользование общей постелью и мочалками.

Женщины должны тщательно соблюдать гигиенические правила по уходу за половыми органами, используя для их туалета кипяченую воду. Необходимо проводить борьбу с факторами, ведущими к общему ослаблению организма.

РОЛЬ КОНСУЛЬТАЦИИ В БОРЬБЕ С БЕСПЛОДИЕМ

В нашей стране, где государство проявляет огромную заботу о благополучии матери и ребенка, созданы все условия, благоприятствующие деторождению.

Вопрос о бесплодии и его лечении является труднейшим вопросом, решать который должен каждый гинеколог. Отсутствие детей в большинстве случаев тяжело переживается женщиной и может служить причиной разлада в семье.

Согласно статистике, у нас и за рубежом бесплодие наблюдается в 10—15% всех браков. Принято считать, что если по истечении двух-трех лет супружеской жизни беременность не наступает, то такой брак является бесплодным. Различают абсолютное бесплодие, при котором в организме мужчины или женщины имеются глубокие необратимые патологические состояния, препятствующие зачатию, и относительное бесплодие, при котором причины, вызывающие бесплодие, могут быть в той или иной степени устранены. Если у женщины, живущей половой жизнью, ни разу не было беременности, мы говорим о первичном бесплодии. Вторичным бесплодием называется отсутствие зачатия после одной или нескольких бывших ранее беременностей.

Было бы ошибкой считать причину бесплодного брака как результат заболевания женщины. Известно, что только в трети случаев бесплодных браков виной является болезнь женщины. В остальных случаях муж является истинным виновником бесплодного брака, так как он или передал жене болезнь, сделавшую ее бесплодной, или сам болен.

Существует множество причин бесплодия женщины. Чаще всего причиной бесплодия женщины является непроходимость фаллопиевых труб в результате стеноза труб, спазма их мускулатуры, недостаточной или сильно выраженной бурной перистальтики. Большинство исследователей считает, что продвижение яйца по трубе происходит вследствие сокращений мускулатуры трубы, а не благодаря движению мерцательного эпи-

теля. Работами А. И. Осякиной-Рождественской установлено, что сокращения мышечной стенки трубы зависят от воздействия гормонов яичника и нервных влияний. В первую половину менструального цикла, особенно в конце фазы пролиферации, наблюдается резкое повышение тонуса стенок фаллопиевых труб. Во вторую половину менструального цикла, а также при беременности, при наличии в яичнике желтого тела, тонус мускулатуры фаллопиевых труб и их возбудимость значительно ниже, чем в первую половину менструального цикла. При наличии тяжелых воспалительных процессов женской половой сферы, инфантилизма, гормональных расстройств в организме женщины перистальтические движения труб бывают слабо выраженными или совершенно отсутствуют.

В этиологии бесплодного брака гонорее принадлежит значительное место, особенно гонорейным сальпингитам, так как они обуславливают нарушение проходимости труб вследствие образования рубцов, спаек и полного зарастания труб.

Воспалительные заболевания яичников ведут к бесплодию несравненно реже, чем поражение труб, однако при оофорите могут возникнуть препятствия к овуляции и поступлению яйцеклетки в трубу.

Катаральные процессы нижних отделов половых путей не имеют существенного значения в этиологии бесплодия, но гнойные густые бели и повышение кислотности влагалищного содержимого приводят к гибели сперматозоидов. Из воспалительных заболеваний в этиологии бесплодия второе место занимают септические заболевания после родов или аборта. Воспалительные процессы туберкулезной этиологии встречаются значительно реже, чем гонорейные и септические. Туберкулез половых органов обычно бывает вторичного происхождения, причем трубы поражаются значительно чаще, чем другие отделы полового тракта. Сифилитические сальпингиты и актиномикоз труб встречаются редко и не имеют практического значения.

Немаловажное значение в этиологии бесплодия имеет непроходимость труб в результате применения внутриматочных йодных впрыскиваний или смазываний. Значительное место следует отвести различным функциональным нейрогормональным расстройствам в результате заболевания и аномалии развития яичника, гипофиза, щитовидной железы и других желез внутренней секреции женщины. Тяжелые инфекционные заболевания в детском возрасте и в период полового созревания сказываются на развитии фолликулярного аппарата яичника и нередко изменяют его нормальную функцию.

Инфантилизм и гипоплазия половых органов занимают видное место среди причин бесплодия, особенно первичного. Понижение внутрисекреторной функции яичников при инфантилизме служит причиной задержки анатомического и функционального

развития остальных отделов полового аппарата. Удлиненные извитые инфантильные трубы имеют узкий просвет, пониженную перистальтику. Недоразвитие тела матки, влагалища, а также аплазия влагалища и гинатрезии являются причиной женского бесплодия. Смещение половых органов и травма в незначительной степени могут являться причиной бесплодия (разрывы промежности, опущение стенок влагалища, разрывы и вывороты шейки матки, рубцовые сужения влагалища, мочеполовые свищи). У некоторых женщин при устранении этих состояний восстанавливается детородная функция.

Из опухолей половых органов в этиологии бесплодия имеют некоторое значение подслизистая фибромиома тела матки и кисты ячника, менее существенную роль играют опухоли влагалища и наружных половых органов.

Общие истощающие заболевания, интоксикации, гиповитаминозы, нарушая функцию яичников, могут оказать влияние на детородную функцию.

Одной из частых причин бесплодия мужчины является неполноценность спермы, зависящая от нарушения функции половых желез. Значительно реже причиной мужского бесплодия является половая слабость, рубцовые изменения в семявыводящем протоке и придатке семенника, препятствующие эякуляции, а также пороки развития (гипоспадия, эписпадия). Чаще всего изменение свойств спермы зависит от перенесенного ранее воспалительного процесса гонорейной этиологии.

При наличии бесплодного брака муж и жена должны быть подвергнуты тщательному врачебному обследованию. Лишь установив точную причину бесплодия, можно назначить правильное лечение.

Для приема женщин, обращающихся в женскую консультацию по поводу бесплодия, желательно, чтобы был выделен отдельный кабинет или особые часы приема. Обследования начинаются с тщательного собирания анамнеза с учетом возраста больной и ее мужа, начала и характера половой жизни, затем выясняют, какой брак и характер менструально-овариального цикла. Врач обязан выяснить, были ли беременности и чем они закончились, не было ли заболеваний, связанных с родами или абортom, не производились ли какие-нибудь оперативные вмешательства во время родов и при заболеваниях половых органов. Особое внимание следует уделить выявлению воспалительных процессов женской половой сферы и нарушениям функции желез внутренней секреции. Одновременно выясняется, здоров ли муж, не был ли он болен гонореей, туберкулезом, сифилисом.

При объективном обследовании следует интересоваться общим состоянием женщины, ее ростом, развитием, наличием выраженности вторичных половых признаков. После наружного осмотра производится тщательное обследование наружных и внутрен-

них половых органов с учетом их особенностей. Исследуется влагалищное содержимое на степень чистоты, производится бактериоскопическое исследование мазков из уретры, цервикального канала, влагалища, бартолиниевых желез на гонококки, а также на трихомонады.

Очень важно выяснить степень кислотности влагалищного содержимого, вязкость шейного секрета, в который попадают сперматозоиды. Чрезмерная вязкость шейного секрета тормозит продвижение сперматозоидов, а кислая реакция влагалищного содержимого губительно действует на них.

Обязательны реакция Вассермана, общий анализ крови и мочи. По мере необходимости, с целью выяснения течения гормональных циклических процессов в половых органах, врач консультации берет мазки влагалищного содержимого для исследования их цитологической картины и определяет выраженность симптома «зрачка».

Для исключения причины бесплодия, зависящей от мужа, врач производит исследование спермы. Сперма должна быть получена путем применения мужского резинового презерватива при половом сношении и доставлена в лабораторию (перед этим кондом перевязывают ниткой и обертывают куском ваты). Перед сношением рекомендуется воздержаться от половой жизни в течение четырех дней с тем, чтобы избежать тех или иных случайных отклонений. Сперма должна быть доставлена при температуре, близкой к температуре тела, не позже чем через 30—40 минут после получения. Во время доставки спермы кондом, обернутый ватой, кладут в карман брюк или, если сперму доставляет женщина, за бюстгальтер. Не все авторы рекомендуют применять резиновые кондомы для доставки спермы в лабораторию из-за наличия в невулканизированной резине вредных веществ (серы). Эти вещества влияют отрицательно на жизнеспособность сперматозоидов. Правда, современная высококачественная продукция кондомов из латекса не представляет этой опасности. Можно рекомендовать доставку спермы для микроскопического исследования в стеклянном стакане, пробирке, вымытых предварительно горячей кипяченой водой с двууглекислой содой (но не мылом).

При исследовании семенной жидкости капелька ее наносится чистой стеклянной палочкой на чистое предметное стекло и прикрывается покровным стеклышком. Смотрят препарат при небольшом увеличении микроскопа. В случае нормального состава спермы в ней находят громадное количество блестящих, сильно преломляющих свет, подвижных сперматозоидов. Кроме того, можно обнаружить и прочие элементы спермы: эпителиальные клетки отводящих семенных путей, лейкоциты, конкременты, но этих элементов в здоровой сперме немного. При азооспермии сперматозоиды полностью отсутствуют в препарате, но зато

появляются в большом количестве клеточные элементы, особенно много лейкоцитов. Об олигоспермии говорят, когда в совершенно свежей сперме определяется очень ограниченное количество подвижных сперматозоидов, некроспермия характеризуется наличием неподвижных или малоподвижных сперматозоидов. При отрицательных или сомнительных результатах анализ необходимо через некоторое время повторить. Исследование спермы может быть произведено и после взятия спермы непосредственно из влагалища женщины, вскоре после полового акта.

Мужья женщин, страдающих бесплодием, в ряде случаев должны подвергнуться и урологическому обследованию, если возникают сомнения или подозрения об анатомо-физиологических нарушениях в половых органах.

Особое значение имеет контакт женской консультации с рентгеновским кабинетом, патолого-гистологической лабораторией, стационаром, куда направляются женщины для диагностических обследований и лечения консервативными и оперативными методами.

После выяснения причин бесплодия женщины и обследования общего состояния женщина подвергается соответствующему лечению.

При наличии воспалительного процесса половой сферы проводится противовоспалительное лечение с применением пенициллинотерапии, сульфаниламидных препаратов, аутогемотерапии, физиотерапевтических методов и т. п. Лечение проводится не только в условиях стационара, но и в условиях женской консультации. Женщина находится на учете в консультации и по мере необходимости получает соответствующее, чаще всего физиотерапевтическое, лечение. При наличии показаний женская консультация направляет больных на курортное лечение, преимущественно на грязелечение (Саки, Евпатория, Пятигорск, Одесса, Друскеники, Бирштанас и др.).

С целью выяснения проходимости маточных труб применяется продувание труб или метросальпингография, которые производятся в условиях стационара между 8 и 14 днем менструального цикла (чаще всего в первую неделю после бывшей менструации) при нормальной картине крови и I—II степени чистоты влагалищного содержимого. Продувание труб и метросальпингография производятся после проведения активных методов лечения воспалительного процесса.

Продувание труб и метросальпингография противопоказаны: при острых и подострых воспалительных процессах в малом тазу, кольпитах, эрозиях и эндоцервицитах, при подозрении на беременность и рак, при наличии маточных кровотечений и во время лечения активными методами (диатермия, грязелечение).

Продувание фаллопиевых труб впервые в Советском Союзе применил с диагностической целью А. Э. Мандельштам в 1922 г.

Он предложил вводить в матку и трубы обычный воздух, используя для этой цели особую аппаратуру. Аппарат состоит из двойного резинового баллона, манометра, маточных наконечников различного диаметра, колбы, наполненной 5% перекисью водорода или раствором марганцовокислого калия. Колба закрыта резиновой пробкой, через которую проходят две стеклянные трубки; приводящая трубка погружена в раствор, отводящая находится выше уровня раствора. После проверки аппарата в шейный канал под контролем влагалитических зеркал вводят специальный наконечник. На низ живота в области расположения ампулярного конца трубы поочередно с той и другой стороны прикладывают фонендоскоп, с помощью которого и выслушивают шумы, возникающие после продувания маточных труб. После этого врач доводит максимальное давление в манометре до 150 мм ртутного столба, регулирует введение воздуха, следит за движением стрелки манометра, выслушивает трубный звук. В случае проходимости труб слышен звук, напоминающий свист или «бульканье» (логанье пузырьков воздуха, выходящих из воды). При наличии проходимости труб имеет место падение давления в манометре до 60 мм. Неточные указания на проходимость просвета труб здесь могут иметь место только в тех случаях, когда часть воздуха проникает в значительно расширенный и облитерированный ампулярный конец трубы. В случае проходимости труб вводимый воздух попадает в брюшную полость. Иногда при проходимых трубах выявляется френитус-симптом, который может появляться через несколько часов и даже на следующий день, вызывая болевые ощущения в плече и под лопатками.

А. Э. Мандельштам различает легко проходимые трубы, когда симптомы проходимости воздуха появляются при давлении до 75 мм ртутного столба; удовлетворительно проходимые, когда эти симптомы появляются при давлении от 75 мм ртутного столба до 125 мм, и стенозированные, когда проходимость их определяется при давлении в 125 мм ртутного столба и выше. Проходимость труб зависит не только от анатомических изменений, но и от функциональной способности мускулатуры труб к сокращению, быстроты введения воздуха. Доводить давление до 180 мм ртутного столба и выше не рекомендуется, так как возможен разрыв трубы. Введение воздуха производится медленно.

И. С. Легенченко в 1925 г. описал более упрощенную аппаратуру для продувания труб, используя десятиграммовый шприц с маточным наконечником. Вводя воздух в матку и трубы шприцем, по давлению поршня судят о проходимости труб. При облитерации маточного конца труб пружинящее ощущение поршня получается в самом начале введения воздуха. При непроходимости труб в ампулярном конце удается ввести 8—10 мл воздуха, но как только палец снимается с поршня, воздух выходит назад

в шприц и отодвигает поршень на исходное место. Перед введением маточного наконечника во влагалище вставляются зеркала, обнажается шейка матки, тщательно обрабатывается слизистая влагалища и влагалищная часть шейки матки спиртом, после чего поочередно фиксируется верхняя и нижняя губа пулевыми щипцами. После того, как наконечник введен в полость матки, пулевыми щипцами стараются поплотнее закрыть область наружного зева, чтобы не дать возможности введенному в матку

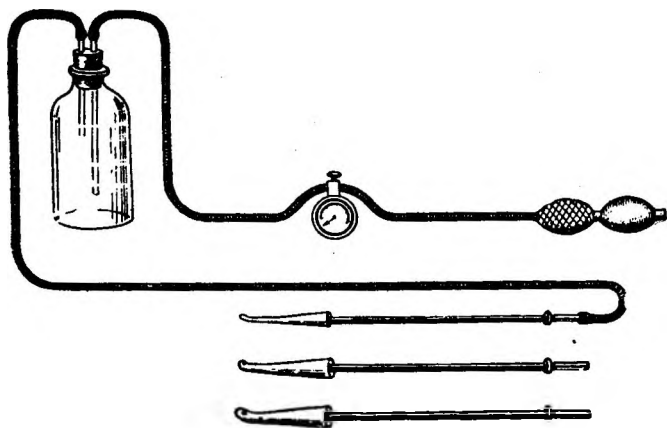


Рис. 60. Аппарат для продувания труб (модель А. Э. Мандельштама) с набором маточных наконечников различных размеров.

воздуху выйти опять во влагалище. При выхождении воздуха из матки во влагалище через наружный зев образуется масса воздушных пузырьков и возникает шум, могущий ввести в заблуждение неопытного врача при определении проходимости труб.

Метросальпингография является одним из наиболее точных методов диагностики трубного бесплодия, позволяя не только определить проходимость труб, но и установить место непроходимости. В полость матки вводится контрастное вещество, чаще всего химическое соединение йода — йодолипол, который при проходимых трубах проникает в брюшную полость.

Поступление контрастного вещества из матки в трубы, в брюшную полость контролируется рентгенологически.

Перед введением контрастного вещества в полость матки производят влагалищное исследование, чтобы быть твердо уверенным в том или ином положении матки. Больная укладывается на стол для снимка в рентгенокабинете. Соблюдая все правила асептики, контрастное вещество в количестве от 2—3 мл при инфантильной матке до 5—6 мл при нормальных ее размерах вво-

дится в полость матки при помощи специально сконструированного прибора или шприца с надетым на него маточным наконечником. Введение контрастного вещества производят медленно (1—2 минуты). Первый снимок делают сразу после введения контрастного вещества и удаления из влагалища зеркал, второй

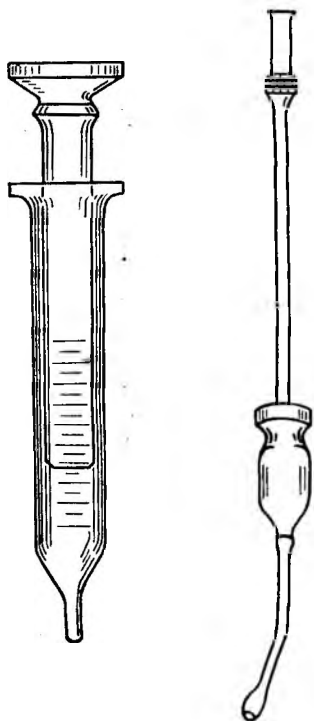


Рис. 61. Аппарат И. С. Ле-генченко для продувания труб.

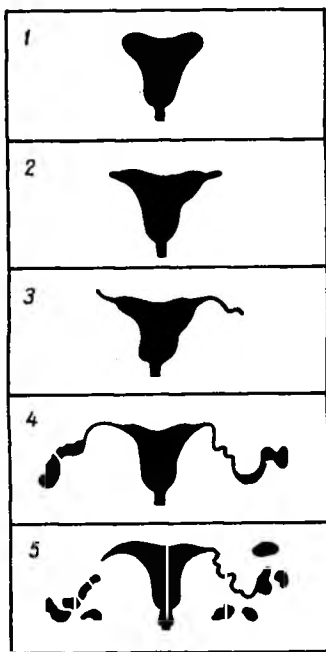


Рис. 62. Рентгенограммы при метросальпингографии:

1 — трубы непроходимы в интерстициальной части; 2 и 3 — заращение труб в истмической части; 4 — трубы непроходимы в ампулярном отделе; 5 — трубы проходимы.

через 1—2 минуты, третий — через 5—10 минут. Больная во время снимка остается в том же положении, и наконечник из матки не извлекается. Через 24 часа снова делается рентгенография, но уже без введения контрастного вещества. Этим снимком удается обнаружить контрастное вещество в брюшной полости, если трубы проходимы. Если трубы непроходимы, контрастное вещество в брюшную полость не попадает, а обнаруживается только в полости матки и в тех отделах труб, которые проходимы. На рентгеновских снимках видны контуры полости матки и труб; при

проходимости труб йодолипол обнаруживается в брюшной полости в виде пятен, полос или бесформенной массы.

Хирургическое лечение при непроходимости труб может быть предпринято только в случаях безуспешной длительной консервативной терапии и может выражаться в сальпингостомии, пересадке труб, пересадке яичника. Однако все эти операции дают лишь в 20—22% благоприятные результаты.

При бесплодии, обусловленном недоразвитием половых органов, особенно при гипоплазии матки, применяется гормональная терапия и физиотерапия (диатермия, грязелечение, озокерит). Эстрогены обычно назначаются по 5 000—10 000 ЕД на инъекцию, введение их начинают после окончания менструации и продолжают до середины интервала между двумя менструациями, чаще всего в течение 14—15 дней. Лечение эстрогенами (фолликулин, синэстрол, эстрадиол-дипропионат и др.) продолжают в течение нескольких месяцев, обычно до тех пор, пока матка достигает нормальных размеров, а при скудных менструациях — до нормализации последних.

Имеется в литературе ряд сообщений об успешном лечении при недоразвитии половых органов эстрогенами в сочетании с прогестероном, последний назначается после окончания введения эстрогенов и вводится внутримышечно в виде масляного раствора по 5 мг на инъекцию в течение 5—6 дней. У некоторых женщин при конической форме шейки с узким шейечным каналом, при гиперантефлексии матки, что обычно имеет место при инфантилизме, целесообразно применить расширение шейечного канала расширителями Гегара до № 8 и бережное выскабливание слизистой оболочки полости матки.

Устранение патологического положения матки (опущение, выпадение, ретрофлексия), зашивание разрывов шейки, промежности, мочеполовых свищей также имеет определенное значение в борьбе с бесплодием.

При повышенной кислотности влагалищного содержимого назначаются спринцевания щелочными растворами (2 чайные ложки очищенной соды на 1 л воды).

Если наблюдается вытекание спермы из влагалища из-за его недоразвития или разрывов промежности, рекомендуется женщине принимать во время полового акта и после его окончания (на 10—20 минут) положение с приподнятым тазом, подкладывая с этой целью под таз плотный, толстый валик цилиндрической или клиновидной формы.

При бесплодии, связанном с наличием доброкачественных опухолей матки (фибромиом) и яичников, в соответствующих случаях удаление новообразования может привести к восстановлению детородной функции.

Выявление и лечение женского бесплодия является одной из

важных задач женской консультации, врачи которой должны уделять большое внимание этому вопросу.

При терапии бесплодия следует помнить, что лечить нужно не только бесплодную женщину, а и бесплодный брак.

Говорить о профилактике бесплодия — это значит говорить о профилактике тех многочисленных страданий как мужского, так и женского организма, которые ведут к бесплодию.

Гонорея легко передается от мужчин женщинам, и мужчина является чаще всего виновником бесплодного брака. Поэтому мужчина обязан серьезно относиться к этому заболеванию, как заболеванию, не проходящему в громадном большинстве случаев бесследно, и должен хорошо знать, чем грозит неизлеченная гонорея не только ему, но и его жене. Борьба с воспалительными заболеваниями половых органов, в частности с гонореей и туберкулезом, является одним из основных мероприятий в профилактике бесплодия. Аборт является также одной из причин бесплодия, поэтому активная борьба с абортами, особенно с внебольничными, и рациональная терапия осложнений после абортов значительно снизят процент бесплодия.

Особое значение в профилактике бесплодия принадлежит системе оздоровительных мероприятий, способствующих предупреждению инфантилизма, расстройств функции желез внутренней секреции. Создание условий для полноценного физического развития женского организма, правильная организация питания с достаточным количеством витаминов, предупреждение общих инфекций и воспалительных генитальных заболеваний, своевременное и рациональное их лечение, а также борьба с гонореей и абортами являются основными моментами профилактики бесплодия.

ПРЕДОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

К предопухолевым заболеваниям шейки матки относятся все гиперпластические и воспалительные процессы шейки матки: псевдоэрозии, лейкоплакии, полипы, хронические эндоцервициты и другие заболевания.

Учение о предопухолевых заболеваниях имеет огромное практическое значение. Оно заставляет врача концентрировать внимание на тех случаях, в которых при известных условиях возможен переход в рак. Это заставляет клинициста и патоморфолога отбирать указанные случаи, диагностировать и проводить своевременное лечение. Предопухолевые процессы являются общей и обязательной стадией развития злокачественных опухолей. В то же время переход предрака в рак не является обязательным и совершается не всегда (Н. Н. Петров, А. И. Серебров, Л. Ф. Ларионов и др.). Л. Ф. Ларионов утверждает, что предопухолевые образования с общепатологической точки зрения являются не чем иным, как очагами тканевой пролиферации — очаговыми пролифератами. Под это определение подходят все типы предопухолевых процессов. Характерными особенностями патологических пролифератов, на основе которых могут возникнуть опухоли, являются их очаговость, длительность существования, т. е. их устойчивость и то, что они развиваются и существуют в условиях значительно измененной нарушенной трофики.

Острый и хронический цервицит. При нормальном состоянии половой сферы инфекция может вызвать воспалительные процессы в шейке матки только в том случае, если в шейке имеется какая-нибудь раневая поверхность и создаются условия, благоприятные для развития микроорганизмов. Эти условия чаще всего имеются во время родов и после них, при аборте, при лечебных манипуляциях в области шейечного канала. Предрасполагающим моментом могут служить разрывы шейки матки, происходящие во время родов. В значительном числе случаев эндоцервицит образуется на почве гонорейной инфекции. В большинстве случаев воспаление ограничивается только сли-

зистой шейки матки. Если же микробы проникают из шеечного канала в мышечный слой шейки матки, вызывают в нем воспалительный процесс, захватывая всю шейку в целом, то возникает метрит шейки.

Острое воспаление шейки матки обычно сопровождается общей реакцией: повышением температуры с общим недомоганием, болями в нижней части живота и в крестце, обильными гнойными выделениями. При осмотре в зеркалах шейка матки несколько утолщена, отечна, видимая часть шеечного канала резко гиперемирована. Густой гнойный секрет стекает из шеечного канала.



Рис. 63. Ложкообразное зеркало.

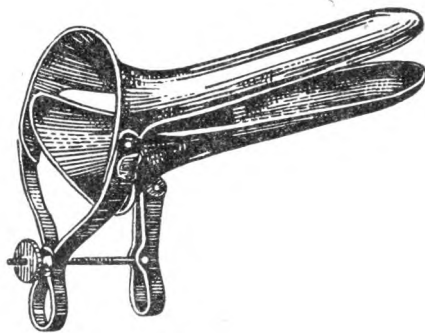


Рис. 64. Двухстворчатое зеркало.

При специфическом гонорейном эндоцервиците воспалительные изменения, кроме шейки матки, будут наблюдаться также вокруг уретрального отверстия, выводных протоков бартолиниевых желез, парауретральных ходов, вестибулярных и других желез.

Острые явления в большинстве случаев вскоре стихают, и, если не наступило излечение, процесс переходит в хроническую форму, при которой секрет постепенно из гнойно-слизистого переходит в слизистый, становясь совершенно прозрачным, как стекло. Воспаление шейки матки, как правило, до своего полного излечения сопровождается образованием эрозии вокруг наружного маточного зева, что чаще всего и заставляет женщину обратиться к врачу.

Лечение больных с острым и хроническим эндоцервицитом. До назначения лечения больные должны быть обследованы, необходимо произвести общий анализ крови и исследовать мазки на гонококк Нейссера, и если исключается гонококковая инфекция, больным, кроме постельного режима, назначается пенициллинотерапия по 100 000 МЕ через каждые три часа до падения температуры. Внутрь назначают сульфаниламидные препараты (по 1 г норсульфазола 6 раз в день в пер-

вые 4 дня и 3 раза в день в последующие 3—4 дня). При наличии болей одновременно назначают свечи, лучше всего из белладонны, по следующей прописи: Rp. Extr. Belladonnae 0,015, Vut. cacaо q. s. M. f. suppos. D. t. d. № 6. S. По 1 свече в задний проход во время болей 2—3 раза в день.

Спринцевания применяют лишь при затихании процесса, и их следует производить под низким давлением теплым раствором. Вначале для удаления слизи назначают в течение 2—3 дней спринцевания с двууглекислой содой (столовая ложка на 1 л воды).

При лечении хронических эндоцервицитов показаны также смазывания шеечного канала лекарственными средствами:

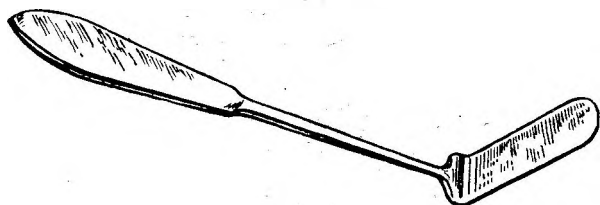


Рис. 65. Подъемник.

2—3% раствором азотнокислого серебра или 5—10% раствором протаргола. Вначале необходимо удалить густую слизь из канала шейки матки зондом, обмотанным тонким слоем стерильной ваты, смоченной 10% раствором двууглекислой соды. Затем производят прижигание слизистой оболочки канала шейки одним из вышеуказанных средств. Зонд с намотанной на него марлей, смоченной раствором, вводят до внутреннего маточного зева. Прижигания делают через 3—4 дня; обычно достаточно 5—6 процедур. Внутришеечные прижигания противопоказаны при наличии воспалительного процесса в матке, придатках или газовой клетчатке. Рекомендуется при лечении хронических эндоцервицитов применение инъекций пенициллина в подслизистую шейки матки. Инъекции делают через два дня по 500 000 МЕ пенициллина, растворенного на 0,5% растворе новокаина. Всего таких процедур 5—6.

Кроме медикаментозных методов лечения и введения антибиотиков, широко применяется физиотерапия. В таких случаях пользуются введением различных лекарственных ионов с помощью гальванического тока (ионофорез). Хорошие результаты дает ионофорез с хлористым кальцием, иодистым калием, цинком. Показано лечение цервицитов диатермией с применением шеечных электродов. Хороший лечебный эффект наблюдается при назначении вагинальных грязевых тампонов в комбинации с аппликацией грязей или озокерита на низ живота.

В тех случаях, когда хронический воспалительный процесс шейки матки после проведенного лечения не ликвидируется в течение 4—6 недель (обычно это заболевание сопровождается образованием эрозии вокруг наружного зева шейки матки), надо применить радикальное лечение — диатермокоагуляцию.

Эрозии шейки матки. Ввиду огромной важности распознавания различных форм эрозий шейки матки необходимо остановиться на патологоанатомической и клинической картине язвенных процессов, наблюдаемых на шейке матки.

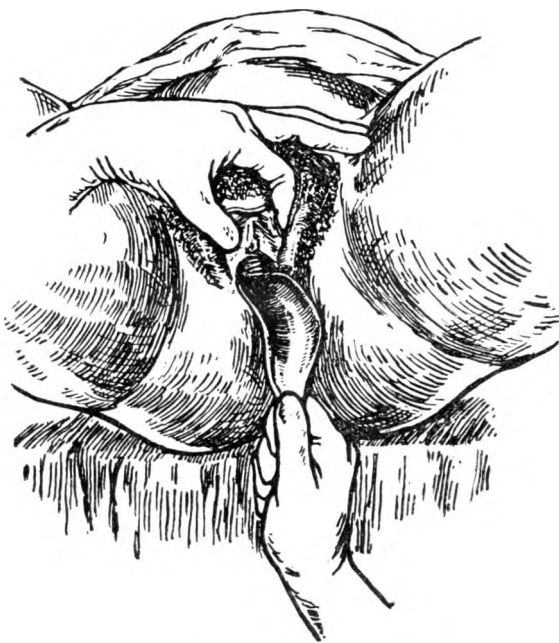


Рис. 66. Введение заднего зеркала.

Шейка матки является одним из наиболее ранимых органов женской половой сферы. В результате частых травматических повреждений во время родов и при абортax в ней образуются рубцовые изменения. Поражения шейки воспалительным процессом и сопутствующей ему эрозией является наиболее распространенным явлением среди больных хроническими воспалительными заболеваниями женской половой сферы. При катарах шейки матки длительные истечения гнойного отделяемого приводят к мацерации эпителия, покрывающего влагалищную часть. Образуется дефект эпителия — «истинная эрозия». Макроско-

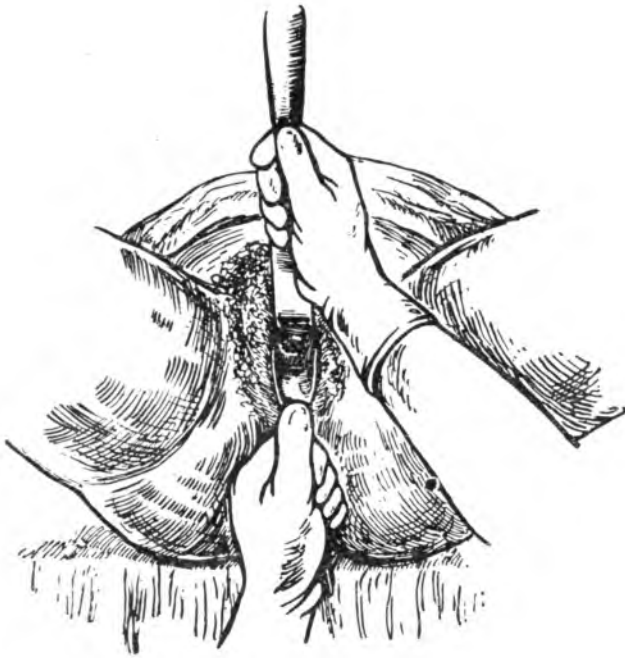


Рис. 67. Обнажение шейки матки после введения зеркала.

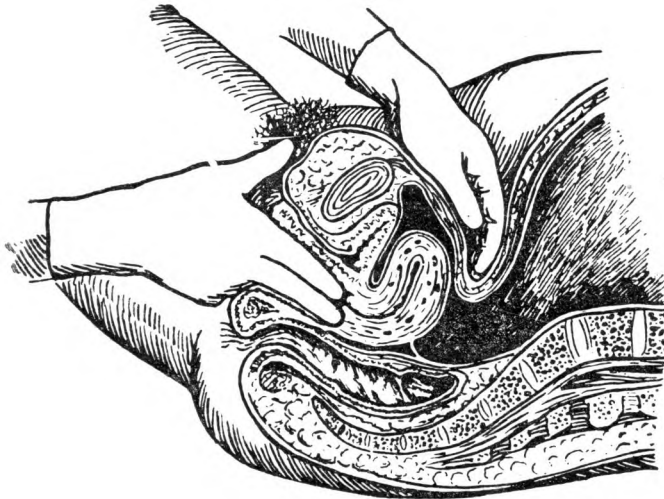


Рис. 68. Двуручное (влагалищно-брюшностеночное) исследование.

пически поверхность эрозии ярко-красного цвета с синеватым оттенком, бархатистая на вид, слегка кровоточит при дотрагивании. Микроскопически эрозированные участки представляют обычную картину воспалительной язвы: поверхность лишена эпителия, дно язвы инфильтрировано лейкоцитами, в строме отек, в сосудах застой, местами кровоизлияния.

Однако чаще приходится встречаться не с истинной эрозией, а с псевдоэрозией. Развитие псевдоэрозий прежде всего способствует родовая травма, в частности разрывы шейки матки, которые никогда не заживают первичным натяжением, если разрыв не был зашит своевременно. В подобных случаях рана заполняется грануляциями, подвергается рубцеванию и оставляет после себя зияющую щель. При зиянии шеечного канала вследствие разрывов постепенно происходит выпячивание слизистой оболочки шеечного канала в просвет влагалища — *эктропион*. Вывороченная слизистая оболочка шеечного канала попадает в иную, не обычную для нее в нормальных физиологических условиях среду. Как известно, в норме среда в канале шейки матки щелочная, а во влагалище — кислая. Кроме того, условия для проникновения в шеечные железы (при зиянии шеечного канала) банальной флоры, которая всегда в избытке содержится во влагалище, становятся более благоприятными. Этому способствует также отсутствие слизистой пробки, которая и механически и вследствие своих бактерицидных свойств препятствует поступлению бактерий в шеечный канал.

Этиологическими факторами, которые приводят к дегенерации, гипертрофии и гиперплазии тканей шейки матки, являются воспалительный процесс и изменение химического состава шеечного и влагалищного выделений. Создаются благоприятные условия для развития инфекции во влагалище и шейке. Кислые выделения влагалища, затекая в шеечный канал, действуют как раздражитель, вызывая гиперплазию тканей и гиперфункцию желез. Последняя в свою очередь приводит к пышному росту цилиндрического эпителия с распространением его на эрозированную поверхность шейки матки, т. е. образованию типичной псевдоэрозии. При этом воспалительный процесс захватывает слизистую шейки, а затем и все ткани шейки матки, и эндоцервицит переходит в цервицит с воспалительной гипертрофией шейки матки.

Покрывающий псевдоэрозию цилиндрический эпителий проникает также и в глубь тканей в виде железистых образований; поднимаясь обратно до поверхности слизистой, эпителий образует как бы сосочковые образования. Такая эрозия имеет характерный мелкозернистый вид, поверхность ее ярко-красного цвета с более или менее ясно очерченными контурами и называется ложнососочковой, или *папиллярной эрозией* (*Pseudo-erosio papillaris*).

Несколько иначе образуется фолликулярная псевдоэрозия (*Pseudoerosio follicularis*). Врастающие железистые ходы в области образования эрозии могут закрываться или вследствие перегиба выводного канала железы или вследствие нарастания на поверхности эрозии плоского эпителия. В таких случаях в просвете желез скопляется слизь и железы превращаются в небольшие, величиной от просяного зерна до горошины и реже больше, ретенционные кисточки, располагающиеся на поверхности влагалищной части матки, так называемые наботы железки (*ovulae Nabothii*). На месте эрозии *ovula Nabothii* могут внедряться глубоко в ткань шейки и приводить к утолщению и значительному увеличению всей шейки. В подобных случаях мы имеем так называемую фолликулярную гипертрофию шейки. Механически сдавливая подлежащие слои тканей, наботы железки способствуют нарушению питания тканей и вызывают застойные явления в шейке матки.

Воспалительный процесс в тканях шейки матки действует раздражающим образом на периферические нервные рецепторы и вызывает в них дегенеративные изменения. Изменения же нервных элементов являются основной причиной, которая приводит к нарушению трофики и длительному течению воспалительного процесса в тканях шейки матки. Длительное раздражение периферических нервных рецепторов передается по чувствительным путям в центры коры головного мозга и рефлекторно может вызвать ряд функциональных расстройств как общего характера, так и со стороны отдельных органов. У больных с эрозией шейки матки наблюдается нередко общее недомогание, слабость, бели, расстройство менструальной функции, бесплодие. После излечения эрозии все вышеуказанные симптомы исчезают (А. И. Семенов, А. И. Петченко, Л. Н. Старцева и др.).

Диагноз эндоцервицита, псевдоэрозии, разрыва шейки матки и эктропиона ставится на основании правильно собранного анамнеза, осмотра шейки матки с помощью зеркал и влагалищного двуручного исследования. Во всех подозрительных случаях должна широко применяться биопсия. При опросе больных следует обращать внимание на бели, боли внизу живота, на характер менструации, на наличие головных болей, на течение родов и их осложнения, на перенесенные гинекологические заболевания.

При осмотре шейки матки с помощью зеркал при псевдоэрозии мы можем наблюдать следующее: слизистая оболочка шейки матки ярко-красного цвета, вид ее мелкозернистый, контуры эрозии более или менее ясно очерчены. Выделения из цервикального канала слизистые, а при наличии инфекции слизистогнойные. В других случаях — вся шейка деформирована вследствие рубцовых изменений в ее тканях, передняя и задняя губа представляются гипертрофированными, вывернутая слизистая

цервикального канала эрозирована, выделения слизистые или слизисто-гнийные, обильные.

При пальпаторном исследовании прежде всего надо обращать внимание на консистенцию ткани шейки. Мягкая податливая шейка более или менее исключает угрозу рака, наоборот, некоторая плотность шейки должна остановить на себе внимание. Известная плотность шейки матки и гипертрофия ее большей частью являются следствием длительных воспалительных заболеваний, а поэтому могут явиться благоприятной почвой для ракового превращения эпителия. При пальпации эрозированная поверхность на шейке матки ощущается как некоторая бархатистость. Эта бархатистость на мягкой основе будет указывать на простую эрозию, а бархатистость на плотной основе — в большей степени на эрозию, угрожающую возможностью возникновения рака. Если при пальпации эрозии не появляется кровоточивость, это считается благоприятным признаком, позволяющим часто клинически отнести данную эрозию к разряду так называемых «ложных эрозий». Если же в процессе пальцевого обследования эрозии появляется кровоточивость, это служит добавочным указанием на угрожаемость по раку. Так как кровоточивость при прикосновении к эрозии возникает либо в том случае, если эрозия является истинной, когда слущившийся плоский эпителий оставил обнаженной подэпителиальную ткань, либо если эрозия несет в себе начало бластоматозного роста. При наличии у женщины беременности ткани в области эрозии шейки матки становятся сочными и кровоточащими при дотрагивании.

При угрожающих по раку состояниях шейки матки выбор участков для биопсии и производство в этих случаях биопсии определяется наибольшей выраженностью картины, подозрительной на рак. При биопсии в виде обычного клиновидного кусочка необходимо следить, чтобы был взят кусочек достаточной величины и не был поврежден поверхностный слой иссекаемого участка, чтобы был захвачен достаточный слой подэпителиальной ткани и в биопсию попал по возможности участок, покрытый нормальным эпителием.

При лейкоплакиях патологические изменения наблюдаются обычно в слизистой оболочке, покрывающей влагалищную часть шейки матки, и проявляются утолщением преимущественно поверхностных слоев эпителия с большим или меньшим ороговением.

При осмотре шейки матки с помощью зеркал слизистая оболочка шейки матки представляется утолщенной, на поверхности ее обозначаются белесоватого цвета участки, без ясных границ, переходящие в нормальную слизистую; иногда же эти образования выступают на поверхности слизистой оболочки в виде белых бляшек с резко очерченными границами различной величины и формы.

Нередко в таких случаях больные отмечают повышенную секрецию из влагалища, причем выделения имеют молочно-белый цвет. Если присоединяется воспалительный процесс, выделения могут быть гнойными, а при появлении эрозированных участков — с примесью крови.

Если слизистую оболочку протирают ватным шариком, то белесоватые участки бляшек при этом снять не удается. При длительном течении заболевания отдельные белесоватые участки или мелкие белые бляшки сливаются и образуют более обширные участки поражения. При лейкоплакии шейки матки необходимо производить биопсию для того, чтобы решить вопрос о доброкачественности процесса.

Полипы шейки матки (Polypus cervicis). При длительном воспалительном процессе слизистая шейечного канала гипертрофируется, утолщается, выпячиваясь в виде складок в просвет канала. При дальнейшем разрастании слизистой оболочки канала шейки матки возникают под влиянием хронического воспаления полипы шейечного канала. Полип связан со слизистой оболочкой широким основанием или тонкой ножкой и строением своим напоминает ткань слизистой шейечного канала с той разницей, что часто в нем наблюдается значительное развитие сосудов, большее их кровенаполнение и кровоизлияние в ткань. При повреждении шейечного полипа во влагалище нередко покровный цилиндрический эпителий на нем замещается плоским. В тех полипах, в которых преобладает развитие желез, иногда наблюдается расширение железистых полостей, наполненных слизистым секретом. Полипы бывают одиночными и множественными.

В зависимости от преобладания в ткани полипа тех или иных структурных элементов, различают следующие основные гистологические формы его: железистые, фиброзно-железистые, фиброзные и ангиоматозные.

Основным симптомом полипов матки является кровотечение. Реже при этом заболевании наблюдаются бели и боли, и еще реже встречаются полипы с бессимптомным течением. Последние, как правило, диагностируются случайно, так как в начальных стадиях полипы матки не дают никаких симптомов.

Полипы, образовавшиеся, как правило, из патологически измененной слизистой оболочки шейечного канала, богато снабжены кровеносными сосудами. Обилие сосудов создает благоприятные условия для легкого их повреждения. При половом сношении, а также при самой незначительной травме, например, при напряжении, подъеме тяжести, спринцевании, внутреннем исследовании пальцами или зеркалами и проч. могут наблюдаться так называемые контактные кровотечения, которые не бывают обильными. Нередко полипы, имеющие ножку, подвергаются перекруту или ущемлению. В таких случаях кровоснаб-

жение по проходящим в ножке сосудам значительно затрудняется, а через некоторое время и совсем прекращается. В результате этого в полипе вначале развиваются застойные явления, приводящие к его отеку и кровоизлияниям, а в дальнейшем к некротизации и изъязвлению. Все это может явиться одной из причин незначительных ациклических кровотечений, часто наблюдаемых при полипах шейки матки.

Диагностика шеечных полипов нетрудна, так как они обычно свисают из канала шейки и поэтому легко распознаются. Однако необходимо отметить, что полагаться на данные только влагалищного двуручного исследования нельзя. Осмотр шейки матки в зеркалах позволяет определить полип, расположенный в шеечном канале, но не выступающий за пределы наружного маточного зева. Кроме того, он дает возможность определить, откуда исходит полип, из передней или задней губы шейки, имеет ли он ножку, позволяет установить его размеры и форму, отличающиеся значительным многообразием.

Полипы могут иметь языкообразную, округлую и продолговатую форму. Полипы по величине бывают с чечевицу и больше, достигая до размеров грецкого ореха. Обычно полипы имеют ярко-красный цвет; сине-багровая окраска свидетельствует о наличии застойных явлений в полипе. Нередко наблюдается изъязвление ткани полипа. Если к этому присоединяется инфекция, то может развиваться гангренозный процесс. В таких случаях ткани полипа приобретают сероватый цвет, покрываются гнойным налетом и имеют ихорозный запах.

Лечение предопухолевых заболеваний шейки матки. До настоящего времени некоторые гинекологи придерживаются определенного шаблона при назначении лечения больным с предопухолевыми заболеваниями шейки матки.

Врач не проводит дифференциальной диагностики между истинной эрозией и псевдоэрозией и сразу же назначает одной одно из распространенных в гинекологической практике лечение: влагалищные спринцевания с последующим введением тампонов, смоченных маслом, вазелиновое масло, рыбий жир с антибиотиками и др., или же проводятся ванночки для влагалищной части шейки матки с различными химическими дезинфицирующими и антисептическими средствами и т. п.

Данный метод лечения будет эффективным при истинной эрозии. Предопухолевые заболевания шейки матки не поддаются противовоспалительному лечению. В таких случаях не надо увлекаться консервативными мероприятиями и при угрожающих по раку состояниях шейки матки надо произвести вовремя биопсию для выбора последующего радикального лечения.

При постановке диагноза предопухолевого заболевания шейки матки надо обращать внимание на анамнестические дан-

ные, указывающие на то, что больная уже на протяжении многих лет периодически принимала амбулаторное лечение по поводу эрозии, но без эффекта. Такая эрозия обычно относится к предопухолевым заболеваниям, что и подтверждается при осмотре шейки матки с помощью зеркал и двуручного исследования. В тех случаях, когда больная по поводу эрозии шейки матки обращается к врачу впервые, большое значение в диагностике имеет осмотр шейки матки в зеркалах. При наличии деформированной шейки вследствие рубцовых изменений в ее тканях с эрозированным выворотом слизистой цервикального канала надо относить такую эрозию к разряду предопухолевых заболеваний. Эрозия значительных размеров с гипертрофией шейки матки является чаще всего псевдоэрозией, и лечение таких больных должно быть радикальным. Наиболее эффективным методом при вышеуказанных заболеваниях является диатермокоагуляция, а при наличии значительных деформаций шейки матки в результате травматического повреждения ее во время родов показано оперативное лечение. Многие врачи в таких случаях считают, что прежде чем применить радикальное лечение, надо «обязательно» провести медикаментозное, на которое уходит от одного до двух месяцев. Медикаментозное лечение при этих заболеваниях не дает стойкого эффекта; убедившись в этом, часть больных перестает посещать женскую консультацию и уходит из-под наблюдения врача.

На основании литературных данных (А. И. Серебров, С. А. Ягунов, Л. Н. Старцева, Л. Д. Шебеко и др.), диатермокоагуляция является наиболее эффективным методом лечения предопухолевых заболеваний шейки матки. В результате этого лечения исчезают все патологические симптомы и наступает полное заживление эрозии с восстановлением нормального многослойного плоского эпителия влагалищной части шейки матки, улучшается общее состояние больной.

Операцию диатермокоагуляции возможно проводить в амбулаторных условиях, и это подтверждается хорошими результатами лечения. Указанное обстоятельство особенно важно потому, что часто невозможно осуществить госпитализацию всех больных с предопухолевыми заболеваниями шейки матки, число которых бывает значительное. Кроме того, больных по семейно-бытовым условиям больше устраивает амбулаторное лечение, и они охотнее соглашаются на это.

На операцию диатермокоагуляции шейки матки надо смотреть как на серьезное вмешательство, и больная должна быть всесторонне обследована (анализ крови, мочи, мазки на гонококк и на трихомонады, исследование крови на реакцию Вассермана).

Противопоказаниями к применению диатермокоагуляции являются: подозрение на злокачественное перерождение язвы

(эрозии), сифилитические и туберкулезные язвы, наличие декубитальных язв при выпадении матки, острое и подострое воспаление половых органов, хронические воспалительные опухоли

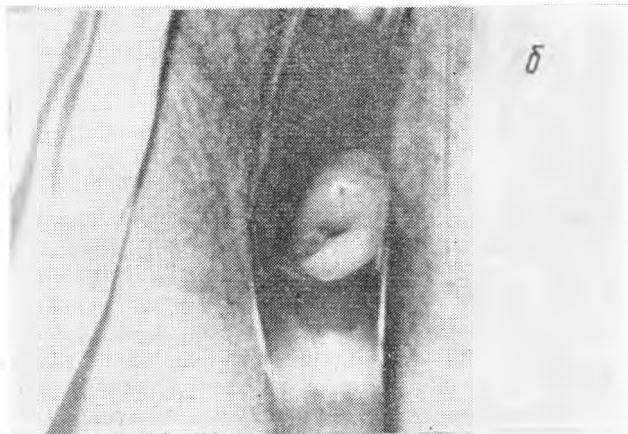
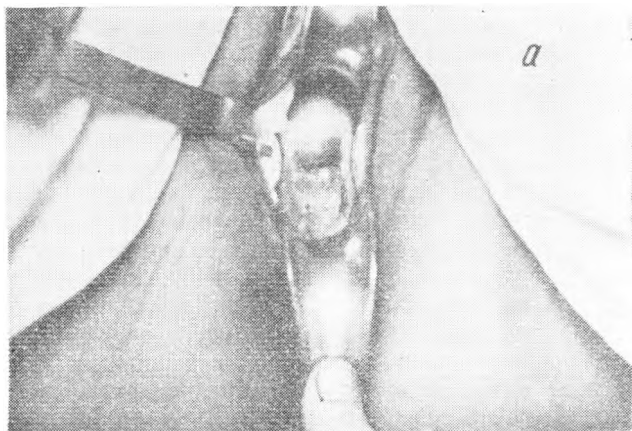


Рис. 69. Эрозия шейки матки у больной С.:
а — до лечения; б — после лечения диатермокоагуляцией.

придатков матки, подозрение на беременность и беременность всех сроков.

Приступать к диатермокоагуляции следует на первой неделе после менструации, так как иначе последующее менструальное кровотечение может вызвать преждевременное отхождение струпа и нарушить правильное течение заживления.

На основании наших клинических наблюдений, диатермо-

коагуляцию необходимо проводить под местной анестезией, вводя в своды влагалища 0,5% раствор новокаина в количестве 80—100 мл, так как эта операция сопровождается болями, особенно при применении диатермопунктур.

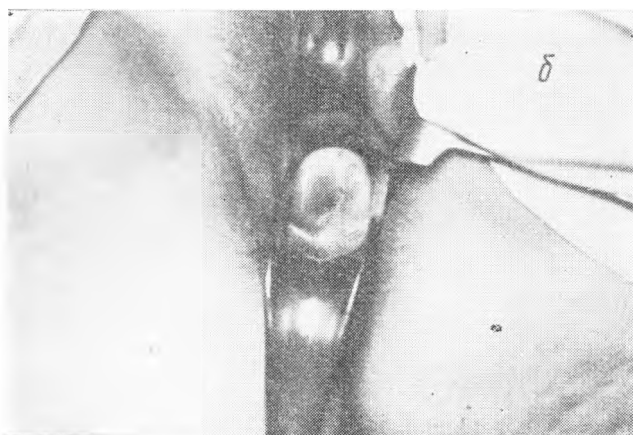
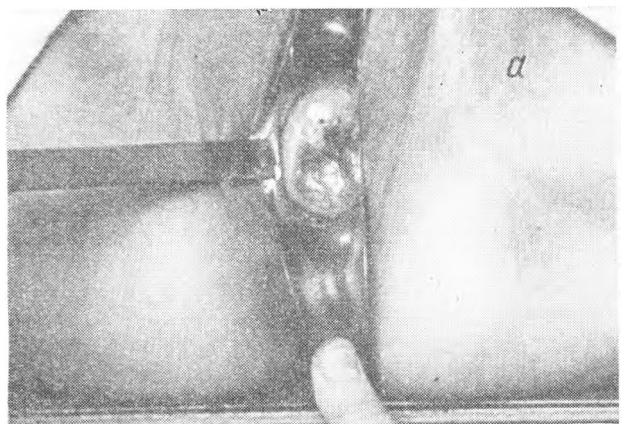


Рис. 70. Эрозия шейки матки у больной Г.:
а — до лечения; б — после лечения.

При лечении предопухолевых заболеваний шейки матки пользуются в большинстве случаев хирургическим стационарным искроразрядниковым аппаратом диатермии, а в некоторых случаях терапевтическим переносным (искроразрядниковым) аппаратом. Диатермокоагуляция проводится биполярным моноактивным электродом. В качестве индифферентного электрода

пользуются свинцовой пластинкой величиной 20×25 см. Второй активный электрод представляет собою металлический стержень для диатермокоагуляции с закругленным концом (диаметр 1—5 мм), для диатермопунктур — с заостренным концом в виде

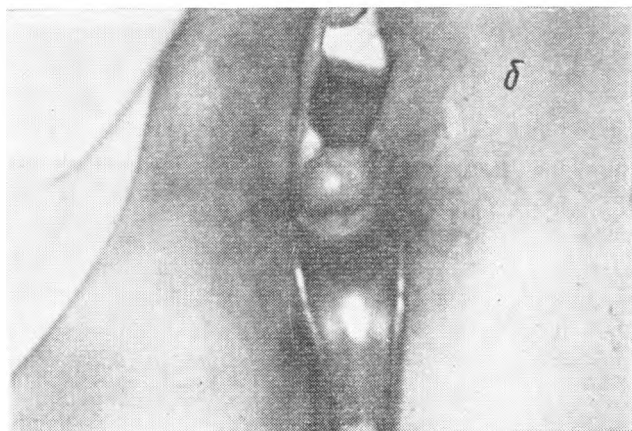
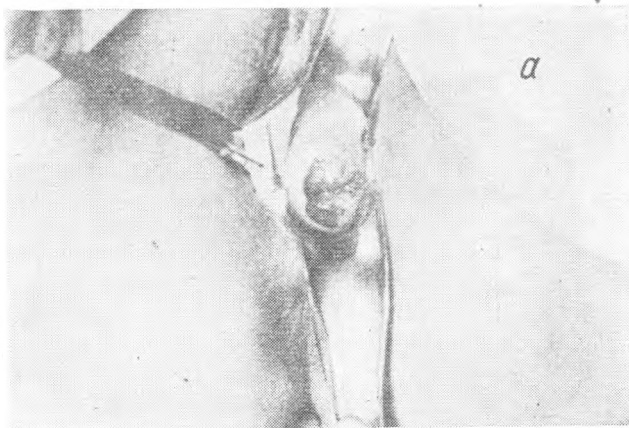


Рис. 71. Разрыв шейки матки и эктропион у больной Л.:

а — до лечения; *б* — после зашивания разрыва шейки.

иглы от шприца Рекорда № 30—32. Для диатермобиопсии используется электрод «петля». Сила тока при диатермокоагуляции в пределах 0,2—0,6 А.

Техника и методика диатермокоагуляции. После соответствующей обработки наружных половых органов

индифферентный электрод помещается под крестец больной, шейка матки обнажается зеркалами. Влагалище и шейку матки вытирают сухими стерильными тампонами. Верхняя губа шейки матки захватывается щипцами Мюзо и низводится книзу. В передний свод влагалища вводится 40 мл 0,5% раствора новокаина, по 20 мл такого же раствора вводится через заднебоковые своды в параметральную клетчатку, при этом игла прокалывает только стенку влагалища, а дальше обезболивающий раствор продвигается сам. При введении новокаина в заднебоковой свод шейка матки предварительно отводится в противоположную сторону и кверху. На обезболивание затрачивается 80—100 мл 0,5% раствора новокаина. После того как включается ток, активным электродом «петля» производится диатермобиопсия. При диатермохирургических вмешательствах ткани не обугливаются, что и позволяет производить гистологическое исследование их.

При наличии псевдоэрозии значительных размеров с воспалительной гипертрофией шейки матки, фолликулярной эрозии и деформированной и гипертрофированной шейки с наличием эрозированного выворота слизистой оболочки шеечного канала производятся диатермопунктуры. С этой целью прокалывают шейку матки на глубину 1—2 см. Диатермопунктуры наносятся циркулярно вокруг наружного зева в количестве от 6 до 10, в несколько рядов, расположенных один за другим в направлении изнутри кнаружи по отношению к цервикальному каналу. Такая локализация диатермопунктур избирается с тем расчетом, чтобы рубчик в последующем втянулся внутрь вывороченного края шейки. Длительность действия тока 10—15 секунд; обычно ожидают появления серовато-белого кружка. При этой методике достигается коагулирование атипически разросшегося цилиндрического эпителия в области наружного зева шейки на месте приложения электрода и стромы шейки матки с содержащимися в ней железами на протяжении от наружного до внутреннего зева. При нанесении диатермопунктур не затрагивают слизистой шеечного канала, чтобы предупредить опасность последующего зарращения наружного зева и стеноза шеечного канала. В конце диатермокоагуляции производится поверхностная коагуляция всей эрозированной поверхности путем прикладывания к ней шаровидного электрода.

После производства диатермокоагуляции прикладывают к шейке на 12—24 часа стерильный тампон с 10% сульфидиновой или стрептоцидовой эмульсией. Получившийся на месте приложения электрода коагуляционный струп отпадает в течение 2—3 недель. В указанный период времени происходит частичное всасывание продуктов его распада, что оказывает на организм непрерывное действие, весьма сходное с действием протеинотерапии, одного из видов противовоспалительного лечения

(Л. Н. Старцева). После отпадения струпа остается дефект ткани, который выполняется за счет размножения клеток плоского эпителия, уцелевших от повреждения, и происходит полное восстановление не только слизистой оболочки, но и всех других слоев тканей шейки матки. Полная эпителизация шейки матки после диатермокоагуляции наступает на 7—8-й неделе после лечения.

После операции больную необходимо инструктировать о ее дальнейшем поведении в домашних условиях. Рекомендуется воздержание от половых сношений в течение двух месяцев, а также от выполнения тяжелой работы в течение 2—3 недель. Больной выдается бюллетень в среднем на 12—14 дней. После диатермокоагуляции больные должны находиться под наблюдением врача до полного выздоровления, так как может возникнуть ряд осложнений, требующих активного вмешательства врача. К ним относятся — кровотечение, повышение температуры, сужение и зарастание шейечного канала.

Домашняя больная должна проводить туалет наружных половых органов.

Врач обязательно должен сообщить больной о некоторых осложнениях, которые могут встретиться после лечения диатермокоагуляцией (повышение температуры, боли и кровотечение), чтобы больная своевременно могла обратиться в лечебное учреждение за медицинской помощью. По литературным данным (Л. Н. Старцева, Т. А. Кандинова и др.), общий процент осложнений после диатермокоагуляции колеблется от 4,3 до 9,5.

Все больные, у которых наблюдаются осложнения, должны быть госпитализированы в стационар, где им проводится соответствующее лечение. При кровотечении из вскрывшихся при отторжении струпа более крупных сосудов необходимо затампонировать влагалище стерильным бинтом, который удаляется через 24—36 часов. При повышении температуры, которая нередко зависит от всасывания инфицированных продуктов распада коагуляционного струпа, применяется местное лечение и пенициллинотерапия. Местное лечение проводится ежедневно в течение 4—6 дней до падения температуры. Под контролем зеркал во влагалище вводится 2% перекись водорода на 2—3 минуты, затем шейка и влагалище осторожно протираются сухим стерильным ватным тампоном, коагуляционный струп смазывается 10% раствором марганцовокислого калия.

В большинстве случаев излечение наступает после одного сеанса диатермокоагуляции и только при наличии обширных эктропионов с кистозным перерождением желез и наличием резких деформаций шейки матки иногда необходимо бывает применение повторной диатермокоагуляции. Клинические наблюдения показывают, что при родах после диатермокоагуляции шей-

ки матки последняя сглаживается и раскрывается нормально, не нарушая течение родового акта. Это обстоятельство имеет большое значение, так как эрозии шейки матки встречаются чаще всего у женщин в цветущем возрасте.

Диатермокоагуляция предопухолевых заболеваний шейки матки является эффективным методом лечения и дает высокий процент стойких выздоровлений. Метод диатермокоагуляции сравнительно прост и доступен врачам акушерам-гинекологам, его необходимо проводить не только в стационарных учреждениях, но и в амбулаторных условиях.

По литературным данным, при старых глубоких разрывах шейки матки в результате травматического повреждения ее во время родов, при которых имеются значительные анатомические и патогистологические изменения, медикаментозное лечение и диатермокоагуляция эффекта не дают. Обычно таким больным необходимо применять хирургическое лечение. Выбор оперативного вмешательства зависит от характера поражения шейки матки. При оперативном лечении старых разрывов шейки матки в большинстве случаев наиболее целесообразно применение операции Эммета, при которой зашиваются разрывы шейки, восстанавливается правильная форма влагалищной части ее, что вместе с тем служит и верным средством для устранения хронического воспаления шейки матки.

Эмметовская операция по своим результатам ничем не отличается от операции отсечения шейки матки, оставляя в организме часть органа, которому предназначено определенное анатомическое и физиологическое назначение. С этим надо считаться в особенности у молодых женщин. Только при выраженной гипертрофии шейки матки с резкой деформацией ее и обширными эрозированными поверхностями уместно будет применить ампутацию шейки матки. Будет ли здесь показана операция Штурмдорфа или другой вид ампутации шейки, вопрос решается, исходя из степени выраженности изменений. При наиболее выраженных проявлениях поражения шейки матки показана будет клиновидная ампутация шейки матки, при меньших изменениях — операция Штурмдорфа. Как правило, следует производить гистологическое исследование удаленных кусочков ткани как при зашивании разрывов шейки, так и при ее ампутации; это дает возможность уловить момент перехода эрозии в рак, что по клинической картине не всегда возможно.

Лечение полипов шейки матки проводится комбинированно. Наряду с оперативным удалением полипа и последующим выскабливанием слизистой оболочки канала шейки и тела матки проводят соответствующее лечение, направленное на устранение причин, вызывающих это заболевание. Удаленный полип, как и полученный соскоб эндометрия, обязательно подвергают гистологическому исследованию в целях исключения злокачественно-

сти процесса. А. Ю. Лурье утверждает, что лучшим профилактическим методом следует считать удаление полипа с выскабливанием слизистой матки, электрокоагуляцией шеечного канала и последующим расширением шейки через 1—2—6 месяцев.

Профилактика предраковых и раковых заболеваний шейки матки. В основу борьбы со злокачественными заболеваниями шейки матки должно быть положено: устранение причин, которые способствуют развитию предраковых заболеваний; выявление и рациональное лечение уже развившихся предраковых заболеваний.

Осмотр шейки матки при помощи зеркал непосредственно после родов и зашивание ее разрывов является одним из методов профилактики предраковых заболеваний шейки матки, а следовательно, и рака шейки матки.

Каждый гинеколог при осмотре больных должен непременно исследовать при помощи зеркал для того, чтобы не пропустить заболеваний шейки матки и влагалища, которые при пальпации не определяются.

Огромное значение в выявлении предраковых заболеваний имеют профилактические осмотры. Идея профилактических осмотров женщин принадлежит русскому гинекологу — профессору В. Г. Снегиреву, который предложил эти осмотры еще в начале XX века. Однако практически их удалось организовать только в условиях Советского государства, и массовыми они стали с 1947 г.

Ранняя диагностика предраковых заболеваний и рака женских половых органов должна осуществляться не только в женских консультациях, но и при профилактических онкологических осмотрах.

ДИАГНОСТИКА РАКА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Злокачественные опухоли половых органов женщины занимают одно из первых мест в заболеваемости населения.

Наиболее часто из всех злокачественных опухолей женских половых органов встречается рак, поражающий преимущественно шейку матки.

А. И. Серебров, приводя отчетные данные по онкологической сети 14 союзных республик за 1951—1952 гг., указывает, что среди злокачественных опухолей у женщин на первом месте стоит рак матки.

По статистике И. А. Евнина, на 5150 случаев рака женских половых органов на рак матки падает 92,25% и лишь 7,75% на все остальные локализации рака гениталий. Отношение между раком шейки матки и раком тела матки выражается цифрами 17:1 (А. И. Серебров) или 15:1 (Гинзельман — Hinselmann).

В настоящее время главной задачей врачей и среднего медицинского персонала женской консультации в противораковой борьбе является широкое проведение таких профилактических мероприятий, как: санитарно-просветительная работа, профилактические осмотры населения, лечение воспалительных заболеваний и особенно предопухолевых состояний половых органов с обращением внимания на восстановление нарушенных физиологических функций органов, так как на здоровых физиологически полноценных органах рак не развивается (А. И. Серебров).

Кроме того, огромное значение имеет ранняя диагностика злокачественных опухолей половых органов женщины, позволяющая при правильном использовании современных методов лечения получать хорошие результаты.

Следует, как правило, каждую больную с подозрением на злокачественное новообразование не выпускать из-под наблюдения до тех пор, пока не будет установлен точный диагноз, отрицающий или подтверждающий наличие злокачественной опухоли. При обследовании больной используются обычные методы:

осмотр влагалища и шейки матки при помощи зеркал, двуручное и ректально-брюшностеночное исследование, цитологическая диагностика и биопсия. Если в амбулаторных условиях не удается поставить диагноз, а также при отсутствии в данном учреждении надлежащего специалиста акушера-гинеколога, больная направляется на консультацию в другое лечебное учреждение (онкодиспансер, гинекологическое отделение больницы). В ряде случаев больные с невыясненным диагнозом при подозрении на злокачественную опухоль направляются для обследования в стационар.

Ни в коем случае нельзя оставлять больную длительное время (более 2—3 недель) с невыясненным диагнозом, так как выжидание может привести к запущенной стадии болезни, когда лечебные мероприятия менее эффективны или совсем не дают результата. Если диагностировано предопухоловое заболевание, например эрозия шейки матки, то нельзя бесконечно продолжать лечение, которое не дает результата, а следует после 4—6 недель консервативной терапии применять оперативные методы лечения и не забывать о возможности перехода предопухолового (предракового состояния) в рак. К сожалению, все еще встречаются запущенные случаи рака шейки матки и придатков, при которых больные длительное время подвергались консервативной терапии по поводу эрозий или воспалительных tuboовариальных опухолей.

Рак шейки матки излечим при современных методах терапии лучистой энергией, а также при оперативном лечении с последующим облучением рентгеновыми лучами, если радикальное лечение применяется в начале заболевания.

Врачи женской консультации во время проведения санитарно-просветительной работы и при обследовании больных должны учитывать, что в начале своего развития в большинстве случаев рак шейки матки протекает бессимптомно.

Исходя из этого, совершенно очевидно большое значение профилактических осмотров, позволяющих выявлять предраковые состояния и начальные стадии рака. Указанное обстоятельство требует также того, чтобы и гинеколог при обследовании всех женщин, явившихся на прием, производил осмотр с применением зеркал, независимо от симптоматики заболеваний.

По мере того как происходит рост раковой опухоли, начинают появляться такие признаки, как кровотечение и бели, указывающие на распад опухоли.

Наиболее частым первичным симптомом рака шейки матки является кровотечение, выраженное в различной степени и зависящее от распада опухоли. А. И. Серебров указывает, что жалобы только на кровотечение были у 86,8% больных; указания только на бели имелись в 9,5% и в 3,7% женщины жаловались на боли.

Бели при раке шейки матки появляются в результате вскрытия межтканевых лимфатических щелей и лимфатических сосудов при отторжении некротизированных частиц опухоли. Водянистый характер белей, особенно у женщин в период климактерия и в старческом возрасте, должен всегда вызвать настороженность и требует самого внимательного обследования половых органов. Бели сукровичные, цвета мясных помоев, или с гнилостным запахом, обычно указывающие на распад и инфицирование опухоли, весьма подозрительны на наличие рака.

Кровотечения при раке шейки матки или выражаются в виде незначительных кровянистых выделений, или же, чаще всего при экзофитных формах и обширном распаде новообразования, носят характер обильных кровотечений, которые могут быть как однократными, так и многократными.

Весьма характерны для рака шейки матки контактные кровотечения, возникающие вследствие травмы опухоли при влагалищном исследовании, во время дефекации при твердом стуле, во время coitus'a, спринцевания, при тряской езде, при физической работе, связанной с подъемом тяжести, и т. п. Кровотечение возникает в результате повреждения (разрыва) поверхностно расположенных мелких сосудов опухоли, которые имеют очень тонкие и хрупкие стенки, нередко воспалительно измененные.

Не у всех женщин с контактным кровотечением бывает рак, но все женщины при контактных кровотечениях должны быть особенно тщательно обследованы, чтобы можно было установить причину кровотечения и исключить или подтвердить наличие рака.

Бели и кровотечения при раке шейки матки отличаются тем, что они бывают длительными, непрерывными или часто повторяются, появляясь в межменструальном периоде, и, кроме того, наблюдается последовательное их усиление. Особенно подозрительно на рак появление сукровичных белей и кровотечений у женщин, вступивших в период менопаузы.

Жалобы на боли, так же как и появление симптомов со стороны мочевого пузыря или прямой кишки (частые позывы и учащенное мочеиспускание, циститы, гидро- и пионефрозы, запоры, кровь в испражнениях, свищи), указывают на запущенные стадии заболевания.

Кахексия при раке шейки матки появляется поздно, объясняясь нарушением обмена веществ, упадком питания и интоксикацией организма продуктами распада опухоли и часто сопутствующей раку инфекцией.

При обследовании больной врач женской консультации должен во время собирания анамнеза уделить особое внимание вопросам о родах (течение, исходы, родовые травмы) и гинекологическим заболеваниям (эрозии, воспалительные процессы) и

выяснить, когда и как началось данное заболевание, по поводу которого больная обратилась к гинекологу, расспросить о течении заболевания. При этом выясняется длительность заболевания, характер симптомов и их выраженность.

После того как у больной будет собран анамнез, врач приступает к обследованию, независимо от характера жалоб и выра-

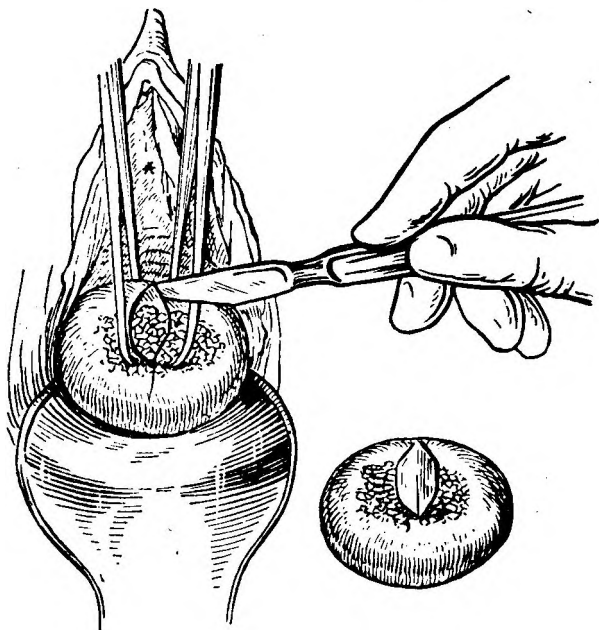


Рис. 72. Взятие пробной вырезки (биопсия).

женности симптомов. Ни в коем случае нельзя назначать лечение (кровоостанавливающие средства, спринцевания и др.), не обследовав больную надлежащим образом. Иногда, особенно при кровотечении у женщины в климактерическом периоде, врачу кажется ясным диагноз и без осмотра больной, но как раз в этот период чаще всего можно прозевать своевременное распознавание рака, если не произвести детального обследования женщины с обязательным осмотром влагалища и шейки матки в зеркалах. А. И. Серебров указывает, что ошибки в диагностике рака при одном только двуручном исследовании наблюдались в 58,3% случаев, одновременное применение бимануального исследования и осмотра в зеркалах снижало процент ошибок до 12,1%, а если помимо этих методов применялась еще и биопсия подозрительного участка, то ошибки были лишь единичными.

При подозрении на рак шейки матки обследование лучше всего начинать с осмотра влагалища и шейки матки в зеркалах, так как при наличии раковой опухоли влагалищное исследование с помощью пальцев может привести к разрушению опухоли и вызвать кровотечение, затрудняющее дальнейшее исследование или заставляющее временно отказаться от осмотра больной. Более целесообразно использовать для осмотра ложкообразные зеркала и подъемники, чем двусторчатые зеркала типа Куско и т. п. Введение зеркал следует производить медленно и осторожно, чтобы не травмировать опухоль, если таковая имеется на шейке матки. С помощью зеркал последовательно осматриваются стенки влагалища и шейка матки.

При экзoфитнoй форме рака шейки матки на последней обнаруживаются различной величины крупные или мелкобугристые разрастания, несколько напоминающие вид цветной капусты. При обширных разрастаниях раковой опухоли последняя выполняет верхнюю часть влагалища, как бы свисая с шейки матки в его просвет. Ввиду выраженной хрупкости раковая опухоль легко травмируется, приводя к кровотечениям. Распадающиеся участки новообразования инфицируются, покрываются гнойными налетами и темными корками, образовавшимися при некрозе и распаде опухоли. При надавливании зондом на раковую опухоль зонд легко проникает в ее толщу вследствие хрупкости ткани, а прикосновение к поверхности опухоли вызывает кровотечение.

Обычно экзофитная форма рака сопровождается более ранним появлением симптомов заболевания (бели, кровотечение) и не вызывает особых затруднений при распознавании. Следует иметь в виду, что распадающаяся и некротизированная подслизистая фибромиома матки, родившаяся во влагалище, может по своему виду напоминать экзофитную форму рака шейки матки. Однако во время влагалищного исследования при родившейся фибромиоме исследующими пальцами определяется ножка опухоли, уходящая в полость матки, и края маточного зева, окружающие ножку в виде кольца. При раке шейки матки опухоль неотделима от шейки и верхний ее полюс исходит из передней или задней губы, а иногда захватывает и ту и другую.

При небольших разрастаниях раковой опухоли на передней или задней губе шейки матки обнаруживаются папиллярные разрастания или затвердения, возвышающиеся над поверхностью соседних неизмененных участков. При дотрагивании зондом или пинцетом к указанным разрастаниям ткани начинается кровотечение. Наблюдая и незначительные изменения на шейке матки, подозрительные на рак, всегда следует помнить, что для раковой опухоли характерными являются: ясно выраженное уплотнение, инфильтрация ткани и хрупкость последней в результате потери эластичности, легкая кровоточивость при малейшей травме.

При эндофитной форме рака шейки матки последняя представляется раздутой, увеличенной в размерах, имеет плотную консистенцию и покрыта слизистой оболочкой темно-багрового цвета, на которой часто бывает видна сеть мелких, поверхностно расположенных кровеносных сосудов. Дотрагивание инструментами до такой шейки матки сопровождается появлением кровотечения. При эндофитной форме рака узел новообразования вначале может быть заложен в толще тканей шейки матки и последняя при этом покрыта нормальной слизистой оболочкой. Лишь раздутая форма шейки и ее хрящеватая плотность вызывают подозрение на рак, которое подтверждается или исключается биопсией подозрительного участка.

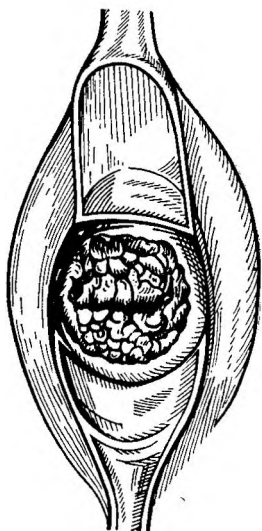


Рис. 73. Рак шейки матки. Вокруг раковой язвы видна здоровая слизистая оболочка.

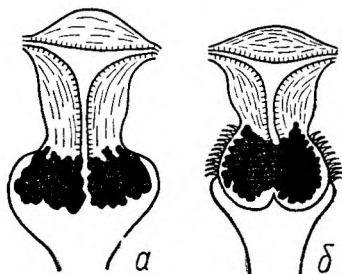


Рис. 74. Схематический рисунок экзофитной (а) и эндофитной (б) форм рака шейки матки.

При дальнейшем развитии эндофитная форма рака шейки матки приводит к изъязвлению слизистой оболочки и разрушению глубже лежащих тканей с образованием язв с подрытыми краями и неровным бугристым дном, покрытым грязно-серым налетом. Бели при этом имеют вид мутной серозной или серозно-кровянистой жидкости. Прикосновение к такой язве вызывает кровотечение. В далеко зашедших случаях заболевания влагалищная часть шейки матки полностью разрушается и на ее месте обнаруживается сильно кровоточащая даже при легком травмировании глубокая кратерообразная язва. Нередко наблюдаются смешанные формы, имеющие признаки как экзофитной, так и эндофитной форм рака шейки матки.

Рак цервикального канала представляет большие трудности при диагностике, особенно, если опухоль расположена на некотором расстоянии от наружного зева. В подоб-

ных случаях влагалищная часть шейки матки при осмотре в зеркалах имеет нормальный вид. Введение зонда в шейечный канал вызывает кровотечение из пораженного участка.

При значительных разрастаниях раковой опухоли последняя может быть замечена при осмотре, если выпячивается в наружный зев, или по отхождению кусочков распадающихся тканей.

Двуручное исследование обычно производят при подозрении на рак или в его начальной стадии, главным образом с целью определения формы, величины и плотности шейки матки. Одновременно определяется величина, форма, положение, подвижность и консистенция матки, а также изменения в придатках и клетчатке, при этом обращается особое внимание на наличие инфильтрации последней.

При раке цервикального канала бимануальное исследование обязательно, так как оно позволяет определить более отчетливо изменения в конфигурации шейки, имеющей обычно бочкообразную форму, установить ее величину, плотность и применить диагностический прием Сиредея.

При сырой клинической картине рака шейки матки обычное бимануальное исследование заменяется ректально-брюшностеночным исследованием, позволяющим более точно определить распространенность и стадию ракового процесса. Только этим методом определяется инфильтрация крестцово-маточных связок и степень вовлечения в опухолевый процесс прямой кишки, определяемая по ограничению подвижности последней в участке, прилегающем к опухоли, инфильтрации стенок, по изменению подвижности слизистой оболочки кишки. При ректальном исследовании меньше травмируется опухоль шейки, а это имеет определенное значение, так как травма, помимо кровотечения, способствует инфицированию опухоли и ее метастазированию.

Хробак предложил использовать для диагностики рака шейки свою пробу, которая заключается в том, что на подозрительный участок надавливают пуговчатым зондом толщиной в 2 мм; проникновение зонда в глубину ткани и возникновение при этом кровотечения указывают на наличие рака. А. И. Серебров отрицательно относится к пробе Хробака, другие авторы дают ей положительную оценку (И. Н. Никольский, Ф. М. Чудновский).

Прием Сиредея, имеющий значение при распознавании рака шейечного канала, заключается в создании резкого перегиба матки в области внутреннего зева при бимануальном исследовании; появление крови указывает на возможность наличия раковой язвы в цервикальном канале, травматизация которой и вызы-

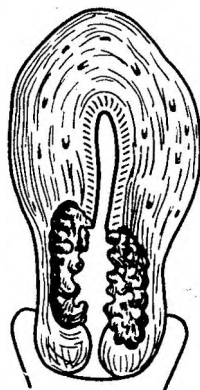


Рис. 75. Рак канала шейки матки.

вает кровотечение. По мнению А. И. Сереброва, прием Сиредея представляет слишком грубое вмешательство, и если на пальцах остается кровь после обычного бимануального исследования при внешне неизменной шейке, то необходимо диагностическое выскабливание слизистой оболочки.

Проба Шиллера заключается в следующем: ватный шарик, смоченный раствором Люголя, дважды прикладывается к

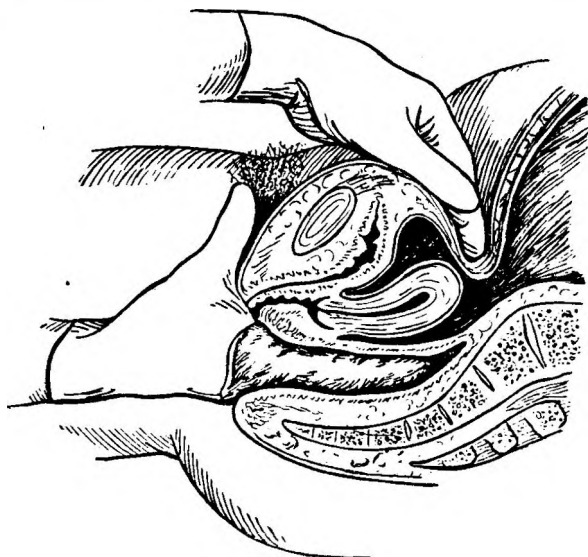


Рис. 76. Прямокишечно-брюшностеночное исследование.

обнаженной зеркалами влажной части шейки матки. Нормальный эпителий слизистой оболочки окрашивается в темно-бурый цвет. Воспалительно измененная ткань принимает желтый цвет, и при этом переход от темных тонов окраски в более светлые происходит постепенно. Ткани, содержащие мало гликогена, не воспринимают окраски йодом (эрозия, слизистая шейечного канала при эктропионе). Лейкоплакии, раковая опухоль остаются бледными пятнами на темно-буром фоне, и граница между ними резко очерчена. Проба Шиллера не является специфической для канцера, но положительный ее результат (темно-бурый цвет) указывает на отсутствие рака в этом участке. Неокрашенные участки наблюдаются при раке, но могут быть и при таких состояниях, как эрозия, эктропион, гиперкератоз и лейкоплакия. Поэтому при наличии отрицательной пробы неокрашенные участки, указывающие на патологические изменения эпителия, должны подвергаться тщательному исследованию для исключения рака.

При биопсии место для вырезывания кусочка избирается из участков, неокрашенных йодом.

Цистоскопия позволяет распознать распространение раковой опухоли на мочевой пузырь. При этом может наблюдаться выпячивание стенки мочевого пузыря над опухолью шейки матки, расширение сосудов и отек в области сфинктера в результате застойных явлений. При переходе опухолевого процесса на предпузырную клетчатку появляется диффузный или буллезный отек и изменения контуров устьев мочеточников. Наличие изъязвлений, разрастаний на слизистой оболочке мочевого пузыря или возникновение пузырно-влагалищного свища свидетельствуют о поражении опухолевым процессом стенки мочевого пузыря. Цистоскопию следует производить при расположении опухоли на передней стенке шейки матки, при раке цервикального канала и при решении вопроса об оперативном лечении, после предварительного применения лучевой терапии.

Кольпоскопия позволяет выявить патологические изменения шейки матки, незаметные или неясные при обычном осмотре (предраковые состояния и самые начальные формы рака). Однако кольпоскопия чаще всего дает ориентировочные данные, позволяя заметить подозрительные участки, биопсия же из этих мест с последующим гистологическим исследованием вырезанного кусочка уточняет диагноз.

Биопсия должна применяться во всех случаях неясного диагноза и при подозрении на рак.

Если при гинекологическом обследовании возникает сильное подозрение на рак, то такую больную лучше всего сразу направить в онкодиспансер или в гинекологическое отделение больницы, где при установлении диагноза и будет проводиться лечение больной. Биопсия, произведенная задолго до лечения, может способствовать инфицированию опухоли и ее метастазированию.

При наличии только сомнений в диагнозе, где биопсия применяется главным образом для исключения рака, она может быть произведена в лечебном учреждении по месту жительства женщины. В этом случае вырезанный кусочек, помещенный в 10% раствор формалина, отсылается в патологоанатомическую лабораторию онкодиспансера, больницы или клиники. В направлении указываются фамилия, имя и отчество полностью, анамнестические данные (возраст, менструальная и родовая функция, жалобы), откуда взят кусочек и предположительный диагноз.

Цитодиагностика влагалищных мазков является одним из способов ранней диагностики рака шейки матки, особенно преинвазивных его форм. Этот метод основан на том, что эпителиальные клетки постоянно отторгаются с поверхности опухоли и обнаруживаются в мазках-отпечатках или в мазках из влагалищного содержимого. Диагностика рака по мазкам требует определенного опыта в исследовании цитологических препаратов.

Результаты цитодиагностики проверяются обычно гистологическим исследованием, и оба метода дополняют друг друга.

Дифференциальная диагностика должна проводиться между раком шейки матки и эрозией ее, изъязвившимся эктропионом, туберкулезными и сифилитическими язвами, мягким шанкром и пролежнем при выпадениях матки.

Эрозия ярко-красного цвета с синеватым оттенком имеет бархатистую поверхность, постепенно переходящую в здоровую ткань, равномерно возвышается над слизистой оболочкой, слегка кровоточит при дотрагивании. Эрозия часто сочетается с воспалительными явлениями, а именно: с наботковыми железами, отеком ткани и обильным слизисто-гнойным отделяемым из шеечного канала. При ярком освещении поверхность воспалительной эрозии представляется блестящей. При затруднениях в диагнозе производится биопсия.

При раковой язве не бывает равномерного возвышения, как при доброкачественной эрозии, и граница ее со здоровой тканью как бы отделена бороздкой. Хрупкость и кровоточивость ткани при раке более выражены, воспалительные явления могут отсутствовать.

Эрозированный эктропион возникает при наличии разрывов шейки матки и деформациях последней. Для вывороченной слизистой цервикального канала характерно резкое покраснение. При дотрагивании зондом до эрозированной поверхности и при сдавливании шейки матки во время бимануального исследования хрупкости ткани не отмечается.

Во время беременности при эрозии шейки матки и эрозированном эктропионе наблюдаются пышные разрастания, которые легко кровоточат при дотрагивании. При беременности шейка матки, пораженная раковой опухолью, не имеет хрящевидной консистенции, что также затрудняет постановку диагноза, для выяснения которого и приходится прибегать к биопсии.

Туберкулезная язва шейки матки имеет более мягкую консистенцию, чем раковая язва, хрупкость тканей отсутствует, кровоточивости нет или она слабо выражена. Диагноз очень облегчается, если на дне язвы или в ее окружности обнаруживаются просовидные бугорки. Имеет некоторое значение наличие туберкулезных поражений в других органах (легкие, брюшина, придатки матки). Обычно приходится прибегать к биопсии.

Сифилитическая язва шейки матки характеризуется округлой формой, гладким дном, имеющим глянцевитый вид, и коричнево-красным цветом. По окружности язвы имеется тонкая красного цвета демаркационная линия. Чаще всего первичная сифилитическая язва локализуется на передней губе шейки. При установлении диагноза необходимо учитывать данные анамнеза и результаты реакции Вассермана. При сомнениях в диагнозе показана биопсия.

Мягкий шанкр шейки матки встречается редко. Язвы при мягком шанкре чаще всего множественные, окружены ярко-красным воспалительным ободком и не имеют подрывных краев. В отделяемом из язвы мягкого шанкра обнаруживаются палочки Дюкрея.

Декубитальная, или трофическая, язва шейки матки при выпадениях последней редко вызывает подозрение на рак, тем более, что рак шейки матки при выпадении ее встречается очень редко. Трофическая язва располагается на резко гипертрофированной отечной шейке, консистенция язвы мягкая,

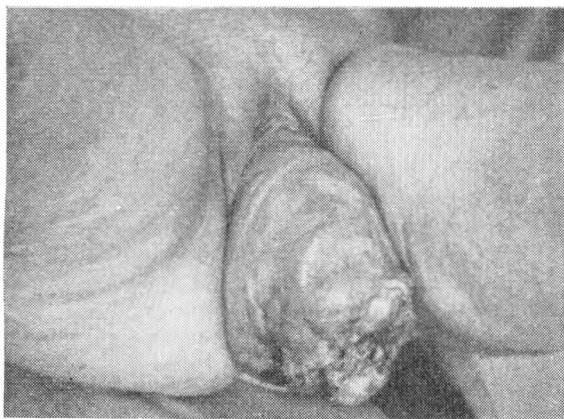


Рис. 77. Полное выпадение матки и влагалища.
Рак шейки матки.

хрупкость ткани отсутствует. При наличии сомнений, особенно если трофическая язва становится неровной, бугристой, плотной и кровоточивой, необходимо произвести биопсию, чтобы не пропустить раковую опухоль. У двух больных нам пришлось наблюдать рак шейки матки при выпадениях последней и развитие раковой опухоли на месте трофической язвы на стенке влагалища (рис. 77 и 78).

В некоторых случаях остроконечные кондиломы, расположенные в области шейки матки, в окружности наружного зева, могут вызвать подозрение на рак, особенно, если они наблюдаются во время беременности. Отсутствие инфильтрации подлежащей ткани, рост кондилом из поверхностных слоев эпителия, отсутствие хрупкости ткани позволяют исключить рак шейки матки. В сомнительных случаях прибегают к биопсии. Если же одновременно имеются кондиломы и на стенках влагалища, а также в области наружных половых органов, то диагноз легко устанавливается и на рак подозрения не возникает.

Поставив диагноз рака шейки матки, врач должен определить и стадию распространения процесса, чтобы учитывать, какой метод терапии может быть применен и куда следует направить женщину на лечение.

По принятой в СССР международной классификации рака шейки матки при I стадии рак строго ограничен шейкой;

при II стадии рак инфильтрирует параметрий на одной или обеих сторонах, не переходя на стенку таза (параметральный вариант), или инфильтрирует влагалище, не переходя на

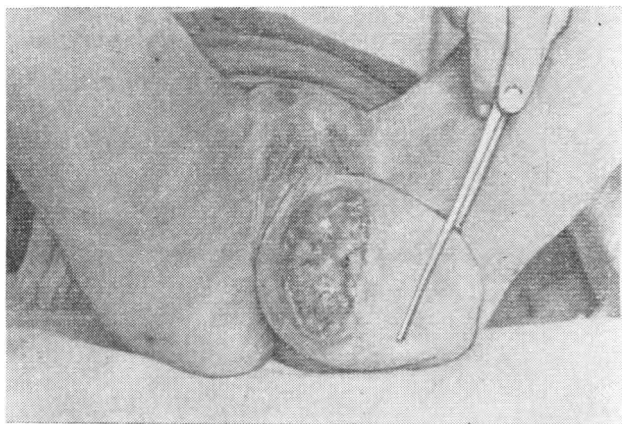


Рис. 78. Полное выпадение матки и влагалища.
Рак влагалища.

нижнюю его треть (влагалищный вариант). К этой же стадии относится и эндоцервикальный рак, переходящий на тело матки;

при III стадии раковая инфильтрация параметральной клетчатки переходит на стенку таза с одной или обеих сторон. При влагалищном варианте рак переходит на нижнюю треть влагалища. Заболевание относят к III стадии, если при относительно малом первичном раке шейки имеются изолированные метастазы в малом тазу, которые обычно прощупываются у стенки таза;

при IV стадии рак переходит на мочевой пузырь, прямую кишку или распространяется за пределы малого таза.

В 1950 г. конгресс американских акушеров-гинекологов предложил в классификацию рака шейки матки ввести нулевую стадию, включающую рак *in situ*, известный также под названиями «преинвазивный рак», «интраэпителиальный рак». Рак *in situ* представляет злокачественный рост плоского эпителия шейки матки, не переходящего на соседние ткани (рак без инвазии). Чаще всего рак *in situ* возникает на границе между плоским и ци-

линдрическим эпителием. Большинство акушеров-гинекологов рак *in situ* относит к начальной стадии истинного рака, а некоторые авторы считают его предраковым состоянием.

Клинические наблюдения показывают, что рак *in situ* может переходить в типичный инвазивный рак, может длительное время оставаться без изменений и может исчезать, превращаясь в нормальный эпителий.

Диагноз рака *in situ* устанавливается путем исследования вагинальных мазков и биопсии.

Лаборд (Laborde) считает, что при карциноме *in situ* показана экстирпация матки; яичники следует удалять лишь у женщин старше 50 лет. Кюритерапия, по мнению Лаборд, оказывает хороший лечебный эффект, но может применяться у больных в климактерическом возрасте и позднее. А. И. Серебров считает, что мнение Лаборд о лечении рака *in situ* является обоснованным.

У молодых женщин при раке *in situ* может быть применена диатермокоагуляция или конизация шейки, но с обязательными последующими регулярными осмотрами. Хотя неизбежность перехода рака *in situ* в инвазивный рак остается недоказанной и имеются наблюдения о самопроизвольном регрессе этого процесса, лечение следует начинать после установления точного диагноза.

При лечении рака шейки матки I стадии используется оперативный метод с последующей лучевой терапией. Операция при раке шейки матки должна производиться только квалифицированными специалистами. При II и III стадиях применяется сочетанная лучевая терапия (рентген-радий). При II стадии рака шейки матки, если невозможно применить радиотерапию, допустимо хирургическое вмешательство с последующей рентгенотерапией. В IV стадии заболевания больным назначается симптоматическое лечение, а если и назначается рентгенотерапия, то она носит паллиативный характер.

При беременности и раке шейки матки I, а иногда II стадии показано оперативное лечение. При II и III стадиях производится прерывание беременности (аборт, брюшностеночное кесарево сечение) с последующей радио-рентгенотерапией. При IV стадии показано прерывание беременности и симптоматическое лечение.

Рак тела матки встречается обычно у женщин в возрасте старше 50 лет, чаще всего в период менопаузы. Раку тела матки в большинстве случаев предшествуют железистая гиперплазия и аденоматоз.

Характерными симптомами для рака тела матки являются бели и кровотечения.

Бели бывают обильные, водянистые, чаще с примесью слизи. При распаде опухоли бели принимают характер сукровичных, напоминающих мясные помои, и нередко имеют крошковатые включения — отторгнувшиеся частицы новообразования.

Кровотечения в большинстве случаев носят характер кровянистых «мажущихся» выделений, реже бывают обильные кровопотери.

Появление сукровичных белей или кровотечения независимо от степени его выраженности у женщины в период менопаузы всегда должно вызвать подозрение на рак, и больная должна быть тщательно обследована.

Еще В. Ф. Снегирев отметил один из симптомов, наблюдающихся при раке тела матки,— появление схваткообразных периодических болей внизу живота, отдающих в нижние конечности. Подобные боли обусловлены сокращениями маточной мускулатуры, реагирующей на ее растяжение растущей опухолью или скопившейся в полости матки кровью, гноем или слизью в результате закупорки цервикального канала частицами опухоли или перегиба матки при ее неправильных положениях. В запущенных стадиях рака тела матки появляются «грызущие» или «ноющие» боли, имеющие постоянный характер и усиливающиеся по ночам. Эти боли обусловлены раковой инфильтрацией, перешедшей за пределы матки и сдавливающей нервные стволы малого таза. Боли локализируются чаще в крестцово-поясничной области и реже внизу живота.

Увеличение матки при раке ее тела появляется при значительном разрастании опухоли или при наличии пио-гематометры. В начальной стадии заболевания матка не увеличена в размерах.

При дифференциальной диагностике рака тела матки необходимо исключить при обследовании женщины рак шейки матки, трихомонадный и старческий кольпит.

При воспалении влагалища могут наблюдаться в результате эрозирования слизистой сукровичные выделения, но при осмотре в зеркалах ясно видны изменения на стенках влагалища. Последующее лечение кольпита в течение 7—10 дней приводит к прекращению кровянистых выделений.

Труднее провести дифференциальный диагноз между раком тела матки, гиперплазией эндометрия и раком цервикального канала. В этих случаях обычно пробное выскабливание слизистой оболочки с последующим гистологическим исследованием соскоба позволяет определить характер заболевания.

Иногда у женщины в период менопаузы могут наблюдаться кровянистые выделения из матки, обусловленные хрупкостью и ломкостью кровеносных сосудов при атеросклерозе. В этих случаях, так же как и в других с неясной причиной маточного кровотечения, приходится прибегнуть к диагностическому выскабливанию.

Рак тела матки может иметь вид более или менее ограниченных разрастаний, сидящих на широком основании и окруженных неизменной слизистой оболочкой, или принимает вид одиночного или множественных полипов на ножке. Встречается и диффуз-

ная форма рака тела матки, при которой обширные мозговидные разрастания покрывают всю внутреннюю поверхность матки. При распаде опухоли образуются язвы различной глубины.

Если рак тела матки ограничен пределами эндометрия, то имеется I стадия заболевания; при II стадии раковый процесс переходит на миометрий или параметрий, не доходя до

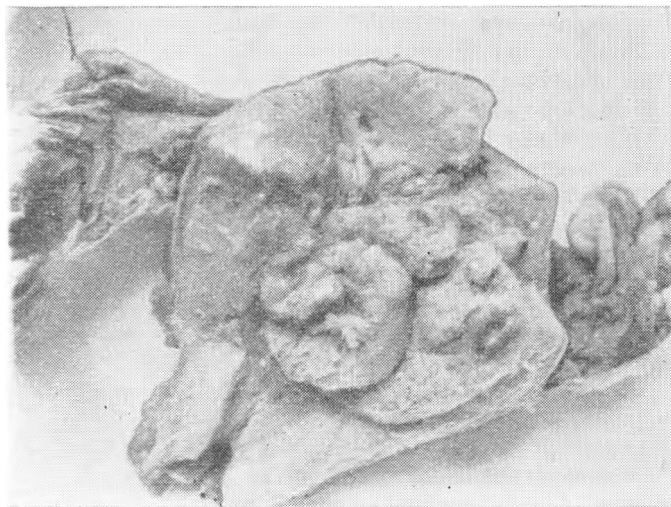


Рис 79. Рак тела матки.

стенок малого таза, к этой же стадии относится и распространение рака тела матки на шейку; III стадия характеризуется переходом инфильтрации на стенку таза, метастазами в регионарные лимфатические узлы, в придатки, во влагалище или прорастанием брюшинного покрова матки; IV стадия характеризуется распространением процесса на близлежащие органы (мочевой пузырь, прямую кишку и др.) или появлением отдаленных метастазов.

Пробное выскабливание при подозрении на рак тела матки должно производиться бережно и осторожно. При начальной стадии заболевания и скудном соскобе необходимо проверить всю внутреннюю поверхность матки, чтобы не пропустить ограниченного ракового новообразования. При обильном крошковатом соскобе не следует стремиться производить тщательное выскабливание, так как можно легко перфорировать стенку матки, пораженную новообразованием.

При подозрении на рак цервикального канала производится «дробное» выскабливание; вначале берется соскоб из цервикального канала (не доходя кюреткой до внутреннего зева), а затем

врач производит расширение цервикального канала и делает выскабливание слизистой тела матки.

Лечение рака тела матки в I и II стадии оперативное, с последующим рентгеновским облучением. При III стадии применяется лучевая терапия и в IV стадии — симптоматическое лечение.

Рак влагалища бывает первичным и метастатическим при раке шейки и тела матки. При раке влагалища во время осмотра обнаруживается на стенке вагины язва с приподнятыми краями и плотным дном грязно-серого цвета или сосочковые разрастания. Наблюдаются и формы рака влагалища, выражающиеся в появлении плотной инфильтрации его стенки. Чаше встречается сочетание различных форм.

Симптомами рака влагалища являются слизисто-гнойные или сукровичные бели, принимающие в дальнейшем характер ихорозных, зловонных, выделений. Рано появляются контактные кровотечения; при распространении ракового процесса на мочевой пузырь начинаются дизурические явления, при переходе на прямую кишку появляются запоры, тенезмы. В запущенных стадиях заболевания возникают боли, свищи. При наличии малейшего подозрения на рак влагалища (язва, разрастание ткани, инфильтрация стенки влагалища) немедленно следует произвести биопсию, так как раковый процесс при данной локализации склонен к быстрому распространению.

Лечение при раке влагалища заключается в применении радио-рентгенотерапии.

Рак вульвы встречается так же редко, как и рак влагалища, возникая чаще всего у женщин пожилого возраста. Наиболее частой локализацией является рак клитора и больших половых губ, реже поражаются малые половые губы, уретра и очень редко — бартолиниева железа.

В начале заболевания появляются жалобы на зуд в области вульвы и боли. Гнойные выделения и кровотечение начинаются при распаде и изъязвлении раковой опухоли. Раку вульвы нередко предшествует крауроз. При наличии в области вульвы язвы, часто очень болезненной, или опухолевидных разрастаний ткани, необходимо всегда подумать о возможности рака и произвести биопсию. Дифференцировать приходится с туберкулезом, сифилисом, мягким шанкром и вульгарными язвами, если они длительно не заживают. При вульгарных язвах нельзя их лечить более 2 недель и если лечение не дает успеха, следует произвести биопсию.

Лечение при раке вульвы заключается в начальной стадии заболевания в расширенной экстирпации вульвы с удалением паховых лимфатических узлов и последующей рентгенотерапии. При обширном распространении опухоли применяется радио-

рентгенотерапия, а при наличии метастазов в отдаленные органы — симптоматическое лечение.

Рак яичников может встречаться у женщин любого возраста, включая и детский, но распознавание его в начальных стадиях болезни представляет большие трудности из-за слабой выраженности признаков заболевания.

Принято различать первичный рак яичников, представляющий обычно плотную бугристую опухоль, наполненную мозговыми массами, и вторичный рак яичника, развивающийся из сосочковых или железистых кистом яичника и дермоидных кист. Кроме того, встречается метастатический рак яичников при первичном поражении желудочно-кишечного тракта и реже — молочной железы или легкого. Метастатические раки яичника, обычно двусторонние, достигают нередко размеров головы взрослого человека, имеют плотную консистенцию и неровную бугристую поверхность.

При раке яичника часто наблюдается асцит, который является еще при небольших размерах опухоли.

Лечение при раке яичников дает наиболее благоприятные результаты при раннем его распознавании, на что и следует обращать особое внимание врачу женской консультации.

Ряд признаков, выявленных при общем обследовании больной, может указывать на раннюю стадию заболевания, а именно: ускорение РОЭ до 30—40 мм в час, сдвиг лейкоцитарной формулы влево при нормальном числе лейкоцитов, лейкопения с уменьшением числа лейкоцитов до 4 000 и ниже, иногда субфебрилитет. Кроме того, как отмечает И. Ф. Жордания, могут наблюдаться явления, указывающие на увеличение продукции эстрогенов: а) ощущения «омоложения», в большинстве случаев протекающие с повышением полового чувства; б) увеличение молочных желез и гиперемия сосков; в) постоянное наличие во влагалищных мазках ороговевших клеток; г) небольшое увеличение матки в период климактерия и менопаузы, ее «сочность», железистая гиперплазия эндометрия; д) позднее наступление менопаузы. Появление на коже мелких ангиом, ранее отсутствовавших; нарушения менструального цикла в любой форме, если до этого менструации протекали нормально; обнаружение в период менопаузы периаднекситы при отсутствии указаний на предшествующие в молодые годы воспалительные заболевания, особенно при некотором увеличении матки и железистой гиперплазии эндометрия; ощущение увеличенного яичника в дугласов карман, его отечность или бугристость, даже незначительно выраженные, также должны быть учтены, особенно при сочетании нескольких из перечисленных признаков, как симптомы, заставляющие врача заподозрить начинающийся в яичнике злокачественный процесс.

Такие больные должны быть взяты под особое наблюдение,

повторно осмотрены через месяц и в дальнейшем не реже как через 2—3 месяца должны подвергаться гинекологическому обследованию, пока не будет снято подозрение на злокачественную опухоль яичника. Если перечисленные выше симптомы не исчезают и отмечается увеличение размеров одного или обоих яичников, которые становятся более плотными или бугристыми, больная должна быть помещена в стационар с предположительным диагнозом рак яичника.

Всякая опухоль яичника, даже если она и доброкачественная, подлежит удалению. Однако следует иметь в виду, что нередко метастатический рак яичника распознается раньше, чем поражение в первичном очаге, достигшее уже широкого распространения. Поэтому при всех опухолях яичника, подозрительных на рак, необходимо тщательно обследовать больную, особенно ее пищеварительный тракт, чтобы не просмотреть поражение раком желудка и других органов.

Хорошо известно, что длительно протекающие воспалительные процессы в придатках матки, особенно при наличии мешотчатых опухолей, в ряде случаев приводят к развитию бластоматозного процесса и к возникновению, в частности, рака яичников, особенно у больных, приближающихся к периоду климактерия или менопаузы.

Поэтому больные с воспалительными опухолями придатков матки должны быть на особом учете, подвергаться систематическому лечению с применением физиотерапевтических методов и курортного лечения. В тех же случаях, когда лечение в течение года не дает результатов, должен быть обсужден вопрос об оперативном лечении. Независимо от сроков лечения, если отмечается увеличение опухоли, протекающее без признаков, характерных для воспаления (повышение температуры, ускорение РОЭ, увеличение числа лейкоцитов и др.), больную необходимо направить в стационар для детального обследования и решения вопроса об оперативном лечении. При неясной клинической картине, когда нельзя исключить бластоматозный процесс, больную следует подвергнуть оперативному лечению.

Врач женской консультации при обследовании каждой больной или обратившейся к нему женщины по поводу профилактического осмотра должен не забывать о настороженности по отношению к раку, учитывая жалобы и те признаки, которые могут указывать на это заболевание, такое грозное для здоровья и жизни женщины.

К. К. Скробанский, касаясь распознавания рака матки, в свое время писал, что «ошибки при диагностике обуславливаются не трудностью диагноза, а тем, что врач мало думает о возможности рака».

ГИГИЕНА ЖЕНЩИНЫ

В течение всей жизни человека на него оказывают влияние разнообразные благоприятные и неблагоприятные факторы окружающей его среды. Они встречаются в воздухе, в воде, в почве, в жилищах, в продуктах питания, в условиях труда и т. д.

Изучением благоприятных условий, а также способов и мероприятий по предупреждению, ослаблению и устранению вредных факторов и неблагоприятных условий окружающей человека среды и занимается гигиена.

Гигиена женщины — наука, изучающая вопросы сохранения здоровья женщины с учетом особенностей строения и деятельности ее организма. В Советском государстве имеется в виду женщина в процессе труда, в процессе строительства культурной жизни. И все мероприятия направлены к тому, чтобы облегчить ей выполнение этих функций без ущерба для ее функции биологической, связанной с деторождением.

Труд женщин на промышленных предприятиях нашей страны организуется с учетом физиологических особенностей женского организма. Издан ряд законодательных актов, регулирующих работу беременных и кормящих матерей, предусматривающих различного рода льготы и пособия, связанные с беременностью и воспитанием детей.

В СССР создана стройная сеть учреждений по охране материнства и детства. Основным лечебно-профилактическим звеном ее является женская консультация акушерско-гинекологического объединения.

Гигиена детского возраста. Гигиенический режим следует проводить с самого первого дня жизни девочки. Необходимо заботиться о чистоте ее тела и особенно наружных половых органов. В первые дни жизни половые органы легко ранимы, что зависит от слущивания поверхностных слоев эпителия, смазывания наружных половых частей, выделения слизи. Ребенка нужно ежедневно купать и часто менять пеленки. После каждого опорожнения кишечника и мочеиспускания наружные половые органы обмывают теплой кипяченой водой.

При очистке наружных половых органов нужно избегать излишнего трения этой области, чтобы не вызвать поражения нежной кожи и не способствовать проникновению инфекции в глубь тканей. Обмывание наружных половых органов девочки следует производить с мылом под струей текущей воды осторожными движениями в направлении спереди назад (опасность занесения содержимого прямой кишки во влагалище) куском чистой ваты или мягкой материи. После обмывания кожу нужно осторожно обсушить и смазать жиром (подсолнечное масло и др.) или присыпать детской присыпкой.

Иногда у новорожденных девочек появляются из половой щели кровянистые выделения, напоминающие менструальное кровотечение, которые возникают благодаря гормональным воздействиям материнского организма и прекращаются обычно через несколько дней. В это время нужно с особой тщательностью следить за чистотой наружных половых органов.

Особенное внимание следует уделить обереганию новорожденных от гонококковой инфекции. С профилактической целью всем детям сразу же после рождения вводят в глаза по капле свежеприготовленного 2% раствора азотнокислого серебра. Новорожденным девочкам, кроме того, вводят несколько капель этого же раствора и в половую щель. Заражение может иметь место не только от больных матерей, но и от других лиц, больных гонореей, через губки, белье, общую постель, если ребенок спит вместе со взрослыми, или инфекция заносится плохо вымытыми руками. Чтобы предотвратить заражение девочки гонореей, необходимо для нее иметь отдельные предметы ухода и туалета. Ребенок не должен спать в одной постели со взрослыми.

Большую опасность для девочек представляет рахит. При заболевании рахитом ребенок становится капризным, раздражительным, плохо спит; одновременно появляются расстройства со стороны центральной и вегетативной нервной системы; потливость, затылок лысеет, отмечается склонность к неустойчивому стулу. Из-за недостаточного отложения извести кости становятся мягкими, легко искривляются и теряют нормальную форму. Искривление костей позвоночника и таза приводит к образованию рахитического таза (изменяется форма, уменьшаются размеры таза). Такие изменения таза у взрослых женщин могут повлечь за собой тяжелые роды, а в некоторых случаях даже полную невозможность нормальных родов.

Для предупреждения рахита огромное значение имеют: правильное питание и правильный режим матери в период беременности (антенатальная профилактика рахита), правильное питание, правильный режим и широкое пользование воздухом и светом в воспитании ребенка; гимнастика и массаж. С 2—3-месячного возраста назначают витамин D в количестве 3 000—5 000 ЕД

в день в течение 1—2 месяцев. Профилактическое общее облучение ртутно-кварцевой лампой начинают со 2—3-го месяца жизни, а с 5—6 месяцев нужно назначать докорм слизистыми и мучнистыми отварами, а также овощами, содержащими витамины и соли кальция, фосфора и железа, необходимые для нормального развития скелета.

О правильном питании, уходе за телом и физическом развитии нужно заботиться и в дальнейшем развитии девочки. Пища должна быть полноценной, содержать достаточное количество белков, жиров, углеводов, минеральных солей и витаминов. Витамины имеют большое значение для здоровья ребенка. Недостаточное количество их в пище может неблагоприятно отразиться на развитии всего организма. Необходимо давать ребенку свежие овощи, ягоды, фрукты. Пищу нужно приготавливать из свежих продуктов. Не следует добавлять в пищу ребенка острые и пряные приправы.

Питание должно быть регулярным, не менее 4 раз в день с промежутками между приемами пищи в 3 часа. Надо приучить девочку своевременно опорожнять кишечник и мочевой пузырь, так как переполнение этих органов может привести к изменению нормального положения матки, сопровождающемуся различными болезненными симптомами, расстройством менструаций и т. п.

Ужинать надо не менее чем за 2 часа до отхода ко сну.

Ребенок в возрасте от 2 до 4 лет должен спать не менее 15—16 часов. Девочке в возрасте от 4 до 7 лет следует спать 12 часов. В возрасте от 7 до 12 лет дети должны спать 10 часов, а в более старшем возрасте — 8,5—9 часов.

В ранние годы необходимо приучить ребенка к уходу за зубами и полостью рта. Зубы надо чистить ежедневно утром и вечером порошком или пастой и полоскать рот после каждого приема пищи. Важную роль играет уход за кожей, заключающийся в устранении всякого рода загрязнений. Горячие ванны или теплые обмывания тела с мылом следует делать 6—8 раз в месяц. Кроме того, необходимо приучить девочку ежедневно обтирать все тело водой комнатной температуры или принимать прохладный душ. Одежда девочки должна быть свободной, удобной, не стеснять ее движений. Необходимо носить закрытые трико, а чулки пристегивать длинными подвязками, прикрепленными к лифчику. Огромное значение имеет правильное физическое развитие девочки. Пребывание на свежем воздухе, ритмические движения, подвижные игры, занятия физкультурой, прогулки, экскурсии — все это способствует укреплению мышц, усилению аппетита, хорошей вентиляции легких и правильному кровообращению. Особое внимание надо обратить на ограждение девочки от тяжелой физической работы в домашнем быту. Советское законодательство запрещает применение детского труда и ограждает от тяжелой физической работы подростков,

труд их в нашей стране строго регламентирован. Не следует перегружать девочек школьными занятиями. Переутомление вредно сказывается на общем состоянии здоровья.

Гигиена взрослой женщины. Гигиенический режим женщины должен заключаться в создании благоприятных условий труда и быта, рациональном отдыхе, спорте, уходе за кожей, правильном питании и пр.

Большое внимание уделяется физической культуре. Различные виды спорта, как туризм, свободные телесные движения в соединении с воздушными ваннами, неустойчивая езда на велосипеде, волейбол, баскетбол, теннис, гимнастика, катание на лыжах, коньках, плавание, гребля, при нормальной дозировке способствуют нормальному развитию женщины. В результате занятий спортом женщины получают хорошую физическую закалку, развивается смелость, выносливость; такие женщины всегда оживлены, жизнерадостны. В нашей стране созданы все условия для широкого развития массового физкультурного движения. Советское правительство отпускает огромные денежные средства на строительство спортивных сооружений и организацию физкультурной работы.

Гигиена менструального цикла. Ко времени появления первой менструации девочка иногда становится легко возбудимой или, наоборот, вялой. Мать или педагог должны заранее предупреждать ее о возможном наступлении менструации и разъяснить ее значение. Неожиданное наступление менструации может вызвать испуг, а в некоторых случаях и тяжелые психические переживания.

У здоровой женщины менструации обычно не вызывают никаких болезненных ощущений, она легко переносит менструацию и может без всякого вреда для своего здоровья продолжать обычную работу. Только в том случае, если менструация бывает слишком обильной или сопровождается сильными болями, женщина становится нетрудоспособной и освобождается от работы. При всяком отклонении от нормального течения менструации женщина должна обратиться к врачу.

Особенно часто изменения менструации наблюдаются при женских болезнях.

Во время менструации в матке образуется раневая поверхность, поэтому огромное значение имеет соблюдение чистоты всего тела и особенно половых органов. При менструации не следует купаться или принимать ванны, мытье же под теплым душем разрешается. Необходима частая смена белья. Уход за половыми органами должен заключаться в ежедневных обмываниях их 2—3 раза в день теплой кипяченой водой с мылом для удаления пристающей к волосам и коже крови, с целью предупреждения разложения последней. Подмывание следует делать над тазом, под струей текущей воды спереди назад. Перед под-

мыванием и после него нужно тщательно вымыть руки. Всякие спринцевания воспрещаются. Здоровая женщина вообще не должна спринцеваться, так как при этом понижаются естественные защитные способности влагалища. Спринцевание есть лечебное мероприятие, и его нужно применять только по назначению врача при определенных заболеваниях.

Во время менструации рекомендуется носить менструальные повязки из марли или материи, которые нужно менять 2—3 раза в день, а иногда и чаще. В дни менструации следует воздерживаться от длительных походов, езды на велосипеде, верхом, прыжков, танцев, купания в море, в реке, поднимания тяжестей и т. п. Женщина должна оберегать себя от охлаждения, особенно ноги и нижнюю часть живота. Поэтому в период менструации рекомендуется носить закрытые панталоны. Не рекомендуется употребление острых блюд и пряностей, а также алкогольных напитков, ибо все это способствует приливу крови к половым органам и усиливает кровотечение. Для борьбы с запорами, которые ведут к застою крови в малом тазу и, следовательно, к увеличению менструальной кровопотери, принимают соответствующие меры (масляные клизмы, легкие слабительные, минеральные воды, фруктовые соки и прочее).

Особенно серьезное внимание надо обратить на опасность половых сношений во время менструации (возможность инфицирования, появления гиперемии тазовых органов), ведущих к усилению кровотечения.

Каждой женщине рекомендуется вести так называемый менструальный календарь, в котором отмечается время прихода, длительность и интенсивность менструации. Это помогает своевременно выявить отклонения в течении менструации и принять соответствующие меры.

Гигиена половой жизни. Половую жизнь рекомендуется начинать в возрасте не ранее 18—20 лет, к этому времени женский организм полностью формируется. Начало половой жизни и наступление беременности ранее 18 лет может неблагоприятно отразиться как на здоровье матери, так и на состоянии ребенка. Желательно, чтобы перед вступлением в брак мужчина и женщина подверглись врачебному обследованию и осведомили друг друга о состоянии своего здоровья.

Во время первого полового сношения происходит разрыв девственной плевы, а иногда и надрывы слизистой оболочки преддверия влагалища, что сопровождается небольшой кровопотерей. В некоторых случаях при первом половом сношении кровотечение отсутствует. Это наблюдается у женщин, девственная плева которых хорошо растягивается и имеет форму тонкого кольца. Образовавшиеся на девственной плеве ранки болезненны и чувствительны при дотрагивании. Если не дать таким повреждениям зарубцеваться, то при продолжении половых сно-

шений они могут быть причиной образования изъязвлений и воспалительных процессов. Поэтому необходимо советовать, чтобы первое половое сношение производилось бережно, а после него воздерживаться от половой жизни в течение 3—5 дней.

Иногда у нервных женщин боль при первом сношении, кровотечение, психические переживания или болезненность при повторных попытках к сношению из-за ссадин, трещин и воспалительных изменений на наружных половых органах ведут к развитию так называемого вагинизма — резкому болезненному сокращению мышц входа во влагалище и тазового дна, а в некоторых случаях и мышц брюшной стенки и бедер. В результате половая жизнь становится невозможной. В таких случаях женщине нужно обратиться к врачу женской консультации. Психотерапевтическое воздействие в соответствии с причиной заболевания, рациональный режим половой жизни, лечение воспалительных заболеваний, общеукрепляющее лечение устраняют явления вагинизма. Частота половых сношений в каждом отдельном случае зависит от ряда причин — возраста супругов, здоровья, темперамента. Если у женщины после полового акта появляется чувство резкого утомления, разбитость, слабость, головная боль, нервное состояние — половую жизнь на некоторое время следует прекратить, или же сношения должны быть более редкими. Наиболее благоприятным временем для половой жизни являются вечерние часы, так как сон после сношения помогает организму восстановить силы. Как указывалось выше, недопустимы половые сношения во время менструации. Нельзя иметь половые сношения во время опьянения, в это время возможны повреждения половых органов женщины. Кроме того, зачатие во время опьянения родителей может неблагоприятно отразиться на состоянии плода.

Уход за половыми органами заключается в обмываниях теплой водой, проводимых осторожно, без грубых манипуляций.

Очень опасны случайные половые связи, которые могут привести к заражению венерическими болезнями (гонорея, сифилис, мягкий шанкр). После подозрительного полового сношения нужно немедленно обратиться к врачу. Продолжительный брак является лучшим регулятором половой жизни и лучшей гарантией от возможности тяжелых половых болезней.

Гигиена беременности представляет комплекс мероприятий, целью которых является сохранить здоровье беременной, способствовать развитию здорового плода и довести беременность до нормального срока. Беременность представляет собой физиологический процесс, во время которого все органы женщины работают вполне нормально, но с повышенной нагрузкой. Беременность благоприятно влияет на здоровье женщины,

способствуя расцвету организма, а иногда даже излечению от некоторых заболеваний.

Организм женщины во время беременности является той средой, в которой развивается организм плода. Из этой среды внутриутробный плод извлекает необходимые для его роста и развития питательные вещества; сюда же он отдает образующиеся у него конечные продукты обмена веществ. Организм беременной женщины обеспечивает растущий плод необходимыми питательными материалами и обезвреживает конечные продукты обмена веществ плода, выводя их. Следовательно, беременность предъявляет к организму женщины большие запросы, которые требуют проведения ряда специальных дополнительных оздоровительных мероприятий.

В отдельных случаях организм женщины не справляется с повышенными требованиями, которые к нему предъявляются растущим плодом, и тогда беременность принимает патологическое течение. Женщина для предупреждения возникновения патологического течения беременности с момента наступления последней должна проводить определенные гигиенические мероприятия, способствующие физиологическому течению беременности и являющиеся одновременно дородовой охраной младенца.

Одним из основных признаков, указывающих на начало беременности, является задержка менструаций. Каждая женщина при задержке менструаций должна без промедления обратиться в женскую консультацию. Здесь выяснят, имеется ли беременность, как она развивается, и укажут, как надо вести себя во время беременности. Раннее обращение в консультацию дает возможность наиболее точно определить срок беременности, от чего во многом зависит своевременное предоставление женщине дородового отпуска.

Женщинам необходимо разъяснить, что беременная должна регулярно посещать консультацию, что в консультации производят измерение таза, повторные анализы мочи, измеряют кровяное давление, исследуют кровь на резус-принадлежность и с целью выявления сифилиса. Известно, что своевременное выявление и лечение сифилиса обеспечивает рождение здоровых детей. Беременная должна знать, что врач консультации следит за правильным развитием внутриутробного плода, положением его в матке и подготавливает беременную к родам. Посещая консультацию, беременная учится соблюдать правила личной гигиены, правильно использовать дородовой отпуск, получает необходимые сведения по уходу за ребенком.

Консультация знакомит женщин с основами советского законодательства по охране материнства и детства и в случае необходимости осуществляет защиту их прав.

Беременная женщина должна вести обычный образ жизни, к которому она привыкла, избегая всяких излишеств и крайно-

стей физического и психического характера. Рациональный и умеренный труд для здоровой беременной не противопоказан, а, наоборот, может благоприятно влиять на ее здоровье и правильное течение беременности. Постоянное же сидение и лежание предрасполагает к ожирению, запорам, ослабляет мышечную систему, что может вредно отразиться на родовой деятельности. Однако во время беременности следует избегать резких движений, тяжелого физического труда с подниманием значительных тяжестей. Запрещаются: шитье на ножной машине, езда на велосипеде и верхом на лошади, все виды спорта, утомляющие беременную. Не следует также часто подниматься по крутой лестнице и длительное время стоять, особенно женщинам, предрасположенным к варикозным расширениям вен нижних конечностей.

Серьезное значение для здоровья беременной женщины имеет сон, который во время беременности в среднем должен составлять 8—9 часов в сутки. Перед сном целесообразно погулять на воздухе, хорошо проветрить комнату. Ложиться спать лучше всего не позже 11 часов вечера. Для здорового сна важна привычка ложиться спать и просыпаться в одно и то же время суток. Спать беременной следует одной, на достаточно широкой и удобной, но не слишком мягкой кровати, на правом боку.

Наблюдение за кожей и ее правильным функционированием имеет особенно важное значение. Содержание кожи в чистоте улучшает кожное дыхание, выведение с потом различных шлаков организма, облегчает работу почек, напряженно функционирующих во время беременности. Ежедневно надо обмывать тело чистой комнатной водой с последующим обтиранием мохнатым полотенцем. Если до беременности женщина обтирала тело холодной водой, то следует это продолжить и во время беременности. Холодные обтирания всего тела чрезвычайно благоприятно влияют на организм. Холодная вода способствует более энергичному кровообращению и дыханию, действует укрепляющим образом на нервную систему, способствует закалке организма в целом.

Баню нужно посещать со сменой нательного и постельного белья не менее одного раза в неделю. В горячей бане беременная не должна находиться долго, не должна париться, а только обмываться теплой мыльной водой. Для мытья кожи следует пользоваться детским мылом, лучше всего сохраняющим кожу. Не следует принимать горячих ванн. В последние два месяца беременности ванны должны быть запрещены, так как во влагалище может попасть загрязненная вода. В это время надо пользоваться только душем или мыться, сидя на поставленной в ванне скамейке.

При нормально протекающей беременности разрешаются непродолжительные речные и морские купания, далекие заплывы

запрещаются, так как беременные часто подвержены обморокам и у них скорее могут наступить судороги конечностей.

Необходимо провести полную санацию рта, тщательно следить за чистотой зубов, полоскать рот после приема пищи.

Особенно важно строгое соблюдение чистоты наружных половых органов. Наружные половые органы обмывают текучей водой несколько раз в день хорошо вымытыми руками с кусочком чистой мягкой тряпочки. Движения должны быть направлены от лобка к копчику. Никаких спринцеваний или влагалищных манипуляций во время беременности делать не следует.

Большое внимание заслуживает подготовка сосков с целью сделать их максимально пригодными для будущего кормления. Рекомендуется 2—3 раза в день обмывать молочные железы холодной водой и вытирать их грубым, лучше мохнатым, полотенцем. Благоприятно действуют на молочные железы воздушные ванны в течение 10—15 минут 1—2 раза в день, а в конце беременности — ультрафиолетовое облучение через день. При плоских или втянутых сосках нужно применять гимнастику сосков, которую женщина прорабатывает 2—3 раза в день по 3—5 минут. Чисто вымыв руки, беременная захватывает сосок тремя пальцами — средним, указательным и большим — и осторожно несколько раз вытягивает сосок наружу. Нужно носить удобный, не сильно сдавливающий грудь лифчик, сшитый из грубого холста, что ведет к огрубению кожи сосков и является подготовкой их для кормления. Несколько приподнятое и не стесненное положение молочных желез во время беременности способствует правильному кровообращению и, следовательно, благотворно влияет на развитие желез.

Что касается половых сношений, то следует соблюдать умеренность как в смысле частоты их, так и в смысле темпераментности. Они совершенно исключаются в первые 2 месяца (опасность выкидыша) и в последние 2 месяца беременности (опасность преждевременных родов и инфекции).

Известно, что инфекционные заболевания у беременных женщин протекают значительно тяжелее, чем у небеременных, и оказывают вредное действие на плод, поэтому беременным особенно следует остерегаться заражения.

Одежда беременной женщины должна быть удобной, свободной и не стягивать грудную клетку и живот. Чулки нужно пристегивать длинными подвязками, прикрепленными к поясу. Трусики или трико должны свободно облежать ноги, не нарушая кровообращения. Круглые сжимающие подвязки для чулок задерживают отток крови из нижних конечностей и способствуют развитию варикозности вен, к которой так склонны беременные.

Обувь, особенно в последние месяцы беременности, не должна быть узкой, каблуки должны быть низкими.

Во второй половине беременности очень полезно для беременной пользоваться специальным бандажом для брюшной стенки, который должен не стеснять, а только поддерживать живот снизу, особенно у женщин с отвислым животом, очень полных или с расслабленным брюшным прессом. Надевать бандаж следует в лежачем положении.

Большого внимания заслуживает питание беременной женщины. Организм беременной требует особенно большого количества питательных веществ, необходимых не только самой матери, но и для растущего плода. Однако нужно помнить о том, что беременность — явление физиологическое, а не патологическое, и поэтому диета, пока беременность протекает нормально, не должна отличаться от обычной пищи, к которой привыкла женщина. Количество пищи следует несколько увеличить, принимать ее в легко усвояемой форме, малыми порциями, не менее 4—5 раз в день. Беременная не должна употреблять горчицу, перец, хрен, уксус и т. п. Запрещаются алкогольные напитки (водка, вино, пиво) и курение. При недостатке солей кальция следует назначать препараты кальция внутрь или внутривенно.

В первые месяцы беременности при изменении вкуса женщине можно разрешить принимать в небольших количествах острые или соленые блюда (селедка, икра, квашеная капуста, соленые огурцы и прочее). Во второй половине беременности следует соблюдать преимущественно молочно-растительную диету, запрещаются все острые и соленые пищевые продукты, следует ограничить количество соли во всех видах пищи. При склонности к альбуминурии нужно ограничивать прием жидкости и пищи, богатой животными белками и жирами.

Принимая во внимание большую потребность беременной и растущего плода в витаминах, необходимо употреблять в пищу возможно больше фруктов, ягод и овощей в сыром виде (после предварительного обмывания их кипяченой водой).

В целях оздоровления и профилактики послеродовых заболеваний в последние два месяца беременности проводят общее ультрафиолетовое облучение беременных. Это мероприятие повышает образование в организме витамина D, что очень важно для регуляции кальциевого и фосфорного обмена, убивает бактерии.

В течение всей беременности нужно следить за правильной работой кишечника, который в этот период имеет склонность к атонии. Беременным, страдающим запорами, не следует назначать слабительных. Небольшие клизмы и легкие растительные слабительные при подборе соответствующей пищи (простокваша, сливы, яблоки и пр.) и ежедневном обязательном движении обычно ведут к своевременному опорожнению кишечника. Беременные женщины должны знать, что прибегать к клиз-

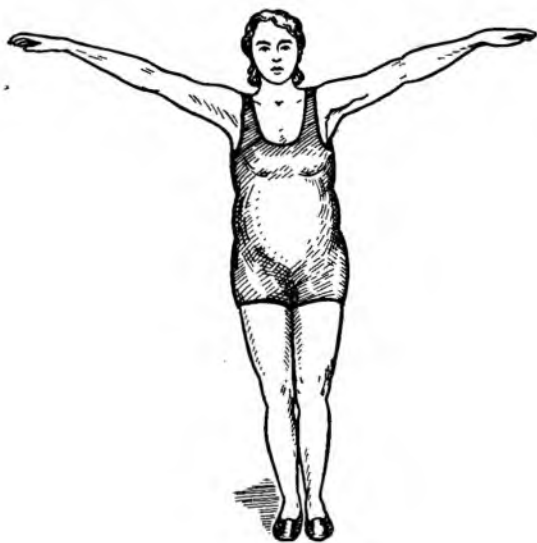


Рис. 80. Физкультурные упражнения беременной женщины.

мам и слабительным средствам можно лишь по указанию и под наблюдением врача.

Среди оздоровительных мероприятий во время беременности видное место принадлежит физкультуре. Беременным женщинам физкультура наряду с основными факторами (солнце, воздух и вода) приносит большую пользу, развивая и закалявая организм, улучшая работу сердца, легких, желудочно-кишечного тракта. Беременным рекомендуются специальные гимнастические упражнения. Они укрепляют мышцы брюшной стенки, диафрагмы, тазового дна, улучшают дыхание, крово- и лимфообращение. У женщин, занимающихся гимнастикой, роды и послеродовой период протекают благоприятнее, меньше наблюдается разрывов промежности. Нужно, однако, помнить, что проведение гимнастики требует строгого врачебного контроля. Необходимо учитывать срок беременности, состояние здоровья беременной, реакции организма на определенную физическую нагрузку. Приводим образцы гимнастических упражнений для беременных (рис. 80—82). Общая продолжительность гимнастических занятий не должна превышать 20 минут. Каждое упражнение продлевается несколько раз, пауза после каждого упражнения длится 40—45 секунд. По окончании каждого занятия должны проводиться водные процедуры (души, обтирания). Весьма полезным является закаливание организма воздушными и солнечными ваннами.

В течение беременности женщин нужно оберегать от всяких переживаний и стремиться к созданию положительных эмоций. С беременными женщинами проводят беседы. Их знакомят с деталями физиологического течения родов. Ликвидируют ложное представление о родовом акте как о процессе, неизбежно сопровождающемся болью, и тем самым создают правильное представление о родах. Психопрофилактическая подготовка к родам освобождает женщин от векового страха перед родами и значительно облегчает родовой процесс. Одновременно она является профилактическим мероприятием против возможных нарушений родового акта, появления ряда патологических состояний в связи с ухудшением нервно-психического состояния женщин, вызванного чрезмерными болевыми ощущениями. Массовое обезболивание родов является ярким показателем гуманных принципов и профилактического направления советского здравоохранения.

Гигиена послеродового периода. Все женщины должны рожать в родильном доме, где они будут находиться под непрерывным наблюдением медицинского персонала. Это предупредит возможность возникновения послеродовых заболеваний, обеспечит родильницам необходимый покой после родов, правильный уход за ними и новорожденными.

Послеродовой период начинается после выхождения последа из полости матки и продолжается в среднем 6—8 недель. За это время в организме совершается обратное развитие всех измене-

ний, происшедших во время беременности. Лишь молочные железы являются исключением, развитие их, начавшись во время беременности, достигает расцвета в послеродовом периоде.

После родов в матке имеется кровотокающая раневая поверхность значительных размеров, а также повреждения влагалища и наружных половых органов в виде ссадин, небольших ранок. Поэтому с особой строгостью нужно соблюдать правила личной гигиены и следить за чистотой наружных половых органов. Не менее двух раз в день родильнице производят подмывание на-

ружных половых органов слабо дезинфицирующим раствором (марганцовокислого калия и др.). Подмывание выполняется чисто вымытыми руками с помощью прокипяченных инструментов и стерильного

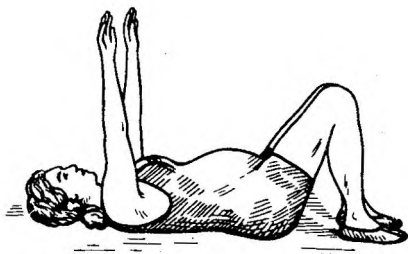
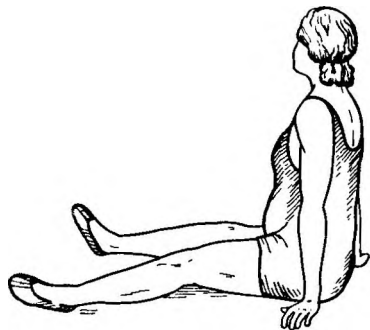


Рис. 81. Физкультурные упражнения беременной женщины.

материала. После подмывания под родильницу подкладывают чистую клеенку и стерильную пеленку. Влагалищные спринцевания при нормально протекающем послеродовом периоде категорически воспрещаются.

Родильница не должна касаться руками половых органов. Руки ее должны быть всегда чистыми, ногти коротко остриженными.

Серьезное значение имеет своевременное опорожнение мочевого пузыря и кишечника. Переполненный мочевой пузырь вызывает смещение матки и нарушает нормальное сокращение ее. Во избежание этого родильница должна, не дожидаясь позыва, мочиться 6—8 раз в сутки. При отсутствии стула на 3-й день после родов назначают слабительное или клизму.

Родильница должна питаться молочными, мясными и растительными блюдами, употреблять в пищу овощи, фрукты, ягоды.

Пища должна быть разнообразной, питательной, легко перевариваемой. Продукты питания должны быть доброкачественными и свежими. Большое значение имеют продукты, богатые витаминами. Не рекомендуется употреблять острых блюд, консервов,

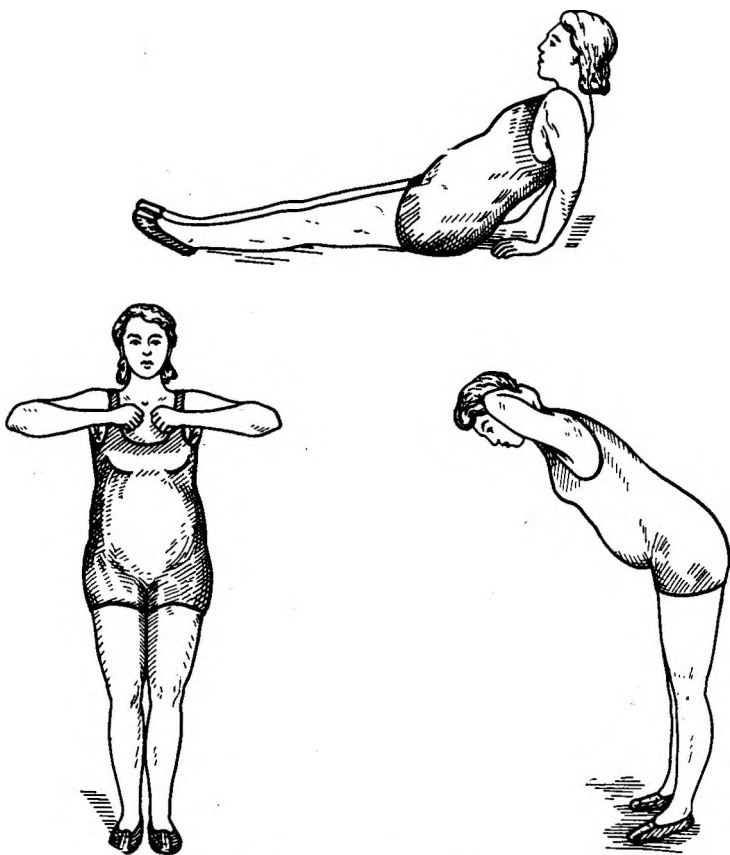


Рис. 82. Физкультурные упражнения беременной женщины.

колбас, жирного мяса, алкоголь. Для питья кормящим женщинам можно рекомендовать некрепкий чай, молоко, кофе.

Здоровая родильница к концу первых суток может поворачиваться на бок. При нормально протекающем послеродовом периоде и отсутствии швов на промежности можно разрешить вставать с кровати и ходить уже с 3—4-го дня после родов, при наличии швов на промежности — не раньше 5—6 суток.

Большое значение для поднятия общего тонуса организма, ускорения всех процессов обратного развития, укрепления мышц брюшной стенки и тазового дна имеют рациональные занятия гимнастикой с первых же дней после родов. Кроме того, они улучшают аппетит, сон, способствуют нормальной лактации, функции кишечника и мочевого пузыря. Гимнастические упражнения проводятся только по разрешению врача с женщинами, у которых роды и послеродовой период протекали без осложнения. Специальный комплекс гимнастических упражнений выполняется ежедневно утром, после завтрака, в хорошо проветриваемом помещении. Систематическими занятиями гимнастикой женщина должна заниматься и дома, после выписки из родоспирального учреждения.

Важными моментами как для развития ребенка, так и для здоровья матери (профилактика маститов) являются правильный уход за молочными железами и нормальное кормление грудным молоком. Молочные железы должны содержаться в безупречной чистоте. Для этого нужно ежедневно обмывать их теплой водой с мылом и менять лифчик. Перед каждым кормлением следует чисто вымытыми руками обмывать сосок гигроскопической ватой, смоченной кипяченой водой. Запрещается во время кормления касаться соска пальцами. После кормления сосок нужно обсушить стерильной ватой. Молочные железы необходимо держать приподнятыми, для этого лучше применять лифчик с чашечками, который хорошо поддерживает, но не сдавливает молочные железы.

Первые два дня после родов из молочных желез выделяется молозиво, а с 3—4-го дня — молоко. Происходит «нагрубание» молочных желез, они увеличиваются в размерах, начинается обильное выделение молока. В это время женщине рекомендуется ограничить прием жидкостей. При кормлении ребенка мать обязана соблюдать определенный режим. Кормить ребенка надо с промежутками в 3—3,5 часа, с обязательным шестичасовым ночным перерывом. Для предохранения соска от трещин ребенок должен захватывать не только его, но и околососковый кружок. Необходимо чередовать кормление левой и правой грудью. Продолжительность каждого кормления в среднем 15—20 минут. Очень важно, чтобы при каждом кормлении молочная железа опорожнялась полностью. Если после кормления в молочной железе остается молоко, его нужно сцеживать.

После выписки домой (при отсутствии осложнений на 9—10-й день после родов) в течение всего послеродового периода роженица нуждается в соответствующем режиме. Матери и ребенку нужно по возможности благоприятное и удобное чисто вымытое, хорошо проветриваемое, светлое, сухое, теплое помещение, отдельные постели с тщательно выстиранным и проглаженным бельем. К этому времени нужно приобрести все

необходимые предметы по уходу за новорожденным (кроватька, ванночка, тазик, белье, пеленки и пр.).

Женщина обязана также строго выполнять правила личной гигиены, чаще мыться под душем или струей воды и менять белье. Принимать ванны и посещать общую баню до окончания послеродового периода запрещается. Несколько раз в день нужно подмываться теплой кипяченой водой с мылом. Необходимо больше бывать на воздухе, избегать переутомления, тяжелой работы, спать не менее 8 часов в сутки, правильно питаться. Что касается половых сношений, то они разрешаются при благоприятно протекающем послеродовом периоде не раньше чем через 8 недель после родов.

Гигиена климактерического периода. В среднем после 45—47 лет у женщин начинается постепенное прекращение деятельности половых органов, проявляющееся в ряде субъективных и объективных явлений, в неодинаковой степени выраженных и имеющих различную длительность во времени (иногда в течение нескольких лет).

У многих женщин в это время меняется психика, повышается возбудимость нервно-сосудистого аппарата, иногда наблюдаются головные боли, сердцебиение, потливость, зуд наружных половых органов, чувство жжения во влагалище. Нарушается обмен веществ, одни женщины заметно полнеют, другие — худеют. Расстраиваются менструации — они или задерживаются, или приходят раньше времени, изменяется количество теряемой крови. С прекращением менструации начинается уменьшение и сморщивание яичников, маточных труб, матки, влагалища и наружных половых органов. Следует отметить, что праздные женщины тяжелее переносят этот переходный период, чем женщины, занимающиеся обычным трудом.

Очень важно соблюдать в климактерическом периоде правила личной гигиены (обтирания теплой водой всего тела, теплые души и ванны, ежедневные подмывания наружных половых органов теплой водой с мылом). Питание не требует особых изменений. Женщинам, склонным к полноте, рекомендуется преимущественно молочно-растительная пища, следует избегать сладких, мучных и жирных мясных блюд, острых приправ, крепкого чая, кофе, алкоголя. Женщинам истощенным, наоборот, нужно усиленно питаться. Значительную пользу приносят легкие физические упражнения, пребывание на свежем воздухе. Необходимо внимательно следить за деятельностью кишечника, нормальное функционирование которого облегчает течение климактерического периода.

Нужно всегда помнить, что в климактерическом периоде возможно развитие злокачественных новообразований как в половых органах, так и в молочных железах. Поэтому женщины, у которых появляются ненормальные выделения из половых органов

(бели, кровянистые выделения, не связанные с месячными, контактные кровотечения), затвердение в молочных железах, отмечается общее похудание, потеря веса, должны немедленно обратиться к врачу.

Даже при нормальном течении климактерического периода женщины должны с профилактической целью каждые 6 месяцев показываться врачу, так как любая болезнь легче поддается излечению при раннем выявлении и своевременном лечении.

СОДЕРЖАНИЕ И ФОРМЫ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Санитарное просвещение в СССР складывается из популяризации санитарно-оздоровительных мероприятий, пропаганды постановлений партии и правительства в области здравоохранения и вооружения гигиеническими и медицинскими навыками широких масс трудящихся, внедрения санитарной культуры в быт.

Особенно важное значение санитарному просвещению начало придаваться в нашей стране в годы советской власти, когда стали проводиться основные принципы советского здравоохранения — профилактика, с охватом профилактическими мероприятиями миллионов граждан СССР.

Санитарно-просветительная работа является составной частью работы медицинских учреждений нашей страны вообще и имеет важное значение для успешного осуществления задач женских консультаций и фельдшерско-акушерских пунктов в частности.

Содержание и формы санитарно-просветительной работы весьма разнообразны. Воспитание здорового поколения, предупреждение заболеваний немислимо без широких санитарно-просветительных мероприятий. Обучение матерей правильному уходу за ребенком в разные периоды его жизни, воспитание гигиенических навыков должно проводиться, главным образом, в женской и детской консультациях. В период полового созревания, когда у девочек совершаются столь глубокие изменения в организме, разумными советами врач женской консультации и акушерка смогут помочь им понять эти изменения, правильно их оценить и предупредить порой глубокие психические переживания девочек. Поэтому школьная гигиена с ее сложными задачами по воспитанию молодого поколения не мыслится без санитарно-просветительной работы среди школьниц и родителей. Во время бесед с девушками и женщинами полезно рассказать об особенностях женского организма в различные периоды жизни: детства, юношества, период половой зрелости и увядания половой функции в климактерическом периоде.

Известно, что влагалище с его многослойным эпителием, с кислым содержимым выполняет биологическую барьерную функцию, препятствуя проникновению внутрь полового аппарата болезнетворных микробов. Не имея правильного представления об этой барьерной функции содержимого влагалища, некоторые женщины прибегают к так называемым «гигиеническим» спринцеваниям, чем ослабляют сопротивляемость организма к внедрению микроорганизмов и могут привести к воспалительным заболеваниям половых органов. На это следует обращать внимание женщин и указывать, что здоровая женщина может ограничиться только обмыванием наружных половых органов теплой кипяченой водой с мылом, не прибегая без надобности к спринцеваниям.

В системе санитарного просвещения также большое значение имеет ознакомление женщин с наиболее часто встречающимися детскими заболеваниями: воспалением легких, дифтерией, скарлатиной и мерами по предупреждению их. В осуществлении функций человеческого организма чистота тела имеет большое значение, через кожу осуществляется дыхание и выделение продуктов обмена веществ, о чем следует рассказать женщинам во время бесед в консультациях и на промышленных предприятиях. Особое внимание должно обращать на необходимость создания условий для соблюдения личной гигиены на промышленных предприятиях (организация комнат личной гигиены, санпропускников). Предупреждение гнойничковых заболеваний у работниц промышленных предприятий облегчается, когда все работницы осведомлены о причинах, способствующих заболеванию, и проводятся профилактические мероприятия.

Разъясняя необходимость предупреждения гнойничковых кожных заболеваний, врачи женских консультаций и здравпунктов должны указать на связь гнойничковых поражений кожи с заболеваниями половых органов женщины.

Также необходимо рассказывать в беседах о гигиене полости рта и грудных желез. Для сохранения зубов, предупреждения их от разрушения (кариеса) необходима витаминизированная пища, своевременное лечение испорченных зубов, которые могут являться источником инфекции и интоксикации организма с поражением различных органов, как мышцы сердца, половых органов.

Уход за молочными железами, особенно во время беременности и кормления ребенка грудью, требует пристального внимания как самой женщины, так и медицинского персонала. Предупреждение лактационных маститов облегчается осведомлением женщин с вопросами профилактики маститов (см. главу XIII).

Половая жизнь представляет весьма сложный процесс, включающий помимо биологических факторов — размножения, полового влечения и полового удовлетворения, важный фактор взаи-

моотношения полов. Основное назначение полового акта в конечном счете сводится к воспроизведению потомства. Многие вопросы половой жизни не всегда легко решаются, поэтому понятно, что нередко женщины обращаются к врачам и акушеркам, желая получить советы относительно гигиены половой жизни. Санитарное просвещение должно способствовать правильному пониманию сложных вопросов половой жизни женщины и освещению гигиены половой жизни (см. главу XX).

В борьбе со злокачественными новообразованиями женских половых органов санитарное просвещение имеет особенно важное значение. Известно, что злокачественные новообразования, в частности рак матки, развиваются часто при мало выраженных симптомах, и последние резко выявляются лишь когда опухоль получает значительное распространение. Наиболее же успешная борьба со злокачественными новообразованиями женских половых органов может быть только тогда, когда заболевание рано распознается, а это возможно при том условии, что женщины хорошо осведомлены о предопухоловых заболеваниях — начальных признаках рака — и рано обращаются за советами к медицинским работникам.

В беседах следует рассказать о существующих теориях возникновения опухолей, подчеркивая, что в ранней стадии рак излечим.

Известно, что причинами запущенности рака служат малая осведомленность населения о начальных формах рака, малая выраженность симптомов в начале заболевания, страх перед операциями, занятость больных по дому и службе. Необходимо рассказать, что помимо оперативных способов лечения, применяются рентгеновские лучи и радиотерапия, дающие хорошие результаты при своевременном их применении.

Практика показывает, что образованию злокачественных новообразований половых органов женщин предшествуют во многих случаях хронические воспаления, эрозии шейки матки, полипы ее слизистой и др. Такие предшествующие состояния принято называть предопухоловыми (предраковыми). Многие больные с таким состоянием без всякого основания подвергаются психической травме, когда появляется подозрение на злокачественное заболевание. Важно объяснить необходимость лечения больных с хроническими воспалениями, с эрозиями и полипами шейки матки, однако со всей настойчивостью следует указать, что не всегда указанные изменения предшествуют раку.

Для раннего выявления рака и предопухоловых состояний женских половых органов необходимо проводить профилактические осмотры у женщин старше 30 лет не менее двух раз в год, а женщины в климактерическом возрасте должны осматриваться не менее трех раз в году. Санитарное просвещение среди женского населения должно быть направлено на разъяснение значе-

ния профилактических осмотров, раннего выявления злокачественных новообразований и их лечения современными методами, позволяющими получать хорошие результаты. На эту тему с успехом могут проводиться лекции и беседы среди населения, организовываться выставки и др. мероприятия.

Борьба с гонореей является важной составной частью работы женских консультаций, причем предупреждению этого заболевания придается главное значение. Поскольку изучены основные свойства гонококка, являющегося источником заболевания гонореей, изучены пути заражения, санитарное просвещение по предупреждению гонореи женщин имеет конкретные формы и является весьма успешным. Необходимо прежде всего указать на пути заражения гонореей, отмечая наиболее частый половой путь заражения, а также то, что заражение гонореей возможно и при нарушении правил личной гигиены. Особенно легко заражение происходит у детей при нарушении личной гигиены ребенка и ухаживающего за ним лица.

Рассказывая о симптомах женской гонореи: бели, боли, а позже и нарушение менструаций, следует особо отметить, что в связи с особенностями строения женских половых органов гонорея у женщин может протекать при маловыраженных симптомах, которые для больной могут оставаться незаметными. Раннее же выявление больных имеет значение для более успешного лечения, а также для предупреждения заражения лиц, вступающих в половые связи с больными женщинами. Успехи лечения гонореи антибиотиками в сочетании с местным лечением неоспоримы, однако некоторые больные прерывают лечение, как только стихают острые явления воспаления, оставаясь фактически больными. В таких случаях гонорея принимает хроническое течение, а воспаление, распространяясь в дальнейшем восходящим путем, захватывает придатки матки, и нередко образуются мешотчатые гнойные опухоли их. Указанные особенности распространения гонококка, течение и осложнение гонореи должны разъясняться женщинам в доходчивой форме в лекциях и беседах, проводимых врачами и акушерками.

Большое внимание должно уделяться санитарно-просветительной работе во время беременности, при этом следует подчеркивать, что в этот период женщины должны особенно тщательно выполнять врачебные советы относительно личной гигиены, диеты, труда и отдыха. Разумный совет благотворно скажется на подготовке будущей матери к родам и воспитанию ребенка.

Особой формой подготовки беременных женщин к родам, к уходу за новорожденными являются так называемые школы материнства. Необходимо объяснить беременным, почему они должны рожать в родильных домах и больницах или в крайнем случае на дому с вызовом на роды акушерки. Последнее допу-

стимо только в случае невозможности госпитализации рожениц, что может быть в сельской местности.

Санитарное просвещение должно иметь большое значение в борьбе с абортами и в предупреждении осложнений, могущих возникнуть в связи с криминальными, подпольными выкидышами (см. главу XI). По этому разделу врач консультации и акушерка могут сделать очень много. Необходимо показать огромный вред внебольничного прерывания беременности, рассказать о том, что законом разрешается прерывание беременности в лечебных учреждениях, где максимально устраняется возможность осложнений аборта.

Проводя лекции и беседы, направленные на борьбу с абортом, их следует иллюстрировать рассказами о конкретных примерах осложнений при внебольничных абортах, сопоставляя противоположные факты о счастливой супружеской жизни многодетных семей. Одновременно рассказывается о заботе советского государства о матери и детях.

Формы санитарно-просветительной работы женской консультации

Санитарное просвещение населения может проводиться различными методами. Наиболее распространенной формой санитарного просвещения являются лекции, беседы, которые могут проводиться медицинскими работниками женских консультаций, фельдшерско-акушерских пунктов, поликлиник и больниц.

Пропаганда и агитация за повышение санитарно-гигиенических знаний занимает важное место в работе любого медицинского учреждения. Лекции и беседы должны быть понятными для аудитории. Излагая основные положения по теме, следует приводить яркие и образные общеизвестные факты, примеры, выдержки из художественной литературы и т. п. По этому поводу В. И. Ленин писал: «Искусство всякого пропагандиста и всякого агитатора в том и состоит, чтобы наилучшим образом повлиять на данную аудиторию, делать для нее известную истину возможно более убедительной, возможно легче усвояемой, возможно нагляднее тверже запечатлеваемой».

Формы санитарно-просветительной работы весьма различны:

1. Лекции среди населения.
2. Беседы как групповые, так и индивидуальные в консультации, роддоме, комнате для посетителей.
3. Памятки и листовки.
4. Организация вечеров и досок «Вопросы и ответы на медицинские темы».
5. Школа материнства.
6. Читка книг и брошюр, выполняемая акушерками и патронажными сестрами.

7. Обучение уходу за новорожденными.
8. Рекомендация литературы для чтения.
9. Фотовитрины и выставки.
10. Выдача литературы во временное пользование.
11. Организация выставок предметов по уходу за новорожденным.
12. Демонстрация кинокартин на темы: радость материнства, обезболивание родов и др.
13. Демонстрация альбомов.
14. Выпуск стенгазет.

При решении вопроса о выборе метода санитарного просвещения, выборе темы или беседы необходимо учитывать состав аудитории, определять задачи, для достижения которых проводится мероприятие. Помимо медицинских учреждений, лекции и беседы проводятся в клубах, избах-читальнях, домоуправлениях, в цехах, на собраниях работниц и колхозниц.

При проведении лекций и бесед нужно соблюдать определенный такт и осторожность, памятуя, что слово есть сильный раздражитель, не идущий ни в какое количественное и качественное сравнение с безусловными раздражителями. Говоря о тех или иных осложнениях беременности и родов, о заболеваниях, не следует сообщать такие данные, которые могут запугивать слушателей (рак, гонорея, аборт).

Сообщать слушателям нужно только то, что им действительно надо знать, не вдаваясь в подробности о тяжелых исходах заболеваний, беременности и родов, патология которых должна освещаться чрезвычайно осторожно и с разъяснением того, что современные достижения науки позволяют сохранить здоровье и жизнь матери и ребенка.

Беседы необходимо проводить как с женщинами, так и с членами их семей, причем в них полезно рассказать о необходимости создания благоприятных условий для беременной и будущего ребенка, о вреде аборта, о профилактике венерических заболеваний. Групповые и индивидуальные беседы следует проводить непродолжительные, по 15—20 минут, чтобы не утомлять слушателей, повторяя их по различным вопросам санитарного просвещения. Для широкого охвата населения санитарным просвещением необходимо привлечь врачей и средних медицинских работников всех медицинских учреждений. В проведении же этой работы среди женщин на селе главная роль принадлежит сельским акушеркам, работающим на фельдшерско-акушерских пунктах, в колхозных родильных домах и сельских больницах.

Для проведения лекций и бесед в женских консультациях, в родильных домах и на собраниях работниц и колхозниц могут рекомендоваться следующие темы:

1. Забота советского государства об охране материнства и детства.

2. Гигиена женщины в различные периоды жизни.

3. Беременность как физиологическое состояние организма.

4. Предупреждение патологии беременности и родов.

5. Половая жизнь женщины и ее гигиена.

6. Аборт и его влияние на организм женщины, противозачаточные средства.

7. Психопрофилактическая подготовка беременных к родам.

8. Особенности организма новорожденного и уход за ним.

9. Воспалительные гинекологические заболевания и их предупреждение.

10. Профилактика злокачественных новообразований женских половых органов и раннее их выявление.

11. Венерические заболевания и их предупреждение.

12. Женская консультация и ее задачи (почему беременная женщина должна посещать консультацию).

ОБСЛУЖИВАНИЕ ЖЕНЩИН НА ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ

На крупных промышленных предприятиях для медицинского обслуживания рабочих и работниц организуются медико-санитарные части, имеющие в своем составе акушерско-гинекологический стационар и женскую консультацию. При отсутствии медико-санитарных частей женщины-работницы обслуживаются женской консультацией данного района.

Работа врачей акушеров-гинекологов в медико-санитарных частях, имеющих в своем составе акушерско-гинекологический стационар и женскую консультацию, проводится так же, как и в районном акушерско-гинекологическом учреждении. Акушер-гинеколог на промышленном предприятии обслуживает только цеховой участок с числом 1 500 работниц. Врач работает в стационаре, ведет прием в консультации и проводит профилактическую работу в цеху. При наличии в штате нескольких акушеров-гинекологов может быть применена система чередования врачей, при которой один врач работает в стационаре, другой ведет прием в консультации и ведет профилактическую работу.

В своей повседневной работе акушеры-гинекологи, обслуживающие женщин-работниц, должны иметь тесную связь со здравпунктами промышленных предприятий, принимать активное участие в их работе по выработке плана мероприятий, предусматривающих охрану здоровья работающих женщин, помогать в осуществлении этого плана как на предприятии, так и в женской консультации.

Для того чтобы врач акушер-гинеколог мог наилучшим образом осуществить профилактические мероприятия, предусматривающие охрану здоровья работающих женщин, он должен хорошо знать санитарно-гигиенические условия каждого цеха промышленного предприятия. Кроме того, врачу необходимо знать сущность каждой отдельной профессии, какие требования к организму женщины предъявляет выполняемая ею работа и какое влияние она может оказать на ту или иную женщину в зависи-

мости от ее состояния (беременность, гинекологические заболевания).

Трудовое законодательство в нашей стране запрещает применение женского труда на тяжелых работах.

Постановлением Народного Комиссариата Труда СССР от 14 августа 1932 г. установлены предельные нормы переноски и передвижения тяжести взрослыми женщинами:

1. Ручная переноска по ровной поверхности — 20 кг.
2. На одноколесных тачках — 50 кг.
3. На трех- или четырехколесных тележках — 100 кг.
4. На двухколесных ручных тележках по ровной поверхности — 115 кг, по неровной поверхности — 60 кг.
5. В вагонетках по рельсам — 600 кг.

На производствах, где применяется ручная переноска тяжести, должны быть носилки, снабженные ножками. Вес груза для двух женщин, работающих с носилками, не должен превышать 50 кг вместе с носилками.

Передвижение тяжестей при помощи тачек для девушек до 18-летнего возраста не разрешается.

Трудовое законодательство СССР запрещает применение женского труда на тяжелых и вредных работах, которые могут отразиться на состоянии здоровья женщин.

Список тяжелых и вредных работ и профессий, к которым не допускаются женщины (утвержден НКТ СССР 10 апреля 1932 г.):

I. Горная промышленность.

II. Металлургическая и металлообрабатывающая промышленность.

1. Работа, непосредственно связанная с плавкой и заливкой жидкого металла.

2. Работа по прокатке горячего металла, начиная с загрузки печи.

3. Работа по чистке газопроводов и скрубберов.

4. Работа, непосредственно связанная с выплавкой из руды цветных металлов (меди, свинца, ртути, цинка, серебра и многих других), а также с производством фосфора, мышьяка и его соединений.

5. Выплавка, отливка, прокатка и штамповка свинцовых изделий, лужение свинцом, закалка в свинцовых ваннах, изготовление и пайка свинцовых аккумуляторов, освинцевание кабелей и холодная обработка свинца на станках вручную.

6. Работа кочегара, шурповщика и котлочиста.

III. Химическая промышленность.

1. Резиновое производство; холодная вулканизация и выработка радолы и фактисов.

2. Производство, упаковка и рассыпка свинцовых красок (белил, сурика и глета).

3. Производство анилина и паранитроанилина, производство, упаковка и рассыпка анилиновых красок.

4. Производство бензола, нитро- и амидосоединений бензола.

5. Производство тринитротолуола.

6. Заливка снарядов тринитротолуолом и очистка их.

7. Производство серной и соляной кислоты на ручных печах.

8. Производство азотной кислоты (кроме установок системы Валентинера) и сернистого натрия.

9. Производство, рассыпка и упаковка мышьяковистых и мышьяковых солей.

10. Работа, связанная с выделением паров фтористого водорода (суперфосфатное, стекольное и другие производства).

11. Производство сероуглерода.

12. Хлорное производство: а) отделение электролиза, где применяется ртуть; б) отделение жидкого хлора.

13. Карбидное производство: а) непосредственно у печей открытого типа; б) ручное дробление карбида.

14. Производство солей ртути (сулема, каломель).

15. Немеханизованная выдувка стекла.

IV. Кожевенная промышленность.

Все профессии отмочно-зольных цехов кожевенных заводов, работа которых связана с транспортировкой, выгрузкой и нагрузкой шкур.

V. Текстильная промышленность.

1. Изготовление анилиновой соли и анилиновых плюсов при ручной работе.

2. Приготовление гипохлорита при ручной работе.

VI. Бумажная промышленность.

Работа по хлороразводке.

VII. Полиграфическая промышленность.

1. Работа в словолитнях (кроме упаковочного отделения, если оно изолировано от словолитни).

2. Отливочные операции и отделка стереотипа в стереотипном отделе.

Примечание. На остальные работы в стереотипном отделении женщины допускаются при условии изоляции от отливочных операций и отделки стереотипов.

VIII. Мясо-консервная промышленность.

Бойцы на бойнях.

IX. Транспорт.

Железнодорожный транспорт.

1. Бандажники.

2. Башмачники-тормозильщики.

3. Работа по пропитке шпал.

4. Продувальщики и пробивальщики дымовых труб.

5. Рабочие по подаче угля на паровозы журавлем и по раз-

грузке угля из вагонов (кроме выгрузки механизированным способом).

6. Скрутки поездов.
7. Слесари мостовые.
8. Сцепщики вагонов.
9. Заливщики подшипников.

Женщины, работающие в качестве линейных электромонтеров, в период беременности не допускаются к работам на воздушной сети.

Морской транспорт.

1. Механики: машинисты и их помощники, кочегары судов (независимо от видов топлива).

2. Рулевые.
3. Матросы всех наименований.
4. Доковальщики.
5. Тральмейстеры и их помощники.
6. Водолазы.

Местный транспорт.

1. Шоферы на грузовых машинах с тоннажем, превышающим 2,5 т.

2. Шоферы автобусов с количеством мест свыше 14.

X. Строительное дело.

1. Кессонные работы.
2. Варка асфальта.
3. Рытье колодезев.
4. Камнеотбойные работы.
5. Корчевка корней деревьев.
6. Плитоломные работы.

7. Укладка бетонных, керамиковых и деревянных труб при немеханизированной работе.

XI. Коммунальное хозяйство.

1. Работа, связанная с непосредственным тушением пожара.

2. Работа при ручной загрузке и разгрузке реторт на газовых заводах.

3. Работа по очистке сети канализации.

Постановлением Секретариата ВЦСПС от 13 июня 1940 г. запрещается применение труда женщин на работах в системе хозяйства речного флота.

1. Кочегары судов на твердом топливе.
2. Матросы грузо-пассажирских судов.
3. Штурвальные судов с ручными штурвалами.

Кроме того, необходимо следить за тем, чтобы осуществлялась охрана здоровья беременной и кормящей женщины, предусмотренная законоположениями в нашей стране (см. главу XXIII).

При наличии ряда заболеваний половых органов (воспалительные процессы с склонностью к обострениям, заболевания,

сопровождающиеся кровотечениями и др.) женщины могут нуждаться в переводе на другую работу, что и осуществляется врачами путем выдачи соответствующих справок и договоренности с администрацией завода и профсоюзной организацией.

Врачи акушеры-гинекологи проводят систематическое наблюдение за состоянием здоровья женщин-работниц путем профилактических осмотров два раза в год, особенно в период беременности и при наличии заболеваний половых органов. При выявлении заболеваний больных берут на учет и лечат.

Врачи акушеры-гинекологи должны брать на диспансерный учет женщин длительно и часто болеющих, а также с предраковыми заболеваниями и опухолями половых органов.

С целью более широкого охвата квалифицированной медицинской помощью женщин-работниц амбулаторные приемы (консультации) гинекологических больных следует проводить, помимо женской консультации, при наличии соответствующих условий и на здравпунктах. Там же можно организовать и выполнение дежурной медсестрой более простых лечебных процедур, что позволит женщинам явиться для их проведения до или после работы, не затрачивая на это много времени.

Каждое предприятие в районе деятельности женской консультации следует рассматривать как своеобразный участок, который подлежит обслуживанию всеми видами лечебно-профилактической помощи. При наличии мелких предприятий с небольшим числом работающих женщин, они обслуживаются в женской консультации по месту жительства или в районе расположения предприятия. К предприятию прикрепляется участковый врач, который и проводит всю работу по оздоровлению труда и производственного быта женщин, работающих на данном предприятии, тесно увязывая все оздоровительные мероприятия с администрацией и общественными организациями завода или фабрики. Врач также участвует в проведении профилактических осмотров работниц и ведет санитарно-просветительную пропаганду.

Большое значение имеет изучение гинекологической заболеваемости у женщин промышленных предприятий, выявление возможных причин этих заболеваний, которые иногда могут быть связаны с особенностями профессии или нарушением гигиенических условий труда на данном предприятии.

В условиях нашей страны выявление причин, способствующих повышению заболеваемости, позволяет разработать и применить ряд оздоровительных мероприятий, полностью устраняющих причины заболеваемости или препятствующих воздействию их на организм женщины. Решение подобных задач должно проводиться акушером-гинекологом совместно с администрацией и общественными организациями предприятия.

Весьма важно проводить наблюдения за женщинами с тех

рабочих мест, где влияние трудового процесса на здоровую половую сферу женщин недостаточно изучено.

Следует учитывать, что нарушение санитарно-гигиенических условий труда и личной гигиены может явиться фактором, способствующим проявлению или неблагоприятному течению тех или иных патологических процессов в половых органах женщины. В этом отношении особое внимание необходимо уделять при профессиях, связанных с работой, когда в воздухе имеется значительная примесь пыли (табачное производство, обработка хлопка и др.).

В литературе имелись указания на значительную заболеваемость работниц «пылевых» профессий вульвовагинитами и кольпитами. А. Л. Гампер (1957), изучавший заболеваемость женских половых органов у работниц некоторых промышленных предприятий г. Вильнюса, показал, что при соблюдении нормальных санитарно-гигиенических условий в цехах и наличии хорошо оборудованных комнат личной гигиены у работниц табачных фабрик повышения заболеваемости вульвовагинитами не наблюдалось.

Возникновению гинекологических заболеваний (воспаления, дисфункциональные маточные кровотечения) могут способствовать длительная работа сидя, работа на машинах, станках с ножным приводом или на рабочем месте с вибрирующим полом. Правильная организация труда, введение физкультурных упражнений («пятиминутки»), специальная одежда, тщательное наблюдение за состоянием здоровья женщин и перемена рабочего места при наличии каких-либо отклонений от нормы в половых органах (аднекситы, склонность к маточным кровотечениям) позволяют сохранить здоровье женщин-работниц.

Комнаты личной гигиены. В Советском Союзе на предприятиях и в учреждениях при наличии 300 и более работающих женщин организуются комнаты личной гигиены с числом кабин в зависимости от количества обслуживаемых женщин.

Женщины, особенно в период менструального кровотечения, могут пользоваться кабинками два — три раза в течение дня, т. е. до и после работы, а также во время перерыва. На предприятиях с числом работающих женщин более 1 000 целесообразно организовать комнаты (кабины) в каждом цехе, исходя из расчета одна кабинка на 500—700 женщин (И. Б. Левит, А. Л. Гампер и др.).

Комнаты личной гигиены должны помещаться как можно ближе к месту работы женщин (поблизости от цеха), чтобы они могли ими пользоваться с минимальной затратой времени.

Помещение комнаты личной гигиены должно иметь при расчете на 3 кабинки не менее 16 м² площади. При этом в помещении комнаты личной гигиены должны быть собственно душевая

кабинка, уголок для отдыха работницы, где находится также дежурная из обслуживающего персонала. Каждая душевая кабинка должна занимать площадь 3 м^2 ($1,5 \times 2$). Пол кабинки обкладывается плитками или бетонируется. К кабинкам подводится горячая и холодная вода и устраивается смеситель для регулирования температуры воды. При отсутствии смесителя может быть использован бак, через который проходит змеевик для согревания воды. Женщины обычно пользуются водой, нагретой до

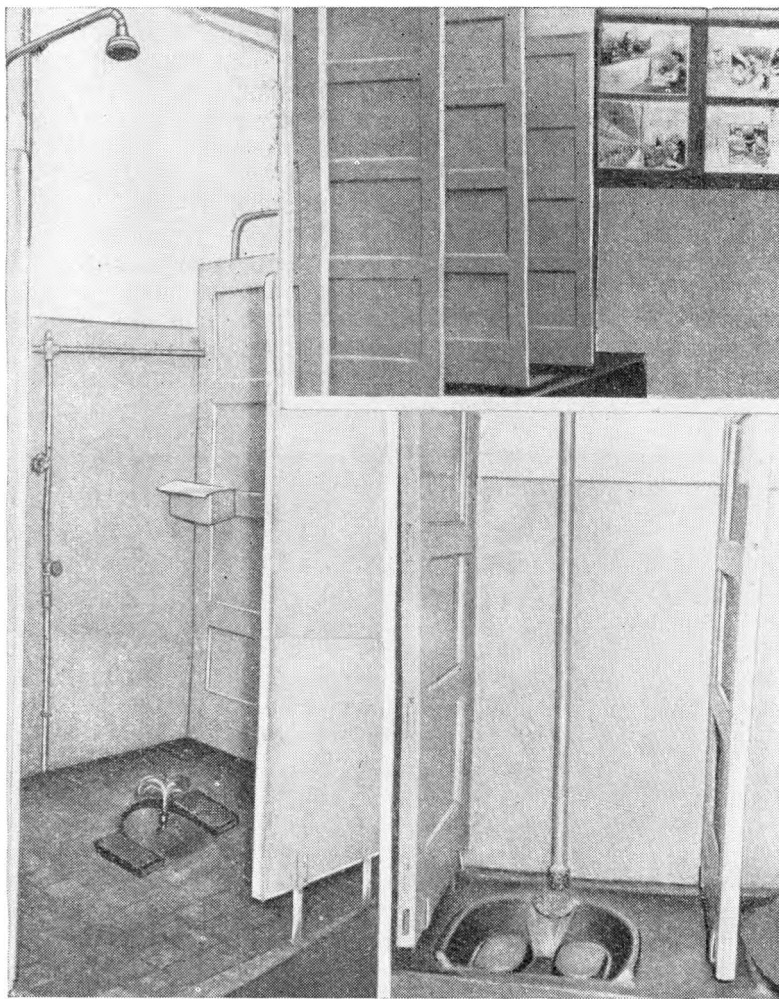


Рис. 83. Комната личной гигиены на промышленном предприятии (душевая, туалетная, вход в кабины — справа вверху).

температуры 35—37°. Вода от смесителя или бака идет по трубе до пола кабинки; труба при этом под углом в 60° к стене подводится к резервуару (биде, таз, углубление в цементном полу) с таким расчетом, чтобы женщина могла, сидя на корточках над резервуаром, производить обмывание наружных половых частей. На конец трубки с теплой водой целесообразно одевать съемную сетку с 20—25 отверстиями размером по 1 мм каждое. По бокам резервуара (таз, биде, вделанные в пол или поставленные не выше 20 см от пола) устраиваются площадки для ног, чтобы женщине было удобнее стоять при положении на корточках. Сток воды во время обмывания половых органов происходит через отводную трубу или трап. Наиболее целесообразным считается такое устройство в душевой кабинке, при котором процесс обмывания половых органов происходит без соприкосновения с ирригатором и без того, чтобы женщина должна была садиться на биде.

Высота струи воды не должна превышать 25—30 см. Подача воды осуществляется с помощью педального устройства.

В комнате личной гигиены должен быть умывальник и мыло для мытья рук, бак с крышкой для использованных закладок, несколько табуреток, вешалка для платья, зеркало. Правила обмывания половых органов вывешиваются на видном месте в комнате личной гигиены и объясняются всем женщинам, приходящим в первый раз. Дежурный персонал (медсестра или спе-

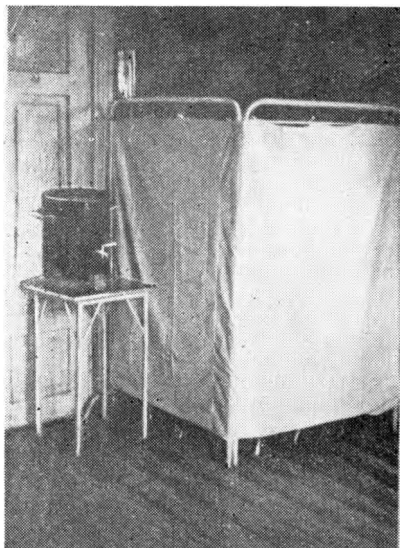


Рис. 84. Общий вид «Уголка личной гигиены» (по А. Л. Гамперу).

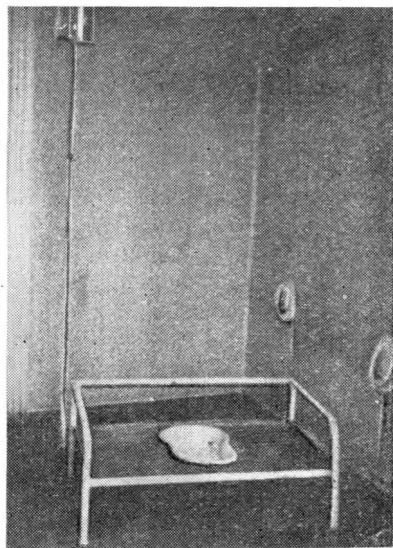


Рис. 85. Передвижное биде конструкции А. Л. Гампера.

циально подготовленное лицо из работниц) ведет учет посещающих комнату личной гигиены в специальной тетради (журнале), выдает закладки в виде завернутого в бумагу стерильного индивидуального пакета, в состав которого входит закладка, состоящая из небольшого куска гигроскопической ваты или лигнина (10—15 г), завернутого в один — два слоя марли.

Для женщин, работающих на новостройках, оросительных системах или промышленных предприятиях, где по тем или иным условиям не может быть организована стационарного типа комната личной гигиены, может быть использована передвижная душевая установка, сконструированная Н. М. Полиновским для комнат личной гигиены женщины, или передвижной восходящий душ по проекту, разработанному А. Л. Гампером.

Оборудование для «Уголка личной гигиены» по проекту А. Л. Гампера очень простое и доступное в любых условиях. Подогрев воды происходит в баке, поставленном над электрической плиткой. Необходимое количество воды для одноразового употребления наливается в стеклянную 2-литровую кружку, расположенную в гнезде штатива, укрепленного на задней ножке каркаса для ширмы. Подводка воды к фонтанчику осуществляется с помощью резинового шланга с пластмассовым краном, позволяющим регулировать водяную струю, проходящую через pedalную систему зажима, вмонтированного с нижней стороны площадки, на которой стоит женщина во время обмывания половых частей. Педаль проходит через специально для этой цели прорезанное отверстие и находится с левой стороны тазика, вставленного в отверстие, сделанное на площадке. При нажиме на педаль из фонтанчика бьет струя воды, высота которой регулируется с помощью крана.

Душевая установка с помощью двусторонней ширмы, обтянутой клеенкой и установленной в углу, превращается в душевую кабинку. Вода после произведенной процедуры выливается из биде в ведро.

Комнаты личной гигиены на промышленных предприятиях должны быть использованы для повышения санитарной грамотности женщин-работниц, для распространения сведений о том, как сохранить организм женщины в здоровом состоянии.

Все это в сочетании с соблюдением личной гигиены будет способствовать повышению культурно-гигиенических запросов женщины и сохранению ее здоровья.

СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВАЯ ПОМОЩЬ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

С первых дней существования нашего государства Коммунистическая партия и Советское правительство постоянно уделяют большое внимание женщине-матери, сохранению ее здоровья и проявляют повседневную заботу о каждом ребенке задолго до его рождения.

Великая Октябрьская социалистическая революция, навсегда уничтожив капиталистический строй в нашей стране, предоставила советским женщинам полное равноправие с мужчинами во всех областях государственной, общественной, политической и культурной жизни. Эти права женщин записаны в Основном Законе нашей страны — Советской Конституции в статье 122.

В советской стране изданы большой важности законы, охраняющие здоровье и права женщин и детей, создана мощная система государственной охраны материнства и детства, осуществляются мероприятия материального порядка, огромные средства отпускаются государством на дело охраны материнства и детства.

Ряд исторических постановлений Центрального Исполнительного Комитета и Совета Народных Комиссаров, указов Президиума Верховного Совета Союза ССР и Совета Министров СССР были направлены на еще большее укрепление советской семьи, на улучшение условий воспитания детей, улучшение благосостояния советских людей, создание хороших условий труда для женщин с тем, чтобы они могли наряду с выполнением своих материнских обязанностей нести почетную роль на производстве, в научных учреждениях, работать в области искусства.

В годы войны, когда страна изгоняла врага, который принес много горя, разрушив семьи, осиротив детей, Коммунистическая партия и Советское правительство издало Указ Президиума Верховного Совета Союза ССР от 8 июля 1944 г. «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усилении охраны материнства и детства, об установлении почетного звания «Мать-героиня» и учрежде-

нии ордена «Материнская слава» и медали «Медаль Материнства».

Осуществление этого Указа подняло на неимоверную высоту звание многодетной матери, расширило круг многодетных матерей, укрепило советскую семью.

Указ впервые внес понятие об одинокой матери (женщине, имеющей ребенка вне зарегистрированного брака), дал возможность одиноким матерям получать большие льготы в вопросах воспитания ребенка.

Указ предусмотрел жизненную возможность к расширению материнства путем предоставления значительных льгот многодетным матерям.

Расширение сети родовспомогательных и лечебно-профилактических учреждений давало широкий размах в осуществлении всех вопросов, направленных на улучшение охраны материнства и детства в нашей стране.

Указ Президиума Верховного Совета Союза ССР от 19 мая 1949 г. «Об улучшении дела государственной помощи многодетным и одиноким матерям и улучшении условий труда и быта женщин» дополнил Указ от 8 июля 1944 г. и дал возможность получать государственное пособие одинокой матери даже в том случае, если ребенок воспитывается у других лиц (вследствие смерти или болезни матери).

Кроме того, Указ от 19 мая 1949 г. дал возможность беременным и женщинам, имеющим детей в возрасте до одного года, переходить с одной работы на другую (ближе к своему месту жительства) и сохранить непрерывный трудовой стаж.

Этим же Указом была предоставлена льгота-скидка на 50% при уплате за содержание в детских яслях и детских садах детей одиноких матерей, заработок которых, не превышает 60 рублей в месяц.

Также была установлена уголовная ответственность за отказ в приеме на работу матерей, кормящих грудью, за снижение им заработной платы по этим мотивам.

В связи с проводимыми широкими мероприятиями по поощрению материнства и охране детства и непрерывным ростом сознательности и культурности женщин стал вопрос о возможности отмены запрещения абортов.

Указ Президиума Верховного Совета Союза ССР от 23 ноября 1955 г. «Об отмене запрещения абортов» дал возможность самой женщине решать вопрос о материнстве. При необходимости произвести прерывание беременности женщина имеет возможность произвести аборт в условиях лечебного учреждения, где ей обеспечивается наибольшая безвредность этой операции.

Указ предусматривает снижение абортов путем дальнейшего расширения государственных мер поощрения материнства, а также мер воспитательного и разъяснительного характера.

Прошедший XXII съезд Коммунистической партии Советского Союза, как и прошедшие ранее съезды партии, внес ряд исторических решений, направленных на улучшение благосостояния трудящихся нашей страны.

В этих решениях нашли большое отражение и вопросы охраны прав и здоровья матери и ребенка, улучшения условий для воспитания подрастающего поколения, укрепления советской семьи.

Программа Коммунистической партии Советского Союза — важнейший документ новой эпохи — эпохи коммунистического общества также включает большой раздел по улучшению бытовых условий семьи, положения женщин, содержания детей и нетрудоспособных граждан за счет общества.

В ближайшее двадцатилетие должны быть полностью устранены остатки неравного положения женщины в быту, созданы все социально-бытовые условия для сочетания счастливого материнства со все более активным и творческим участием женщины в общественном труде, в занятиях наукой и искусством. Женщинам будут предоставляться относительно более легкие работы с достаточной оплатой за них. Увеличится продолжительность отпусков по беременности и родам.

Дешевые бытовые машины, электроприборы облегчат женский труд в домашнем хозяйстве. В течение 10—15 лет общественное питание займет преобладающее место, в связи с чем отпадет необходимость в питании в домашних условиях.

Во втором десятилетии начнет осуществляться бесплатное общественное питание (обеда) на предприятиях и в учреждениях и занятых в производстве колхозников.

В ближайшие годы детские учреждения смогут принять основную массу дошкольников. В городе и деревне будет обеспечено полное и бесплатное удовлетворение потребности в яслях, детских садах, пионерских лагерях, школах-интернатах с бесплатным содержанием детей. Во всех школах будут введены бесплатные горячие завтраки, а в группах продленного дня бесплатные обеды. Школьники будут обеспечены бесплатной школьной одеждой и учебниками.

По мере роста национального дохода в течение двадцатилетия государственные и общественные организации смогут обеспечить материальное содержание всех граждан, потерявших трудоспособность по инвалидности и старости. Расширится сеть благоустроенных домов-интернатов для престарелых и инвалидов.

Наряду с бесплатным медицинским обслуживанием будет введено бесплатное обеспечение медикаментами, санаторным лечением.

Предусматривается бесплатное пользование квартирами, коммунальными и некоторыми бытовыми услугами.

Расширится обеспечение населения пособиями, льготами и стипендиями (пособие одиноким матерям, стипендии студентам).

Выполнение вышеизложенных вкратце задач продвинет нашу страну по пути практического осуществления коммунистического принципа распределения по потребностям.

Долг каждого гражданина своим героическим трудом приблизить срок осуществления намеченных Программой Коммунистической партии Советского Союза грандиозных исторических задач.

Претворение в жизнь и строгое соблюдение вышеуказанных законов является важным моментом во всей работе охраны материнства и детства.

Знать законы, охраняющие права матери и ребенка, должны не только правовые работники, но и все работники системы учреждений по охране материнства и детства и все женщины-матери.

В задачи охраны материнства и детства входят не только забота о здоровье будущей матери и ее ребенка, но и оказание своевременной, всесторонней помощи бытового и правового характера.

Для оказания действенной помощи в вопросах охраны прав женщин и детей созданы социально-правовые кабинеты, которые организованы при женских и детских консультациях, в домах ребенка.

В задачи кабинетов входит оказание беременным женщинам, детям и их матерям социально-правовой помощи на основе действующего советского законодательства. Социально-правовая помощь в женской консультации оказывается по вопросам, связанным с брачно-семейными конфликтами (оформление необходимых документов для взыскания алиментов и т. п.), с улучшением жилищных условий беременной, с охраной труда беременных женщин, получением государственного пособия по многодетности и одиноким матерям, а также с получением пенсий и пособий по социальному страхованию.

Одной из задач социально-правовых кабинетов является и проведение мероприятий по своевременному устройству в детские учреждения детей, что является одним из факторов практической помощи матери и ребенку.

В задачи социально-правовых кабинетов входит популяризация основ советского законодательства по охране материнства и детства как среди широких масс женщин, посещающих родовспомогательные и лечебно-профилактические учреждения, так и на предприятиях, в клубах, учреждениях и домоуправлениях.

Основным методом социально-правовой работы является социальный патронаж, включающий следующие вопросы:

- а) своевременное выявление женщин, нуждающихся в социально-правовой помощи,
- б) длительное наблюдение за ними и

в) оказание всесторонней помощи.

Поэтому очень важно, чтобы каждый сотрудник женской консультации считал своей обязанностью своевременно сигнализировать работнику социально-правового кабинета о женщине, нуждающейся в помощи. Такой своевременный сигнал даст возможность оказать практическую помощь и избавить женщину от ряда излишних тяжелых переживаний.

Взяв на учет такую женщину, социально-правовой работник не ограничивается только одноразовой встречей или беседой или написанием того или иного документа, а путем длительного наблюдения за делами женщины явится в дальнейшем ее лучшим другом и советчиком во всех вопросах ее жизни. Причем, оказывая помощь по одному вопросу, по которому женщина была направлена в кабинет, работник обязательно поинтересуется всеми житейскими обстоятельствами этой женщины с целью оказания обратившейся всесторонней помощи.

Например, беременную К. направил врач женской консультации в социально-правовой кабинет по той причине, что К. очень расстроилась, узнав о своей первой беременности, и настойчиво требовала направления на аборт, мотивируя тем, что она проживает в общежитии и что, если она родит ребенка, комендант не впустит ее в комнату.

Социально-правовой работник, выслушав и записав весь рассказ беременной К., начал с того, что пригласил письменным вызовом в кабинет отца будущего ребенка. С ним гр-ка К. не состояла в зарегистрированном браке, и поэтому рождение ребенка и роль одинокой матери пугали гр-ку К.

Одновременно работник кабинета разъяснил все права одинокой матери и обещал принять все необходимые меры к тому, чтобы в ближайшее время добиться через администрацию и построиком стройки, где работала беременная К., переселения ее в общежитие для семейных лиц.

Во время следующего приема работник кабинета сумел обстоятельно поговорить с будущим мужем гр-ки К. и с нею. В результате в ближайшее время был оформлен брак в органах загса.

Поскольку новой семье было негде поселиться, работник кабинета начал упорно хлопотать о получении жилплощади для К., так как она являлась старой работницей, была беременной. Ко дню ухода в декретный отпуск гр-ки К. жилищный вопрос был разрешен.

Все указанные вопросы, конечно, не решались легко и быстро, необходимо было настойчиво добиваться положительных результатов — сохранить семью, сохранить жизнь будущего ребенка, будущего гражданина нашей великой социалистической страны, сделать женщину счастливой женщиной-матерью.

Деятельность социально-правового кабинета многогранная и

направлена на то, чтобы оградить интересы семьи и ее ребенка. Все виды социально-правовой помощи оказываются бесплатно, вплоть до выступления работника кабинета в суде; это является одним из моментов государственной заботы о матерях и детях.

Женская консультация, осуществляющая систематическое наблюдение за состоянием здоровья беременных женщин, через свой социально-правовой кабинет проводит и большую работу по охране прав этих беременных женщин.

Социально-правовой работник должен ознакомить весь медицинский персонал женской консультации с задачами социально-правового кабинета, с Положением о социально-правовых кабинетах и познакомить врачей и акушерок с основными законами по охране труда беременных женщин.

В социально-правовой кабинет должны направляться все первично обратившиеся беременные женщины. Это дает возможность своевременно выявить нуждающихся в правовой и бытовой помощи женщин, кроме того, беременные сразу же получают подробную консультацию по вопросам охраны труда женщин в период беременности. Необходимо также направлять в социально-правовой кабинет беременных, взятых на учет в женской консультации:

- а) будущих многодетных матерей, имеющих 2 детей и беременных третьим ребенком;
- б) будущих одиноких матерей, не состоящих в зарегистрированном браке;
- в) беременных женщин, имеющих неблагоприятные семейные или жилищные условия;
- г) беременных, проживающих в общежитиях, беременных учащихся, беременных несовершеннолетних.

Работа социально-правового кабинета складывается из приемов 2—3 раза в неделю по 3—4 часа, а остальное время отводится для обследований, переговоров в учреждениях по делам женщин, выступлений в судах и т. п. В кабинете врача, ведущего прием в женской консультации, должна быть тетрадь с надписью «Направление к юристу». В эту тетрадь вносятся фамилии и адреса женщин, направленных в социально-правовой кабинет и выдается им талон на очередной прием с указанием числа и времени приема.

Работник социально-правового кабинета следит за тем, чтобы женщины явились к нему, и если в ближайшие дни приема назначенные женщины не посетят кабинет, социально-правовой работник обязан сам посетить их.

Социально-правовой кабинет разрешает следующие вопросы:

1. Все трудовые конфликты беременных (неправильное увольнение, переводы, неправильная оплата труда, несоблюдение законов о труде беременных).

2. Подготовка всех документов для оформления государственного пособия по многодетности и для одиноких матерей.

3. Оформление всех документов для получения алиментов на содержание беременной и в период кормления ребенка грудью. Наблюдение за своевременным получением алиментов.

4. Жилищные вопросы (получение жилищной площади и улучшение таковой).

5. Все семейные конфликты.

6. Оказание содействия в получении материальной помощи через профсоюзные организации и учреждения, где работает беременная или больная женщина.

7. Вопросы по устройству детей (в детские ясли, детские сады, санатории, дома ребенка, детские дома).

8. Оформление документов для получения пенсии.

9. Прочие дела, связанные с вопросами охраны материнства и детства.

Для разрешения того или иного вопроса, в зависимости от характера дела, работник кабинета проводит тот или иной вид работы, например:

1. Обследует жилищно-бытовые условия женщин, детей, семьи.

2. Вызывает соответствующих лиц в кабинет для переговоров.

3. Ведет переговоры по делам женщин и детей в ряде организаций, учреждений.

4. Оформляет документы — заявления, запросы по вопросам алиментов, государственного пособия, пенсии.

5. Дает заключение судам, при ком из родителей целесообразно оставить детей на воспитание.

6. Выступает в судах по всем вопросам охраны материнства и детства.

Свою работу социально-правовой работник документирует в виде приемного журнала (на приеме) и опросных листов по делу каждой женщины, обратившейся в кабинет. В опросном листе, кроме биографических данных, указываются все обстоятельства дела, по которому обратилась женщина, и производится отметка о принятых мерах работником кабинета. В этом же опросном листе отмечается каждый приход женщины и проведение дальнейших мероприятий.

Для приема кабинет должен иметь обособленное помещение (один из кабинетов консультации) с учетом особенности его работы — разбор семейных конфликтов, вызов супругов, вопросы усыновления и др.

О своей работе кабинет представляет ежемесячный отчет заведующей женской консультацией.

О своей деятельности работник кабинета отчитывается на собрании сотрудников женской консультации, приводя не только

цифровые данные, но и результаты конкретных дел. Работа социально-правового кабинета освещается и в стенной газете.

В свой план работы социально-правовой работник включает цикл лекций для медицинского персонала по вопросам трудового, семейно-брачного и жилищного законодательства, разъяснение постановлений и указов Президиума Верховного Совета Союза ССР, предусматривающих охрану здоровья женщин и детей.

Кроме того, в день своего приема социально-правовой работник проводит лекции-беседы для женщин, находящихся в женской консультации в ожидании приема. Лекции проводятся на различные темы по вопросам охраны материнства и детства.

Социально-правовой работник женской консультации, объединенной с родильным домом или родильным отделением больницы, продолжает обслуживать тех беременных женщин, которые были на учете женской консультации, и при поступлении их в стационар.

Социально-правовая работа в родильном доме имеет свои особенности и начинается с того, что социально-правовой работник знакомит весь медицинский персонал родильного дома со всеми задачами социально-правовой помощи женщинам, разъясняет при этом положение о кабинетах и ряд вопросов по трудовому законодательству, особенно по вопросам охраны труда кормящих матерей.

Персонал, работающий на приеме рожениц, должен уметь выявить нуждающуюся в социально-правовой помощи женщину. Для этого под особое наблюдение берутся следующие категории женщин:

- а) те, кого никто в родильный дом не провожал;
- б) те женщины, которые, придя в роддом, оставили свою одежду в роддоме;
- в) те женщины, кто не принес документа, удостоверяющего личность;
- г) женщины, которые назвали себя одинокими матерями;
- д) женщины многодетные матери;
- е) женщины, поступившие в роддом проездом, без постоянного местожительства в данном городе.

Сведения об этих женщинах акушерка, работающая на приеме, записывает в особую тетрадь, из которой социально-правовой работник берет данные для своей дальнейшей работы.

Проводя обходы один или два раза в неделю по палатам, работник кабинета широко освещает в своих беседах все вопросы по охране материнства и детства.

Свои беседы социально-правовой работник начинает с выявления многодетных матерей, записывает их в особый блокнот или тетрадь и тут же рассказывает о праве данной матери на

государственное пособие, дает ей записку о графике приема социально-правового кабинета в консультации и рекомендует матери в ближайшее время посетить кабинет, где ей будет все оформлено для получения пособия по многодетности.

Если же в этой палате находится одинокая мать, которая сама не скрывает этого, социально-правовой работник разъясняет ей ее права и тоже сообщает ей о часах и днях приема юриста в консультации. Кроме того, юрист интересуется и тем, кто сумеет встретить одинокую мать с ребенком дома, кто придет за нею, имеется ли у ребенка приданое и т. п.

Если же одинокая мать не выявляет себя, но работник кабинета знает, что в этой палате именно находится таковая, он в своей беседе с родильницами должен рассказать о правах одиноких матерей и о помощи, которая им может быть оказана.

С такой родильницей — одинокой матерью юрист должен встретиться тогда, когда она уже немного оправится и будет ходить. Беседа с такой женщиной должна носить сугубо дружеский характер и расположить мать к юристу так, чтобы она видела в его лице ближайшего друга и помощника в вопросах дальнейшего воспитания ребенка и устройства всех дел матери. Беседа должна проводиться с глазу на глаз, без свидетелей из персонала.

Из беседы юрист заключает, в какой помощи нуждается женщина, и осведомляет администрацию о том, что эта родильница должна быть более продолжительный срок в родильном доме (хотя по состоянию здоровья она могла быть выписана и на 9-й день). Обычно срок пребывания одинокой матери в стационаре желательно увеличить до 14 суток, чтобы она имела возможность более окрепнуть и, кроме того, более привязаться к ребенку. За это время юрист имеет возможность урегулировать все вопросы по делу матери, например: договориться с администрацией и профсоюзной организацией учреждения, где мать работает, по вопросу приобретения приданого для ребенка, присылки транспорта с места работы, организации встречи матери и ребенка в общегитии и др. До выписки желательно, чтобы работники — сотрудницы-женщины — навестили ее, оказали ей товарищеское внимание в виде передачи продуктов, цветов.

Такое проявление внимания к матери оказывает благотворное влияние на дальнейшее отношение матери к ребенку, придает ей бодрое настроение, и она более стойко переносит свои житейские невзгоды.

Ни при каких обстоятельствах нельзя выписывать одинокую мать из роддома одну. Обязательно нужно сопровождать ее до местожительства, если за нею не могут приехать сотрудники или родственники. В таких случаях родильницу и ее ребенка сопровождает либо медицинская сестра, либо санитарка. Причем ребенка должна нести сама мать.

Приведя мать с ребенком к дому, очень важно, чтобы работник из роддома зашел и побеседовал с квартирной хозяйкой, соседями матери, сообщил им, что ребенок родился очень хорошим, здоровым и им необходимо помочь матери в уходе за ребенком.

Как правило, желательно, чтобы одинокая мать не сразу сдавала своего ребенка на воспитание в Дом ребенка, если у матери очень тяжелые условия. Если мать может побыть с ребенком на протяжении всего послеродового и очередного отпусков, то это привязывает мать к ее ребенку, заставляет заботиться о нем в дальнейшем.

Многодетные матери получают полную консультацию от юриста по вопросам оформления документов для получения государственного пособия по многодетности. Эти матери должны знать, что, придя в детскую консультацию к социально-правовому работнику, они могут зайти к нему вне очереди и получить все оформленные документы.

О каждой выписавшейся из родильного дома одинокой и многодетной матери юрист специально ставит в известность социально-правового работника детской консультации, который берет на учет этих матерей, для того, чтобы наладить контакт с участковыми врачами-педиатрами, которые осуществляют первый патронаж новорожденного и могут выяснить все жилищно-бытовые условия матери и ребенка. Врач и медицинская сестра, посетившие дома новорожденного и зная, что мать одинокая женщина или многодетная, обязаны напомнить ей о необходимости посещения социально-правового кабинета детской консультации, сообщить о графике работы его. Если же в ближайшую декаду со дня выписки из родильного дома мать не является в кабинет, работник последнего обязан сам навестить мать и принять все необходимые меры для оказания помощи.

В родильном доме юрист в беседах с женщинами разъясняет им права кормящих матерей, права на получение пособия по поводу кормления и рождения ребенка. Беседы проводятся по палатам, и юрист отвечает на все вопросы родильниц.

Если в родильном доме находится женщина, которая проездом на постоянное местожительство вынуждена была сделать остановку в данном городе по поводу родов, а в настоящее время нуждается в помощи по дальнейшему следованию, то социально-правовой работник должен принять все меры к тому, чтобы решить этот вопрос. Он может вызвать родственников женщины либо получить средства для оплаты билета, для приобретения пеленок, одеяльца для новорожденного. Эти средства, при необходимости, выдаются райисполкомами депутатов трудящихся.

Мать с ребенком из родильного дома должна быть в сопровождении работника родильного дома отправлена на вокзал и

посажена в поезд. Это необходимо как выражение заботы о женщине-родильнице и ее маленьком ребенке. В редких случаях выписка матери с ребенком и вручение ей денег на билет может привести к нежелательным результатам: мать, оставленная без надлежащей помощи и будучи напуганной всеми предстоящими заботами и невзгодами, может уехать одна, оставляя ребенка подчас в условиях, угрожающих его здоровью и даже жизни.

Если мать-одиночка, еще будучи в родильном доме, заявляет о невозможности взять ребенка на свое воспитание по мотивам исключительно тяжелых материальных и бытовых условий, социально-правовой работник или врач обязан либо принять меры для того, чтобы устранить причины, по которым мать не может побыть с ребенком даже в период своего послеродового и очередного отпусков, либо позаботиться о месте в Доме ребенка, куда ребенок определяется, имея все документы, анализы о состоянии здоровья, а также акт обследования жилищно-бытовых условий, книжку одинокой матери, путевку из рай(гор)здравотдела. Зная о необходимости определения младенца в Дом ребенка, социально-правовой работник заблаговременно должен договориться о месте для ребенка и принять все меры к своевременной подготовке соответствующих документов и справок о состоянии здоровья ребенка. Следует помнить, что устройство младенца в Дом ребенка прямо из родильного дома нежелательно, так как это приводит к отрыву ребенка от матери и обрекает его с первых дней на искусственное вскармливание. Мать за время нахождения в родильном доме не ощутила еще радости материнства, не привязалась к ребенку, не успела укрепить свои материнские чувства и не будет приходить кормить своего ребенка. В Дом ребенка мать и младенца сопровождает работник родильного дома. В Доме ребенка с матерью составляется соглашение о явке для кормления ребенка грудью, о сроке (согласно указанию в путевке), на который мать сдает ребенка в Дом ребенка, и о том, что после истечения срока путевки она обязана принять ребенка на свое воспитание.

Бытовая и материальная помощь беременным женщинам. Врач женской консультации и социально-правовой работник должен интересоваться вопросами бытовых и материальных условий беременной женщины, чтобы своевременно ей оказать необходимую помощь.

В зависимости от обстоятельств, оказывается бытовая и материальная помощь.

Помимо тех многочисленных льгот для беременных женщин и кормящих грудью матерей, многодетных и одиноких матерей, можно оказывать еще некоторые виды помощи и всем остальным женщинам и их семьям.

Например, те женщины — работницы и служащие, которые временно оставили свою работу в связи с наличием малого ре-

бенка, могут сохранять свой профсоюзный стаж тем, что, увольняясь с места работы, не снимаются с профсоюзного учета.

Для этого женщина подает заявление в фабричный или заводской, или местный комитет профсоюзной организации, и последняя, предоставляя право быть на учете этому члену профсоюза, обязана повседневно проявлять заботу о женщине: приглашать на общие профсоюзные собрания, обслуживать культурно-массовыми мероприятиями, а также оказывать в случае необходимости единовременную материальную помощь.

Профсоюзные организации имеют достаточно материальных средств для оказания единовременной материальной помощи членам профсоюза, временно впавшим в нужду.

Беременные женщины за два месяца до родов пользуются правом на дополнительную жилищную площадь.

Беременным женщинам и матерям с малыми детьми оказывается помощь в случаях их поездок по железной дороге. Для этого на станциях имеются комнаты матери и ребенка.

Несмотря на то, что материальное благосостояние наших трудящихся из года в год улучшается, бывают случаи, когда беременная женщина или мать с ребенком временно испытывают материальные затруднения. В таких случаях врач акушер-гинеколог, врач по детским болезням и социально-правовой работник должны выяснить пути, по которым можно оказать женщине действенную помощь.

Например, если мать является членом профсоюза, помощь можно получить через таковой. Причем, если отсутствуют средства в местной профсоюзной организации (там, где мать работает), эта помощь может быть оказана вышестоящей профсоюзной организацией (областным, республиканским комитетом).

Если же обратившаяся женщина не является работницей или служащей, а является членом колхоза, последний через свою кассу взаимопомощи обязан оказать такую помощь.

Женщины-пенсионеры, или имеющие мужей-пенсионеров, могут по ходатайству женской консультации, социально-правового кабинета получить помощь в виде получения денег или путевки в дом отдыха, санаторий через организации социального обеспечения (райсобес, горсобес).

Особую заботу проявляют женские консультации и родильные дома в случае рождения двойни. В таких случаях, до выписки матери и детей из родильного дома, социально-правовой работник вместе с медперсоналом родильного дома должны обеспечить жилищно-бытовые условия. Через отделы здравоохранения надо обеспечить систематическое наблюдение за детьми-близнецами. Через домоуправления или исполкомы депутатов трудящихся надо обеспечить нормальные жилищные условия

семьи, куда должны быть выписаны дети-близнецы из родильного дома.

Важно своевременно получить пособие на рождение и кормление детей (если оно положено), а также быстро оформить документы на пособие по многодетности или пособие матери-одиночки.

Иногда очень трудно предугадать, какую форму помощи можно оказать беременной женщине или матери с ребенком. Ибо в разрешении житейских невзгод можно столкнуться с такими вопросами, по которым не всегда сразу можно найти закон, постановление и т. п. В таких случаях часто помогают большой опыт работы социально-правового работника или врача женской консультации и родильного дома.

Как правило, надо помнить, что в нашей стране не может быть такого положения, при котором беременная женщина или мать с ребенком не получили бы необходимой помощи и были бы оставлены без внимания.

Прямой обязанностью работников охраны материнства и детства является своевременная, всесторонняя помощь женщине и ее ребенку. В тех случаях, когда при женской консультации и родильном доме отсутствует социально-правовой кабинет, все врачи и средний медперсонал этих учреждений обязаны знать основные законы, охраняющие интересы матерей и детей в нашем государстве. Ниже приводятся извлечения из основных положений и законов, ознакомление с которыми крайне необходимо для всех работников охраны материнства и детства.

ПРИЛОЖЕНИЯ

(извлечение из официальных материалов)

НЕКОТОРЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ О БРАКЕ

Браком, который порождает все права и обязанности супругов, родителей по отношению к детям и последних к родителям, считается только тот, который зарегистрирован в органах загс (Указ Президиума Верховного Совета Союза ССР от 8 июля 1944 г.).

Все фактические (не оформленные в органах загс) семейные отношения до издания этого закона могли и могут быть оформлены в органах загс с указанием даты совместной жизни.

Браки, оформленные по религиозным обрядам до 1 мая 1920 г., а на территории западных областей БССР до 20 апреля 1940 г., приравниваются к зарегистрированным бракам.

В регистрируемый брак могут вступать лица не моложе 18 лет.

В тех случаях, когда один из будущих супругов не достиг брачного возраста (18 лет), необходимо обратиться в президиум городского или районного исполкома депутатов трудящихся и получить разрешение на регистрацию брака. Причем возраст вступающих в брак в этих случаях не может быть моложе 16 лет.

Не могут вступать в брак лица:

- 1) состоящие в родстве,
- 2) ранее состоявшие в зарегистрированном браке и не расторгнувшие его.
- 3) лица, страдающие душевными хроническими заболеваниями, лица, не отвечающие за свои поступки.

ОХРАНА ТРУДА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

1. Нельзя отказывать по мотивам беременности в приеме на работу или снижать по этим мотивам заработную плату беременной.

За эти преступления установлена уголовная ответственность должностных лиц. В первый раз — исправительно-трудовые работы на срок до 6 месяцев или штраф до 100 рублей. При повторности этого нарушения — наказание до 2 лет лишения свободы. (Постановление ЦИК и СНК СССР от 5 октября 1936 г., см. СЗ СССР 1936 г., стр. 419, № 51).

Указанные постановления не распространяются на те случаи, если женщина проработала непрерывно в государственных учреждениях, предприятиях менее одного года или последний перерыв в ее работе превышает один месяц (Постановление ЦИК и СНК СССР от 9 апреля 1937 г., см. СЗ СССР от 1937 г. № 25, стр. 99).

2. Беременные женщины освобождаются от ночных работ (период с 10 часов вечера до 6 часов утра) на весь период беременности, т. е. с момента установления факта беременности (ст. 131 Кодекса Законов о Труде СССР),

3. Начиная с 4 месяцев беременности, нельзя привлекать беременную

к сверхурочной работе (ст. 131 КЗоТ и ст. 7 Указа Президиума Верховного Совета Союза ССР от 8 июля 1944 г.).

4. С пяти месяцев беременности нельзя посылать в командировку женщину без ее согласия на это (ст. 133 КЗоТ СССР).

5. Беременная женщина имеет право перехода с одной работы на другую (ближе к своему местожительству), и в этих случаях ей сохраняется непрерывный рабочий стаж (Указ Президиума Верховного Совета Союза ССР от 19 мая 1949 г.).

6. В зависимости от состояния здоровья беременные женщины переводятся на более легкую работу. В этих случаях за переведенными сохраняется их средний заработок из расчета шести месяцев, предшествующих переводу (ст. 132 КЗоТ СССР).

7. В предприятиях легкой промышленности (хлопчатобумажной, трикотажной, табачной и др.) за переведенными на более легкую работу беременными сохраняется средний заработок (из расчета шести месяцев, предшествующих переводу) только в том случае, если ими выполняется норма легкой работы. Если таковая не выполняется, то уплачивается определенный процент от среднего заработка по выполненной норме (см. Постановление Секретариата ВЦСПС от 19 января 1938 г., Бюлл. ВЦСПС № 1, 1938 г.).

8. В связи с беременностью и родами по Указу Верховного Совета Союза ССР от 16 марта 1956 г. женщинам предоставляется отпуск до родов на 56 календарных дней и после родов на 56 календарных дней.

Послеродовой отпуск на 70 календарных дней предоставляется женщинам, родившим двух и более детей, перенесшим акушерские операции при значительной кровопотере (гемоглобин ниже 50%), при травмах родовых путей (разрыв матки, глубокий разрыв шейки, разрывы промежности III степени, расхождение лонного сочленения), при преждевременных родах, а также при родах у женщин, страдающих органическими заболеваниями сердца и сосудов, туберкулезом в активной форме, диабетом и малярией, обострившейся в конце беременности или в родах, хроническим паренхиматозным поражением печени с нарушением функции.

Указанные выше отпуска предоставляются только работницам, служащим государственных учреждений и предприятий.

Что касается беременных женщин — членов сельскохозяйственных артелей — колхозов, то этим женщинам сроки отпусков по беременности и родам устанавливаются решением общего собрания членов сельскохозяйственной артели. Также устанавливается норма и характер оплаты этих отпусков.

Известно, что в большинстве случаев эти решения собраний о сроках отпусков беременным женщинам совпадают со сроками для работниц и служащих государственных учреждений и предприятий.

Если дородовой отпуск не совпал с 56 календарными днями, а был более продолжительный либо был менее 56 календарных дней, то отпуск оплачивается за весь фактический период, т. е. со дня предоставления отпуска до дня родов. Продолжительность послеродового отпуска от этого не меняется (см. ст. 132 КЗоТ СССР и § 7 комментариев — пояснение к ней).

9. Увольнять беременную женщину можно в исключительных случаях и то только с разрешением инспектора труда вышестоящей профсоюзной организации (Постановление Наркомтруда РСФСР от 8 августа 1922 г., Известия Наркомтруда 1922 г. № 5/14).

ПОСОБИЕ ПО БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАМ

1. Пособие по беременности и родам выплачивается женщинам — работницам и служащим государственных предприятий и учреждений. Размер этого пособия зависит от общего и непрерывного трудового стажа.

2. Отпуск по беременности и родам предоставляется на основании больничного листка, выданного лечебным учреждением (женской консультацией, женско-детской консультацией, поликлиникой, амбулаторией, родильным домом, родильным отделением больницы).

3. Женщины — работницы и служащие, в том числе и не состоящие членами профсоюза, имеют право на получение пособия по беременности и родам независимо от продолжительности рабочего стажа (Постановление Совета Министров СССР от 28 января 1957 г., пункт 4, № 79).

4. В случае наступления срока отпуска по беременности в период очередного отпуска, пособие выдается на общих основаниях, а очередной отпуск переносится на срок после окончания отпусков по беременности и родам.

Если отпуск по беременности предоставляется в период нахождения женщины в отпуске без сохранения заработка (т. е. «за свой счет»), пособие не выдается. Если отпуск по беременности и родам продолжается и после окончания отпуска без сохранения заработной платы, пособие выдается, начиная со дня окончания этого отпуска.

5. При выкидыше, наступившем по истечении 196 дней беременности, пособие по родам выдается, как при обычных родах.

6. Если выкидыш наступил до истечения 196 дней беременности, при операции прерывания беременности (аборте), пособие выдается, как при общем заболевании.

РАЗМЕРЫ ПОСОБИЯ ПО БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАМ

Пособие по беременности и родам женщинам — работницам и служащим государственных предприятий и учреждений, выдается в следующих размерах:

1. В размере полного заработка — 100% выдается на весь период отпуска:
а) женщинам, имеющим общий рабочий стаж не менее 3 лет, из которых 2 года непрерывного стажа на данном предприятии или в учреждении;

б) женщинам, не достигшим 18-летнего возраста, если они имеют непрерывный рабочий стаж на данном предприятии или учреждении не менее одного года;

в) бывшим партизанам и инвалидам Отечественной войны;

г) имеющим орден;

д) женщинам — новаторам или передовикам производства при наличии общего стажа работы не менее одного года.

2. В размере $\frac{3}{4}$ заработка за первые 20 календарных дней отпуска, а за остальное время в размере полного заработка:

а) проработавшим непрерывно на данном предприятии или учреждении не менее 2 лет, но не имеющим трехлетнего стажа работы;

б) не достигшим 18 лет, но не имеющим годичного стажа работы.

3. В размере $\frac{2}{3}$ заработка за первые 20 календарных дней, а за остальное время отпуска в размере полного заработка: проработавшим непрерывно на данном предприятии или учреждении от одного года до 2 лет.

4. В размере $\frac{2}{3}$ заработка за все время отпуска по беременности и родам: проработавшим на данном предприятии или учреждении менее одного года (см. Положение о порядке назначения и выплаты пособий по государственному социальному страхованию. Профиздат, 1959 г.).

5. Пособие по беременности и родам не может быть ниже суммы 30 рублей в месяц, а в сельских местностях 27 рублей в месяц как для членов профсоюза, так и не состоящих членами профсоюза (Постановление Совета Министров СССР от 28 января 1959 г.).

6. Пособие по беременности и родам выплачивается вперед за весь дородовой отпуск, а пособие на время послеродового отпуска выдается в дни выдачи заработной платы (см. ст. 73 Положения о порядке назначения и выплаты по государственному социальному страхованию. Профиздат, 1959).

Если отпуск, оплаченный вперед, фактически окажется меньше 56 календарных дней, то переплата засчитывается в счет пособия по послеродовому отпуску, если же дородовой отпуск оказался более продолжительным, нежели 56 календарных дней, то к пособию по послеродовому отпуску производится доплата (см. Положение о порядке назначения и выплаты пособий по государственному страхованию. Профиздат, 1959, ст. 73).

ПОСОБИЕ НА РОЖДЕНИЕ РЕБЕНКА

1. Пособие на рождение и кормление ребенка состоит из 2 частей: пособия для приобретения предметов по уходу и пособия на кормление ребенка. Первая часть пособия составляет 12 руб., вторая — 18 руб.; вся сумма пособия — 30 руб.

2. Пособие на рождение и кормление ребенка выдается отцу или матери ребенка при условии, если обратившийся проработал на данном предприятии или учреждении не менее 3 месяцев ко дню рождения ребенка и если средний заработок за 2 месяца, предшествовавших месяцу, в котором родился ребенок, не превышает 50 руб. Например, ребенок родился 30 апреля, то надо взять заработок за февраль и март месяцы и взяти средний заработок, если он составит менее 50 руб., — пособие выплачивается.

3. Если в период этих двух месяцев обратившийся родитель работал не все дни по причине того, что был временно нетрудоспособным, или мать будущего ребенка находилась в отпуске по беременности, то при выплате пособий на ребенка учитывается среднедневной заработок, из которого было исчислено пособие по больничному листку. Если сумма среднедневного заработка превышает 2 руб., то пособие на рождение ребенка не выдается.

4. Если мать ребенка живет в сельской местности вместе с ребенком и входит в состав колхоза, то выдается только пособие на предметы ухода за ребенком, т. е. 12 руб.

5. При определении права на пособие рабочий или служащий считается отцом ребенка, если он состоит в зарегистрированном браке с матерью ребенка.

6. Пособие на рождение ребенка выдается и в том случае, если отец ребенка умер до его рождения. Умерший считается отцом ребенка, если со дня смерти до рождения ребенка прошло не более 9 месяцев.

7. Назначенное пособие выдается и в том случае, если после назначения пособия родитель выбыл из круга лиц, имеющих право на это пособие.

8. В случае отсутствия родителей ребенка, пособие на рождение ребенка выдается опекуну.

9. Пособие на рождение ребенка не выдается, если ребенок родился мертвым.

10. Пособие выдается на каждого ребенка. В случае рождения близнецов пособие выдается на каждого ребенка в отдельности.

11. Пособие на рождение и кормление ребенка выдается в два срока: 22 руб. при рождении ребенка (из них 12 руб. для приобретения предметов по уходу за ребенком и 10 руб. на кормление из расчета за 5 месяцев по 2 руб. в месяц). Вторая часть пособия — 8 руб., выдается, когда ребенку исполняется 5 месяцев.

12. Пособие на рождение ребенка выдается по месту работы обратившегося за пособием родителя или лица, его заменяющего.

13. Для получения пособия представляются следующие документы:

а) свидетельство о рождении ребенка, выданное в органах загс для получения пособия;

б) справка о заработной плате родителя за два месяца перед месяцем рождения ребенка;

в) справка с местожительства ребенка, а если он находится в сельской местности, то справка сельсовета о том, входит ли мать в состав колхоза.

14. На основании предъявленных документов совет социального страхования устанавливает право на пособие и делает на обороте справки (свидетельства загса) надпись о выплате.

При получении второй части пособия, 8 руб., необходимо, кроме талона, выданного советом социального страхования, представить справку о том, что ребенок жив.

(Из положения о порядке назначения и выплаты пособий по государственному социальному страхованию. Профиздат, 1959).

ПРАВА КОРМЯЩИХ ГРУДЬЮ МАТЕРЕЙ

1. Кормящая грудью мать не допускается к ночным работам вообще в течение всего периода кормления ребенка грудью (ст. 7 Указа Президиума Верховного Совета Союза ССР от 8 июля 1944 г.).

2. Сверхурочная работа для кормящих матерей не допускается вообще на весь период кормления ребенка грудью (ст. 131 КЗоТ, § 1).

3. Период кормления ребенка грудью не ограничивается каким-либо календарным сроком. Льготы кормящим матерям предоставляются на весь фактический период кормления ребенка грудью, сколько бы он не продолжался — 10 месяцев, 1 год или 1¹/₂ месяцев. В частности, этот период не может исчисляться механически в девять месяцев, за которые выплачивается пособие на кормление ребенка (ст. 176 КЗоТ, § 86). Факт кормления ребенка грудью удостоверяется справкой врача детской консультации.

Если ребенок вскармливается искусственно в связи с отсутствием у матери грудного молока, то и в этих случаях врач детской консультации, поликлиники выдает матери официальную справку, в которой указывает, что мать обязана лично кормить ребенка специальными молочными смесями.

В этих случаях матери предоставляются обычные (как и при кормлении ребенка грудью) перерывы для кормления ребенка смесями, пока ребенку исполнится 9 месяцев со дня рождения.

4. Для матерей, кормящих грудью, должны быть установлены, помимо общих перерывов, еще дополнительные перерывы для кормления ребенка грудью.

Такие же перерывы предоставляются и матерям, дети которых вскармливаются искусственно. (Перерывы эти предоставляются, пока ребенку исполнится 9 месяцев со дня рождения).

Точные сроки перерывов устанавливаются правилами внутреннего распорядка, причем перерывы не могут быть реже чем через три с половиной часа и продолжительность их не может быть менее получаса. Перерывы для кормления ребенка грудью засчитываются в счет рабочего времени (ст. 134 КЗоТ).

4. Время перерывов для кормления ребенка оплачивается наравне с фактически проработанным временем. Оплата перерывов проводится по среднему заработку, а не по тарифной ставке. Эти перерывы не должны вызвать уменьшение заработка работницы.

5. При отдаленности места работы от местожительства женщина имеет право присоединить перерыв для кормления ребенка к обеденному перерыву либо суммировать два перерыва в конце рабочего дня, что дает возможность на этот срок уменьшить рабочее время (ст. 134 КЗоТ, § 2).

6. В случае рождения двойни продолжительность перерывов для кормления детей определяется на практике в соответствии с заключением, справкой детской консультации.

7. В случае невозможности оставления женщин в связи с кормлением ребенка грудью на их прежней работе и отсутствия работы одинаковой по квалификации и оплате эти женщины переводятся на весь период кормления ребенка грудью на другую работу в том же предприятии или учреждении с сохранением за ними прежней заработной платы из расчета шести месяцев работы (не считая времени отпуска по беременности и родам). (См. Разъяснение Секретариата ВЦСПС от 22 декабря 1950 г.).

8. Женщины, имеющие детей в возрасте до одного года, имеют право перехода с одной работы на другую — ближе к своему местожительству. При таком переходе за женщиной сохраняется непрерывный рабочий стаж (Указ Президиума Верховного Совета Союза ССР от 19 мая 1949 г.).

9. Администрация предприятий и учреждений обязана предоставлять очередной отпуск женщинам, отбывшим отпуска по беременности и родам. Очередной отпуск предоставляется независимо от того, проработала ли беременная женщина в данном предприятии или учреждении 11 месяцев (даю-

щих обычно право на очередной отпуск) или этого срока она не проработала. (Письмо Юридического отдела ВЦСПС от 22 октября 1954 г. № 55/21842).

10. По просьбе женщины, имеющей ребенка малого возраста и отбывшей отпуска по беременности и родам, а также очередной отпуск, может быть предоставлен дополнительный отпуск на срок до 3 месяцев без сохранения заработной платы. Руководители предприятий и учреждений обязаны предоставлять безоговорочно такие дополнительные отпуска (Постановление Совета Министров Союза ССР от 13 октября 1956 г. за № 1414, пункт 8).

11. Этот дополнительный отпуск включается как рабочий стаж (Постановление Президиума ВЦСПС от 2. XI 1956 г.).

12. За женщинами сохраняется непрерывный стаж работы и в том случае, если они в связи с рождением ребенка оставили работу и поступили на работу не позднее одного года со дня рождения ребенка. Время перерыва в работе в трудовой стаж не включается (из Постановления Совета Министров Союза ССР от 13 октября 1956 г. за № 1414).

13. За женщинами сохраняется их прежняя работа на период отпусков по беременности и родам, очередного и дополнительного отпусков.

Что касается тех случаев, когда женщина оставляет работу с целью перерыва в ней, то в этих случаях место работы за женщиной не сохраняется.

Если женщина пожелает сделать перерыв в своей работе до того, пока ее ребенку исполнится один год со дня рождения, то она должна подать об этом заявление. В этих случаях женщину администрация обязана освободить от работы, записав в Трудовую книжку следующее: «Освобождена от работы в связи с рождением ребенка».

14. За отказ в приеме матерей, кормящих грудью, на работу и снижение им заработной платы по этим мотивам установлена уголовная ответственность (Указ Президиума Верховного Совета Союза ССР от 19 мая 1949 г.).

15. Рабочим и служащим, заболевшим во время пребывания в очередном отпуске, пособие выплачивается за все дни болезни во время отпуска, удостоверенные больничным листком.

Очередной (или дополнительный) отпуск подлежит продлению или перенесению на другой срок на число дней нетрудоспособности во время отпуска, удостоверенного больничным листком (Постановление Президиума ВЦСПС от 27 декабря 1956 г.).

Больничный лист, выданный в связи с уходом за ребенком в период очередного или дополнительного отпуска матери (или отца), оплате не подлежит и отпуска соответственно не продлеваются и не переносятся.

16. Женщина, состоящая в зарегистрированном браке, имеет право в период кормления ребенка грудью получить материальную помощь на свое содержание, если она не воспитывает вместе с отцом ребенка. Сумма материальной помощи устанавливается народным судом и зависит от материального положения мужа (Ст. 25 Кодекса Законов о браке, семье и опеке БССР).

Периодом кормления ребенка грудью в этих случаях принято считать 12 месяцев со дня рождения ребенка.

В данных случаях народный суд выносит решение о взыскании с мужа на содержание жены в период кормления ребенка грудью твердой ежемесячной суммы, кроме взыскания алиментов на содержание ребенка. (Алименты на ребенка взыскиваются в процентных величинах — на 1 ребенка 25%, 2 — 33%, на 3 и более детей — 50% со всех видов заработка).

ПРАВА МНОГОДЕТНЫХ МАТЕРЕЙ

1. Многодетной матерью является мать, имеющая двух детей и родившая третьего и каждого следующего ребенка.

2. Многодетным матерям выплачивается государственное пособие в следующих размерах:

	Единовременно	Ежемесячно
Матерям, имеющим двух детей, при рождении третьего ребенка	20 руб.	
Матерям, имеющим трех детей, при рождении четвертого ребенка	65 »	4 руб.
Матерям, имеющим четырех детей, при рождении пятого ребенка	85 »	6 »
Матерям, имеющим пять детей, при рождении шестого ребенка	100 »	7 »
Матерям, имеющим шесть детей, при рождении седьмого ребенка	125 »	10 »
Матерям, имеющим семь детей, при рождении восьмого ребенка	125 »	10 »
Матерям, имеющим восемь детей, при рождении девятого ребенка	175 »	12 руб. 50 коп.
Матерям, имеющим девять детей, при рождении десятого ребенка	175 »	12 руб. 50 коп.
Матерям, имеющим десять детей, при рождении каждого следующего ребенка	250 »	15 руб.

Единовременное пособие выплачивается при рождении ребенка, а ежемесячное пособие выплачивается со второго года после рождения ребенка. Указанные пособия выплачиваются матери независимо от того, что она получает пособия на ранее рожденных детей.

3. При назначении пособия многодетной матери учитываются все дети матери и дети, усыновленные ею, а также дети мужа от прежнего брака и усыновленные им дети, поступившие на воспитание матери в возрасте не старше 12 лет.

Указанные дети учитываются и в том случае, если они погибли или пропали без вести на фронтах Отечественной войны, в партизанских отрядах, умерли вследствие ранения, увечья или заболеваний, связанных с пребыванием на фронтах Отечественной войны или в партизанских отрядах. Усыновленные дети учитываются только в том случае, если решение органов опеки об усыновлении было вынесено до рождения ребенка, на которого многодетная мать испрашивает пособие.

Дети мужа, родившиеся до издания Указа от 8 июля 1944 г. от фактических брачных отношений, учитываются только в том случае, если в свидетельствах о рождении этих детей муж многодетной матери указан отцом.

4. При назначении государственного пособия по многодетности не учитываются дети умершие, дети, отданные на усыновление другим лицам, дети, являющиеся иностранными подданными, и дети, в отношении которых мать лишена родительских прав.

5. В случае смерти многодетной матери полагающееся ей пособие выдается отцу или опекуну детей.

6. Если многодетная мать по своему состоянию здоровья или по другим причинам не может оформить документов на получение пособия, то полагающееся матери пособие назначается по заявлению отца или опекуна детей и выплачивается им до выздоровления матери или устранения той причины, по которой сама мать не могла получать пособие.

7. Государственное пособие по многодетности выплачивается независимо от получения на детей пенсий и алиментов. (См. Положение о порядке назначения и выплаты пособий беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям. Утверждено Постановлением Совета Министров СССР от 29 июня 1956 г. № 879).

8. Многолетние матери имеют значительные льготы и бытового характера, например, особо нуждающиеся многолетние матери и матери, имеющие грудных детей, должны обеспечиваться жилой площадью. Местные Советы обязаны ежегодно выделять для них не менее 10% из нового жилищного фонда. Эта обязанность вменяется не только местным Советам, но и отдельным ведомствам в городах (Приказ по Наркомздраву Союза ССР от 1944 г. № 755).

9. За содержание детей в детских учреждениях, детских яслях и детских садах многолетним матерям предоставляются скидки в следующих размерах: имеющим двух детей при зарботке до 60 руб. в месяц — на 25%, имеющим трех детей при зарботке до 40 руб. в месяц — на 50%, имеющим трех детей при зарботке до 80 руб. в месяц — на 35%, имеющим четырех детей и более независимо от зарботка — на 50%. (См. Письмо Министерства финансов Союза ССР от 27 февраля 1954 г.).

10. В знак особого уважения к многолетней матери установлено награждение в виде орденов и медалей.

Звание «Мать-героиня» присваивается матерям, родившим и воспитавшим 10 детей. Орденом «Материнская слава» награждаются матери, родившие и воспитавшие: 9 детей — орден I степени, 8 детей — орден II степени и родившим 7 детей — орден III степени. «Медаль Материнства» I и II степени получают женщины, родившие 6 и 5 детей.

Орденами и медалями награждаются матери, когда их последнему ребенку исполняется один год. Причем учитываются все живые дети, а также погибшие на фронтах и пропавшие без вести в период Великой Отечественной войны.

Представление к награждению матерей проводится по ходатайствам городских, районных Советов депутатов трудящихся, а также сельских и поселковых Советов. Кроме этого, эти ходатайства могут возбуждаться и другими общественными организациями, например, фабрично-заводскими и местными профорганизациями, домоуправлениями по местожительству матерей.

Почетное звание «Мать-героиня» присваивается Указом Президиума Верховного Совета ССР, награждение орденом «Материнская слава» и «Медалью Материнства» производится указами Президиумов Верховных Советов союзных и автономных республик.

ПРАВА ОДИНОКИХ МАТЕРЕЙ

1. Одинокой матерью является та, которая, не состоя в зарегистрированном браке, родила ребенка после издания Указа Президиума Верховного Совета от 8 июля 1944 г.

2. Государственное пособие назначается и выплачивается одиноким матерям в следующих размерах:

на одного ребенка по 5 руб. в месяц до 12-летнего возраста;

на 2 детей по 7 руб. 50 коп. в месяц до 12-летнего возраста;

на 3 и более по 10 руб. в месяц также по достижении детьми 12-летнего возраста.

3. При трех детях и более одинокой матери выплачивается, кроме государственного пособия одинокой матери, еще государственное пособие и как многолетней матери.

4. Государственное пособие одиноким матерям назначается и в том случае, если мать ребенка состояла в зарегистрированном браке, но ребенка родила от другого лица до расторжения брака или смерти мужа. В этих случаях пособие оформляется с того месяца, в котором мать ребенка оформила развод с мужем или представила свидетельство о смерти мужа, с которым состояла ранее в браке.

5. При вступлении одинокой матери в зарегистрированный брак государственное пособие ей выплачивается.

6. Государственное пособие одинокой матери не выплачивается в том случае, если мать ребенка получает на ребенка пенсию или алименты или когда

ребенок усыновлен. Не выплачивается государственное пособие одинокой матери и в том случае, если она проживает совместно, ведет общее хозяйство с фактическим отцом своего ребенка (детей).

7. Одинокaя мать имеет право по своему желанию передать ребенка на воспитание в детские учреждения, а последние обязаны принять ребенка.

В любое время одинокая мать имеет право взять ребенка на свое воспитание.

За время нахождения ребенка в детском учреждении государственное пособие одинокой матери не выплачивается.

8. При уплате за содержание ребенка в детских яслях и детском саду одинокая мать пользуется льготой, уплачивая 50%, если заработок одинокой матери не превышает 60 рублей в месяц (см. Указ Президиума Верховного Совета СССР от 19 мая 1949 г.).

9. Одиноким матерям, имеющим малолетних детей, даются преимущества и в вопросах трудового характера, например, при сокращении штатов предприятия или учреждения одинокие матери должны быть оставлены на работе.

ПОРЯДОК НАЗНАЧЕНИЯ И ВЫПЛАТЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО ПОСОБИЯ ПО МНОГОДЕТНОСТИ И ОДИНОКИМ МАТЕРЯМ

1. Государственное пособие многодетным и одиноким матерям назначается решением комиссии по назначению государственных пособий. Эти комиссии существуют при исполнительных комитетах районного и городского Совета депутатов трудящихся.

Комиссии по назначению государственных пособий создаются в том же составе, что и комиссии по назначению пенсий.

2. Документы для назначения государственного пособия сдаются в отдел социального обеспечения (райсобес или горсобес).

3. Для назначения государственного пособия по многодетности и одиноким матерям необходимо представить следующие документы: заявление установленной формы (бланки заявлений можно получить в отделе социального обеспечения), копию свидетельства о рождении того ребенка, на которого испрашивается пособие. Копия должна быть заверена в нотариальной конторе или в сельском Совете. Кроме того, представляется справка из домоуправления о количестве проживающих при матери детей. Если же мать и дети проживают в сельской местности, такая справка выдается сельским Советом.

О детях, проживающих отдельно от матери, представляются справки из домоуправления, учебного заведения, детского учреждения (детского дома, Дома ребенка и др.), из воинских частей.

Давность этих справок не должна быть более чем за один месяц, если дети проживают при матери. На детей, проживающих отдельно от матери, справки должны быть получены не более шести месяцев тому назад, а из воинских частей не более одного года со дня выдачи.

4. Комиссия по назначению государственного пособия должна рассмотреть все документы не позднее 10 дней со дня подачи документов матерью и вынести свое решение.

Выписки из протоколов комиссии по назначению государственных пособий и все документы хранятся в особом деле многодетной или одинокой матери.

5. В случае неудовлетворительного решения комиссии мать имеет право обжаловать это решение в районный, городской Совет депутатов трудящихся, и последний обязан рассмотреть жалобу в двухнедельный срок.

6. На основании решения комиссии о назначении пособия, матери выдается личная книжка единого образца, а многодетной матери поручение в сберегательную кассу для получения единовременного пособия.

7. Выплата пособий производится в городах через сберегательные кассы, а в сельской местности через сельские Советы.

8. Один раз в шесть месяцев многодетная и одинокая мать представляют в отдел социального обеспечения справку о наличии проживающих при

ней и отдельно от нее детей. О детях, находящихся в Советской Армии, справки представляются один раз в год.

9. При переезде многодетной или одинокой матери в другую местность отдел социального обеспечения пересылает все дело матери в тот отдел социального обеспечения, где проживает ныне мать.

10. Ежемесячное пособие многодетным и одиноким матерям выплачивается за истекший месяц.

11. Единовременное пособие многодетной матери выплачивается полностью даже в том случае, если мать обратилась спустя год или более после рождения ребенка.

Ежемесячное пособие многодетным и одиноким матерям выплачивается за прошлое время не более чем за шесть месяцев.

12. За время нахождения ребенка многодетной или одинокой матери на воспитании в государственном детском учреждении государственное пособие не выплачивается. Выплата пособия прекращается со следующего месяца после помещения ребенка в это детское учреждение.

Если у одинокой матери, кроме помещенного ребенка, имеются еще дети, имеющие право на государственное пособие, размер последнего соответственно уменьшается, о чем выносятся комиссией соответствующее решение.

13. При усыновлении или смерти ребенка многодетной и одинокой матери выплата пособия на этого ребенка прекращается со следующего месяца после вынесения решения об усыновлении или смерти.

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ ПО ОТНОШЕНИЮ К ДЕТЯМ И ПОСЛЕДНИХ К РОДИТЕЛЯМ

1. Родители обязаны заботиться о своих несовершеннолетних детях, приобщать их к общественно-полезному труду. Родители обязаны защищать личные и имущественные интересы своих несовершеннолетних детей.

2. Кроме того, на обоих родителях лежит обязанность содержать своих несовершеннолетних детей. Эта обязанность вменяется каждому родителю, если ребенок воспитывается у одного из них.

3. Родители вправе требовать от любого лица своих детей, если лица удерживают их. В таких случаях вопрос может решаться в судебном порядке. При рассмотрении этих дел суд должен исходить только из интересов детей и условий нормального воспитания детей.

4. Родителям предоставляется право отдавать детей на воспитание и обучение, заключать договоры ученичества в порядке имеющегося законодательства по этим вопросам.

5. Все вопросы о детях родители должны решать с общего согласия, в случае разногласий вопрос может быть решен в органах опеки, попечительства (эти органы существуют при гор (рай) исполкомах депутатов трудящихся).

6. Если родители не проживают вместе, то от их договоренности зависит, при ком из них должны воспитываться дети. В случае споров, дело разрешается в суде. В этих случаях суду дается заключение органами здравоохранения (социально-правовыми кабинетами) или органами просвещения.

7. Родительские права должны осуществляться только в интересах детей. Если родители не выполняют своих обязанностей, они могут быть лишены родительских прав постановлением суда.

8. Родители, лишенные родительских прав, не лишаются права на свидание с детьми при условии, если эти свидания не влияют пагубно на воспитание детей.

9. При жизни родителей дети не имеют права на имущество. Родители также не имеют права на имущество детей.

10. Если дети (ребенок) воспитываются у одного из родителей, другой обязан уплачивать на содержание детей алименты.

Алименты присуждаются в следующих размерах:

на содержание одного ребенка $\frac{1}{4}$ часть со всех видов заработка,
на 2 детей $\frac{1}{3}$ часть со всех видов заработка,
на 3 и более $\frac{1}{2}$ часть со всех видов заработка.

Алименты на детей могут быть взысканы и в том случае, когда гражданин, хотя и не состоял с матерью детей в зарегистрированном браке, но совместно с ней проживал, вел общее хозяйство и совместно содержал и воспитывал детей (Постановление Пленума Верховного Суда Союза ССР по отдельным делам — по иску Антипиной В. Д. к Емельянову С. А. о взыскании алиментов. Постановление Пленума Верховного Суда СССР от 14 сентября 1960 г. См. Бюллетень Верховного Суда СССР № 1 за 1961 г.).

Взыскание алиментов на основании вышеуказанного Постановления оформляется через народные суды. Кроме того, в исковом заявлении делается ссылка на статью 86 Кодекса законов о браке, семье и опеке БССР (по РСФСР на ст. 42₃ Кодекса законов о браке, семье и опеке РСФСР).

В этих случаях взыскивается твердая сумма ежемесячно до полного совершеннолетия ребенка (детей), в зависимости от материального положения гражданина, с которого взыскиваются алименты.

В случае смерти этого гражданина дети, на которых выплачивались алименты, правом получения пенсии и наследства по смерти кормильца не пользуются.

К исковому заявлению о взыскании алиментов на ребенка (детей) по вышеуказанному Постановлению, статье должны быть приложены следующие документы: свидетельство о рождении ребенка, справка, что ребенок проживает при матери, справка о заработке гражданина и матери.

Факты принятия на иждивение ребенка (детей), воспитания и полного содержания ребенка гражданином, с которого присуждаются алименты, удостоверяются вызовом ряда свидетелей, подтверждающих совместное проживание и воспитание детей гражданином.

11. Если плательщик алиментов является членом сельскохозяйственной артели (колхозник), алименты удерживаются из количества выработанных трудодней в том же размере, что и с рабочих и служащих.

В том случае, когда мать ребенка является членом колхоза, где работает плательщик алиментов, правление колхоза непосредственно записывает ей соответствующее количество трудодней отца ребенка.

В некоторых случаях с колхозников удерживаются ежемесячно твердые суммы алиментов. Это делается по решению народного суда при условии возможности учесть материальное положение плательщика.

12. Совершеннолетние нетрудоспособные дети имеют право получить на свое содержание алименты со своих материально обеспеченных родителей. В этих случаях суды присуждают твердые суммы. Нетрудоспособным считается ребенок в том случае, если он в установленном порядке будет признан инвалидом I или II группы (через ВТЭК — врачебно-трудовую экспертную комиссию).

13. Несоввершеннолетние сироты имеют право получить на свое содержание алименты от мачехи или отчима, если они были на содержании их при жизни одного из своих родителей.

14. Нуждающиеся несовершеннолетние братья и сестры имеют право получить на свое содержание алименты от своих старших братьев и сестер, если последние материально обеспечены и если нет возможности получить алименты от своих родителей.

15. Несовершеннолетние нетрудоспособные, материально нуждающиеся внуки имеют право получить содержание от деда и бабки при условии материальной возможности у последних, и если нет возможности получить алименты от своих родителей.

16. Дети обязаны содержать своих нетрудоспособных, материально нуждающихся родителей (мать считается нетрудоспособной с 55 лет, отец с 60 лет). Размер алиментов устанавливается в зависимости от материального положения детей, а также степени нуждаемости родителей.

17. Нетрудоспособные, нуждающиеся дед и бабка имеют право на ма-

териальное содержание от своих трудоспособных, материально обеспеченных внуков, если нет возможности получить такое содержание от детей.

Равным образом, отчим и мачеха имеют право на содержание от пасынков и падчериц, если последние трудоспособные и материально обеспеченные и если эти пасынки состояли на воспитании у отчима или мачехи не менее 10 лет.

18. Лишение родительских прав родителей не освобождает их от уплаты алиментов на детей.

19. Все вопросы по алиментам разрешаются судом.

20. Лица, с которых взыскиваются алименты, обязаны при перемене своего местожительства сообщать организациям, на обязанности которых возлагается взыскание алиментов.

21. За злостный неплатеж алиментов предусмотрена уголовная ответственность — тюремное заключение сроком до 2 лет. Причем отбытие наказания не освобождает от выплаты старой задолженности по алиментам.

(См. Кодекс Законов о браке, семье и опеке БССР).

УСЫНОВЛЕНИЕ

1. Усыновление допускается только в отношении несовершеннолетних детей.

2. Усыновителями могут быть все лица, за исключением:

- а) недееспособных,
- б) ограниченных в правах по суду,
- в) лишенных родительских прав по суду,
- г) служащих религиозных культов,
- д) лиц, чьи интересы противоположны интересам детей.

Усыновителями могут быть лица, достигшие двадцатилетнего возраста.

3. Усыновлять можно несколько детей.

4. В усыновлении можно быть у двух лиц — супругов.

5. Для усыновления требуется согласие родителей ребенка и согласие самого ребенка, если ему исполнилось 10 лет.

6. Усыновление разрешается постановлением рай (гор) исполкома депутатов трудящихся с предварительной проверкой документов усыновителей органами опеки.

7. Усыновленные дети приобретают все права и обязанности родных детей.

8. Усыновленным детям присваивается фамилия усыновителя и его отчество. Причем, если усыновляемому исполнилось 10 лет, на присвоение фамилии и отчества усыновителя от ребенка требуется его согласие.

9. Усыновление, оформленное в отсутствии или без согласия родителей усыновляемого, может быть отменено органами опеки при гор (рай) исполкомах депутатов трудящихся по просьбе родителей. Отмена усыновления допустима только в тех случаях, если это отвечает интересам ребенка. Если усыновленному исполнилось 10 лет, то при отмене усыновления требуется его согласие.

10. Любое лицо или учреждение, признающее, что интересы ребенка требуют отмены усыновления, может возбудить вопрос об этом перед судом.

11. Фактическое, юридически не оформленное принятие в семью несовершеннолетнего в качестве члена семьи может служить основанием для суда по признанию за этим несовершеннолетним права на получение содержания от лица, в семью которого он был принят (см. § 86 Кодекса Законов о браке, семье и опеке БССР).

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ. ВЕДЕНИЕ ДОКУМЕНТАЦИИ

1. КАЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Качество работы женской консультации определяется рядом показателей.

Большое значение придается ранней обращаемости беременных женщин (до 3 месяцев беременности) в консультацию; частоте посещаемости консультации беременными; своевременности предоставления беременной женщине родового отпуска; степени охвата беременных психопрофилактической подготовкой к родам; своевременности выявления возникающих во время беременности осложнений; снижению числа беременных, заболевших тем или другим токсикозом беременности.

В отношении гинекологических больных имеет большое значение размер охвата профилактическими осмотрами женщин на производстве и в женской консультации; своевременное принятие на диспансерное наблюдение больных женщин; применение в женской консультации новых методов лечения; проведение санитарно-просветительной работы среди женщин, посещающих консультацию.

Ранняя обращаемость беременных женщин в консультацию имеет большое значение, так как этим обуславливается своевременность предоставления родового отпуска беременным женщинам. Кроме того, беременная имеет возможность при раннем взятии ее на учет посетить консультацию 8—10 раз и, следовательно, она будет находиться под непрерывным наблюдением врача женской консультации.

О ранней обращаемости женщин в консультацию судят по проценту беременных, обратившихся впервые в женскую консультацию со сроком беременности до 3 месяцев. Так, например, под наблюдение женской консультации поступило в текущем году 1 000 женщин, из них со сроком беременности до 3 месяцев — 700. Следовательно, процент поступивших под наблюдение консультации в ранние сроки беременности составит

$$\frac{700}{1\,000} \cdot 100 = 70\%$$

Разумеется, что особенно низким должен быть процент взятых под наблюдение женщин со сроком беременности свыше 7 месяцев.

Вопрос о несвоевременности предоставления врачом женской консультации дородового отпуска беременным решается определением числа женщин, родивших (при нормальных родах) ранее или позже установленного в женской консультации срока на 15 и более дней. Так, если из 500 женщин, получивших дородовый отпуск, у 30 из них произошли роды ранее установленного срока на 15 и более дней, а у 40 из них — позже установленного срока на 15 и более дней, то общий процент ошибок в предоставлении больничных листков по дородовому отпуску равен 14

$$\left(\frac{30+40 \times 100}{500} = 14\% \right).$$

Такой процент ошибок до родов должен быть по возможности снижен, что достигается обычно ранним взятием беременных на учет.

О среднем числе посещений женщинами консультации до родов можно судить по данным индивидуальных карт беременных и родильниц (форма № 111)*: разделив общее число посещений консультации до родов, сделанных всеми родившими женщинами, на число родивших женщин, получим число посещений консультации в среднем, падающее на одну женщину.

Весьма важным являются показатели заболеваний женщин эклампсией, поскольку с этим заболеванием бывают связаны смертные случаи женщин и новорожденных, а также мертворождаемость. Хотя эти показатели из года в год по БССР продолжают снижаться, но все же остаются еще значительными, и поэтому задачей первостепенного значения для женской консультации является предупреждение заболеваемости беременной женщины поздними токсикозами беременности (нефропатией, преэклампсией и эклампсией). Столь же важным является и выявление у беременных заболеваний сердечно-сосудистой системы, легких, печени, почек и других органов.

Велика роль женской консультации и в выявлении путем массовых профилактических осмотров женщин в консультации или на производстве наличия у них гинекологических и онкологических заболеваний. При выявлении у женщин воспалительных заболеваний половых органов, опухолей шейки и тела матки, яичников и труб, опущений и выпадений матки такие женщины должны быть направлены в стационар или же в женскую консультацию (смотря по характеру заболевания) для лечения.

Проведение систематических профилактических мероприятий на участке и планомерное лечебно-профилактическое обслужи-

* См. стр. 385.

вание женщин на промышленных предприятиях района является весьма важным разделом работы женской консультации, и результаты этой деятельности должны учитываться при оценке качественных показателей работы.

Санитарно-просветительная работа должна учитываться не только по количеству проведенных мероприятий, но и с возможной оценкой их качества (характер проводимого мероприятия, охват населения и др.).

Качество и полнота обследования беременных и больных, своевременность установления диагнозов, систематическое лечение и строгий контроль за всеми взятыми на учет с патологией беременности и гинекологическими заболеваниями и контроль за ними до выздоровления — весьма важные показатели в оценке работы женской консультации.

2. КРАТКИЕ УКАЗАНИЯ К ВЕДЕНИЮ ДОКУМЕНТАЦИИ В ЖЕНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЯХ *

Медицинская карта (амбулаторного больного). Учетная форма № 25

На каждого больного в поликлинике ведется одна медицинская карта (учетная форма № 25), независимо от того, лечится ли он у одного или нескольких врачей.

В случае госпитализации больного в свой стационар, карта передается в стационар и хранится в истории болезни. После выписки больного из стационара или его смерти медицинская (индивидуальная) карта с эпикризом лечащего врача стационара возвращается в амбулаторию.

Особое внимание при ведении медицинской карты следует уделить записям на листе заключительных (уточненных) диагнозов, куда заносятся врачами всех специальностей диагнозы, установленные при обращении в поликлинику и по помощи на дому, независимо от того, когда был поставлен диагноз, — при первом или последующих посещениях.

В случае, когда поставленный и записанный на лист диагноз заменяется другим, неправильный диагноз зачеркивается и вписывается новый диагноз без изменения даты первого обращения.

Если у больного одновременно обнаружено несколько заболеваний или если основное заболевание осложнилось новым, то все они выносятся на лист.

Лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов позволяет врачу при каждом новом обращении больного быстро

* Учетные формы см. на стр. 376.

ориентироваться в его прошлых заболеваниях (без перелистывания всей амбулаторной карты), определить основное заболевание и наметить правильный план лечебных и оздоровительных мероприятий. Одновременно с этим лист служит основой для учета заболеваемости обслуживаемого населения.

Если при обращении больного обнаруживается заболевание, по поводу которого больной раньше ни в какое лечебное учреждение не обращался, то такое заболевание считается впервые выявленным, и оно отмечается на листе знаком плюс (+).

В случае обращения больного по поводу заболевания, с которым он обращался в предыдущие годы в данное или другое лечебное учреждение, оно не считается впервые выявленным и не отмечается знаком плюс (+).

Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов Учетная форма № 25-в

В соответствии с инструктивно-методическими указаниями Министерства здравоохранения СССР талоны заполняются:

а) на проживающих в районе обслуживания, б) на работающих на прикрепленных к больнице (поликлинике) предприятиях. На талонах записываются все диагнозы, кроме заболеваний полости рта и зубов.

На основании статистических талонов (учетная форма № 25-в) составляется сводная ведомость по учету заболеваний населения — учетная форма № 171, служащая в свою очередь для составления годового отчета.

Заполненные статистические талоны хранятся в течение года. После использования талонов для составления отчета они могут быть уничтожены.

Талон на прием к врачу. Учетная форма № 25-т

Талон на прием к врачу (учетная форма № 25-т) служит для регулирования приема больных врачами и одновременно дает возможность освободить врача от заполнения листка ежедневного учета работы врача (учетная форма № 39-гор).

Талон (учетная форма № 25-т) заполняется на каждого больного, обратившегося на прием к врачу, и выдается больному на руки во всех случаях как при обращении в день приема, так и в порядке предварительном (за несколько дней до приема).

Талон (учетная форма № 25-т) следует хранить в течение месяца, т. е. до конца составления месячной сводки.

**Талон направления на консультацию,
во вспомогательные кабинеты.
Учетная форма № 28**

Талоны (учетная форма № 28) используются врачом для направления больного на консультацию к специалисту и во вспомогательные лечебно-диагностические кабинеты.

При направлении больного на консультацию специалисты своего учреждения записывают заключения непосредственно в медицинскую карту. Специалисты другого учреждения заключение записывают на обороте талона, который возвращается направившему учреждению по почте, с нарочным или самим больным (если в талоне нет таких сведений, которые сообщать больному не следует). Полученное заключение специалиста переносится в медицинскую карту.

Процедурный лист. Учетная форма № 29

Листы ведутся сестрами во всех кабинетах поликлиники, где производятся процедуры. На каждый вид процедуры заводится отдельный лист, в который в течение месяца вписываются в текущем порядке больные, направленные врачом на процедуры. Фамилия больного вписывается в лист только один раз, в день производства первой процедуры.

Повторные процедуры регистрируются в соответствующих графах процедурного листа.

Если больному назначено одновременно несколько процедур, то такой больной должен быть вписан в двух или более процедурных листах.

Медицинская сестра, проводившая процедуры, по окончании месяца передает статистику поликлиники листы, заполненные в течение месяца, подсчитанные и скрепленные подписью.

**Контрольная карта диспансерного наблюдения.
Учетная форма № 30**

Контрольные карты ведутся врачами, осуществляющими диспансеризацию населения во всех городских и сельских лечебно-профилактических учреждениях и средним медицинским персоналом фельдшерско-акушерских пунктов, принимающим участие в диспансеризации.

Контрольные карты не заменяют медицинских карт амбулаторных больных (учетная форма № 25) и диспансерных историй болезни, а ведутся параллельно с ними и служат для контроля за осуществлением диспансеризации.

Краткий диагноз заболевания выносится в рамку в правом углу лицевой стороны карты (для облегчения пользования карточками диспансеризуемых).

В п. 6 отмечаются даты назначений посещений и даты фактических явок больного к врачу или посещений, сделанных врачом к больным на дому.

В п. 7 в первой строке записывается первичный диагноз независимо от времени и места его установления, во второй — диагноз в момент взятия на учет данным учреждением. Диагноз, установленный впервые в жизни, отмечается знаком +. В последующих строках записываются изменения стадий заболеваний, групп.

В строке под таблицей № 7 указывается дата и причина снятия с учета.

Контрольные карты диспансерного наблюдения хранятся в специальных картотеках у врачей, проводящих диспансеризацию.

Книга записи вызовов врачей на дом и по неотложной помощи. Учетная форма № 31

В книге записываются как первичные, так и повторные вызовы к одному и тому же больному, причем, если повторное посещение на дому проведено по инициативе врача (по его заявке), в графе 7 делается отметка — активное.

Врач, выполнивший вызов, записывает в книгу (учетная форма № 31) в графах 8—10 необходимые сведения, при этом в случаях неотложной помощи указывается не только дата, но и часы оказания помощи.

Для регистрации родовспоможений на дому, оказанных врачами или средним медперсоналом городских больниц и необъединенных женских консультаций, — в «Книге записи вызовов врачей на дом и по неотложной помощи» (учетная форма № 31) выделяется несколько страниц.

При записи родовспоможения в книге указывается: фамилия, имя, отчество роженицы, ее адрес, когда произошли роды, течение родов, оказанное пособие, роды в срок или преждевременные, сведения о новорожденном (родился живым, мертвым, пол, рост, вес), кем оказана помощь при родах — врачом, акушеркой, и в случае госпитализации родильницы — учреждение, в которое она госпитализирована.

Книга регистрации больных, назначенных на госпитализацию. Учетная форма № 34

Книга ведется в поликлинике (амбулатории) работником, которому поручена работа по обеспечению больных стационарной помощью.

При направлении больного на госпитализацию на него составляется выписка из медицинской карты (учетная форма № 27)

или подготавливается к пересылке в свой стационар медицинская (индивидуальная) карта. Одновременно в книгу (учетная форма № 34) записывается название стационара, куда направлен больной, и дата фактической госпитализации.

После выбытия больного из стационара (выписки или смерти) в книгу (учетная форма № 34) записывается заключительный диагноз стационара (в случае смерти — патологоанатомический диагноз) и отмечается дата выписки (для умерших — дата смерти).

Книга дает возможность установить, сколько больных, с какими диагнозами и в течение какого времени ожидали госпитализации, наметить необходимые мероприятия по устройству этих больных. Она позволяет также следить за аккуратным поступлением из стационара выписок из историй болезни или возвращением медицинских (индивидуальных) карт больных после окончания стационарного лечения.

Книга регистрации выданных листков нетрудоспособности. Учетная форма № 36

Книга ведется в регистратуре специально выделенным для этой цели работником.

Книга дает возможность контролировать выдачу листков по временной нетрудоспособности при отдельных заболеваниях.

В связи с целесообразностью анализа данных о длительности временной нетрудоспособности больных, леченных отдельными врачами, следует четко записывать в книге фамилии врачей, выдавших и закончивших листы.

Листок ежедневного учета работы врача. Учетная форма № 39

Листок ежедневного учета работы врача ведется всеми лечебно-профилактическими учреждениями, ведущими амбулаторный прием.

Листок ежедневного учета работы врача предназначен для учета посещений к врачу в часы его приема, и листок заполняется врачами в тех амбулаторно-поликлинических учреждениях, в которых не организован учет всех посещений по талонам на прием к врачу.

В число посещений включаются посещения больных и посещения по поводу профилактических медицинских осмотров, включая периодические и целевые, проведенные за счет часов амбулаторного приема, независимо от места, где они проводятся.

Для отдельных типов учреждений утверждены специальные формы листков учета работы: для врача женской консультации — учетная форма № 39-жен.

Данные этого учета позволяют определить нагрузку врача и степень соблюдения принципа участкового обслуживания населения на участке.

В листке ежедневного учета работы врача женской консультации (учетная форма № 39-жен.) к посещениям по поводу беременности или по поводу гинекологических заболеваний нужно относить только те посещения, при которых выявлена беременность или гинекологическое заболевание. Если же предполагаемые женщиной беременность или гинекологическое заболевание не подтверждены врачом, такие посещения следует включать только в общее число посещений («всего посещений»).

Цеховые акушеры-гинекологи в графе «проживающие в районе обслуживания» показывают посещения женщин своего цехового участка, независимо от того, где они проживают.

На основании данных «листочков» (учетные формы № 39) составляются в годовых отчетах разделы, характеризующие амбулаторную работу лечебных учреждений.

Карта больного, лечашегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете). Учетная форма № 44

Карта является оперативным документом о курсовом физиотерапевтическом лечении больного, позволяющим следить за выполнением назначенных больному физиотерапевтических процедур. На каждого больного, лечашегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете), заводится только одна карта, хотя бы ему было назначено и несколько видов процедур. При составлении отчета в число закончивших лечение в данном году относятся также и больной, начавший курс лечения в предыдущем году. При повторном курсе лечения в данном году на больного заводится новая карта.

Индивидуальная карта беременной и родильницы. Учетная форма № 111

Индивидуальная карта заполняется на каждую беременную, обратившуюся в женскую консультацию или сельскую больницу, и содержит сведения об общем и специальном анамнезе, краткие сведения о детях, родившихся ранее, данные о состоянии здоровья женщины в настоящее время; общие данные специального обследования, заключения терапевта, венеролога и других специалистов о состоянии здоровья женщины; результаты анализов, рентгеновских и других исследований; записи о стационарном лечении и временной нетрудоспособности в связи с беременностью или другими заболеваниями, данные о течении настоящей беременности, данные патронажного наблюдения и др.

На основании сведений индивидуальной карты участковым

врачом составляется обменная карта (форма № 113) о течении беременности для представления в родильный дом. В индивидуальную карту вносятся сведения родильного дома о течении и исходе родов и послеродового периода по данным талона обменной карты (форма № 113).

В случае госпитализации женщины в палату беременных объединенного родильного дома карта передается в стационар, где вкладывается в историю болезни. При выписке женщины из стационара карта с эпикризом стационара возвращается обратно в регистратуру консультации.

Обменная карта. Учетная форма № 113

Обменная карта родильного дома (родильного отделения), составленная на основании сведений индивидуальной карты (форма № 111), состоит из 3 отдельных талонов обменной карты, напечатанных на одном листе. В первом из них заполняются сведения женской консультации о беременной, и общий лист выдается на руки женщине в 35 недель беременности.

В этой обменной карте (первый талон), предназначенной для передачи медперсоналу родильного дома (родильного отделения больницы) при поступлении женщины на роды, приводятся сведения анамнестического характера, указываются данные об особенностях течения данной беременности, размерах таза, положении плода, подлежащей части, о предполагаемом сроке родов.

Беременная женщина, посещая консультацию позже 35 недель беременности, обязана приносить с собой обменную карту, в которую врач заносит дополнительные данные (после 35 недель беременности) об изменениях в общем состоянии беременной и пр.

Роженица при поступлении в роддом (родильное отделение больницы) сдает указанную обменную карту со всеми 3 листками-талонами. Первый листок-талон обменной карты остается в роддоме (родильном отделении), два остальных листка по выписке родильницы из роддома (родотделения) направляются и направляются — второй листок в женскую консультацию, третий — в детскую консультацию, с отметкой в них о происшедших родах, о состоянии ребенка, о нуждаемости матери в патронаже на дому и проч.

Тетрадь учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры. Учетная форма № 116

Тетрадь (учетная форма № 116) служит для учета работы участковой (патронажной) сестры. В тетрадь записываются патронажные посещения и посещения по поводу процедур.

Тетрадь ведется каждой участковой сестрой. Графа «назначение врача» заполняется сестрой в соответствии с записью врача в медицинской (индивидуальной) карте (ф. № 25) или в индивидуальной карте беременной и родильницы (форма № 111).

**Книга записи работы социально-правового кабинета.
Учетная форма № 176**

Книга ведется социально-правовыми кабинетами женской и детской консультации в текущем порядке. Она характеризует общий объем и качество работы кабинета. В книге отражаются причины, по которым обращаются женщины, а также мероприятия по оказанию им помощи.

Для годового отчета подсчитывается по книге число обслуженных женщин с выделением многодетных и одиноких матерей.

**Протокол на выявление у больного злокачественной опухоли
(IV клиническая группа). Учетная форма № 248**

Протокол заполняется врачами всех учреждений при выявлении у больного онкологического заболевания IV клинической группы. Протокол составляется в двух экземплярах — первый остается при истории болезни, амбулаторной карте, а второй пересылается в онкологическое учреждение по месту жительства больного.

На основании протокола проводится расследование причин заболевания, приведших к запущенной форме, и обсуждение данного случая на врачебной конференции.

**Сводная ведомость учета заболеваний населения.
Учетная форма № 271**

Сводная ведомость учета заболеваний населения является программой для разработки данных о числе заболеваний, зарегистрированных среди населения.

Сводная ведомость составляется ежемесячно на основании статистических талонов (учетная форма № 25-в), заполняемых на больных, проживающих в районе обслуживания данного лечебного учреждения.

В женских консультациях сводные ведомости (учетная форма № 271-жен.) заполняются на гинекологических больных и служат для изучения состава и изменений заболеваемости обслуживаемых женщин как по отдельным территориальным или цеховым участкам, так и в целом по району обслуживания консультации или на прикрепленном предприятии.

**Список лиц, подлежащих целевому медицинскому осмотру.
Учетная форма № 278**

Список (учетная форма № 278) предназначен для учета работы врачей по проведению профилактических целевых осмотров на выявление больных туберкулезом, кожными и венерическими болезнями, злокачественными новообразованиями и др. болезнями. Эти сведения служат источником для составления годового отчета о числе осмотренных лиц и выявленных при осмотрах больных и анализа данных: о частоте выявленных заболеваний среди осмотренных групп населения и о степени использования при осмотрах диагностических средств (рентген, флюорография, лабораторные исследования).

В число выявленных больных включаются лишь те, которым впервые при осмотре установлен диагноз, соответствующий цели осмотра (туберкулез при осмотрах на туберкулез и т. д.).

Если на предприятии (учреждении) проводится медицинский осмотр на злокачественные новообразования и на туберкулез, то на лиц, подлежащих каждому из этих осмотров, должны быть составлены отдельные списки.

Извещение о больном активным туберкулезом, венерической болезнью, трихофитией, микроспорией, фавусом, трахомой, раком и другими злокачественными новообразованиями. Учетная форма № 281

Извещение (учетная форма № 281) служит для учета заболеваний туберкулезом, венерическими и грибковыми кожными заболеваниями, трахомой, раком и другими злокачественными новообразованиями в целях разработки мероприятий по их снижению.

Извещение составляется на каждого больного с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, сифилиса, гонореи, рака и другого злокачественного новообразования.

Известия отсылаются не позднее 2 числа следующего за отчетным месяца через райздравотделы в соответствующий областной (краевой) отдел здравоохранения, который использует их для составления отчетов по формам № 61-а, б, в, ж.

3. КРАТКИЕ УКАЗАНИЯ ПО СОСТАВЛЕНИЮ «ОТЧЕТА РОДИЛЬНОГО ДОМА» В ЧАСТИ, КАСАЮЩЕЙСЯ РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ.

(Отчетная форма № 16, утвержденная ЦСУ СССР 23. VII 1955 г. № 326)

Годовой отчет родильного дома (родильного акушерско-гинекологического отделений больниц) в части, касающейся работы женской консультации, составляется в начале января по форме

№ 16. По этой же форме составляют отчет и сельские районные больницы.

В обязанность заведующего женской консультацией входит составление сведений за год по женской консультации, которые включаются затем в общий годовой отчет по форме № 16, представляемый в вышестоящее учреждение здравоохранения (областной или городской отдел родовспоможения).

Заведующий женской консультацией должен представить для включения в общий отчет по форме № 16 следующие данные: По разделу II — Деятельность консультаций: таблица № 1 — обслуживание женщин; № 2 — контингент беременных, проживающих в районе обслуживания консультации; № 3 — родовспоможение на дому; № 4 — гинекологические заболевания, зарегистрированные в районе обслуживания консультацией; № 5 — медицинские осмотры (профилактические); № 6 — обследование беременных.

По разделу IV — Работа вспомогательных кабинетов:

1. Рентгеновского кабинета.

2. Клинико-диагностической лаборатории.

3. Физиотерапевтического кабинета (по тем консультациям, в которых имеются эти кабинеты).

По разделу V — Работа социально-правового кабинета.

По разделу VI — Санитарно-просветительная работа.

Раздел II. Деятельность консультации

Таблица № 1 — Обслуживание женщин

Графа 1 («Посещения в консультации у врача») заполняется на основе данных учетной формы № 39-жен. «Листок ежедневного учета работы врача женской консультации на амбулаторном приеме».

Подробные сведения о ведении учетной формы № 39-жен. даны на самой учетной форме.

Сведения по графе 2 («Посещения в консультации у среднего медицинского персонала по самостоятельному приему») составляются также на основе данных учетной формы № 39-жен., по которой лица среднего медицинского персонала ведут учет работы при самостоятельном приеме женщин (замещая врача).

Основой для составления сведений по графе № 3 «Посещения на дому врачами» служат записи в «Книге записи вызовов врачей на дом и по неотложной помощи» — учетная форма № 31.

По строке 1 («Всего») учитываются все посещения женщинами врачей консультаций и все посещения врачей по обслуживанию женщин на дому, вне зависимости от местожительства женщин, а также посещения в порядке массовых и индивидуальных профилактических осмотров.

Если у женщины, обратившейся в консультацию, врач не установил беременности или гинекологического заболевания, то такое посещение вписывается по строке 1, а если женщина проживает в районе обслуживания консультации — также и по строке 2.

Обращение женщин в консультации за назначением во врачебную комиссию по разрешению аборта учитывается по строке 3 как посещение по поводу беременности.

Таблица № 2 — Контингент беременных, проживающих в районе обслуживания консультации

Эта таблица составляется на основе разработки «Контрольных карт беременности» — учетная форма № 110.

В первые три графы таблицы (№ 1, 2, 3) заносятся сведения о беременных, поступивших под наблюдение консультации за отчетный год.

В графе № 4 и 5 таблицы указывается число поступивших под наблюдение консультации в отчетном и предыдущем году женщин, у которых беременность закончилась в отчетном году.

Таблица № 3 — Родовспоможение на дому.

Составление этой таблицы не требует специальных пояснений.

Таблица № 4 — Гинекологические заболевания, зарегистрированные в районе обслуживания консультации

В таблицу заносятся сведения о числе гинекологических заболеваний, доброкачественных и злокачественных новообразований.

При отнесении заболеваний к той или иной строке следует руководствоваться номерами рубрик «Номенклатуры болезней», утвержденной Министерством здравоохранения СССР в 1952 г. В соответствии с этим по строкам 2, 4 и 5 показываются следующие заболевания:

№ строки		№ рубрик по номенклатуре болезн.	Название болезней
1	2	3	4
2	Воспалительные заболевания женских половых органов	303-а 304-а 305-а	Вульвит остр. и хронич. Кольпит серозно-гнийный Цервицит острый и хронический (эрозии влагалищной части матки, фолликулярные эрозии, фолликулярная гипертрофия шейки матки, слизистые полипы)

1	2	3	4
		905-б	Эндометрит острый и хронический, метро-эндометрит
		305-в	Прочие воспалительные процессы матки
		306-а	Оофорит острый и хронический (абсцесс овариальный, тубоовариальный)
		306-б	Сальпингит (сальпингооофорит, гидросальпинкс, пиосальпинкс)
		307-а	Параметрит
4	Доброкачественные новообразования женских половых органов	148-д	Фибромы, миомы, фибромиомы матки, кисты яичников и другие
5	Рак и другие злокачественные новообразования половых органов	142-а, б, в	Рак и др. злокачественные новообразования матки, яичников прочих женских половых органов
6	Прочие гинекологические заболевания		

В строке 6 показывается число всех прочих гинекологических заболеваний, не вошедших в вышеуказанные строки 2, 4 и 5.

Сумма чисел, указанных в строках 2, 4, 5 и 6, должна быть равна числу, показанному в строке 1 («Всего»).

Таблица № 5 — Медицинские осмотры (профилактические)

Таблица 5 заполняется на основании записей в «Списке лиц, подлежащих целевому медицинскому осмотру» — учетная форма № 278.

В строке 1 «Осмотрено женщин — всего» следует указать общее число женщин, осмотренных при массово-организованных профилактических осмотрах.

При осмотре учитываются только больные с вновь выявленными заболеваниями.

Таблица № 6 — Обследование беременных

Составление таблицы не требует специальных пояснений.

V — Работа социально-правового кабинета и VI — Санитарно-просветительная работа не требует специальных пояснений.

ПРИЛОЖЕНИЯ

НЕОБХОДИМЫЙ ИНВЕНТАРЬ, ИНСТРУМЕНТАРИИ И ЛАБОРАТОРНОЕ ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ КАБИНЕТА ВРАЧА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Деревянная кушетка с тонким матрасом, обшитым клеенкой	1
Гинекологическое кресло	1
Письменный стол	1
Стулья	3
Ширма	1
Умывальник	1
Весы	1
Ростомер	1
Эмалированные тазы для дезинфицирующих растворов	2
Аппарат для измерения кровяного давления	1
Столик для инструментов	1
Шкаф для инструментов	1
Рефлектор для осмотра шейки в зеркалах	1
Зеркало Симса трех размеров	6
Зеркало Куско трех размеров	3
Стерилизаторы двух размеров	2
Тазомер	1
Измерительная сантиметровая лента	1
Стетоскоп медицинский или фонендоскоп	1
Стетоскоп акушерский	2
Барaban для стерилизации материала	2
Корнцанги	4
Пинцеты гинекологические	4
Пулевые щипцы	4
Зонд маточный	2
Зонд пуговчатый	2
Катетер женский металлический	1
Катетер резиновый	2
Платиновая петля	1
Предметные стекла	1 коробка
Спиртовка	1
Штатив для пробирок	1
Пробирки	10
Шприцы «Рекорд» в 1 г, 2 г, 5 г и 10 г	4
Шприц Брауна для внутриматочных инъекций	1
Кружка Эсмарха	1
Резиновые трубки	6

Стеклянные наконечники	10
Подкладное судно	1
Склянки для реактивов	5
Банки для мочи	3
Банки с притертыми пробками	5
Почкообразные тазики	2
Градуированный цилиндр	1
Термометр для измерения температуры тела	2
Перчатки резиновые	5 пар
Подкладные клеенки	30 шт.

В процедурной комнате должны быть: гинекологическое кресло и кушетка, тазы в подставках, штативы для кружек Эсмарха, шкаф и столик для инструментария, шкаф для медикаментов и перевязочного материала. Инструментарий для работы в процедурной необходим такой же, как и для кабинета врача.

Приказ Министра здравоохранения № 130-м
от 15. VII 1954 г.

УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ для женских консультаций

№ форм	Наименование форм
25	Медицинская (индивидуальная) карта амбулаторного больного (для гинекологических больных).
25-в	Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов.
25-т	Талон на прием к врачу.
28	Талон направления на консультацию и во вспомогательные кабинеты.
29	Процедурный лист.
30	Контрольная карта диспансерного наблюдения.
31	Книга записей вызовов врачей на дом и по неотложной помощи.
34	Книга регистрации больных, назначенных на госпитализацию.
36	Книга регистрации выданных листков нетрудоспособности.
38	Книга записи санитарно-просветительной работы.
39-ж	Листок ежедневного учета работы врача на амбулаторном приеме.
44	Карта больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете).
111	Индивидуальная карта беременной и родильницы.
113	Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы.
116	Тетрадь работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры.
176	Книга записи работы социально-правового кабинета.
248	Протокол на выявление у больного запущенной формы злокачественной опухоли (клиническая группа IV).
271-жен.	Сводная ведомость учета заболеваний населения, проживающего в районе обслуживания поликлиники.
278	Список лиц, подлежащих целевому медицинскому осмотру.
281	Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, трахомы, рака или другого злокачественного новообразования.
298	Санаторно-курортная карта.

СССР

Министерство здравоохранения

(наименование леч. учреждения)

Учетн. ф. № 25
Утверждена Министерством
здравоохранения СССР
16. VII 1954 г.

М
Ж

Шифр или № _____

Дата составления _____

карты _____ 196__ г.

Общий стаж по найму _____ лет

Стаж в данной профессии _____ лет

Общественная группа _____

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО
(для гинекологических больных)

Фамилия, имя и отчество _____

Возраст: _____ лет, _____ месяцев, _____ недель. Адрес больного: _____

_____ область _____, район _____, населенный

пункт _____, улица (переулок) _____, дом № _____

корпус № _____, кв. № _____. Место службы, работы _____

(наименование и ха-
рактер производства), отделение, цех _____. Профессия, долж-
ность _____, иждивенец _____

А н а м н е з: _____

Страница 2 ф. № 25

Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов

Месяц, число и год обращения	Заключительные (уточненные) диагнозы	Впервые установленные диагнозы (отметить +)	Подпись врача (фамилию писать разборчиво)

Страница 3 и 4 ф. № 25

Дата посещения (с отметкой амбулаторно, на дому)	Жалобы больного, объективные данные, течение болезни, подписи врачей и консультантов	Диагноз	Назначение	Отметка о выдаче листка нетрудоспособности (№ и кол-во дней нетрудоспособности)

СТАТИСТИЧЕСКИЙ ТАЛОН

для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Адрес _____
3. Участок № _____ терапевтический, цеховой, педиатрический, акушерско-гинекологический (подчеркнуть)
4. Работает на прикрепленном предприятии, не работает (подчеркнуть)
5. Возраст _____
(для детей до 3 лет, мес., дней)

Оборот ф. № 25-в

6. Диагноз заключительный (уточненный)	Впервые установленный (отметить +)
_____	_____
_____	_____
7. Вместо ранее зарегистрированного диагноза _____	

Пункт 7 заполняется в тех случаях, когда в п. 6 взамен ранее зарегистрированного в листе записи уточненных диагнозов (в 25-б) проставляется новый диагноз.

Подпись

« _____ » _____ 196__ г.

Учетн. ф. № 25-т
Утверждена Министерством
здравоохранения СССР
16. VII 1954 г.

ТАЛОН
на прием к врачу

1. № очереди _____
2. Кабинет № _____
3. Явиться _____ числа в _____ ч. _____ м.
4. К врачу _____
(фамилия)
5. Проживает в р-не п-ки, в сельской местности (подчеркнуть)
6. Принят своим участк. врачом, своим цеховым врачом (подчеркнуть)

Для консультаций
(подчеркнуть на приеме у врача)

Женских посещений по поводу беременности, гинекологического заболевания, аборта, посещение в послеродовом периоде.

СССР
Министерство здравоохранения

Учетн. ф. № 28
Утверждена Министерством
здравоохранения СССР
16. VII 1954 г.

Наименование леч. учреждения _____

**ТАЛОН НАПРАВЛЕНИЯ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ
И ВО ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ КАБИНЕТЫ**

Медиц. (индив.) карта, история болезни № _____

_____ (фамилия, имя, отчество)

Диагноз _____

Направлен _____ (куда)

для _____

Дата _____ *Подпись* _____ 196__ г.
(см. на обороте)

Оборот ф. № 28

Заклучение _____

Дата _____ *Подпись* _____ 196__ г.

СССР
Министерство здравоохранения
_____ (наименование леч. учреждения)

Учетн. ф. № 29
Утверждена Министерством
здравоохранения СССР
16. VII 1954 г.

ПРОЦЕДУРНЫЙ ЛИСТ

за _____ месяц 196__ г.

Название кабинета (палаты) _____

Название процедуры _____
(перевязка, инъекция, банки, массаж, гигиеническая гимнастика, дегельминтизация, акрихинизация и другие; процедурный лист заводится на каждый вид процедуры в отдельности)

№ п.п.	Фамилия, имя, отчество	№ индивидуальной карты, истории болезни или шифр	Количество назначенных процедур, доза, продолжительность	Даты посещений

(наименование леч. учреждения)
Фамилия врача _____

№ или шифр медицинской карты (диспансерной истории болезни) _____

КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Даты взятия на учет _____

снятия с учета _____

(повод для диспансерного наблюдения, _____

Ранее состоял на учете в _____

заболевание) _____

Работник учреждения, предприятия* _____

с _____ по _____

(для осматриваемых периодически) _____

с диагнозом _____

Название профвредности _____

Подлежит медосмотру _____ раз в году

Отметка об отсылке извещения _____

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Пол _____ 3. Год рождения _____ 4. Адрес _____

5. Место работы (учебы) и профессия _____

6. Контроль посещений (амбулаторных и на дому) _____

Назначено явиться									
Явился									
Назначено явиться									
Явился									
Назначено явиться									
Явился									

* Вписать — пищевого, коммунального, детского, промышленного, совхоза, МТС, колхоза.

Оборот ф. № 30

7. Записи об изменениях диагноза (результаты осмотров — для осматриваемых, в порядке периодических осмотров)

Дата	Диагноз	Группа или стадия, при ТБК — БК + —

При снятии с учета указать причину снятия, в случае смерти — причину смерти, умер — дома, в больнице.

8. Особые отметки (методы исследования, методы, сроки и результаты лечения, сведения о госпитализации) _____

9. Для больных хроническими инфекционными заболеваниями: осмотрено контактов _____, выявлено больных, ранее неизвестных, (с указанием стадии или группы диспансерного учета) _____

источник заражения выявлен и привлечен на лечение — да, нет (подчеркнуть) диагноз _____ (вписать)

СССР
Министерство здравоохранения

Подпись врача

Учетн. ф. № 31
Утверждена Министерством
здравоохранения СССР

(наименование леч. учреждения)

16. VII 1954 г.

КНИГА ЗАПИСИ ВЫЗОВОВ ВРАЧЕЙ НА ДОМ И ПО НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

1. В учреждениях с организованной неотложной помощью ведется отдельная книга по неотложной помощи по этой же форме.
2. По участкам книга ведется по каждому в отдельности.

№ п.п.	Дата и час вызова	Фамилия, имя и отчество больного	Возраст	Адрес больного	По какому поводу сделан вызов	Вызов: первичный, повторный, посещение активное	Дата выполнен. вызова (для неотложной помощи и часа)	Диагноз	Кем выполнен вызов	Оказанная помощь, куда направлен больной (для неотложной помощи)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

СССР
Министерство здравоохранения

Учетн. ф. № 34
Утверждена Министерством
здравоохранения СССР

(наименование леч. учреждения)

10. III 1956 г.

КНИГА РЕГИСТРАЦИИ БОЛЬНЫХ, НАЗНАЧЕННЫХ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ

№ п.п.	Дата назначения на госпитализ.	Фамилия, имя и отчество больного	Возраст	Адрес или шифр	Диагноз поликлиники (амбулатории) при направлении на госпитализацию	Название отделения и фамилия врача, направляющего больного в стационар
1	2	3	4	5	6	7

Название лечебного учреждения, куда направилен больной	Дата фактической госпитализации	Диагноз больницы — заключительный (при вскрытии умершего — патологоанатомический)	Исход (выписан, умер)	Дата выписки из больницы (для умерших — дата смерти)	Если не был госпитализирован, указать причину
8	9	10	11	12	13

СССР
Министерство здравоохранения

Учетн. ф. № 36
Утверждена Министерством
здравоохранения СССР
16. VII 1954 г.

(наименование леч. учреждения)

КНИГА РЕГИСТРАЦИИ ВЫДАННЫХ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

№ п.п.	№ листка нетрудоспособности, выданного данным леч. учреждением		№ листка нетрудоспособности, выданного другим леч. учреждением		Фамилия, имя и отчество больного	№ индивидуальной карты, история болезни или шифр	Адрес больного	Место работы и выполняемая работа
	Первый	Продолжение	Первый	Продолжение				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Разворот ф. № 36

Диагноз первичный	Диагноз заключительный	Фамилия врача		Освобожден от работы		Всего календарных дней освобождения от работы	Отметка о направлении больного в другое лечебное учреждение
		выдавшего листок нетрудоспособности	закончившего листок нетрудоспособности	с какого числа	по какое число		
10	11	12	13	14	15	16	17

СССР
Министерство здравоохранения

Учетн. ф. № 38
Утверждена Министерством
здравоохранения СССР
16. VII 1954 г.

(наименование леч. учреждения)

К Н И Г А ЗАПИСИ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

№ п.п.	Число и месяц	Форма работы: лекция, беседа, вечер вопросов, кино, радиоиформация, распространение литературы, организация сануголка, передвижной выставки, ящик вопросов и доска ответов и т. д.	Тема	Фамилия и должность лектора
1	2	3	4	5

Место проведения (название предприятия, учреждения, клуба, избы читальни и т. д.)	Адрес	Число слушателей (посетителей)
6	7	8

СССР
Министерство здравоохранения

(наименование леч. учреждения)

(фамилия врача)

Учетн. ф. № 39-жен.
Утверждена Министерством
здравоохранения СССР
16. VII 1954 г.

Участок № _____

ЛИСТОК ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЕТА РАБОТЫ ВРАЧА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ ПО _____

(вписать специальность приема)

за _____ месяц 196__ г.

Число месяца	Сделано посещений в консультацию			Из общего числа посещений, сделанных прож. в районе обслуживания консультации (гр. 2) — сделано			
	Всего	В том числе:		по поводу беременности	в послеродовом периоде	по поводу аборта	по поводу гинекол. заболеваний.
		проживавшими в районе обслуживания консультации	сельскими жителями				
1.							
2.							
3.							
и т. д.							

Итого

Подпись

_____ (наименован. леч. учреждения)

_____ (фамилия врача или название леч. учреждения, направившего больного)

КАРТА

больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете)

Фамилия, и., о. _____

История болезни № _____

Диагноз: а) основной _____

б) сопутствующий _____

Заболевание, по поводу которого больной направлен в кабинет физиотерапии: _____

Виды лечения, назначенные больному помимо физиотерапии _____

НАЗНАЧЕНЫ ПРОЦЕДУРЫ

Дата	Наименование назначенной процедуры	Количество процедур	Продолжит. процедур	Дозировка
1	2	3	4	5

Оборот ф. № 44

УЧЕТ ОТПУЩЕННЫХ ПРОЦЕДУР

Дата отпуска	Название процедуры	Продолжительность	Дозировка	Дата отпуска	Название процедуры	Продолжительность	Дозировка
--------------	--------------------	-------------------	-----------	--------------	--------------------	-------------------	-----------

Результаты лечения _____

(наименов. леч. учреждения) _____ Дата _____ 196 ____ г.
ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА № _____ Работает сама
Беременной и родильницы (подчеркнуть)
на иждивении
(у кого) _____

Фамилия, имя, отчество _____ Возраст _____ лет

Являлась: по болезни, за советом по поводу _____
за направлением во врачебную комиссию по разрешению аборта (подчеркнуть)
Семейное состояние: одинокая, живет с мужем, с родными (подчеркнуть).

Национальность _____ Образование: начальное, среднее, высшее (подчеркнуть)

Где живет: (республика) _____, область (край), АССР _____,
район _____, населенный пункт _____,
улица _____, дом № _____, корпус № _____,
переулок _____, барак _____,
кв. № _____, комн. № _____

Живет постоянно в городе, в селе (подчеркнуть).
Условия жизни и питания _____

Работает по найму с _____ лет

Место работы беременной (родильницы*) _____

Характер производства* _____

Детальная профессия (должность*) _____

Условия труда _____
(отметить характер помещения, условия работы)

Сведения о беременности

№ п.п.	В каком году	Чем кончилась беременность					Ребен. живой, мертв., мацерированный	Сколько времени кормила грудью	Жив ли ребенок теперь	Роды произошли		Если дома, то кто принимал
		Выкидышем самопроизвольным	Искусственным выкидышем	Преждеврем. родами	Срочными родами	в роддоме				дома		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1)												
2)												

* Если беременная (родильница) не работает, указать только место работы лица, на иждивении которого она находится.

Работает ли теперь: да, нет (подчеркнуть)

Первые менструации с _____ лет; установились сразу. через _____ лет, шли по _____ суток,

через _____ недели, слабо, умеренно, сильно, без боли, с болью: до, во время, после; особенности _____

С какого возраста началась половая жизнь _____

Течение прежних беременностей (отеки, рвота, эклампсия и другие токсикозы) _____

Течение послеродовых периодов _____

Предохраняет ли себя от беременности: да, нет (подчеркнуть)

Каким способом _____

Наследственность _____

Перенесенные болезни (рахит, малярия, гонорея, сифилис, скарлатина, дифтерия и др.) _____

Перенесенные женские болезни: до начала половой жизни _____, при половой жизни _____

Здоровье мужа (гонорея) _____

Состояние здоровья в настоящее время

Рост _____ Вес _____ Общий осмотр (отеки, пигментация и т. д.) _____

Грудные железы, соски _____

Состояние брюшного пресса _____

Сердце, сосуды, пульс _____

Легкие _____

Органы пищеварения, зубы _____

Печень _____

Почки _____

Течение настоящей беременности _____

Последние месячные начались _____ Первое движение плода _____

Размеры таза: D. Sp. _____ D. Cr. _____ D. Troch. _____

Conjug. diagon. _____ Conjug. extr. _____

Наружное исследование:

Высота дна матки _____

Положение плода, позиция и вид _____

Предлежание _____

Сердцебиение _____

Шевеление плода _____

Наружные половые органы _____

Внутреннее исследование:

Влагалище _____
 Шейка матки _____
 Тело матки, величина его _____
 Придатки и околоматочное пространство _____
 Особенности _____
 Диагноз: (беременная на _____ месяце). Предполагаемый срок родов _____
 Дан отпуск по беременности с _____ числа _____ месяца 196 г. по _____ число _____ мес. 196 г.

Страница 3 ф. № 111

Отметки терапевта, венеролога и других специалистов

Лабораторные исследования:

Кровяное давление _____
 Моча _____
 Влагалищная флора _____
 Реакция влагалищного секрета: кислая, щелочная _____
 Специальные способы исследования (Рентген, Вассерман и др.) _____
 1) _____
 2) _____
 3) _____

Дата	Течение болезни и данные патронажного наблюдения	Совет
------	--	-------

Страница 4 ф. № 111

Сведения родильного дома или акушерки (если рожала дома) о родах

Когда произошли роды _____
 Родила дома, в родовспомогательном учреждении (подчеркнуть) _____
 Течение и продолжительность родов _____
 Обезболивание применялось, нет (подчеркнуть) _____
 Течение послеродового периода _____
 Срок выписки _____

Состояние при выписке _____

Ребенок живой, мертвый, мацерированный (подчеркнуть)

Вес ребенка при рождении _____, при выписке _____

Длина ребенка при рождении _____

Дата	Течение послеродового периода	Совет

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 в 35 недель беременности)

1. Наименование консультации _____
2. Адрес _____
3. Фамилия, имя и отчество беременной _____
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 беременности _____
 Всего посетила _____ раз
10. Особенности течения данной беременности, состояния беременной _____

Оборот ф. № 113
 (сведения женской консультации о беременной)

11. Размеры таза D. Sp. _____ D. Cr. _____ D. Troch. _____
 Conjug. extr. _____ Conjug. diagon. _____

12. Положение плода _____
 Предлежащая часть _____
 Сердцебиение плода _____
13. Лабораторн. и др. исследования (дата, данные) мочи _____

 крови _____

 артер. давление _____
14. Психопрофилактич. подготовка _____ занятий,
 последние занятия (дата) _____
15. Предполагаемый срок родов _____
16. Особые замечания _____
- Дата _____

Врач акушер-гинеколог _____

Дневник последующ. посещений (после 35 недель беременности)

Дата	Дополнительные данные	Подпись врача

Продолж. 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) _____

 его адрес _____
2. Фамилия, имя и отчество _____

 адрес _____

3. Дата поступления _____
4. Роды произошли _____
(число, месяц, год)
5. Особенности течения родов (продолжительность, осложнения у матери и плода и др.) _____
- _____
6. Оперативные пособия при родах _____
7. Обезболивание: применялось, нет (подчеркнуть), какое. эффективность _____
- _____
8. Течение послеродового периода (заболевания) _____
- _____
9. Выписана на _____ день после родов.

Оборот ф. № 113

(сведения родильного дома, род. отд.
б-цы о родильнице)

10. Состояние матери при выписке _____
11. Состояние ребенка: _____
при рождении _____
в родильном доме _____
при выписке _____
12. Вес ребенка:
при рождении _____
при выписке _____
13. Рост ребенка при рождении _____
14. Нуждается ли в патронаже мать: да, нет (подчеркнуть), показания _____
- _____
- _____
- _____
15. Особые замечания _____
- _____

« _____ » _____ 196 г.

Врач-акушер _____

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 участковому педиатру, принимающему ребенка
из акушерского стационара)

1. Наименование родильного дома (больницы) _____

его адрес _____

2. Фамилия, имя и отчество родильницы _____

ее адрес _____

3. Роды произошли _____
(число, месяц, год)

4. Особенности течения родов (продолжительность, осложнения при родах
у матери и плода и др.) _____

5. Обезболивание применялось нет (подчеркнуть), какое _____

6. Течение послеродового периода (заболевания) _____

7. Выписана на _____ день после родов

8. Состояние матери при выписке _____

Оборот ф. № 113

(сведения родильного дома, род. отд. б-цы
о новорожденном)

9. Состояние ребенка:
при рождении _____

в родильном доме _____

при выписке _____

10. Вес ребенка:
при рождении _____
при выписке _____

11. Рост ребенка при рождении _____

12. Мероприятия, проведенные в отношении новорожденного:
а) противотуберкулезная вакцинация проведена полностью, нет (подчеркнуть),
почему не проведена _____

б) другие мероприятия _____

13. Особые замечания _____

« _____ » _____ 196 г.

Врач-акушер _____

Врач-педиатр _____

СССР

Министерство здравоохранения

Учетн. ф. № 116
Утверждена Министерством
здравоохранения СССР
16. VII 1954 г.

(наименован. леч. учреждения)

ТЕТРАДЬ
работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры

№ п. п.	Месяц и число	Фамилия, имя и отчество	Возраст для детей (год, месяц и число рождения)	Адрес
1	2	3	4	5

Разворот ф. № 116

Назначения на данный день	Данные обследования	Отметка о выпол- нении назначения
6	7	8

КНИГА ЗАПИСИ РАБОТЫ СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВОГО КАБИНЕТА

№ п. п.	Дата печатн. обращ.	Фамилия, имя, отчество	Воз- раст	Адрес или место работы	Семейн. поло- жение	Имеет детей
1	2	3	4	5	6	7

Разворот ф. № 176

Причина обращения в кабинет	Даты повтор- ных об- ращений	Вид оказанной помощи	Отметка о воз- буждении дела		Приме- чание
			Дата передачи дела	Резуль- тат	
8	9	10	11	12	13

ПРОТОКОЛ
 на выявление у больного запущенной формы злокачественной опухоли
 (клиническая группа IV)

(составляется в 2 экземплярах: первый остается при истории болезни, ам-
 булаторной карте, второй пересылается в онкологический диспансер по место-
 жительству больного)

№ истории болезни, амбулаторной карты _____

1. Составлен лечебным учреждением _____
 (название и его местонахождение)

2. Фамилия больного _____ имя _____
 отчество _____
 возраст _____ пол _____
 постоянное жительство больного _____

3. Диагноз и стадия заболевания _____
4. Дата установления запущенности рака _____
5. Дата появления первых признаков болезни _____
6. Первичное обращение больного за медицинской помощью по поводу заболевания, дата _____ в каком лечебном учреждении _____
7. Дата установления первичного диагноза рака _____, в каком лечебном учреждении _____

Оборот ф. № 248

Указать в хронологическом порядке этапы обращения больного к врачам и в лечебные учреждения по поводу данного заболевания. О каждом лечебном учреждении необходимо отметить следующее:

1) наименование лечебного учреждения, 2) дата посещения, 3) методы исследования и их результаты, 4) поставленный диагноз, 5) проведенное лечение.

Причины запущенности (подчеркивается основная причина запущенности):

1) неполное обследование больного, 2) ошибка в диагностике: а) клинической, б) рентгенологической, в) пато-гистологической, 3) длительное обследование больного, 4) скрытое течение болезни, 5) несвоевременное обращение больного за лечебной помощью.

Дополнительные замечания _____

Данные о разборе настоящего случая запущенности на врачебной конференции:

а) наименование учреждения, где проведена конференция _____

б) дата конференции _____

в) количество присутствующих врачей _____ г) организационные

выводы: _____

Подпись врача, составившего протокол

Подпись главного врача

Дата составления протокола _____

СССР

Министерство здравоохранения

(наименов. леч. учреждения)

Учетн. ф. № 271-жен.
Утверждена Министерством
здравоохранения СССР
3. VIII 1955 г.

СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ
учета гинекологических заболеваний в районе деятельности консультации за 196 г.

Название участка _____

№ п. п.	Название болезней	№ по номен- клатуре болезней 1952 г.	Январь		и т. д.		Всего за полугодие	
			Число зарегистрированных заболеваний	Из них у больных с впервые установленным диагнозом	Число зарегистрированных заболеваний	Из них у больных с впервые установленным диагнозом	Число зарегистрированных заболеваний	Из них у больных с впервые установленным диагнозом
		1	2	3	с 4	до 13	14	15
1	Всего _____							
	В том числе:	303-а, 304-а						
2	Воспалительные заболевания женских половых органов	305-а, б, в 306-а, б, 307-а						
3	Из них острые							
4	Доброкачественные новообразования женских половых органов (фибромы, миомы, фибромиомы матки, кисты яичников)	148-д						
5	Рак и другие злокачественные новообразования женских половых органов	142-а, б, в						

		1	2	3	с 4	до 13	14	15
	из них:							
6	а) рак шейки матки	142-а						
7	б) рак тела матки	142-а						
8	в) рак яичников	142-б						
9	Прочие болезни женских половых органов, всего							
	В том числе:							
	а) _____							
	б) _____							
	в) _____							
	г) _____							

Примечания: 1. В строку «всего» включаются только гинекологические заболевания, доброкачественные и злокачественные опухоли. 2. Сведения о числе зарегистрированных заболеваний составляются по статистическим талонам для регистрации заключительных (уточненных диагнозов — ф. 25-в). 3. Сводная ведомость составляется на каждый участок отдельно и по консультации (кабинету поликлиники, амбулатории) в целом; на основании сводной ведомости по консультации составляется отчет родильного дома—ф. 16 (раздел II, таблица 5).

С С С Р

Министерство здравоохранения

Учетн. ф. № 278
Утверждена Министерством
здравоохранения СССР
16. VII 1954 г.

_____ (наименов. леч. учреждения)

СПИСОК ЛИЦ, ПОДЛЕЖАЩИХ ЦЕЛЕВОМУ МЕДИЦИНСКОМУ ОСМОТРУ

на выявление _____
(название заболевания)

Представляется организациями (учреждениями) в 2 экземплярах
Фамилия врача, проводившего осмотр _____ Лист № _____
Дата осмотра _____

_____ наименование предприятия (цеха), учрежд., школы и т. д.

Из числа осмотренных обследовано:

рентгеном _____, флюорографически _____
лабораторно _____

№ п. п.	Фамилия, имя, отчество	Осматривается ли впервые, повторно (вписать)	Пол	Возраст	Адрес	Диагноз	Состоит ли на учете диспансера: да, нет (вписать)	При выявлении заболевания в какое лечебное учреждение направлен на лечение и дата	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Учетн. ф. № 281
Утверждена Министерством
здравоохранения СССР
16. VII 1954 г.

ИЗВЕЩЕНИЕ

о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, трахомы, рака или другого злокачественного новообразования

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Пол _____ 3. Возраст _____ 4. Дата обращения _____
(год, месяц, число)
5. Адрес больного: населенный пункт _____, район _____,
улица _____, дом № _____, кв. № _____

6. Городской житель, сельский житель (вписать) _____
7. Подробный диагноз _____
8. Подтвержден ли диагноз лабораторными исследованиями, данными рентгена, биопсии, эндоскопии, для туберкулезных больных указать наличие БК _____

Подпись врача

Оборот ф. № 28

Извещение составляется на следующие формы заболеваний

1. Сифилис I, II — свежий, II — рецидивный, III — активный.
 2. Все прочие формы сифилиса.
 3. Гонорея острая, хроническая.
 4. Рак.
 5. Саркома.
 6. Другие злокачественные новообразования
- С указанием локализации и клинической группы

Инструктивные указания

1. Извещение составляется врачом на каждого больного с впервые в жизни установленным диагнозом как городского, так и сельского жителя.
2. Извещение составляется в каждом лечебно-профилактическом учреждении как общей, так и специальной сети.
3. Не следует вписывать два диагноза, например: сифилис скрытый и сифилис висцеральный, туберкулез легких и туберкулез коленного сустава. Надо уточнить, какой диагноз является доминирующим, и указать только этот диагноз.
4. В случае обнаружения двух инфекций у одного и того же больного, например: гонореи и грибкового заболевания, заполняется отдельно два извещения.

С С С Р

Министерство здравоохранения

Учен. ф. № 298
Утверждена Министерством
здравоохранения СССР
22. III 1955 г.

САНАТОРНО-КУРОРТНАЯ КАРТА № _____

Дата заполнения _____ действительна по _____

Срок продлен до _____ 196__ г.

Название лечебного учреждения, выдавшего карту _____

Адрес: область _____,

район _____,

город _____,

улица _____,

Фамилия, имя, отчество лечащего врача _____

1. Фамилия больного _____

Имя _____

Отчество _____

Пол м., ж. (подчеркнуть), год рождения _____

Адрес _____

2. Место работы _____

3. Занимаемая должность или профессия _____

Оборот ф. № 298

4. Жалобы, давность заболевания, данные анамнеза (предшествующее лечение, в том числе санаторно-курортное)

5. Краткие данные клинического, лабораторного, рентгенологического и др. исследований (дата)

6. Диагноз: а) основной

б) сопутствующие заболевания

7. Заключение. Рекомендуемое санаторно-курортное лечение (вид лечения и профиль курорта или санатория, время года, район: юг, средняя полоса и т. п.)

Зав. отделением _____

Лечащий врач _____

М. П.

« _____ » _____ 196__ г.

ВЫПИСКА ИЗ БЛАНКА ОТЧЕТА РОДИЛЬНОГО ДОМА
(родильного отделения), касающаяся работы женской консультации
за 196__ год

II. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КОНСУЛЬТАЦИИ

1. Обслуживание женщин

		Посещений в консульт.		Посещений на дому, сделанных врачами
		у врачей	у среднего медперсонала по самостоятельному приему	
Всего	1	1	2	3
из них проживающими в районе обслуживания консультации	2			
в том числе:				
по поводу беременности	3			
в послеродовом периоде	4			
по поводу аборта	5			
по поводу гинекологических заболеваний	6			

Из общего числа посещений у врачей — сделано сельскими жителями _____
 Кроме того, сделано посещений к зубным врачам — всего _____
 в том числе сельскими жителями _____ Число профилактических осмотров беременных, проведенных стоматологами и зубными врачами _____
 Число санированных беременных _____

2. Контингенты беременных, проживающих в районе обслуживания консультаций

В отчетном году					
поступили под наблюдение консультации			Закончили беременность (из числа состоявших под наблюдением на начало отчетного года и поступивших под наблюдение в отчетном году)		Состоит беременный под наблюдением консультацией на конец отчетного года
Всего	В том числе со сроком беременности		родами	абортами	
	до 3 месяцев	свыше 7 месяцев			
1	2	3	4	5	6

Из числа родивших в отчетном году имели дородовой отпуск _____

из них разрешились:

ранее установленного консультацией срока на 15 дней и более _____

позже » » » 15 » _____

Ф. 16

3. Родовспоможение на дому

		Принято родов на дому	
		врачами	средним медицинским персоналом
		1	2
Всего	1		
В т. ч. без последующей госпитализации родильницы	2		

4. Гинекологические заболевания, зарегистрированные в районе обслуживания консультаций

	№№ рубрик по номенклатуре болезней 1952 г.	Число зарегистрированных заболеваний	Из них у больных с впервые установленным диагнозом	
			1	2
Всего	1			
В том числе:				
1. Воспалительные заболевания женских половых органов	2	303-а, 304-а, 305-а, б, в, 306-а, б, 307-а		
из них острые	3			
2. Доброкачественные новообразования женских половых органов (фибромы, миомы, фибромиомы матки, кисты яичников)	4	148-д		
3. Рак и другие злокачественные новообразования женских половых органов	5	142-а, б, в		
4. Прочие болезни женских половых органов	6			

Примечание. В число зарегистрированных заболеваний включаются заболевания, установленные врачами на приеме в консультации и при посещении больных на дому.

Если в район обслуживания консультации (в городах и рабочих поселках) включена сельская территория, в эту таблицу включаются сведения о заболеваниях только из городской территории района обслуживания.

5. Медицинские осмотры (профилактические)

1. Осмотрено женщин — всего 1 _____
 из них работающих на промпредприятиях 2 _____
2. Из числа осмотренных — выявлено больных:
- а) гинекологическими заболеваниями 3 _____
 б) злокачественными новообразованиями 4 _____

6. Обследование беременных

Из числа беременных поступивших под наблюдение:

- 1) обследовано серологически (реакция Вассермана), _____
 из них повторно _____
 выявлено больных: сифилисом _____
 гонореей _____
- 2) обследовано рентгенологически, _____
 из них выявлено больных туберкулезом _____

V. РАБОТА СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВОГО КАБИНЕТА

За отчетный год обслужено женщин	Из них:	
	Одиноких матерей	Многодетных матерей
1	2	3

VI. САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНАЯ РАБОТА

Число проведенных лекций и бесед _____

О Г Л А В Л Е Н И Е

Предисловие	3
Глава I. Женские консультации в СССР и их значение (Проф. Л. С. Персианинов)	5
Глава II. Структура и организация работы женской консультации (Проф. Л. С. Персианинов)	12
Сельские (районные) женские консультации (А. Н. Машке-лейсон)	20
Глава III. Обследование беременной женщины в консультации (Канд. мед. наук В. Т. Каминская)	23
Глава IV. Диагностика беременности и определение срока родового отпуска (Доцент З. Ф. Дробеня)	43
Глава V. Психопрофилактическая подготовка беременных к родам в условиях женской консультации (В. В. Шилина)	64
Глава VI. Токсикозы беременности (Доцент Л. И. Канторович)	77
Глава VII. Роль консультации при экстрагенитальных заболеваниях у беременных (А. Н. Машке-лейсон)	99
Глава VIII. Профилактика и лечение при недонашивании беременности (Проф. Л. С. Персианинов)	111
Глава IX. Резус-фактор крови и его значение в акушерстве и гинекологии (Доц. Л. И. Канторович)	127
Глава X. Профилактика мертворождаемости в женской консультации (Канд. мед. наук В. Т. Каминская)	152
Глава XI. Роль женской консультации в борьбе с абортми	164
Борьба с абортми (Проф. Л. С. Персианинов)	—
Противозачаточные средства (Канд. мед. наук С. Ф. Авто-хович)	167
Глава XII. Поперечные и косые положения плода (Проф. И. М. Старовойтов)	177
Глава XIII. Профилактика и лечение трещин сосков и лактационных маститов (Канд. мед. наук И. А. Макаренко)	189
Глава XIV. Гинекологическая помощь в женской консультации (Проф. Л. С. Персианинов)	200
Глава XV. Диагностика и лечение гонорей у женщин (Т. Л. Клод-ницкая)	216
Глава XVI. Трихомонадные заболевания женского организма (Т. Л. Клодницкая)	246

Глава XVII. Роль консультации в борьбе с бесплодием. (Канд. мед. наук С. Ф. Автюхович)	257
Глава XVIII. Предопухоловые заболевания шейки матки (Доцент Л. Д. Шебеко)	267
Глава XIX. Диагностика рака половых органов в женской консультации (Проф. Л. С. Персианинов)	285
Глава XX. Гигиена женщины (Доцент И. В. Ильин)	303
Глава XXI. Содержание и формы санитарно-просветительной работы в женской консультации (Проф. И. М. Старовойтов)	320
Глава XXII. Обслуживание женщин на промышленных предприятиях (Проф. Л. С. Персианинов)	327
Глава XXIII. Социально-правовая помощь в женской консультации (А. В. Дулевич)	336
Глава XXIV. Показатели качества работы женской консультации. Ведение документации (А. Н. Машкеleyсон)	361
Приложения	375

ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

Редакторы *О. Гутковская, Е. Юркевич*
 Художественный редактор *С. Русак*
 Технический редактор *Н. Степанова*
 Корректоры *Л. Бавдей и Р. Карасик*

АТ 10627. Сдано в набор 23/X 1961 г. Подп. к печати 20/I 1962 г. Тираж 25 000 экз
 Формат 60×90¹/₁₆. Физ. печ. л. 25.25. Уч.-изд. л. 26. Зак. 565. Цена 1 руб. 40 коп.

Полиграфический комбинат им. Я. Коласа Главиздата Министерства культуры БССР.
 Минск, Красная, 23.